

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Barbora Vencová

Zdravotní gramotnost ve speciální pedagogice

Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne	Podpis autora:
----------------	----------------

Obsah

Úvod	4
Cíle práce a metodika	6
1. Gramotnost	7
1.1. Vznik a základní vymezení pojmu.....	7
2. Zdravotnický systém	12
2.1. Pojem systém obecně.....	12
2.2. Systém péče o zdraví	13
2.3. Systém zdravotnictví.....	13
2.4. Reformy zdravotnictví	18
3. Pojem zdravotní gramotnost	19
3.1. Historické východisko	19
3.2. Definice zdravotní gramotnosti.....	19
3.3. Význam zdravotní gramotnosti.....	21
4. Výchova ke zdravotní gramotnosti	25
4.1. Pojem výchova.....	25
4.2. Historické hledisko výchovy ke zdraví.....	25
4.3. Výchova ke zdraví	26
5. Zdravotní gramotnost u občanů se zdravotním postižením	31
Závěr.....	33
Seznam odborné literatury.....	35

Úvod

Zdravotní gramotnost jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci, protože je to celosvětově aktuální téma. V České republice, stejně jako v jiných zemích, je nezbytné se tématem zdravotní gramotnosti více zabývat, protože úroveň zdravotní gramotnosti jednotlivců a tím rovněž celé společnosti ovlivňuje nejen oblast zdraví a zdravotnictví, ale zasahuje do všech aspektů společenského života. Zdravotní gramotnost je spoluutvářena výchovou a měla by být obzvláště důležitá v profesích, které jsou odpovědné za výchovu a vzdělávání druhých.

Bakalářská práce je koncipována jako přehledová práce, která analyzuje a třídí dostupné a odborně uznávané texty a dokumenty.

První část práce vysvětluje obecné pojmy (gramotnost a systém péče o zdraví), které jsou kontextem specifického stěžejního pojmu zdravotní gramotnost. Obecný pojem „gramotnost“ se vyvíjel současně s vývojem společnosti a postupně byl jeho význam více upřesňován. Další kapitola se zaměřuje na systém péče o zdraví. Ukazuje, že se jedná o významně širší pojem, než je pojem „zdravotnický systém“. Zdůrazňuje roli výchovy a učení v procesu péče o zdraví. Seznamuje také s reformami zdravotnického systému v současné Evropě.

Druhá část práce se zabývá zdravotní gramotností. Nejprve jako tématu z hlediska historického vývoje, poté zdravotní gramotností jako současným pojmem, následně jejím významem z pohledu odborníků, kteří se touto problematikou zabývají.

Třetí část práce pojednává o výchově ke zdravotní gramotnosti. Zdůrazňuje její důležitost pro kvalitní život ve zdraví od nejtělejšího dětství. Ukazuje její význam jak u intaktní populace, tak u jedinců s postižením.

Cílem této práce je vysvětlit, co znamená zdravotní gramotnost, jak se postupně vyvíjela, jaké je dnes její místo ve společnosti a jaká je její úroveň ve společnosti. Rovněž se zabývá souvislostí zdravotní gramotnosti se zdravotnickým systémem a zdravotní péčí. Druhým hlavním cílem je poukázat na důležitost zdravotní gramotnosti nejen pro společnost jako celek ale také pro sociální skupiny, kterými se zabývá speciální pedagogika. Význam zdravotní gramotnosti pro tyto sociální skupiny je stejně veliký jako pro celou populaci a vzájemně se prolíná, protože zdravotně gramotná populace může předejít mnohým postižením již při počtí dítěte, či v jeho prenatalním věku. U osob již nemocných nebo postižených je velmi důležité, aby byly schopné pečovat o své zbytkové zdraví, dokázali o něm správně rozhodovat

a rovněž ho vhodně využívat. Správná rozhodnutí se však netýkají pouze této skupiny osob, ale také jejich rodin, celého okolí a celé společnosti.

Metodickým východiskem pro přehledovou bakalářskou práci bylo prostudování vstupní literatury: Holčík, J. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví* a Holčík, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Na základě studia těchto materiálů byly stanoveny cíle práce, které byly operacionalizovány na klíčová slova pro rešeršní práci. Podle těchto materiálů bylo také stanoveno období, po které měly být zdroje vyhledávány. Rešerše na zadání vypracovala knihovna Lékařské fakulty v Olomouci, dále byly zdroje vyhledávány v databázích Bibliographia medica Čechoslovaca a Google scholar. Při vyhledávání potřebných informací byla použita klíčová slova: **gramotnost, systém péče o zdraví, zdravotní gramotnost, výchova, speciální pedagogika**.

Použité literární zdroje byly utříděny a strukturovány podle vytyčených cílů tak, aby tato práce poskytla ucelený přehled problematiky zdravotní gramotnosti.

Cíle práce a metodika

Cíl práce:

Hlavní cíl práce: **Přehledně popsat a analyzovat zdravotní gramotnost a výchovu ke zdravotní gramotnosti ve vztahu k sociálním skupinám, kterými se zabývá speciální pedagogika**

Podcíle:

- Analýza pojmu gramotnost
- Popis péče o zdraví jako systému
- Analýza pojmu zdravotní gramotnost
- Popis způsobů výchovy ke zdravotní gramotnosti
- Popis zdravotní gramotnosti a výchovy ke zdravotní gramotnosti ve speciální pedagogice

Postup a použité metody:

Metoda: Analýza obsahu na základě klíčových slov

Postup:

- Operacionalizace cíle na základní klíčová slova
- Rešeršní práce v relevantních databázích na základě klíčových slov a jejich kontextů
- Třídění textů podle podcílů práce

Klíčová slova:

gramotnost, systém péče o zdraví, zdravotní gramotnost, výchova, speciální pedagogika

1. Gramotnost

1.1. Vznik a základní vymezení pojmu

Původně se s tímto pojmem spojovala schopnost číst, psát a počítat a byla většinou označována jako „trivium“. (Klimeš, 1983, s. 699)

V odborné literatuře nacházíme mnoho definic gramotnosti od nejjednodušších až po složitější. Definice se od sebe často výrazně liší. Jednotná definice neexistuje.

Starší encyklopedie, jako je Ottův slovník naučný z roku 1902 nebo Komenského slovník naučný z roku 1937 vůbec pojem gramotnost, negramotnost nebo alfabetizace nezmiňují.

V pedagogickém slovníku najdeme nejen pojem gramotnost, ale i pojem alfabetizace. Gramotnost je definována jako: „*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).*“ Alfabetizace je definována jako: „*výuka 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.*“ (Pedagogický slovník, 2001, strana 70, strana 15)

Gramotnost je tedy definována jako dovednost, zatímco alfabetizace jako proces získání této dovednosti.

Rabušicová také cituje definici gramotnosti z Mezinárodní encyklopedie sociálních věd: „*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.*“ (Rabušicová, 2002. Strana 9)

Pedagogický slovník spojuje gramotnost se vzděláním, zatím co mezinárodní encyklopedie už s vývojem písma.

Ve Velkém sociologickém slovníku (1999, s. 351) je gramotnost synonymem pojmu alfabetizace. Slovník uvádí nejen historické údaje a podmínky, které alfabetizaci umožnily, rovněž také informace o obecných cílech alfabetizace současnosti. Masová alfabetizace, jako: „*proces šíření gramotnosti*“, začíná přibližně od 19. století. Významnou úlohu sehrály některé okolnosti, jako například vynález knihtisku, národní jazyková hnutí, reformace, průmyslová revoluce atp. Gramotnost je dnes obecně považována za významný ukazatel kulturní úrovně společnosti či za stupeň rozvoje společnosti.

Za hlavní cíle alfabetizace jsou považovány: „*1. schopnost realizovat velký počet činností každodenního života a profesionální dráhy, při nichž je nutné čtení a psaní; 2. Nezbytnou způsobilost k permanentnímu vzdělávání; 3. Jeden z nástrojů soc. vzestupu; 4. Jeden z předpokladů účasti na demokracii; 5. Možnost vyhnout se sociálnímu stigma a používat nástrojů kultury.*“ (Velký sociologický slovník, 1999, s. 352)

Gramotnost je kulturní fenomén, který se stále vyvíjí a proměňuje spolu s kulturou. Vývoj od schopnosti napsat dopis, což dostačovalo ke gramotnosti ve století devatenáctém, vede až k aktivní práci s texty na konci století dvacátého. Gramotnost však ani dnes není jevem univerzálním, protože, ne všichni umí v dnešním světě číst a psát, nebo to neumí způsobem, který je v dané kultuře očekáván. To v podstatě znamená, že stále existuje ngramotnost v různé míře a podobách. (Rabušicová, 2002)

Důkazem neustálého vývoje pojmu gramotnost jsou například definice organizace UNESCO z roku 1958 a její následná definice odhlasovaná o dvacet let později. (Rabušicová, 2002). Definice z roku 1958 je významná zejména proto, že byla první, na níž se mezinárodní společenství shodlo „*Gramotný člověk je takový, který umí s porozuměním přečíst a napsat krátký a jednoduchý výrok ze svého každodenního života.*“ (Rabušicová, 2002) Definice UNESCO nezmiňují pouze schopnost číst a psát, ale i textu porozumět. Chápání pojmu gramotnost se však stále rozšiřovalo, což dokazuje definice z roku 1978, kde už se objevuje pojem funkční gramotnost: „*Funkčně gramotný člověk je takový, který 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.*“ (Rabušicová, 2002) V této definici je zajímavé, že je mezi potřebné dovednosti zařazeno už i počítání.

