

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2015-2017

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Kateřina Aschermannová

Trendy ve vzdělávání zdravotní gramotnosti české populace

Praha 2017

Vedoucí diplomové práce: doc. Dr. Milan Beneš

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER'S COMBINED STUDIES

2015-2017

DIPLOMA THESIS

Kateřina Aschermannov

Trends in health literacy education in the Czech population

Prague 2017

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. Dr. Milan Benesř

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 16. 1. 2017

Kateřina Aschermannová

Poděkování

Děkuji doc. Dr. Milanu Benešovi za odborné vedení a cenné rady při psaní diplomové práce a prof. MUDr. Michaelovi Aschermannovi a MUDr. Alexandře Aschermannové za odborné rady v rámci praktické části práce, v kardiologické a onkologické specializaci. V neposlední řadě děkuji všem, kteří vyplnili dotazníkové šetření.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou zdraví a trendy ve vzdělávání zdravotní gramotnosti české populace. V teoretické části jsou popsány a shrnuty významné teoretické poznatky týkající se problematiky zdravotní gramotnosti, a to jak v globálním měřítku, tak i v podmínkách České republiky. V praktické části jsou uvedeny metody dotazníkového šetření, které se soustředí na gramotnost ve vzdělání české populace v oblasti kardiovaskulárních a onkologických onemocnění.

Klíčová slova

Gramotnost, populace, prevence, trend, vzdělání, zdraví, zdravotní výchova

Annotation

Presented diploma thesis is aimed to health problematics and trends in health literacy education in the Czech population. Theoretical part describes and summarizes important theoretical knowledges related to the health literacy problematics either in global scale or in Czech Republic conditions. Practical part contains methods of the questionnaire investigation that is concentrated on literacy of the Czech population in education in cardiovascular and oncological diseases.

Key words

Education, health, health education, literacy, population, prevention, trend

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 Vymezení, definice a operacionalizace základních pojmů	12
1.1 Trend.....	12
1.2 Vzdělávání	13
1.3 Zdraví.....	13
1.4 Gramotnost	18
1.5 Zdravotní gramotnost.....	22
1.6 Populace.....	22
2 Problematika zdravotní gramotnosti	23
2.1 Zdravotní gramotnost v historickém kontextu.....	23
2.2 Pojem „zdravotní gramotnost“	25
2.3 Význam zdravotní gramotnosti.....	30
2.4 Struktura zdravotní gramotnosti a její modely	33
2.5 Metody rozvoje zdravotní gramotnosti.....	44
2.5.1 Zdravotní výchova	44
2.5.2 Podpora a prevence zdraví	46
2.5.3 Zdravotní programy	48
3 Úroveň zdravotní gramotnosti.....	51
3.1 Úroveň zdravotní gramotnosti české populace.....	53
3.2 Úroveň zdravotní gramotnosti ve vybraných zemích Evropské unie	60
3.3 Srovnání úrovně zdravotní gramotnosti v ČR s ostatními evropskými státy	61
PRAKTICKÁ ČÁST.....	64
4 Východiska práce	64

4.1	Kardiovaskulární onemocnění	64
4.2	Onkologická onemocnění	65
4.3	Cíle praktické části práce	65
4.4	Hypotézy.....	66
4.5	Sledované soubory a metody sledování.....	67
4.5.1	Kardiovaskulární onemocnění	67
4.5.2	Onkologická onemocnění	68
4.6	Výsledky – kardiovaskulární onemocnění.....	69
4.6.1	Sledované soubory a jejich základní charakteristiky	69
4.6.2	Obecná znalost rizikových faktorů ve všech souborech	74
4.6.3	Srovnání obecná znalosti rizikových faktorů v souborech primární a sekundární prevence	78
4.6.4	Informovanost o stavu RF přímo u osob v sledovaných souborech	79
4.6.5	Hodnocení významu vzdělání na informovanost v souborech PP a SP.....	84
4.7	Výsledky – onkologická onemocnění.....	87
4.8	Souhrn výsledků	93
5	Diskuze.....	97
5.1	Kardiovaskulární onemocnění	97
5.2	Onkologická onemocnění	99
	ZÁVĚR.....	103
	Seznam použitých zdrojů	105
	Seznam grafů, obrázků a tabulek	110
	Seznam zkratk	113
	Seznam příloh.....	114

ÚVOD

Problematika zdraví je v životě každého člověka v mnoha souvislostech tématem, s nímž se setkává téměř každý den. Diskusemi o zdraví v obecném slova smyslu, zdravém životním stylu a výživě, nezdravém prostředí a nejrůznějších onemocněních jsou lidé mnohdy obklopeni ze všech stran. V první řadě se jedná o záležitosti, které se člověka individuálně a bezprostředně dotýkají, v druhé řadě lze zmínit vnější vlivy působící na jedince, z nichž nejvýznamnější úlohu sehrávají hromadné sdělovací prostředky, v nichž je tato problematika významným tématem. Pro účely kritického posouzení této problematiky je velmi důležitá zdravotní gramotnost. Ta je v posledních letech celosvětově velice aktuálním a diskutovaným tématem. Nutnost zabývat se zdravotní gramotností v jednotlivých zemích světa (včetně České republiky) vychází ze skutečnosti, že úroveň zdravotní gramotnosti jednotlivců a také celé společnosti má vliv na oblast zdraví a zdravotnického odvětví a dotýká se všech oblastí společenského života.

Cílem tohoto podkladového textu je shrnutí významných teoretických poznatků týkajících se problematiky zdravotní gramotnosti, a to jak v obecné rovině, tak v podmínkách České republiky. Jedná se o poznatky v oblasti zdravotní péče, prevence onemocnění a v oblasti podpory zdraví. Cíle praktické části zahrnují zjištění úrovně zdravotní gramotnosti v níže specifikovaných skupinách obyvatelstva České republiky, obsahují i data o rozdílech v informovanosti u primárně respektive sekundárně preventivních opatřeních a to i ve vztahu k dosažené úrovni vzdělání dotazovaných osob.

Vlastní část tohoto textu je zaměřena na dvě oblasti zdravotní problematiky, které jsou z hlediska prevence v České republice, ale i ve všech vyspělých zemích světa na prvních místech morbidity a mortality – tedy onemocnění kardiovaskulární a onkologická. Prevalence **kardiovaskulárních onemocnění** je totiž stále velmi vysoká i v současné době a jejich předcházení zůstává základní prioritou preventivní medicíny. I přes nesporné úspěchy dosažené v této oblasti v posledních 20 letech jsou ischemická choroba srdeční, cévní příhody mozkové a postižení periferních tepen (nejčastější komplikace aterosklerotického cévního postižení) nejběžnějšími příčinami hospitalizací a úmrtí. V ČR byla v posledních letech kardiovaskulární onemocnění odpovědná za přibližně 45 % úmrtí u mužů a 55 % u žen. Tato čísla jsou jistě vysoká, ale pokud se podíváme na srovnání s rokem 1990, došlo do dnešní doby ke snížení mortality přibližně o 5 %, což přispělo zásadním způsobem k prodloužení

střední délky života v tuzemsku – u žen dosahuje téměř 80 roků, u mužů 74 roků. Přes velký pokrok preventivní kardiologie se však v současné době daří zabránit pouze přibližně jedné třetině velkých cévních komplikací aterosklerózy, přestože je dokumentováno, že důslednou aplikací současných preventivních postupů by bylo možné zabránit nejméně polovině akutních infarktů myokardu i cévních příhod mozkových. Snaha o zvýšení gramotnosti v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění je proto zásadní ke zlepšení výše uvedených nepříznivých dat ze současnosti. Zjistit stupeň informovanosti české populace v oblasti hlavních rizikových faktorů (obezita a nadváha, zvýšený objem tukové tkáně, zvýšení krevního tlaku, abnormální lipidy v krevním séru – zvýšení LDL cholesterolu a snížení HDL cholesterolu a zvýšení triglyceridů, abnormální zvýšené hodnoty glukózy v séru) byla proto prvním hlavním cílem předložené práce. Pozornost byla zaměřena nejen na samotnou gramotnost obecného charakteru, ale bylo také zjišťováno, zda je česká populace informována o přítomnosti rizikových faktorů aterosklerózy u nich samotných. Úroveň gramotnosti se totiž může při praktické aplikaci preventivních opatření projevit v dlouhodobém výskytu kardiovaskulárních onemocnění. V praxi to v zjednodušené formě znamená, že pokud bude gramotnost v oblasti rizik kardiovaskulárních onemocnění vysoká, bude v populaci méně osob s přítomnými rizikovými faktory, bude méně osob s hypertenzí, méně kuřáků, méně diabetiků, méně osob s vysokými hodnotami lipidů v séru, populace bude mít vyšší pravidelnou fyzickou zátěž, je pravděpodobné až jisté, že poklesne výskyt infarktů myokardu, cévních příhod mozkových i postižení tepen periferních.

V oblasti onkologických onemocnění je možné konstatovat, že tento obor se za poslední desítky let výrazně rozvinul v celé šíři odbornosti v diagnostice i léčbě zhoubných nádorů. V České republice jsou za účelem poklesu výskytu zhoubných nádorů pro občany zajištěny různé preventivní možnosti. Primární prevence znamená snahy o to, aby člověk zhoubným nádorem vůbec neonemocněl, omezil rizikové, známé faktory. Dále jsou k dispozici 3 hlavní skrínigové programy pro časné zjištění nejčastějších nádorů, které představují sekundární prevenci, to znamená zjištění nádorů v časném stadiu. Ty jsou připraveny v návaznosti na výsledky World Cancer Research Foundation a Světové zdravotnické organizace (WHO), sběr dat doporučuje Rada EU, Ministerstvo zdravotnictví ČR vydává v této oblasti vyhlášky. Prvním je skrínigový program rakoviny prsu, druhý skrínigový program je věnován rakovině tlustého střeva a konečníku a třetí skrínigový program, který je funkční od roku 2008, se týká rakoviny děložního čípku. Účast na skrínigových programech se postupně sice

zlepšuje, v současné době je kolem 60 %, ale existují zde značné rezervy. Proto je druhá část vlastní práce zaměřena na zjištění současného stavu informovanosti o zhoubných nádorech. Stejně jako u onemocnění kardiovaskulárních byla použita ke zjištění gramotnosti české populace v oblasti onkologických dotazníková metoda, zaměřená na znalosti a informovanost o zhoubných nádorech obecně, cíleně pak znalost českých skriningových programů a samotné zapojení dotazovaných osob v nich.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ, DEFINICE A OPERACIONALIZACE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Vymezení a definice základních terminologických pojmů je obvykle velmi důležitým krokem pro lepší orientaci ve zkoumané problematice a možnost správné aplikace určitých přístupů. V celé řadě odborných zdrojů (literárních, periodických, internetových, legislativních a dalších) lze nalézt velké množství různých definic, jež mnohdy až naprosto rozdílným způsobem vymezují některé z názvoslovných pojmů jisté oblasti, což je dáno odlišnými přístupy autorů. Z tohoto důvodu nebývá vymezení a definování některých odborných termínů často vůbec jednoduché. Navíc je zcela běžné, že je příslušné názvosloví pojímáno ve dvou rovinách, a to v rámci širšího a užšího pojetí.

Předmětem následujících podkapitol 1.1 až 1.6 je obecné vymezení a definice základních terminologických pojmů vztahujících se k tématu podkladů zabývajících se trendy ve vzdělávání zdravotní gramotnosti české populace. Pozornost je tak z obecného hlediska věnována vymezení a definicím pojmů jako „trend“, „vzdělávání“, „zdraví“, „gramotnost“ a „populace“. Součástí těchto podkapitol je rovněž operacionalizace těchto pojmů ve vztahu k tématu.

1.1 Trend

Pod pojmem „trend“ se rozumí „*celkový, obecný sklon, směřování či vývojová tendence*“¹.

Operacionalizace pojmu „trend“: Trend je v souvislosti s tématem podkladů pojímán ve vztahu ke vzdělávání. Trendy ve vzdělávání se obecně rozumí změny a vývoj situace v rámci sociálního vzdělávacího systému, které vedou k určitým cílům či směřují proti nim. Tyto cíle mohou být individuálního, celospolečenského či jiného charakteru. S ohledem na téma podkladů je pozornost věnována trendům ve vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti obyvatelstva v České republice.

¹ Pojem trend. ABZ.cz [online] 2005 – 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/trend>.

1.2 Vzdělávání

Pojem „vzdělávání“ je v současné době stále nevysvětleným výrazem. Často je tento pojem zaměňován s termínem „vzdělání“, jenž je vymezen a definován mnoha způsoby. Zásadní rozdíl mezi vzděláním a vzděláváním je procesuální koncepce, neboť vzděláváním se rozumí proces, kterým jsou uskutečňovány stavy člověka a společnosti ve smyslu přístupu ke vzdělání. Vzděláváním se tak rozumí jak velice úzce spjaté fenomény (vzdělání x výchova), tak specifická oblast nekryjící se s výchovou – toto pojetí je však v praxi zcela nemožné, neboť proces vzdělávání velice úzce souvisí s výchovou. Vzdělávání představuje určitý nástroj pro dosažení vzdělání.² Obsahem vzdělávání neboli kurikulem vzdělávání jsou všechny zkušenosti, jež žáci a studenti získávají ve školském zařízení a v aktivitách, které se k tomuto zařízení vztahují (zvláště pokud se jedná o jejich plánování, zprostředkování a hodnocení).³ S ohledem na téma tohoto podkladového textu je v kapitole 2 věnována pozornost trendům ve vzdělávání dětí a dospělých jedinců, včetně rozdílů ve vzdělávání těchto skupin.

Operacionalizace pojmu „vzdělávání“: Vzděláváním se tedy rozumí proces, který je současně prostředkem k dosažení příslušného vzdělání.

1.3 Zdraví

Pojem „zdraví“ je moderním výrazem, jehož je využíváno v obecném i odborném slova smyslu. Význam tohoto pojmu velmi úzce souvisí s kulturním, společenským a ekonomickým prostředím, ve kterém člověk žije. Rovněž se odvíjí od historických změn tohoto prostředí. Uvedené a další determinanty napomáhají k velice rozličnému pochopení tohoto pojmu. Právě z tohoto důvodu lze v odborných zdrojích nalézt množství v mnoha případech se navzájem eliminujících nebo vzájemně se překrývajících vymezení a definic pojmu „zdraví“. Tento termín je možné vymežit v celé řadě rovin. Na zdraví lze pohlížet jak v negativním slova smyslu (v souvislosti s nejrůznějšími onemocněními, poruchami či poškozeními), tak v pozitivním slova smyslu, kdy je zdraví vnímáno jako schopnost, vyrovnanost a vyladěnost člověka a společnosti, a to z pohledu funkcionality (tj. podmínky

² PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003, 324 s. ISBN 80-7178-772-8, s. 292.

³ PRŮCHA, Jan (ed.). *Pedagogická encyklopedie*. Praha: Portál, 2009. 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2, s. 117.

nezbytné pro výkon sociálních rolí) i z pohledu adaptace (tj. podmínky přizpůsobení se okolnímu prostředí). Zdraví je možné pojímat jako určitý standard nebo ideální stav. Lze na něj nahlížet, jak již bylo naznačeno, z odborného i laického hlediska. Pojem „zdraví“ je možné vymezit v podobě statické i dynamické proměnné. V následujícím textu jsou uvedeny různé způsoby pojetí tohoto terminologického výrazu:

Nejstarším a nejprimitivnějším vymezením zdraví je biomedicínská definice tohoto pojmu. V rámci jejího vnímání zdraví se pod stavem nenarušeného zdraví rozumí stav bez přítomnosti patologických změn. Důležitou úlohu zde hrají symptomy onemocnění a pak také samotná nemoc představující následek zmiňovaných patologických změn. K určení způsobu jejich terapií je nutná diagnóza. V rámci léčby však dochází jen k terapii jejich následků, nikoliv příčin vzniku onemocnění. J. Křivohlavý uvádí, že faktory psychického a sociálního charakteru vzniku onemocnění jsou v rámci biomedicínského modelu naprosto opomíjeny.⁴ Na onemocnění je obecně pohlíženo jako na selhání organismu člověka, přičemž důležitou úlohu zde sehrává medicína vysvětlující příčiny bio-fyzického charakteru a vhodnými způsoby usiluje o navrácení zdraví. Úspěchy koncepce zdraví z biomedicínského hlediska byly potvrzeny v minulém století, kdy došlo k rapidnímu snížení výskytu infekčních onemocnění, k rozvoji zdravotnické techniky, postupů a metod terapie, moderní farmakologie apod. Předpoklad lékařství jako jediného možného řešení terapie onemocnění a předpoklad správné diagnózy a výběru léčby jako jediného systému zdravotní péče byl postupem času nahrazen přístupem sociálních činitelů v rámci péče o zdraví. V současné době je toto pojetí nazýváno holistickým přístupem ke zdraví. Nejčastěji využívaným vymezením pojmu „zdraví“ je definice dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organization – WHO), která uvádí, že se jedná o „stav fyzické, psychické a sociální pohody, není to jen nepřítomnost nemoci nebo vady, neduživosti“.⁵ Tato definice zdraví je založena na již zmiňovaném holistickém přístupu ke zdraví, neboť zohledňuje tři základní dimenze, a to dimenzi tělesnou, duševní a sociální. Jediný problém tohoto vymezení zdraví lze spatřovat v užití pojmu „pohoda“, neboť se v tomto ohledu jedná o zcela neurčitý a nedefinovaný výraz. Pohoda je totiž velice subjektivní a jen těžce měřitelnou proměnnou. Z toho vyplývá určitá neobjektivita pojmu zdraví a nepraktické využití takové definice tohoto termínu. V extrémních případech by za pohodu mohl být považován také stav vyvolaný působením

⁴ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

⁵ World Health Organization [online] 2013 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/en/>.

omamných, psychotropních, toxických a popř. i jiných látek - to však v souvislosti s tělesnou dimenzí zdraví nelze považovat dlouhodobě za přínosné.

Některé z dalších definic pojmu „zdraví“ ve své odborné publikaci uvádí J. Křivohlavý (viz následující text). Tento autor považuje za vhodnější vymezení termínu zdraví tzv. pracovní definici. V této souvislosti se zdravím rozumí „*celkový (tělesný, psychický, sociální) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“.⁶ Mimo sociálních činitelů zde významnou úlohu sehrávají činitelé psychologického charakteru. Předmětem psychologie zdraví je studium chování jedince a životních stylů přímo ovlivňujících jeho zdraví. Teorie zdraví je z hlediska tohoto přístupu uspořádána dle pojetí zdraví v podobě nástroje k dosažení jistého cíle či dle pojetí zdraví jako konečného stavu všeho úsilí (samotného dosaženého cíle). V prvním případě je zdraví chápáno jako zdroje tělesné a duševní síly napomáhající ke zdolávání těžkostí (kupříkladu zvládnání onemocnění ohrožující organismus). Ve druhém případě o jakousi metafyzickou sílu, která je reprezentována elánem, vitalitou a schopností jedince přizpůsobovat se okolnímu prostředí. V tomto ohledu je zdraví vymezováno jako schopnost k dosažení vyšších cílů, k realizaci vlastního potenciálu a zvládnání životních problémů. Zdravím se tak rozumí individuální zdroj bytí. Uvedené vymezení pojmu „zdraví“ vyjadřuje postoj jedince k vlastnímu životu, ke smysluplnosti vlastního bytí, ke zvládnání obtíží, které s sebou život přináší a k jeho celkové rezistenci. V rámci zmiňované schopnosti člověka přizpůsobit se vnějšímu prostředí je možné zdraví pojímat jako „*schopnost jednak přizpůsobit si prostředí, schopnost upravit prostředí, ale také změnit vlastní způsob života, schopnost přizpůsobit se nepříznivým podmínkám*“.⁷ Z toho plyne, že lidé jsou schopni utvářet si ochranu vůči tomu, čím jsou ohrožováni, a zároveň jsou schopni v pozitivním slova smyslu odpovídajícím způsobem reagovat na nejrůznější životní problémy. Zdraví je dále možné definovat jako schopnost jedince optimální společenské funkce (fitness – „fit“ znamená dobrá kondice, správná funkce fyzické i psychické stránky člověka) – tzn. „*člověka vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován*“.⁸ Toto vymezení určuje optimální vykonávání společenských rolí. Jistý problém však tato definice zdraví představuje v souvislosti s případným vyloučením určitých sociálních skupin (kupříkladu zdravotně postižených jedinců). Další pracovní definice zdraví zní následovně: „*Optimální zdraví určité*

⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

osoby závisí na souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly využity zvolené a biologické možnosti (potenciály). Aktuální stav zdraví závisí na realizaci těchto podmínek: uspokojení základních fyziologických potřeb a naplňování smyslu života. K tomu je nutné, aby člověk chápal faktory, které zdraví ovlivňují, a dovedl s těmito informacemi pracovat.“⁹ Zdravotní péče by tak měla odstranit nepříznivé činitele negativně ovlivňující zdraví a naopak posílit činitele, které ovlivňují zdraví v pozitivním slova smyslu. Kromě uvedených a mnoha dalších pracovních definic pojmu „zdraví“ existují také tzv. operační vymezení tohoto výrazu. V tomto pojetí je zdraví definováno vcelku stručnými způsoby. Tato operační vymezení zdraví slouží ke kvantifikačním cílům. Jednu z takových operačních definic zdraví uvádí J. Holčík: „Zdraví je potenciál vlastností a schopností člověka vyrovnat se s nároky zevního prostředí bez narušení životních funkcí.“¹⁰ Zajištěním zdraví se dle J. Křivohlavého rozumí „poskytnutí pomoci bez vlastní žádosti“.¹¹ Tato vymezení se orientují na problematiku dílčích studií a nepředstavují obecně pojímané definice. Všeobecně koncipovanou je definice zdraví, která jej vymezuje jako „relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí“.¹² Zde je zdraví chápáno ve třech rovinách, a to na úrovni fyzické a psychosociální integrity, nenarušenosti funkcí a rolí a adaptace v pojetí homeostázy.

Z ekonomického hlediska je zdraví zbožím. Jedná se o koncepci zdraví „jako něčeho, co se dá koupit ve formě léku v lékárně, nebo ve formě lékařského zákroku dodat, nebo ztratit“.¹³ Předpokladem tohoto vymezení je až nadpřirozená víra ve farmaka a lékaře, což směřuje k pasivnímu postavení v předcházení onemocnění a zdravotní péči.

Protože definic objasňujících pojem „zdraví“ existuje opravdu celá řada, pro jednodušší pochopení tohoto termínu jsou využívány tzv. modely zdraví. Z historického hlediska byl prvním takovým modelem biomedicínský model zdraví. Ten byl později doplněn o sociologický, humanitní a behaviorální model zdraví. V současnosti se s ohledem na komplexní multidimenzionální koncepci zdraví jedná o složený ekologicko-sociální model

⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

¹⁰ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

¹¹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

¹² HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

¹³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

zdraví,^{14,15} jenž je kombinací uvedených přístupů. Jak uvádí J. Holčík, P. Kaňková a L. Prudil: Rozvoj humanitních věd se odrazil rovněž v lékařství. K biomedicínskému modelu zdraví tak byl připojen sociologický model zdraví (zohledňující sociální roce člověka), dále humanitní model zdraví (povznášející morální a volní aspekty lidského bytí) a behaviorální model (uznávající význam chování člověka pro zdraví a usilující o využívání získaných poznatků ke zlepšení zdraví a ke zvýšení kvality života).¹⁶ Na základě tohoto multidisciplinárního přístupu začal být člověk jako pacient pojímán ve větší míře v kontextu společnosti a prostředí, v němž žije. Ani tento model zdraví však není s ohledem na současné potřeby porozumění pojmu „zdraví“ postačující. V souvislosti se zdravím je stále častěji zmiňováno společenské a přírodní prostředí člověka, z čehož plyne uvědomění zdraví na základě kultury, současných ekonomických a politických podmínek. Nejnovějším modelem zdraví je tedy zmiňovaný ekologicko-sociální model zdraví, který je založen na komplexní multidimenzionální koncepci zdraví. Pozornost je však neustále soustředěna na člověka. Zdůrazňována jsou opatření a omezení týkající se právě prostředí. Autoři J. Holčí, P. Kaňková a L. Prudil uvádějí, že předpokladem zmiňovaného komplexního multidimenzionálního pojetí zdraví je, že „zdraví není jen charakteristikou organismu. Je i významnou humánní hodnotou, a to jak individuální, tak sociální. Je provázáno mnohými společenskými, právními, politickými, ekonomickými, kulturními a dalšími aspekty“.¹⁷ J. Machová, D. Kubátová a kolektiv doplňují, že se současně jedná o premisy „plného, plodného a skutečně kvalitního lidského života. Zdraví lidí je rovněž nezbytnou podmínkou ekonomického a sociálního rozvoje“.¹⁸ Ekologicko-sociální model zdraví zohledňuje společenské role člověka, specifika zdraví z hlediska sociálního, individuální hodnoty člověka, subjektivní koncepci zdraví, společenský život člověka, jeho zdravotní stav, vztahy mezi lékaři a pacienty, zdravotní gramotnost, široké spektrum postupů a metod terapie a péče, včetně celé řady dalších témat týkajících se problematiky zdraví. Zároveň tento model zdraví zohledňuje účast člověka na

¹⁴ HOLČÍK, Jan, KAŇKOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: Východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 978-807-0134-177.

¹⁵ ČELEDVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 126 s. ISBN 80-247-3213-0.

¹⁶ HOLČÍK, Jan, KAŇKOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: Východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 978-807-0134-177.

¹⁷ HOLČÍK, Jan, KAŇKOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: Východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 978-807-0134-177.

¹⁸ MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar a kolektiv. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

péči o vlastní zdraví. Strategie péče o zdraví s ohledem na tento model zdraví vede k vyšší míře osobní zodpovědnosti lidí za vlastní zdraví a k jejich kooperaci v dílčích oblastech zdraví vztažených k sociokulturnímu prostředí a celé společnosti. J. Holčík, P. Kaňková a L. Prudil uvádí, že „*ekologicko-sociální model zdraví neusiluje o oddělení léčby, prevence a občanských aktivit. Snaží se o jejich rovnováhu, komplementární působení a co největší účinnost. Je nutné ovšem zdůraznit, že sociálně ekologický model zdraví rozhodně není protipólem biomedicínského přístupu, ale jeho významným rozšířením*“.¹⁹

Operacionalizace pojmu „zdraví“: V rámci tohoto podkladového textu se pojetí pojmu „zdraví“ odráží od ekologicko-sociálního modelu zdraví. Rozumí se jím tělesná, duševní i společenská stránka stavu člověka s ohledem na současné individuální, společenské, kulturní, ekonomické, politické, právní a příp. také další podmínky ovlivňujícími jeho účast na péči o vlastní zdraví.

1.4 Gramotnost

Gramotnost je velice obecným a obvykle široce definovaným pojmem, jehož vývoj lze z hlediska historie charakterizovat výraznou dynamikou. V odborných zdrojích je možné nalézt celou řadu jednoduchých i složitějších vymezení a definic tohoto pojmu, které se od sebe vzájemně více či méně odlišují. V současné době neexistuje žádná ucelená a obecně uznávaná definice gramotnosti.

Prvotně byla pod pojmem „gramotnost“ dle Slovníku cizích slov L. Klimeše označována schopnost číst, psát a počítat. Tato schopnost byla nazývána jako „trivium“.²⁰ Dle Slovníku cizích slov pro nové století J. Linharta a kolektivu se v tomto slova smyslu jedná o znalost čtení a psaní.²¹ Obecně se pod tímto pojmem tedy rozumí schopnost jakési činnosti spojené s duševní aktivitou.

