



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Rozvoj zdravotní gramotnosti u žáků základní školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Jana Grecmanová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Rozvoj zdravotní gramotnosti u žáků základní školy*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2018

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala ZSF JČU za možnost studia. Velmi děkuji doc. PhDr. Sylvě Bártlové, Ph.D., za odborné vedení mé práce, za její rady a čas, který mi věnovala. Za totéž děkuji doc. PhDr. Márii Boledovičové, Ph.D, která byla mou první vedoucí této práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří přispěli k realizaci výzkumné části této práce.

Významné poděkování patří mé rodině za podporu a trpělivost, kterou mi věnovala po celou dobu studia.

Rozvoj zdravotní gramotnosti u žáků základní školy

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou rozvoje zdravotní gramotnosti u žáků základních škol. V teoretické části se zaměřuje na vymezení pojmu zdravotní gramotnosti, jejího významu pro společnost, důležitost jejího rozvoje a důsledky pokud je nízká. Je zde charakterizován zdravotně gramotný člověk, faktory, které zdravotní gramotnost ovlivňují a hodnotící nástroje, kterými ji lze měřit. Dále se zabývá podporou zdraví a výchovou ke zdraví ve školách, které se zdravotní gramotností úzce souvisí. Věnuje se vlivu resortu školství na zdravotní gramotnost žáků a programům na podporu zdraví ve školských zařízeních. Zabývá se školním věkem, jeho rozdělením a osobností žáka jako takového. V závěru teoretické části pojednává, jakým způsobem mohou zdravotní gramotnost ovlivnit sestry. Empirická část práce je zaměřena na žáky 7. a 9. ročníků 2. stupně základní školy, u kterých byla mapována schopnost vyhledat a zhodnotit informace týkající se zdravotní péče. Cílem bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti chlapců a dívek a pokusit se najít rozdíly v úrovni jejich zdravotní gramotnosti v závislosti na pohlaví, ročníku ZŠ, velikosti města, ve kterém žijí a na aktuálním zdravotním stavu. Ke zpracování této problematiky a zjištění stanovených cílů bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření. Data byla získána pomocí zkrácené verze standardizovaného Evropského dotazníku zdravotní gramotnosti HLS-EU-Q, a to dotazníku HLS-EU-Q16. Výzkumu se zúčastnilo 208 žáků ze dvou základních škol v Praze a z jedné v Karlových Varech.

Klíčová slova

Zdravotní gramotnost; rozvoj zdravotní gramotnosti; škola; žáci základní školy; výchova ke zdraví; podpora zdraví

The health literacy development of elementary schools

Abstract

This diploma thesis deals with the issue of the development of health literacy of pupils attending primary schools. In the theoretical part, it focuses on defining the concept of the health literacy, its importance for society, the importance of its development and the consequences of its lack. A literate person is characterized in here, the factors influencing health literacy and the assessment tools, how it could be measured. It also deals with health promotion and health education at primary schools, which are closely related to health literacy. It focuses on the influence on educational system on health literacy of pupils and on health promotion programs at school facilities. It deals with school age, its division, and the pupil's personality in common. At the end of the theoretical part, we discuss how the health literacy can influence nurses. The empirical part of the thesis is aimed at pupils of 7th and 9th grade of elementary schools, who have been inquired about their ability to look up and evaluate healthcare information. The aim has been to determine the level of health literacy of boys and girls and try to find out differences in their level of health literacy depending on the age and size of the city they are live in. A quantitative research survey has been selected to address this issue and identify the objectives set. The data was obtained using the abridged version of the standardized European Health Literacy Questionnaire HLS-EU-Q, namely the HLS-EU-Q16 questionnaire. The research was attended by 208 pupils from two primary schools in Prague and one from Karlovy Vary.

Key words

Health literacy; development of health literacy; school; elementary school pupils; health education; health promotion

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Zdravotní gramotnost.....	9
1.1.1 Definice zdravotní gramotnosti.....	10
1.1.2 Význam zdravotní gramotnosti	11
1.1.3 Modely zdravotní gramotnosti	12
1.1.4 Faktory ovlivňující úroveň zdravotní gramotnosti.....	14
1.1.5 Důsledky nízké zdravotní gramotnosti.....	15
1.1.6 Projevy zvyšování zdravotní gramotnosti	16
1.1.7 Zdravotně gramotný člověk	16
1.1.8 Hodnotící nástroje zdravotní gramotnosti	17
1.1.9 Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice	18
1.2 Rozvoj zdravotní gramotnosti.....	19
1.2.1 Význam rozvoje zdravotní gramotnosti	19
1.2.2 Program zdraví 2020.....	20
1.2.3 Podpora zdraví	21
1.2.4 Výchova ke zdraví.....	22
1.3 Škola	24
1.3.1 Podpora zdravotní gramotnosti v rezortu školství.....	25
1.3.2 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV).....	26
1.3.3 Škola podporující zdraví (ŠPZ).....	26
1.4 Žáci základní školy.....	28
1.4.1 Osobnost žáka	28
1.4.2 Charakteristika školního věku a jeho rozdělení	28
1.4.3 Fyzické změny v období pubescence	30
1.4.4 Psychické změny v období pubescence	31
1.4.5 Zdravotní gramotnost dospívajících.....	31
1.5 Zdravotní gramotnost v sesterské profesi.....	32
1.5.1 Posuzování zdravotní gramotnosti zdravotnickými pracovníky	34
1.5.2 Vliv sestry v primární péči na zdravotní gramotnost	35

1.5.3	Hodnocení zdravotní gramotnosti pacientů ze strany sester	35
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	38
3	OPERACIONALIZACE POJMŮ	39
4	METODIKA	40
4.1	Charakteristika základní verze dotazníku HLS-EU-Q	40
4.1.1	Dotazník HLS-EU-Q16.....	41
4.2	Organizace šetření.....	41
4.3	Charakteristika a popis zkoumaného vzorku.....	42
4.4	Analýza dat	45
5	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	46
5.1	Statistické testování a ověřování hypotéz.....	58
5.2	Návyky související s úrovní zdravotní gramotnosti	63
6	DISKUSE.....	66
	ZÁVĚR	76
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	78
	SEZNAM OBRÁZKŮ	87
	SEZNAM PŘÍLOH.....	88
	PŘÍLOHY	89
	SEZNAM ZKRATEK	103

ÚVOD

Zdravotní gramotnost je celosvětově aktuálním tématem. Koncept zdravotní gramotnosti nemá jen osobní význam pro každého jedince, ale je také přínosný pro celou společnost. Nízká zdravotní gramotnost lidí směřuje k celkově horšímu zdravotnímu stavu, častější návštěvnosti zdravotnických zařízení ve zbytečných situacích a tudíž i k vyšším nákladům souvisejících se zdravotní péčí. To je jeden z důvodů proč je v současné době nezbytné zdravotní gramotnost u každého rozvíjet.

Rozvoj zdravotní gramotnosti je zaměřen na celou populaci. Jednou z hlavních cílových skupin však tvoří děti školního věku. Škola je cenným a velmi vlivným prostředím pro podporu zdravotní gramotnosti, která by měla být součástí všech forem výchovy a vzdělávání.

Tato diplomová práce se zaměřuje na rozvoj zdravotní gramotnosti u žáků základních škol. Toto téma jsem si vybrala, abych se detailněji dozvěděla, jak právě děti školního věku se v této problematice orientují.

Cílem mé diplomové práce je vymezit pojem zdravotní gramotnosti a zmapovat její úroveň u vybrané cílové skupiny, tedy dospívajících. Dospívání je obecně chápáno jako významné období života v mnoha ohledech, proto i rozvoj zdravotní gramotnosti je v tomto období považován za značně efektivní.

V empirické části se zaměřím na žáky 7. a 9. tříd základních škol v Praze a Karlových Varech. Budu se zde zabývat jejich úrovní zdravotní gramotnosti, respektive jejich schopnostmi vyhledávat a zpracovávat informace, týkající se zdravotní péče v závislosti na pohlaví, ročníku základní školy a velikosti města, ve kterém školu navštěvují. Dále se pokusím zjistit, zda úroveň zdravotní gramotnosti žáků souvisí i s jejich zdravotním stavem a četností návštěv zdravotnických zařízení. Zmapuji, jak jsou na tom žáci s návyky škodlivými pro jejich zdraví, a pokusím se zjistit, zda mezi nimi a úrovní zdravotní gramotnosti existuje souvislost.

V neposlední řadě bych ráda informovala o důležitosti sester v této oblasti a jejich významném vlivu na zdravotní gramotnost a jejího zvyšování.

1 SOUČASNÝ STAV

Se stoupajícím vývojem zdravotní péče je také kladen větší důraz na to, aby byli občané aktivními účastníky, kteří se podílejí na péči o své zdraví (Nielsen-Bohlman et al., 2004). K tomu je však zapotřebí, aby měli dostatečné znalosti, schopnosti a dovednosti, které povedou k efektivní spoluúčasti na svém zdraví (Parnell, 2015). Stále častěji je s touto problematikou skloňován termín „zdravotní gramotnost“, který je dle Nutbeam (2000) používaný k popisu schopností osob splňovat složité nároky související se zdravím v moderní společnosti. Jako výsledek zdravotní výchovy a komunikačních aktivit představuje kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.

Podpora a rozvoj zdravotní gramotnosti celé společnosti je velmi významná, protože lidé s nižší zdravotní gramotností zanedbávají péči o své zdraví i možnosti prevence. Málo zdravotně gramotní jedinci zdravotnická zařízení se svými problémy navštěvují až v pozdních stádiích nemoci, kdy léčebná terapie nemusí být dostatečně účinná. Pacienti s nízkou zdravotní gramotností hůře spolupracují se zdravotníky, minimálně se podílejí na své léčbě a zabraňují tak dosáhnout potřebných výsledků (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015). To vše vede k vyššímu výskytu chronických onemocnění a život ohrožujících situací, což má za následek i zvýšení nákladů na zdravotní péči (Zarcadoolas et al., 2006).

1.1 Zdravotní gramotnost

Pojem zdravotní gramotnost poprvé použil Simonds v roce 1974 v dokumentu s názvem „Zdravotní výchova jako sociální politika“ (Osborne, 2006). Simonds žádal o doplnění osnov na základních školách. Tvrdil, že stejně jako jsou žáci gramotní v jiných oborech, tak by měli být gramotní i v oblasti zdraví (Holčík, 2009). Od této chvíle se začal zvyšovat zájem o zdravotní gramotnost a začaly se vytvářet různé definice. Jelikož se společnost ustavičně rozvíjí a potřebuje dovednosti pro své fungování, je zdravotní gramotnost aktivním a dynamickým procesem. Lidé musí starší informace stále nahrazovat novými, aby byl zachován dobrý zdravotní stav populace a informovanost pacientů (Altin et al., 2014).

Zdravotní gramotnost taktéž zahrnuje schopnosti zjistit osobní údaje poskytovateli zdravotní péče, pochopit slovní zásobu, která se týká konkrétních onemocnění, provádět režimové opatření v péči o sebe sama a orientovat se v systému zdravotní péče (Kicksbuch, 2013). Pojmu zdravotní gramotnosti se dostává stále větší pozornosti ve výzkumných pracích (Sørensen, 2013).

1.1.1 Definice zdravotní gramotnosti

Existuje mnoho definic jak porozumět termínu zdravotní gramotnost. V dostupné odborné literatuře lze najít krátké a jednoduché, ale také rozsáhlejší a obsahující širší vymezení oblasti zdravotní gramotnosti (Holčík, 2009).

Altin et al. (2014) popisuje zdravotní gramotnost jako snahu člověka získávat a zpracovávat základní informace v oblasti zdraví a tyto znalosti využívat k odpovídajícímu řešení zdraví u veškeré populace. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) znamená zdravotní gramotnost kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, pochopit je a využít je způsobem, podporujícím a udržujícím dobré zdraví (Bendl, 2015). I Holčík (2009) považuje tuto definici taktéž za velmi významnou. Sørensen (2012) doplňuje, že zdravotní gramotnost zahrnuje znalosti, motivaci a kompetence lidí k přístupu, porozumění, hodnocení a používání zdravotních informací za účelem rozhodování v každodenním životě týkající se zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví, aby se udržovala nebo zlepšila kvalita života jedince.

Kickbusch, Wait a Maag (2006) uvádí, že zdravotní gramotnost je schopnost konat správná zdravotní rozhodnutí během každodenního života – doma, v práci, na nákupu a na politické scéně. Jde o zvyšování kontroly nad zdravím a schopnosti převzít zodpovědnost za získané informace. Muro (2011) doplňuje, že je to schopnost porozumět souvislostem se zdravím a dostupným službám v dané lokalitě.

Nejjednodušší definici zmínil ve své publikaci Holčík, a to že *zdravotní gramotnost je schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací* (Centrum pro strategii zdravotní péče in Holčík, 2009, s. 14).

Rozsáhlejší definicí můžeme říct, že *zdravotní gramotnost je nástrojem, příležitostí a úkolem. Je cestou k posílení role občanů v péči o sebe, o své zdraví i o zdraví svých*

blízkých. Nabízí možnost převzít větší část odpovědnosti za vlastní život i zdravotní osud. Je v souladu se základní podmínkou rozvoje každého státu i národa: vychovat z dětí zdravé, odpovědné a vzdělané občany (Holčík, 2009, s. 101).

Jak ve své publikaci uvádí Bendl (2015, s. 304) *má-li člověk převzít zodpovědnost za zdraví své a za zdraví svých blízkých, musí k tomu mít dostatek znalostí a dovedností. Ne proto, aby mohl nahradit profesionální zdravotníky, ale aby s nimi mohl vstoupit v partnerskou spolupráci.* Holčík (2009, s. 93) upozorňuje, že *máme-li být zdravou společností, potřebujeme mít co nejvyšší zdravotní gramotnost občanů, zdravotníků, učitelů, politiků i zdravotnických organizátorů.* “

Společným rysem všech těchto definic je zaměření se na individuální schopnosti člověka získat, zpracovat a pochopit zdravotní informace a služby, které jsou nezbytné k přijetí žádoucích rozhodnutí v oblasti zdraví (Sørensen et al., 2013).

1.1.2 Význam zdravotní gramotnosti

Holčík (2010) uvádí několik tezí, které jsou k problematice zdravotní gramotnosti významné:

- ***Zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život.***
Čím dříve si dítě osvojí potřebné znalosti, dovednosti a návyky a čím dříve přispějeme k formování jeho názorů a postojů, tím větší přínos bude mít zdravotní gramotnost pro jeho zdraví.
- ***Zdravotní gramotnost je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví.***
Rozvoj zdravotní gramotnosti vede ke zvyšování úrovně zdravotního stavu celé populace.
- ***Zdravotní gramotnost je významnou součástí sociálního kapitálu.***
Nízká zdravotní gramotnost vede k ekonomickým ztrátám a ke zvýšenému zdravotnímu riziku.
- ***Zdravotní gramotnost je jedním z důležitých předpokladů cesty ke zdraví.***
Zdravotní gramotnost napomáhá jedincům zlepšovat své zdraví

- ***Zdravotní gramotnost je důležitým nástrojem rozvoje osobnosti.***

Zdravotní gramotnost posiluje schopnost lidí rozhodovat o svém zdraví a životě a zvyšuje jejich sebedůvěru.

- ***Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury.***

Zdravotní gramotnost u lidí neovlivňuje pouze jejich zdraví. Mezi zásady, které jsou součástí zdravé společnosti a její obecné kultury, patří zdravý životní styl, rozvoj pozitivních vztahů mezi lidmi a posilování osobní odpovědnosti (Holčík, 2010).

Zdravotní gramotnost se stala předmětem zkoumání mnoha výzkumů, jsou tak navrhovány různé její modely.

1.1.3 Modely zdravotní gramotnosti

Jak bylo zmíněno výše, pro lepší vysvětlení a vymezení zdravotní gramotnosti byly vytvořeny modely. Modely zdravotní gramotnosti si blíže všímají struktury zdravotní gramotnosti, její návaznosti na další pojmy a na možnosti měření a hodnocení zdravotní gramotnosti (Zvírotsky, 2009).

K nejčastěji připomínaným modelům zdravotní gramotnosti patří Nutbeamův model z roku 2000. Zdravotní gramotnost je v tomto modelu rozčleněna do tří úrovní (viz příloha 1):

1.) Funkční zdravotní gramotnost

Týká se výsledku zdravotní výchovy, která spočívá v poskytování informací o rizicích zdraví a o tom, jak se orientovat ve zdravotnickém systému. Cílem je prohloubit a rozšířit znalosti všech lidí o rizikových faktorech na jejich zdraví a vést je k přijetí předepsaných opatření. Typickými nástroji zdravotníků v této oblasti jsou např. brožurky, informační letáky a tradiční zdravotní výchova pacientů. Tento přístup nevyžaduje oboustrannou komunikaci, neposiluje samostatnost jedinců a nerozvíjí jejich schopnost řešit nestandardní zdravotní problémy. V mnoha případech je tento přístup účinný a pomáhá k zlepšení zdraví jednotlivců i celé populace (např. očkování, dodržování harmonogramu preventivních prohlídek).

2.) **Interaktivní zdravotní gramotnost**

Záměrem je rozvíjet schopnost občanů jednat samostatně při rozhodování o svém zdraví a upevňování vnitřní motivace ve snaze přispět ke zlepšení zdraví. Počítá s rozvojem schopností lidí reagovat tvůrčím způsobem na měnící se podmínky. Lze sem zařadit některé zdravotně výchovné programy, jež jsou orientované na konkrétní problémy některých populačních skupin. Zdravotničtí pracovní zde působí jako konzultanti poukazující na možnost volby a na přínosy a rizika jednotlivých aktivit.

3.) **Kritická zdravotní gramotnost**

Jde o aktivní účast na formování zdravotní politiky v místních podmínkách a podle možností i na vyšších úrovních řízení. Rozvíjí u jedinců schopnosti, týkající se nejen jejich osobního chování, ale i sociálně a politicky orientovaných aktivit, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí (Nutbeam 2000; Holčík, 2009; Zvírotský, 2009).

Z tohoto rozdělení plyne, že nejdůležitější úrovní zdravotní gramotnosti je kritická zdravotní gramotnost. Je však nutné rozvíjet všechny výše zmíněné modely v souvislosti na místní podmínky a schopnosti jedinců (Čevela a Čeledová, 2014). Model od Nutbeamena upozornil na to, že na zdravotní gramotnost můžeme pohlížet jako na riziko, pokud je nízká a jako na přínos, když je vysoká (Nutbeam, 2000).

Model zdravotní gramotnosti podle amerického Ministerstva zdravotnictví

Holčík (2010) v Systému péče o zdraví a zdravotní gramotnost uvádí model zdravotní gramotnosti, který vychází z rozdělení zdravotních informací podle amerického ministerstva zdravotnictví (United States Department of Health and Human Services) na tři základní skupiny:

- **Osobní zdravotní dimenze** - informace přispívají k ochraně a upevňování zdraví jedince a k jeho rozhodování v systému zdravotnických služeb.
- **Zdravotní dimenze** - informace jsou určeny pracovníkům ve zdravotnictví a týkají se převážně kvality a hospodárnosti poskytovaných zdravotnických služeb.

- **Populační dimenze** – informace jsou dostupné široké veřejnosti, informují o možnostech, jak zlepšit zdraví.

1.1.4 Faktory ovlivňující úroveň zdravotní gramotnosti

Jak již bylo zmíněno, zdravotní gramotnost je dynamickým konceptem, a proto by si lidé měli v průběhu života osvojovat nové informace, aby si udrželi své zdraví a mohli jednat jako informovaní pacienti. Neustále se mění kvalita a dostupnost zdravotnických služeb a vyvíjí se léčiva a léčebné postupy. To co je zdravé dnes, nemusí být zdravé za několik let (Nutbeam, 2000).

Kickbusch (2008) uvádí, že mezi faktory, které ovlivňují zdravotní gramotnost, patří především zdravotní systém, výchova a vzdělávání spolu s kulturními, sociálními, ekonomickými a politickými okolnostmi.

Holčík (2010) ve své publikaci popisuje překážky, bránící jednotlivcům i celé společnosti zvyšovat zdravotní gramotnost:

Na úrovni jednotlivce:

- stárnutí,
- nízká úroveň vzdělání, nedostatek znalostí v péči o zdraví,
- kulturní zaujatost podmíněná tradicemi,
- život se zdravotním postižením,
- nesprávné pochopení pokynů lékaře,
- snížená schopnost umět požádat lékaře o vysvětlení toho, čemu pacient neporozuměl,
- snížená schopnost umět požádat lékárníka, aby mu vysvětlil pokyny, které se týkají užívání léků,
- pocit jedince, že si nezaslouží, aby se mu lékař věnoval delší dobu.

Na úrovni společnosti:

- **Informace a komunikace** - příčinou rozdílů ve zdravotní gramotnosti je internet, který se stal pro společnost zdrojem informací první volby. Lidé s nižším vzděláním dávají přednost kratším a jednodušším textům, které vzbuzují dojem srozumitelnosti, ale mnoho takových textů je matoucích.
- **Zdravotní systém** - starší a nemocný pacient mnohdy nerozumí lékařským termínům, podceňuje důležitost sledování svého zdraví a včasného zavolání lékařské pomoci.
- **Školy** – v České republice jsou odchylky mezi jednotlivými školami. Máme nedostatek kvalifikovaných pedagogů a není věnována přílišná pozornost pro výuku tělesné výchovy a výchovy ke zdraví.
- **Zdravotničtí pracovníci** mají významnou roli nejen v péči o zdraví, ale i ve zvyšování zdravotní gramotnosti občanů. Někteří z nich si však takové role nejsou vědomi.