Pedagogický slovník pod pojmem funkční gramotnost uvádí: „*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.*“ (Průcha, strana 67, 2001)

Funkční gramotnost tudíž znamená gramotnost v kontextu, gramotnost vztaženou k situaci a okolnostem, ve kterých se člověk nachází. V rámci IALS/SIALS (International Adult Literacy Survey/Second International Adult Literacy Survey) byla funkční gramotnost definována jako schopnost participovat na světě informací.

Jak již bylo patrné z výše uvedených definic má funkční gramotnost tyto 3 složky:

- Literární – schopnost nalézt informace v textech, které nejsou určeny jako primární informační zdroje (jde o texty v novinách, eseje, komentáře, texty v časopisech) a porozumět jim, umění vybrat si z textu to podstatné, porozumět vybraným informacím a správným způsobem s nimi nakládat.
- Dokumentovou – schopnost nalézt informace v konkrétním dokumentu (jako je např. jízdní řád, návod k obsluze, žádost o vydání dokladu) a porozumět jim a schopnost na tyto informace adekvátně reagovat (doplnit chybějící údaje, vyplnit formulář, postupovat podle návodu, pochopit dopravní spojení).
- Numerickou (kvantitativní) – schopnost pracovat s číselnými údaji, schopnost aplikovat ve správném pořadí matematické operace a schopnost tyto údaje a výsledky provedených operací správně interpretovat.

(Ressler, Houšková, 2006.)

Zajímavé výsledky o funkční gramotnosti v ČR přinesl poslední výzkum tzv. funkční gramotnosti v roce 1998 pod názvem SIALS (Second International Adult Literacy Survey), který měřil právě schopnost používat jednotlivé dovednosti (numerické, dokumentové a literární). Výzkum SIALS byl druhou vlnou Mezinárodního výzkumu gramotnosti dospělých (IALS) z roku 1994. Nový výzkum, který probíhá od roku 1998 pod názvem PIAAC (Programme for International Assessment of Adult Competencies) je pro Českou republiku druhým šetřením, které mapuje funkční gramotnost dospělých v mezinárodním srovnání. Výsledky šetření PIAAC však budou dostupné až v roce 2013, proto jsou zatím uváděny výsledky šetření SIALS. Co se týče České republiky, lze shrnout, že se mezi

postsocialistickými státy umístila nejlépe. V celkovém měřítku předčila i leckteré vyspělé státy jako Švýcarsko, Nizozemí, Belgii, Kanadu, USA, Irsko či Nový Zéland a byla přiřazena do skupiny zemí s nejlepšími výsledky v testech funkční gramotnosti.

Z dosavadních výsledků je možné zobecnit, že pokud dosahují obyvatelé určitého státu výborných výsledků v jednom typu funkční gramotnosti, vedou si stejně dobře i v dalším typu a naopak. Tomuto zobecnění se však České republice vymyká. V případě numerické gramotnosti dosáhla naše republika výborného výsledku (průměr 3,0), (na stejné úrovni se umístilo již jen Švédsko a Dánsko), zatím co v gramotnosti literární jsme dosáhli pouze slabého výsledku (2,4 průměr). Tento velký rozdíl poukazuje na pochybení stylu školní výuky v oblasti literární gramotnosti. (Simonová, 2011.)

V přeneseném významu označuje termín gramotnost schopnost nějaké aktivity spojené s duševní činností. S nástupem a rozvojem výpočetní techniky se objevil termín počítačová gramotnost, kterým rozumíme schopnost zvládat základní uživatelské funkce počítačů. Dále pak například gramotnost cizojazyčná, občanská, politická apod.

V některých zdrojích je gramotnost jazyková zahrnována do struktury gramotnosti funkční (Ressler, Houšková, 2006.)

Vzhledem k tomu, že žijeme v době rychlých změn, informací, intenzivního výzkumu, znalostí, poznávání a učení, konkurence a souvislostí, klade současná společnost velké nároky na schopnost orientovat se ve stále rychleji rostoucím množství informací, tyto informace hodnotit a využívat je při řešení úkolů, eticky je využívat v souladu s platnými právními normami. (Kovářová a kol., 2012)

Z hlediska vývoje společnosti můžeme tedy jako třetí úroveň gramotnosti chápat gramotnost informační v širším pojetí. Vycházíme tedy z elementární gramotnosti jako schopnosti číst, psát a počítat přes úroveň druhou, kterou je gramotnost funkční, která představuje výbavu člověka pro běžný život a může být považována za prakticko-aplikační nadstavbu elementární gramotnosti. (Ressler, Houšková, 2006). *„Informační gramotnost schopnost člověka rozšiřuje na uvědomění si, kdy a proč informaci potřebujeme, kde ji můžeme nalézt, jak ji zhodnotit, využít a dále šířit etickým způsobem“.* (Cilip, 2011)

K nejčastěji citovaným definicím informační gramotnosti patří definice ALA (American Library Association), která byla zveřejněna v roce 1989 ve zprávě komise pro informační gramotnost: V překladu zní: *„K dosažení informační gramotnosti musí být jedinec schopen*

rozeznat, kdy potřebuje informace, a dále je vyhledat, vyhodnotit a efektivně využít. Informačně gramotní lidé se naučili, jak se učit. Vědí, jak se učit, protože vědí, jak jsou znalosti pořádány, jak je možné informace vyhledat a využít je tak, aby se z nich mohli učit. Jsou to lidé připravení pro celoživotní vzdělávání, protože mohou vždy najít informace potřebné k určitému rozhodnutí či k vyřešení daného úkolu.“ (IVIG, 2011)

S vývojem společnosti se mění jednak výklad pojmu gramotnost, ale rovněž by měnící se nároky společnosti měly podnítit i odpovídající změny v tak významné struktuře, jakou je vzdělávací soustava každého státu, protože právě vzdělávání zajišťuje přípravu člověka na aktivní a smysluplný život v dané společnosti. Informační gramotnost, můžeme tedy označit jako cíl informačního vzdělávání. (Kovářová a kol., 2012)

Organizace UNESCO v Pražské deklaraci z roku 2003 vztahuje informační gramotnost k procesu celoživotního vzdělávání: *„Informační gramotnost zahrnuje znalost vlastních informačních potřeb, schopnost identifikovat, vyhledat, ohodnotit, uspořádat a efektivně vytvářet, používat a předávat informace, které se vztahují k určitému problému či tématu, je to základní předpoklad pro možnost aktivní účasti v informační společnosti a je součástí základního lidského práva na celoživotní vzdělávání.“* (Unesco organization, 2005)

Termín informační gramotnost bývá dnes zaměňován za termín počítačová gramotnost, ale to je mylné. Představa, že informační gramotnost je totéž, co přístup k širokopásmovému internetovému připojení je nepravdivé, protože informační gramotnost zahrnuje celou škálu schopností a dovedností a je schopen tento přístup k médiu také efektivně využít pro svůj rozvoj. Kolářová dále uvádí, že vedle informační gramotnosti se objevují pojmy počítačová gramotnost jako schopnost využívat efektivně ICT, dále termín síťová gramotnost jako schopnost efektivně využívat dostupné informační zdroje síťově, především přes internet a také gramotnost mediální, charakterizovaná jako schopnost člověka kriticky nahlížet na média. Vzájemný vztah zmíněných pojmů není ustálený. Používají se buď, jako oddělené jednotky stojící vedle sebe popřípadě jsou v různém vztahu podřízenosti, kdy informační gramotnost je nejčastěji považována za pojem nadřazený pojmu počítačová gramotnost a síťová gramotnost. Informační gramotnost je však někdy označována za termín již přežitý, který by měl být nahrazen právě pojmem mediální gramotnost. (Kovářová a kol., 2012.)

Gramotnost obecně, ale zejména gramotnost informační je důležitou součástí zdravotní gramotnosti (viz kapitola č. 4) a zdravotní gramotnost je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví a systému zdravotnického.

2. Zdravotnický systém

2.1. Pojem systém obecně

Otcem teorie systémů je vídeňský profesor, později žijící v Kanadě - **Ludwig von Bertalanffy** (1901-1972), který po 2. světové válce založil Společnost pro obecné rozvíjení teorie systémů. Dnes již teorie systémů pronikla do většiny věd a pojem "systém" má internacionální charakter. Proto také existuje celá řada definic systému. Definice Bertalanffyho: "*Systém je agregací podobných nebo alespoň vzájemně souvisejících jevů, věcí, procesů a souboru pravidel pro jejich jednání (fungování).*" (Palán, 2013)

Definice ze Slovníku cizích slov pro nové století za systém považuje: „*uspořádaný celek, soustavu věcí nebo myšlenek*“. (Linhart a kol., 2002, s. 360)

Ve Slovníku cizích slov je systém: „*množina předmětů, jevů, dějů, poznatků aj., které mezi sebou souvisí přesně vymezeným způsobem a vytvářejí jednotný celek (množina je soubor, souhrn prvků), soubor jednotlivin nebo jednotlivců tvořících účelný celek, soustava*“. (Klimeš, 1983, s. 699)

Systém je tedy možno chápat jako uspořádanou množinu prvků a vztahů mezi nimi, které z určitého souboru tvoří relativní celek.