V některých odborných zdrojích lze nalézt synonymizaci pojmu „gramotnost“ s termínem „alfabetizace“. Příkladem může být Velký sociologický slovník autorů J. Linharta,

¹⁹ HOLČÍK, Jan, KAŇKOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: Východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 978-807-0134-177.

²⁰ KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1983. 791 s. ISBN 14-545-83, s. 699.

²¹ LINHART, Jiří a kolektiv. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Dialog, 2008. 412 s. ISBN 80-7382-006-4, s. 139.

M. Petruska, A. Vodákové a H. Maříkové, v němž jsou uvedeny historické údaje a podmínky umožňující alfabetizaci a informace o jejích obecných cílech. Alfabetizace jako proces šíření gramotnosti se začala masově rozšiřovat od počátku 19. století. K tomu přispěl zejména vynález knihtisku, dále národní jazyková hnutí, reformace, průmyslová revoluce a další významné historické události. Gramotnost je v současné době z obecného hlediska pokládána za velice důležitý indikátor kulturní úrovně společnosti nebo stupeň jejího rozvoje.²² Ke zmiňovaným obecným cílům alfabetizace patří:

- „*schopnost realizovat velký počet činností každodenního života a profesionální dráhy, při nichž je nutné čtení a psaní,*
- *nezbytná způsobilost k permanentnímu vzdělávání,*
- *jeden z nástrojů sociálního vzestupu,*
- *jeden z předpokladů účasti na demokracii,*
- *možnost vyhnout se sociálnímu stigmatu a používat nástrojů kultury.*“²³

Se synonymizací gramotnosti s alfabetizací dle Velkého sociologického slovníku se však neztotožňuje Pedagogický slovník J. Průchy, E. Walterové a J. Mareše: Zatímco gramotnost je „*dovednost číst a psát, získávaná obvykle v počátečních ročnících školní docházky. Ve vyspělých zemích dosahuje gramotnost obyvatel téměř 100 %, naopak v málo rozvinutých zemích je gramotnost nízká (60 % i méně)*“²⁴, alfabetizace představuje „*výuku negramotných osob za účelem osvojení elementárních dovedností čtení, psaní, počítání. Z pedagogického hlediska je alfabetizace důležitá zvláště pro rozvojové země s vysokými podíly negramotného obyvatelstva*“.²⁵ Na základě tohoto lze konstatovat, že se významově o synonyma nejedná, neboť gramotností se tedy rozumí dovednost a alfabetizací proces získávání této dovednosti.

Rozdíl ve vymezení gramotnosti je možné spatřovat také v porovnání definice tohoto pojmu dle Pedagogického slovníku s Mezinárodní encyklopedií sociálních věd, v níž je

²² LINHART, Jiří, PETRUSEK, Miloslav, VODÁKOVÁ, Alena, MAŘÍKOVÁ, Hana. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. 1 627 s. ISBN 80-7184-310-5, s. 351.

²³ LINHART, Jiří, PETRUSEK, Miloslav, VODÁKOVÁ, Alena, MAŘÍKOVÁ, Hana. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. 1 627 s. ISBN 80-7184-310-5, s. 352.

²⁴ PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2, s. 70.

²⁵ PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2, s. 15.

gramotnost vymezena následujícím způsobem: „*V kontextu archeologickém, antropologickém nebo etnografickém se pojem gramotnost vztahuje ke kulturnímu faktu, že v dané společnosti bylo vyvinuto písmo a že v ní existuje třída, kasta nebo zaměstnanecká skupina, jejíž členové zaznamenávají náboženská nebo morální pravidla v psané podobě nebo používají písmo k nějakému jinému zvláštnímu účelu. V tomto užití gramotnost implikuje také opačný pojem pre-gramotnost, tj. kulturní stadium, v němž písmo ještě vyvinuto nebylo. Jestliže je pojmu gramotnost užito v historickém nebo srovnávacím kontextu, potom je v něm obsažen kontrast s negramotností. Gramotnost referuje k míře rozšíření schopnosti číst a psát v populaci ve společnosti. Gramotná společnost je potom taková, v níž většina dospělých členů umí číst a psát alespoň jednoduché vzkazy.*“²⁶ Z výše uvedeného je patrné, že v rámci Pedagogického slovníku je gramotnost dáována do souvislosti se vzděláním, naproti tomu v Mezinárodní encyklopedii sociálních věd již s vývojem písma.

M. Rabušicová uvádí, že gramotnost je kulturním fenoménem, jenž se neustále vyvíjí a mění společně s kulturou. Rovněž poukazuje na skutečnost, že gramotnost ani v současnosti nelze považovat za univerzální jev. Důvodem tohoto je fakt, že ne všichni jedinci na světě umí číst a psát, či tato jejich schopnost neodpovídá určité kultuře. Ve skutečnosti je tak možné setkat se s různými úrovněmi a formami negramotnosti. Nepřetržitý vývoj pojmu „gramotnost“ lze dokázat na základě uvedení definice tohoto termínu Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization – UNESCO²⁷) z roku 1958 a z roku 1978: Gramotný člověk byl prvně vymezen jako takový člověk, jenž „*umí s porozuměním přečíst a napsat krátký a jednoduchý výrok ze svého každodenního života*“.²⁸ Poté se již jednalo o vymezení tzv. funkčně gramotného člověka, kterým se rozuměl takový člověk, jenž „*může být zapojen do všech aktivit, v nichž je pro efektivní fungování v jeho skupině a komunitě vyžadována gramotnost, a také které mu umožňují pokračovat ve využívání čtení, psaní a počítání v zájmu jeho vlastního a komunitního rozvoje*“.²⁹ Pokrok ve vnímání gramotnosti je zřejmý již v její původní definici, v níž je gramotnost nejen schopností číst a psát, ale rovněž schopností porozumět čtenému a

²⁶ RABUŠICOVÁ, Milada. *Gramotnost: staré téma v novém*. Brno: Georgetown. 2002. 199 s. ISBN 80-210-2858-0, s. 9.

²⁷ UNESCO: *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://en.unesco.org/>.

²⁸ RABUŠICOVÁ, Milada. *Gramotnost: staré téma v novém*. Brno: Georgetown. 2002. 199 s. ISBN 80-210-2858-0, s. 16.

²⁹ RABUŠICOVÁ, Milada. *Gramotnost: staré téma v novém*. Brno: Georgetown. 2002. 199 s. ISBN 80-210-2858-0, s. 16 – 17.

psanému. Později se gramotností začala rozumět nejen schopnost číst a psát (včetně porozumění těmto činnostem), ale také schopnost počítat. V souvislosti s vymezením funkčně gramotného člověka lze uvést definici funkční gramotnosti dle Pedagogického slovníku: „*Funkční gramotnost na rozdíl od gramotnosti v obvyklém významu znamená vybavenost člověka pro realizaci různých aktivit potřebných pro život v současné civilizaci. Je to gramotnost v oblasti literární, dokumentové a numerické, např. dovednost nejen číst, ale také chápat složitější texty, vyplnit formulář, rozumět grafům a tabulkám apod.*“³⁰ Funkční gramotnost tedy zahrnuje tři složky, a to lineární, dokumentovou a numerickou, neboli kvantitativní.³¹ M. Zvírotsky označuje gramotnost v podobě schopnosti číst, psát a počítat jako primární. Sekundární gramotností pak nazývá příkladně gramotnost počítačovou, informační, finanční, jazykovou, přírodovědeckou či zdravotní³² (ta je s ohledem na téma podkladů zcela stěžejní – viz kapitoly 3 až 5 dále).

V pořadí sedmém aktualizovaném a rozšířeném vydání Pedagogického slovníku je gramotnost definována jako „*jev závislý na mnoha faktorech, především na sociálním, ekonomickém, kulturním a informačním prostředí. Velice obecně řečeno, gramotností rozumíme osvojení určité dovednosti*“.³³ Jde o schopnost využívání významných informací a dovedností v nejrůznějších životních situacích.

Operacionalizace pojmu „gramotnost“: Gramotnost lze tedy chápat jako určitý ukazatel kulturní úrovně populace a společnosti jako celku, příp. stupně jejího rozvoje (přínejmenším schopnosti číst, psát a počítat), která je závislá na faktorech sociálního, kulturního, ekonomického a informačního prostředí.

³⁰ PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2, s. 67.

³¹ RESSLER, Miroslav, HOUŠKOVÁ, Zlata. *Podpora informační gramotnosti ve veřejných knihovnách – cesta k budoucnosti*. Praha: Národní knihovna ČR. 2006. 112 s. ISBN 80-7050-500-1.

³² ZVÍROTSKÝ, Michal. Negramotní ve věci vlastního zdraví. In *Psychologie dnes*, 2007, roč. 13, č. 9, s. 32 – 33. ISSN 1212-9607, s. 32.

³³ PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9.

1.5 Zdravotní gramotnost

Protože je problematika zdravotní gramotnosti stěžejním předmětem tohoto podkladového textu, je jí věnována pozornost v rámci zcela samostatné kapitoly 3 a následujících.

1.6 Populace

Obecně se populací rozumí soubor jedinců určitého druhu, kteří se v jistém čase nachází v určité oblasti, nebo soubor jedinců s identickým dědičným základem a původem, kteří se hromadně vyskytují na tomtéž území. Autorky B. Otová a R. Mihalová definují populaci jako „*skupinu jedinců (stejného druhu), kteří mají společný genofond a jsou spjati (potencionálním) pohlavním rozmnožováním*“.³⁴

Operacionalizace pojmu „populace“: S ohledem na téma podkladů se populací v širším pojetí rozumí soubor jedinců (lidí) české národnosti žijících na území České republiky. Populací je tak obyvatelstvo našeho státu.

³⁴ OTOVÁ, Berta, MIHALOVÁ, Romana. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum Press, 2013. 228 s. ISBN 978-80-246-2109-8, s. 63.

2 PROBLEMATIKA ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Problematika zdravotní gramotnosti je obecně pojímána z hlediska historie (podkapitola 2.1), vymezení a definice samotného pojmu „zdravotní gramotnost“ (podkapitola 2.2), významu zdravotní gramotnosti (podkapitola 2.3), její struktury a jejích modelů (podkapitola 2.4) a modelů rozvoje zdravotní gramotnosti, a to konkrétně zdravotní výchově, podpoře a prevenci zdraví a zdravotním programům (podkapitola 2.5).

2.1 Zdravotní gramotnost v historickém kontextu

Kořeny zdravotní gramotnosti sahají k výchově. Snahy lidí ovlivňovat své zdraví jsou známy již od počátku lidské civilizace. Zatímco v některých případech se jednalo o ovlivňování zdraví v pozitivním slova smyslu, v jiných případech tomu bylo naopak, a to i přesto, že k onomu ovlivňování zdraví docházelo většinou v dobré víře. Lidé se v rámci ovlivňování zdraví obvykle řídili již osvědčenými tradicemi týkajícími se způsobu života či osobní hygieny. Většina výchovných úsilí v oblasti zdraví byla podmíněna závažností zdravotních problémů, dále možnostmi jejich zvládnutí a převládajícím systémem hodnot. Účinky takové výchovy byl přímo vázán na hospodářské a sociální postavení jednotlivců, ale také na stav společnosti jako celku. Přestože postupem času docházelo zvláště v období novověku k jednotlivým úspěchům v oboru lékařství, až do konce 19. století nebyla společnost schopna v tomto ohledu příliš nabídnout. Významného podnětu se výchova ke zdraví dočkala až na počátku 20. století (zvláště pak v jeho druhé polovině), kdy došlo k prudkému rozvoji poznatků z oboru medicíny. Pro první polovinu 20. století bylo v rámci zdravotní výchovy charakteristické zlepšení péče o zdraví dětí v rodinách, a to zejména v oblasti prevence infekčních onemocnění. V 60. a 70. letech 20. století byla výchova ke zdraví zvláště ve vyspělých zemích zaměřena na problematiku chronických onemocnění, jež byla značnou měrou zapříčiněna způsobem života lidí. Většina z dřívějších činností byla založena na docela prostém porozumění vztahu rizikového činitele a onemocnění. Tyto činnosti vycházely z přesvědčení, že v případě poskytnutí dostatečného množství potřebných informací široké veřejnosti, dojde ze strany lidí ke změnám jejich chování a tím zlepšení jejich zdraví. D. Nutbeam v této souvislosti uvádí, že na základě praktických zkušeností bylo zjištěno, že množství programů zdravotní osvěty bylo úspěšných pouze z vyšších společenských vrstev s odpovídajícím vzděláním a žijících v relativně ideálních podmínkách

(nikoliv v chudobě). Dále dodává, že u sociálně znevýhodněných skupin obyvatelstva byl přínos těchto programů ve většině případů nepřesvědčivý.³⁵ Na základě tohoto se dospělo k názoru, že poskytování informací a poučování jedním směrem (tedy směrem k populaci) není dostatečně efektivní. Později byly za vhodnější považovány široce orientované zdravotně výchovné programy naprosto respektující společenskou situaci lidí, na které byly specializovány. K dalšímu rozšiřování uvedených zdravotně výchovných programů z hlediska jejich náplně a využitých metod docházelo v oblasti označované jako „podpora zdraví“ (anglicky Health Promotion – HP). Tato podpora zdraví se stala nedílnou součástí tzv. společenských zdravotnických programů založených na kooperaci s širokou veřejností. Platformu na celosvětové úrovni obdržela podpora zdraví realizací mezinárodní konference v Kanadě, ve městě Ottawa, která byla uskutečněna roku 1986. Na této konferenci došlo k přijetí tzv. Ottawské charty.³⁶ Touto konferencí se podpora zdraví stala formou účasti a činnosti lékařské, politické a občanské veřejnosti na péči o zdraví. Rovněž se stala podkladem a metodou zdravotní politiky. Další reakcí na uvedenou konferenci byla realizace mezinárodní konference v Austrálii (ve městě Adelaide). Na této konferenci došlo k přijetí charty, která se týkala principů zdravotní politiky. V neposlední řadě se jednalo o konferenci pořádanou roku 1991 ve Švédsku (ve městě Sundsvall). Ta byla zaměřena na zdravotně příznivé prostředí. S ohledem na skutečnost, že společenské determinanty zdraví a především úroveň vzdělání mají vliv na zdraví lidí,³⁷ se v konečném důsledku začalo uvažovat o souhrnu metod, jež by úzce navazovaly na obvyklé vzdělávací činnosti, zcela respektovaly životní podmínky lidí a také napomáhaly lidem ke správnému rozhodování v oblasti vlastního zdraví a převzetí části zodpovědnosti za své zdraví.^{38,39}

³⁵ NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In *Health Promotion International*, 2000, 15 (3), p. 259 – 267. ISSN 0957-4824, s. 259.

³⁶ Health promotion: The Ottawa Charter for Health Promotion. WHO [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

³⁷ *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization, 2008. 256 p. ISBN 978-92-4-156370-3, s. 246.

³⁸ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárníky* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

³⁹ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 81 – 89.

2.2 Pojem „zdravotní gramotnost“

S pojmem „gramotnost“, jímž byla prvotně označována schopnost číst, psát a počítat, se postupem času začaly propojovat i jiné dovednosti. Základem byla tzv. funkční gramotnost (anglicky Functional Literacy). Tou byla označována lidská schopnost podílet se na činnostech nezbytných pro život v soudobé civilizaci. Jednalo se kupříkladu o gramotnost literární, dokumentovou a numerickou – tzn. schopnost porozumění složitějším textům, tabulkám či grafům nebo vyplňování nejrůznějších formulářů. J. Průcha, E. Walterová a J. Mareš ve svém Pedagogickém slovníku uvádí, že i když dosahuje gramotnost v rozvinutých zemích téměř 100%, funkční gramotnost se pohybuje okolo 90 %.⁴⁰ J. Holčík dodává, že obrazně je gramotností označována schopnost nějakých činností spojených s duševními aktivitami. Později (konkrétně s rozvojem výpočetní techniky) se začal využívat pojem „počítačová gramotnost“. Jedná se o zvládnání základních uživatelských funkcí osobních počítačů. Z dalších lze uvést gramotnost cizojazyčnou, občanskou, politickou a mnoho jiných. S ohledem na význam zdraví a skutečnost nezbytnosti zvýšení podílu občanů na péči o zdraví se začal uplatňovat také pojem „zdravotní gramotnost“.^{41, 42}

Poprvé bylo pojmu „zdravotní gramotnost“ využito roku 1974. Tento termín použil prvně v dokumentu „Výchova ke zdraví jako sociální politika“ Scott Simonds. Koncepce zdravotní gramotnosti tohoto autora se však výrazně odlišovala od současného pojetí. Právě tento autor požadoval doplnění osnov ve výchově a vzdělávání žáků, neboť zastával názor, že žáci by měli být „gramotní“ v oblasti zdraví stejným způsobem jako jsou „gramotní“ v oblasti historie a vědy. Současně však doplnil, že není zapotřebí pouze doplnit uvedené osnovy, zavést další předmět či jiná školení.⁴³

V dostupných literárních, periodických, internetových a popř. i dalších zdrojích je možné nalézt velké množství definic zdravotní gramotnosti. Krátký souhrn vymezení pojmu

⁴⁰ PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003, 324 s. ISBN 80-7178-772-8, s. 322.

⁴¹ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁴² HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 151 – 159.

⁴³ RATZAN, Scott. Health literacy: communication for the public good. In *Health Promotion International*, 2001, 16 (2), p. 207 – 214. ISSN 1460-2245.

„zdravotní gramotnost“ uvádí ve svém odborném článku D. Nutbeam⁴⁴ a I. Kickbusch.⁴⁵ Centrem pro strategii zdravotní péče (Center for Health Care Strategies⁴⁶) byla zdravotní gramotnost definována jako „*schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací*“.⁴⁷ United States Department of Health and Human Services⁴⁸ (USDHHS) definoval zdravotní gramotnost jako „*schopnost získat, interpretovat a rozumět základním zdravotním informacím i službám a dovednost využít takové informace a služby ke zlepšení zdraví*“.⁴⁹ Postupem času začala být zdravotní gramotnost předmětem odborných studií a výzkumných projektů. Tento pojem tak byl upravován s ohledem na jednotlivé výzkumné cíle či ukazatele, jimiž byla úroveň zdravotní gramotnosti měřena. Pojem zdravotní gramotnosti však býval definován také z hlediska čistě teoretického. Některé z vymezení zdravotní gramotnosti jsou spíše kratší a jsou zaměřeny zvláště na vystižení její podstaty.^{50,51} I. Kickbusch, S. Wait a D. Maag definují zdravotní gramotnost jako schopnost konat správná rozhodnutí v oblasti zdraví v rámci každodenního života.⁵² Naproti tomu další definice pojmu „zdravotní gramotnost“ představují širší vymezení. Příkladem může být definice zdravotní gramotnosti J. Rogerse. Tento autor uvádí, že se jedná o více, než pouze přenos informací. Jde o rozvoj dovedností k získání a čtení zdravotních informací a jejich úspěšné využívání ve svých vlastních situacích (např. v rozhodnutí se pro návštěvu lékaře či zachování terapeutického režimu).⁵³ H. Osborne doplňuje, že termín „zdravotní gramotnost“ přesahuje obvyklá vymezení. Jedná se také o sdílenou zodpovědnost občanů či pacientů (kohokoliv, kdo

⁴⁴ NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In *Health Promotion International*, 2000, 15 (3), p. 259 – 267. ISSN 0957-4824.

⁴⁵ KICKBUSCH, Ilona. Health literacy: addressing the health and education divide. In *Health Promotion International*, 2001, 16 (3), p. 289 – 297. ISSN 0957-4824.

⁴⁶ Center for Health Care Strategies [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.chcs.org/>.

⁴⁷ What is Health Literacy? CHCS: Center for Health Care Strategies, Inc. [online] 2013 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: http://www.chcs.org/media/What_is_Health_Literacy.pdf.

⁴⁸ U. S. Department of Health & Human Services [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.hhs.gov/>.

⁴⁹ Healthy People. ODPHP: Office of Disease Prevention and Health Promotion [online] 2010 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://health.gov/our-work/healthy-people/>.

⁵⁰ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁵¹ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 151 – 159.

⁵² KICKBUSCH, Ilona, WAIT, Suzanne, MAAG, Daniela. Navigating Health: The Role of Health Literacy. *ILC: International Longevity Centre – UK* [online] 2006 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_3.pdf.

⁵³ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

se seznamuje se zdravotními informacemi) a lékařů či jiných zdravotnických pracovníků či poskytovatelů zdravotnických služeb (těch, kdo jsou zodpovědní za zdravotní komunikaci). Rozvoj a úplné využití zdravotní gramotnosti nastávají v případech, kdy zdravotničtí pracovníci a občané / pacienti společně komunikují takovým způsobem, že si vzájemně rozumí.⁵⁴ J. Holčík doplňuje, že zdravotní gramotnost nepředstavuje pouze schopnosti občanů (pacientů), nýbrž závisí na schopnosti lékařů (zdravotníků) ke sdělování, vysvětlování a psaní zdravotních informací takovým způsobem, aby jim pacienti plně a správně rozuměli. Tento autor dále uvádí, že zdravotní gramotnost by u občanů (především u pacientů) měla zvyšovat:

- „vědomí, že existuje mnoho rozdílných zdrojů informací,
- přístup k široké škále informačních zdrojů, rad a doporučení, která jsou dostupná prostřednictvím mnohých vzdělávacích metod a forem (vizuální, poslechové, hmatové), literárních stylů a jazyků (imigranti by měli mít, pokud možno, k dispozici text v rodném jazyce), ve formě příběhů, her, videoprogramů, internetu, komunikace v podpůrných skupinách apod.,
- schopnost rozeznávat kvalitu a správnost poskytovaných informací,
- znalost a chápání zdravotních problémů, terapie, vedlejších účinků a dalších nestranných informací o existujících možnostech s cílem dojít ke skutečně informovanému souhlasu pacienta a k přiměřené a odpovědné spotřebě zdravotnických služeb.“^{55, 56}

Uznávanou definicí zdravotní gramotnosti Státním zdravotním ústavem⁵⁷ je vymezení, že se jedná o „kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.“⁵⁸ I. Kickbusch v souvislosti s touto definicí zdravotní gramotnosti dodává, že právě toto vymezení bylo předmětem jednání na 5. světovém kongresu, který byl zaměřen na posilování a rozvoj zdraví. Doporučeno bylo rozšíření této definice takovým

⁵⁴ OSBORNE, Helen. Health literacy: how visuals can help tell the healthcare story. In *Journal of Visual Communication in Medicine*, 2006, 29 (1), p. 28 – 32. ISSN 1745-3054.

⁵⁵ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁵⁶ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 151 – 159.

⁵⁷ *Státní zdravotní ústav* [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/>.

⁵⁸ Health Promotion Glossary. *World Health Organization* [online] 1998 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

způsobem, aby pojímala veškeré oblasti společenského rozvoje, včetně dovedností, jenž obvykle nejsou zařazovány do oblasti posilování a rozvoje zdraví, však mají jistý kladný vztah ke zdraví. Taktéž bylo doporučeno, aby nebyla zdravotní gramotnost chápána pouze jako vlastní charakteristika člověka, nýbrž jako důležitá determinanta zdraví obyvatelstva.⁵⁹ Tato doporučení se pak promítla do následující definice zdravotní gramotnosti: „*Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti.*“⁶⁰ Takto koncipovaná zdravotní gramotnost má velice úzkou souvislost s gramotností obecnou. Míra gramotnosti, jenž ve většině případů (nikoliv však ve všech případech), se odvíjí od úrovně vzdělání významným způsobem, předznamenává zdravotní osudy osob a společenských skupin.^{61, 62} Obecně známou skutečností je, že jedinci s omezenou gramotností patří do skupiny osob, které jsou zdravotně znevýhodněny. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti má vliv na zdraví buď nepřímo (prostřednictvím omezeného výběru povolání a dosahovaného příjmu), nebo zcela bezprostředně (prostřednictvím osobní ne/účasti na uskutečňování preventivních opatření v rámci vyhledávání brzkých stádií onemocnění v případě, že se jedná o koncepci ke zdravotnickým službám či o podíl na léčbě vlastních chronických onemocnění).^{63,64} Část nepříznivých následků nízké úrovně zdravotní gramotnosti může být v rámci zdravotnického systému do jisté míry nahrazena kupříkladu odlišnou koncepcí, lepší komunikací se zdravotnickými pracovníky a senzibilnějším řízením při zvládnutí chronických onemocnění. Tímto mohou být ovlivněna některá hlediska poskytování zdravotnických služeb. V této souvislosti však nutno podotknout, že zdravotničtí pracovníci jsou schopni působit na výraznější nepříznivé následky omezené zdravotní

⁵⁹ KICKBUSCH, Ilona. Health literacy: addressing the health and education divide. In *Health Promotion International*, 2001, 16 (3), p. 289 – 297. ISSN 0957-4824.

⁶⁰ KICKBUSCH, Ilona, WAIT, Suzanne, MAAG, Daniela. Navigating Health: The Role of Health Literacy. *ILC: International Longevity Centre – UK* [online] 2006 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_3.pdf.

⁶¹ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁶² HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 151 – 159.

⁶³ NUTBEAM, Don. The evolving concept of health literacy. In *Social Science and Medicine*, 2008, 67 (12), p. 2 072 – 2 078. ISSN 0277-9536.

⁶⁴ PEERSON, Anita, SAUNDERS, Margo. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? In *Health Promotion International*, 2009, 24 (3), p. 285 – 296. ISSN 0957-4824.

gramotnosti pouze nepřímo (malé možnosti výběru životního stylu, které souvisí s nízkou a těžce ovlivnitelným společenským postavením společně s pocity méněcennosti a beznaděje). Gramotnost souvisí s úrovní aktivní účasti na veřejném životě a také se stupněm životního uspokojení. V tomto významu představují gramotnost i zdravotní gramotnost velice důležitý předpoklad úspěšného rozvoje státu jako celku.