1.1.5 Důsledky nízké zdravotní gramotnosti

Nízká zdravotní gramotnost populace může výrazně ovlivnit účinnost a hospodárnost celého zdravotnického systému. Studie ze Spojených států, jak uvádí Kickbusch (2008) dokládají, že lidé s nižší zdravotní gramotností častěji:

- Nerozumí ústním i písemným informacím, které jim poskytuje zdravotnický personál.
- Nedovedou jednat dle doporučení a dodržovat léčebný režim.
- Nevyznají se ve zdravotnickém systému a nedostávají náležité zdravotnické služby.
- Podceňují preventivní opatření a nerespektují zásady zdravého životního stylu
- Ve větší míře využívají pohotovostní služby.
- Přicházejí pozdě a musí být proto hospitalizováni.
- Udávají horší zdravotní stav.

Nízká úroveň zdravotní gramotnosti je příčinou plýtvání v systému zdravotní péče. Pomocí kanadských dat a analýz se odhaduje, že nízká zdravotní gramotnost vede v

České republice k ročním ztrátám až 12 miliard Kč (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015).

Holčík (2009) také jako jeden z příkladů zmiňuje Spojené státy americké, kde v roce 2003 byly odhadnuty ztráty 73 miliard dolarů ročně, které přinesla nízká zdravotní gramotnost. Péče o jejich zdraví vyžaduje vyšší náklady, protože lidé s nízkou zdravotní gramotností tam častěji využívají pohotovostní služby, méně často chodí na preventivní prohlídky, jsou častěji hospitalizováni a většinou špatně dodržují pravidla pro užívání léků. Holčík dále zdůrazňuje, že v Evropě by se mohly náklady na zdravotnické služby snížit o miliony, jestliže by se podařilo zdravotní gramotnost obyvatel zvýšit.

1.1.6 Projevy zvyšování zdravotní gramotnosti

Holčík (2009) uvádí, že zdravotní gramotnost by u všech občanů měla zvyšovat:

- Vědomí, že existuje celá řada rozdílných zdrojů informací.
- Dostupnost k široké škále informačních zdrojů a doporučení, ke kterým je přístup prostřednictvím mnoha vzdělávacích metod (poslechové, vizuální, hmatové), ve formě her, příběhů, videoprogramů, internetu, komunikace v podpůrných skupinách apod.
- Schopnost rozeznat správnost poskytovaných informací.
- Znalost zdravotních problémů, vedlejších účinků, léčby a dalších informací o možnostech, které mají za cíl přijít k opravdu informovanému souhlasu pacienta a k zodpovědné spotřebě zdravotnických služeb.

1.1.7 Zdravotně gramotný člověk

Být zdravotně gramotným neznamená jen schopnost umět přečíst informace na dané zdravotní téma. Je nutné ovládat více činností, kterými jsou například vyhledávání ověřených a platných informací, které jedinec dále uplatňuje na situace, kterých se týkají. Zlepšením přístupu každému občanovi ke zdravotním informacím a tyto získané údaje využít účinně, je klíčovým posílením zdravotní gramotnosti (Kickbusch et al., 2013).

Národní síť podpory zdraví (2016, s. 3) uvádí stručnou definici, že *zdravotně gramotný je člověk, který je schopný o svém zdraví kvalifikovaně rozhodovat*. Zdravotně gramotný

člověk chápe, že být zdravý není samozřejmostí, a že o své zdraví je zapotřebí se starat. Zná zásady správné životosprávy a ví, že životní styl je v první řadě jen jeho volba a zodpovědnost. Uvědomuje si významnost životního stylu pro zdraví v dlouhodobém horizontu. Chápe, že rozhodnutí která dělá, mohou pozitivně či negativně ovlivnit jeho zdraví. Zdravotně gramotný člověk má přehled o základních skupinách volně prodejných léků a zná zásady jejich užívání. Je schopný vyhodnotit běžné příznaky onemocnění. Ví jak se má zachovat v případě poruchy zdraví a respektuje požadavky léčebného procesu (Národní síť podpory zdraví, 2016).

1.1.8 Hodnotící nástroje zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost je potřebné umět měřit a hodnotit ji (Sørensen et al., 2013). Olecká a Ivanová (2016) uvádí, že k měření zdravotní gramotnosti bylo vyvinuto mnoho standardizovaných nástrojů.

Platné a spolehlivé měření úrovně zdravotní gramotnosti občanů je významné pro zdraví celé populace. Následující dva testy byly vyvinuty v roce 1990 a zjišťují u jedinců schopnost správně vysvětlovat texty se zdravotním a medicínským obsahem, jedná se tedy o funkční zdravotní gramotnost (Guzys et al., 2015). Prvním známým nástrojem je REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně), tkví v přečtení a vyslovení 66 pojmů, které se týkají zdravotního systému (Maat et al., 2014). Jako druhým nejznámějším nástrojem je TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults - Test funkční zdravotní gramotnosti u dospělých), který je složen ze 17 otázek numerické dovednosti a 50 otázek čteného textu (Collins et al., 2012). TOHFLA je aplikován lékaři a používá materiály, se kterými se pacienti reálně setkávají, jako jsou například léky, recepty a žádanky. O 10 let později než TOFHLA byl ve Spojených státech vyvinut nástroj NVS (Newest Vital Sign), který u lidí ověřuje čtenářské i matematické dovednosti v gramotnosti. Obsahuje 6 položek pro zjištění schopnosti člověka vyhodnotit z textu o nutričních hodnotách informace, které následně může uplatnit ve svém zdraví. Potřebná délka pro vyplnění tohoto testu jsou 3 minuty (Guzys et al., 2015). Dalším nástrojem pro měření zdravotní gramotnosti je dotazník s názvem HLQ (Health Literacy Questionnaire - Dotazník zdravotní gramotnosti). Obsahuje 9 ukazatelů zdravotní gramotnosti, které odrážejí schopnosti lidí porozumět a využívat informace v oblasti zdraví (Sørensen et al., 2013). Další nástroj k hodnocení zdravotní gramotnosti se

nazývá HLS-EU-Q (The European Health Literacy Survey Questionnaire - Evropský dotazník zdravotní gramotnosti). Byl vyvinut pro měření a porovnání zdravotní gramotnosti v populacích vybraných zemí Evropy a neposuzuje pouze jedince, ale rovnou celou populaci. Zkrácená verze tohoto dotazníku (HLS-EU-Q16) byla použita do praktické části této práce, kde také bude uveden její podrobnější popis.

1.1.9 Úroveň zdravotní gramotnosti v České republice

Česká republika se zapojila do reprezentativního výzkumu v zemích EU, který proběhl na přelomu let 2014-2015, což bylo významným krokem pro zmapování stavu, kterým se do té doby v České republice nikdo nezabýval. Výsledky výzkumu byly zveřejněny na tiskové konferenci 15. října 2015 za přítomnosti Hlavního hygienika ČR a náměstka ministra zdravotnictví, MUDr. Vladimíra Valenty a vídeňského spoluautora výzkumu profesora Jürgena Pelikana (Šimůnková, Vojtíšková, 2015).

Z výsledků výzkumu (viz příloha 2) vyplývá, že Česká republika zaostává za průměrem zemí Evropské unie. Z devíti sledovaných zemí se Česká republika umístila na předposledním místě, těsně před Bulharskem. Mezi země, které v této oblasti představují špičku, patří Nizozemsko, Irsko, Německo a Polsko. Respondenti z České republiky vykazovali podprůměrnou úroveň zdravotní gramotnosti (Šimůnková, Vojtíšková, 2015).

Výzkumu, kterého se zúčastnilo celkem 1037 respondentů z celé České republiky, vyplynulo, že necelých 60 % dospělých občanů ČR vykazovalo nízkou nebo problematickou úroveň celkové zdravotní gramotnosti (Kučera et al., 2016).

Zdravotní gramotnost byla zjišťována ve třech oblastech (viz příloha 3):

1) zdravotní péče – dovednost umět se orientovat v systému zdravotní péče. Tato oblast je jediná, kde mírně převažovala nadprůměrná úroveň zdravotní gramotnosti (50,5 %).

2) prevence nemocí – schopnost najít efektivní cesty k předcházení konkrétních onemocnění. V této oblasti nedostatečnou zdravotní gramotnost vykazovalo 54,1 % Čechů (viz příloha 4).

3) podpory zdraví - schopnost získat informace, vyhodnotit je a umět se podle nich správně rozhodnout. V této oblasti vykazovalo velmi podprůměrnou úroveň zdravotní gramotnosti celkem 64,1 % respondentů z ČR (Šimůnková, Vojtíšková, 2015).

Realizátor průzkumu PhDr. Zdeněk Kučera uvedl, že nižší úroveň zdravotní gramotnosti vede k horšímu hodnocení vlastního zdravotního stavu a tím i vyšší spotřebě zdravotní péče. Dále dle výsledků připomíná, že úroveň zdravotní gramotnosti je podmíněna finanční situací občanů, jejich věkem, úrovní vzdělání a sociálním statutem (Šimůnková, Vojtíšková, 2015).

1.2 Rozvoj zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost je ovlivnitelnou determinantou zdraví (Zdraví 2020, 2014). O zdravotním stavu a délce života rozhoduje do jisté míry životní styl každého jedince. Každý uživatel zdravotního systému by měl mít základní znalosti a dovednosti, které mu poslouží k odpovídající orientaci a rozhodování se v rozsahu jeho odpovědnosti na zdraví. Proto je potřebné tyto dovednosti podporovat. Zdravotní gramotnost toto vše zahrnuje. Pomáhá jedinci najít, porozumět, vyhodnotit a dále pak použít zdravotní informace v určitých životních okolnostech (Janovská, 2017).

Ministerstvo zdravotnictví ČR (2015) uvádí, že rozvoj zdravotní gramotnosti je jedním ze zásadních faktorů ovlivňujících nejen úroveň zdravotního stavu obyvatel, ale také hospodárnost a kvalitu péče o zdraví a výsledky i dopad činnosti zdravotnictví. Zdravotní gramotnost je nezbytným prostředkem i charakteristikou zdravé demokratické společnosti. Varovným signálem je malý zájem o zdraví (zejména u mládeže) a nedostačující osobní zodpovědnost za své vlastní zdraví.

1.2.1 Význam rozvoje zdravotní gramotnosti

Holčík na 1. národní konferenci o zdravotní gramotnosti (2017) uvedl, že na rozvoji zdravotní gramotnosti se mohou podílet jak jednotlivci, tak různé organizace a občanské iniciativy. K cestě ke zdravotně gramotné společnosti uvedl tři základní cíle:

1) Posilovat schopnost občanů ovlivnit svůj zdravotní i životní osud.

- 2) *Usilovat o vstřícnější systém zdravotnictví*, jenž by i méně zdravotně gramotným jedincům pomohl přispět k lepší orientaci v systémech, které mají vztah ke zdraví.
- 3) *Spoluprací na národní i mezinárodní úrovni přizvat k rozvoji zdravotní gramotnosti co nejvíce jedinců, sociálních skupin, organizací i institucí* – zprostředkovat spolehlivé informace, které budou sloužit k motivaci lidí i k ucelování jejich osobnosti v průběhu vzdělávání, navrhopvat a zavádět nové způsoby pro zlepšení zdravotní gramotnosti. Vytvořit institucionální zázemí schopné realizovat výzkum v této oblasti.

Holčík (2017) dále uvádí, že stěžejní role pro rozvíjení zdravotní gramotnosti patří školám a všem vzdělávacím institucím. Uvedl několik doporučení, která by mohla přispět k rozvoji zdravotní gramotnosti, mezi která jako velmi důležité, uvedl zařazení problematiky zdravotní gramotnosti do vzdělávání. Podotýká, že některé užitečné aktivity, které se zaměřují na dílčí témata zdravotní gramotnosti, nejsou doposud považovány za příspěvek pro rozvoj zdravotní gramotnosti. Řadí sem např. opatření k omezení kouření, snížení užívání alkoholu, zvládnání drogové závislosti.

Pro zvyšování zdravotní gramotnosti je nepostradatelný především výzkum, jelikož rozvoj zdravotní gramotnosti musí být založen na věrohodných důkazech a na kvalifikovaných analýzách (Holčík, 2017).

1.2.2 Program zdraví 2020 (Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevenci nemocí)

Světová zdravotnická organizace (WHO) se v programu Zdraví 2020 věnuje poskytování vize, způsobům strategie, stanovuje priority a podává návrhy účinných opatření ověřených výzkumem a zkušenostmi jiných zemí. Zdravotní péče nepotřebuje jen nové finanční zdroje, ale hlavně novou zdravotní strategii, nové formy řízení zdravotnictví a péče o zdraví (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015).

Vláda České republiky schválila 13 akčních plánů v rámci Zdraví 2020 (Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevenci nemocí). Akčním plánem č. 12, je plán pro rozvoj zdravotní gramotnosti, který je považován za jeden ze základních dokumentů, které v programu Zdraví 2020 vznikly (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015).

Akční plán obsahuje šest hlavních oblastí rozvoje zdravotní gramotnosti, které se staly motivem pro přípravu dílčích projektů:

a) Strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti (příprava strategického dokumentu Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti).

b) Informace (kvalita a dostupnost, portál zdravotní gramotnosti).

c) Výchova a vzdělávání (školy, školská zařízení, celoživotní vzdělávání, pedagogičtí pracovníci).

d) Výzkum a hodnocení

e) Média (věrohodnost a kvalita informací, vzdělávání novinářů).

f) Komunitní projekty např. Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví, příklady dobré praxe (Zdraví 2020, 2014).

1.2.3 Podpora zdraví

Podpora zdraví je mnohotvárný souhrn idejí, metod a aktivit, které výrazně přispívají k rozvoji zdravotní gramotnosti (Holčík, 2009, s. 44).

Zdravotní gramotnost s podporou zdraví úzce souvisí. Podle Holčíka (2009) lze podporu zdraví označit jako soubor opatření směřujících k rozvoji zdraví, zatímco zdravotní gramotnost je jeden z výsledků podpory zdraví.

Podpora zdraví je komplex aktivit, které pomáhají jedincům podporovat a zkvalitňovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví. Obsahuje činnosti k zajištění žádoucích sociálních, ekonomických a environmentálních předpokladů pro růst zdraví. Vztahuje se na aktivity fyzických osob, jednání státu a dalších složek společnosti (Zdraví 2020, 2014, s. 12).

Salavcová (2017) v 1. národní konferenci o zdravotní gramotnosti připomíná, že zdravotní gramotnost je v České republice poměrně nový pojem a s jeho obsahem je potřeba seznámit pedagogy všech úrovní vzdělání tak, aby mohli přenechat své vědomosti z této oblasti všem žákům a studentům. Salavcová dále podotýká, že takto se bude zvyšovat zdravotní gramotnost mladé generace, která nové znalosti bude moci

uplatňovat v dospělosti, a tím by se měly ušetřit finanční prostředky v systému zdravotní péče, zlepšit prevence a snížit výskyt nemocí, kterým lze prevencí předejít.

Podpora zdraví je součástí Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV), který plně koresponduje s filozofií projektu Škola podporující zdraví (ŠPZ). Těmto programům se podrobněji budu věnovat dále. Členové koordinačního týmu ŠPZ se odborně podílejí na tvorbě RVP ZV, který školám nabízí široký prostor pro realizaci *Výchovy ke zdraví* (Machová a Kubátová, 2009).

1.2.4 Výchova ke zdraví

Zdraví je jedním ze základních lidských práv, a proto je jeho zlepšování hlavním cílem zdravotní politiky státu. (Machová, Kubátová, 2009, s. 269)

Výchova ke zdraví je jednou z priorit vzdělávání a prolíná se celou školní docházkou, klade především důraz na prevenci zdraví a na to, aby byl každý člověk zodpovědný za vlastní zdraví. Žáci si v rámci Výchovy ke zdraví upevňují zdravé, pracovní, hygienické a stravovací návyky a učí se předcházet vlastnímu ohrožení (Machová a Kubátová, 2015).

Výchova ke zdraví se utvářela pod vlivem poznatků, že zdraví není jenom individuální, ale je i společenskou hodnotou a péče není jen otázkou zdravotnického systému, ale je i středem zájmu všech sociálních soustav (Machová a Kubátová, 2015).

Výchova ke zdraví obsahuje činnosti, které rozšiřují zdravotní povědomí jednotlivce a společnosti, rozšiřuje znalosti o zdraví, učí zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví (Čeledová a Čevela, 2010). Vurm (2007) se také zmiňuje o tom, že Výchova ke zdraví využívá poznatky z mnoha vědních oborů, např.: lékařských, sociálních, pedagogických či psychologických.

Obsah výchovy ke zdraví se odvíjí dle programu Světové zdravotnické organizace (WHO) „Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století“ a ze dvou dokumentů – z „Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR Zdraví pro všechny v 21. století“ a „Akčního plánu zdraví a životního prostředí ČR“ (Machová a Kubátová, 2009; Čeledová a Čevela, 2010).

Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, které mají za cíl poskytovat lidem vhodnou cestou dostatek informací o možnostech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti v oblasti zdraví, ovlivnit postoje a přimět každého k aktivnímu zájmu o své zdraví, a ke změně chování vedoucí k posílení zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

Výchova ke zdraví je také chápána jako *souhrn výchovně – vzdělávacích aktivit zaměřených na duševní, tělesný i sociální rozvoj lidí se záměrem přispět ke zlepšení zdraví jedinců, skupin i celé společnosti; jedná se o důležitou metodu posilující zdravotní gramotnost* (Holčík, 2009, s. 32).

V širším pojetí lze výchovu ke zdraví chápat jako snahu o celkové zlepšení zdravotního stavu populace, a to uplatňovanou v procesu celoživotního vzdělávání (Průcha et.al, 2013). V užším významu je výchova ke zdraví brána za konkrétní vymezený vzdělávací obor, který se v České republice postupně rozvíjel a v současnosti je zakotven v platných kurikulárních dokumentech (Marádová, 2008b).

Jedná se o soubor výchovně - vzdělávacích aktivit orientovaných na rozvíjení zdravotní gramotnosti, která je považována za jeden z hlavních předpokladů, ke zlepšování zdraví celé společnosti. Je velmi podstatné, aby zdravotní gramotnost byla součástí výchovy od dětství, a to nejen v rodinách, ale i ve školských institucích (Holčík, 2009). Machová a Kubátová (2015) dodávají, že cílem výchovy ke zdraví na základních školách je pomoc žákům postupně utvářet základní kompetence, které představují důležitost pro zdravý život jedince, a to ve všech jeho dimenzích – duševní, fyzické a sociální. Velký důraz je kladen na prevenci a zodpovědnost každého jedince za své zdraví.

Výchova ke zdraví by měla být zaměřena zejména na děti a mládež. Pro žáky a studenty je velmi důležité vštěpování faktů o správném životním stylu, jelikož pokud budou chápat faktory, které jejich zdraví ovlivňují, budou je umět lépe rozvíjet, a upevňovat (Strejčková, 2007). Nejefektivnější je, když se Výchova ke zdraví bude zaměřovat na co nejnižší věkové skupiny, tedy děti a dospívající, protože zdravotní gramotnost je nejnadhěji ovlivnitelná již od útlého věku (Čeledová a Čevela, 2010).

Už v dětském věku se vytvářejí znalosti v oblasti zdraví a rozvíjejí se činnosti zaměřené na zachování zdraví jedince a celé společnosti. Výchova ke zdraví je nezbytná pro celou populaci, protože rozvíjí základní humánní postoje celé společnosti a ovlivňuje samotnou podstatu její existence (Čeledová a Čevela, 2010).

Mezi učební látky tohoto vzdělávacího oboru, jako jedné z oblastí RVP pro základní vzdělávání (MŠMT ČR, 2013, s. 76-78), patří:

- ***Vztahy mezi lidmi a formy soužití*** – partnerské vztahy, manželství, rodičovství, kamarádství, rodina, škola, vrstevnické skupiny a obec.
- ***Změny v životě člověka a jejich reflexe*** – dětství, puberta, dospívání, sexuální dospívání a reprodukční zdraví.
- ***Zdravý způsob života a péče o zdraví*** – výživa a zdraví, vlivy vnějšího a vnitřního prostředí na zdraví, tělesná a duševní hygiena, denní režim, ochrana před přenosnými chorobami, chronickými nepřenositelnými chorobami a před úrazy.
- ***Rizika ohrožující zdraví a jejich prevence*** – stres a jeho vztah ke zdraví, auto-destruktivní závislosti, skryté formy a stupně násilí a zneužívání, sexuální kriminalita, bezpečné chování a komunikace, dodržování pravidel bezpečnosti a ochrany zdraví, manipulativní reklama a informace, ochrana člověka za mimořádných událostí.
- ***Hodnota a podpora zdraví*** – celostní pojetí člověka ve zdraví a nemoci, podpora zdraví a jeho formy.
- ***Osobnostní a sociální rozvoj*** – sebepoznání a sebepojetí, seberegulace a sebeorganizace činností a chování, psychohygiena, mezilidské vztahy, komunikace a kooperace (MŠMT ČR, 2013).