Z definice systému vyplývá, že:

- každý systém se skládá z určité množiny prvků,
- prvky jsou části, na které je možné a účelné systém dělit,
- systém je možné členit na subsystemy,
- každý systém je součástí vyššího systému (super systému), jehož je subsystemem,
- systém je propojen s okolím, na které reaguje, proto hovoříme o dynamickém systému,
- systém vyjadřuje interaktivnost prvků (vztahy mezi nimi)

(Palán, 2013)

Všem definicím jsou společné tyto myšlenky: Systém je komplex na sobě závislých prvků, se svým okolím utváří zvláštní funkční jednotu, může být současně prvkem jak vyššího tak i nižšího řádu, je v něm obsažen i jistý prvek autoregulace. (Holčík, Žáček, Koupilová, 2007)

2.2. Systém péče o zdraví

Z funkčního hlediska je zdravotnický systém považován za subsystém péče o zdraví, též zdravotní péče. Je to souhrn všech aktivit, vykonávaných společnostmi, které se týkají nejen prevence a léčby nemocí, ale také zachování a rozvíjení fyzické i duševní zdatnosti, délky života a zdravého vývoje budoucích generací. Péče o zdraví je tudíž daleko širší pojem než pojem zdravotnictví, které je jen součástí celého komplexu péče o zdraví. (Gladkij a kol., 2003) Zdravotní péče představuje péči o zdraví a netýká se pouze zdravotnictví, ale zahrnuje veškerou činnost celé společnosti, která posiluje zdraví, zabraňuje onemocnění, léčí a snižuje následky již vzniklých onemocnění. (Strejčková a kol., 2007)

Systém péče o zdraví je mnohem obsáhlejší než systém zdravotnictví jelikož obsahuje mnohem více komponent, vztahů a činností. Zdrojem je podle Holčíka výchozí zdravotní situace s podstatnými charakteristikami. Činnost je aktivita zdravotnických zařízení a všech ostatních komponent systému (jednotlivci, rodiny, organizace, instituce) a výstupem je zdravotní situace se zdravotními problémy a dosaženou úrovní zdraví populace. (Holčík, 2010)

Zdravotní péče by měla být integrovaná, což znamená, že pokud má být účinná a hospodárná měla by být soustavná a jednotlivé zdravotnické, sociální, ale i jiné služby by měly na sebe navazovat. Ukazuje se, že proces decentralizace by měl být provázen centralizací a také, že fragmentace zdravotní péče při poskytování zdravotnických služeb má mnoho nežádoucích účinků z dlouhodobého a populačního hlediska (Zdraví 21)

2.3. Systém zdravotnictví

Zdravotnictví jakož to specifický společenský systém a podsystém péče o zdraví, vznikalo obdobně jako jiné společenské systémy. Postupně, spontánně a živelně vznikala v průběhu

historického vývoje a z potřeb každodenního života různá zdravotnická zařízení ambulantní i lůžková, v nichž byla na různé úrovni poskytována lékařská péče a pomoc těm, kdo ji vyhledávali nebo potřebovali. (Gladkij a kol., 2003)

Zdravotnictví je velmi složitý sociální systém a je téměř nemožné ho pojmut jako ucelený a samostatný systém. Holčík uvádí, že: „*Okolí systému tvoří objekty stojící mimo daný systém, které změnou svých vlastností ovlivňují tento systém anebo jsou závislé na chování systému.*“ A, že: „*systém má kybernetické uspořádání charakterizované vstupem, procesem (nebo sérií procesuálních článků), výstupem a mechanismem zpětné vazby zajišťujícím životnost systému v integraci s jeho okolím*“ (Holčík, 2010, s. 101, 102) Přičemž za vstup do systému považuje ve zdravotnictví peníze, pracovníky, materiál a rovněž poznatky, vědomosti a dovednosti. Činnost systému zdravotnictví představují zdravotnické služby. Výstupem systému je uspokojování zdravotních potřeb, změny v nemocnosti, úmrtnosti, zvýšení kvality života. Regulačními mechanismy jsou nástroje řízení založené na informačním systému, které vyúsťují v návrh na volbu vhodných opatření. Okolí systému (například zdravotní a sociální politika hodnotové preference, tradice, kultura, ekonomika, zdravotní a sociální situace) podstatně ovlivňuje cíle, strukturu a také funkci zdravotnického systému. (Holčík, 2010)

Pokud analyzujeme zdravotnickou instituci jako systém, pak je charakterizována stejnými znaky jako kterýkoli hospodářský systém typu firma, kde vstupy tvoří lidé, věcný kapitál a finanční kapitál. Transformací je proces zdravotnické péče a výstupy jsou dokončení tohoto procesu. Zpětná vazbou je sledování procesu zdravotnické péče. (Gladkij a kol., 2003)

Zdravotnický systém je soustava skládající se z odborných zdravotnických institucí a činností, zaměřených na péči o zdraví populace a sloužící k uspokojování zdravotnických potřeb občanů. Zdravotnický systém zahrnuje orgány a instituce (Ministerstvo zdravotnictví, Všeobecná zdravotní pojišťovna atd.), organizace a společnosti (odborné lékařské společnosti, lékařská komora atd.), zdravotnická zařízení, pracovníky a služby a činnosti (hygienická péče, výchova ke zdraví, prevence). (Strejčková a kol. 2007)

Zdravotní systémy však podle profesora Holčíka neovlivňují jen zdraví lidí, ale rovněž mají přímý i nepřímý vliv na rozvoj ekonomiky a blahobytu celé společnosti. Proto by měl být zdravotní systém pojímán v celé šíři a ne pouze jako resort zdravotnictví orientovaný na poskytování zdravotnických služeb. (Holčík, 2009)

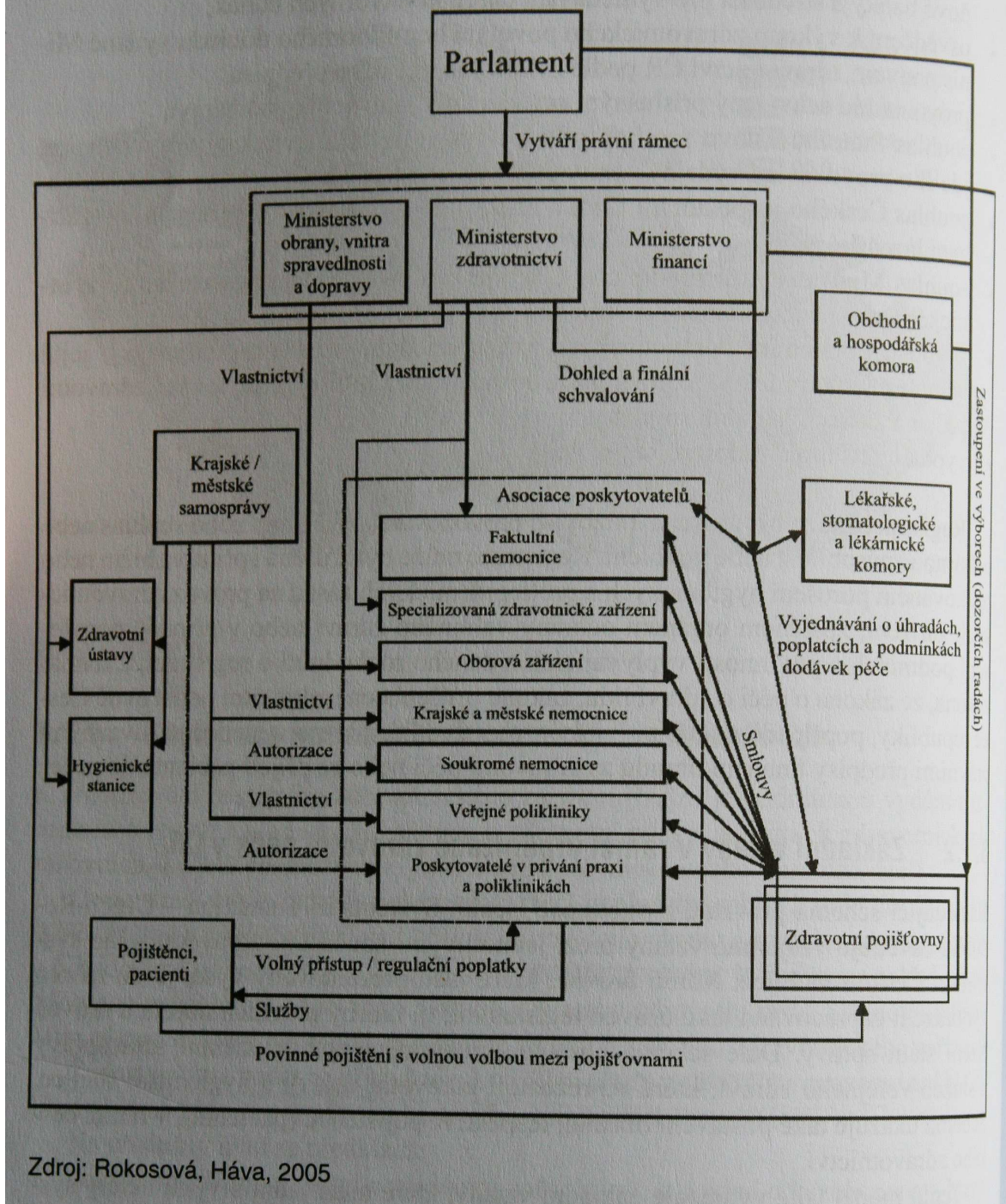
Ivanová uvádí, že hlavním posláním systému zdravotnictví jako pod systému systému péče o zdraví je nejen upevňování a podpora zdraví, navrácení zdraví, ale rovněž hledání možnosti přiměřeně zdravého životního stylu u chronických nemocí nebo u zdravotních postižení a také obezřetné zacházení s narušeným zdravotním potenciálem. Dále mluví o skutečném cíli zdravotnického systému, za nějž nepovažuje pouze léčení nemocí, zvětšování celkového zdraví populace, či naplňování zdravotních potřeb lidí nebo úplnou spravedlnost v poskytování zdravotnické péče. Skutečný cíl vidí jako konglomerát mnoha jednotlivých cílů. (Ivanová, 2006)