Pro patřičné porozumění zdravotní gramotnosti jsou důležité rovněž vymezení tohoto pojmu, jež současně definují některé další termíny, které s ní souvisejí, neboť zřejmý by měl být nejen význam zdravotní gramotnosti, ale rovněž i to, čím se od jiných termínů tato gramotnost odlišuje. Příkladně lze uvést porovnání zdravotní gramotnosti a tzv. zplnomocnění. Zatímco podstatou zdravotní gramotnosti je zvýšení vědomí různorodosti informačních zdrojů v rozšíření koncepce k nejrůznějším zdrojům zdravotních informací, pokynů a doporučení, v posilování schopnosti k rozpoznávání kvality a správnosti poskytovaných informací, ve znalosti a porozumění zdravotním obtížím a léčbě, ve schopnosti pečovat o vlastní zdraví a v dodržování terapeutického režimu, zplnomocněním pacientů se rozumí posílení vědomí zodpovědnosti za své zdraví a rozvoj schopností pečovat o vlastní zdraví právě pomocí zdravotní gramotnosti a účasti na rozhodování v rámci plánování péče o své zdraví a v rámci výběru vhodné léčby. J. Holčík v této souvislosti poukazuje na to, že návaznost či dokonce částečnou záměnu pojmů souvisejících se zdravotní gramotností je možné očekávat nejen v rámci výzkumných projektů, ale také v rámci výběru praktických opatření. Z tohoto důvodu je vhodné pro konkrétní studie vybírat tzv. operační definice, které vymezují zdravotní gramotnost v určitých souvislostech.^{65,66}

Pojem „zdravotní gramotnost“ lze chápat spíše v širším slova smyslu. V některých případech je tento termín zaměňován s daleko užším výrazem, kterým je „medicínská gramotnost“. Tato gramotnost je spíše vztažena k okolnostem, které souvisejí s poskytováním zdravotnických služeb. Medicínskou gramotnosti se tak rozumí kupříkladu schopnost číst a rozumět pozvánkám na vyšetření, příbalovým letákům léků a přípravků vydávaných bez lékařského předpisu, doporučením zdravotnických pracovníků v rámci zvládnání chronických onemocnění v podobě sebepéče či péče ze strany rodinných příslušníků. Významnou úlohu

⁶⁵ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárníky* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁶⁶ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 151 – 159.

zde zastává také alespoň základní orientace ve zdravotnickém systému jako takovém, znalost příznaků obvyklých onemocnění a dovednosti, které se týkají zdravotní péče o rodinné příslušníky.^{67,68} J. Holčík však dodává, že v péči o zdraví nejde pouze o diagnostiku a léčbu onemocnění a o péči poskytovanou jednotlivcům. Opět poukazuje na širší význam zdravotní gramotnosti, která je vázána nejen k jednotlivcům, ale také k celé populaci (včetně životního prostředí, politických, sociálních, ekonomických a kulturních podmínek). Základním všeobecným záměrem péče o zdraví jsou tedy lidé a dosažení co možná nejvyšší úrovně zdravotního potenciálu (tj. nejvyššího stupně zdraví, jehož může člověk dosáhnout). Úroveň tohoto potenciálu se odvíjí od možností a činností lidí a dále od podmínek, které jsou vytvářeny společností. Pozornost by tedy měla být věnována novým hlediskům, determinantům a následkům zdravotní gramotnosti. Z tohoto důvodu lze očekávat vznik dalších vymezení a definic zdravotní gramotnosti, jejichž součástí budou nové v jistém pojetí významné charakteristiky.^{69,70}

2.3 Význam zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost je přímo úzce spojena s rozvojem lidské osobnosti. Zdokonalování komplikovaných a náročných medicínských metod a jejich následné uplatňování v praxi souvisí především se zájmem široké veřejnosti o zdraví a s mnoha dalšími navazujícími atributy. J. Holčík poukazuje na skutečnost, že v současné době není zdravotní gramotnosti věnována dostatečná pozornost a zároveň není tato problematika v nutné míře využívána. V návaznosti na tento fakt poukazuje tento autor dále na zvyšující se význam zdravotní gramotnosti, a to na celosvětové (i evropské) úrovni. Zdravotní gramotnost tak lze považovat za zcela nezbytný nástroj tzv. zdravé společnosti,^{71,72} kterou je možné vymezit

⁶⁷ NUTBEAM, Don. The evolving concept of health literacy. In *Social Science and Medicine*, 2008, 67 (12), p. 2 072 – 2 078. ISSN 0277-9536.

⁶⁸ PEERSON, Anita, SAUNDERS, Margo. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? In *Health Promotion International*, 2009, 24 (3), p. 285 – 296. ISSN 0957-4824.

⁶⁹ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁷⁰ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 151 – 159.

⁷¹ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁷² HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 147 – 150.

„vysokou střední délkou života a stárnutí populace, rychle se rozvíjejícím zdravotnickým systémem, rostoucím podílem soukromého sektoru ve službách a výrobě souvisejícím se zdravím, zdraví a zdravotní péče je důležitým tématem diskuze veřejnosti i politiků, zdraví je důležitým životním cílem, zdraví a zdravotní péče je právem občanů“.⁷³ Samotný význam rozvoje zdravotní gramotnosti shrnuje J. Holčík do níže uvedených principů:

- „zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život:

Může pomoci lidem nacházet a využívat informace a posílit vliv na své vlastní zdraví. Je důležité, aby se zdravotní gramotnost stala součástí výchovy dětí. Čím dříve si dítě osvojí potřebné znalosti, dovednosti a návyky a čím dříve se podaří přispět k formování jeho postojů, názorů a potřeb, tím větším přínosem může být zdravotní gramotnost pro jeho zdraví.

- zdravotní gramotnost je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví:

Rozvoj zdravotní gramotnosti zvyšuje celkovou úroveň zdravotního stavu populace. Zmíněný systém zahrnuje nejen zdravotnictví, ale všechny další zdravotní aktivity v ostatních rezortech, organizacích, institucích a v dalších sociálních skupinách, např. v jednotlivých rodinách.

- zdravotní gramotnost je významnou součástí sociálního kapitálu:

Nízká zdravotní gramotnost nevede jen k ekonomickým ztrátám a ke zvýšenému zdravotnímu riziku, ale je i příčinou značných rozdílů v úrovni zdraví mezi sociálními skupinami. Zdravotní rozdíly, pokud jsou velké a odstranitelné, jsou nespravedlivé a stávají se jedním z motivů sociálního neklidu.

- zdravotní gramotnost je nespornou ekonomickou prioritou:

Na základě studií provedených ve Spojených státech se odhaduje, že nízká zdravotní gramotnost působí každoroční ekonomickou škodu odhadovanou na 73 miliard dolarů. Zkušenost ukazuje, že zlepšení zdraví lidí prostřednictvím zdravotní gramotnosti si vyžaduje mnohem nižší náklady než následné řešení zdravotních problémů zdravotnickými službami.

- zdravotní gramotnost je jedním z důležitých předpokladů cesty ke zdraví:

⁷³ KICKBUSCH, Ilona. *Improving Health literacy – A key priority for enabling good health in Europe* [online] 2004 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_ICT/PDF/Improving%20Health%20literacy.pdf.

Hlavní přínos zdravotní gramotnosti spočívá v tom, že napomáhá lidem zlepšovat své zdraví. Vzhledem k tomu, že zdraví je významnou individuální i sociální hodnotou, stává se i zdravotní gramotnost podobnou hodnotou, kterou stojí za to si osvojit, hájit i rozvíjet.

- *zdravotní gramotnost přispívá k rozvoji demokracie:*

Prostřednictvím zdravotní gramotnosti se občan stává aktivním činitelem systému péče o zdraví. Jeho rozhodnutí mohou vycházet z ověřených poznatků o zdravotních problémech i o způsobech jejich řešení. Svými postoji, zájmy i potřebami mohou lidé ovlivnit stav i další rozvoj systému péče o zdraví, a tím i příznivý vývoj zdraví populace.

- *zdravotní gramotnost je důležitým nástrojem rozvoje osobnosti:*

Zdravotní gramotnost posiluje schopnosti občanů rozhodovat o svém zdraví i o životě, zvyšuje jejich sebedůvěru a upevňuje jejich důstojnost a svébytnost.

- *zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury:*

Zdravotní gramotnost neovlivňuje jen zdraví lidí. Zdravý životní styl, rozvoj pozitivních vztahů mezi lidmi, tvůrčí přístup k životu, vědomí sounáležitosti a posilování osobní odpovědnosti, to všechno jsou hodnoty, které by se měly stát samozřejmou charakteristikou zdravé společnosti a její obecné kultury.⁷⁴

Tento autor však upozorňuje na to, že význam zdravotní gramotnosti není možné shrnout pouze do uvedených jednoduchých východisek. Skutečný význam zdravotní gramotnosti je naplněn až v okamžiku, kdy se s jejími zásadami a metodami seznámí co největší počet lidí, kdy jsou získané poznatky uplatněny v praxi, a kdy dále dochází na základě nových poznatků a průběžně získávaných zkušeností k rozvoji zdravotní gramotnosti.⁷⁵

⁷⁴ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁷⁵ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

2.4 Struktura zdravotní gramotnosti a její modely

V rámci řádnějšího vymezení a objasnění zdravotní gramotnosti je využíváno nejrůznějších modelů. Modely zdravotní gramotnosti berou v úvahu zvláště strukturu zdravotní gramotnosti, její dynamiku a další souvislosti s ohledem na příslušnou terminologii, a to včetně možnosti měření a následného hodnocení zdravotní gramotnosti. Modely zdravotní gramotnosti lze definovat jako ideové konstrukce, za jejichž pomoci je možné si snadněji uvědomit základní prvky zdravotní gramotnosti, její dílčí hladiny úrovně, některé její dynamické souvislosti a možnosti jejího měření a hodnocení. K nejčastěji využívaným modelům zdravotní gramotnosti patří tzv. Nutbeamův model, který vznikl v roce 2000. Tento model je založen na třech následujících úrovních zdravotní gramotnosti:

- funkční zdravotní gramotnost:

Jde o výsledky tradiční zdravotní výchovy, která spočívá v poskytování informací o zdravotních rizicích a o zdravotnickém systému. Jejím cílem je rozšíření a prohloubení znalosti veřejnosti o rizikových faktorech ovlivňujících zdraví člověka. Jejím úkolem je rovněž vedení lidí k snaze přijímat předepsaná opatření. V rámci tohoto pojetí nedochází k oboustranné komunikaci, k posilování samostatnosti lidí a k rozvoji jejich schopnosti k řešení nestandardních zdravotních problémů. Lze však toto pojetí považovat za efektivní a napomáhající ke zlepšení zdraví jednotlivců i celé společnosti, a to zvláště účastí na očkování, dodržováním harmonogramu preventivních prohlídek apod. Mezi charakteristické prostředky pracovníků ve zdravotnictví patří příkladně informační letáky, brožurky a tradiční zdravotní výchova pacientů.

- interaktivní zdravotní gramotnost:

Její obsahem je v posledních 20 letech převážně nová orientace výchovy ke zdraví. Cílem je rozvíjení schopností lidí k samostatnému jednání, zvláště posilování jejich motivace a zodpovědnosti v souvislosti s respektováním pokynů. Nejedná se tedy pouze o jakousi poslušnost a úsilí o vyhovění veškerým radám zdravotnických pracovníků, avšak jde především o rozvoj svébytnosti a samostatnosti lidí v rámci rozhodování, upevňování vnitřní motivace s cílem přispět ke zlepšení zdraví. Interaktivní zdravotní gramotnost zahrnuje některé zdravotně-výchovné programy zaměřené na určité problémy některých skupin obyvatelstva (příkladem mohou být svépomocné skupiny pacientů). Zdravotničtí pracovníci

tak nezastávají úlohu nadřazených učitelů, nýbrž roli konzultantů, kteří se snaží poukázat na možnosti volby a na předpokládaná pozitiva a rizika dílčích činností.

- kritická zdravotní gramotnost:

V rámci kritické zdravotní gramotnosti dochází u lidí k rozvoji takových schopností, jež se týkají jejich individuálního chování, společensky a politicky zaměřených aktivit, jejichž cílem je podílení se na formování z hlediska zdraví příznivého sociálního prostředí. Výchova ke zdraví tak s ohledem na tento přístup obsahuje poskytování informací a rozvoj komunikace týkající se zdraví. Jistý význam zde představuje také rozvoj schopností navrhovat a posuzovat organizační a politickou uskutečnitelnost opatření ovlivňujících společenskou, ekonomickou a popř. i další determinanty zdraví a životního prostředí.

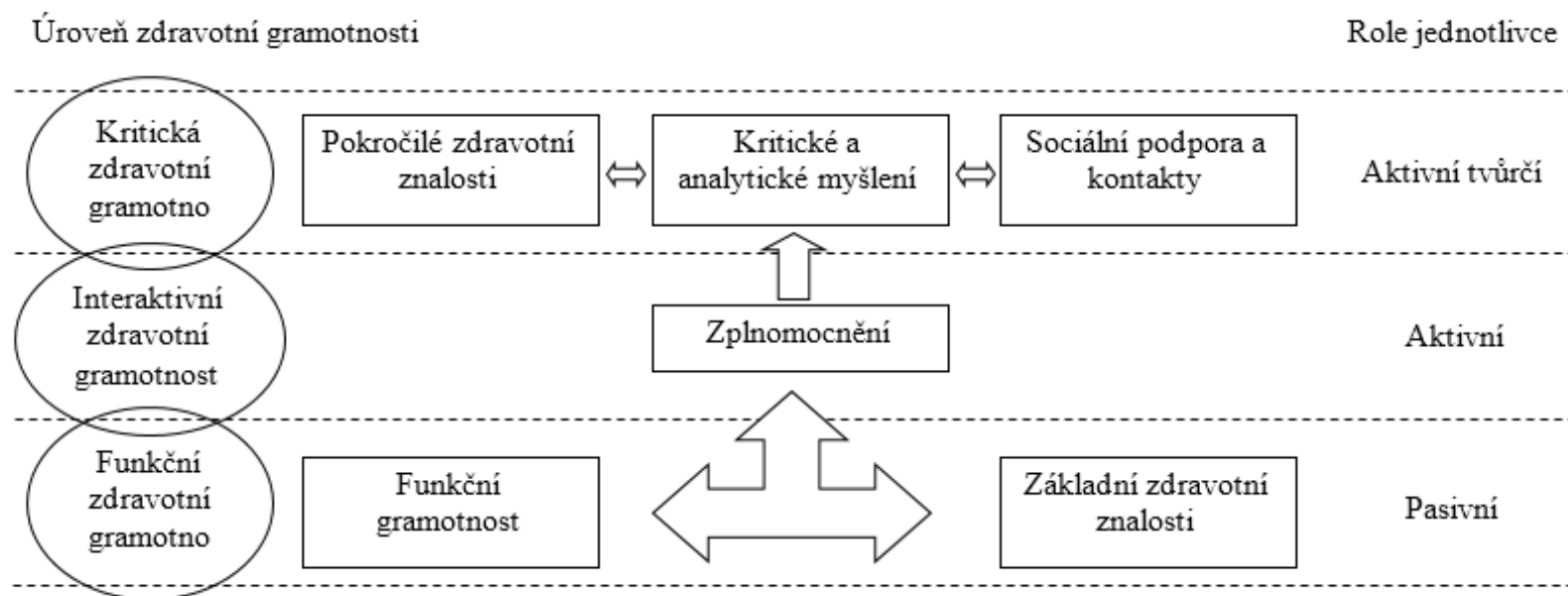
V souvislosti s výše uvedeným lze upozornit na skutečnost, že úsilí některých jednotlivců v péči o své vlastní zdraví nepřináší v podstatě žádný výrazný účinek pro celé obyvatelstvo. Z tohoto je možné vyvodit fakt, že snaha o jednotlivé změny způsobu života jedinců je zcela nedostačující a pozornost by tak měla být zaměřena na realizaci výrazných změn sociálních podmínek ovlivňujících zdraví lidí. Péče o zdraví by tedy měla být občanskou a sociální otázkou – to znamená, docílit toho, aby byli lidé schopni řešit případné zdravotní problémy, a aby uměli utvářet a volit co možná nejvhodnější společenskou, politickou a organizační opatření vedoucí ke zdraví.^{76,77}

Výše specifikovaný tzv. Nutbeamův model zdravotní gramotnosti je znázorněn na Obrázku 1 níže.

⁷⁶ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁷⁷ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 159 – 166.

Obrázek 1 Základní struktura zdravotní gramotnosti



Zdroj: Vlastní zpracování dle HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

Na první pohled se zdá být nejvýznamnější třetí úroveň zdravotní gramotnosti. Nejvhodnější je však respektování a rozvíjení všech tří uvedených úrovní zdravotní gramotnosti. S ohledem na rozsah prvků zdraví a rozmanitou diferenciaci zkušeností jednotlivců a skupin lidí v oblasti zdraví je zdravotní gramotnost nezbytné chápat také z hlediska jiných pojetí – kupříkladu jako formu sociálního učení, jako předávání a změnu kulturních vzorů v dílčích rodinách či společenských skupinách a v jistém slova smyslu u jako formu tzv. kulturní imunity, která napomáhá určitým skupinám obyvatelstva reagovat na různé rizikové faktory zdraví a využívat možnosti k ovlivnění množství zdravotních prvků. Zdravotní gramotnost obdobně jako zdraví a péče o něj představuje komplexní termín, jehož součástí je složitě společensky podmíněná koncepce k informacím, jejich utřídění a porozumění, včetně jejich rozvázného využití v rámci každodenního života. Významný je rozvoj zájmu a schopností jednotlivců a skupin lidí k převzetí zvyšujícího se podílu odpovědnosti za své vlastní zdraví a za zdraví svých blízkých a spoluobčanů. V rámci úsilí o rozvoj zdravotní gramotnosti je důležité brát v úvahu tři rozvojové systémy – konkrétně zdravotní systém, kulturu a společnost a systém výchovy a vzdělávání, jak je znázorněno na obrázku 2. Současné je nutno investovat do všech uvedených systémů. Kupříkladu v sociálním systému se může jednat o sociální marketing a o propagaci zboží přispívajícím ke zdraví. Investice do zdravotního systému by měly být orientovány na podporu zdraví a výchovu ke zdraví. V souvislosti s výchovou a vzděláváním je vhodné investovat do vzdělávacích zařízení pro děti, mládež i dospělé.^{78,79}

⁷⁸ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁷⁹ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 159 – 166.

Obrázek 2 Rozvojové systémy pro zdravotní gramotnost



Zdroj: Vlastní zpracování dle HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

Úroveň zdravotní gramotnosti je závislá na gramotnosti populace a na celkové úrovni vzdělanosti obyvatelstva. Nízká gramotnost zabraňuje rozvoji zdravotní gramotnosti a současně omezuje rovněž osobní sociální a kulturní rozvoj osobnosti lidí. Přesto však nízká úroveň zdravotní gramotnosti nepředstavuje obecně nízkou gramotnost. Ve skutečnosti mohou mít i lidé s vysokým stupněm vzdělání problémy v oblasti získávání zdravotních informací a porozumění těmto informacím. Problémy s orientací v systému zdravotní péče tak mohou mít všichni, i bez ohledu na úroveň vzdělání. S ohledem na zvyšující se úroveň zdraví ve vyspělých zemích dochází k rostoucí roli jednotlivců v systému péče o zdraví, čímž se významnou stává i různorodost jejich úloh. Na zdravotním trhu představují jednotlivci jakési konzumenty / klienty, kdežto ve zdravotnictví se jedná o pacienty. Pro státy, které jsou členy Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD⁸⁰) platí, že lidé jsou také voliči, neboť problémy související se zdravotní péčí představují významná témata v předvolebních obdobích a zaujímají tak značný sociální zřetel. Zdravotní gramotnost nabývá za různých podmínek nejrůznějších významů. Jeden ze stálých rysů zdravotní gramotnosti je tzv. flexibilita. Tímto pojmem je označována

⁸⁰ OECD: *Organisation for Economic Co-operation and Development* [online] 2016 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/>.

zdravotní péče, která je opětovně hodnocena a měněna v souvislosti s novými informacemi. Příkladem může být skutečnost o tom, že co je v současné době považováno za zdravé, v budoucnosti tomu tak být nemusí. Neustále dochází k rozvoji léčebných postupů a farmakologických přípravků. Ke změnám dochází také v oblasti organizace zdravotnictví, dostupnosti zdravotnických služeb a jejich kvalitě. Zdravotní gramotnost tak představuje dynamické pojetí. Ze strany lidí by tak mělo docházet k průběžnému osvojování nových informací a k opomíjení již překonaných poznatků. Jedná se především o udržování dobrého zdraví a jednání v roli informovaných pacientů. Veškerá aktivní účast jednotlivců a jejich přijatá zodpovědnost je významnou determinantou zdraví celého obyvatelstva.^{81,82} Další z důležitých modelů zdravotní gramotnosti vychází z rozdělení zdravotních informací dle amerického ministerstva zdravotnictví (U. S. Department of Health and Human Services – HHS⁸³) do těchto následujících třech skupin:

- „osobní zdravotní dimenze:

Informace přispívají k ochraně a upevňování zdraví jedince a k jeho rozhodování v systému zdravotnických služeb.

- zdravotnická dimenze:

Informace jsou určeny pracovníkům ve zdravotnictví a týkají se převážně zvyšování kvality a hospodárnosti poskytovaných zdravotnických služeb.

- populační dimenze:

Informace jsou dostupné široké občanské veřejnosti a zahrnují údaje o zdravotním stavu populace, o determinantách zdraví a o možnostech jak zlepšit zdraví.“⁸⁴

Každá z uvedených dimenzí představuje zájmy rozdílných skupin. Z tohoto důvodu jsou vydávány odlišně veliké nástroje na jejich získávání, zpracovávání a prezentaci. Tyto dimenze však nejsou jednoznačně separovány a v pojetí každodenního života se tudíž

⁸¹ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁸² HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 159 - 166.

⁸³ U. S. Department of Health & Human Services [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.hhs.gov/>.

⁸⁴ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

vzájemně kryjí. Zdravotní gramotnost je možné rozdělit dle celé řady dalších hledisek. Za specifické lze pokládat rozdělení zdravotní gramotnosti na klinickou část (tj. rozhodování a pohyb pacientů ve zdravotnických zařízeních – rozhodnutí o návštěvě lékaře, spouštění rozhodování při volbě léčby atd.) a na část, která je orientována především na determinanty zdraví (jedná se zvláště o uskutečnění některých kolektivních opatření v rámci péče o zdraví – zaměřených na rizikové faktory a preventivní prohlídky). Protože je zdravotní gramotnost velice úzce spojena s některými dalšími činnostmi, jsou v oblasti péče o zdraví sestavovány tabulky umožňující bližší porovnání typu činností, cílové orientace, materiálů a konkrétních aktivit a úkolů.^{85,86} Příklad kategorizace základních zdravotních aktivit je uveden v tabulce 1 níže.

Tab. 1 Kategorie základních zdravotních aktivit a vybrané příklady

Zdravotní aktivita	Zaměření	Příklady materiálů	Příklady úkolů
Podpora zdraví	Udržování a zlepšování zdraví	Články v novinách, brožury, letáky Grafy, tabulky, informace na potravinách (složení, doba trvanlivosti apod.)	Plán zdravé životosprávy, výroba a prodej potravin
Ochrana zdraví	Zdravotní bezpečnost zajišťovaná jedincem i společenskými strukturami	Zdravotní bezpečnost zajišťovaná jedincem i společenskými strukturami Články v novinách Informace o zdravotních rizicích a o možnostech ochrany Zprávy o kvalitě vody a ovzduší Referendum	Výběr zdravotně nezávadného zboží Užívání ochranných pomůcek Hlasování

⁸⁵ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁸⁶ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 159 – 166.

Zdravotní aktivita	Zaměření	Příklady materiálů	Příklady úkolů
Prevence nemocí	Realizace preventivních opatření Zjišťování časných stádií nemocí	Využití médií Pozvánky na očkování a preventivní vyšetření a oznámení jejich výsledků	Zjišťování rizikových faktorů Zajištění očkování a realizace screeningových vyšetření
Zdravotnické služby	Hledání zdravotnické pomoci a kontakt s poskytovateli zdravotnických služeb	Chorobopis Recepty Instrukce při propuštění Letáky a brožury obsahující pokyny pro nemocné	Popis a zhodnocení symptomů Pokyny k užívání léků (druh, množství a čas)
Systém navigace (pohyb pacienta ve zdravotnickém systému)	Dostupnost potřebných zdravotnických služeb Pochopení práva na zdravotní péči	Materiály umožňující základní orientaci Formuláře žádostí Přehledy práv a nároků, odpovědnost a informovaný souhlas	Znalost adresy vhodných zdravotnických zařízení Uplatnění žádosti o dávky v nemoci Poskytnutí informovaného souhlasu

Zdroj: Vlastní zpracování dle HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí.

SOLUTIO: Informační server pro lékárny [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

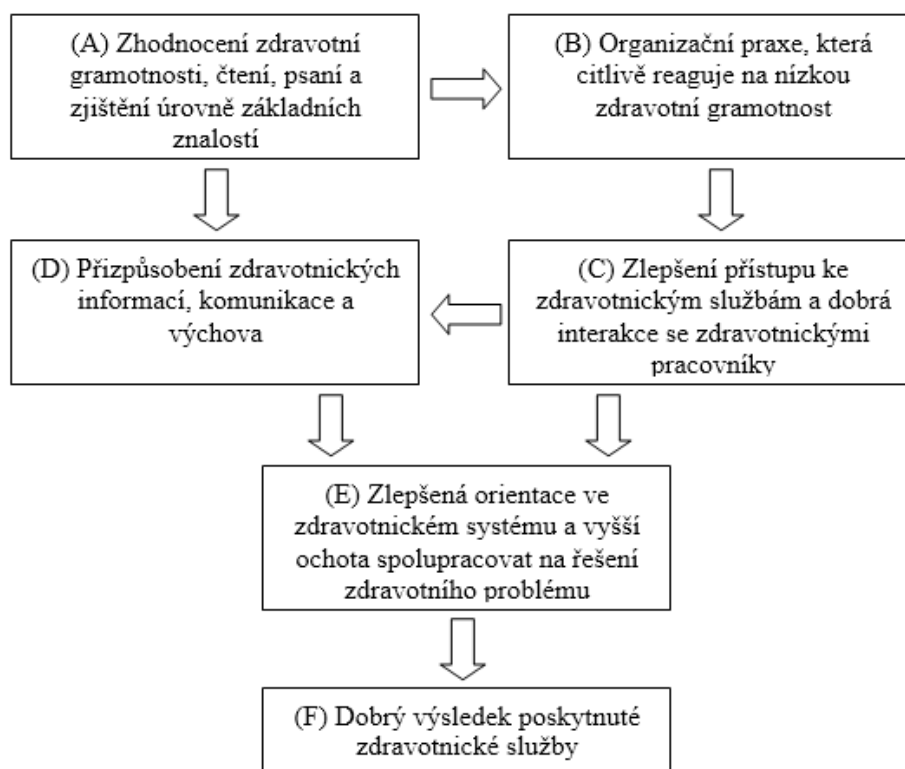
Národní rada spotřebitelů v Anglii (National Consumer Council – NCC) shrnula oblasti zdravotní gramotnosti do těchto tří skupin: „*orientace ve zdravotnickém systému, aktivní péče o vlastní zdraví a účast na rozhodování*“.⁸⁷ Důraz je v této souvislosti kladen na přijetí plné odpovědnosti za své jednání v uvedených třech oblastech ze strany samotných občanů. Orientaci ve zdravotnickém systému lze rozšířit na komplexní problematiku zdraví a péče o něj. Rozvoj zdravotní gramotnosti je výrazně podmíněn kvalitou komunikace lékařů a ostatního ošetřujícího personálu s pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Z tohoto důvodu je důležité neustálé zdokonalování zdravotnických pracovníků v této oblasti. Zdravotní gramotnost je předmětem celé řady výzkumů a studií. Neustále jsou tak hledány a nalézány nové koncepce zdravotní gramotnosti a zároveň jsou navrhovány nové modely zdravotní gramotnosti. Hledány jsou metody k omezení nepříznivých důsledků nízké zdravotní gramotnosti a metody, kterými by bylo možné přispět k zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti. S ohledem na uvedené jsou významné modely zdravotní gramotnosti dle Nutbeam. Ten na zdravotní gramotnost pohlíží jako na hrozbu či riziko v případě její nízké úrovně a na přednost či přínos v případě, že se jedná o vysokou úroveň zdravotní gramotnosti. Na nízkou úroveň zdravotní gramotnosti je nezbytné reagovat ve zdravotnických zařízeních. Je nutno napomoci těm, jež samostatně nejsou schopni se v nezbytné míře v dané problematice orientovat.^{88,89} Další model umožňuje zdravotnickým pracovníkům orientovat se při zvládnání zdravotních problémů u jedinců s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti. V každém z uvedených kroků je vhodné zvolit odpovídající metody a indikátory, jež umožňují hodnocení dosahovaných výsledků a hledání nápravy v případech, kdy dosavadní činnosti nepřinášejí žádané výsledky. Model zdravotní gramotnosti jako rizika viz Obrázek 3.