1.3 Škola

Jak uvádí Vágnerová (2000), základní škola je první důležitou institucí, do níž se dítě dostává. Nástupem do školy se z dítěte stává žák. Tento proces s sebou nese změnu v postoji dítěte ke světu i k sobě samému (Grecmanová, 2008). Školák musí přijmout novou autoritu učitele. Daňková (2011) uvádí, že všichni členové školy, by měli přistupovat k vývoji žáků objektivně, spravedlivě a rozvíjet u dětí tvořivost, touhu po celoživotním vzdělávání. Dítě je ve škole hodnoceno na základě svých výsledků, kladné hodnocení si musí zasloužit. Nástup do školy ovlivňuje další rozvíjení dětské osobnosti. Značnou cestou předurčuje i budoucí sociální postavení každého žáka, protože

úspěšnost ve škole značí základ volby profesí (Vágnerová, 2000). Velký vliv má také spolupráce školy s rodinou. Škola zabezpečuje plnění hlavních vzdělávacích cílů a rozšiřování schopností, dovedností i rozvoj mnohých vlastností dětí.

1.3.1 Podpora zdravotní gramotnosti v resortu školství

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se z pohledu zlepšení zdravotní gramotnosti jeví jako nejefektivnější přístup zaměřený na děti. Právě v tomto stadiu života dochází k nastavení návyků, které jsou nejlepší predispozicí pro zdravý životní styl i v dospělém věku (Šteflová, Švec, 2017).

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT) spolupracuje s resorty, kterých se týká problematika zdravotní gramotnosti, a to zejména s Ministerstvem zdravotnictví. MŠMT se podílelo na tvorbě několika akčních plánů Národní strategie Zdraví 2020 a podporuje evropský projekt „Škola podporující zdraví“ a spolupracuje se Státním zdravotním ústavem. Také finančně podpořilo 28 projektů, zabývajících se zlepšením životního stylu žáků základních škol. Finanční podporu vyhláší v oblastech sportu, uhrazení obědů žáků ze sociálně slabších rodin, prevence rizikového chování a dalších projektů. MŠMT dále spolupracuje s Ministerstvem zemědělství na evropských projektech „Ovoce a zelenina do škol“ a „Podpora spotřeby školního mléka“. V současnosti MŠMT realizuje pokusné ověřování „Hodina pohybu navíc“, jehož snahou je zavést aktivní pohybové aktivity do života dětí na základních školách (Salavcová, 2017).

Zdraví je hlavním předpokladem pro aktivní, spokojený život a pro optimální pracovní výkonnost, z tohoto důvodu je praktické ovlivňování podpory a ochrany zdraví jednou z priorit základního a středního vzdělávání. Obsah výchovy a vzdělávání, jenž lze zahrnout pod oblast zdravotní gramotnosti, je značně široký (Havlíková, 2006).

Salavcová (2017) vysvětluje, že jsou stanoveny povinné obsahy vzdělávání pro celou Českou republiku, a to i v oblasti zdravotní gramotnosti u dětí a žáků od předškolního až po střední vzdělávání. Vzdělávací oblasti, které zajišťují zdravotní gramotnost žáků, nesou základní podněty pro prospěšné ovlivňování zdraví (činnosti, způsob chování, poznatky). Žáci se učí zásady zdravého životního stylu a jejich výchova je směřována k jejich využívání ve svých životech i k osvojování patřičného chování při ohrožení v každodenních činnostech i při mimořádných událostech. Aby tyto záměry mohly být

naplněny, je potřebné žáky účinně motivovat a posílit jejich zájem o problematiku zdraví.

Při realizaci je žádoucí, aby byl kladen důraz zejména na praktické dovednosti a jejich aplikování v modelových situacích i v denním životě školy. Z tohoto důvodu je zásadní, aby se celý život školy shodoval s tím, co se žáci o zdraví učí a co v oblasti zdraví potřebují. Vzdělávání musí být ze začátku výrazně ovlivněno kladným osobním příkladem učitele a celkovou vlídnou atmosférou ve škole. Postupně je kladen důraz i na větší samostatnost a zodpovědnost žáků v jednání a činnostech, které souvisejí se zdravím. Pokud bude vzdělávání chápáno tímto způsobem, bude základem pro utváření aktivních přístupů žáků k rozvoji zdravotní gramotnosti (Salavcová, 2017).

1.3.2 Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZV)

Upravený rámcový vzdělávací program je platný od 1. září 2013 (MŠMT ČR, 2013).

RVP ZV je pedagogickým dokumentem, kterým se řídí všechny typy škol poskytující základní vzdělávání. Program obsahuje 9 cílů základního vzdělávání, 6 klíčových kompetencí, 10 vzdělávacích oblastí a 6 průřezových témat. RVP ZV stanovuje očekávané výstupy a učební látky (Brůžková, 2013).

Ve vzdělávací oblasti *Člověk a zdraví* jsou žáci seznámeni s riziky ohrožující zdraví, naučí se základní dovednosti k podpoře zdraví a odpovědnosti za své zdraví. Je nezbytné vést žáky k pochopení hodnot zdraví a vhodně je motivovat, aby získali zájem o problematiku zdraví.

Vzdělávací oblast *Člověk a zdraví* je realizována ve vzdělávacích oborech *Výchova ke zdraví* a *Tělesná výchova* (MŠMT ČR, 2013).

1.3.3 Škola podporující zdraví (ŠPZ)

ŠPZ je celoevropským programem Světové zdravotnické organizace na podporu zdraví ve školách (Havlínová, 2006). Machová a Kubátová (2009) dodávají, že projekt „*Škola podporující zdraví*“ se stal velmi úspěšným projektem podpory zdraví ve školním prostředí. Frohlichová (2012) uvádí, že cílem programu je dosáhnout možnosti pro každé dítě, aby mohlo být vzděláváno ve škole, která svou činností podporuje zdraví.

Projekt je založen na holistickém modelu zdraví ve smyslu definice Světové zdravotnické organizace, má svou filozofii a orientuje se na systematické včlenění podpory zdraví do všech aktivit, které škola vyvíjí, a to na nejširší možné bázi (Machová, Kubátová, 2009, s. 266).

Obsahem programu podpory zdraví ve škole jsou tři pilíře podpory zdraví:

1. pohoda prostředí,
2. zdravé učení,
3. otevřené partnerství (Machová, Kubátová, 2009).

Mezi obecné zásady ŠPZ, jak uvádí Holčík (2010), patří:

- ***Dítě by se mělo učit vážit si svého zdraví a též sebe sama.***

I přesto, že člověk bude vědět o zdraví a nemocech všechno možné, těžko bude pečovat o své zdraví, pokud si nebude vážit sám sebe a svého zdraví.

- ***Dítě by se mělo učit rozhodovat a osobně převzít důsledky svých rozhodnutí.***

Je žádoucí, aby dítě pouze neposlouchalo rozhodnutí dospělých, ale aby se učilo také samostatnosti a odpovědnosti, kterou by mělo přijímat za sebe i za své blízké.

- ***Dítě by si mělo vážit vzdělání a těšit se z nových poznatků.***

Dítě by školu mělo považovat jako místo rozvoje svých schopností, znalostí i své osobnosti. Do školy by mělo chodit rádo a nevnímat školu jako nepříjemnou povinnost.

- ***Dítě by se mělo učit chápat provázanost jednotlivých aktivit, které směřují ke zdraví a také spojitost s úsilím společnosti chránit svoji existenci a úspěšně se rozvíjet.***

- ***Nejdůležitějším nástrojem výchovy je opravdový zájem o děti, jejich zdraví a též osobní příklad ve výchově.***

1.4 Žáci základní školy

V této kapitole je věnována pozornost vývojovým specifikům žáků základních škol, především u žáků staršího školního věku tedy v období 11-15 let. Tito žáci na základní škole navštěvují 2. stupeň. A právě u žáků 2. stupně základní školy, konkrétně v 7. a 9. ročnících byl proveden výzkum, který je interpretován v praktické části práce.

1.4.1 Osobnost žáka

Zvírotský (2009) uvádí, že každý žák je jedinečná osobnost, která vyžaduje individuální přístup. Přizpůsobení jednoho žáka na školní prostředí působí i na ostatní žáky a ovlivňuje tak školní prostředí.

Významný vliv na formování osobnosti žáka má vrstevnická skupina, respektive ve škole jeho třída a její klima. Ovlivňuje jeho společenský i morální vývoj, působí na jeho život i životní spokojenost (Grecmanová, 2008).

Podle Zvírotského (2009) vytváří kolektiv žáků malou sociální skupinu, která má své zákonitosti a má vliv na spokojenost a zdraví svých členů. Gavora (2010) doplňuje, že klima třídy ovlivňuje míru spokojenosti žáka ve třídě, to jestli si žáci spolu rozumí, jaký stupeň soutěživosti mezi nimi panuje a jaká je pospolitost třídy jako sociální skupiny. *Žáci jsou na jedné straně pramenem k pochopení klimatu školy, na druhé straně jsou jako členové třídy nebo školy jeho spolutvůrci, a mají tak na klima dvojí vliv. Osobní znaky žáků můžeme sledovat jako jejich individuální znaky nebo znaky třídy.* (Grecmanová, 2008, s. 68). Za tyto znaky považujeme kognitivní schopnosti, zájmy a postoje žáků, motivace ke vzdělání.

Zvírotský (2009) ve své publikaci uvádí, že každý člověk v roli vychovávaného a vyučovaného je vystaven určitému tlaku a je jistým způsobem omezován a často hodnocen. Osobnost žáka má významný vliv na to, jak bude tyto nároky zvládat. Daňková (2011) uvádí, že pedagogičtí pracovníci, by měli přistupovat k vývoji žáků objektivně a spravedlivě a rozvíjet u dětí touhu po celoživotním vzdělávání.

1.4.2 Charakteristika školního věku a jeho rozdělení

Vágnerová (2000) zdůrazňuje, že toto období je důležitým sociálním mezníkem. Dítě dostává do role žáka a s nástupem do školy mu přichází i povinnosti. Škola ovlivňuje

další rozvoj osobnosti často zásadním způsobem. Langmeier a Krejčíková (2006) uvádí, že psychoanalýza toto období označila jako etapu latence, kdy je ukončena jedna část psychosexuálního vývoje. Pudová a emoční stránka osobnosti dřímá až do období pubescence.

Období, kdy je dítě povinno školní docházky, lze podle Vágnerové (2000) rozdělit do tří fází.

- **Raný školní věk (od 6 do 9 let)**

Podle Vágnerové (2000) je pro toto období charakteristická změna sociálních rolí a sociálního postavení. V tomto období děti začínají uvažovat jiným způsobem než doposud. Vývojově podmíněné změny v jejich myšlení, dětem umožňují zvládat nároky učiva. Škola jejich rozumové schopnosti dále rozvíjí. Říčan (2010) se v souvislosti s tímto obdobím zmiňuje o komplexu méněcennosti, který je spojen s pocitem neúspěchu. Autor tvrdí, že je potřeba žáky motivovat a snažit se tomuto komplexu předejít. Langmeier a Krejčíková (2006) zmiňují, že pro většinu dětí je toto období velmi náročné z pohledu zvyšujících se nároků na vzdělání a pracovní výkonnost.

- **Střední školní věk (od 9 do 12 let)**

Střední školní věk se týká období, kdy dítě pomalu přechází na druhý stupeň základní školy a pomalu začíná dospívat. Langmeiera a Krejčíková (2006) toto období označují za fázi prepuberty, která začíná prvními známkami pohlavního dospívání s nástupem sekundárních pohlavních znaků.

- **Starší školní věk (od 12 do ukončení základní školy, respektive do 15 let)**

Jedná se o období pubescence, neboli první fázi dospívání, která je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období dochází ke komplexní proměně všech složek osobnosti. Mnoho změn je podmíněno biologicky, ale vždy je značně ovlivňují faktory psychické a sociální. Období se projevuje změněným prožíváním, uvažováním a postupným osamostatňováním z vázanosti na rodiče (Vágnerová, 2000). Langmeier a Krejčíková (2006) dodávají, že se u pubescenta začínají prosazovat i jiné mimoškolní aktivity. Dále autoři tvrdí, že současně s biologickým zráním probíhá i velká řada psychických změn. Souběžně s tím dochází k novému sociálnímu začlenění jedince (Langmeier, Krejčíková, 2006).

Jak uvádí Vágnerová (2000) toto období zahrnuje komplexní proměnu osobnosti. Celkový průběh dospívání je závislý na kulturních a společenských podmínkách, ze kterých plynou očekávání a požadavky dané společností vůči dospívajícímu. Charakteristické pro toto období je hledání, ve kterém má jedinec zvládnout vlastní proměnu, dosáhnout přijatelného sociálního postavení a vytvořit si zralejší formu vlastní identity.

Během dospívání dochází k celkové fyzické, morální a psychické proměně (Dolejš, et al., 2014). Mění se výkonnost duševní činnosti, postoje, sebeuvědomění, zájmy a hodnoty (Čačka, 2000). Dochází k formativním změnám celé osobnosti. Vývoj a zrání člověka v dospívání v dnešní době také znesnadňují rychlé proměny v okolním světě (Machová a Kubátová, 2009).

1.4.3 Fyzické změny v období puberty

Vágnerová (2000) uvádí, že tělesné změny v dospívání (jako je růst postavy, sekundární pohlavní znaky, proměna proporcí, pohlavní dozrávání atd.), které jsou významným signálem dospívání, podmiňují subjektivní vnímání pubescenta, které pro něj může představovat zátěž. Tato změna bývá intenzivně prožívána, protože vlastní zevnějšek je součástí identity každého jedince. U dívek, které obvykle dospívají dříve než chlapci, jsou sekundární pohlavní znaky nápadnější než u chlapců. U chlapců se jedná o růst, svalů a celkové zesílení. Vágnerová také zmiňuje, že tělesné zrání je proces, který má psychosociální důsledky a je stimulem pro další změny, které mohou úspěšně proběhnout jen tehdy, je-li na ně jedinec dostatečně připraven (Vágnerová, 2000).

U pubescentů je velmi důležitý význam zevnějšku. Stále více se zaměřují na vlastní tělo, jehož viditelná proměna přitahuje jejich pozornost. Obzvláště dívky se svým zevnějškem zabývají více než čímkoliv jiným a obvykle bývají se sebou nespokojené i ty nejatraktivnější. Objevují se u nich tendence k uniformitě, která s jistotou zaručuje pozitivní hodnocení, i když za cenu ztráty identity. Na konci tohoto období se naopak začíná objevovat individuální styl jedince a už nepotřebuje napodobovat model, který je sociálně sebevíc oceňován, což je důsledkem zrání jejich osobnosti (Vágnerová 2000).

1.4.4 Psychické změny v období puberty

Ve Vágnerové Vývojové psychologii (2000) se dočteme, že dospívání podle Eriksona charakterizuje hledání vlastní identity, boj s nejistotou a pochybami o sobě samém i o své pozici ve společnosti. V rámci tělesných změn jsou podmíněny i funkce hormonů, které přinášejí větší kolísavost emočního ladění, větší labilitu a tendenci reagovat přecitlivěle různé podněty i běžné události z okolí. V rámci celkového vývoje dochází ke změně způsobu myšlení, kdy je jedinec schopný uvažovat abstraktně.

U jedinců se projevují časté a nápadné změny nálad, impulzivita, nepředvídatelné reakce, nestálost postojů, obtíže při koncentraci a emoční nestálost ztěžující často systematické učení, změny ve školním prospěchu, zvýšená unavitelnost, vnitřní konflikty a denní snění, které odvádí pozornost od reality (Langmeier a Krejčířová, 2006).

1.4.5 Zdravotní gramotnost dospívajících

Již žáci základních škol by měli plně chápat, že být zdravý není samozřejmostí a že o zdraví je potřeba pečovat. Měli by vědět, že většinu nemocí lze zabránit prevencí a takto by se měli i chovat. Dospívající chápe, že při poruše zdraví a v nemoci musí respektovat požadavky léčebného režimu. Již zná fungování svého těla a umí vyhodnotit odchylky od normálního stavu. Se zdravotníky spolupracuje a dokáže přesně popsat projevy svých potíží (Národní síť podpory zdraví, 2016).

Žáci druhého stupně základní školy by se měli učit rozumět reálným rizikům vzniku úrazu v běžném životě a umět se tak chovat zodpovědně. Učí se jak se správně zachovat v situaci ohrožení zdraví či života svého nebo druhých (Národní síť podpory zdraví, 2016).

1.4.5.1 Vymezení obsahu zdravotní gramotnosti dospívajících

Vymezení obsahu zdravotní gramotnosti naší cílové skupiny, tedy žáků 2. stupně základních škol, je popsáno v projektu *Zdravotní gramotnost mladých dospělých*, kde autoři vycházeli z modelu Světové zdravotnické organizace (WHO) a rozdělili jej na tři oblasti:

- **Oblast podpory zdraví**, do které jsou zařazeny kompetence životního stylu (výživy, tělesné aktivity, denního režimu, duševní pohody, návykové chování) a péče o prostředí (domácnost, instituce, veřejný prostor).
- **Oblast prevence nemocí**, která zahrnuje kompetence jako je základní hygiena, prevence infekčních nemocí, úrazů a neinfekčních nemocí, a také přístup k medicíně založené na důkazech.
- **Oblast zdravotní péče**, do které patří kompetence ošetrovatelské péče (rozpoznání příznaků poruchy zdraví, svépomoc a pomoc při poruše zdraví, dodržování léčebného režimu) a neodkladné první pomoci a bezpečného chování (Národní síť podpory zdraví, 2016).

Publikace Národní sítě podpory zdraví (2016) Zdravotní gramotnost mladých dospělých uvádí, že pro úspěšné využití zdravotní gramotnosti v každodenním životě lze uplatnit postup: „*Chci- Umím- Mohu*“

- **Chci** - vnitřní motivace je potřebná v každém věkovém období jedince, orientuje naše jednání k dopracování se konkrétního cíle.
- **Umím** - jedinec musí kromě motivace disponovat i základními znalostmi, které budou přiměřené jeho věku a dostatečné pro rozhodování v rozsahu jeho odpovědnosti. Potřebné informace by měl jedinec umět hledat, chápat a vyhodnotit a použít je v daných situacích. Nezbytnou součástí je schopnost jednat podle těchto informací a poznatků v aktivitách každodenního života.
- **Mohu** - utvoření potřebných podmínek pro to, aby jedinec byl schopen své znalosti, schopnosti a zájmy využít v každodenním životě, je ovlivněno mnoha faktory, z nichž lze jen část ovlivnit a zajistit jím samým (Národní síť podpory zdraví, 2016).

1.5 Zdravotní gramotnost v sesterské profesi

Sestry představují největší skupinu zdravotnických pracovníků, mají tak silný vliv na zdravotní gramotnost občanů, protože tráví s pacientem mnoho času a nejvíce se podílí na samotné péči, edukaci a komunikaci (Pfeiferová, Seifert, 2017). Chan (2014) doplňuje, že zdravotní sestry mají díky své početní převaze mezi zdravotnickými pracovníky velký potenciál realizovat změny v systému zdravotní péče a vylepšit kvalitu zdravotní edukace. Beauchamp a Sparkes (2014) vidí výhodu sesterské profese

především v tom, že sestry stráví s pacienty mnohem více času než ostatní zdravotničtí pracovníci a tím jsou přímo zodpovědné za poskytnutí informací o zdravotní problematice.

Další výhodou zdravotních sester je fakt, že do jisté míry tvoří prostředníka mezi lékařem a pacientem. Mohou tak být zásluhou účinnějšího pochopení poskytnutých informací v oblasti zdravotní péče a tím zvýšit zdravotní gramotnost svých pacientů (Betz et.al, 2008).

Kennard (2016) upozorňuje na to, že přesto, že je zdravotní edukace ve velké míře v rukou sester, často v ošetrovatelství chybí povědomí o problematice zdravotní gramotnosti. Edukace je podle Johnsona (2015) vnímána jako účinný nástroj, díky kterému mohou sestry pomoci občanům efektivněji pečovat o své zdraví a zlepšit tak jejich celkový zdravotní stav. Názor DeCaro et al. (2015) poukazuje na to, že sestry nevěnují zdravotní gramotnosti dostatečnou pozornost a neuvědomují si účinnost tohoto jevu na vliv celkového zdraví populace.

Kaas et. al (2016) uvádí, že zdravotní gramotnost sester je na nízké úrovni. Zmiňuje se o kalifornské studii autorů Macabasco-O'Connell a Fry-Bowers (2011), z jejichž výsledků vyplynulo, že znalosti samotných sester v oblasti zdravotní gramotnosti jsou omezené a že si sestry jen velmi málo uvědomují svoji roli v této oblasti.

Vliv sester v problematice zdravotní gramotnosti může být významný. Tvrzení Macabasco-O'Connell a Fry-Bowers (2011) upozorňuje na klíčovou roli v přímé péči o pacienta, která může výrazně ovlivňovat informovanost pacientů, jejich zdravotní gramotnost a tím i jejich zdraví. Je nezbytné, aby sestry v této problematice byly vzdělávány, jelikož to je jedna z nejdůležitějších cest, jak dosáhnout kladných výsledků v oblasti zdraví pacientů. Zvyšování zdravotní gramotnosti populace však není pouze výsledek teoretických znalostí sester. Jedním ze základních předpokladů pro efektivní působení sestry v oblasti zdravotní gramotnosti je její naslouchání, empatie, dobrá komunikační schopnost, umění upravit edukaci individuálním potřebám pacienta a snaha věnovat této aktivitě dostatečné množství času. Jedná se tak o konkrétní osobnostní předpoklady, které nemohou být sestrám předány pouze na základě určitého vzdělání.