Ideální zdravotní systém, který by vyhovoval všem kritériím optimálnosti, však podle mnoha různých odborníků dosud neexistuje. (Gladkij a kol., 2003)

Zdravotnické systémy jednotlivých zemí se často značně liší. Například ve Slovenské republice se zdravotnický systém po rozdělení států v roce 1993 rozvíjel poněkud odlišně. Vznikly instituce jako Úřad dohledu nad zdravotním pojištěním a jiné, které v České republice zatím nenajdeme. Z hlediska financování Slovenská republika financuje některé zdravotnické výdaje prostřednictvím samostatného operačního programu v rámci strukturálních fondů Evropské Unie. (Barták, 2010)

Vzájemné vztahy mezi jednotlivými součástmi zdravotnického systému v České republice jsou přehledně zobrazeny v grafu č. 1. Model vymezuje i vztahy mezi jednotlivými aktéry systému a na jakém základu jsou založeny.

Schéma 3.2 Vztahy v rámci organizace péče o zdraví v ČR



Zdroj: Rokosová, Háva, 2005

Graf 1: Vztahy v rámci organizace péče o zdraví v ČR

(Barták 2010)

Rozvoj evropských zdravotnických systémů byl náplní konference, která se konala v červnu 2008 v Tallinnu v Estonsku. Záměrem této ministerské konference bylo zejména přispět k pochopení vlivu zdravotnických systémů na zdraví občanů a na ekonomický rozvoj zemí Evropy a rovněž snaha shromáždit příklady účinných metod, které výkonnost zdravotnických systémů zlepšují.

Jeden z nejvýznamnějších dokumentů, které byly na konferenci přijaty, je Tallinská charta. Její základní teze se zabývají funkcí a rozvojem zdravotnických systémů v Evropě. Záměrem je zavázat členské země, aby zlepšovaly zdraví lidí prostřednictvím posilování zdravotnických systémů, kdy je však nutné respektovat jednotlivé odlišnosti zemí, protože zdravotnický systém je začleněn do politického a institucionálního systému každé země. Je to souhrn organizací, institucí a prostředků jak veřejných tak i soukromých, které jsou oprávněny navracet, chránit a zlepšovat zdraví jednotlivců i populačních skupin a ovlivňovat ostatní resorty.

Členské státy se podpisem charty zavázaly:

- hájit a rozvíjet hodnoty jako je solidarita, spravedlnost a participace;
- investovat do zdravotních systémů a ostatních resortů, které zdraví ovlivňují;
- převzít odpovědnost za výkonnost zdravotního systému (hodnocení na základě měřitelných výsledků, transparentnost systému);
- prosazovat, aby systémy pružně a vstřícně reagovaly na potřeby, preference a očekávání lidí;
- zajistit, aby se přípravy a realizace zdravotní politiky účastnily všechny komponenty zdravotního systému;
- podílet se na přípravách a realizaci reforem zdravotních systémů na všech úrovních (národní, krajské, uvnitř státu i mezi státy);
- spolupracovat na posílení a realizaci Mezinárodních zdravotních opatření a zajistit, aby byly systémy schopné čelit krizovým situacím;

V závěru charty se uvádí (mimo jiné), že jednotlivé funkce zdravotnického systému jsou vzájemně propojené a zlepšení výkonnosti vyžaduje koordinované akce v jeho celku, protože změny izolované nevedou většinou k očekávaným výsledkům. (WHO, 2008)

2.4. Reformy zdravotnictví

Péči o zdraví a zdravotnický systém řadíme do sektoru služeb, který vzhledem k množství každoročně vynakládaných finančních prostředků patří mezi nejvýznamnější oblasti ekonomiky. (Barták, 2010)

Systémy péče o zdraví jsou důležitým prvkem sociální soudržnosti a představují ve většině zemí největší sektor služeb. Neustálý růst nákladů můžeme považovat za hlavní důvod reforem zdravotnických systémů.

Reformy zdravotnictví jsou definovány jako procesy vedoucí k důležitým změnám institucionálním a strukturálním. Procesy jsou řízené veřejnou mocí a dosahuje se jich explicitními politickými opatřeními. (Barták, 2010)

Mezi nejvýznamnější světová usnesení týkající se reformy zdravotnických systémů se řadí Lublaňská charta. Tato charta artikuluje jak principy, které jsou součástí zdravotnických systémů, tak i principy, které by mohli péči zlepšit. Tato charta se obrací k reformě zdravotnických systémů v Evropských zemích a vychází z teze, že zdravotní péče má vést zejména ke zlepšení zdraví a kvality života obyvatel. Mimo jiné se v této chartě uvádí, že reforma má být vedena zásadami lidské důstojnosti, spravedlnosti, solidarity a odborné etiky. Musí být obrácená k potřebám lidí a jejich očekávání. Měla by neustále usilovat o zlepšování kvality zdravotnické péče, ale rovněž dbát na hospodárnost jejího poskytování. Reforma by také měla posilovat společné rozhodování pacienta a poskytovatele péče. Zajistit, aby občané mohli rozhodujícím způsobem zdravotnický systém a jeho činnost ovlivňovat. Důležité ovšem je, aby si občané uvědomili a přijali svou odpovědnost za vlastní zdraví. (Ljublaňská Charta, 1996)

Důležitou součástí každého zdravotního systému a jeho zdravotnického podsystemu je tedy i zdravotní gramotnost. Název se začal používat s rostoucím významem zdraví pro každého jedince a z důvodu nutnosti zvýšit podíl občanů na péči o zdraví.

Významný motiv pro rozvíjení zdravotní gramotnosti je poznání, že zdravotní systémy neovlivňují jen zdraví jednotlivců, ale ovlivňují i ekonomický rozvoj a celkový blahobyt společnosti. (Holčík, 2009)

3. Pojem zdravotní gramotnost

3.1. Historické východisko

Prvopočátky vzniku zdravotní gramotnosti můžeme nalézt již v minulosti. Od nepaměti se lidé snažili hledat různé možnosti, jak by mohli své zdraví ovlivnit a působit na něj. Většinou se tak dělo formou buď osvědčených tradic, z nichž se mnohé zachovaly i do dnešní doby, nebo formou náboženských příkazů a rituálů, které usměřňovaly většinou osobní hygienu a způsob života. Některé byly pro zdraví přínosné, jiné mu naopak škodily. Nejvíce prospěšné pro zdraví a pro přežití byly takové, které se zakládaly na zkušenostech. Zkušenosti se dále předávaly výchovou dalších generací. Většina výchovných snah, které byly zaměřeny na zdraví, byla podmíněna závažností zdravotních problémů, možnostmi jejich zvládnutí i dominantním hodnotovým systémem. Dopad takové výchovy byl bezprostředně podmíněn ekonomickou a sociální pozicí jednotlivce i stavem společnosti.

Postupem času se začaly uplatňovat programy zaměřené na zdravotní osvětu, u nichž se však zjistilo, že měly odezvu převážně jen u vzdělaných vyšších vrstev. Bylo tudíž nezbytné tyto programy rozšířit tak, aby umožnily spolupracovat se širokou veřejností. Zkušenosti, které vznikly na základě těchto osvětových programů, a to zejména zjištění, že úroveň vzdělání výrazně ovlivňuje zdraví jedince, ovlivnily další pokrok. Vzdělávací programy začaly navazovat na běžné vzdělávání a musely být uzpůsobeny pro různé životní podmínky tak, aby mohly rozvíjet odpovědnost za vlastní zdraví jedinců a schopnost činit správná rozhodnutí týkající se zdraví. (Holčík, 2009)

3.2. Definice zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost se od počátku 90 let stala předmětem zájmu výzkumných projektů a diskuzí probíhajících v odborném tisku. Existuje proto mnoho definic, z nichž některé odpovídají jednotlivým výzkumným záměrům, a jiné se snaží vymezit zdravotní gramotnost z teoretického hlediska.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdravotní gramotnost jako: „Kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví. Zdravotní gramotnost tím, že zlepšuje přístup lidí ke zdravotním informacím a jejich schopnost efektivně je využívat, má rozhodující vliv i na jejich posílení.“ (ČZF, 2013)

Centrum pro strategii zdravotní péče podává jednodušší definici: „Zdravotní gramotnost je schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací.“ (CHCS, 2013) Z dalších kratších verzí definic zdravotní gramotnosti lze uvést například: „Zdravotní gramotnost je schopnost činit správná zdravotní rozhodnutí v kontextu každodenního života.“ (Holčík, 2010)

Obširnější definici podal United States Department of Health and Human Services, kde je uvedeno, že zdravotní gramotnost je: „schopnost získat, interpretovat a rozumět základním zdravotním informacím i službám a dovednost využít takové informace a služby ke zlepšení zdraví“. Jako další příklad širší definice lze uvést definici z programu Zdraví 2020: „Zdravotní gramotnost znamená více než jen přenos informací. Je to rozvíjení dovedností získat a číst zdravotní informace a úspěšně je využít ve své vlastní situaci, ať už to znamená rozhodnout se pro návštěvu lékaře, nebo zachovávat léčebný režim.“

Rozlišení zdravotní gramotnosti do tří typů uvádí Zvírotsky:

„Funkční zdravotní gramotnost“ představuje prostou schopnost zacházet se zdravotními a zdravotnickými informacemi, např. ohledně rizikových faktorů životního stylu. Má ji ten, kdo si umí příslušné informace obstarat a řídit se jimi. Této úrovni zdravotní gramotnosti lze dosáhnout i prostřednictvím tradiční (direktivní) zdravotní výchovy.