⁸⁷ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁸⁸ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁸⁹ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 159 – 166.

Obrázek 3 Model zdravotní gramotnosti chápané jako riziko



Zdroj: Vlastní zpracování dle HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí.

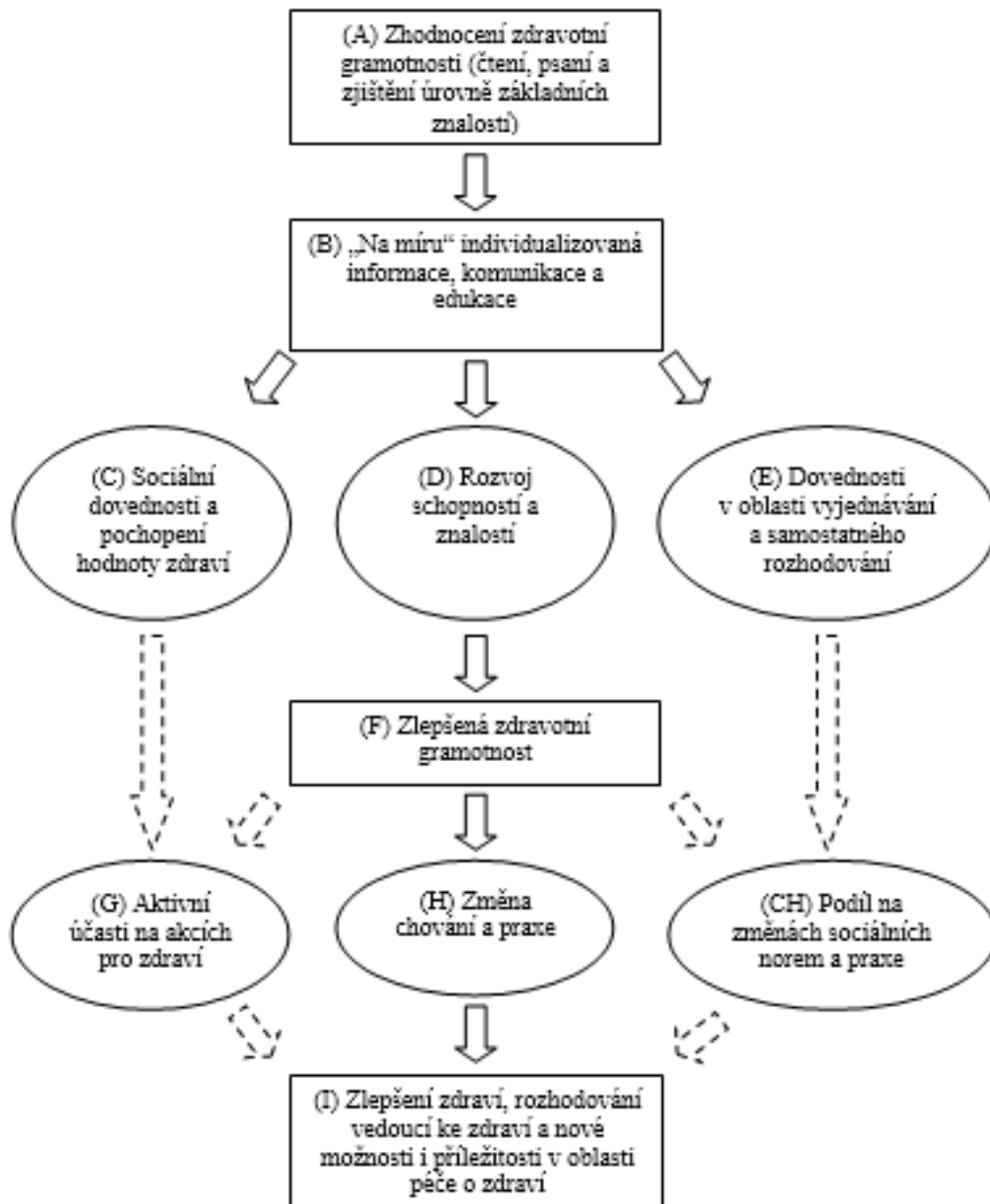
SOLUTIO: Informační server pro lékárny [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

Další model (viz Obrázek 4) pojímá zdravotní gramotnost jako přínos. Uplatňuje se především v široce pojímané péči o zdraví, na které se podílejí všichni občané a odborníci z nejrůznějších oblastí. Zdravotní gramotnost je za takových podmínek pojímána jako prostředek, který lidem umožňuje lépe reagovat na veškeré determinanty zdraví, a tím také příznivě ovlivňovat vlastní zdravotní osud. Z toho vyplývá, že zdravotní gramotnost se netýká pouze určitých zdravotnických problémů, nýbrž směřuje k výraznější účasti lidí na společenských činnostech a na rozhodování o záležitostech v rámci každodenního života.^{90,91}

⁹⁰ HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁹¹ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 159 – 166.

Obrázek 4 Model zdravotní gramotnosti chápané jako přínos pro zdraví



Zdroj: Vlastní zpracování dle HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

Výše blíže specifikované dva modely zdravotní gramotnosti jsou zcela oprávněné. V prvním modelu zdravotní gramotnosti je zdravotní výchova orientována na určitý cíl (tj. dosažení co možná nejlepšího výsledku v rámci poskytování jistých zdravotnických služeb). Tento model nachází uplatnění především v resortním zdravotnickém systému. Jeho cílem je dílčí zlepšení zdravotní gramotnosti u ošetřovaných pacientů. Druhý model zdravotní gramotnosti je uplatňován v péči o zdraví s cílem zlepšení zdravotní gramotnosti v populačním měřítku, dále zlepšení zdravotní kultury v rámci celé společnosti, v rozšíření podílu občanů na rozhodování souvisejícím se zdravím, ve věnování pozornosti společenským determinantám zdraví a v začlenění vědomí hodnoty zdraví do efektivní, ekonomické a vědecky podložené zdravotní politiky. Přestože jsou teoretická východiska modelů zdravotní gramotnosti významná, jejich přínos se obecně odvíjí od konkrétní praxe v rámci dílčích států. S ohledem na tuto skutečnost poukazuje J. Holčík na užitečnost podívat se na některé národní zkušenosti s touto problematikou – v této souvislosti zmiňuje kupříkladu Kanadu, kde bylo dosaženo poměrně dobrých výsledků při rozvoji zdravotní gramotnosti.^{92,93}

2.5 Metody rozvoje zdravotní gramotnosti

Z metod rozvoje zdravotní gramotnosti lze uvést především zdravotní výchovu neboli výchovu ke zdraví (podkapitola 2.5.1), podporu a prevenci zdraví (podkapitola 2.5.2) a zdravotní programy (podkapitola 2.5.3).

2.5.1 Zdravotní výchova

Zdravotní výchova představuje hlavní součást podpory zdraví a péče o zdraví. J. Holčík definuje zdravotní výchovu jako soubor výchovně-vzdělávacích činností, které jsou zaměřeny na psychický, fyzický a sociální rozvoj lidí s cílem přispět ke zlepšení zdraví osob, skupin i celé společnosti.⁹⁴ Zdravotní výchova je v českém právním řádu ukotvena v zákoně

⁹² HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

⁹³ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 159 – 166.

⁹⁴ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 116.

č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů⁹⁵ (dále jen zákon o ochraně veřejného zdraví). Jedná se o součást aktivit zdravotních ústavů a Státního zdravotního ústavu, které se mimo jiné podílejí „na provádění místních programů ochrany a podpory zdraví, jakož i k výchově k podpoře a ochraně veřejného zdraví“.⁹⁶

Obsahem zdravotní výchovy jsou tematicky celkem tři oblasti, a to konkrétně výchova a vzdělávání, které se týká lidského těla a postupů, jakými způsoby o něj pečovat; dále informace týkající se zdravotnického systému, typů zdravotnických služeb, důvodů jejich využití, určení, komu a za jakých podmínek jsou tyto služby poskytovány; a v neposlední řadě výchova a vzdělávání zaměřené na problémy a východiska zdravotní politiky, možnosti zdravotních činností na národní i lokální úrovni, a dalších okolnostem významně ovlivňující zdravotní podmínky a zdraví lidí, a to především v širším slova smyslu.⁹⁷

Lze rozlišit tři typy zdravotní výchovy. Jedná se o tradiční výchovu ke zdraví, zdravotní výchovu orientovanou na rizikové faktory a výchovu ke zdraví zaměřenou na zdraví. Tradiční výchova ke zdraví byla v minulosti označována jako tzv. zdravotnická osvěta. Ta byla zaměřena na pacienty a onemocnění. Pacienti jsou ze strany lékařů poučováni, přesvědčováni a motivováni k patričním chování. Podmínkou je přijetí poskytovaných informací ze strany pacientů, podle nichž se budou chovat. Poučení však může být v mnoha případech pro samotné pacienty nesrozumitelné, nepostačující a neodpovídající jejich vzdělání a komunikačním uzancím, čímž se pacienti chovají dle svého uvážení a lékaři jejich chování obyčejně považují za neposlušné. V rámci zdravotní výchovy zaměřené na rizikové faktory je brán zřetel na preventivní a populační pojetí a specifika životního prostředí. Protože většinu rizikových faktorů je možné ovlivnit vlastním chováním, jsou lidé pobízeni ke zdravějšímu způsobu života, dále ke zvýšené pohybové aktivitě, ke zdravému stravování a dalším činnostem směřujícím k podpoře zdraví. Některé rizikové faktory však nejsou ovlivnitelné. Z tohoto důvodu má tento druh výchovy ke zdraví pouze širší působnost a jeho snahou je působení rovněž na okolnosti směřující ke vzniku rizikových faktorů či působení

⁹⁵ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>.

⁹⁶ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>, Část první, Hlava V, Díl 1, Oddíl 3, § 86, odst. 1.

⁹⁷ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 117.

bezprostředně na organizace nebo osobnosti, prostřednictvím nichž může dojít ke změnám situace. Zdravotní výchova zaměřená na zdraví je založena především na pozitivní motivaci. Zdravím se v tomto pojetí nerozumí pouze nepřítomnost onemocnění, nýbrž se jedná o významnou životní hodnotu se smyslem jejího poznávání, uvědomění si toho, co ovlivňuje, a pro niž je důležité vykonávat příslušné činnosti. Účelem výchovy ke zdraví je aktivní a odpovědný jedinec vážící si vlastního zdraví, schopný orientovat se a vyhledávat důležité informace a příp. se i poradit s příslušnými odborníky.⁹⁸ Význam a důležitost zdravotní výchovy jsou doloženy také v jejím uplatňování v rámcových vzdělávacích programech a osnovách školských zařízení, neboť jedním z cílů základního vzdělání je učení žáků aktivním způsobem rozvíjet a chránit tělesné, duševní a sociální zdraví, včetně zodpovědnosti za něj. Uvedený cíl je nedílnou součástí rámcových vzdělávacích programů nazývaných „Člověk a zdraví“, „Člověk a příroda“, „Člověk a jeho svět“. Zdravotní výchova však není uplatňována pouze v podmínkách České republiky, jak již bylo nyní naznačeno, ale je realizována také v zahraničí, kde nabývá nejrůznějších podob. Kupříkladu ve státech bývalého Sovětského svazu se jedná o výchovu ke zdravému způsobu života označovanou jako valeologie. Dalším příkladem může být tzv. sofrologie uplatňovaná ve španělsky a francouzsky mluvících státech. Ve Spojených státech amerických a v Anglii je uplatňován tzv. health promotion.⁹⁹

2.5.2 Podpora a prevence zdraví

Podpora a prevence zdraví jsou významnými metodami důležitými pro rozvoj zdravotní gramotnosti.

Význam podpory zdraví spočívá v rozšíření možností lidí podílet se na ochraně a posilování vlastního zdraví, uskutečňovat a rozvíjet zdravý životní styl.¹⁰⁰ Historie podpory zdraví sahá do 70. let 20. století. Impulzem pro utváření podpory zdraví byla nízká efektivita tradičních postupů výchovy ke zdraví, zvyšující se nespokojenost se soudobou zdravotní péčí, která vyžadovala neustále se zvyšující náklady na úhradu svého provozu nebo zvyšující se počet chronických neinfekčních onemocnění, jejichž příčina byla do vysoké míry ovlivněna

⁹⁸ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 115 – 124.

⁹⁹ ZVÍROTSKÝ, Michal. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogů: učební text pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2009. 80 s. ISBN 9788072904310, s. 54 – 57.

¹⁰⁰ HOLČÍK, Jan, KAŇKOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: Východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 978-807-0134-177, s. 52.

životním stylem. Důvodem vzniku výchovy ke zdraví byl rovněž rozvoj behaviorálních vědních disciplín a možnosti uplatnění jejich výsledků v lékařství, dále vznik psychologie jako vědního oboru a zdokonalení možností komunikace mezi lidmi, s čímž velice úzce souvisel také rozvoj svépomocných skupin a občanských hnutí.¹⁰¹ Roku 1980 došlo k vytvoření evropské strategie „Zdraví pro všechny do roku 2000“. K zahájení vlastního programu podpory zdraví (již zmiňovaného health promotion) pak došlo roku 1984, pro něhož byla významná tzv. Ottawská charta posilování a rozvoje zdraví, která byla na mezinárodní konferenci přijata roku 1986 s cílem splnění záměrů uvedeného programu.¹⁰² Program podpory zdraví byl dále projednáván i na dalších mezinárodních konferencích – zejména na konferenci v Adelaide roku 1988, na konferenci v Sundsvallu roku 1991, na konferenci v Jakartě roku 1997 (přijetí tzv. Jakartské deklarace), na konferenci v Mexico City roku 2000 či konferenci v Bangkoku. V podmínkách České republiky je podpora zdraví (včetně jeho ochrany) zakotvena v již uvedeném zákoně o ochraně veřejného zdraví. Podporou veřejného zdraví se dle tohoto zákona rozumí „*souhrn činností pomáhajících fyzickým osobám zachovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad faktory ovlivňujícími zdraví. Zahrnuje činnosti k zajištění sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj individuálního i veřejného zdraví, zdravotního stavu a zdravého životního stylu*“.¹⁰³

Zdraví představuje výsledek působení nejrůznějších vnějších a vnitřních činitelů (tzv. determinant zdraví), jenž lze více či méně ovlivnit prostřednictvím preventivních opatření úzce souvisejících se zdravotní výchovou. Prevence spočívá v předcházení onemocnění. Intervence v rámci prevence jsou užívány na úrovni jednotlivců i celé společnosti. Z časového hlediska je možné prevenci rozdělit na primární, sekundární a terciální. Primární prevence je uplatňována v případech, kdy onemocnění ještě nepropuklo. Veškeré aktivity v rámci této prevence jsou směřovány k ochraně, podpoře a rozvoji zdraví (tj. tzv. sanogenní činnosti) a k předcházení vzniku onemocnění (tj. tzv. protektivní činnosti). Sekundární prevence je založena na brzké diagnostice onemocnění a zahájení efektivní léčby. Do této prevence patří zvláště preventivní prohlídky, depistáže vybraných populačních skupin a screeningové

¹⁰¹ KEBZA, Vladimír. Podpora zdraví - historie a současnost ve světě a v ČR. In *Prohuman*, 2012. ISSN 1338-1415.

¹⁰² The Ottawa Charter for Health Promotion. *World Health Organization* [online] 1986 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.

¹⁰³ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>, Část první, Hlava I, § 2, odst. 3.

programy. Terciální prevence je orientována na předcházení následkům onemocnění, poruch nebo handicapů za účelem minimalizace jejich následků, pracovních a sociálních důsledků, včetně resocializace pacientů.^{104,105}

2.5.3 Zdravotní programy

Péče o zdraví a podpora péče o něj není pouze součástí rozhodování zdravotního rezortu. Nutná je v této souvislosti kooperace s ostatními oblastmi, jejichž aktivity lidské zdraví ovlivňují. Pro dosažení efektivity činností zabývajících se zdravím je nutné jejich zpracování do programu a jejich prosazování jako celku. Hlavní význam zdravotních programů spočívá ve zlepšení zdraví lidí, čehož se snaží dosáhnout prostřednictvím těchto úkolů:

- v objasnění charakteru současných zdravotních problémů s ohledem na politicko-ekonomické a sociálně-kulturní poměry,
- ve stanovení priority problémů a vypracování alternativních strategií uskutečnění zdravotních programů,
- v určení územní oblasti (příp. skupiny obyvatelstva), jež akutně vyžadují zavedení zdravotního programu,
- ve zlepšení kvality systému péče o zdraví,
- v naučení zdravotnických pracovníků a širší občanské veřejnosti systémového (problémového, kvantitativního, kvalitativního, preventivního a ekonomického) myšlení za současného respektování sociální spravedlnosti.¹⁰⁶

Zdravotní programy je možné rozlišit dle délky na krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé, dále dle diagnostické skupiny, na niž jsou zaměřeny na nozologicko-kategoriální, příp. na populační skupinu (příkladně na děti, seniory apod.) či dle využitých metod na preventivní či diagnosticko-terapeutické. Nejdůležitějším programem vedoucím je zlepšení zdraví lidí je program Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21 – zdraví pro

¹⁰⁴ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 282 – 284.

¹⁰⁵ VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. 1 001 s. ISBN 80-7345-058-5, s. 734.

¹⁰⁶ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 177 – 178.

všechny do 21. století“. V české republice byl tento program vyjádřen usnesením vlády č. 1046 „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR“.¹⁰⁷ V rámci jednání Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace pro Evropu byla ministry zdravotnictví evropských států roku 2012 nová strategie na podporu zdravá a blahobytu označovaná „Zdraví 2020“. Jejím cílem je podpora integrace a harmonizace činností vedoucích k podpoře zdraví a blahobytu napříč odvětvími na všech úrovních (tj. na lokální, národní a mezinárodní úrovni). Tuto strategii přijala také Česká republika – jedná se o „Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“,¹⁰⁸ která je realizována prostřednictvím tzv. Akčních plánů – s ohledem na téma tohoto podkladového textu je významná zejména „Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015 – 2020“.¹⁰⁹ Dalším důležitým evropským programovým dokumentem je tzv. Bílá kniha – Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 – 2013.¹¹⁰ V tomto dokumentu jsou navrženy čtyři hlavní zásady aktivit Evropské unie v oblasti zdraví:

- strategie založená na společných hodnotách v oblasti zdraví – solidarita, důstojnost, demokracie, odpovědnost (včetně zdravotní politiky založené na nejlepších důkazech vědy vyvozených z věrohodných údajů a navazujících studií),
- zdraví představuje největší hodnotu – z tohoto důvodu je nutno posilovat výdaje na prevenci, ochranu a posilování zdraví a výchovu ke zdraví,
- nezbytnost zařazená zdraví do veškerých politik, jež na něj mají vliv (např. do politiky životního prostředí, do regionální politiky, do sociální politiky apod.),
- nezbytnost posilování vlivu Evropské unie v oblasti zdraví na celosvětové úrovni.¹¹¹

¹⁰⁷ Zdraví pro všechny v 21. století. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 2002 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

¹⁰⁸ *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Státní zdravotní ústav, 2014. 118 s. ISBN 978-80-85047-47-9.

¹⁰⁹ Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015 – 2020. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akcni_%20plany_%20-%20přilohy/AP%2012_%20rozvoj_%20zdravotni_%20gramotnosti.pdf.

¹¹⁰ Stanovisko Výboru regionů Bílá kniha – Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 – 2013 (2008/C 172/08). *EUR-Lex: Přístup k právu Evropské unie* [online] 2008 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AR0024&from=CS>.

¹¹¹ HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 185 – 187.

Uskutečňování vládních programů, které pečují o zdraví lidí, a které podporují péči o zdraví, není možné bez zapojení samotných lidí. V této souvislosti nelze opomenout nezbytnost neustálé propagace zdravotních programů, předávání informací a zapojování lidí do těchto programů prostřednictvím úzké komunikace se zdravotnickými pracovníky, dále prostřednictvím médií či důležitých osobností. Podstatou porozumění zdraví ve smyslu největší hodnoty života a jeho determinant jako činitelů, jenž lze do jisté míry ovlivnit.¹¹²

¹¹² HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0, s. 173 – 183.

3 ÚROVEŇ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Zdravotní gramotnost je měřitelnou veličinou. Obecně se vyjadřuje úrovní zdravotní gramotnosti. Problematika měření úrovně zdravotní gramotnosti vychází z klíčové příručky Světové zdravotnické organizace „Health literacy: The solid facts“ autorů I. Kickbush, J. Pelikan, F. Apfel, A. Tsouros.¹¹³ Výstupem je Evropský výzkum zdravotní gramotnosti „The European Health Literacy Survey,“¹¹⁴ který zohledňuje celkem 12 kritérií, jež vznikly kombinací čtyř základních dovedností, a to získání informací, porozumění získaným informacím, posouzení jejich významu a jejich využívání, za současného zohlednění následujících třech oblastí – zdravotní péče, prevence onemocnění a podpora zdraví, a to dle modelu uvedeného v tabulce 2 níže. Základním východiskem výzkumu zdravotní gramotnosti je zjištění průměrné úrovně zdravotní gramotnosti v populaci jako celku vyjádřené v procentech [%], včetně jejího mezinárodního srovnání, a rovněž vývoje zdravotní gramotnosti v průběhu života a rozdílů ve zdravotní gramotnosti v odlišných sociálních skupinách.¹¹⁵ Z. Kučera uvádí, že index zdravotní gramotnosti zahrnuje celkový počet 47 položek dle R. Likerta (tzv. Likertova škála) v uvedených třech oblastech zdravotní gramotnosti – v oblasti zdravotní péče se jedná o 16 položek, oblasti prevence onemocnění o 16 položek a v oblasti podpory zdraví o 15 položek (obecná zdravotní gramotnost – 47 položek), včetně třech samostatných sub-indexů standardizovaných a škály obecné zdravotní gramotnosti v rozsahu 0 až 50.¹¹⁶

¹¹³ KICKBUSCH, Ilona, PELIKAN, Jürgen, APFEL, Franklin, TSOUROS, Agis. *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization, 2013. 86 p. ISBN 978-92-890-0154.

¹¹⁴ Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States: First Slightly Extended and Revised Version. *The European Commission* [online] 2012 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_eu_member_states.pdf.

¹¹⁵ HOLČÍK, Jan. Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.cls.cz/dokumenty/sem_role_zdravotni_gramotnosti.pdf.

¹¹⁶ KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

Tab. 2 Model pro měření úrovně zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	1. Schopnost získat informace o medicínských tématech	2. Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3. Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4. Schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemocí	5. Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6. Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7. Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8. Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	9. Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10. Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11. Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12. Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

Zdroj: Vlastní zpracování dle HOLČÍK, Jan. Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z:

http://www.cls.cz/dokumenty/sem_role_zdravotni_gramotnosti.pdf a KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08].

Dostupné z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_cestke_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

3.1 Úroveň zdravotní gramotnosti české populace

Na přelomu let 2014 a 2015 proběhl v podmínkách České republiky reprezentativní výzkum zdravotní gramotnosti. Jeho výsledky pak byly prezentovány v říjnu roku 2015 na tiskové konferenci. Úroveň zdravotní gramotnosti české populace byla zjišťována ve třech, již zmiňovaných, oblastech:

- v oblasti zdravotní péče (ve schopnosti orientace v systému zdravotní péče a v adekvátním využívání tohoto systému),
- v oblasti prevence onemocnění (ve schopnosti nalezení a využívání efektivních způsobů předcházení konkrétním nemocem),
- v oblasti podpory zdraví (ve schopnosti poznání způsobů pro rozvoj a posilování vlastního zdraví).

Zjišťovány byly v těchto oblastech zvláště schopnosti získávání informací, jejich vyhodnocování a přijímání rozhodnutí. Na základě jednotlivých údajů byl vytvořen skór celkové zdravotní gramotnosti.¹¹⁷

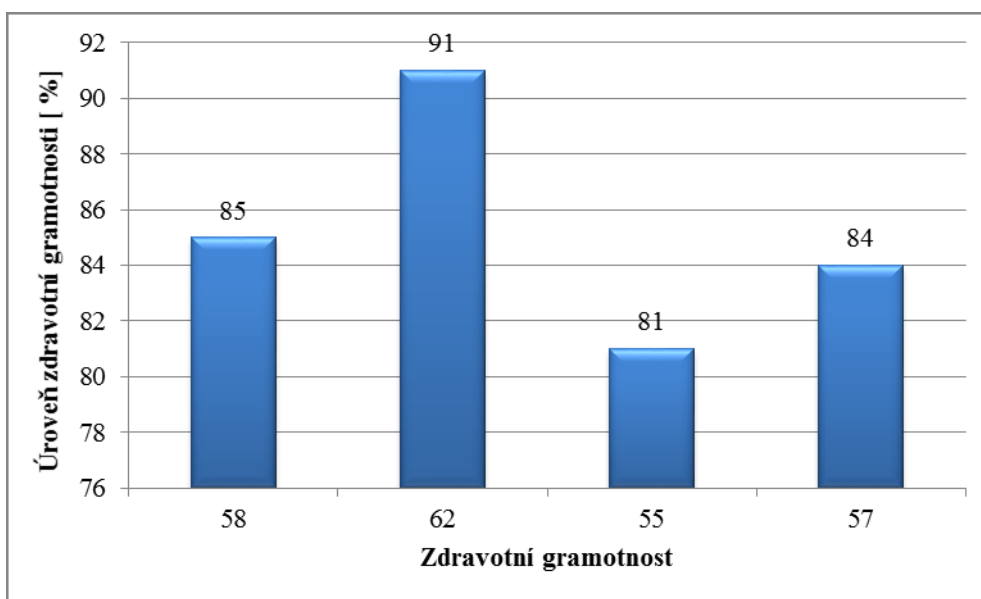
Cílovou skupinou tohoto výzkumu byli obyvatelé České republiky starší 15 let věku. Výběrovými kvótami vzorku respondentů bylo pohlaví, vzdělání, věk, kraj a velikost obce. Výzkumu se zúčastnilo celkem 1 037 respondentů. Sběr dat probíhal osobním dotazováním v domácnostech prostřednictvím počítače (Computer Assisted Personal Interviewing – CAPI), které trvalo zhruba 40 minut. Sběr dat byl uskutečněn v průběhu měsíce prosince roku 2014.¹¹⁸

Výsledky uskutečněného reprezentativního výzkumu zdravotní gramotnosti v České republice jsou blíže specifikovány v rámci následujícího textu: Z výzkumu vyplynulo, že téměř 60 % české populace vykazuje problematickou či neadekvátní úroveň celkové zdravotní gramotnosti – to znamená, že 59,4 % českého obyvatelstva vykazuje omezenou zdravotní gramotnost, jak znázorňuje Graf 1 dále.

¹¹⁷ ŠIMŮNKOVÁ, Marta, VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. In *Practicus*, 2015, č. 9, s. 34 – 35. ISSN 1213-8711, s. 34.