Kaas et al. (2016) v časopisu *Kontakt* uvádí, že je žádoucí a důležité se intenzivně zaměřit na preventivní činnost v rámci ošetrovatelského vzdělávání, klinické praxe i výzkumu a zaměřit se na vzdělávání sester v této oblasti. Dále upozorňuje, že je to účelné především kvůli stále rostoucímu výskytu onemocnění, kterým můžeme často předejít pouhou prevencí a právě sestry by měly představovat hlavní aktéry v této problematice. Jak již bylo zmíněno, *sestry tvoří silnou, početnou skupinu, která má potenciál pro účinné působení na zdraví společnosti a tím zefektivnění celého systému péče o zdraví* (Kaas et al., 2016, s. 16).

1.5.1 Posuzování zdravotní gramotnosti zdravotnickými pracovníky

Chan (2014) uvádí, že co nejpřesnější posouzení zdravotní gramotnosti pacienta ze strany zdravotníků je hlavním krokem k efektivní komunikaci a dosažení fungujícího vztahu sestra – pacient. Z výsledků studie, kterou se zabývali Dickens a Piano (2013) se totiž ukazuje, že sestry nesprávně identifikují pacienty s nízkou zdravotní gramotností. Většina sester pacienty přeceňuje, což může vést ke špatným výsledkům v oblasti zdraví. Chan (2014) a Sand-Jecklin et al. (2010) dále upozorňují, že závažný problém je v nadhodnocení a přecenění zdravotní gramotnosti jedince ze strany sester, kvůli kterému dochází k neefektivní komunikaci a nedorozumění. Důležité je, aby sestra zavčas odhalila nízkou zdravotní gramotnost pacienta a následně mu přizpůsobila edukaci, protože pro jedince s nízkou zdravotní gramotností bývá obtížné, častokrát až nereálné, dodržovat jakákoliv preventivní či režimová opatření. Sand-Jecklin et al. (2010) dodává, že každý zdravotník by měl být schopen posoudit zdravotní gramotnost pacienta a svůj zájem by měl zaměřit právě na osoby s nízkou zdravotní gramotností a realizovat tak účinná opatření, která povedou k porozumění důležitým informacím.

Podle Sperose (2011) je zmapování zdravotní gramotnosti pacientů důležité především proto, že sestry komunikují s pacienty způsobem, který je v souladu s individuálními informačními potřebami každého pacienta. Coleman (2011) upozorňuje, že zdravotníci postrádají školení o pravidlech zdravotní gramotnosti. Dickens a Piano (2013) se zmiňují o usnadnění mapování zdravotní gramotnosti v ošetrovatelství využíváním screeningových nástrojů. Upozorňují však na fakt, že ne všechny jsou lehce použitelné.

Podle Kaase et al. (2016) lze usuzovat, že schopnosti sester posoudit přesnou úroveň zdravotní gramotnosti pacienta je nezbytně nutným krokem k tomu, aby mohlo být toto pojetí v ošetrovatelství úspěšně využíváno. Kaas dodává, že v této spojitosti se nabízí

jako velmi žádoucí zaměřit se na vytvoření univerzálního instrumentu, který by se v ošetrovatelské praxi uplatnil jako standardizovaný nástroj, který by sestřám usnadňoval monitoring zdravotní gramotnosti pacientů.

1.5.2 Vliv sestry v primární péči na zdravotní gramotnost

Pfeiferová a Seifert (2017) uvádí, že praktický lékař a jeho sestra mají největší možnost ze všech ostatních lékařských profesionálů, ovlivňovat zdravotní gramotnost svých pacientů, prostřednictvím uspořádaných aktivit (preventivní prohlídky) či příležitostných intervencí (např. proti kouření, spotřebě alkoholu, zlepšení pohybového režimu). Tyto intervence nejsou vždy namířeny jen na konkrétního pacienta, ale mohou ovlivnit celou rodinu, popřípadě komunitu.

Praktický lékař společně s jeho zdravotní sestrou stojí v systému péče o zdraví nejbližší občanovi. Jsou obvykle prvními, kteří mají kontakt s občanem při jeho hledání odborné zdravotnické pomoci a zprostředkovávají mu specializovanou péči. V ordinaci se lékař se sestrou nesetkávají pouze s nemocnými, ale i s lidmi bez poruchy zdraví, jež přicházejí z důvodu prevence či zhodnocení svého zdravotního stavu pro různé účely. Sestry, které pracují v primární péči, mohou navázat důvěrnější vztah s pacientem, což může vést ke snazšímu předávání informací, které jsou důležité pro rozhodování o vlastním zdraví (French, 2015).

Sestra u praktického lékaře by měla především poskytovat citlivou komplexní a individualizovanou péči s ohledem na zdravotní gramotnost svých pacientů a zároveň se na zvyšování zdravotní gramotnosti podílet (Pfeiferová, Seifert, 2017).

Pfeiferová a Seifert (2017) na 1. národní konferenci o zdravotní gramotnosti uvedli, že nejnižší návštěvnost preventivních prohlídek u praktického lékaře je v adolescentním věku, v období po přechodu od pediatra k praktickému lékaři pro dospělé. Z hlediska nemocnosti lze tento fakt akceptovat, ale z pohledu působení na zvyšování zdravotní gramotnosti, je tento jev nepříznivý. Proto je tato věková skupina cílovou pro budoucí intervence.

1.5.3 Hodnocení zdravotní gramotnosti pacientů ze strany sester

Sestry mohou v primární a sekundární péči minimalizovat nedostatky na úrovni zdravotní gramotnosti při realizaci edukační intervence tím, že ji nejprve identifikují

validními nástroji či v diagnostickém rozhovoru a přizpůsobí obsah a metody zprostředkování zdravotních informací. Identifikace zdravotní gramotnosti klienta může být v klinických podmínkách často ztížena. Jedním z nejčastěji jmenovaných důvodů je ostuda či ostych vyjádřit problém s přečtením nebo porozuměním informací podaných v tištěné nebo mluvené podobě. Pacienti často používají "maskovací strategie", jako je vyjádření "Zapomněl jsem si brýle," nebo usilují vtipkováním či humorem odvést pozornost od toho, že nedokázali informací nebo dané situaci porozumět (DeYoung, 2009).

Vhodnou složkou edukační intervence pro pacienty s omezenou zdravotní gramotností, ale i ve snaze zvyšovat zdravotní gramotnost je zjednodušení textových edukačních materiálů, použití zvýrazňovacích barev na označení důležité části, zjednodušení slov a zkrácení vět nebo ilustrace. Hlavním těžištěm však zůstává ústně podaná informace s kontrolou zpětné vazby. Takové formy správné interpretace informací pacientům mohou prokázat skutečnou úroveň porozumění obsahu informací a přispět k nižšímu výskytu pochybení z nevědomosti a zvýšení zdravotní gramotnosti pacienta (Dingová, Jakubcová, 2011).

Pro usnadnění monitoringu zdravotní gramotnosti pacientů ve zdravotnickém prostředí bylo vytvořeno několik hodnotících nástrojů, z nichž jsem pro příklad některé z nich vybrala. Tyto nástroje mohou být použity pro výzkumy nebo na účely plánování programů (DeYoung, 2009):

RealD (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)

RealD je test, který slouží pro měření zdravotní gramotnosti v oblasti stomatologie. Je dělený na okruhy a zaznamenán na 0-99 měřítku. Vyšší skóre označuje lepší gramotnost. Je navržen tak, aby se dala rychle vyhodnotit přibližná úroveň zdravotní gramotnosti pacientů ve vztahu ke stomatologii.

SILS (Single Item Literacy Screener)

Tento test má jednu jedinou položku. Nástroj je určen na identifikaci pacientů, kteří potřebují pomoc při čtení informací týkajících se zdraví. Přístroj se ptá na jednu otázku "Jak často musíte mít někoho, kdo vám pomůže, při čtení návodu, letáků nebo jiných písemných materiálů od svého lékaře nebo lékárníka? "S možnými odpověďmi od "1"

(nikdy) do "5" (vždy). Autoři identifikovali cut-off bod jako "2" s cílem zachytit všechny pacienty, kteří potřebující pomoc.

LAD (Literacy Assessment for Diabetes)

LAD je screeningovým nástrojem k posouzení schopnosti dospělých pacientů číst běžné výrazy o výživě a lékařské termíny nebo pojmy specifické pro diabetes. Účelem této zkoušky je poskytnout informace o gramotnosti pacienta pro zdravotnický personál, který pomáhá pacientům s diabetem pochopit nutriční oblast a lékařské pokyny.

NLS (Nutritional Literacy Scale)

Tento nástroj hodnotí gramotnost pacienta o potřebě správné výživy. 24 položkový test zahrnuje aktuální nutriční pojmy, na které pacienti odpovídají. Prvních 12 otázek je otevřených a v posledních 12 položkách se pacient může rozhodnout mezi dvěma možnostmi odpovědí. Test může být podáván bez časového omezení. Tento test pomáhá zdravotnickým pracovníkům pochopit, jak vyhovět potřebám pacientů.

SMOG (Simple Measure of Gobbledygook)

Je nástroj pro hodnocení úrovně čitelnosti tištěného materiálu. Nástroj je obzvláště užitečný, je-li edukační materiál v písemné formě a pacient či rodina pacienta nemusí mít přístup k původnímu dokumentu.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

V této kapitole jsou popsány cíle a pracovní hypotézy, které jsem stanovila pro empirickou část práce.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti žáků 7. a 9. ročníků základních škol.

Pro mou diplomovou práci byly stanoveny následující dílčí cíle a hypotézy:

Stanovené dílčí cíle pro empirickou část:

Cíl 1: Zmapovat schopnosti žáků 7. a 9. tříd ZŠ vyhledat a zhodnotit informace, týkající se zdravotní péče.

Cíl 2: Zjistit rozdíly úrovně zdravotní gramotnosti mezi pohlavími.

Cíl 3: Zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti v závislosti na zdravotním stavu žáků.

Cíl 4: Zmapovat vliv velikosti města na zdravotní gramotnost žáků.

Cíl 5: Zjistit závislost úrovně zdravotní gramotnosti na četnosti návštěv zdravotnických zařízení žáků.

Stanovené hypotézy pro empirickou část:

H1: Dívky udávají vyšší úroveň zdravotní gramotnosti než chlapci.

H2: Žáci 9. třídy mají lepší schopnost vyhledávat a zhodnotit informace o zdravotní péči než žáci 7. třídy.

H3: Žáci ve větším městě (Praha) udávají vyšší úroveň zdravotní gramotnosti než žáci v menším městě (Karlovy Vary).

H4: Žáci s dobrým zdravotním stavem mají lepší zdravotní gramotnost než žáci s horším zdravotním stavem.

H5: Žáci s nižší zdravotní gramotností navštěvují zdravotnická zařízení častěji než žáci s vyšší zdravotní gramotností.

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ

Zdravotní gramotnost:

Zdravotní gramotnost může být definována jako schopnost, jedince získávat, porozumět a využívat informace týkající se zdraví, za účelem podpory a udržení dobrého zdraví (Sørensen et al., 2013).

Výchova ke zdraví:

Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, které mají za cíl poskytovat lidem vhodnou cestou dostatek informací o možnostech, jak předcházet nemocem, zlepšit znalosti v oblasti zdraví, ovlivnit postoje a přimět každého k aktivnímu zájmu o své zdraví, a ke změně chování vedoucí k posílení zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

Žák základní školy:

Každý žák je jedinečná osobnost, která vyžaduje individuální přístup. Přizpůsobení jednoho žáka na školní prostředí působí i na ostatní žáky a ovlivňuje tak školní prostředí (Zvírotsky, 2009).

Starší školní věk:

Jedná se o věk od 12 do 15 let, je to období pubescence, neboli první fáze dospívání, která je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí. V tomto období dochází ke komplexní proměně všech složek osobnosti. Mnoho změn je podmíněno biologicky, ale vždy je značně ovlivňují faktory psychické a sociální. Projevuje se změněným prožíváním a uvažováním (Vágnerová, 2000).

4 METODIKA

Výzkum byl realizován na základě kvantitativní metody, pomocí dotazníkového šetření. Sběr dat pomocí dotazníkového šetření má své výhody i nevýhody. Výhodou dotazníkového šetření je především nízká časová náročnost. Pro respondenty je významná anonymita (Kutnohorská, 2009). Data ke zjištění informací o problematice týkající se této diplomové práce, byla získána pomocí zkrácené verze standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q, resp. HLS-EU-Q16 (viz příloha 5).

4.1 Charakteristika základní verze dotazníku HLS-EU-Q

Dotazník s názvem HLS-EU-Q (The European Health Literacy Survey Questionnaire- Evropský dotazník zdravotní gramotnosti) byl vyvinut pro měření a porovnání zdravotní gramotnosti v populacích vybraných zemí Evropy.

Dotazník obsahuje 47 položek (viz příloha 7), souvisejících se zdravotní gramotností (HLS-EU konsorcium, 2012). Dotazník byl založený na definici a modelech zdravotní gramotnosti. Měří zdravotní gramotnost ve třech oblastech - *zdravotní péče, prevence nemocí a podpora zdraví* a ve čtyřech fázích pro zpracování informací - přístup, pochopení, vyhodnocení a aplikování (Sørensen et al., 2013).

47 položek pomocí čtyřbodové stupnice posuzuje sebehodnocení (velmi snadné, snadné, obtížné, velmi obtížné), které měří vnímanou obtížnost vybraných úkolů týkajících se zdraví. Položky zkoumají problémy týkající se přístupu, porozumění, hodnocení a používání informací v činnostech, které se týkají rozhodování ve zdravotní péči, prevenci nemocí a podpory zdraví (Sørensen et al., 2013).

Tento evropský nástroj pro průzkum zdravotní gramotnosti je k dispozici ve třech verzích. Rozšířenou verzí je dotazník o šetření zdravotní gramotnosti s názvem HLS-EU-Q86, který obsahuje 86 položek. Krátkou verzí je dotazník HLS-EU-Q16.

4.1.1 Dotazník HLS-EU-Q16

Krátká verze s názvem HLS-EU-Q16 byla použita pro výzkum mé diplomové práce, byla připravena na základě analýzy evropské zdravotní gramotnosti. Dotazník byl použit se souhlasem PhDr. Zdeňka Kučery, ředitelem Ústavu zdravotní gramotnosti. Obsahuje 16 vybraných položek z oblasti zdravotní péče, které lze rozdělit na 4 kategorie otázek (Sørensen et al., 2013):

- 1) Schopnost získat přístup k informacím o lékařských nebo klinických otázkách (4 otázky).
- 2) Schopnost porozumět lékařským informacím (4 otázky).
- 3) Schopnost interpretovat a vyhodnocovat lékařské informace (4 otázky).
- 4) Schopnost přijímat informovaná rozhodnutí o lékařských otázkách (4 otázky).

Druhá část dotazníku obsahuje položky týkající se zdravotního stavu, využívání zdravotních služeb a dále otázky týkající se životního stylu a anamnestické údaje.

Dotazník obsahoval celkem 28 otázek. Použitý instrument, pro zjištění úrovně zdravotní gramotnosti obsahoval 16 položek. V těchto 16 ti položkách byly odpovědi uzavřené, kde respondenti vybírali odpověď ze čtyř kategorií, vyjadřujících hodnocení dané otázky („velmi snadné“, „docela snadné“, „docela těžké“ a „velmi těžké“). Výpočet je proveden na základě určení jedné hodnoty stupnice zdravotní gramotnosti pro každou osobu. Ke každé odpovědi, označující skutečnost, že daná činnost se pro respondenta jeví jako „velmi snadná“ a „docela snadná“ je přidělen 1 bod. Odpovědím „velmi těžké“ a „docela těžké“ je přiděleno 0 bodů. Součtem bodů vznikne škála, která má 16 stupňů v rozmezí od 0 do 16. Na základě této škály vznikly 3 úrovně zdravotní gramotnosti: 0 - 8 bodů značí neadekvátní zdravotní gramotnost, 9 – 12 bodů značí problematickou zdravotní gramotnost a 13- 16 bodů označuje dostatečnou zdravotní gramotnost.

4.2 Organizace šetření

E-mailovou korespondencí bylo osloveno 12 základních škol v Praze a 6 základních škol v Karlových Varech. Na žádost o umožnění dotazníkového šetření mi odpověděli ředitelé pouze z tří základních škol v Praze, z toho dva mi umožnili provést výzkum na

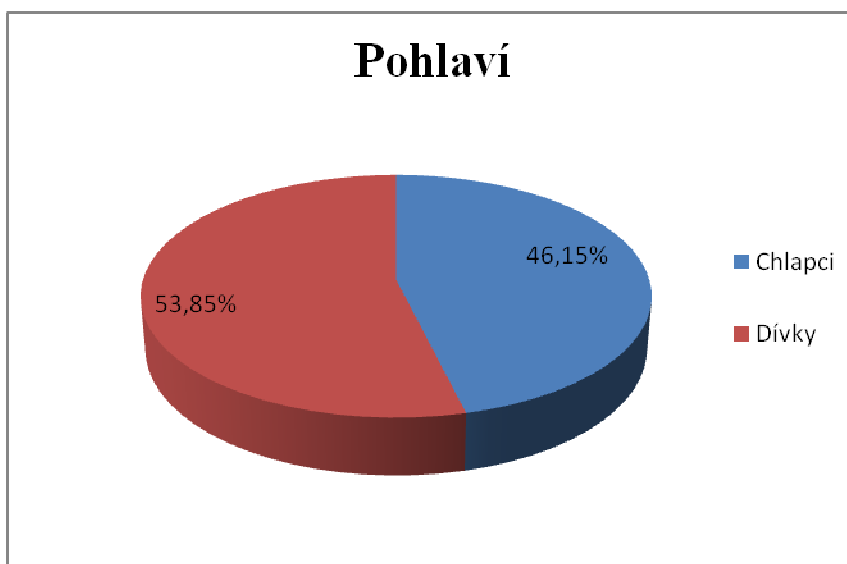
jejich půdě školy a z jedné ZŠ mi odpověděli s odmítnutím umožnění dotazníkové šetření bez udání důvodu. Z oslovených základních škol v Karlových Varech mi se souhlasem odpověděla pouze jedna škola a jedna ZŠ mi odmítla dotazníkové šetření umožnit z důvodu vytíženosti svých žáků. Zbytek oslovených ZŠ neodpovědělo vůbec.

Výzkum probíhal od poloviny ledna 2018 do poloviny března 2018 na ZŠ Profesora Švejcara a ZŠ Norbertov v Praze a na ZŠ Dukelských hrdinů v Karlových Varech. Před samotným šetřením byl nejdříve žákům předán informovaný souhlas s účastí na výzkumném šetření pro zákonné zástupce (viz příloha 6). Po podepsání informovaných souhlasů od rodičů či jiných zákonných zástupců žáků, mohl být žákům rozdán dotazník k jeho vyplnění. Dotazníky byly žákům předány osobně. V každé třídě byl vysvětlen důvod vyplnění dotazníku a jeho obsah a také zdůrazněno, že dotazník je zcela anonymní. Žáci byli informováni, jak zaznamenávat odpovědi, popřípadě jejich opravy. Samotné vyplňování dotazníků žáky trvalo obvykle do pěti minut. Rozdáno i navraceno bylo celkem 215 dotazníků, z čehož 7 z nich bylo neúplně vyplněných nebo chyběly klíčové údaje, jako je pohlaví či věk žáka. Z tohoto důvodu byly tyto dotazníky vyřazeny. Pro vlastní výzkum tak bylo použito 208 dotazníků.

4.3 Charakteristika a popis zkoumaného vzorku

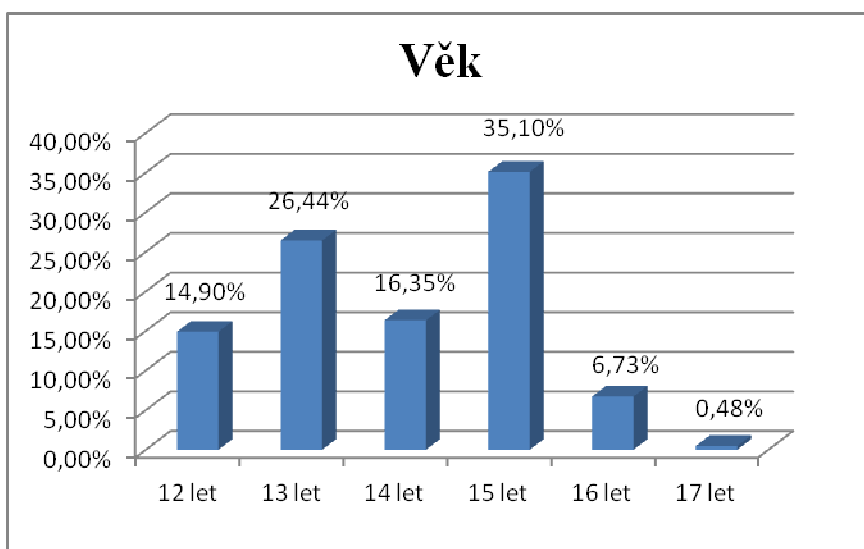
Výzkumné části se zúčastnily celkem tři základní školy, z toho dvě v Praze a jedna v Karlových Varech. Zkoumaný vzorek se skládá z žáků 7. a 9. ročníku 2. stupně ZŠ. Výzkumný soubor tvořilo celkem 208 respondentů ve věkovém rozmezí 12-17 let. Z toho bylo 96 chlapců a 112 dívek. Celkem se jednalo o 46 % chlapců a 54 % dívek. Nejvíce žáků (73, 35 %) bylo ve věku 15 let. 98 (47 %) žáků bylo z města Praha a 110 (53 %) žáků bylo z města Karlovy Vary. Z celkového počtu respondentů bylo 90 (43 %) žáků ze 7. třídy a 118 (57 %) žáků z 9. třídy základních škol.