Interaktivní zdravotní gramotnost předpokládá již aktivní přístup občanů, kteří se tak stávají mj. rovnocennými partnery zdravotníků a jsou motivováni své zdraví posilovat a chránit. Taková forma gramotnosti se musí vytvářet cílevědomou výchovou, nikoli jen zdravotnickou osvětou.

Kritická zdravotní gramotnost představuje nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti. Znamená tvořivý přístup člověka k problematice zdraví nejen vlastního, ale i zdraví populace. Jde o schopnost posuzovat zdravotní závažnost lidské činnosti v širším kontextu a jednat podle

toho, tedy de facto o schopnost nahlížet zdraví i v globálních souvislostech. Získat a rozvíjet tento typ gramotnosti je dlouhodobým, možná celoživotním, úkolem.“ (Zvířotský, 2010, s. 8)

3.3. Význam zdravotní gramotnosti

Již v 70. letech minulého století doporučila Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – dále jen WHO) díky obrovským a nezvladatelným nákladům ve zdravotnictví, aby vlády změnilly své strategie týkající se péče o zdraví občanů, aby docenily význam podpory zdraví, prevenci zdraví a všechny prvky systému péče o zdraví. Především to znamenalo, aby kladly důraz na determinanty zdraví, pomáhaly lidem chápat význam jejich zdraví stejně jako zdraví svých rodinných příslušníků a všech lidí ve společnosti. Nástrojem a kritériem se pro tyto účely stala zdravotní gramotnost. Každé rozhodnutí vlády či orgánů veřejné zprávy má nějaké zdravotní důsledky. Pokud jsou podceňovány rozhodnutí týkající se zdraví a péče o něj, následkem jsou zdravotní nesnáze, které již spadají do kompetence nemocnic. Takovým postupem dochází k plýtvání vzácnými společenskými zdroji.

Význam zdravotní gramotnosti podle Holčíka je rozdělen z pohledu individuálního a společenského:

Z hlediska jednotlivce

- Zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život. Což znamená, že může pomoci lidem nacházet a využívat informace a posílit vliv na své vlastní zdraví. (Hočík, 2009)
- Zdravotní gramotnost je důležitým nástrojem rozvoje osobnosti. Což znamená, že umožňuje občanům posilovat své schopnosti rozhodovat o svém zdraví i o životě, zvyšuje jejich sebedůvěru a upevňuje jejich důstojnost a svébytnost. (Holčík, 2009)

Z hlediska společnosti

- 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 zdravotní aktivity v ostatních rezortech, institucích a v dalších sociálních skupinách, např. v jednotlivých rodinách. (ČZF, 2013)

- 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.(ČZF, 2013)
- Zdravotní gramotnost je nespornou ekonomickou prioritou.(Holčík, 2009) Ve vyspělých zemích byly prováděny mnohé výzkumy, díky kterým bylo zjištěno, že nízká úroveň zdravotní gramotnosti populace způsobuje každoročně mnohamilionové ztráty. (ČZF, 2013)
- Zdravotní gramotnost přispívá k demokracii.
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 rozvoj zdraví populace. (ČZF, 2013)
- 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. (ČZF, 2013)

Význam zdravotní gramotnosti však nelze shrnout pouze do několika jednoduchých tezí. Skutečný význam je možno naplnit až tehdy, když se s principy a metodami seznámí co nejširší okruh lidí, kteří budou schopní poznatky uplatnit v praxi a budou dále stavět na nových poznatcích a průběžně získávaných zkušenostech.

Holčík považuje zdravotní gramotnost pro evropskou unii za cenný nástroj k řešení mnohých současných zdravotních problémů. „*Zdravotní gramotnost se stává jednou z nezbytných charakteristik občana Evropy.*“ (Holčík, 2009, s. 85)

Rozšířením Evropské unie však došlo k prohloubení zdravotních rozdílů mezi občany západních a severních států a občany států východních a jižních. Velké rozdíly ve zdravotním stavu občanů však existují i mezi občany jednotlivých zemí. Problémem je nižší vzdělanost a horší sociální postavení. V Holandsku měla například vzdělanější a lépe situovaná sociální

vrstva až o čtyři roky delší střední délku života a o 12 let delší život prožitý ve zdraví než ti, kteří byli chudší a méně vzdělaní. (Holčík, 2009)

Jak bylo již výše uvedeno, zdravotní gramotnost je důležitou součástí zdravotních systémů. Účinnost a hospodárnost těchto zdravotních systémů může podstatně snížit právě nízká zdravotní gramotnost.

Například workshop s tématem zdravotní gramotnost v Evropě na základě průzkumu zdravotní gramotnosti v 8 zemích Evropy (Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Polsko, Irsko, Nizozemí, Švýcarsko) prostřednictvím výsledků ukázal, že omezená zdravotní gramotnost a špatná funkční gramotnost nejsou problémem menšinových skupin společnosti, ale týkají se bezprostředně obecné majoritní skupiny populace. Z výsledků vyplývá nezbytnost rozšíření vědomostní základny, integraci zdravotní gramotnosti do politiky a zvyšování zdravotní gramotnosti prostřednictvím vzdělávání a osvěty. (5th European Health Conference, Friday, 9 November 2012, 10:30 – 12:00)

Také studie z USA dokládají, že osoby s nižší zdravotní gramotností:

- nerozumějí informacím, které jim poskytují zdravotničtí pracovníci.
- nedovedou jednat dle pokynů a doporučení a dodržovat léčebný režim.
- nevyznají se ve zdravotnickém systému.
- ve větší míře využívají služby pohotovosti.
- nedostaví se včas, proto musí být častěji hospitalizováni.
- zanedbávají a podceňují prevenci.
- nerespektují zásady zdravého životního stylu.
- vykazují horší zdravotní stav.

(Kickbusch, 2006)

Evropští občané však chtějí informace o zdraví a zdravotní péči. Můžeme to vidět například na zájmu o všechny informace, které v tomto smyslu nabízí například internet. Zdravotníci si ale zatím snahu lidí získat potřebné informace neuvědomují. Využívají toho naopak farmaceutické společnosti, zdravotní pojišťovny atd. Mezi nejvýznamnější možnosti zvýšení zdravotní gramotnosti Holčík (2010, s. 212) uvádí e-Health (zdravotní informační

a komunikační systémy), nejrůznější opatření na úrovni organizační a politické a v neposlední řadě výchovu a vzdělávání.

Z uvedeného vyplývá, že zdravotní gramotnost je pojem širší než výchova ke zdraví. Výchova ke zdraví je rozvíjením určitých vědomostí a dovedností, zatímco zdravotní gramotnost předpokládá i schopnost aktivně vyhledávat další informace o zdraví, hodnotit je a dokázat se orientovat v stále se měnícím systému péče o zdraví.

4. Výchova ke zdravotní gramotnosti

4.1. Pojem výchova

Výchova je chápána jako proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jejím vývoji. Různá pojetí výchovy byla ovlivněna sociokulturními podmínkami, odlišnými koncepcemi pojetí člověka, akcentací jednotlivých stránek výchovného procesu. Někteří autoři chápou výchovu jako plně řízený proces ovlivnění nehotového člověka pedagogem. (Průcha, Walterová, Mareš, 2001)

V dnešní době se neuvžívá většinou samotný pojem výchova. Ve školách nejsou děti pouze vychovávány nebo vzdělávány, ale výchova a vzdělávání se vzájemně prolínají a doplňují. Mluvíme o výchovně vzdělávacím procesu a běžně se užívá i výstižný anglický název education, který zahrnuje výchovu i vzdělávání.

Rozdíl mezi vzděláním a vzděláváním je v tom, že vzdělání je výsledným produktem procesu vzdělávání.