¹¹⁸ KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_cestke_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

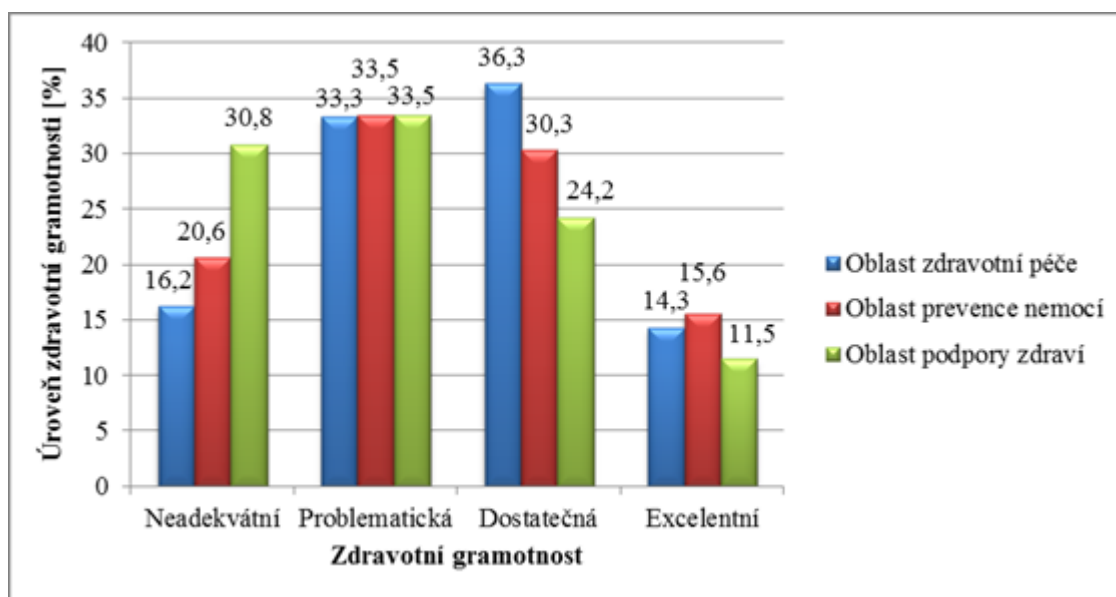
Graf 1 Celková úroveň zdravotní gramotnosti české populace



Zdroj: Vlastní zpracování dle KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_cesteske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

Omezená úroveň zdravotní gramotnosti obyvatelstva České republiky byla prokázána také v jednotlivých oblastech (viz Graf 2 níže) – v oblasti zdravotní péče (49,5 %), v oblasti prevence onemocnění (54,1 %), v oblasti podpory zdraví (64,1 %). Z výsledků výzkumu tedy vyplývá, že největší deficit v souvislosti se zdravotní gramotností vykazuje populace České republiky v oblasti podpory zdraví. Naopak nejnižší v oblasti zdravotní péče – zde mírně převažovala nadprůměrná úroveň zdravotní gramotnosti (50,5 %).

Graf 2 Úroveň zdravotní gramotnosti české populace v jednotlivých oblastech



Zdroj: Vlastní zpracování dle KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z:

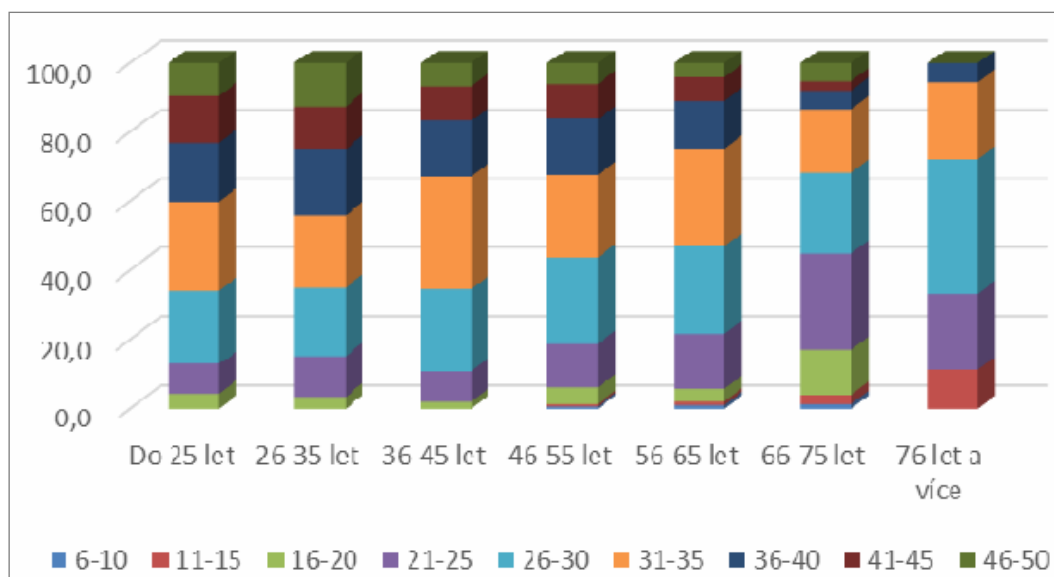
http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

Z výzkumu dále vyplynulo, že na úroveň zdravotní gramotnosti v české populaci má vliv věk, úroveň vzdělání, sociální status a finanční zabezpečení. Autorky M. Šimůnková a J. Vojtíšková předpokládají, že jedinci s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti budou mít s vyšší pravděpodobností finanční problémy, a že se bude jednat o starší osoby s nižším stupněm vzdělání a s pocitem nižšího postavení ve společnosti. Dále doplňují, že nižší úroveň zdravotní gramotnosti směřuje k horšímu hodnocení vlastního zdravotního stavu a rovněž k vyšší spotřebě zdravotní péče.¹¹⁹

¹¹⁹ ŠIMŮNKOVÁ, Marta, VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. In *Practicus*, 2015, č. 9, s. 34 – 35. ISSN 1213-8711, s. 35.

Z Grafu 3 dále je patrné, že s věkem klesá úroveň zdravotní gramotnosti obyvatelstva České republiky.

Graf 3 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle věku

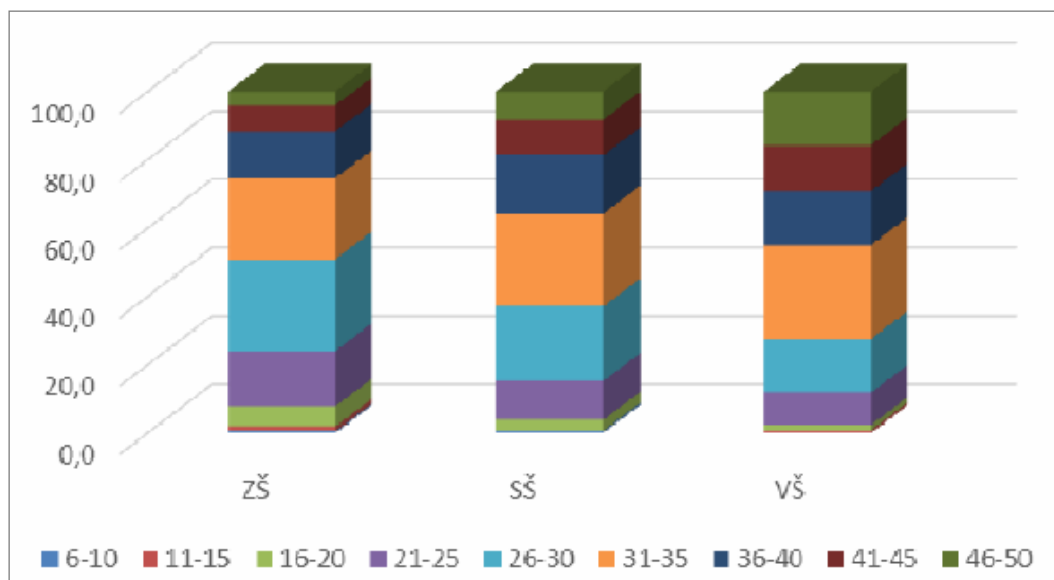


Zdroj: KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

Na úroveň zdravotní gramotnosti české populace má vliv také úroveň nejvyššího dosaženého vzdělání. Výzkum ukázal, že se zdravotní gramotnost zvyšuje s vyšší stupně vzdělání (viz Graf 4).

Graf 4 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle stupně vzdělání

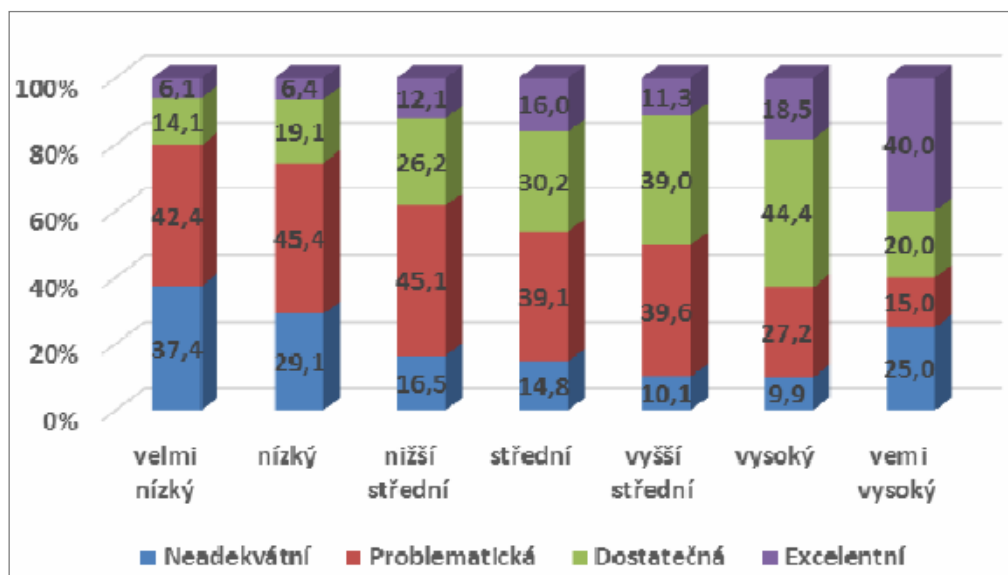


Zdroj: KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_cestke_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

Dalším výzkumným zjištěním je skutečnost, že se zdravotní gramotnost české populace zvyšuje se subjektivním sociálním statusem, což ukazuje Graf 5.

Graf 5 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle subjektivního sociálního statusu

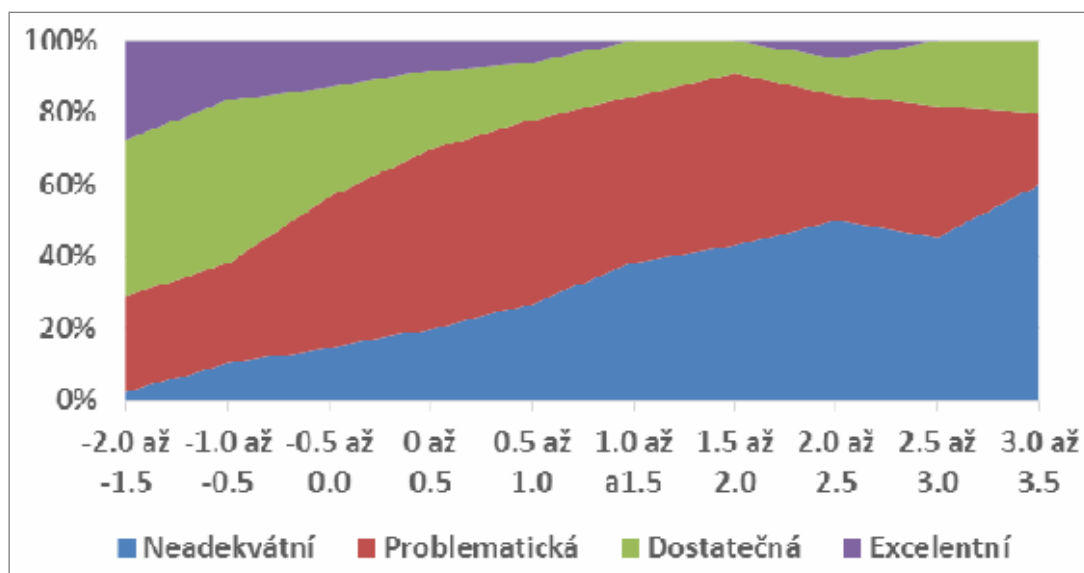


Zdroj: KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

Z Grafu 6 je patrné, že finanční deprivace má značný vliv na zdravotní gramotnost obyvatelstva České republiky.

Graf 6 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle míry finanční deprivace



Zdroj: KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z:

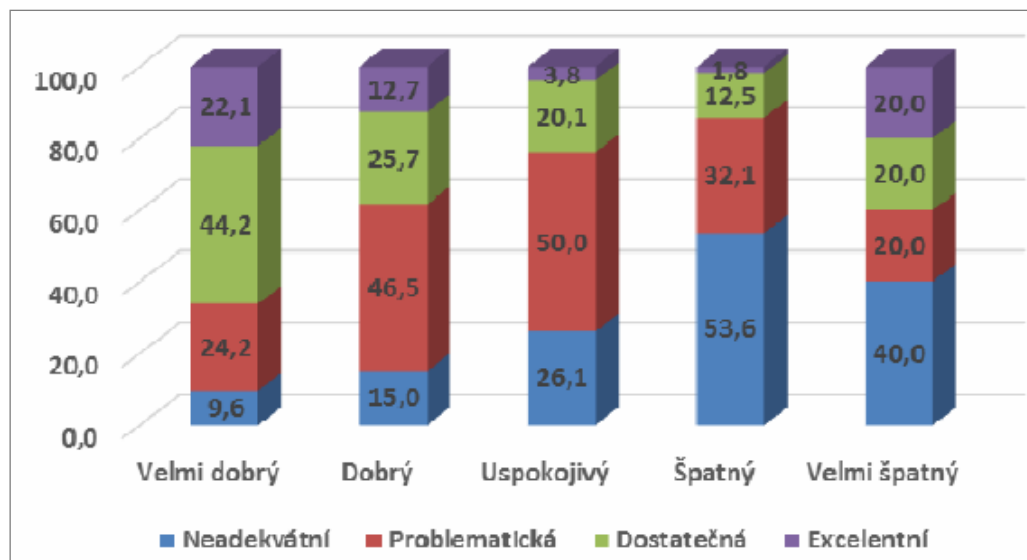
http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že mezi nejvýznamnější prediktory omezené úrovně zdravotní gramotnosti české populace patří v první řadě finanční deprivace (tj. schopnost placení účtů, léky, zdravotnické prostředky, návštěvy lékařů), dále subjektivní sociální status, stupeň vzdělání, věk a pohlaví.¹²⁰

¹²⁰ KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

Výzkumem byla rovněž prokázána také silná souvislost mezi zdravotním stavem a úrovní zdravotní gramotnosti u populace České republiky, což ukazuje Graf 7.

Graf 7 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle zdravotního stavu



Zdroj: KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z:

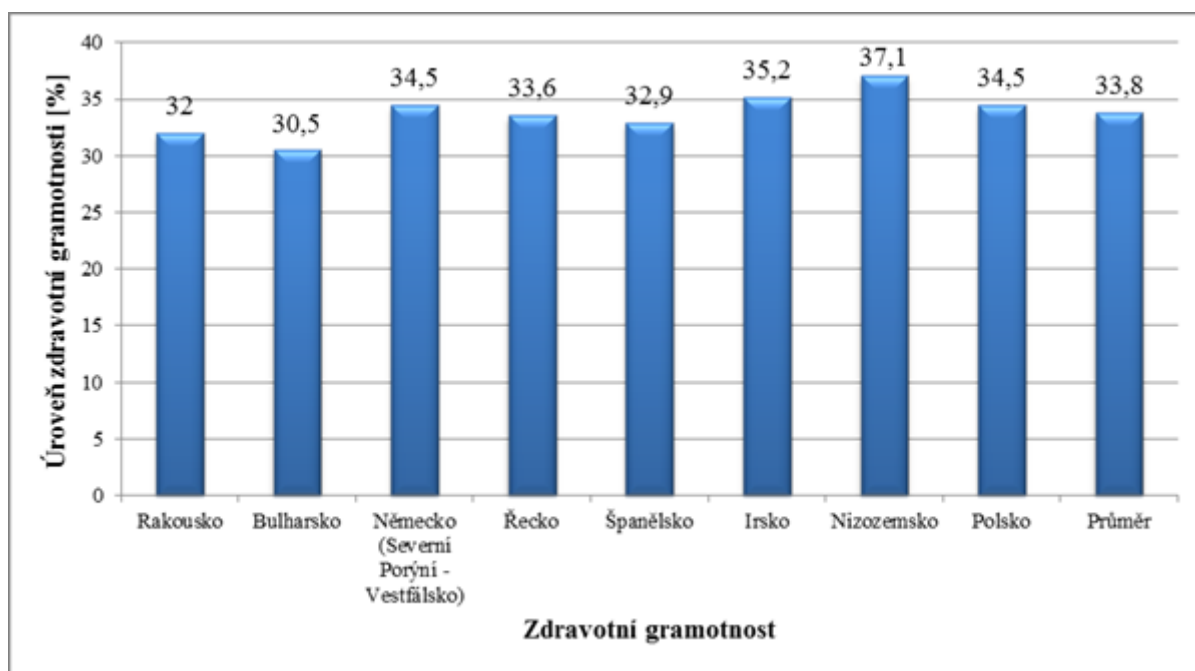
http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_cestne_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

3.2 Úroveň zdravotní gramotnosti ve vybraných zemích Evropské unie

Reprezentativní výzkum zaměřený na zdravotní gramotnost, který byl realizován v podmínkách České republiky, byl orientován rovněž na komparaci úrovně celkové zdravotní gramotnosti české populace s úrovní zdravotní gramotnosti obyvatelstva ve vybraných zemích Evropské unie – konkrétně v Rakousku, Bulharsku, Německu, Španělsku, Irsku, Nizozemsku a Polsku.

Úroveň celkové zdravotní gramotnosti ve vybraných zemích Evropské unie je znázorněna v Grafu 8. Průměrná úroveň celkové zdravotní gramotnosti populace činí v těchto evropských zemích (vyjma České republiky) 33,8 %. Z vybraných států Evropské unie je nejvyšší úroveň celkové zdravotní gramotnosti v Nizozemsku (37,1 %). Naproti tomu nejnižší úroveň celkové zdravotní gramotnosti je v Bulharsku – 30,5 %.

Graf 8 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti ve vybraných zemích EU



Zdroj: Vlastní zpracování dle ŠIMŮNKOVÁ, Marta, VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. In *Practicus*, 2015, č. 9, s. 34 – 35. ISSN 1213-8711, s. 34. a KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné

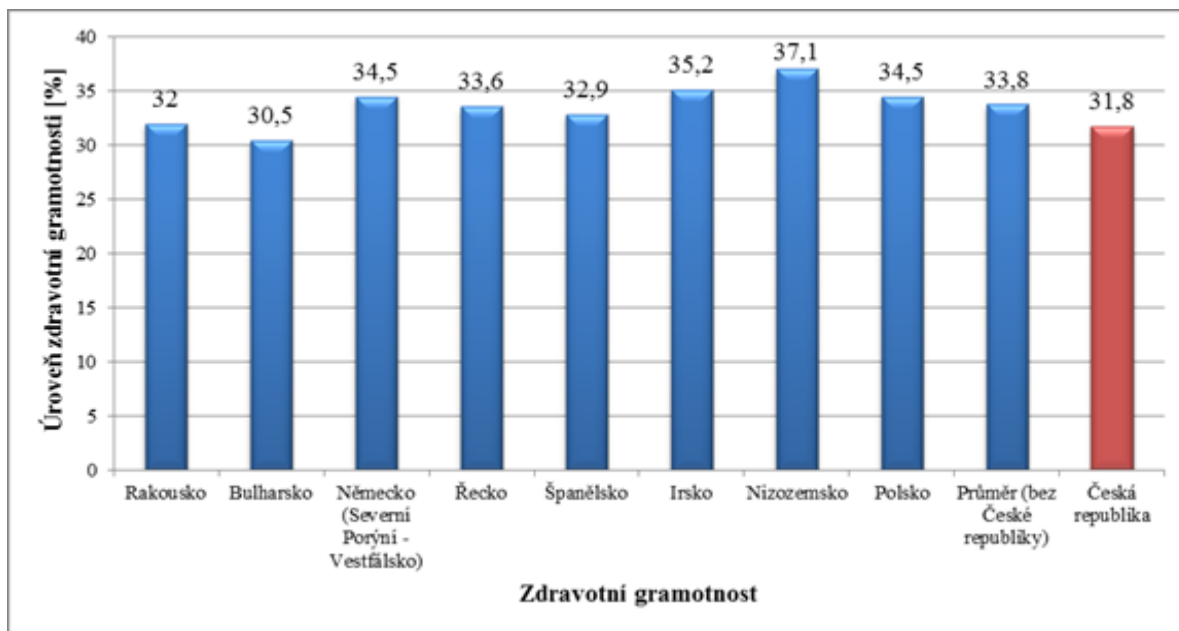
z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_cestne_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

3.3 Srovnání úrovně zdravotní gramotnosti v ČR s ostatními evropskými státy

Komparace úrovně celkové zdravotní gramotnosti v České republice s vybranými státy Evropské unie je graficky znázorněna v Grafu 9 níže. Průměrná úroveň celkové zdravotní gramotnosti dosahuje ve vybraných evropských zemích 33,8 %, což lze celkově považovat za podprůměrnou míru zdravotní gramotnosti. Nejvyšší úroveň celkové zdravotní gramotnosti je v Nizozemsku (37,1 %). Naopak nejnižší úroveň celkové zdravotní gramotnosti vykazuje Bulharsko (30,5 %). V České republice dosahuje úroveň celkové zdravotní gramotnosti 31,8 %, což je v porovnání s vybranými státy Evropy ještě pod evropským průměrem.

Graf 9 Porovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti v České republice s vybranými státy Evropské unie



Zdroj: Vlastní zpracování dle ŠIMŮNKOVÁ, Marta, VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká.

In *Practicus*, 2015, č. 9, s. 34 – 35. ISSN 1213-8711, s. 34. a KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné

z:

http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_cesteske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

V médiích byly výsledky tohoto výzkumu komentovány následujícím způsobem: „Celková zdravotní gramotnost Češek a Čechů je podle mezinárodně srovnávacího průzkumu špatná. Z celkem osmi sledovaných zemí EU skončilo Česko na sedmém místě a nedosáhlo ani průměru. Celková zdravotní gramotnost v Česku je v porovnání s průměrem osmi zemí EU nižší a zaostává za zeměmi, které v této oblasti představují špičku, což jsou Nizozemsko, Irsko, Německo a Polsko.“^{121,122} Dle internetového výzkumu na vzorku 1 530 respondentů dospěl Institute for Lifestyle Options and Longevity (ILOL) ke zjištění, že v České republice je úroveň zdravotní gramotnosti průměrná. „Největší rozdíly v gramotnosti jsou dány věkem.

¹²¹ Zdravotní gramotnost Čechů je pod evropským průměrem. V průzkumu uspělo jen 32 procent respondentů. *Hospodářské noviny* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://domaci.ihned.cz/c1-64440760-zdravotni-gramotnost-cechu-je-pod-evropskym-prumerem-v-pruzkumu-uspelo-jen-32-procent-respondentu>.

¹²² Češi se prý ve srovnání s jinými Evropany málo zajímají o své zdraví. *Český rozhlas* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/cesi-se-pry-ve-srovnani-s-jinymi-evropany-malo-zajimaji-o-sve-zdravi--1521113.

Lidé do 30 let dosahují vyšší zdravotní gramotnosti – před návštěvou lékaře si opatří více informací, s lékařem pak diskutují o svém zdravotním stavu a očekávají, že jim budou vysvětleny varianty a rizika léčby. 6 % dospělé populace, jež má přístup k internetu (základní charakteristika respondentů), dosáhlo 100 % zdravotní gramotnosti. Na opačném konci jsou 4 %, která ve všech otázkách na zdravotní gramotnost skórovala negativně. Výsledky z USA například ukazují, že 36 % dospělých Američanů má nižší zdravotní gramotnost, než je nutné pro porozumění průměrné zdravotnické informaci. Podobné výzkumy se provádějí i v řadě evropských zemí. Přestože otázky a postupy nejsou úplně stejné, vždy jde o zjištění, zda je vztah lékaře a pacienta spíše partnerský (participativní model), nebo založený na autoritě lékaře (paternalistický model). Mezi národy preferující participativní vztahy patří Švýcaři (91 %) a Němci (87 %). Na druhém konci spektra se objevuje Polsko (59 % lidí upřednostňuje paternalistický vztah) a Španělsko (44 %).¹²³

¹²³ Zdravotní gramotnost české populace je průměrná. In *Zdravotnické noviny*, 2008, č. 49, s. 16. ISSN 1805-2355.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝCHODISKA PRÁCE

4.1 Kardiovaskulární onemocnění

Kardiovaskulární onemocnění jsou v současné době na prvním místě mezi příčinami smrti na světě, ročně umírá na tato onemocnění přibližně 17 miliónů osob a odhaduje se, že v roce 2030 se tento počet zvýší až na 23 miliónů. Je také známé, že nejvíce je postižená populace v zemích s nižší sociální a ekonomickou úrovní, kde se týká i mladší věkové skupiny. Na rozvoji aterosklerózy a jejích akutních komplikací, tedy především akutního infarktu myokardu, cévních příhod mozkových a ischemických cévních příhod na tepnách periferních, se zásadním způsobem podílejí rizikové faktory aterosklerózy. Mezi neovlivnitelné zařazujeme věk, pohlaví, genetickou zátěž či postižení v rodině, mezi hlavní ovlivnitelné rizikové faktory pak hypertenzi, dyslipidemii, kouření, diabetes mellitus, obezitu a tělesnou inaktivitu. Primární prevence uvedených komplikací aterosklerózy v populaci je tedy zaměřena na pozitivní ovlivňování rizikových faktorů – při snížení jejich výskytu je jednoznačně prokázáno snížení výskytu jak akutních infarktů myokardu, tak cévních příhod mozkových i na periferních tepnách. Vzhledem k tomu, že se primární prevence zaměřuje na populaci, u níž dosud nedošlo k projevům onemocnění, je informovanost (gramotnost) této populace o uvedených rizikových faktorech jedním z předpokladů jejich příznivého ovlivňování. Příkladem výzkumu, který byl zaměřen na zhodnocení etnického složení, sociálního postavení, vzdělání a finančního stavu populace na výskyt ischemické choroby srdeční a cévního příhod mozkových ve vztahu k hypertenzi, je velká populační studie PURE (Prospective Urban and Rural Epidemiology). Autoři této studie shromáždili v letech 2003-2009 ohromné množství informací o stavu gramotnosti populace o onemocnění hypertenzí z různých skupin obyvatel. Jednoznačně pak prokázali vztah mezi stupni informovanosti o hypertenzi, její včasné diagnostice a optimální léčbě. V závěrech práce zdůraznili fakt, že při neznalosti, nedostatečné informovanosti o riziku hypertenze, dochází následně k významnému nárůstu komplikací, které špatnou diagnostiku a nedostatečnou léčbu dlouhodobě provázejí.

Uvedené údaje byly základním východiskem první části práce, která je zaměřena na gramotnost české populace o rizikových faktorech aterosklerózy, nejčastější příčiny morbidity a mortality v naší zemi.