Pro lepší znázornění je základní charakteristika respondentů zobrazena v následujících grafech.



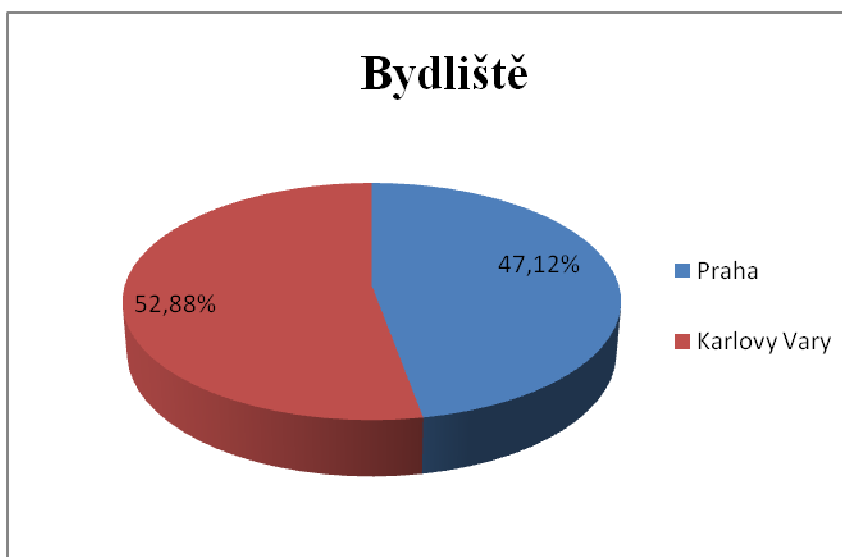
Obr. 1: Pohlaví

První graf znázorňuje poměr respondentů mezi pohlavími. Z celkového počtu ($n = 208$; 100 %) žáků je chlapců 96 (46 %) a dívek 112 (54 %). Z těchto výsledků vyplývá, že ve sledovaném souboru 208 žáků je větší zastoupení dívek ($n = 112$; 54 %).



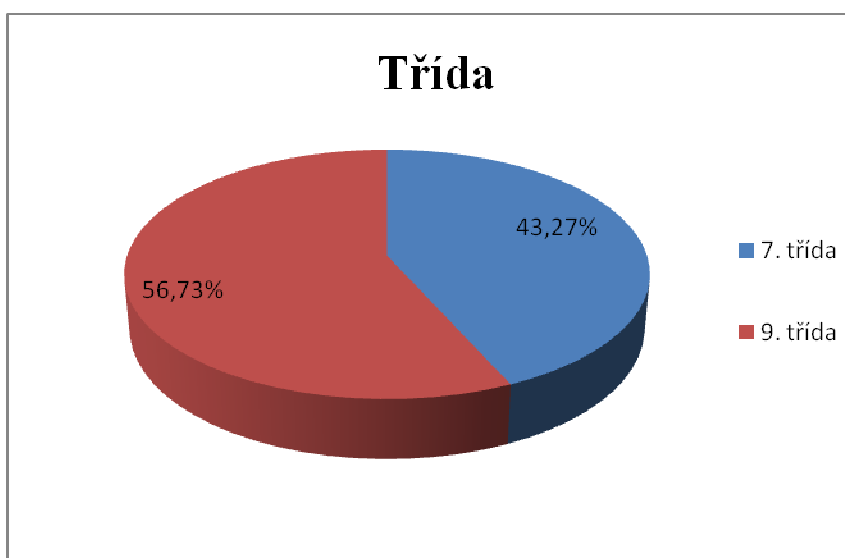
Obr. 2: Věk

Tento graf znázorňuje věk respondentů. Nejvíce žáků (73,35 %) bylo ve věku 15 let. Nejmladším dívkám ze zkoumaného souboru bylo 12 let, stejně tak bylo nejmladším chlapcům. Nejstarším dívkám bylo 16 let a nejstaršímu chlapci 17 let.



Obr. 3: Bydliště

Z celkového počtu ($n = 208$; 100 %) bylo celkem 98 (47 %) žáků z města Praha a 110 (53 %) žáků z města Karlovy Vary. Z těchto výsledků vyplývá, že ve sledovaném souboru 208 žáků je větší zastoupení žáků z Karlových Varů ($n = 110$; 53 %).



Obr. 4: Třída

Obr. č. 4 znázorňuje, kolik z celkového souboru, bylo žáků ze 7. ročníku a kolik z 9. ročníku ZŠ. Z celkového souboru ($n = 208$; 100 %) dotazovaných žáků, bylo 90 (43 %) žáků ze 7. třídy a 118 (57 %) žáků z 9. třídy ZŠ. Počet dívek, které byly žačkami 7. třídy, byl 50. Chlapců, kteří navštěvovali 7. třídu, bylo celkem 40. Dívek z 9. třídy bylo

celkem 62 a chlapců z 9. třídy bylo 56. Z těchto výsledků je patrné, že v 7. i v 9. ročnících převahoval počet dívek.

4.4 Analýza dat

Primární analýzu dat jsem provedla pomocí aplikace Microsoft Excel 2010. Data pro výzkumnou část práce byla zpracována prostřednictvím statistického programu „R“. Byly využity metody popisné a analytické statistiky.

Bodování a výpočet úrovně zdravotní gramotnosti bylo provedeno na základě následujícího rozdělení a kódování odpovědí a stanovení těchto kategorií:

- 1) Kategorie, určující, že daná činnost je pro respondenta obtížná (hodnocení "docela těžké" a "velmi těžké") jsou kódovány číslem 0.
- 2) Kategorie, určující, že daná činnost je pro pacienta snadná (hodnocení „velmi snadné“ a „docela snadné“) jsou kódovány číslem 1.

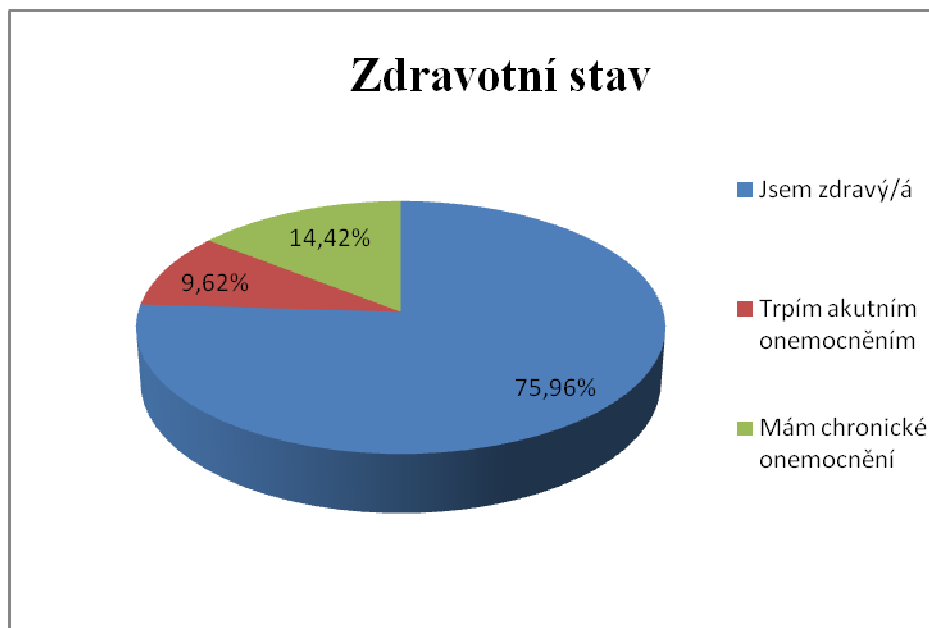
Součtem bodů všech šestnácti otázek vznikl index, který udává úroveň zdravotní gramotnosti (HL score). Výsledná škála tak měla 16 stupňů v rozmezí od 0 do 16. Na základě této stupnice byly určeny 3 úrovně zdravotní gramotnosti:

- 1) neadekvátní zdravotní gramotnost (0 - 8 bodů),
- 2) problematická zdravotní gramotnost (9 – 12 bodů) a
- 3) dostatečná zdravotní gramotnost (13 – 16 bodů).

Srovnání zdravotní gramotnosti v závislosti na konkrétních proměnných bylo provedeno na základě testu Chí kvadrát dobré shody a Testu nezávislosti.

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ

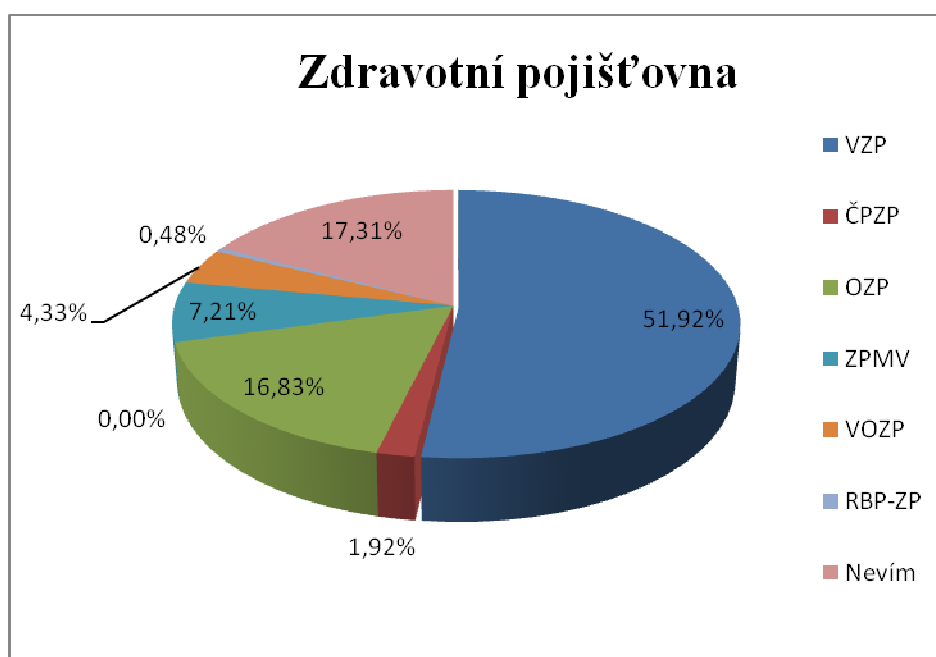
V této kapitole se nachází interpretace výsledků, které byly získány pomocí dotazníkového šetření, následuje statistické ověřování hypotéz a vyhodnocení stanovených cílů. Data jsou prezentována prostřednictvím absolutní a relativní četnosti. Získané výsledky byly zpracovány pomocí grafů a tabulek pro lepší přehlednost.



Obr. 5: Zdravotní stav

Obr. č. 5 znázorňuje odpovědi na otázku „Jaký máš zdravotní stav?“ Z celkového počtu respondentů, jich odpovědělo 158 (76 %), že jsou zdraví, z toho tak odpovídalo 80 dívek a 78 chlapců. Ti, kteří uvedli, že trpí chronickým onemocněním, bylo 21 dívek a 9 chlapců, celkem tedy 30 (14 %) respondentů. Tato položka byla jedna z otevřených otázek, kde respondenti měli uvést, jaké mají onemocnění, pokud jej mají. Jako své odpovědi uváděli tato onemocnění: „mám jen levou ledvinu“, 3 žáci uvedli, že mají skoliózu páteře, další odpovědi zněly jako „mám ochablé svalstvo a řídnutí kostí“, „chronickou ezofagitidu“, „mám rýmu“, „katary dýchacích cest“ dva žáci uvedli, že mají „špatnou štítnou žlázu“, 9 žáků uvedlo jako své chronické onemocnění alergie a jeden uvedl astma. Jeden žák uvedl, že je po operaci menisku a jiný uvedl, že má vysoký oční tlak.

20 (10 %) dotazovaných žáků uvedlo, že má akutní onemocnění, z čehož bylo 11 dívek a 9 chlapců. Z těchto žáků 4 uvedli, že jsou aktuálně nachlazení nebo mají „nějakou virózu.“ Jedna dívka ze 7. třídy uvedla: „mám psychické problémy a alergie na jaro“, jiná dívka uvedla, že „tuším, že mám dlouhodobou depresi, ale nikdy jsem nebyla u psychiatra anebo psychologa, takže nemůžu posuzovat přesně a teď mám ještě chřipku“, jeden chlapec napsal: „mám asi poruchu osobnosti, ale nevím, jestli je to nemoc nebo ne“, jiná odpověď zněla, že „nehet mám zarostlý do palce u dolní levé končetiny (zítra jdu na zákrok).“

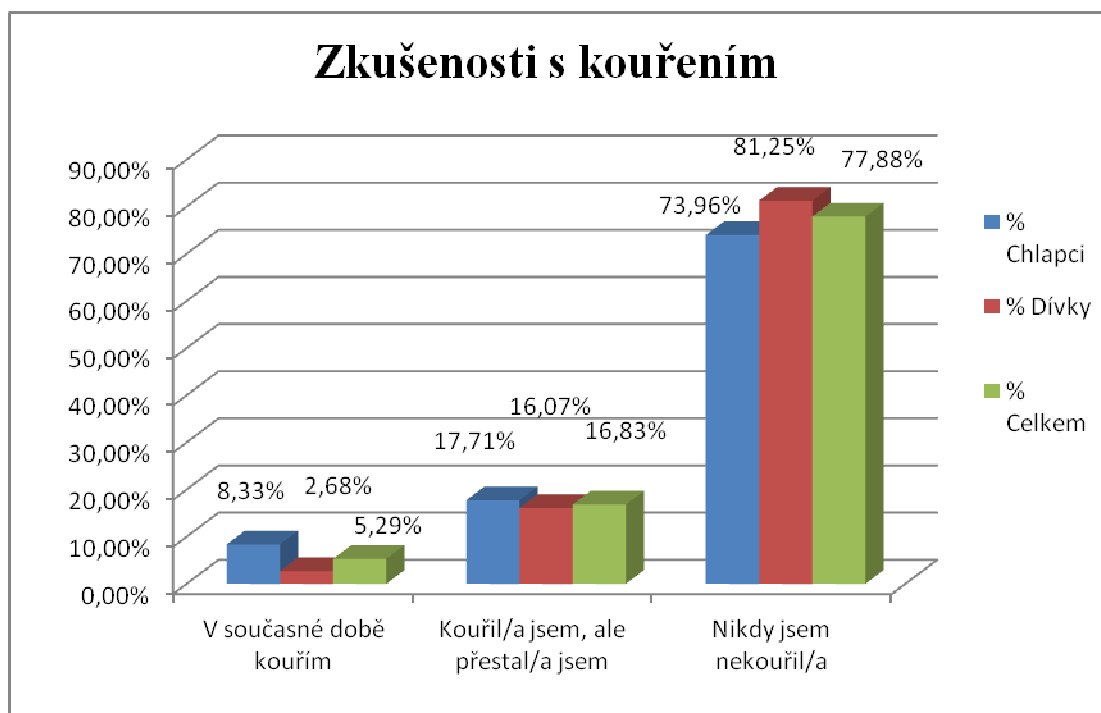


Obr. 6: Zdravotní pojišťovna

U následující položky jsme zjišťovali, zda dotazovaní žáci vědí, u jaké zdravotní pojišťovny jsou pojištěni. Z grafu vyplývá, že více než polovina (108; 52 %) respondentů je pojištěna u Všeobecné zdravotní pojišťovny a to 63 dívek a 45 chlapců. Celkem 35 žáků (17 %) je pojištěno u Oborové zdravotní pojišťovny, 18 dívek a 17 chlapců. U Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra je pojištěno 15 žáků (7 %), z čehož je 5 dívek a 10 chlapců. Z celkového počtu dotazovaných je 9 (4 %) pojištěno u Vojenské zdravotní pojišťovny, a to 7 dívek a 2 chlapci. 1 dívka a 3 chlapci odpověděli, že jsou pojištěni u České průmyslové zdravotní pojišťovny a pouze jeden chlapec ze všech dotazovaných je pojištěn u Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny. Z celkového počtu zkoumaného vzorku, uvedlo 17 %, respektive 35 respondentů, že

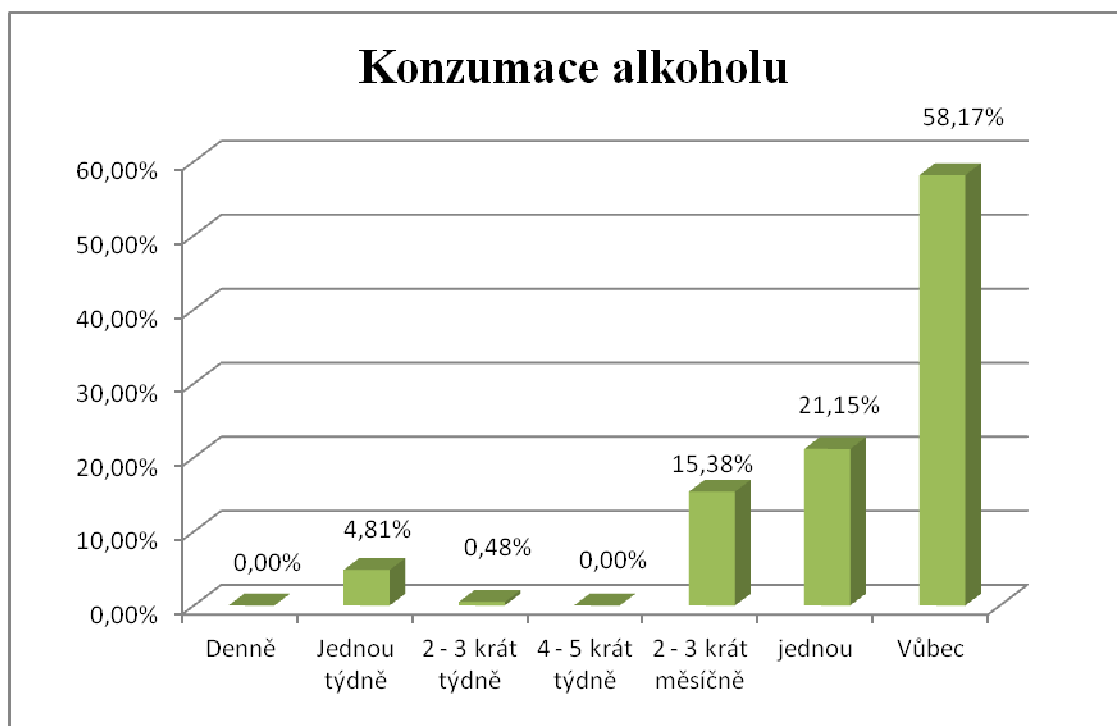
neví, u jaké pojišťovny jsou pojištěni. Nevědělo tak 18 dívek a 18 chlapců, tedy stejný počet u obou pohlaví.

U následujících dvou položek (Zkušenosti s kouřením a Konzumace alkoholu) bude v podkapitole 5.2 zjišťována souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti žáků a kouřením či častou konzumací alkoholu.



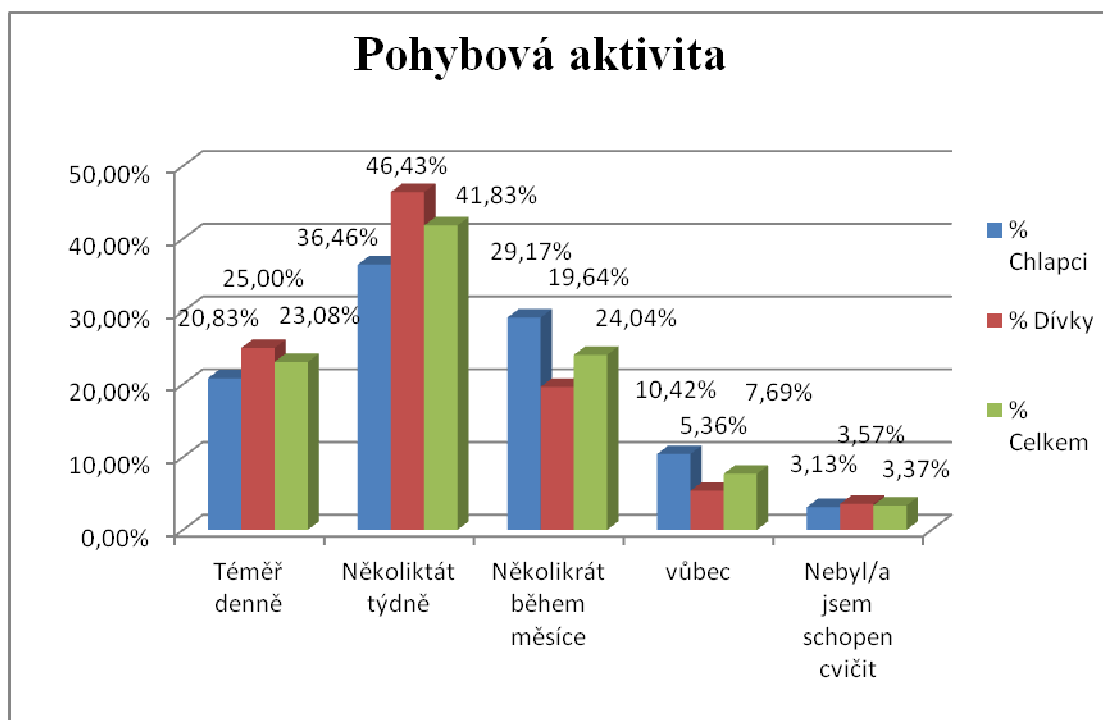
Obr. 7: Zkušenosti s kouřením

Na otázku „Jaké máš zkušenosti s kouřením (cigaret, doutníků nebo dýmky)?“ Odpovědělo 11 (5 %) žáků že v současné době kouří, z toho byly 3 dívky a 8 chlapců. 35 (17 %) dotazovaných žáků uvedlo, že kouřilo, ale již přestalo. Tuto odpověď označilo 18 dívek a 17 chlapců. Odpověď nikdy jsem nekouřil/a označilo 91 dívek a 71 chlapců, celkem tedy 162 (78 %) žáků z celkového počtu respondentů. Podle HBSC studie z roku 2013-2014 pravidelně kouří 11 % 15letých chlapců a 16 % 15letých dívek. Výzkum z let 2013-2014, který provedla Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, zjistil, že zhruba 3 % dětí ve věku od 11 do 15 let pravidelně kouří (Šaradínová, 2014). Česká republika je v této problematice výrazně nadprůměrná. Vzestup kuřáctví u dětí a mládeže je alarmující a dochází k posunu do nižších věkových skupin (Sýkorová, 2016).