4.2. Historické hledisko výchovy ke zdraví

Po celá staletí bylo zdraví převážně jen stav, který umožňoval pracovat a přežít nebo podle Jungmanna jako „*bezbolestný stav člověka, v němž každý oud k zastávání své služby způsobilý jest*“ Úsilí zlepšovat zdravotní stav obyvatelstva pomocí prevence a účinných opatření vycházelo z řad zdravotního personálu, lékařů, ale rovněž učitelů. Naráželo však často na odpor nepoučených obyvatel. Můžeme vidět, že učitel byl od nepaměti považován za poučeného. (Lenderová, Jiránek, Macková, 2001, s. 92)

Výraznou změnu přineslo až osvícenství, k jehož dědictví nepatřil jen strukturovaný zdravotnický systém, který umožnil spojením teorie s praxí a rozmach medicíny, ale také pojetí zdraví jako hodnoty. Zdravý životní styl (např. kojení vlastní matkou, otužování, sportování, ale také vegetariánství, vodoléčba) začíná jako první vyznávat vzdělaná šlechta. Péče o lidský život se zkvalitnil především ve stadiu dětství. Objevuje se medializace porodů a kvalifikované porodní báby, ale rovněž se objevuje na scéně školní lékař. Od roku 1885

existoval v Praze lékařský dozor ve školách. Od roku 1889 se má obvodní a obecní lékař věnovat také zdravotním podmínkám školy a uvědomovat o situaci nadřízené úřady. (Lenderová, Jiránek, Macková, 2001)

Vzájemného vztahu dvou zdánlivě obyčejných, avšak životně důležitých, fenoménů - lidského zdraví a výchovy si můžeme všimnout již v historii. Nejpokrokověji přistupoval ke zdraví v rámci výchovy učitel národů Jan Ámos Komenský. Nabádal stávající matky, aby se již v těhotenství šetřily, vyvarovaly se úrazům či pádům. Rovněž doporučuje, aby se nerozčilovaly a prudce se nelekaly. Naopak doporučuje, aby se pohybovaly, nebyly lenivé, ospalé a zahálivé.

V péči o novorozence velmi kritizuje odkládání dětí kojným. Poukazuje na skutečnost, že v přírodě takové chování nenalezneme. Takové matky považuje za pohodlné a rozmazlené. Tento způsob považuje zdraví škodlivý pro dítě i matku.

U starších dětí doporučuje hodně pohybu a od malička zvykat na určitý denní řád. Nezapomíná ani na veselou mysl, kterou podporuje zpočátku kolébání, zpívání dítěti, později žertování, hraní, hudba a pohyb.

Za základ života, zdraví a ctností staví střídmost. Děti doporučuje nenutit do jídla, pití a také spaní. Dávat tolik, kolik si žádá přirozenost. Lahůdky by neměly být potrava. (Komenský, 1954)

4.3. Výchova ke zdraví

Pro zdraví jedince je naprosto zásadní životní styl. Chronická neinfekční onemocnění, která jsou hlavní příčinou úmrtí v současném civilizovaném světě, souvisí jednoznačně se životním stylem a každoročně si vyžádají miliony obětí a obrovské ztráty ve zdravotnických a sociálních systémech zemí. Důsledky nesprávného zdravotního stylu v podobě nadváhy, obezity, kardiovaskulárních onemocnění či diabetu můžeme vidět i v České republice. Chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání a je tudíž potřeba zaměřit na děti a mládež v oblasti prevence největší pozornost. (Kalman a kol., 2011)

Potřebu podporovat systematicky zdraví již od útlého věku reflektují nové kurikulární dokumenty i programová prohlášení WHO. Je tudíž nezbytné, aby byl probuzen zájem

vychovatelů (v nejširším slova smyslu) o tuto problematiku a povzbuzovat je v rozšiřování vědomostí v této oblasti. Důležitou změnou je nepřemýšlet a nezajímat se o zdraví až ve chvíli, kdy je poškozeno nebo alespoň ohroženo. Zvírotsky vidí právě výchovu jako primární nástroj nejširší prevence, o němž nemá moderní věda žádné pochybnosti. (Zvírotsky, 2010)

Nedostatečná aplikace teoretických poznatků v praxi je doložena narůstající prevalencí tzv. civilizačních chorob, které významně snižují kvalitu života. Hlavní příčinou těchto chorob je nevhodný životní styl. Protože životní styl je spoluutvářen výchovou je tudíž zdraví relevantní téma pedagogických věd. (Zvírotsky, 2010)

Výchova ke zdraví by měla zahrnovat poznatky nejen z oborů medicíny, ale rovněž oborů pedagogických, sociálních a psychologických. Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, které cíleně poskytují lidem dostatek vhodných a zřetelných informací o tom, jak mohou své zdraví zlepšit předcházením nemocí. Výchova ke zdraví by měla občany motivovat, ovlivňovat jejich postoje a vést je k aktivnímu zájmu o své zdraví, ke změně chování a rovněž k posilování zdraví. Pokud budou lidé schopni dostatečně porozumět faktorům, které jejich zdraví bezprostředně ovlivňují, naučí se lépe své zdraví chránit, upevňovat, ale také rozvíjet. (Strejčková a kol., 2007)

Výchovu ke zdraví je možné považovat za dominující kategorii výchovného působení, protože koreluje s pozitivními hodnotovými preferencemi a žádoucími postoji k životnímu stylu, který je orientovaný na zdraví jako jednu z nejvyšších hodnot lidského bytí. Představuje cílevědomou reflexi fyzického, mentálního a duševního zdraví a s tím související interakci mezi somatickými, psychickými a sociálními projevy zdraví jako výsledku společenských i osobnostních vlivů. Cílem výchovného úsilí má být intencionální a kontinuální vytváření a interiorizace pro zdravotních postojů, hodnot a způsobilostí, které se promítají do kognitivní – informační, poznávací stránky působení stejně jako do stránky afektivní – emocionální, zaměřené na prožívání a stránky konativní – zaměřené na očekávané chování. V edukačním úsilí škol je výchova ke zdraví významnou integrovanou součástí výchovného komplexu. (Řehulka, 2011)

Wasserbauer ve výchově ke zdraví uvádí, že výchova ke zdraví má lidem přístupným způsobem poskytovat dostatek informací o možnostech a způsobech, jak nemocem předcházet, jak zlepšovat znalosti, motivaci, jak ovlivnit postoje a přivést lidi k aktivnímu zájmu o své vlastní zdraví a také ke změně chování, která vede k posílení zdraví. Jejím úkolem je naučit lidi rozumět faktorům, jež zdraví ovlivňují pozitivně i negativně, naučit je

zdraví upevňovat chránit a rozvíjet. Za důležitý úkol výchovy ke zdraví považuje rovněž výchovu obyvatel k poskytování první pomoci. Výchova ke zdraví je obor, využívající poznatky z řady vědních oborů například lékařských, sociálních, pedagogických a psychologických a je nedílnou součástí péče o zdraví. (Wasserbauer, 2000)

V publikaci z roku 2011 Škola a zdraví 21, která je souborem studií, které jsou zaměřeny na problematiku vzájemného vztahu „škola a zdraví“ se uvádí, že vymezení oboru výchova ke zdraví v Rámcovém vzdělávacím programu RVP ZV se jeví spíše jako průřezové téma a že realizace výchovy ke zdraví je na úrovni školní praxe obvykle podceňována jak vedením škol, tak učiteli i rodiči. Výzkumné výsledky dokládají, že větší část české populace si není vůbec vědomá, že obor výchova ke zdraví v základním vzdělávání existuje. Problém je spatřován v tom, že ve školách nejsou vytvořeny dostatečné podpůrné podmínky pro výchovu ke zdraví a na rozdíl od vzdělávacích oborů tradičních je umocněn tím, že je pro výchovu ke zdraví potřeba v rámci Školního vzdělávacího programu ŠVP vymezit zcela nově jak učební plán, tak osnovy. K tomu však není ve školách dostatek kvalifikovaných učitelů ani dostatek zkušeností. (Řehulka, 2011)

Výchova ke zdraví může být podle doktora Wasserbauera efektivní, jen pokud splňuje určité zásady:

- Musí být soustavná, komplexní a dobře promyšlená.
- Cílená s ohledem na věk, vzdělání a konkrétní problémy jedince.
- Aktualizovaná o nejnovější poznatky z oblasti vědy a výzkumu.
- Musí respektovat životní prostředí jedince.
- Musí být založená na pochopení osobní odpovědnosti každého jedince za své zdraví.

Pro realizaci správného životního stylu je třeba:

- Aby byl každý člověk dostatečně informován a motivován a měl zájem své zdraví šetřit a upevňovat.
- Aby každý jedinec věděl, co je zdraví prospěšné a co mu škodí.
- Aby měl každý vytvořeny podmínky pro realizaci zdravého způsobu života.

(Wasserbauer, 2000)

Nejen výchova ke zdraví, ale také zdravotní gramotnost má své významné místo také v programech WHO, kde je hlavním cílem zlepšení zdravotního potenciálu obyvatel celého světa.

V roce 1998 přijala světová zdravotnická organizace na svém zasedání program „*Zdraví pro všechny v 21. století*“. Je to komplexní strategie jak dosáhnout v prvních dvou desetiletích 21. století podstatného zlepšení zdraví obyvatel evropských zemí. Nejde o nařízení, ale o doporučení a návod jak dosáhnout zlepšení a pokroku na úrovni zdraví a zdravotní péče. (Wasserbauer, 2000)

Tento program akceptovala i Česká republika a aplikovala jej do Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatel Česká republika – *Zdraví pro všechny v 21. století*. Tento dokument, který je běžně označován zkráceným názvem *Zdraví 21*, upozorňuje, že pouhé zvýšení počtu zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků nemůže současné zdravotní problémy vyřešit a zvládnout. Proto zdůrazňuje nezbytnost výchovy ke zdraví, zdravotní výchovy, prevence, meziresortní spolupráce a zapojení široké veřejnosti do péče o zdraví. (Mužík, Vlček, 2010)

Z 21 cílů tohoto programu se k tématu zdravotní gramotnosti vztahuje cíl 2. „*Spravedlnost ve zdraví*“, který se zabývá problémem chudoby, která je i v bohatých zemích Evropy nejvýznamnějším zdravotním rizikovým faktorem a rozdělování společnosti podle příjmů je považováno za závažnou nespravedlnost ovlivňující zdraví, která může v případě finanční deprivace jedince vést až k jeho vyřazování ze společnosti. Příslušnost k sociální skupině ovlivňuje pak také přístup ke vzdělání, které zdravotní stav značně ovlivňuje. Klíčovou politickou strategií je odstranění finančních, kulturních a dalších bariér, které rovnému přístupu ke vzdělání brání. Cílem tedy je vytváření takové vzdělávací a sociální politiky, která povede ke stírání zdravotních rozdílů.