4.2 Onkologická onemocnění

Zhoubné nádory jsou po kardiovaskulárních chorobách z hlediska výskytu druhým nejčastějším onemocněním. Bohužel v dalších letech je očekáván jejich zvyšující se nárůst. Vysoká je i prevalence těchto onemocnění, protože rostoucí počet žijících lidí s rakovinou je způsoben zlepšením jejich diagnostiky a pokroky v léčbě. Je proto i pozitivní skutečností, že úmrtnost na zhoubné nádory stagnuje, v řadě případů se jeví i mírně klesající trendy. Současně je velice dobrou zprávou, že se díky skriningovým programům daří zjišťovat časná stadia onemocnění, která jsou léčitelná a významně prodlužují a zlepšují dlouhodobé přežívání nemocných. V České republice je nyní ročně diagnostikováno až 80 000 nových záchytů zhoubných nádorů. Prevalence všech onkologických onemocnění je téměř půl milionu obyvatel. Pro srovnání v 80. letech 20. století se jednalo přibližně o 25 000 případů.

Nejčastějšími nádory u žen je rakovina prsu, tlustého střeva a konečníku, nádory gynekologických orgánů, dělohy, vaječníků. V posledních letech u žen stoupá i rakovina plic, ledvin, pankreatu, melanomu. U mužů je nejčastější výskyt rakoviny prostaty, nádory tlustého střeva a konečníku, rakovina plic, melanom.

Ve výskytu nádorů ledvin drží Česká republika smutné prvenství na světě. Nádory tlustého střeva a konečníku jsou v četnosti výskytu u nás celosvětově na 5. místě.

Uvedené údaje byly základním východiskem druhé části práce, která je zaměřena na gramotnost české populace o rizicích onkologických onemocnění, druhé nejčastější příčiny morbidity v naší zemi.

4.3 Cíle praktické části práce

Prvním cílem práce je vyhodnocení obecné informovanosti o rizikových faktorech aterosklerózy v české populaci **dvou zásadně odlišných souborů** dospělých osob:

První soubor tvoří **osoby v primární prevenci** – tedy dosud zdravé osoby, které se o rizikových faktorech mohli dovědět z více zdrojů: od lékaře při běžných prohlídkách, z médií – z deníků a časopisů, které se na zdravotní problematiku zaměřují v různém rozsahu a na různé úrovni, ale také z televize a z internetu.

Druhý soubor pak tvoří osoby, u kterých se již v minulosti manifestovala některá z forem komplikací aterosklerózy (tedy osoby v **sekundární prevenci** aterosklerózy).

Samostatnou část práce tvoří srovnání osob v primární prevenci, které byly rozděleny podle místa bydliště na populaci městské aglomerace a populaci, která žije na vesnici.

Druhým cílem práce je **srovnání informovanosti** o uvedených rizikových faktorech **mezi uvedenými soubory v primární a v sekundární prevenci.**

Třetím cílem této práce je pak **srovnání gramotnosti** české populace z obou **souborů primární a sekundární prevence** se zaměřením **na stupeň vzdělání jednotlivých osob.**

Čtvrtá část práce je zaměřena na informovanost české populace o nádorových onemocněních – hodnotit se bude znalost **výskytu nádorových chorob**, povědomí o **rizikových faktorech vzniku nádorů**, dále **informovanost o primární a sekundární prevenci, onkologických screeningových programech** a možnostech **prevence**. Srovnány budou všechny sledované údaje mezi souborem žen a mužů, dále vztah gramotnosti ke stupni vzdělání a zjišťovány budou zdroje informací o všech uvedených faktorech.

4.4 Hypotézy

Byly stanoveny čtyři hypotézy pro oblast kardiovaskulárních onemocnění a osm hypotéz pro oblast nádorových onemocnění:

Kardiovaskulární onemocnění

1. Obecná informovanost populace o rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění je významně vyšší v sekundární prevenci, než u populace v prevenci primární.

2. Informovanost běžné české populace o rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění je v souboru primární prevence závislá na místě bydliště – je vyšší v městské populaci, než v populaci žijící mimo město.

3. Znalost vlastních rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění u jednotlivých osob všech souborů je vyšší v souboru sekundární prevence než u souboru primární prevence, dále pak v souboru primární prevence je vyšší u městské populace ve srovnání s populací z venkova.

4. Informovanost populace o přítomnosti a významu RF kardiovaskulárních onemocnění vykazuje jistý stupeň závislosti na stupni vzdělání sledované populace.

Nádorová onemocnění

1. Gramotnost české populace o nádorových onemocněních je obecně na dobré úrovni
2. Informovanost žen je na vyšší úrovni než mužů
3. Ženy jsou více informovány, protože mají k dispozici více skrínigových programů
4. Informovanost o nádorových onemocněních má vztah ke stupni vzdělání
5. Česká populace zná nejčastější typy rakoviny u mužů a u žen
6. Česká populace zná alespoň 3 rizikové faktory vzniku rakoviny
7. Česká populace zná skrínigové programy a aktivně se jich účastní
8. O možnosti vakcinace dívek proti rakovině děložního čípku jako zásadní primární prevenci jsou informováni i muži

4.5 Sledované soubory a metody sledování

4.5.1 Kardiovaskulární onemocnění

Metodou výzkumného šetření byla dotazníková forma. Dotazníkové šetření bylo zvoleno a vytvořeno autorkou práce jako optimální prostředek pro získání informací v prevenci zdraví a také z důvodu zachování anonymity a časové nenáročnosti pro respondenty. Všem sledovaným osobám byl předložen komplexní dotazník, zaměřený na následující údaje: v první části byla zjišťována obecná znalost (povědomost) o klasických rizikových faktorech aterosklerózy, které při jejich přítomnosti vedou k různým komplikacím postižení tepen v různých lokalizacích. Bylo zjišťováno, které faktory sledované osoby znají jako rizika možného vzniku infarktu myokardu, cévní příhody mozkové, případně postižení tepen dolních končetin. Sledována byla informovanost o následujících rizikových faktorech (RF): **hypertenze, diabetes, lipidy, obezita, kouření, rodinná anamnéza (RA)** a o významu **fyzické aktivity**. V další části dotazníku bylo zjišťováno, zda jednotlivé osoby vědí o stavu vlastních rizikových faktorů a zda jsou sami fyzicky aktivní (pozitivní odpověď znamená minimálně 30 minut aktivity minimálně 5x týdně).

V rámci této práce byly shromážděny informace celkem od 226 osob, ty pak byly rozděleny do 2 hlavních souborů: **soubory v primární a v sekundární prevenci**

aterosklerózy (soubor primární prevence PP, soubor sekundární prevence SP). Osoby zařazené v **primární prevenci** byly ty, které byly dosud zdravé a byly v běžném sledování praktického lékaře (někteří ani u praktického lékaře dosud nebyli). Osobami zařazenými v souboru **sekundární prevence** byli již pacienti z interních a kardiologických ambulancí, u nich v minulosti již proběhla některá z manifestací ischemické choroby srdeční, ischemické choroby dolních končetin, u menšího počtu pak již proběhla ischemická cévní příhoda mozková. Soubor primární prevence byl pak dále rozdělen do dvou podskupin podle místa bydliště na soubor primární prevence městské populace (PPm) a soubor primární prevence venkovské populace (PPv).

4.5.2 Onkologická onemocnění

Metodou sledování byla dotazníková forma. Všem sledovaným osobám byl předložen komplexní dotazník, zaměřený na následující údaje: v první části byla zjišťována obecná znalost (povědomost) o výskytu zhoubných nádorů v České republice, o nejčastějších nádorech v tuzemské populaci, o rizikových faktorech jejich vzniku a o zdrojích informací o zhoubných nádorech. V druhé části práce byla zjišťována znalost prevence, preventivních programů, závislosti těchto znalostí na stupni vzdělání a na možnosti aktivní prevence nádoru děložního čípku. Dotazník zaměřený na informovanost o onkologických onemocněních obsahoval celkem deset otázek, které jsou shrnuty v Tab. 3.

Tab. 3 Otázky v dotazníku k nádorovým onemocněním

1. Kolik je v ČR ročně zjištěno nových zhoubných nádorů (ZN)
2. Kolik žije v ČR nemocných se ZN
3. Znáte příčiny vzniku ZN, pokud ano, tak uveďte které
4. Jaké jsou nejčastější ZN u žen a u mužů
5. Znáte preventivní programy v oblasti ZN v ČR
6. Proč jsou preventivní programy nabízeny
7. Jak jste získal informace o ZN
8. Znáte organizace, které se osvětou v oblasti ZN zabývají
9. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky
10. Víte, proti jakému ZN se mohou očkovat mladé dívky

Použité zkratky: ZN – zhoubné nádory

V této části byly získány informace od 70 osob, z toho od 35 žen (věk 19-79 roků) a od 35 mužů (věk 22-84 roků). Výsledky byly hodnoceny jednak v celém souboru, dále pak samostatně v souborech žen a mužů.

4.6 Výsledky – kardiovaskulární onemocnění

V této části budou podrobně rozebrány výsledky dotazníkového šetření v oblasti kardiovaskulárních onemocnění

4.6.1 Sledované soubory a jejich základní charakteristiky

Počty sledovaných a složení jednotlivých souborů z hlediska pohlaví jsou uvedeny v Tab. 4.

Tab. 4 Počty sledovaných a rozložení podle pohlaví v jednotlivých souborech

Soubor	Celkem	Muži		Ženy	
		n	%	n	%
PP	112	67	59,8 %	45	40,2 %
SP	114	68	59,6 %	46	40,4 %
PPm	55	33	60,0 %	22	40,0 %
PPv	57	34	59,6 %	23	40,4 %

Použité zkratky: n – počet osob, PP – primární prevence, SP – sekundární prevence, PPm – primární prevence z městské aglomerace, PPv – primární prevence z venkova

Do souboru primární prevence bylo zařazeno celkem 112 osob, od nichž byly získány kompletně vyplněné dotazníky, z toho bylo 67 mužů (59,8 %) a 45 žen (40,2 %). V souboru primární prevence z městské aglomerace (PPm) bylo celkem 55 osob, z toho 33 mužů (60 %) a 22 žen (40 %), z venkova pak bylo 57 osob, 34 mužů (59,6 %) a 23 žen (40,4 %). Do souboru sekundární prevence bylo zařazeno celkem 114 osob, z toho 68 mužů (59,6 %) a 46 žen (40,4 %).

Základní charakteristiky jednotlivých souborů jsou uvedeny v tab. 5 – 8. Je v nich uveden průměrný věk osob v jednotlivých sledovaných skupinách a dále stupeň jejich

vzdělání, který je rozdělen do tří skupin – vzdělání pouze základní, středoškolské nebo vysokoškolské.

V souboru primární prevence (Tab. 5) byl průměrný věk u mužů 53,6 roku a u žen 58,4 roku, z hlediska vzdělání bylo u mužů v 25 % vzdělání základní, v 34 % středoškolské a ve 24 % vzdělání vysokoškolské. U žen pak byly tyto hodnoty 18 %, resp. 62 % a 20 %, u mužů tedy bylo více osob se základním vzděláním, u žen se středoškolským vzděláním a počty se vzděláním vysokoškolským byly obdobné u mužů i u žen.

Tab. 5 Charakteristiky souboru PP

	Soubor PP n=112					
	muži n=67		ženy n=45		celkem n=112	
Ø věk roky	53,6		58,4		56,1	
Vzdělání	n	%	n	%	n	%
Základní	17	25 %	8	18 %	25	22 %
Středoškolské	34	51 %	28	62 %	62	56 %
Vysokoškolské	16	24 %	9	20 %	25	22 %

Použité zkratky: stejné jako Tab. 4.

V Tab. 6 jsou uvedeny stejné charakteristiky u osob v sekundární prevenci. Průměrný věk mužů (63,6 roků) i žen (67,4) byl vyšší, než u osob v primární prevenci. V stupni vzdělání je patrné, že v tomto souboru byl výrazně nižší počet osob se základním vzděláním (muži 15 %, ženy 17 %), u mužů bylo více osob se vzděláním středním (53 %), u žen byl počet osob v této skupině vzdělání obdobný jako ve skupině prevence primární (57 %).

Tab. 6 Charakteristiky souboru SP

	Soubor SP n=114					
	muži n=68		ženy n=46		celkem n=114	
Ø věk roky	54,8		57,5		55,9	
Vzdělání	n	%	n	%	n	%
Základní	10	15 %	8	17 %	18	16 %
Středoškolské	36	53 %	26	57 %	62	54 %
Vysokoškolské	22	32 %	12	26 %	34	30 %

Použité zkratky: stejné jako Tab. 4.

Při srovnání s prvním souborem primární prevence pak bylo v této skupině mužů významně více osob se vzděláním vysokoškolským (32 %), u žen tomu bylo obdobně (26 %), rozdíl proti souboru primární prevence byl však menší.

Při hodnocení stupně vzdělání v podskupině z městské aglomerace (Tab. 7) je zřejmé, že jak u mužů, tak u žen, je vyšší procento osob se vzděláním vysokoškolským (muži 31 %, resp. ženy 27 %).

Tab. 7 Charakteristiky souboru PPM

	Soubor PPM n=55			
	muži n=33		ženy n=22	
Ø věk roky	52,3		57,2	
Vzdělání	n	%	n	%
Základní	7	21 %	4	18 %
Středoškolské	16	48 %	12	55 %
Vysokoškolské	10	31 %	6	27 %

Použité zkratky: stejné jako Tab. 4.

Naopak ve skupině osob z venkovské populace (Tab. 8) je významně častější vzdělání středoškolské (muži 53 %, ženy 61 %), případně základní (muži 29 %, ženy 17 %), osoby se vzděláním vysokoškolským byly méně časté (18 % resp. 22 %). Charakteristiky vzdělání pak dále zásadně ovlivňovaly základní informovanost těchto populací (viz dále).

Tab. 8 Charakteristiky souboru PPv

	Soubor PPv n=57			
	muži n=34		ženy n=23	
Ø věk roky	54,7		59,8	
Vzdělání	n	%	n	%
Základní	10	29 %	4	17 %
Středoškolské	18	53 %	14	61 %
Vysokoškolské	6	18 %	5	22 %

Použité zkratky: stejné jako Tab. 4.

4.6.2 Obecná znalost rizikových faktorů ve všech souborech

Po souhrnu základních charakteristik souborů je uveden přehled znalostí jednotlivých rizikových faktorů ve všech sledovaných souborech – tedy povědomost o znalosti rizikových faktorů aterosklerózy každého jednotlivce. V Tab. 9 je uveden souhrn informovanosti o rizikových faktorech aterosklerózy v celé populaci **primární prevence**.

Tab. 9 Znalost RF – soubor PP

Parametr	Muži n=67		Ženy n=45		Soubor n=112	
	n	%	n	%	n	%
Hypertenze	15	22 %	10	22 %	25	22 %
Lipidy	22	33 %	20	44 %	42	38 %
DM	8	12 %	7	16 %	15	13 %
Obezita	26	39 %	23	51 %	49	44 %
Kouření	38	56 %	32	71 %	70	63 %
RA	6	9 %	7	16 %	13	12 %
Aktivita +	16	24 %	16	36 %	32	29 %

Použité zkratky: PPM – primární prevence město, DM – diabetes mellitus, RA – rodinná anamnéza

Je zřejmé, že ze všech „klasických rizikových faktorů“ je o jejich významu pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění (KVO) největší povědomost u kouření - uvedlo jej 63 % dotázaných, na druhém místě pak byla obezita (44 %) a na třetím místě „tuky“ (38 %). Při srovnání souborů mužů a žen je jednoznačně lepší informovanost u žen, a to ve všech uvedených rizikových faktorech.

U osob v primární prevenci se ve znalosti jednotlivých rizikových faktorů významně projevil vliv toho, zda osoby žily v městské aglomeraci nebo na venkově (Tab. 10 a Tab. 11).

Tab. 10 Znalost RF - Soubor PPM

Parametr	Muži n=33		Ženy n=22		Soubor n=55	
	n	%	n	%	n	%
Hypertenze	9	27 %	6	27 %	15	27 %
Lipidy	14	42 %	12	55 %	26	42 %
DM	6	18 %	4	18 %	10	18 %
Obezita	16	48 %	14	64 %	30	56 %
Kouření	22	67 %	18	82 %	40	73 %
RA	4	12 %	4	18 %	8	15 %
Aktivita	12	36 %	12	55 %	24	44 %

Použité zkratky: PPM – primární prevence město, DM – diabetes mellitus, RA – rodinná anamnéza

Je možné konstatovat, že u všech sledovaných rizikových faktorů byla informovanost o jejich negativním vlivu na možnost vzniku kardiovaskulárního onemocnění významně vyšší u osob žijících ve městě. Nejméně známými, resp. nejméně uváděnými rizikovými faktory byly vlivy genetické a diabetes mellitus a to v obou souborech – z města i z venkova, následovala hypertenze, tělesná aktivita, lipidy, nejvíce známé pak byly obezita a kouření. Naopak, nejvýraznější rozdíly ve znalosti RF mezi osobami z města a z venkova byly u diabetu mellitu a ve významu tělesné aktivity – v obou případech byla informovanost vyšší u městské populace: diabetes mellitus 18 % resp. 6 % u mužů a 10 % resp. 9 % u žen, tělesná aktivita 36 % resp. 12 % u mužů a 55 %, resp. 17 % u žen.

Tab. 11 Znalost RF - Soubor PPv

Parametr	Muži n=34		Ženy n=23		Soubor n=57	
	n	%	n	%	n	%
hypertenze	6	18 %	4	17 %	10	18 %
Lipidy	8	24 %	8	34 %	16	28 %
DM	2	6 %	3	13 %	5	9 %
Obezita	10	29 %	9	39 %	19	33 %
Kouření	16	47 %	14	61 %	30	53 %
RA	2	6 %	3	13 %	5	9 %
Aktivita	4	12 %	4	17 %	8	14 %

Použité zkratky: PPv – primární prevence venkov, DM – diabetes mellitus, RA – rodinná anamnéza

V souboru **sekundární prevence** se jednoznačně projevil příznivý vliv působení lékaře na sledované osoby v rámci jejich léčby při předchozí manifestaci KVO: informovanost o rizikových faktorech byla u všech sledovaných faktorů významně vyšší (Tab. 12).

Tab. 12 Znalost RF – soubor SP

Parametr	Muži n=68		Ženy n=46		Soubor n=114	
	N	%	n	%	n	%
Hypertenze	58	85 %	42	91 %	100	88 %
Lipidy	62	91 %	44	96 %	108	95 %
DM	55	81 %	38	83 %	93	82 %
Obezita	57	84 %	44	96 %	101	89 %
Kouření	68	100 %	46	100 %	114	100 %
RA	44	65 %	38	83 %	82	72 %
Aktivita +	68	100 %	46	100 %	114	100 %

Použité zkratky: PPM – primární prevence město, DM – diabetes mellitus, RA – rodinná anamnéza

V celém souboru se pohybovala mezi 72 % až 100 %, rozdíly mezi skupinou mužů a žen nebyly zásadní, vyšší informovanost u žen byla zaznamenána pouze u pozitivní rodinné anamnézy (65 % muži, 83 % ženy). U mužů i u žen byla v této skupině osob dokonce 100% informovanost o negativním vlivu kouření a pozitivním vlivu pravidelné tělesné aktivity, naopak nejmenší informovanost byla zaznamenána u mužů i u žen u genetických faktorů (65 % u mužů a 72 % u žen) u diabetu mellitu (81 % u mužů a 82 % u žen). Je však jasně patrný významný rozdíl ve znalostech těchto rizikových faktorů ve srovnání se skupinou primární prevence.

4.6.3 Srovnání obecná znalosti rizikových faktorů v souborech primární a sekundární prevence

V další části práce byla srovnávána obecná povědomost o rizikových faktorech aterosklerózy v souborech v primární a v sekundární prevenci – Tab. 13. Při tomto srovnání významně vyniká zásadní rozdíl v informovanosti populace, u které zatím nedošlo k aktivnímu ovlivnění znalostí rizikových faktorů. U osob bez aktivního přístupu k informovanosti byly znalosti o rizikových faktorech aterosklerózy velmi malé, pohybovaly se od 12 % do 44 % (s výjimkou kouření, kde byla informovanost 63 %).

Tab. 13 Znalost RF v souborech PP a SP

Parametr	Soubor PP n=112		Soubor SP n=114	
	n	%	N	%
Hypertenze	25	22 %	100	88 %
Lipidy	42	38 %	108	95 %
DM	15	13 %	93	82 %
Obezita	49	44 %	101	89 %
Kouření	70	63 %	114	100 %
RA	13	12 %	82	72 %
Aktivita +	32	29 %	114	100 %

Použité zkratky: PP – primární prevence, SP – sekundární prevence, DM – diabetes mellitus, RA – rodinná anamnéza

Naopak je zřejmé, jak velký má význam působení zdravotnického personálu (sester i lékařů) na informovanost osob, které již prodělaly některou z manifestací komplikací aterosklerózy a byly tedy lékařem vyšetřovány. V této skupině se znalosti pohybovaly od 72 % (vlivy genetické) až do 100 % (kouření a fyzická aktivita).

4.6.4 Informovanost o stavu RF přímo u osob v sledovaných souborech

V návaznosti na obecnou znalost rizikových faktorů aterosklerózy bylo zjišťováno, kolik osob zná vlastní rizikové faktory a u kolika z nich se rizikové faktory nacházejí. Bylo vycházeno z předpokladu, že samotná znalost vlastních rizikových faktorů může pak vést k jejich aktivnímu ovlivnění. Vzhledem k tomu, jak je možné vlastní rizikové faktory poznat, byly rozděleny do dvou základních skupin. V první skupině byly z rizikových faktorů obezita, kouření a fyzická aktivita, která byla za pozitivně přítomnou hodnocena v případě, že byla provozována minimálně 5x týdně po dobu nejméně 30 minut. V druhé skupině pak byly rizikové faktory, vyžadující aktivní zjištění – tedy hodnota krevních lipidů, glukózy a krevního tlaku (TK).

4.6.4.1 Informovanost o obezitě, kouření a fyzické aktivitě

Výsledky první skupiny rizikových faktorů v jednotlivých souborech jsou uvedeny v tab. 14 - 16. V souboru primární prevence byly obezita, kouření a pozitivní fyzická aktivita přítomny u poloviny nemocných (47 %, resp. 39 % a 46 %). Při srovnání souboru mužů a žen v této skupině rizikových faktorů byl rozdíl jednak u kouření – 41 % mužů bylo aktivními kuřáky, ženy kouřily v 36 %, naopak u žen byla častější obezita 53 % versus 43 % u mužů.

Tab. 14 Přítomné RF – soubor PP celkem

Parametr	Muži n=67		Ženy n=45		Celkem n=112	
	n	%	n	%	n	%
Obezita	29	43 %	24	53 %	53	47 %
Kouření	28	41 %	16	36 %	44	39 %
Aktivita +	30	45 %	21	47 %	51	46 %

Při samostatném hodnocení souboru primární prevence osob z městské aglomerace (Tab. 15) je patrné, že v tomto souboru sledovaných osob je ve srovnání s celým souborem primární prevence méně často přítomna obezita (42 % versus 47 %) a více sledovaných je pravidelně fyzicky aktivních (55 % versus 46 %). V kouření byl rozdíl jen malý, více osob kouřilo v souboru z města (39 % versus 43 %).

Tab. 15 Přítomné RF – soubor PPM

Parametr	Muži n=33		Ženy n=22		Celkem n=55	
	N	%	n	%	n	%
Obezita	13	39 %	10	45 %	23	42 %
Kouření	16	48 %	8	36 %	24	43 %
Aktivita +	18	55 %	12	56 %	30	55 %

Naopak v souboru z venkova byly rozdíly proti celému souboru PP významněji vyjádřené (Tab. 16). Rozdíly byly u všech sledovaných RF, největší u fyzické aktivity (37 % versus 46 %), dále u obezity (53 % versus 47 %), nejmenší pak u kouření (39 % versus 35 %). Pokud je pozornost zaměřena na rozdíly jednotlivých souborů z města a z venkova u mužů a u žen, tak jako nejvýznamnější u mužů vyznívá kouření (48 % versus 35 %) a u fyzické aktivity (55 % versus 35 %), u žen je pak na venkově významně častěji přítomna obezita (61 % versus 45 %) a také fyzická aktivita (39 % versus 56 %). Zjednodušeně pak lze shrnout, že rizikový profil populace z venkova je významně horší, než u populace z městské aglomerace.

Tab. 16 Přítomné RF – soubor PPv

Parametr	Muži n=34		Ženy n=23		Celkem n=57	
	n	%	n	%	n	%
Obezita	16	47 %	14	61 %	30	53 %
Kouření	12	35 %	8	35 %	20	35 %
Aktivita +	12	35 %	9	39 %	21	37 %

Při hodnocení stejných rizikových faktorů u populace v sekundární prevenci byly výsledky zásadně odlišné (Tab. 17). Na rozdíl od souboru primární prevence byli všichni sledovaní podstatně méně často obézní (28 % versus 47 %), výrazně častěji byli fyzicky aktivní (61 % versus 46 %), až sedminásobný byl rozdíl v počtu aktivních kuřáků (5 % versus 39 %)! Jistě je pozoruhodné, že uvedené příznivé výsledky u osob v sekundární prevenci byly přítomné jak u mužů, tak u žen a prakticky se nelišily ani u obezity, kde byl rozdíl největší (muži 26 % versus ženy 35 %), u kouření a fyzické aktivity byly rozdíly minimální (kouření 6 % versus 4 %, aktivita 62 % versus 61 %).

Tab. 17 Přítomné RF – soubor SP

Parametr	Muži n=68		Ženy n=46		Celkem =114	
	n	%	n	%	n	%
Obezita	18	26 %	16	35 %	32	28 %
Kouření	4	6 %	2	4 %	6	5 %
Aktivita +	42	62 %	28	61 %	70	61 %

4.6.4.2 Informovanost o krevním tlaku, lipidech a glukóze

V další části sledování informovanosti v oblasti prevence kardiovaskulárních onemocnění bylo zjišťováno, kolik sledovaných osob zná hodnoty vlastního krevního tlaku, krevních lipidů (minimálně celkového cholesterolu) a glukózy na lačno v séru. V souboru primární prevence byla povědomost o uvedených rizikových faktorech relativně nízká (Tab. 18). V souhrnu lze konstatovat, že své hodnoty krevního tlaku, lipidů a glukózy znala přibližně třetina sledovaných osob (TK 39 %, lipidy 30 % a glukóza 29 %). U všech uvedených parametrů byla informovanost vyšší u žen než u mužů, nejvýraznější byl rozdíl u krevního tlaku (muži 33 %, ženy 49 %), u lipidů a glukózy byly rozdíly menší (27 % versus 36 % a 25 % versus 36 %).

Tab. 18 Soubor PP - provedená vyšetření, zná výsledek

Parametr	Muži n=67		Ženy n=45		Celkem n=112	
	n	%	n	%	n	%
Krevní tlak	22	33 %	22	49 %	44	39 %
Lipidy	18	27 %	16	36	34	30
Glukóza	17	25 %	16	36 %	33	29 %

Pokud byly srovnávány výsledky v souborech primární prevence z městské aglomerace a z venkova, byla znalost vlastních hodnot sledovaných parametrů jednoznačně vyšší v souboru z města, a to u všech rizikových faktorů (Tab. 19 a Tab. 20). Největší rozdíl byl ve znalosti hodnot krevního tlaku (47 % versus 31 %), následovaly hodnoty cholesterolu (40 % versus 21 %), u glukózy byl rozdíl nejmenší (33 % versus 18 %). Pokud byly v souborech z města a z venkova tyto parametry srovnány u mužů a u žen, byly výsledky podstatně příznivější u žen, kde vlastní hodnoty krevního tlaku v městské populaci znalo 66 % žen a 36 % mužů, lipidy 45 % žen a 36 % mužů, hodnoty glukózy pak 45 % žen a 33 % mužů.