Obr. 8: Konzumace alkoholu

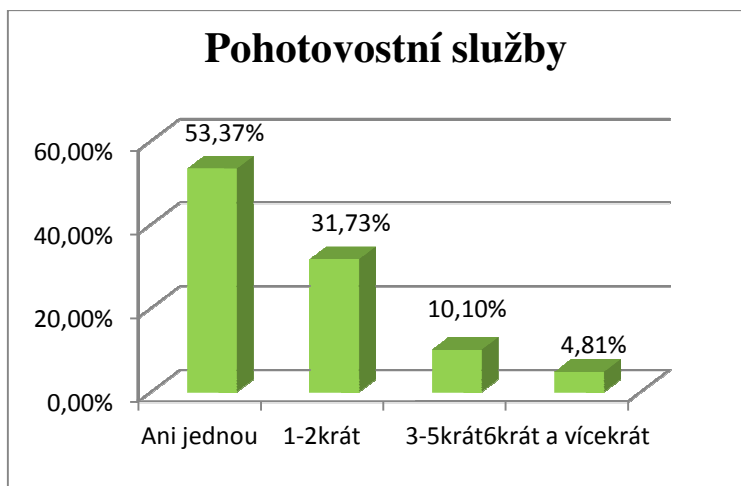
Graf znázorňuje, jak žáci odpovídali na otázku „Kolikrát si v průběhu posledních 30 dní pil nějaký alkoholický nápoj (jaký konkrétně)?“ 121 (58 %) ze všech dotazovaných žáků odpovědělo, že vůbec, z čehož takto odpovědělo 71 dívek a 50 chlapců. 44 (21 %) žáků, z toho 25 dívek a 19 chlapců odpovědělo, že jednou za měsíc si alkohol dali. 2 – 3 krát za měsíc pilo alkohol 13 dívek a 19 chlapců, celkově tedy 32 (15 %) respondentů. Odpověď 2 – 3 týdně odpověděl pouze 1 chlapec a žádná dívka. 10 (5 %) dotazovaných žáků označilo, že pije alkoholický nápoj jednou týdně, konkrétně 3 dívky a 7 chlapců. Odpověď „4 – 5 krát“ týdně stejně tak odpověď „denně“ neoznačil nikdo z dotazovaných. Tato položka měla v dotazníku také otevřené odpovědi. K jednotlivým odpovědím žáci písemně uvedli, které konkrétní alkoholické nápoje pijí. Odpovědi zněly takto: Dívky nejčastěji uváděly, že pijí víno, aperol, šampaňské, radler, Frisco, vaječný likér, medovinu nebo alkoholické koktejly. Jedna dívka napsala, že alkohol, který konzumuje, nechce uvádět. Chlapci naopak často uváděli, že konzumují pivo, rum, becherovku, slivovici, vodku, whisky nebo „*morgen, s kolou.*“ Jeden chlapec uvedl: „*po nepříjemné zkušenosti s rumem už nechci vidět ani kapku.*“



Obr. 9: Pohybová aktivita

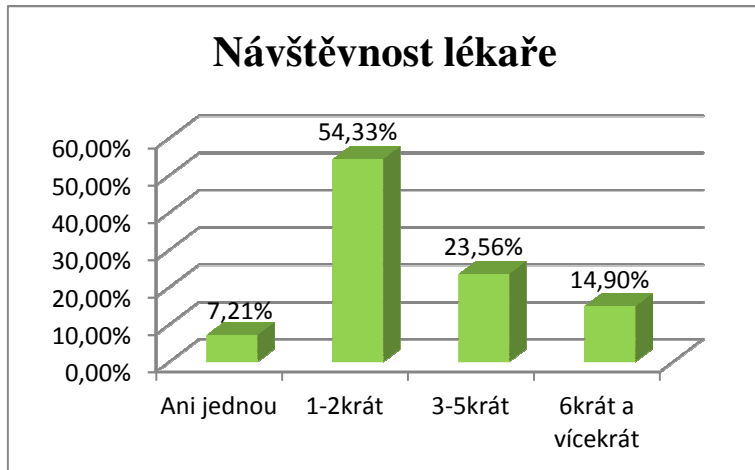
V položce č. 7 jsem zjišťovala pohybovou aktivitu žáků. Otázka zněla „kolikrát jsi během posledního měsíce cvičil/a?“ Na tuto otázku odpovědělo 87 (42 %) žáků, že cvičí několikrát týdně, z toho 52 dívek a 35 chlapců. Odpověď „několikrát během měsíce“ označilo 50 (24 %) žáků, z čehož tuto odpověď označilo 22 dívek a 28 chlapců. „Téměř denně“ odpovědělo celkem 48 (23 %) žáků, z toho 28 dívek a 20 chlapců. Odpověď „Vůbec“ označilo 16 (8 %) respondentů, a to 4 dívky a 3 chlapci. 7 (3 %) dotazovaných žáků označilo, že „nebyli schopni cvičit“, z čehož byly 4 dívky a 3 chlapci. Z výzkumu, který byl realizován Fakultou tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci z roku 2010, bylo zjištěno, že dívky jsou méně pohybově aktivní než chlapci (Kalman a Vašíčková, 2013).

V následujících čtyřech grafech je znázorněno, jak respondenti odpovídali na otázku č. 4, která zjišťovala, jak často žáci navštěvují zdravotnická zařízení. Tato otázka obsahovala čtyři podotázky, na které respondenti odpovídali ze čtyř nabízených odpovědí: 1) Ani jednou, 2) 1 – 2 krát, 3) 3 – 5 krát, 4) 6 krát a více.



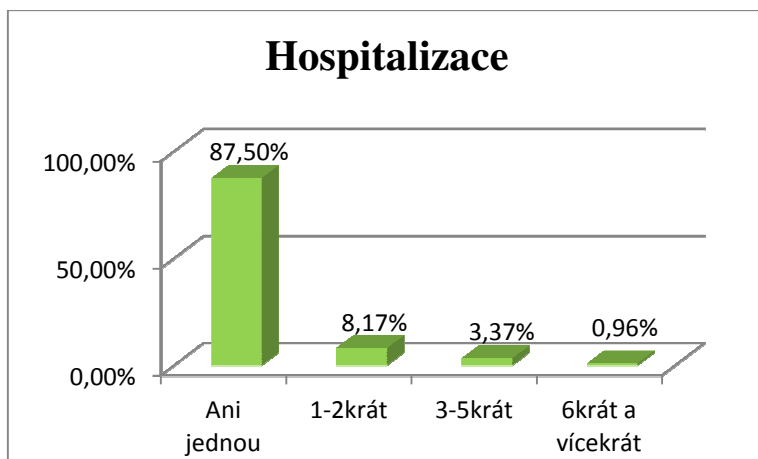
Obr. 10: Pohotovostní služby

V tomto grafu je znázorněno, jak žáci odpovídali na otázku: „Jak často jsi byl/a během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí?“ 111 (53,37 %) žáků odpovědělo, že ani jednou. 66 (31,73 %) žáků uvedlo, že 1 až 2 krát. 3 až 5 krát pohotovostní služby využilo 21 (10,10 %) žáků. 6 krát a více tyto služby využilo 10 (4,81 %) dotazovaných žáků.



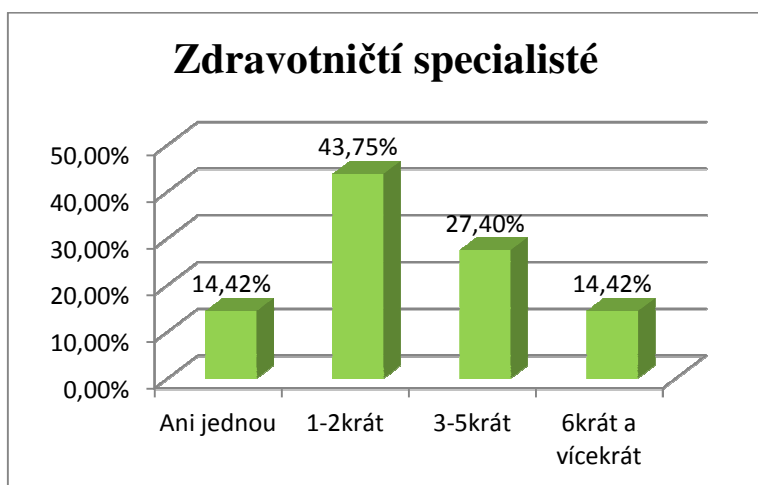
Obr. 11: Návštěvnost lékaře

Graf znázorňuje, jak respondenti odpovídali na otázku „Jak často jsi byl/a během posledních 12 měsíců u lékaře?“ Respondenti odpovídali následovně: 15 (7,21 %) respondentů lékaře za poslední rok nenavštívilo ani jednou. 113 (54,33 %) žáků lékaře navštívilo 1 až 2 krát. 49 (23,56 %) žáků odpovědělo, že lékaře za poslední rok navštívili 3 až 5 krát a 31 (téměř 15 %) žáků lékaře za poslední rok navštívilo 6 krát a vícekrát.



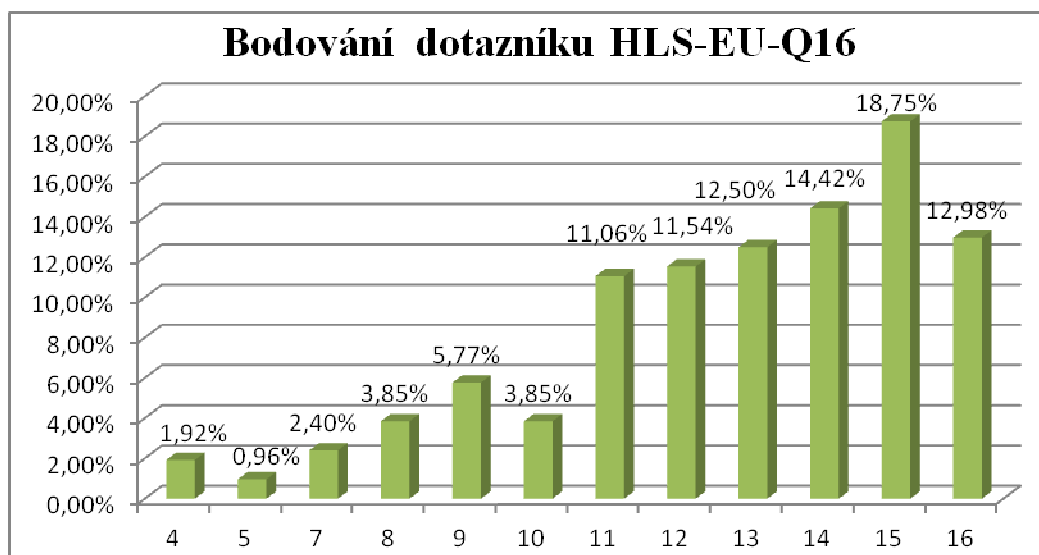
Obr. 12: Hospitalizace

Tento graf zobrazuje, kolikrát respondenti byli během posledních 12 měsíců hospitalizováni. 182 (87,5 %) žáků nebylo poslední rok hospitalizováno ani jednou. 17 (8,17 %) žáků uvedlo, že hospitalizováni za poslední rok byli 1 až 2 krát. 7 (3,37 %) žáků uvedlo, že 3 až 5 krát a 2 (téměř 1 %) žáci za posledních 12 měsíců byli hospitalizováni 6 krát a více.



Obr. 13: Zdravotníční specialisté

Tento graf znázorňuje, jak často žáci během posledních 12 měsíců využívali služby zdravotnických specialistů. 30 (14,42 %) žáků uvedlo, že ani jednou, 91 (43,75 %) uvedlo, že 1 až 2 krát, 57 (27,4 %) žáků 3 až 5 krát a 30 (14,42 %) žáků uvedlo, že zdravotnických specialistů za poslední rok využilo 6 krát a více.



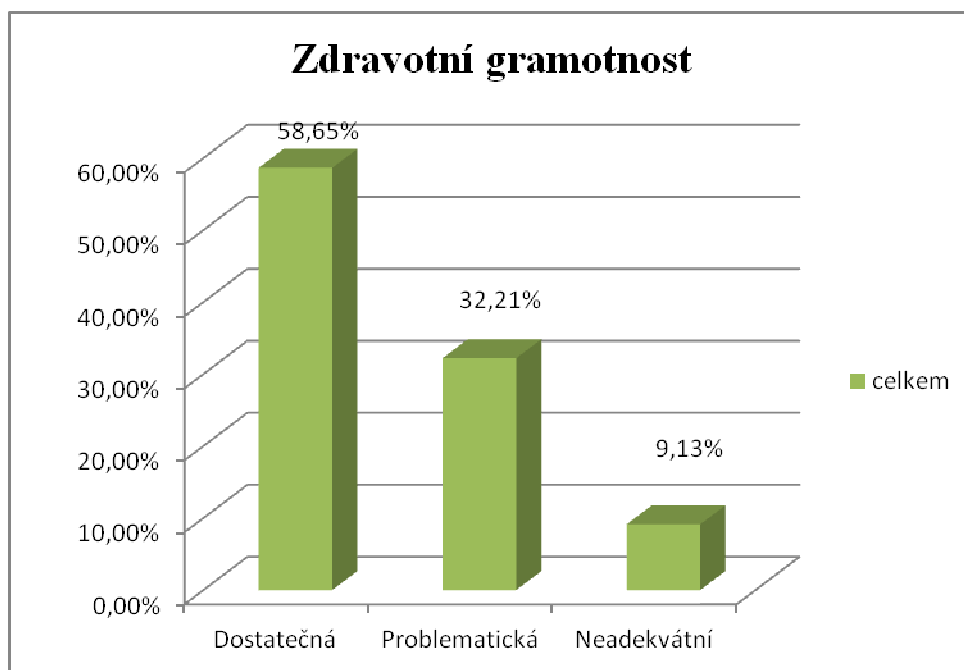
Obr. 14: Bodování dotazníku HLS-EU-Q16

V uvedeném grafu je znázorněno, kolik respondentů získalo v dotazníku zdravotní gramotnosti HLS-EU-Q16 bodů. Počet bodů, které respondent získal, udává jeho úroveň zdravotní gramotnosti. Ze znázorněného grafu je patrné, že nejvíce respondentů (18,75 %) získalo 15 bodů, které značí dostatečnou zdravotní gramotnost. 0 až 3 a 6 bodů nezískal ani jeden z respondentů. Připomeňme si, že 0 až 8 bodů určuje neadekvátní zdravotní gramotnost. Nejmenší dosažený počet bodů byl 4, který získalo necelé 2 % respondentů, necelé 1 % respondentů mělo 5 bodů, 7 bodů získalo 2,4 % respondentů a 8 bodů mělo 3,85 % respondentů. Neadekvátní zdravotní gramotnost má tedy celkem 19,13 % dotazovaných žáků.

9 až 12 bodů určuje problematickou zdravotní gramotnost. Z celkového souboru, získalo 9 bodů 5,77 % respondentů, 10 bodů mělo 3,85 % respondentů, 11 ti bodů dosáhlo 11,06 % dotazovaných chlapců a dívek a 12 bodů získalo 11,54 % dotazovaných žáků. Problematickou zdravotní gramotnost má celkem 32,21 % respondentů

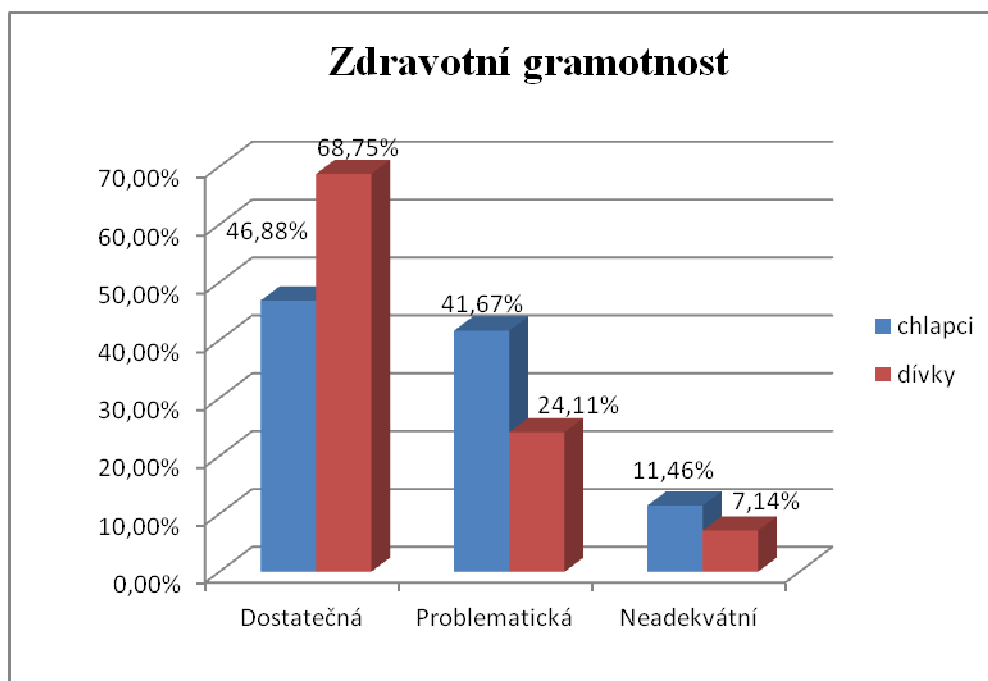
Poslední úroveň zdravotní gramotnosti, a to dostatečnou zdravotní gramotnost, měli žáci, kteří získali počet bodů v rozmezí 13 až 16. 13 bodů získalo 12,50 % žáků, 14 bodů mělo 14,42 % žáků. 18,75 % respondentů získalo 15 bodů. Maximálního počtu bodů, resp. 16 ti bodů dosáhlo necelých 13 % dotazovaných žáků. Dostatečnou zdravotní gramotnost má největší počet respondentů z celého zkoumaného vzorku, a to téměř 59 %.

Pro lepší přehled jsou získané úrovně zdravotní gramotnosti znázorněny v následujících grafech.



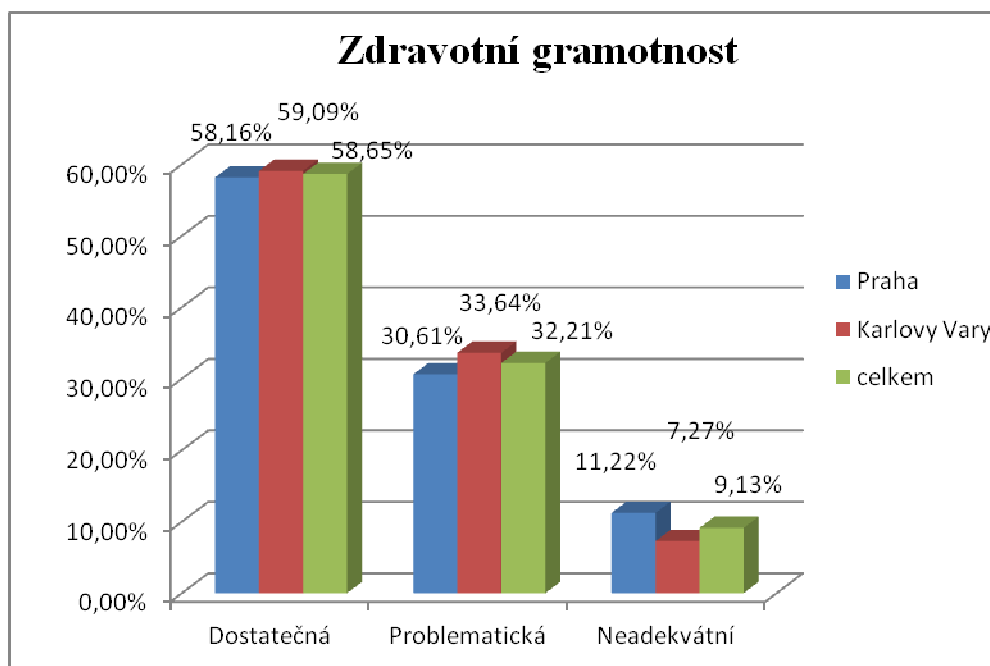
Obr. 15: Celková zdravotní gramotnost zkoumaného vzorku

Ve výše zobrazeném grafu jsou znázorněny 3 úrovně zdravotní gramotnosti dle dosažení bodů celkového počtu respondentů. Z celkového počtu respondentů ($n=208$; 100 %), má 122 (58,65 %) dostatečnou zdravotní gramotnost. Problematickou zdravotní gramotnost má celkem 67 (32,21 %) zkoumaných žáků. Neadekvátní zdravotní gramotnost má celkem 19 (9,13 %) respondentů.