K tématu výchovy ke zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti dětí a mládeže se vztahují cíle 3 a 4.

Cíl 3. „*Zdravý začátek života*“, se týká podpory zdraví v časném dětství, jako základu zdraví dospělého člověka. Vzhledem k tomu, že za posledních několik let došlo v ČR ke zvýšení frekvence výskytu vrozených vad je hlavním cílem tuto frekvenci snižovat prostřednictvím genetického a nutričního poradenství, nekuřáckého těhotenství, snižování kuřáctví a poškození drogami zejména u mladých a kvalitní doložená prenatální péče.

Cíl 4. „Zdraví mládeže do 18 let.“ se zabývá problémem investic k zajištění pracovních příležitostí a nalezení míst optimálních investic do zdraví, které by měly vycházet z analýz zdravotního stavu, z existujícího spektra příčin nemocí, předčasných úmrtí a invalidity. Snížení výskytu těchto poruch je možno dosahovat integrovaným přístupem podpory zdraví, prevencí nemocí, klinickou léčbou a rehabilitací.

Systematickým informováním o systému péče o zdraví jako základu pro funkční zdravotní gramotnost se zabývá cíl 13: „Podmínky a příležitosti pro zdraví“ se přímo týká systematického informování, motivování a podporování zdraví v místech, kde lidé pracují a žijí. Cílem je snížit rizika a zvýšit přímou účast zaměstnavatelů a zaměstnanců na prosazování bezpečnějšího a zdravějšího životního prostředí. (Zdraví 21)

Časovým upřesněním programu Zdraví 21 je program Zdraví 2020, což je politický rámec péče o zdraví, na němž se dohodlo 53 členských států WHO v Evropském regionu, a stanovili společné cíle. Ve vztahu ke zdravotní gramotnosti jsou důležité tyto cíle:

- 1) Výrazně zlepšit zdraví a pohodu obyvatel, snížením nerovnosti v oblasti zdraví posílením veřejného zdraví prostřednictvím zdravotních systémů, které jsou univerzální, spravedlivé, udržitelné a vysoce kvalitní.
- 2) Vláda by měla poskytnout inspiraci a směr, jak lépe řešit složité výzvy zdraví v 21. století.
- 3) Dobrý zdravotní stav je přínosem pro všechna odvětví celé společnosti. Zdraví a pohoda jsou nezbytné pro hospodářský a sociální rozvoj a zásadním zájmem každého člověka, rodiny a komunity. Bez aktivního zapojení lidí jsou ztraceny mnohé příležitosti k podpoře a ochraně zdraví.
- 4) Politiky, které rozpoznají tyto skutečnosti, budou mít větší úspěch, protože zdraví přispívá ke zvyšování produktivity, efektivnější pracovní síle, zdravějšímu stárnutí a nižším výdajům na dávky nemocenského a sociálního pojištění. Dobrý zdravotní stav může podporovat hospodářské oživení a rozvoj.
- 5) Napříč evropského regionu WHO jako celku se zdraví v posledních letech zlepšilo, ale ne pro každého stejně. Jde zejména o některé sociální skupiny, jako jsou Romové či přistěhovalecké komunity. Země se zavázaly uznávat právo na zdraví každého jedince bez ohledu na etnickou příslušnost, pohlaví, věk, společenské postavení či schopnost platit.

5. Zdravotní gramotnost u občanů se zdravotním postižením

Výchovou, vyučováním a vzděláváním dětí, mládeže a dospělých se speciálními potřebami z důvodu somatického, senzorického, mentálního postižení nebo, narušení komunikační schopnosti či psychosociálního defektu, poruchy nebo omezení či jejich kombinací se zabývá vědní obor speciální pedagogika, která je součástí soustavy pedagogických věd. (Vašek, 1995)

Zdravotní gramotnost u jedinců se zdravotním postižením je velmi důležitá. Výchova ke zdraví, ale zejména ke zdravotní gramotnosti osob s postižením by měla být specifická podle druhu jejich postižení, a tím také podle jejich možností a potřeb. Mělo by být stanoveno, co je pro které postižení ta „správná vědomost“ o tom, co dělat v případě stabilního stavu, co v případě nemoci, či dokonce zdravotní krize.

Kvapilík a Černá uvádějí, že jedinci s mentálním postižením jsou v průměru více citliví na sociální a stresové situace i na konflikty všeho druhu. Nemoc je pro tyto jedince po všech stránkách více zatěžující, mívají těžší průběh (také pro časté somatické vady, které se u nich vyskytují). Za obzvláště komplikující považují srdeční onemocnění a epileptické záchvaty. Za nejčastější jsou považovány různé infekční nemoci, z nichž jsou nejčastější záněty dýchacích cest. Nepříjemnou a značně zatěžující komplikací jsou úrazy a náhlé příhody. Velmi častým průvodním jevem u mentálně postižených je obezita. (Kvapilík, Černá, 1990)

U osob se zrakovým postižením se v důsledku svalové dysbalance, vzniklé nedostatkem pohybu často objevují vady držení těla, zvýšená kyfóza hrudní páteře, skoliotické držení, zvýšená bederní lordóza a podobně. Již nepatrná porucha zraku může způsobit pokles úrovně pohybových schopností a těžké, trvalé poškození zraku poruchy svalové koordinace či prostorové orientace. Každá zraková vada tudíž značně zasahuje do života postiženého a vede ve většině případů ke změně životního stylu a celkového pohybového chování. Závažným důsledkem, který u většiny zrakově postižených můžeme pozorovat, je obezita. Časté jsou problémy v oblasti psychiky, ztráta sebevědomí a chuti do života. (Trnka, 2012)

Současný výzkum reflektuje nezbytnou potřebu efektivních programů v pohybové aktivitě zaměřených na redukci a prevenci nadváhy i u dětí se sluchovým postižením. Mládež se sluchovým postižením ve věku 6-11 let převyšuje nadváhou národní průměr. (Kurková, 2010)

Kvapilík a Černá se ve své publikaci podrobněji zabývají preventivní péčí, jejíž uplatňování u mentálně postižených považují v důsledku výše uvedených důvodů za nezbytnou. V dalších kapitolách knihy rozpracovávají zvyšování odolnosti mentálně postižených a zdůrazňují zdravý způsob života, zdravé životní prostředí, kvalitní stravování a vhodnou pohybovou aktivitu. Neopomínají otužování, osobní hygienu, sexuální výchovu, denní režim, volnočasové aktivity. V závěru publikace se zabývají bezpečností a pojištěním osob s mentálním postižením. (Kvapilík, Černá, 1990)

Navzdory všeobecnému povědomí o přínosech zdravého životního stylu je například zapojení v pohybových aktivitách dětí, žáků a studentů malé. Důsledky jsou spatřovány v tom, že mládež se zrakovým, nebo tělesným postižením (zejména s dětskou mozkovou obrnou či svalovou dystrofií) má ve srovnání s vrstevníky značně nižší úroveň habituální pohybové aktivity a rovněž více překážek pro jejich vykonávání. U sluchově postižených jedinců je problém obdobný. Hlavní faktory, které znesnadňují zapojení do volnočasových aktivit, jsou zejména pocity jinakosti, nejistota ve většinové společnosti a rovněž nedostatek dostupných informací. Informační deficit může u postižených jedinců způsobit ve srovnání s majoritní většinou znevýhodnění. V současné době jak uvádí Kurková je však jen málo studií zabývajících se problematikou vedení žáků ke zdravému životnímu stylu a stále zbývá mnoho oblastí, které by měly být zkoumány. Kurková se například ve své monografii zabývá analýzou a komparací podmínek žáků se sluchovým postižením v běžných školách a ve školách samostatně zřízených pro žáky se sluchovým postižením z hlediska výchovy ke zdraví, školní tělesné výchovy a volnočasových pohybových aktivit. Zejména připraveností a informovaností pedagogů v obou typech škol. (Kurková, 2010)

Závěr

Zdravotní gramotnost je pro jedince i pro společnost nepostradatelná hodnota. Je to schopnost činit správná rozhodnutí týkající se zdraví a péče o ně. Protože jde o rozhodování poučené, zakládající se na určitém systému znalostí, dovedností, návyků, postojů a hodnot je nezbytné spojovat získávání těchto schopností s výchovou a vzděláváním již od nejútlejšího věku. Je nutné, aby se lidé naučili brát na sebe část odpovědnosti za své zdraví.

Význam zdravotní gramotnosti stále narůstá, protože přes to, že medicína dosahuje stále větších pokroků, co se týká léčby nejrůznějších nemocí, objevují se stále nová závažná onemocnění a postižení. Obecně se soudí, že v dnešní době je snadné získávat informace o zdraví a zdravém životním stylu. Rešeršní práce však ukázala pouze dílčí zájem o výchovu ke zdravotní gramotnosti zejména u skupin, kterými se zabývá speciální pedagogika. Nedostatečná zdravotní gramotnost má za následek, že životní styl u mnoha populačních skupin nelze považovat za zdravý. Každoročně narůstají investice do zdravotnictví, protože nemocných přibývá, ale pokud by se zvýšila úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel, bylo by možné ušetřit obrovské náklady.