Tab. 19 Soubor PPM – provedená vyšetření, zná výsledek

Parametr	Muži n=33		Ženy n=22		Celkem n=55	
	n	%	n	%	n	%
Krevní tlak	12	36 %	14	66 %	26	47 %
Lipidy	12	36 %	10	45 %	22	40 %
Glukóza	11	33 %	10	45 %	21	38 %

Rozdíly mezi skupinou žen a mužů byly méně výrazné v souborech z venkova, ale i u nich byly výsledky u všech parametrů lepší u žen (TK muži 29 %, ženy 35 %, lipidy 18 % versus 26 %, stejně tak glukóza 18 % versus 26 %).

Tab. 20 Soubor PPv – provedená vyšetření, zná výsledek

Parametr	Muži n=34		Ženy n=23		Celkem n=57	
	n	%	n	%	n	%
Krevní tlak	10	29 %	8	35 %	18	31 %
Lipidy	6	18 %	6	26 %	12	21 %
Glukóza	6	18 %	6	26 %	12	21 %

Při hodnocení povědomosti o dalších rizikových faktorech (krevní tlak, lipidy a glukóza) v souboru sekundární prevence bylo jasně patrné, že osoby v sekundární prevenci jsou i o těchto vlastních rizikových faktorech informovány výrazně lépe (Tab. 21). Hodnoty uvedených rizikových faktorů znalo v celém souboru 82 % - 95 % osob. Nejvíce to bylo u krevního tlaku (95 %), dále glukózy v séru (88 %) a hodnotu lipidů znalo 82 % sledovaných osob. Rozdíly mezi skupinou mužů a ženy byly pouze malé (krevní tlak muži 97 %, ženy 91 %, lipidy 82 % versus 83 %, glukóza 85 % versus 91 %).

Poslední srovnání souborů primární a sekundární prevence bylo provedeno také u druhé skupiny uvedených rizikových faktorů – tedy krevního tlaku, krevních lipidů a glukózy. Rozdíl ve znalosti výsledku hodnot rizikových faktorů byl velmi výrazný u všech sledovaných parametrů. U krevního tlaku znalo vlastní hodnoty 95 % osob v sekundární prevenci – v souboru primární prevence to bylo pouze 39 % osob, u lipidů byly hodnoty 82 % versus 30 % a u glukózy v séru 88 % versus 29 %. Při srovnání souborů mužů a žen byly výsledky u všech sledovaných parametrů stejně rozdílné, jako v celých souborech.

Tab. 21 Soubor SP – provedená vyšetření, zná výsledek

Parametr	Muži n=68		Ženy n=46		Celkem n=114	
	n	%	n	%	n	%
Krevní tlak	66	97	42	91	108	95
Lipidy	56	82	38	83	94	82
Glukóza	58	85	42	91	100	88

4.6.5 Hodnocení významu vzdělání na informovanost v souborech PP a SP

V souborech primární a sekundární prevence byly rozdíly ve stupni vzdělání jen malé – viz Tab. 22.

Tab. 22 Stupeň vzdělání v souborech primární a sekundární prevence

Vzdělání	Soubory			
	primární prevence n=112		sekundární prevence n=114	
	n	%	n	%
Základní	25	22 %	18	16 %
Středoškolské	62	56 %	62	54 %
Vysokoškolské	25	22 %	34	30 %

Je patrné, že v souboru primární prevence bylo více osob se vzděláním základním (22 % versus 16 %), stejný počet osob se středoškolským vzděláním (56 % resp. 54 %) a menší počet osob s vysokoškolským vzděláním (22 % versus 30 %). Vzhledem k tomu, že výsledky předchozích hodnocení prokázaly významně vyšší informovanost ve všech sledovaných parametrech u skupiny osob v sekundární prevenci, byla pozornost v této části práce zaměřena pouze na vyhodnocení vlivu vzdělání na obecnou povědomost o rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění samostatně v obou souborech primární a sekundární prevence.

Obecná povědomost o rizikových faktorech – závislost na vzdělání

Výsledky jsou shrnuty v Tab. 23. Je patrné, že obecná znalost jeví jasný trend k vyšší obecné povědomosti o rizikových faktorech KVO u vyššího stupně vzdělání. Znalost alespoň pěti RF byla zaznamenána u 24 % osob se základním vzděláním, u 36 % osob se vzděláním středním a u 44 % osob se vzděláním vysokoškolským.

Tab. 23 Obecná znalost RF podle stupně vzdělání

Vzdělání	soubor PP n=112			
	RF - zná 5 a více		RF - zná méně než 5	
	n	%	n	%
Základní (n = 25)	6	24	19	76
Středoškolské (n = 62)	22	36	40	64
Vysokoškolské (n = 25)	11	44	14	56

Použité zkratky: PP – primární prevence, RF – rizikový faktor

Podobný trend pak byl zřejmý také u souboru v sekundární prevenci, pouze hodnoty znalostí RF byly zásadně vyšší, než v souboru PP, což je samozřejmě dáno významně vyšší všeobecnou povědomostí o RF, jak bylo zmíněno v předchozí části tohoto textu.

Tab. 24 Obecná znalost RF podle stupně vzdělání

Vzdělání	Soubor SP n=114			
	RF - zná 5 a více		RF - zná méně než 5	
	n	%	n	%
Základní (n = 18)	14	78	4	22
Středoškolské (n = 62)	56	91	6	9
Vysokoškolské (n = 34)	32	94	2	6

Použité zkratky: PP – primární prevence, RF – rizikový faktor

Nejčastějším zdrojem informací o rizikových faktorech aterosklerózy byla uváděna média – přibližně stejně často u mužů než u žen (78 % versus 82 %), v celém souboru to pak bylo 81 %, dalšími zdroji pak byli lékař (muži 38 %, ženy 42 %) a rodina a širší příbuzní (muži 26 %, ženy 38 %). Řada dotázaných uvedla více než jeden zdroj informací o RF.

4.7 Výsledky – onkologická onemocnění

Základní charakteristiky souborů uvádějí počty sledovaných osob a složení hlediska pohlaví. Dále je uveden průměrný věk osob v jednotlivých sledovaných skupinách – viz Tab. 25. V souboru onkologickém byl průměrný věk u žen 56,8 roků a u mužů 53,7 roků.

Tab. 25 Počty sledovaných a rozložení podle pohlaví, věk

	Ženy		Muži		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Soubor						
Onkologie	35	50	35	50	70	100
Ø Věk roky	56,8		53,7		55,4	

Použité zkratky: n – počet osob

V Tab. 26 je uveden stupeň vzdělání všech dotazovaných osob, které jsou rozděleny do tří skupin – vzdělání základní, středoškolské nebo vysokoškolské. Vzdělání bylo u žen v 11 % základní, v 60 % středoškolské a ve 29 % vysokoškolské, u mužů byly tyto hodnoty 9 %, resp. 69 % a 22 %. V celém souboru tedy převažovalo vzdělání středoškolské, které mělo 64 % osob, následovalo vzdělání vysokoškolské 26 % a u jedné desetiny souboru bylo vzdělání základní.

Tab. 26 Charakteristiky souboru onkologie

	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Vzdělání						
Základní	4	11	3	9	7	10
Středoškolské	21	60	24	69	45	64
Vysokoškolské	10	29	8	22	18	26

Výsledky z odpovědí na jednotlivé otázky v dotazníku jsou uvedeny v následující části práce. Pokud bylo možné vyhodnotit správné odpovědi, jsou pak v tabulkách uvedeny vždy tučně. Informovanost o počtu nově zjištěných zhoubných nádorů (ZN) je uvedena v Tab. 27. Správnou odpověď (80 000 nových ZN) uvedlo 29 % žen a 34 % mužů, v celém souboru tedy tuto informaci měla přibližně jedna třetina dotázaných (31 %).

Tab. 27 Počet nově zjištěných zhoubných nádorů v České republice ročně

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
10 000	8	22	3	9	11	16
20 000	17	49	20	57	37	53
80 000	10	29	12	34	22	31

V Tab. 28 jsou uvedeny odpovědi na povědomost o celkovém počtu nemocných s onemocněním ZN v České republice. Správnou odpověď – půl miliónu nemocných – udalo více mužů (37 %) než žen (31 %), v celém souboru to opět byla přibližně jedna třetina dotázaných (35 %).

Tab. 28 Počet zhoubných nádorů v České republice celkem

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
100 000	7	20	8	23	15	21
200 000	17	49	14	40	31	44
500 000	11	31	13	37	24	35

V hodnocení znalosti rizikových faktorů vzniku ZN byly naopak významně více informovány ženy – správně odpovědělo 31 % žen a 14 % mužů – Tab. 29.

Tab. 29 Počet známých rizikových faktorů zhoubných nádorů

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
1 RF	10	29	9	26	19	27
2 RF	12	34	7	20	19	27
3 RF	2	6	14	40	16	23
4 RF a více	11	31	5	14	16	23

Při zjišťování znalosti nejčastějších typů ZN v populaci (u žen je to ZN prsu a u mužů ZN prostaty) bylo zjištěno, že o dvou typech ZN ví přibližně jedna polovina dotázaných (47 %), mírně více žen (49 %) než mužů (46 %) – Tab. 30.

Tab. 30 Znalost nejčastějších typů zhoubných nádorů v populaci

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
1 ZN	3	9	2	6	5	7
2 ZN	17	49	16	46	33	47
3 ZN	4	11	9	26	13	18
4 ZN	4	11	5	13	11	15
5 ZN	4	11	2	6	6	8
6 ZN	3	9	1	3	4	5

V České republice jsou v současné době aktivní celkem 3 preventivní programy – zaměřeny jsou na karcinom prsu, děložního čípku, tlustého střeva a konečníku. Ve sledovaném souboru znalo všechny tři programy 13 % žen a 11 % mužů, v celém souboru to bylo pouze 13 % dotázaných, dva programy znalo 20 % žen a 23 % mužů. Naopak 44 % žen a 57 % mužů neznala ani jediný z těchto preventivních programů – viz Tab. 31. V celém sledovaném souboru je značně znepokojující, že odpověď „nevím“ byla uvedena u poloviny dotázaných.

Tab. 31 Počet známých preventivních skriningových programů

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
1	8	23	3	9	11	15
2	7	20	8	23	15	21
3	5	13	4	11	9	13
Nevím	15	44	20	57	35	51

V kontrastu k tomu jsou pak odpovědi na otázku o důvodech – nutnosti – skriningu ZN. Zde odpovědělo pozitivně 91 % žen i mužů (Tab. 32).

Tab. 32 Proč jsou preventivní skriningové programy nabízeny

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Vím	32	91	32	91	64	91
Nevím	3	9	3	9	6	9

Z organizací, které se podílejí na skrínigových programech, byla nejvíce známá Liga proti rakovině – uvedlo ji 42 % mužů i žen, přibližně jedna čtvrtina pak zná i organizace jiné (Mama Help, Aliance, Amelie) (Tab. 33).

Tab. 33 Znalost organizací, které nabízejí skrínigové programy

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Liga	15	42	15	42	30	42
Jiné	9	27	10	29	19	27
Nevím	11	31	10	29	21	31

Jako nejčastější zdroje informací o ZN byla uváděna média – významně častěji u mužů než u žen (86 % versus 57 %), v celém souboru to pak bylo 71 %, dalšími zdroji pak byli lékař (ženy 40 %, muži 23 %) a rodina a širší příbuzní (ženy 37 %, muži 20 %) – viz Tab. 34. Řada dotázaných uvedla u zdrojů informací o ZN více než jeden.

Tab. 34 Zdroj informací o zhoubných nádorech

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Média	20	57	30	86	50	71
Rodina	13	37	7	20	20	29
Lékař	14	40	8	23	37	53

Aktivní účast na prevenci ZN udalo 71 % žen a 60 % mužů, v celém souboru to pak byly dvě třetiny dotázaných (66 %) – viz Tab. 35.

Tab. 35 Aktivně se účastní prevence

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Ano	25	71	21	60	46	66
Ne	10	29	14	40	24	34

Zajímavý výsledek pak přinesla otázka o znalosti možnosti vakcinace mladých dívek v prevenci karcinomu děložního čípku – Tab. 36. Pozitivní odpověď byla překvapivě zaznamenána mírně více u mužů – o možnosti vakcinace vědělo 83 % žen a 86 % mužů.

Tab. 36 Znalost o vakcinaci mladých dívek

Parametr	Ženy (n=35)		Muži (n=35)		Celkem (n=70)	
	n	%	n	%	n	%
Ano	29	83	30	86	59	84
Ne	6	17	5	14	11	16

4.8 Souhrn výsledků

Kardiovaskulární onemocnění – soubor primární prevence

Jako první je uveden souhrn poznatků o informovanosti v souboru **primární prevence kardiovaskulárních onemocnění**. Jedná se o populaci osob, které zatím systematicky nebyly sledovány a jejich informovanost o rizikových faktorech KVO je dána pouze získáváním informací v běžném životě z medií, v rodině, případně při kontaktu s lékařem, kontakt však nebyl iniciován z důvodu kardiovaskulárního onemocnění. O základních sedmi rizikových faktorech KVO byla v celkovém hodnocení dobrá povědomost přibližně u **jedné třetiny dotázaných**, nejznámějším rizikovým faktorem, který osoby v tomto souboru správně uvedly, bylo kouření, dále pak obezita a tuky v dietě, následovala nedostatečná fyzická aktivita, vysoký krevní tlak, nejméně byly informace známé o cukrovce a o významu genetických faktorů – uvedených jako pozitivní rodinná anamnéza. Při rozdělení tohoto souboru podle pohlaví se pak ukázalo, že kromě hypertenze bylo u všech sledovaných faktorů **informovanost lepší u žen**, než u mužů.

Při rozdělení tohoto souboru na skupiny osob podle místa bydliště na populaci městskou a populaci z venkova se ukázalo, že **městská populace je obecně mírně lépe informována**, než populace žijící na venkově. I v takto rozdělených souborech platil trend o lepší povědomosti o rizikových faktorech KVO u žen než u mužů jak v populaci městské, tak v populaci z venkova.

V **druhé části** vyhodnocení povědomosti a znalostech o přítomnosti vlastních rizikových faktorů – obezity, kouření, fyzické aktivity, krevního tlaku, lipidů a krevního cukru – byly v celém souboru primární prevence opět nalezeny pozitivní odpovědi u **více než jedné třetiny** populace. Nejčastěji byla pozitivní odpověď na rizikový faktor obezitu a kouření a fyzickou aktivitu, znalost vlastních hodnot krevního tlaku, lipidů a glukózy byla méně častá – kolem 30 %.

Kardiovaskulární onemocnění – soubor sekundární prevence

Na výsledcích u souboru v sekundární prevenci se jednoznačně projevila skutečnost, že všichni dotázaní již byli v rámci jejich kardiovaskulárního onemocnění v kontaktu s lékařem specialistou. To se projevila ve **významně vyšší informovanosti** jak v oblasti obecných znalostí o rizikových faktorech – ta se pohybovala mezi 80-100 %, tak v oblasti

povědomosti o vlastních hodnotách rizikových faktorů a přístupu k nim. Prakticky téměř všichni dotazovaní v tomto souboru věděli velmi dobře o výsledcích jejich vyšetření. Zde byla zaznamenána významně méně častá přítomnost obezity, kouření a naopak častá fyzická aktivita. Také znalost vlastních hodnot krevního tlaku, lipidů a glukózy byla vyšší než 80 %, u hodnot krevního tlaku dosahovala 95 % u žen a 97 % u mužů.

Význam vzdělání na úroveň informovanosti o rizikových faktorech KVO

Při vyhodnocení obecné informovanosti o povědomosti jednotlivých rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění byl zjištěn v obou souborech – primární i sekundární prevence – naznačený **trend k lepší úrovni povědomosti u skupin osob s vyšším vzděláním**. Nejnížší tedy byla povědomost ve skupině osob se základním vzděláním, nejvyšší naopak u osob se vzděláním vysokoškolským.

Onkologická onemocnění

V první části byly otázky směřované k obecné povědomosti o četnosti výskytu nádorových onemocnění v České republice, o rizikových faktorech vzniku zhoubných nádorů a na znalost nejčastějších typů zhoubných nádorů v populaci. Z hlediska počtu nově zjištěných nádorových onemocnění ročně a z celkového počtu zhoubných nádorů v České republice bylo zjištěno, že správnou povědomost má přibližně jedna třetina dotázaných. Možná překvapivé bylo, že v obou případech byli více informováni muži než ženy. Znalost rizikových faktorů nádorových onemocnění pak byla celkově nižší – celkem 4 rizikové faktory a více znala třetina žen a čtvrtina mužů, zde tedy byla povědomost výrazně vyšší u žen. Při hodnocení informovanosti o nejčastějších nádorech v české populaci bylo zjištěno, že o dvou nejčastějších typech nádorů ví téměř polovina dotázaných, mírně více žen, než mužů.

Druhá část byla věnována povědomosti o existujících skrínigových programech v České republice. Všechny tři fungující skrínigové programy znala přibližně polovina dotázaných, významně častější správná odpověď byla u mužů, většina dotázaných (91 % žen i mužů) vědělo, proč jsou skrínigové programy realizovány a více jak polovina znala i organizace, které tyto programy nabízejí. Hlavním zdrojem informací byla média, na druhém místě to byl lékař a na třetím místě to pak byla rodina dotázaných.

Třetí část byla věnována aktivní účasti na prevenci – jednak obecně, jednak specificky na vakcinaci u mladých dívek. Aktivní účast na prevenci udalo dvě třetiny dotázaných, více

žen než mužů. Možnost aktivní prevence nádorů děložního čípku formou vakcinace znalo vysoké procento dotazovaných, z toho nevýznamně více mužů než žen.

Ověření hypotéz

1. Obecná informovanost populace o rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění byla významně vyšší u souboru sekundární prevence, než u populace v prevenci primární. Ze sedmi sledovaných RF kardiovaskulárních onemocnění byla povědomost v obou skupinách nejvyšší u kouření, kde byla pozitivní odpověď u 63 % v primární prevenci a u 100 % v prevenci sekundární. Také u ostatních RF byla ve všech případech povědomost podstatně vyšší u souboru sekundární prevence, hodnoty se u jednotlivých RF pohybovaly mezi 13-38 % u PP a mezi 82-95 % u SP. Jednoznačně se zde projevil význam opakovaných kontaktů sledovaných osob s lékařem, který pečoval o osoby v rámci sekundární prevence.

2. Informovanost běžné české populace o rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění v souboru primární prevence byla závislá na místě bydliště. U městské populace byla povědomost o RF u všech sledovaných faktorů vyšší než u populace z venkova. Hodnoty se pohybovaly mezi 15 % - 56 % u populace městské a mezi 9 % až 53 % u populace z venkova. Při srovnání těchto znalostí o RF v uvedených souborech rozdělených podle pohlaví bylo v obou souborech patrné, že lepší informovanost byla u žen než u mužů.

3. Přítomnost pozitivivity RF, která odpovídá z části obecné povědomosti o významu těchto rizikových faktorů pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, byla významně vyšší u osob v primární prevenci. Tyto výsledky se dají tedy interpretovat tak, že při nevědomosti není ze strany osoby s pozitivními RF aktivní snaha tento RF ovlivňovat. Příkladem může být častá přítomnost obezity, kouření a menší fyzické aktivity u souboru PP (jak z města, tak z venkova) – při srovnání se souborem v SP jsou rozdíly velmi výrazné. Největší rozdíl byl zaznamenán u kouření, kde v souboru PP kouřilo 39 % sledovaných osob, naproti tomu v souboru SP to bylo 5 % osob. Také u parametrů sledovaných aktivně (TK, lipidy, glukóza) byly rozdíly v povědomosti o vlastních hodnotách významně rozdílné v souborech PP a SP. U osob v primární prevenci znala vlastní hodnoty přibližně jedna třetina dotázaných (21 % - 47 %) naopak u souboru SP byla znalost hodnot u všech RF vyšší než 80 % (82 % - 95 %). U všech sledovaných RF byla povědomost vždy vyšší u žen než u mužů, a to jak v souboru PP z města i z venkova, tak u souboru prevence sekundární.

4. Bylo potvrzeno, že informovanost populace o přítomnosti a významu rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění vykazuje jistý stupeň závislosti na stupni vzdělání sledované populace, obecná povědomost o RF byla nejmenší u osob se základním vzděláním a největší u osob s vysokoškolským vzděláním. Tento trend byl prokázán v souborech primární i sekundární prevence.

Nádorová onemocnění

1. Nepotvrdilo se jednoznačně, že gramotnost české populace o nádorových onemocněních je obecně na dobré úrovni. O výskytu nádorových onemocnění – počtu nově zjištěných nádorů – věděla správně zhruba třetina dotázaných, přibližně stejný počet osob pak odpovědělo správně na dotaz o celkovém počtu nádorových onemocnění v ČR. Také v oblasti znalosti rizikových faktorů vzniku ZN vědělo o více než 4 rizikových faktorech třetina dotázaných žen a 14 % mužů.

2. Při srovnání informovanosti o ZN u žen a mužů byla většina odpovědí na přibližně stejné úrovni.

3. Více žen zná preventivní skrínigové programy (56 % žen vs. 43 % mužů)

4. Informovanost o nádorových onemocněních má vztah ke stupni vzdělání.

5. Dva nejčastější typy zhoubných nádorů, které se nacházejí v České republice, zná necelá polovina dotazovaných.

6. Alespoň 4 rizikové faktory vzniku nádorů zná pouze třetina žen a čtvrtina mužů.

7. Povědomost o skrínigových programech je v české populaci velmi dobrá, jejich význam zná dobře více než 90 % populace, osoby se aktivně účastní na těchto programech

8. Informovanost o možnosti vakcinace dívek proti rakovině děložního čípku jako zásadní primární prevenci je na vysoké úrovni a jsou informováni i muži

5 DISKUZE

5.1 Kardiovaskulární onemocnění

Ve vyspělých zemích je prevalence kardiovaskulárních onemocnění stále velmi vysoká. V klinické praxi se kardiovaskulární onemocnění vyskytují ve třech hlavních oblastech: první jsou koronární tepny, kde se manifestuje ischemická choroba srdeční, druhou je oblast cerebrovaskulární – s manifestací různých forem cévních příhod mozkových, třetí jsou pak tepny periferní, kde jsou nejčastěji postiženy tepny na dolních končetinách. U všech uvedených forem, které představují projevy postižení tepen procesem aterosklerózy, se v populacích postižených osob (ale i v populaci, u které se ještě onemocnění nemanifestovalo) nacházejí přítomné rizikové faktory aterosklerózy. Jedná se především o nadváhu, zvýšený objem tukové tkáně, zvýšení krevního tlaku, abnormální lipidy v krevním séru (tedy zvýšení LDL cholesterolu a snížení HDL cholesterolu a zvýšení triglyceridů) abnormální zvýšené hodnoty glukózy v séru. Patologicky zvýšené hodnoty těchto rizikových faktorů jsou kromě genetických vlivů způsobeny především nezdravým životním stylem, ve kterém se dále výrazně negativně uplatňuje i kouření a nesprávné stravovací návyky. K nim patří především nadměrný příjem saturovaných tuků, dále cukru, soli a alkoholu – všechny tyto složky potravy a konzumu vedou k nadváze, k obezitě a negativně ovlivňují uvedené laboratorní ukazatele rizika (lipidy, glukóza, hypertenze). K tomu pak dále negativně přispívá také malá až žádná fyzická aktivita, pozitivní vliv pravidelné fyzické zátěže byl v prevenci kardiovaskulárních onemocnění jednoznačně prokázán.

Z uvedených faktů vyplývá, že v prevenci kardiovaskulárních onemocnění je možné s vysokou efektivitou využívat všech opatření životosprávy, která povedou k pozitivnímu ovlivnění uvedených rizikových faktorů a v dlouhodobém důsledku ke snížení výskytu uvedených komplikací aterosklerotického postižení tepenných systému srdce, mozku i končetin. Aktivní přístup v prevenci může být využit na několika úrovních. První úroveň je samozřejmě „ohrožený“ jedinec – tedy osoba, u níž se mohou uvedené rizikové faktory vyskytnout – zatím však ani nedošlo k jejich identifikaci. Zde nastupuje základní nezbytný předpoklad – informovat jednotlivce o uvedených rizikových faktorech, tedy zvyšování jeho gramotnosti v oblasti zdravotní péče o jeho vlastní zdraví. Úroveň této gramotnosti se pak může při praktické aplikaci preventivních opatření projevit v dlouhodobém výskytu kardiovaskulárních onemocnění. V praxi to v zjednodušené formě znamená, že pokud bude

gramotnost v oblasti rizik kardiovaskulárních onemocnění vysoká, bude v populaci méně osob s přítomnými rizikovými faktory, bude méně osob s hypertenzí, méně kuřáků, méně diabetiků, méně osob s vysokými hodnotami lipidů v séru, populace bude mít vyšší pravidelnou fyzickou zátěž, je pravděpodobné až jisté, že poklesne výskyt infarktů myokardu, cévních příhod mozkových i postižení tepen periferních.

Uvedený předpoklad byl testován na velké populaci dospělých osob ve Spojených státech amerických. Autoři prokázali na mnohatisícových souborech osob ve věku 20-80 roků, že 78 % z nich vyžaduje nějakou formu preventivního opatření kardiovaskulárních onemocnění. Pokud by tato opatření byla v praxi aplikována, došlo by v této populaci ke snížení výskytu infarktu myokardu o 63 %, u cévních příhod mozkových o 31 %. Při uplatnění všech možných forem preventivních aktivit - tedy redukce hmotnosti u obézních, snížení krevního tlaku u hypertoniků, snížení LDL cholesterolu u osob s jeho zvýšením, včasnou detekcí a léčbou prediabetu a zásadní redukcí počtu kuřáků – došlo by v následujících 30 letech k zásadnímu příznivému ovlivnění zdraví americké populace. Autoři však zdůrazňují, že plošná aplikace by i v USA představovala ohromnou ekonomickou zátěž, která by z hlediska vztahu nákladů a efektu byla pozitivní pouze u omezení kouření. Jedním z faktorů, který by mohl naprosto zásadně zlepšit uvedený stav populace bez větší finanční zátěže, by bylo zlepšení gramotnosti populace. To by v dlouhodobém pohledu mohlo přispět ke snížení výskytu rizikových faktorů uplatněním jednoduchých principů primární prevence.

Předchozí souhrn zkušeností z USA je v této práci uveden především proto, že cílem práce bylo vyhodnocení gramotnosti populace v České republice, neboť i v tuzemsku jsou kardiovaskulární onemocnění stále na prvním místě v morbiditě i mortalitě.