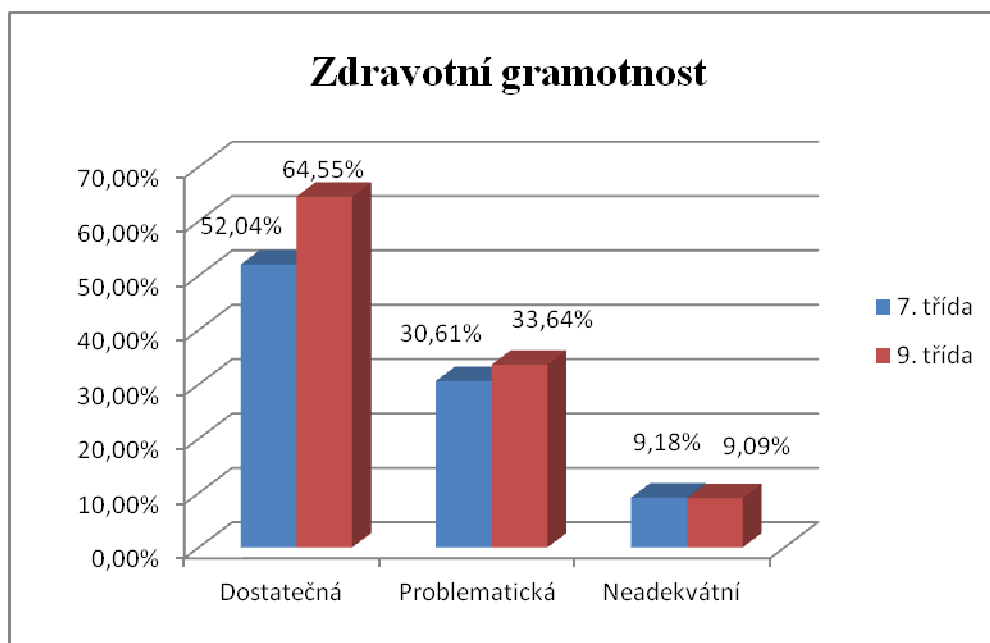
Obr. 16: Zdravotní gramotnost podle pohlaví

Výše uvedený graf znázorňuje úroveň zdravotní gramotnosti zvláště u chlapců a zvláště u dívek. Z grafu je patrné, že lepší úroveň zdravotní gramotnosti mají z našeho zkoumaného souboru dívky. Zda, je tento rozdíl statisticky významný, se dozvíme tetováním hypotézy na základě testu Chí kvadrát dobré shody a Testu nezávislosti v další kapitole. Z našeho grafu vyplývá, že z celkového počtu dívek ($n=122$; 100 %) jich 77 (68,75 %) má dostatečnou zdravotní gramotnost. Z celkového počtu chlapců ($n=96$; 100 %) nemá dostatečnou zdravotní gramotnost ani polovina z nich, celkem ji má 45 (46,88 %) všech chlapců. Problematickou zdravotní gramotnost má více chlapců než dívek. Z celkového počtu chlapců ji má 40 (41,67 %) chlapců a z celkového počtu dívek ji má 27 (24,11 %) dívek. Nejnižší úroveň zdravotní gramotnosti, a to neadekvátní, má opět více chlapců než dívek. Ze všech zkoumaných chlapců ji má celkem 11 (11,46 %) a ze všech zkoumaných dívek ji má celkem 8 (7,14 %).



Obr. 17: Zdravotní gramotnost podle bydliště

Tento graf znázorňuje úroveň zdravotní gramotnosti mezi městy ve srovnání se zdravotní gramotností celého souboru. Úroveň zdravotní gramotnosti mezi městy dle znázorněného grafu jsou téměř vyrovnané. Zda existuje mezi nimi statisticky významný rozdíl, se dozvíme testováním hypotézy na základě testu Chí kvadrát dobré shody a Testu nezávislosti v další kapitole. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu žáků ($n=98$; 100 %), kteří navštěvují základní školu v Praze má 57 (58,16 %) dostatečnou zdravotní gramotnost a z celkového počtu žáků ($n=110$; 100 %), kteří navštěvují základní školu v Karlových Varech má 65 (59,09 %) dostatečnou zdravotní gramotnost. Rozdíl mezi oběma městy, ve kterých mají žáci dostatečnou zdravotní gramotnost, je necelé jedno procento. Z celkového počtu respondentů z Prahy, má 30 (30,61 %) problematickou zdravotní gramotnost a z celkového počtu respondentů z Karlových Varů má problematickou zdravotní gramotnost 37 (33,64 %) žáků. Neadekvátní zdravotní gramotnost má 11 (11,22 %) pražských žáků a 8 (7,27 %) karlovarských žáků.



Obr. 18: Zdravotní gramotnost podle ročníku ZŠ

Poslední graf zobrazuje úroveň zdravotní gramotnosti jednotlivých ročníků základní školy, které byly zkoumány. Z celkového počtu všech žáků 9. tříd ($n=118$; 100 %) má dostatečnou zdravotní gramotnost 71 (64,55 %) respondentů. Ze všech zkoumaných žáků 7. tříd ($n=90$; 100 %) má dostatečnou zdravotní gramotnost 51 (52,04 %) respondentů. Problematickou zdravotní gramotnost má 37 (33,64 %) ze všech žáků 9. tříd a 30 (30,61 %) žáků ze všech 7. tříd. Neadekvátní zdravotní gramotnost je mezi oběma třídami vyrovnaná. V každém ročníku je přes 9 % žáků s neadekvátní zdravotní gramotností.

5.1 Statistické testování a ověřování hypotéz

V této části budu prezentovat výsledky testování pracovních hypotéz.

Testování první hypotézy

H1: Dívky udávají vyšší úroveň zdravotní gramotnosti než chlapci.

H₀: Úroveň zdravotní gramotnosti nezávisí na pohlaví.

H_A: Úroveň zdravotní gramotnosti závisí na pohlaví.

Tab. 1: Data pro hypotézu 1

H1						
Zdravotní gramotnost	n			%		
	chlapci	dívky	celkem	chlapci	dívky	celkem
Dostatečná	45	77	122	46,88%	68,75%	58,65%
Problematická	40	27	67	41,67%	24,11%	32,21%
Neadekvátní	11	8	19	11,46%	7,14%	9,13%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 2: Test statistické významnosti k hypotéze 1

Chí-kvadrát	Stupeň volnosti	P-hodnota
10,219	2	0,006038

$$0,006038 < 0,05$$

Na základě statistického testování vychází signifikance testu 0,006038. Na hladině statistické významnosti 0,05 nezamítáme alternativní hypotézu. Existuje statisticky významný rozdíl v úrovni zdravotní gramotnosti mezi pohlavími. Chlapci vykazují vyšší míru neadekvátní a problematické zdravotní gramotnosti. **Hypotézu číslo 1 tedy můžeme přijmout.**

Testování druhé hypotézy

H2: Žáci 9. třídy mají lepší schopnost vyhledávat a zhodnotit informace o zdravotní péči než žáci 7. třídy.

H₀: Neexistuje statisticky významný rozdíl v úrovni zdravotní gramotnosti a ročníkem ZŠ.

H_A: Existuje statisticky významný rozdíl v úrovni zdravotní gramotnosti a ročníkem ZŠ.

Tab. 3: Data pro hypotézu 2

H2						
Zdravotní gramotnost	n			%		
	7. třída	9. třída	celkem	7. třída	9. třída	celkem
Dostatečná	51	71	122	52,04%	64,55%	58,65%
Problematická	30	37	67	30,61%	33,64%	32,21%
Neadekvátní	9	10	19	9,18%	9,09%	9,13%
Celkem	90	118	208	91,84%	107,27%	100,00%

Tab. 4: Test statistické významnosti k hypotéze 2

Chí-kvadrát	Stupeň volnosti	P-hodnota
0,29885	2	0,8612

$0,8612 > 0,05$

Na základě statistického testování vychází signifikance testu 0,8612. Na hladině statistické významnosti 0,05 zamítáme alternativní hypotézu. Neexistuje statisticky významný vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a ročníkem základní školy. **Hypotézu číslo 2 tedy nemůžeme přijmout.**

Testování třetí hypotézy

H3: Žáci ve větším městě (Praha) udávají vyšší úroveň zdravotní gramotnosti než žáci v menším městě (Karlovy Vary).

H₀: Neexistuje statisticky významný vliv mezi úrovní zdravotní gramotnosti a městem, kde respondent žije.

H_A: Existuje statisticky významný vliv mezi úrovní zdravotní gramotnosti a městem, kde respondent žije.

Tab. 5: Data pro hypotézu 3

H3						
Zdravotní gramotnost	n			%		
	Praha	Karlovy Vary	celkem	Praha	Karlovy Vary	celkem
Dostatečná	57	65	122	58,16%	59,09%	58,65%
Problématická	30	37	67	30,61%	33,64%	32,21%
Neadekvátní	11	8	19	11,22%	7,27%	9,13%
Celkem	98	110	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 6: Test statistické významnosti k hypotéze 3

Chí-kvadrát	Stupeň volnosti	P-hodnota
1,0408	2	0,5943

0,5943 > 0,05

Na základě statistického testování vychází signifikance testu 0,5943. Na hladině statistické významnosti 0,05 zamítáme alternativní hypotézu. Neexistuje statisticky významný vztah mezi zdravotní gramotností a velikostí města. **Hypotézu číslo 3 tedy nemůžeme přijmout.**

Testování čtvrté hypotézy

H4: Žáci s dobrým zdravotním stavem mají lepší zdravotní gramotnost než žáci s horším zdravotním stavem.

H₀: Úroveň zdravotní gramotnosti nezávisí na zdravotním stavu.

H_A: Úroveň zdravotní gramotnosti závisí na zdravotním stavu.

Tab. 7: Data pro hypotézu 4

H4						
Zdravotní gramotnost	n			%		
	zdravý	nemocný	celkem	zdravý	nemocný	celkem
Dostatečná	102	20	122	64,56%	40,00%	58,65%
Problématická	45	22	67	28,48%	44,00%	32,21%
Neadekvátní	11	8	19	6,96%	16,00%	9,13%
Celkem	158	50	208	100,00%	100,00%	100,00%

Žáci, kteří v dotazníku uvedli, že jsou zdraví, jsou v tabulce označeni jako *zdravý*. Ti, kteří uvedli, že trpí akutním nebo chronickým onemocněním, jsou označeni jako *nemocný*.

Tab. 8: Test statistické významnosti k hypotéze 4

Chí-kvadrát	Stupeň volnosti	P-hodnota
10,141	2	0,006279

$0,006279 < 0,05$

Na základě statistického testování vychází signifikance testu 0,006279. Na hladině statistické významnosti 0,05 zamítáme nulovou hypotézu. Úroveň zdravotní gramotnosti závisí na zdravotním stavu. Žáci s akutním nebo chronickým onemocněním vykazují vyšší míru neadekvátní a problematické zdravotní gramotnosti. **Hypotézu číslo 4 tedy můžeme přijmout.**

Testování páté hypotézy

H5: Žáci s nižší zdravotní gramotností navštívili zdravotnická zařízení častěji než žáci s vyšší zdravotní gramotností.

H₀: Úroveň zdravotní gramotnosti nezávisí na četnosti návštěv zdravotnických zařízení.

H_A: Úroveň zdravotní gramotnosti závisí na četnosti návštěv zdravotnických zařízení.

K této hypotéze byla z dotazníku využita položka č. 4, která zahrnovala 4 podotázky týkající se návštěvnosti zdravotnických zařízení. Otázky zněly následovně:

Jak často jsi ...

- 1) byl/a během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí?
- 2) byl/a během posledních 12 měsíců u lékaře?
- 3) byl/a během posledních 12 měsíců hospitalizován/a?
- 4) během posledních 12 měsíců využil/a služeb dalších zdravotnických specialistů?

Všechny tyto podotázky byly zahrnuty jako „návštěvnost zdravotnických zařízení“. Ke každé podotázce měli žáci na výběr ze čtyř možných odpovědí:

- 1) 0 (1 bod)
- 2) 1 - 2 krát (2 body)
- 3) 3 – 5 krát (3 body)
- 4) 6 krát a více (4 body)

Aby mohla být hypotéza testována, ke každé odpovědi byl přiřazen určitý počet bodů. Body byly určeny po zprůměrování všech čtyř odpovědí každého žáka. Žáci tak za tyto odpovědi dostali 1 – 4 body. Ti, kteří měli 1 nebo 2 body, jsou označeni, že zdravotnická zařízení navštěvují *méně často*. Ti, kteří získali 3 nebo 4 body, jsou označeni, že zdravotnická zařízení navštěvují *často*.

Tab. 9: Data pro hypotézu 5

H5						
Zdravotní gramotnost	n			%		
	často	méně často	celkem	často	méně často	celkem
Dostatečná	75	47	122	57,25%	61,04%	58,65%
Problématická	49	18	67	37,40%	23,38%	32,21%
Neadekvátní	7	12	19	5,34%	15,58%	9,13%
Celkem	131	77	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 10: Test statistické významnosti k hypotéze 5

Chí-kvadrát	Stupeň volnosti	P-hodnota
8,649	2	0,01324

$$0,01324 < 0,05$$

Na základě statistického testování vychází signifikance testu 0,01324. Na hladině statistické významnosti 0,05 zamítáme nulovou hypotézu. Existuje statisticky významný vliv na úroveň zdravotní gramotnosti a četnost návštěv zdravotnického zařízení.

Žáci, kteří častěji navštěvují zdravotnické zařízení, vykazují vyšší míru neadekvátní a problematické zdravotní gramotnosti. **Hypotézu číslo 5 tedy můžeme přijmout.**

5.2 Návyky související s úrovní zdravotní gramotnosti

U následujících položek byla zjišťována souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti žáků s častou konzumací alkoholu nebo kouřením.

V dotazníku u položky č. 6 bylo zjišťováno, kolikrát v průběhu posledních 30 dní pili nějaký alkoholický nápoj. Respondenti měli v nabídce celkem 7 možností odpovědí:

- a) denně
- b) jednou týdně
- c) 2 – 3 krát týdně
- d) 4 – 5 krát týdně

- e) 2 – 3 krát měsíčně
- f) jednou
- g) vůbec

Respondenti, kteří odpověděli denně nebo jednou týdně, jsou označeni, že alkohol konzumují *často*. Ti, kteří odpověděli na zbylé odpovědi, jsou označeni, že alkohol konzumují *zřídka* nebo *vůbec*. Žáků, kteří podle našeho rozdělení alkohol konzumují často, ač jsou nezletilí, je celkem 46 z celého zkoumaného souboru. Pro přehlednost úrovně zdravotní gramotnosti u žáků, kteří alkohol konzumují často nebo zřídka či vůbec je znázorněna následující tabulka.

Tab. 11: Zdravotní gramotnost v závislosti na konzumaci alkoholu

Konzumce alkoholu						
Zdravotní gramotnost	n			%		
	často	zřídka/ vůbec	celkem	často	zřídka/ vůbec	celkem
Dostatečná	21	101	122	45,65%	62,35%	58,65%
Problematická	20	47	67	43,48%	29,01%	32,21%
Neadekvátní	5	14	19	10,87%	8,64%	9,13%
Celkem	46	162	208	100,00%	100,00%	100,00%

Přehledová tabulka znázorňuje, že žáci, kteří alkohol konzumují často, vykazují vyšší míru neadekvátní a problematické zdravotní gramotnosti. Dostatečnou zdravotní gramotnost má méně žáků, kteří alkohol pijí často, než žáci pijící ho zřídka nebo vůbec.

Abychom zjistili, zda je tato souvislost mezi úrovní zdravotní gramotností a častého užívání alkoholu statisticky významná, použili jsme opět Pearsnův Chí-kvadrát test.

Tab. 12: Test statistické významnosti

Chí-kvadrát	Stupeň volnosti	P-hodnota
4,2243	2	0,121

$$0,121 > 0,05$$

Na základě statistického testování vychází signifikance testu $0,121 > 0,05$. Souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a konzumací alkoholu dle statistického testování není natolik statisticky významná, aby mohla být potvrzena.

U položky č. 5 byla zjišťována zkušenost s kouřením (cigaret, doutníků nebo dýmky). V nabídce byly celkem tři možnosti odpovědí:

- a) současné době kouřím
- b) kouřil/a jsme, ale přestal/a jsem
- c) nikdy jsem nekouřil/a

Žáci, kteří odpověděli, že v současné době kouří, jsou označeni, že *kouří*. Ti, kteří odpověděli, že kouřili, ale přestali nebo nikdy nekouřili, jsou označeni, že *nekouří*. Pro přehlednost úrovně zdravotní gramotnosti u žáků, kteří kouří nebo nekouří je znázorněna následující tabulka.

Tab. 13: Zdravotní gramotnost v závislosti na kouření

Zdravotní gramotnost	Kouření					
	n			%		
	kouří	nekouří	celkem	kouří	nekouří	celkem
Dostatečná	3	119	122	27,27%	60,41%	58,65%
Problematická	3	62	65	27,27%	31,47%	31,25%
Neadekvátní	5	16	21	45,45%	8,12%	10,10%
Celkem	11	197	208	100,00%	100,00%	100,00%

Z přehledové tabulky je zřejmé, že žáci, kteří kouří, vykazují procentuálně vyšší míru neadekvátní zdravotní gramotnosti. Míru problematické zdravotní gramotnosti vykazují však nižší, stejně jako míru dostatečné zdravotní gramotnosti.

Abychom zjistili, zda je souvislost mezi úrovní zdravotní gramotností a kouřením statisticky významná, použili jsme opět Pearsnův Chí-kvadrát test.

Tab. 14: Test statistické významnosti

Chí-kvadrát	Stupeň volnosti	P-hodnota
6,7653	2	0,03396

$0,03396 < 0,05$

Na základě statistického testování vychází signifikance testu $0,03396 < 0,05$. Podle statistického testování existuje statisticky významný vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a kouřením.

6 DISKUSE

Tato diplomová práce se věnuje problematice zdravotní gramotnosti a její úrovni u žáků 2. stupně základních škol. Data pro kvantitativní výzkum byla získána pomocí dotazníkového šetření, při kterém byl použit standardizovaný Evropský dotazník zdravotní gramotnosti HLS-EU-Q, který ve své základní verzi obsahuje 47 položek. Pro můj zkoumaný vzorek jsem použila zkrácenou verzi tohoto dotazníku a to HLS-EU-Q16, který obsahuje 16 položek. Druhá část dotazníku obsahovala položky týkající se zdravotního stavu, využívání zdravotních služeb a dále otázky týkající se životního stylu, jako je pohybová aktivita, konzumace alkoholu nebo zkušenosti s kouřením. Dále jsem zjišťovala pohlaví, věk, třídu, kterou žáci navštěvují a město, ve kterém žijí. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, zda existují rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti v závislosti na pohlaví, ročníku ZŠ a velikosti města, návštěvnosti zdravotnických zařízení a zdravotním stavu žáků.

Všechny tyto aspekty byly porovnávány mezi chlapci a dívkami, kteří navštěvují 7. nebo 9. ročník základní školy v Praze a v Karlových Varech. Distribuce dotazníků probíhala na ZŠ Profesora Švejcara a ZŠ Norbertov v Praze a na ZŠ Dukelských hrdinů v Karlových Varech za informovaného souhlasu zákonných zástupců žáků. Dotazník byl zcela anonymní. Návratnost dotazníků byla 100%. Výzkumné šetření probíhalo od poloviny ledna do poloviny března 2018.

Výzkumu do mé práce se zúčastnilo 112 dívek a 96 chlapců, celkem tedy 208 probandů. Žáci byli ve věkovém rozmezí 12 -17 let. V 7. třídách byli žáci ve věkovém rozmezí 12 až 13 let a v 9. třídách byli žáci ve věkovém rozmezí 14 až 17 let. Překvapením pro mě bylo, že zde byl i 17letý žák. Průměrný věk celého souboru činil po zaokrouhlení 13,85 let.

Cíle, které byly stanoveny pro praktickou část mé práce, byly splněny. Byla zmapována schopnost žáků 7. a 9. tříd ZŠ vyhledat a zhodnotit informace, týkající ze zdravotní péče. Zjišťovala jsem, zda existují rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti mezi pohlavími. Zjišťovala jsem, zda existuje souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a velikostí města, ve kterém respondenti žijí a zda úroveň zdravotní gramotnosti závisí na ročníku ZŠ, který žáci navštěvují. Dále byla hledána souvislost mezi úrovní zdravotní

gramotnosti a zdravotním stavem žáků. Také jsem zjišťovala, jestli úroveň zdravotní gramotnosti souvisí s četností návštěv zdravotnických zařízení.