Nejdůležitější je, aby se zdravotní gramotnost neomezovala jen na zdravotnická zařízení, ale aby se stala přirozenou prioritou ve všech sférách života. Lidé by neměli činit správná rozhodnutí týkající se péče o zdraví jen ve zdravotnickém systému, ale také doma, na pracovišti, ve společnosti i v politice a obchodě. Znalost a orientace v systému péče o zdraví je však pro zdravotní gramotnost velmi důležitá.

Pokud chceme dosáhnout co nejvyšší úrovně zdravotní gramotnosti, je nezbytné, aby se stala součástí výchovy již u dětí, protože čím dříve si dítě osvojí potřebné znalosti, dovednosti a návyky, tím dříve mu pomohou zformovat základní postoje, názory a potřeby.

Z kapitoly č. 6 vyplývá, že se někteří odborníci zabývají problematikou zdraví a zdravého životního stylu u jedinců se zdravotním postižením. Uvědomují si některá sekundární zdravotní ohrožení a nemoci, které tyto jedince často v důsledku primárního postižení ohrožují více než ostatní populaci. Doporučují proto prevenci zejména pomocí zvýšení pohybové aktivity a vhodného stravování. Jsou to nesmírně významné poznatky, které mohou pomoci k tomu, aby se zdravotní stav postižených jedinců dále nezhoršoval. Publikací, které se zabývají prevencí dalších onemocnění, zdravým životním stylem nebo významem

tělesného pohybu u zdravotně postižených osob. Petra Kurková ve své studii uvádí, že je v současné době jen velmi málo studií týkajících se problematiky vedení dětí a žáků se zdravotním postižením ke zdravému životnímu stylu. Ale zdravotní gramotností osob s postižením jako s celkovým konceptem se dostupné zdroje nezabývají.

Domnívám se, že by byla potřeba se problematikou zdravotní gramotnosti u jedinců se zdravotním postižením více zabývat. Vyšší úroveň zdravotní gramotnosti by zkvalitnila život a zvýšila samostatnost a nezávislost občanů se zdravotním postižením.

Seznam odborné literatury:

1. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1.vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8
2. GLADKIJ, Ivan, a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press a.s. 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
3. HOLČÍK, Jan, a Adolf, ŽÁČEK, KOUPILOVÁ Ilona. *Sociální lékařství*. Brno: MU. 2007. 137 s.
4. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 2010. 294 s. ISBN 978-80-210-5239-0, MSD ISBN 978-80-7392-129-3
5. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1.vyd. Brno: MSD, spol. s r.o. 2009. 150 s. ISBN 978-80-7392-089-0
6. IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství v nelékařských zdravotnických oborů 2006. s. 240, ISBN 80-7013-442-9
7. KALMAN, Michal, a kolektiv. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků*. 1.vyd. Olomouc: Upol.cz. 2011. 112 s. ISBN 978-80-244-2983-0
8. KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n.p. 1983. s. 699. ISBN 14-545-83
9. KOMENSKÝ, J., A. Didaktické spisy. *Nová řada. sv. 1*. 2.vyd, Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 1954. 389 s. 301-02-45
10. KOVÁŘOVÁ, Pavla, a kol. *Trendy v informačním vzdělávání*. 1.vyd. Zlín: Kodiak print, s.r.o. 2012. 151 s. ISBN 978-80-87500
11. LENDEROVÁ, Milena, a Tomáš, JIRÁNEK, MACKOVÁ, Marie. *Z dějin české každodennosti*. 1.vyd. Praha: Karolinum. 2009. ISBN 978-80-246-1683-4
12. LINHART, Jiří, a kolektiv. *Slovník cizích slov pro nové století*. Litvínov: Nakladatelství Dialog. 2002. 360 s.
13. PRŮCHA, Jan, a Eliška, WALTEROVÁ, MAREŠ Jiří. *Pedagogický slovník*. 3. rozšířené a aktualizované vydání. Praha: Portál. 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2
14. RABUŠICOVÁ, Milada. *Gramotnost: staré téma v novém*. 1.vyd. Brno: Georgetown. 2002. 199 s. ISBN 80-210-2858-0

15. RESSLER, Miroslav, a Zlata, HOUŠKOVÁ. *Podpora informační gramotnosti ve veřejných knihovnách – cesta k budoucnosti*. Praha: Národní knihovna ČR. 2006. 112 s. ISBN 80-7050-500-1
16. ŘEHULKA, Evžen. *Škola a zdraví 21. Výchova ke zdraví: Podněty ke vzdělávacím oblastem*. 1.vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o. 2011. 282 s. ISBN 978-80-210-5533-9
17. SIMONOVÁ Natálie. *Vzdělanostní nerovnosti v české společnosti*. 1.vyd. Praha: Slon. 2011. 179 s. ISBN 978-80-7419-070-4
18. STREJČKOVÁ, Alice, a kol. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství fortuna. 2007. 112 s. ISBN 978-80-7168-943-0
19. VAŠEK, Štefan. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského. 2005. 142 s. ISBN 80-86723-13-5
20. WASSERBAUER, Stanislav, a kol. *Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické školy*. 2. upravené vydání. Praha: Ekon. 2000. 47 s. ISBN 80-7071-145-0
21. WHO. *Zdraví 21- zdraví pro všechny do 21. Století. Úvod k osnově politiky zdraví pro všechny v evropském regionu WHO*. Nadace CINDI, MZ ČR. Praha: Atypo s.r.o. 27 s. ISBN 80-85047-15-2
22. ZVÍROTSKÝ, Michael. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy*. Praha: Karlova univerzita, Pedagogická fakulta. 2010. 80 s. ISBN 978-80-7290-0

Elektronické zdroje

1. CCHS. Center of Health Care Strategies, Inc. *Who Has Health Literacy Problems*. 2013. [citace 1. 3. 2013, 20:20] (http://www.chcs.org/usr_doc/Health_Literacy_Fact_Sheets.pdf)
2. CILIP. Chartered Institute of Library and Information professionals. *Information literacy: definition*. 2011. [citace 3. 3. 2013, 20:20] (<http://www.cilip.org.uk/get-involved/advocacy/information-literacy/Pages/definition.aspx>)
3. ČZF – České zdravotnické fórum. *Proč podporovat zdravotní gramotnost*. 2013. [citace 3. 3. 2013, 15:40] (<http://www.czf.cz/clanek/ckz-podpora-zg>)
4. IVIG. Odborná komise pro informační vzdělávání. *Jak rozumíme informační gramotnosti*. 2010. [citace 1. 3. 2013, 12:20] (<http://www.ivig.cz/informacni-gramotnost.html>)

5. KICKBUSCH, Ilona, and Suzanne, WAIT, MAAG, Daniela. *Navigation health. The role of health literacy.* 2006. [citace 4. 3. 2013, 12 : 50] (<http://www.emhf.org/index.cfm/item>)
6. LJUBLAŇSKÁ CHARTA. *Konference o reformě zdravotní péče v Evropě, Lublaň, Slovinsko, 17 – 20. Června 1996.* [citace 3. 3. 2013, 15:11] (http://www.pacienti.cz/Ljublanska_Charta_96.htm)
7. PALÁN, Zdeněk. *Andragogický slovník.* Systém, 2013, [citace 3. 3. 2013, 15:10] (<http://www.andromedia.cz/andragogicky-slovník/system>)
8. UNESCO. Portal Unesco organization. *The Prague Declaration, Towards an information Literate Society.* 2005. [citace 2. 3. 2013, 14:50] (<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CI/CI/pdf/PragueDeclaration.pdf>)
9. WHO. Světová zdravotnická organizace, WHO. *Tallinská charta. Zdravotnické systémy pro zdraví a blahobyt.* 2008. [citace 1. 2. 2013, 15:10] (http://www.sprl.sk/zc/img/Tallin_charta_2008.pdf)

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Barbora Vencová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Mgr. Kateřina Ivanová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Zdravotní gramotnost ve speciální pedagogice
Název v angličtině:	Health Literacy in Special Education
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá zdravotní gramotností a jejím významem. Analyzuje gramotnost z obecného hlediska a její historický vývoj ve společnosti. Popisuje systém péče o zdraví a důležitost znalosti systému pro zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. Analyzuje pojem zdravotní gramotnost a jeho vývoj. Zabývá se vztahem výchovy a zdraví, výchovou ke zdravotní gramotnosti a jejím významem pro společnost i jednotlivce. Popisuje zdravotní gramotnost ve vztahu ke speciální pedagogice.
Klíčová slova:	Gramotnost, systém péče o zdraví, zdravotní gramotnost, výchova, speciální pedagogika

Anotace v angličtině:	Bachelor's thesis deals with health literacy and its significance. It analyzes literacy in general terms and its historical development in society. It describes Health Care System and the importance of system knowledge for enhancing of health literacy level. It deals with education and health relationship, education to health literacy and its significance for society and individual. It describes health literacy in relation to special pedagogy.
Klíčová slova v angličtině:	Literacy, Health Care System, Health Literacy, Education, Special Education
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	37 stran
Jazyk práce:	Český