Z tohoto textu je možné výsledky shrnout do následujících konstatování: Při hodnocení gramotnosti české populace o rizikových faktorech kardiovaskulárních onemocnění byl potvrzen naprosto zásadní význam vlivu zdravotnického personálu. Byl zaznamenán významný rozdíl mezi sobory primární a sekundární prevence, kdy u souboru sekundární prevence měl hlavní vliv pravidelný kontakt dotazovaných osob s lékařem a sestrou kardiologické ambulance. U souboru primární prevence bylo patrné, že úroveň informovanosti o rizikových faktorech KVO je celkově na průměrné úrovni, přesto však není zdaleka optimální. Nalezené rozdíly mezi gramotností mužů a žen nejsou významné, při hodnocení rozdílů mezi souborem z městské populace a z venkova byla informovanost mírně lepší v souboru z města. Vliv úrovně vzdělání na gramotnosti o rizikových faktorech KVO

byl pak také jednoznačný – vyšší stupeň gramotnosti byl ve vztahu ke stupni vzdělání od základního přes středoškolské k vysokoškolskému. Poslední otázka byla směřována na zdroj informací u osob v souboru primární prevence. Ukázalo se, že na prvním místě byla média, následovala širší rodina a menší vliv měly informace získané od zdravotnického personálu.

5.2 Onkologická onemocnění

Obor onkologie se za poslední desítky let výrazně rozvinul v celé širší odbornosti v diagnostice i léčbě zhoubných nádorů. Pokroky ale nejsou zatím všeobecně zaznamenány u pokročilých a metastazujících nádorů různých typů, dále u rakoviny slinivky břišní, nádorů žlučových cest, mozku. Meziroční incidence a prevalence jeví stále stoupající tendenci i do následujících let. Zhoubné nádory jsou z biologického a genetického hlediska různorodá, onemocnění heterogenní, proto jejich terapie je a bude diferencovaná a složitá. Trvale proto probíhá v této oblasti výzkum a vývoj nových přístupů, objevují se nové studie v oblasti imunoterapie, cílené léčby. Přesto je známá celá řada rizikových faktorů, které se mohou na vzniku zhoubných onemocnění podílet. Mimo genetické vlivy je těchto nádorů cca 5-10 % a jsou většinou součástí širších syndromů, jsou to vlivy zevního prostředí. Jedná se především o vliv kouření, nevhodných stravovacích návyků, konzumace alkoholu, obezity, nadměrného slunění, stresu a infekcí.

V České republice jsou proto za účelem poklesu výskytu zhoubných nádorů pro občany zajištěny různé preventivní možnosti. Primární prevence znamená snahy o to, aby člověk zhoubným nádorem vůbec neonemocněl, omezil rizikové, známé faktory. Odborná doporučení včetně Evropského kodexu proti rakovině proto zdůrazňují nutnost dodržovat zdravý styl života, což znamená: nekouřit, omezit stres, udržovat optimální váhu, pohyb 30 minut denně, ve stravě omezit tuky, cukry, sůl, vysoce energetické potraviny, sladké nápoje, alkohol jen střídmě. Jíst více zeleniny, ovoce, vlákniny, omezit hovězí a vepřové maso, zvláště uzeniny. Je důležité edukovat občany již od školních let, informovat o rizicích v sexuálním životě, doporučit vakcinaci proti HPV, opatrnost se sluněním, důležitost dodržování zdravého života od mládí.

Ve Vyhlášce MZ ČR 70/2012 o **preventivních prohlídkách** je zahrnuto základní laboratorní vyšetření, kontrola krevního tlaku, elektrokardiogramu, pohmatové vyšetření prsů, konečníku, varlat a prohlídka kůže. Dále jsou k dispozici **3 hlavní screeningové programy**

pro časné zjištění nejčastějších nádorů, které představují sekundární prevenci, to znamená zjištění nádorů v časném stadiu. Ty jsou připraveny v návaznosti na výsledky World Cancer Research Foundation a Světové zdravotnické organizace (WHO), sběr dat doporučuje Rada EU, MZ ČR vydává v této oblasti vyhlášky.

První je **skrínigový program rakoviny prsu**, který je nabízen od roku 2002, ženy mají nad 45 let každé 2 roky mamografii hrazenou ze zdravotního pojištění. V České republice je k dispozici 70 akreditovaných pracovišť, která jsou určena a schválena pro mamární skrínig a která procházejí pravidelnými hodnoceními. Ženy, u kterých je prokázána přítomnost genetických mutací, procházejí jinými preventivními programy.

Druhý skrínigový program je věnován **rakovině tlustého střeva a konečníku**. Vyšetření TOKS, test na okultní krvácení ve stolici, nabízí praktický lékař občanům nad 50 let 1x ročně, nad 55 let věku si může občan zvolit preventivní vyšetření kolonoskopií, tato je pak prováděna 1x za 10 let, nebo absolvuje vyšetření TOKS 1x za 2 roky.

Třetí skrínigový program od r. 2008 se týká **rakoviny děložního čípku**. Každá žena nad 15 let by měla absolvovat v 1x ročně gynekologické vyšetření a cytologický odběr z děložního čípku. Zásadní je záchyt prekancerózních stavů a jejich následné odstranění. Až v 80 % vznik rakoviny děložního čípku souvisí s infekcí lidského papilomaviru HPV, který se šíří pohlavním stykem. Řada žen tuto infekci zvládne imunitním systémem, ale u některých je vysoké riziko rozvoje prekancerózních stavů, a poté vzniku rakoviny. Rakovina děložního čípku je vlastně preventabilní onemocnění, zásadní je odstranění prekancerózy. U starších žen je častější nádorové onemocnění děložního těla. Přesto si mnohé ženy myslí, že po menopauze nejsou již pravidelné kontroly u gynekologa nutné. Pokrokem je proto možnost vakcinace dívek proti této infekci, která je již hrazena plně či částečně ze zdravotního pojištění a jedná se o velký přínos v primární prevenci.

Účast na skrínigových programech se postupně sice zlepšuje, v současné době je kolem 60 %, ale existují zde značné rezervy. Pro zvýšení návštěvnosti v těchto preventivních, skrínigových programech, bylo rozhodnuto na MZ ČR o zaslání adresných dopisů těm, kteří se skrínigu neúčastní. Od roku 2014 se zvýšila četnost návštěv v průměru o 19 %, je proto jistě žádoucí tento stav nadále zkvalitňovat. Je prokázáno, že čím ranější záchyt nádoru, tím jsou lepší léčebné výsledky a tím i nižší ekonomické náklady.

Pro zlepšení situace v oblasti výskytu rakoviny prostaty je doporučována mužům nad 50 let věku návštěva urologa, který provede palpační vyšetření prostaty, laboratorní odběr prostatického specifického antigenu (PSA). V případě výskytu rakoviny prostaty v rodině je prohlídka doporučena mužům již od 45 let věku.

Nárůst zhoubných nádorů souvisí i s prodloužením délky života. U jednoho člověka se mohou objevit druhé, eventuálně třetí primární, nové nádory. Je proto důležité znát rizika a účastnit se aktivně kontrolních vyšetření.

Občané by měli být informováni o nádorech a jejich prevenci praktickými lékaři, odbornými lékaři, kožními specialisty, urology, gynekology, navíc za poslední léta vznikla celá řada občanských sdružení, patientských organizací, které působí v oblasti boje proti rakovině. Důležitá je role médií, časopisů, novin, televize, sociálních sítí. Zdálo by se proto, že většina občanů je plně informována a chová se na základě podložených doporučení. Proto je překvapivé, jak velké nedostatky mají občané v aktivním přístupu a realizaci doporučení, která mohou příznivě ovlivnit jejich zdraví. Situaci by mohla zlepšit řada opatření, která by se měla uplatňovat jak v oblasti onemocnění onkologických, tak v oblasti onemocnění kardiovaskulárních, proto jsou uvedeny v jednotném souhrnu.

Více edukačních programů do škol všech typů, na pracovištích, posílit vliv médií, zdravotní pojišťovny by mohly nabídnout bonifikace účasti ve skrínigových programech, posílit financování pro praktické lékaře, aby byli motivováni aktivně občanům doporučovat účast ve skrínigových programech. Zde by měla větší roli sehrát média. Například veřejnoprávní televize a média by měla častěji a hlavně ve frekventovaných časech vysílat upoutávky na alarmující počty zhoubných nádorů, na prevenci, omezení rizik. Jednoznačně negativním příkladem špatného přístupu k povědomosti o rizikových faktorech nádorů je v České republice postoj parlamentních stran k zákonu o omezení kouření. Kouření je jednoznačně prokázaný rizikový faktor pro vznik nádorů plic, ledvin, močového měchýře, děložního čípku, slinivky a řady dalších. Užívání alkoholu a dalších drog, kouření od školních let, což je nyní velký problém mladých lidí, tato rizika nadále navyšují. Zhoubným nádorem onemocní jen člověk sám, situace zasáhne i jeho rodinu, psychicky, finančně. Dotkne se i vztahů pracovních, společenských. V mnoha případech se jedná o mladé lidi, onemocnění přechází do chronicity, vzniká potřeba komplexní péče spojená s nárůstem nákladů pro společnost. Vzhledem k četnosti výskytu nádorům, stoupajícím nákladům na léčbu, vývoj

nových léků, se jedná o závažný celospolečenský problém, kterému je třeba věnovat maximální pozornost.

Dotazníkovou metodou byl zjišťován současný stav informovanosti s cílem odhalit rezervy v informovanosti občanů a hledáním možné cesty ke zlepšení, jedná se přece i o budoucnost našich dětí.

ZÁVĚR

Cílem podkladového textu na téma „Trendy ve vzdělávání zdravotní gramotnosti české populace“ bylo shrnutí významných teoretických poznatků týkajících se problematiky zdravotní gramotnosti, a to jak v obecné rovině, tak v podmínkách České republiky.

Teoretická východiska podkladů byla rozdělena do tří stěžejních kapitol. První kapitola podkladů byla zaměřena na vymezení a definice základních terminologických pojmů vztahujících se k tématu. Vymezeny a definovány byly zejména pojmy jako „trend“, „vzdělávání“, „zdraví“, „gramotnost“ a „populace“. Součástí této kapitoly byla rovněž operacionalizace tohoto názvosloví. Druhá kapitola podkladů se zabývala problematikou zdravotní gramotnosti jako takovou – konkrétně historickým vývojem zdravotní gramotnosti, vymezením a definováním pojmu „zdravotní gramotnost“, významem zdravotní gramotnosti, dále její strukturou a jejími modely, metodami jejího rozvoje (tj. zdravotní výchovou, podporou a prevencí zdraví a zdravotním programům). Třetí kapitola podkladů mapovala úroveň zdravotní gramotnosti české populace v porovnání s jinými evropskými státy.

V části vlastní práce bylo provedeno dotazníkové šetření zaměřená na úroveň zdravotní gramotnosti české populace, a to v oblasti kardiovaskulárních onemocnění a onkologických onemocnění. Z této části práce vyplynulo, že úroveň obecné gramotnosti v těchto dvou nejčastějších příčinách morbidity a mortality je mírně lepší, než bylo konstatováno v citovaných pracích Šimůnkové a Vojtíškové, i Kučery z roku 2015.

V některých oblastech znalostí o rizikových faktorech **kardiovaskulárních onemocnění** dosahuje gramotnost dotazované populace téměř 50 %, což je významně více, než ve výše uvedených sledováních. V souladu se jejich závěry byl zjištěn i v této práci stupeň zdravotní gramotnosti v závislosti na stupni vzdělání a stejně tak na tom, zda dotazovaní žijí v městské aglomeraci, nebo na venkově. Bylo také potvrzeno, že zdravotní gramotnost je zcela zásadně ovlivněna pravidelnými kontakty s lékařem a zdravotnickým personálem, ve skupině sekundární prevence byla gramotnost na vysoké úrovni a dosahovala téměř ve všech parametrech hodnoty nad 90 % informovanosti. Daleko menší význam pak měla média a další běžné zdroje informací.

Informovanost, gramotnost české populace o **onkologických onemocněních** je také velmi důležitá a v mnoha případech hraje časný záchyt onemocnění zásadní roli v osudu pacienta i jeho rodiny. Vzhledem k velké heterogenitě nádorových chorob nelze očekávat

objev jedné kauzální příčiny jejich vzniku. Pro časný záchyt zhoubných nádorů, které jsou ve většině případů v časných stádiích léčitelné a často vyléčitelné, je zásadní účastnit se skriningových celorepublikových programů. Šetřením bylo ověřeno, že přes dosavadní snahy o vyšší informovanost občanů jsou v této oblasti citelné rezervy. Vzhledem k tomu, že statistické výhledy předpokládají v dalších letech nárůst incidence zhoubných onemocnění, lze proto očekávat i nárůst ekonomických nákladů na jejich řešení. Je proto v zájmu celé společnosti vážně se zabývat zlepšováním informovanosti občanů, využitím všech možností sdělovacích prostředků a vložit do této oblasti maximální úsilí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Literární zdroje

Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, 2008. 256 p. ISBN 978-92-4-156370-3.

ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 126 s. ISBN 80-247-3213-0.

HOLČÍK, Jan, KAŇKOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: Východiska, základní pojmy a perspektivy.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 978-807-0134-177.

HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.* Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

KICKBUSCH, Ilona, PELIKAN, Jürgen, APFEL, Franklin, TSOUROS, Agis. *Health literacy: The solid facts.* World Health Organization, 2013. 86 p. ISBN 978-92-890-0154.

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n. p., 1983. 791 s. ISBN 14-545-83.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

LINHART, Jiří a kolektiv. *Slovník cizích slov pro nové století.* Litvínov: Dialog, 2008. 412 s. ISBN 80-7382-006-4.

LINHART, Jiří, PETRUSEK, Miloslav, VODÁKOVÁ, Alena, MAŘÍKOVÁ, Hana. *Velký sociologický slovník.* Praha: Karolinum, 1996. 1 627 s. ISBN 80-7184-310-5.

MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ, Dagmar a kolektiv. *Výchova ke zdraví.* Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.

OTOVÁ, Berta, MIHALOVÁ, Romana. *Základy biologie a genetiky člověka.* Praha: Karolinum Press, 2013. 228 s. ISBN 978-80-246-2109-8.

PRŮCHA, Jan (ed.). *Pedagogická encyklopedie.* Praha: Portál, 2009. 935 s. ISBN 978-80-7367-546-2.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál. 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003, 324 s. ISBN 80-7178-772-8.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0403-9.

RABUŠICOVÁ, Milada. *Gramotnost: staré téma v novém*. Brno: Georgetown. 2002. 199 s. ISBN 80-210-2858-0.

RESSLER, Miroslav, HOUŠKOVÁ, Zlata. *Podpora informační gramotnosti ve veřejných knihovnách – cesta k budoucnosti*. Praha: Národní knihovna ČR. 2006. 112 s. ISBN 80-7050-500-1.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2005. 1 001 s. ISBN 80-7345-058-5.

Periodické zdroje

KEBZA, Vladimír. Podpora zdraví - historie a současnost ve světě a v ČR. In *Prohuman*, 2012. ISSN 1338-1415.

KICKBUSCH, Ilona. Health literacy: addressing the health and education divide. In *Health Promotion International*, 2001, 16 (3), p. 289 – 297. ISSN 0957-4824.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In *Health Promotion International*, 2000, 15 (3), p. 259 – 267. ISSN 0957-4824.

NUTBEAM, Don. The evolving concept of health literacy. In *Social Science and Medicine*, 2008, 67 (12), p. 2 072 – 2 078. ISSN 0277-9536.

OSBORNE, Helen. Health literacy: how visuals can help tell the healthcare story. In *Journal of Visual Communication in Medicine*, 2006, 29 (1), p. 28 – 32. ISSN 1745-3054.

PEERSON, Anita, SAUNDERS, Margo. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? In *Health Promotion International*, 2009, 24 (3), p. 285 – 296. ISSN 0957-4824.

RATZAN, Scott. Health literacy: communication for the public good. In *Health Promotion International*, 2001, 16 (2), p. 207 – 214. ISSN 1460-2245.

ŠIMŮNKOVÁ, Marta, VOJTÍŠKOVÁ, Jana. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. In *Practicus*, 2015, č. 9, s. 34 – 35. ISSN 1213-8711.

Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Státní zdravotní ústav, 2014. 118 s. ISBN 978-80-85047-47-9.

Zdravotní gramotnost české populace je průměrná. In *Zdravotnické noviny*, 2008, č. 49, s. 16. ISSN 1805-2355.

ZVÍROTSKÝ, Michal. Negramotní ve věci vlastního zdraví. In *Psychologie dnes*, 2007, roč. 13, č. 9, s. 32 – 33. ISSN 1212-9607.

ZVÍROTSKÝ, Michal. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy: učební text pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2009. 80 s. ISBN 9788072904310.

Internetové zdroje

Center for Health Care Strategies [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.chcs.org/>.

Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States: First Slightly Extended and Revised Version. *The European Commission* [online] 2012 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf.

Češi se prý ve srovnání s jinými Evropany málo zajímají o své zdraví. *Český rozhlas* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/politika/_zprava/cesi-se-pry-ve-srovnani-s-jinymi-evropany-malo-zajimaji-o-sve-zdravi--1521113.

Health promotion: The Ottawa Charter for Health Promotion. *WHO* [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

Healthy People. *ODPHP: Office of Disease Prevention and Health Promotion* [online] 2010 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://health.gov/our-work/healthy-people/>.

Health Promotion Glossary. *World Health Organization* [online] 1998 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: [http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR %20Glossary %201998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf).

HOLČÍK, Jan. Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví. *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.cls.cz/dokumenty/sem_role_zdravotni_gramostnosti.pdf.

HOLČÍK, Jan. Zdravotní gramotnost je základní podmínkou rozvoje zdraví lidí. *SOLUTIO: Informační server pro lékárny* [online] 2012 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.

KICKBUSCH, Ilona. *Improving Health literacy – A key priority for enabling good health in Europe* [online] 2004 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: [http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_ICT/PDF/Improvin g %20Health %20literacy.pdf](http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_ICT/PDF/Improving%20Health%20literacy.pdf).

KICKBUSCH, Ilona, WAIT, Suzanne, MAAG, Daniela. *Navigating Health: The Role of Health Literacy. ILC: International Longevity Centre – UK* [online] 2006 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: http://www.ilcuk.org.uk/images/uploads/publication-pdfs/pdf_pdf_3.pdf.

KUČERA, Zdeněk. Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. *Státní zdravotní ústav* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development [online] 2016 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/>.

Pojem trend. *ABZ.cz* [online] 2005 – 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/trend>.

Stanovisko Výboru regionů Bílá kniha – Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 – 2013 (2008/C 172/08). *EUR-Lex: Přístup k právu Evropské unie* [online] 2008 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008AR0024&from=CS>.

Státní zdravotní ústav [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/>.

The Ottawa Charter for Health Promotion. *World Health Organization* [online] 1986 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://en.unesco.org/>.

U. S. Department of Health & Human Services [online] 2016 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.hhs.gov/>.

What is Health Literacy? *CHCS: Center for Health Care Strategies, Inc.* [online] 2013 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: http://www.chcs.org/media/What_is_Health_Literacy.pdf.

World Health Organization [online] 2013 [cit. 2016-02-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/en/>.

Zdraví pro všechny v 21. století. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 2002 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015 – 2020. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/akcni_%20plany_%20-%20přilohy/AP_%2012_%20rozvoj_%20zdravotni_%20gramotnosti.pdf.

Zdravotní gramotnost Čechů je pod evropským průměrem. V průzkumu uspělo jen 32 procent respondentů. *Hospodářské noviny* [online] 2015 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://domaci.ihned.cz/c1-64440760-zdravotni-gramotnost-cechu-je-pod-evropskym-prumerem-v-pruzkumu-uspelo-jen-32-procent-respondentu>.

Právní a ostatní předpisy dostupné na Internetu

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. *Zákony pro lidi.cz* [online] 2000 [cit. 2016-05-08]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>.

SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam grafů:

Graf 1 Celková úroveň zdravotní gramotnosti české populace.....	54
Graf 2 Úroveň zdravotní gramotnosti české populace v jednotlivých oblastech.....	55
Graf 3 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle věku.....	56
Graf 4 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle stupně vzdělání.....	57
Graf 5 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle subjektivního sociálního statusu.....	58
Graf 6 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle míry finanční deprivace ..	59
Graf 7 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti české populace dle zdravotního stavu	60
Graf 8 Úroveň celkové zdravotní gramotnosti ve vybraných zemích EU	61
Graf 9 Porovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti v České republice s vybranými státy Evropské unie	62

Seznam obrázků:

Obrázek 1 Základní struktura zdravotní gramotnosti.....	35
Obrázek 2 Rozvojové systémy pro zdravotní gramotnost	37
Obrázek 3 Model zdravotní gramotnosti chápané jako riziko	42
Obrázek 4 Model zdravotní gramotnosti chápané jako přínos pro zdraví	43

Seznam tabulek:

Tab. 1 Kategorie základních zdravotních aktivit a vybrané příklady	39
Tab. 2 Model pro měření úrovně zdravotní gramotnosti	52
Tab. 3 Otázky v dotazníku k nádorovým onemocněním	68
Tab. 4 Počty sledovaných a rozložení podle pohlaví v jednotlivých souborech.....	69

Tab. 5 Charakteristiky souboru PP.....	70
Tab. 6 Charakteristiky souboru SP.....	71
Tab. 7 Charakteristiky souboru PPM.....	72
Tab. 8 Charakteristiky souboru PPv.....	73
Tab. 9 Znalost RF – soubor PP	74
Tab. 10 Znalost RF - Soubor PPM	75
Tab. 11 Znalost RF - Soubor PPv	76
Tab. 12 Znalost RF – soubor SP	77
Tab. 13 Znalost RF v souborech PP a SP.....	78
Tab. 14 Přítomné RF – soubor PP celkem	79
Tab. 15 Přítomné RF – soubor PPM.....	80
Tab. 16 Přítomné RF – soubor PPv.....	80
Tab. 17 Přítomné RF – soubor SP.....	81
Tab. 18 Soubor PP - provedená vyšetření, zná výsledek	82
Tab. 19 Soubor PPM – provedená vyšetření, zná výsledek	82
Tab. 20 Soubor PPv – provedená vyšetření, zná výsledek.....	83
Tab. 21 Soubor SP – provedená vyšetření, zná výsledek.....	84
Tab. 22 Stupeň vzdělání v souborech primární a sekundární prevence	84
Tab. 23 Obecná znalost RF podle stupně vzdělání	85
Tab. 24 Obecná znalost RF podle stupně vzdělání	86
Tab. 25 Počty sledovaných a rozložení podle pohlaví, věk	87
Tab. 26 Charakteristiky souboru onkologie	87
Tab. 27 Počet nově zjištěných zhoubných nádorů v České republice ročně.....	88
Tab. 28 Počet zhoubných nádorů v České republice celkem.....	88
Tab. 29 Počet známých rizikových faktorů zhoubných nádorů	89

Tab. 30 Znalost nejčastějších typů zhoubných nádorů v populaci.....	89
Tab. 31 Počet známých preventivních skrínigových programů.....	90
Tab. 32 Proč jsou preventivní skrínigové programy nabízeny.....	90
Tab. 33 Znalost organizací, které nabízejí skrínigové programy.....	91
Tab. 34 Zdroj informací o zhoubných nádorech.....	91
Tab. 35 Aktivně se účastní prevence.....	92
Tab. 36 Znalost o vakcinaci mladých dívek.....	92

SEZNAM ZKRATEK

CAPI	Computer Assisted Personal Interviewing (osobní dotazování prostřednictvím počítače)
DM	diabetes mellitus
HHS	Health and Human Services
HP	Health Promotion
ILOL	Institute for Lifestyle Options and Longevity
n	počet osob
KVO	kardiovaskulárních onemocnění
NCC	National Consumer Council (Národní rada spotřebitelů v Anglii)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
PP	primární prevence
PPm	primární prevence z městské aglomerace
PPv	primární prevence z venkova
PURE	Prospective Urban and Rural Epidemiology
RA	rodinná anamnéza
RF	rizikové faktory
SP	sekundární prevence
TK	krevní tlak
TOKS	test na okultní krvácení ve stolici
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
WHO	World Health Organization (Světové zdravotnické organizace)
ZN	zhoubné nádory

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Dotazník pacienti kardiologie	I
Příloha B Dotazník pacienti onkologie	III

Příloha A Dotazník pacienti kardio

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Aschermannová, jsem studentkou oboru Andragogika a tento dotazník mi pomůže jako zdroj informací pro mou diplomovou práci, ve které se zajímám o trendy ve vzdělávání zdravotní gramotnosti české populace. Tento dotazník je anonymní a informace z něj budou sloužit pouze pro zpracování mé závěrečné práce.

Za Váš čas a vyplnění moc děkuji a přeji Vám hodně zdraví!!!

1. Otázka – jste muž nebo žena, prosím zaškrtnout

Muž

Žena

2. Otázka – Váš věk a vzdělání, prosím zaškrtnout

Věk

Základní

Středoškolské

Vysokoškolské

3. Otázka – Víte, že má praktický lékař povinnost provádět preventivní prohlídky?

Ano

ne

4. Otázka – chodíte na preventivní vyšetření k praktickému lékaři?

Ano

Ne

5. Otázka – chodíte na kontroly k odbornému lékaři internistovi, kardiologovi?

Ano

Ne

6. Otázka – kdy jste měl naposledy EKG vyšetření?

7. Otázka – kdy jste měl naposledy laboratorní vyšetření- glykemii, cholesterol

--

8. Otázka – měl někdo v rodině ICHS (ischemickou chorobu srdeční-angina pectoris, infarkt myokardu)?

Ano

Ne

Nevím

9. Otázka – má podle vás význam stravování v prevenci kardiovaskulárních chorob?

Ano

ne

Nevím

10. Otázka – má podle vás význam pohybová aktivita v prevenci kardiovaskulárních chorob?

Ano

Ne

Nevím

11. Otázka – může se stres podílet na vzniku kardiovaskulárních chorob?

Ano

Ne

Nevím

12. Otázka – je kouření rizikem pro vznik kardiovaskulárních chorob?

Ano

Ne

Nevím

kouříte ? ano, kolik denně ? ne

Příloha B Dotazník pacienti onkologie

DOTAZNÍK – PREVENCE ZDRAVÍ OBČANŮ V ČR

1. Otázka – jste muž nebo žena prosím zaškrtnout

Muž

Žena

2. Otázka – Váš věk a vzdělání prosím zaškrtnout

Věk

Základní

Středoškolské

Vysokoškolské

3. Otázka – Kolik myslíte, že je zjištěno ročně nových zhoubných nádorů v ČR?

10 tis.

20 tis.

80 tis.

4. Otázka – Kolik myslíte, že žije t. č. v ČR lidí se zhoubným nádorem?

1 tisíc

200 tis.

500 tis.

5. Otázka – Znáte, co může být příčinou, rizikem vzniku rakoviny? Pokud ano napište

ano

Ne

6. Otázka – chodíte na preventivní prohlídky pravidelně? (vyš. prsů, prostaty atd.)

Ano

ne

7. Otázka – Jaké si myslíte, že jsou nejčastější zhoubné nádory u mužů a žen?

Muži

Ženy

8. Otázka – Znáte nějaké preventivní programy v oblasti zhoubných nádorů v ČR?

9. Otázka - Proč jsou preventivní programy nabízeny?

10. Otázka - Jak jste získal informace o zhoubných nádorech? (médiá, rodina, přátelé, odborný lékař atd.)

11. Otázka – Znáte nějaké organizace zabývající se osvětou zhoubných nádorů? Pokud ano, napište jaké

Ano

Ne

12. Otázka – Víte, proti jaké rakovině se mohou očkovat mladé dívky? Pokud ano napište

Ano

Ne

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Kateřina Aschermannová

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Trendy ve vzdělávání zdravotní gramotnosti české populace

Rok: 2017

Počet stran bez příloh: 114

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 22

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 8

Počet internetových zdrojů: 24

Vedoucí práce: doc. Dr. Milan Beneš