Ze stanovených pěti hypotéz byly tři potvrzeny a dvě nepotvrzeny. První hypotézou bylo, že *dívky mají vyšší úroveň zdravotní gramotnosti než chlapci*. Na základě statistického testování pomocí Pearsnova testu Chí kvadrát a Testu nezávislosti byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi úrovní zdravotní gramotnosti dívek a chlapců. Ve zkoumaném souboru měli chlapci vyšší míru neadekvatní a problematické zdravotní gramotnosti než dívky. První hypotéza byla tedy potvrzena.

Druhá hypotéza, kterou jsem stanovila, byla, že *žáci 9. třídy mají lepší schopnost vyhledávat a zhodnotit informace o zdravotní péči než žáci 7. třídy*. Předpokládala jsem, že děti v 9. ročníku, kdy jsou minimálně o dva roky starší než děti ze 7. ročníku budou zdravotně gramotnější. Statistickým testováním pomocí Pearsnova testu Chí kvadrát a Testu nezávislosti bylo zjištěno, že ročník ZŠ, tedy ani věk respondentů v mém zkoumaném vzorku, neurčuje úroveň zdravotní gramotnosti. Druhá hypotéza se tedy nepotvrdila. Myslím si, že tato hypotéza se nepotvrdila proto, že rozdíl ve věku žáků nebyl natolik patrný, aby byly zjištěny případné rozdíly ve zdravotní gramotnosti. Předpokládám, že kdyby rozdíly ve věku respondentů byly markantnější, byla by shledána určitá souvislost mezi věkem respondentů a úrovní zdravotní gramotnosti.

Třetí hypotéza taktéž nebyla potvrzena. Předpokládala jsem, že *žáci ve větším městě (Praha) udávají vyšší úroveň zdravotní gramotnosti než žáci v menším městě (Karlovy Vary)*. K 1. lednu 2017 mělo město Karlovy Vary 49 046 obyvatel. Praha má aktuálně 1 294 513 obyvatel (Český statistický úřad, 2018). Rozdíly v počtu obyvatel těchto měst jsou značné. Domnívala jsem se, že i tento fakt, může mít vliv na zdravotní gramotnost jedinců. Statistickým testováním se však tato hypotéza vyvrátila. V teoretické části práce jsem zmiňovala výzkum zdravotní gramotnosti devíti zemí EU, kterého se také zúčastnila Česká republika. Z výsledků vyplynulo, že rozdíly ve zdravotní gramotnosti mezi státy jsou značné. Proto si myslím, že by bylo žádoucí, kdyby bylo uskutečněno více podobných výzkumů napříč městy, a to nejen v České republice, ale také v zahraničí. Zda by se našly rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti i mezi různými městy nebo jen mezi státy, je otázkou pro budoucí studie.

Jak jsem zmiňovala v teoretické části práce, výzkumy ze Spojených států amerických, jak uvádí Holčík (2009) dokládají, že lidé s nižší zdravotní gramotností častěji udávají i

horší zdravotní stav. Tento fakt mě dovedl ke stanovení čtvrté hypotézy, která zněla, že *žáci s dobrým zdravotním stavem mají lepší zdravotní gramotnost než žáci s horším zdravotním stavem*. Statistickým testováním se tato hypotéza potvrdila. Žáci s akutním nebo chronickým onemocněním vykazovali vyšší míru neadekvátní a problematické zdravotní gramotnosti než žáci, kteří byli zdraví. Výsledek mě u této věkové kategorie celkem překvapil, protože si myslím, že by měli do určité míry mít vliv na zdraví svých dětí jejich rodiče, respektive jejich úroveň zdravotní gramotnosti. Tímto se dostávám k zahraničním výzkumům (Morrison et al., 2013), ve kterých bylo zjištěno, že existuje souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti rodičů a jejich dětí. Děti rodičů s lepšími dovednostmi v oblasti zdravotní gramotnosti měly lepší výsledky v oblasti podpory zdraví a prevenci nemocí (Morrison et al., 2013). Zdravotní gramotnost jedinců tak není ovlivňována pouze školským a zdravotnickým systémem, ale také rodinou a okolními podněty, např. médií.

Aby se zdravotní gramotnost rozvíjela u dětí, měla by se rozvíjet i u jejich rodičů, kteří mají na své děti velký vliv. Naopak tím, že se pomocí školních programů pro rozvoj zdravotní gramotnosti všech žáků a studentů bude jejich úroveň zdravotní gramotnosti postupně zvyšovat, mohou tak děti své schopnosti a poznatky ze školy předat starší generaci. Takto mohou rodiče a děti úroveň své zdravotní gramotnosti navzájem ovlivňovat a zvyšovat.

Pátou a poslední hypotézu jsem stanovila taktéž na základě zrealizovaných zahraničních studií a poznatků, kterými jsou, že lidé s nižší zdravotní gramotností častěji navštěvují lékaře, jsou častěji hospitalizováni a jsou také častěji v kontaktu se záchrannou službou (Kickbusch, 2013). Zajímalo mě, zda tento fakt lze aplikovat i na věkovou kategorii mého zkoumaného souboru. Proto jsem z důvodu zmapování této skutečnosti u mé zkoumané skupiny stanovila hypotézu č. 5: *Žáci s nižší zdravotní gramotností navštívili zdravotnická zařízení častěji než žáci s vyšší zdravotní gramotností*. Na jednu stranu jsem předpokládala, že žáci, kteří mají nižší zdravotní gramotnost, tato zařízení navštěvují častěji, na stranu druhou jsem se však domnívala, že četnost návštěv dětí ve zdravotnickém zařízení je opět ovlivněna především jejich rodiči. Na základě statistického testování byla u mého zkoumaného souboru zjištěna existence statisticky významného vlivu na úroveň zdravotní gramotnosti a četnost návštěv zdravotnického zařízení. Žáci, kteří častěji navštěvovali zdravotnická zařízení, vykazovali vyšší míru

neadekvátní a problematické zdravotní gramotnosti. Poslední hypotéza se tedy potvrdila.

V praktické části práce jsem také zkoumala, jak jsou na tom žáci s návyky, mající vliv na jejich zdraví, ať už prospěšný nebo škodlivý. Zjišťovala jsem, jak často mají pohybovou aktivitu, zda kouří nebo konzumují alkohol, případně jak často. U žáků, kteří uvedli, že kouří nebo konzumují alkohol, mě také zajímalo, jestli tyto skutečnosti mají souvislost s úrovní jejich zdravotní gramotnosti.

Zaměřím-li se na pohybovou aktivitu žáků, zjišťovala jsem, kolikrát žáci během posledního měsíce cvičili. Necelá polovina žáků (42 %) uvedla, že cvičí několikrát týdně. Odpověď „několikrát během měsíce“, označilo 24 % žáků. 23 % žáků uvedlo, že cvičí téměř denně a 8 % respondentů necvičí vůbec. Výsledky mě celkem překvapili. Očekávala jsem, že bude více žáků, kteří cvičí minimálně několikrát týdně, vzhledem k vyučovanému předmětu *Tělesná výchova*, který je na základních školách povinný a vyučovaný dvakrát týdně. Výzkum, realizovaný Fakultou tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci z roku 2010, zjistil, že dívky jsou méně pohybově aktivní než chlapci (Kalman a Vašíčková, 2013).

Přejdu-li ke škodlivým návykům žáků, na otázku, která zjišťovala zkušenosti s kouřením, odpovědělo 5 % žáků, že v současné době kouří. Současných kuřáků bylo více mezi chlapci než dívkami, což odpovídá i výzkumu Univerzity Palackého v Olomouci, který provedla Katedra psychologie Filozofické fakulty v letech 2013-2014, který odhalil, že zhruba 3 % dětí ve věku od 11 do 15 let pravidelně kouří (Šaradínová, 2014). Vzestup kuřáctví u dětí a mládeže je rapidní a dochází k posunu do nižších věkových skupin. Studie HBSC z roku 2013-2014, zjistila, že pravidelně kouří dokonce 11 % 15letých chlapců a 16 % 15letých dívek (Sýkorová, 2016).

Abych zjistila, zda existuje souvislost mezi úrovní zdravotní gramotností a kouřením, využila jsem opět statistické testování. Přesto, že v mém zkoumaném souboru bylo 11 kuřáků, podle testu Chí-kvadrát a Testu nezávislosti existuje statisticky významný vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a kouřením žáků. Signifikance testu vycházela $0,03396 < 0,05$. Žáci, kteří kouří, vykazovali vyšší míru neadekvátní zdravotní gramotnosti. Tento výsledek odpovídá i zahraničním studiím (Stewart, 2013). Podle amerických studií je nižší zdravotní gramotnost spojována s vyšší závislostí na nikotinu,

pozitivnějšími a méně negativními očekávanými následky kouření, menšími znalostmi o zdravotních rizicích kouření a nižším vnímáním rizik.

Dále jsem zjišťovala, zda existuje souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a častou konzumací alkoholu. Žáci, kteří alkohol konzumovali minimálně jednou týdně, vykazovali vyšší míru neadekvátní a problematické zdravotní gramotnosti. Dostatečnou zdravotní gramotnost mělo méně žáků, kteří alkohol konzumovali minimálně jednou týdně, než ti kteří ho konzumovali méně často nebo vůbec. Použila jsem test Chí-kvadrát a Test nezávislosti, abych zjistila, zda je tento fakt statisticky významný. Na základě statistického testování vycházela signifikance testu $0,121 > 0,05$. Souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a konzumací alkoholu u mých respondentů podle statistického testování nebyla natolik statisticky významná, aby mohla být přijmata.

U nás ani v zahraničí zatím nebylo provedeno dostatek studií, které by zjišťovaly zdravotní gramotnost u mé cílové skupiny, tedy u dospívajících. Jednou ze zahraničních studií, která se zabývala zdravotní gramotností stejné cílové skupinou jako já, byla studie z Finska. Bylo pro mě velkým a potěšujícím překvapením, že tento finský výzkum byl prováděn u stejných ročníků ZŠ, tedy u žáků 7. a 9. tříd. Cílem této studie bylo prozkoumat úroveň zdravotní gramotnosti u dospívajících - chlapců a dívek ze 7. a 9. ročníku ve věku 13 a 15 let. Průzkum byl proveden na základě nástroje HLSAC, který byl vyvinut přímo pro měření subjektivní zdravotní gramotnosti pro děti ve školním věku (Paakkari a kol., 2016).

Ve Finsku je zdravotní gramotnost dětí ve školním věku studována jako součást národního hodnocení aplikovaného na výchovu ke zdraví, která je samostatným školním předmětem (Summanen, 2014).

Finská studie usilovala o zjištění vztahů mezi zdravotní gramotností a školními úspěchy žáků, potížemi s učením nebo rodinným zázemím. Průzkum proběhl ve Finsku v roce 2014 jako součást národního projektu a byl nazván jako „Zdravé chování dětí ve škole“ (HBSC). Výzkum zahrnoval různé aspekty dospívání, včetně demografických faktorů, vnímání zdraví, zdravotní gramotnost, životní styl a životní podmínky respondentů. Údaje pro tuto studii byly reprezentativní na celostátní úrovni (Currie et al., 2009).

Studie bylo zúčastněno celkem 3833 dospívajících. Chlapců ze 7. třídy bylo 880 a z 9. třídy 882. Dívek ze 7. třídy bylo 894 a z 9. třídy 963. Výzkumný soubor byl získán z

359 škol ve Finsku. Účastníci se výzkumu podrobili dobrovolně a anonymně (Currie et al., 2014).

Krátký nástroj k zjištění subjektivní zdravotní gramotnosti pro děti ve školním věku (HLSAC) (Paakkari et al., 2016) obsahoval 10 položek, zahrnující pět oblastí (teoretické znalosti, praktické znalosti, kritické myšlení, sebevědomí, občanství).

Všechny položky byly ve tvaru Jsem přesvědčen, že... a odpovědi zahrnovaly čtyři možnosti: vůbec nepravdivé, sotva pravdivé, poněkud pravdivé a naprosto pravdivé.

Úrovně zdravotní gramotnosti byly klasifikovány tak, aby byly rozděleny do tří skupin. Skupina odborníků (složená z výzkumníků, učitelů v oblasti zdraví a psychologů), stanovila skóre zdravotní gramotnosti potřebné k dosažení dané úrovně. Skóre 10-25 bodů určovalo nízkou zdravotní gramotnost, skóre 26-35 bodů určovalo střední zdravotní gramotnost a ti, kteří dosáhli skóre 36-40 bodů měly vysokou zdravotní gramotnost. Rozdíly v úrovni ve zdravotní gramotnosti byly zjišťovány mezi chlapci a dívkami a mezi 7. a 9. ročníkem ZŠ. V každé skupině bylo minimální skóre 10 bodů a maximální 40 bodů. Celkové průměrné skóre bylo 32,55 bodů. Nejnižší subjektivní zdravotní gramotnost byla nalezena u chlapců 7. ročníků a nejvyšší u dívek 9. ročníků.

Z výzkumu vyplynulo, že přibližně jedna desetina účastníků měla nízkou zdravotní gramotnost, 57 % respondentů mělo průměrnou zdravotní gramotnost a přibližně třetina měla zdravotní gramotnost vysokou. Po statistickém testování vyplynulo, že dívky udávaly vyšší úroveň zdravotní gramotnosti než chlapci, což odpovídá i mému výzkumu. Také žáci 9. ročníků finských škol udávali vyšší úroveň zdravotní gramotnosti než žáci 7. ročníků (Paakkari et al., 2018). To pro mě bylo překvapivé, jelikož v mém výzkumu se tento fakt nepotvrdil.

Jiné zahraničí studie zaměřené na funkční zdravotní gramotnost dětí zjistily, že až 90 % dětí na Tchaj-wanu a Číně má střední nebo vysokou úroveň zdravotní gramotnosti, zatímco 10 % má nízkou zdravotní gramotnost (Chang, 2010; Lam a Yang, 2014).

Ve Velké Británii a Spojených státech amerických byl mezi lety 2001 až 2002 realizován kvalitativní výzkum metodou focus group. Výzkumu se zúčastnilo celkem 157 studentů ve věku 11-19 let. Výzkum byl zaměřen na zmapování pohledu studentů na současné využívání internetu k vyhledávání informací o zdraví. Bylo zjišťováno, jaké mají zkušenosti s internetem při vyhledávání informací, týkající se zdraví, zda

vnímají online zdroje jako důvěryhodné a s jakými problémy se setkali při používání internetu k této problematice. Studie odhalila, že adolescenti jsou aktivními uživateli internetu pro tyto potřeby, ale mají mezery ve schopnosti najít, zhodnotit a aplikovat online informace, týkající se oblasti zdraví. Z výzkumu vyplynulo, že zkoumaný soubor při hledání online zdravotních informací vykazoval nedostatky týkající se dovedností v oblasti zdravotní gramotnosti. Studie ukázala, že adolescenti musí být zahrnuti do efektivního rozvoje zdravotní gramotnosti (Gray et al., 2004).

V letech 2012 až 2014 byla realizována studie z Iránu, která zahrnovala kvalitativní a kvantitativní výzkumnou část. Rozhovory byly realizovány se 67 adolescenty ve věku 15 – 18 let. Pro kvantitativní část byl použit dotazník, který obsahoval 44 položek, rozdělených do 8 sekcí. Zaměřen byl na osobní kompetence, porozumění a zhodnocení a využívání informací o zdravotním stavu. Kvantitativní části se zúčastnilo celkem 582 adolescentů ve věku 15 - 18 let. Cílem výzkumu bylo vyvinout psychometrické nástroje pro měření zdravotní gramotnosti dospívajících HELMA - Health Literacy Measure for Adolescents (Ghanbari et al., 2016).

Jak již bylo zmíněno, současná situace v oblasti zdravotní gramotnosti je v České republice nepříznivá. Neuspokojivou zdravotní gramotnost dokládá i relativně vysoké procento spotřeby alkoholu (Holčík, 2010) či vysoké množství kuřáků a to i v mladších věkových skupinách, což se potvrdilo i v mém výzkumu.

Rodiče s nízkou úrovní gramotnosti mají menší znalosti v oblasti zdraví a o chování, které zdraví podporuje. Děti, jejichž rodiče mají nízkou zdravotní gramotnost, často mají horší výsledky v oblasti zdraví. Bylo zjištěno, že zlepšení písemných materiálů může zvýšit znalosti o zdraví a zlepšit chování, podporující zdraví včetně dodržování zdravotní prevence. Zdravotní gramotnost dětí a jejich rodičů má významný vliv na jejich zdravotní stav. Důležitou rolí jsou nástroje pro měření zdravotní gramotnosti rodičů (DeWalt a Hink, 2009).

Je nedostatek výzkumů zaměřených na děti mladšího a staršího školního věku. Je potřebné monitorovat a následně působit na rozvíjení zdravotní gramotnosti dětí a rodičů. Zdravotní gramotnost dětí, dospívajících a rodičů je velmi důležitá pro péči o zdraví, prevenci nemocí a podporu zdraví. V České republice chybí dostatek výzkumů zdravotní gramotnosti dětí, dospívajících a rodičů (Průchová et al., 2016).

Je nezbytné, aby se zdravotní gramotnost u všech občanů rozvíjela, a to již ve školním věku, kdy je rozvoj nejefektivnější. Jako velmi vlivně působící na mou cílovou skupinu, jsem zmiňovala rodinu. Rodiče však bohužel nemají vždy patřičné znalosti nebo vhodné návyky, které by působily na jejich potomky pozitivně. Proto je po domově nejlivnější prostředím škola (Wolfe, 2002). Rozvoj zdravotní gramotnosti je proto zaměřen především na všechny žáky a studenty. Výchova a vzdělávání je jednou z hlavních priorit pro rozvoj zdravotní gramotnosti. Je žádoucí, aby se ve větší míře než dosud vzdělávání orientovalo na problematiku zdraví, zdravotní determinanty, podporu zdraví, prevenci nemocí a systém zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015). Téma zdravotní gramotnosti by proto mělo být součástí všech forem výchovy a vzdělávání.

Na tomto rozvoji se podílí jak školský resort, tak zdravotnický resort. Oba resorty společně vytvářejí programy podporující zdraví a zdravotní gramotnost na školách. Značný vliv na rozvoj zdravotní gramotnosti mají tedy nejen školská zařízení, ale především zdravotničtí pracovníci. Zdravotní sestry mají ze všech zdravotnických pracovníků největší možnost rozvíjet zdravotní gramotnost dětí. Zdravé děti však zdravotnická zařízení navštěvují minimálně. Na povinné prohlídce jednou za dva roky u pediatra je sice možnost výchovně zapůsobit, ale otázkou je, zda je tato krátká doba dostačující. Nejlepším řešením by proto bylo, aby zdravotní sestry mohly působit přímo ve školním prostředí. Nejen, že by na školách působily výchovně v rámci předmětu *Výchova ke zdraví*, ale díky blízkému kontaktu se žáky by mohly ovlivňovat jejich zdraví, případně včas zachytit nastupující onemocnění, kterého by si člověk bez odbornosti nepovšimnul. Dostávám se tak k pojmu, respektive profesi *školní sestry*.

Funkce školní sestry v České republice v současné době neexistuje, avšak v některých zemích je školní sestra samostatnou profesí, která se jeví jako velmi prospěšná a vlivná (Wolfe, 2002). Na tomto místě bych proto ráda uvedla základní náplň práce školních sester, která je v zahraniční praxi zcela běžná.

Školní zdravotní sestry jsou považovány za vůdce ve školní komunitě, kteří dohlížejí na veškeré programy v oblasti podpory zdraví na školách. Jejich úkolem je poskytovat odborné znalosti a dohled nad službami školního zdravotnictví a podporovat výchovu ke zdraví.

Vzhledem k tomu, že zdravé děti jsou úspěšnými žáky, školní sestry pečují o fyzické, emocionální, duševní a sociální zdraví studentů.

S využitím svých klinických znalostí plní následující povinnosti:

- Poskytují zdravotní péči všem žákům, studentům a zaměstnancům
- Monitorují zdravotní stav žáků
- Podílejí se na komunikaci mezi personálem školy, rodinou a poskytovateli zdravotní péče, v zájmu zajištění zdravého školního prostředí

Mezi hlavní pracovní povinnosti školních zdravotních sester patří:

- Vypracování plánů pro péči o žáky na základě posouzení, intervencí a hodnocení péče.
- Poskytování zdravotní výchovy žáků, studentům a zaměstnancům v individuálním i skupinovém prostředí.
- Monitorování očkování, prevence přenosných nemocí a posuzování školního prostředí, aby se předešlo zranění a zajistila se bezpečnost.
- Dohled nad opatřeními pro zamezení infekce.
- Aktivně se účastní školních plánů bezpečnosti, které řeší násilí na školách, šikanování a mimořádné události, ke kterým může ve škole dojít.
- Dohled nad správou léků, zdravotními postupy a vývojem plánů zdravotní péče.
- Sledování zraku, sluchu, indexu tělesné hmotnosti a vyšetření duševního zdraví.
- Rozhodování o delegování úkolů v oblasti zdravotní péče podle pokynů státních zákonů a pokynů odborné praxe.
- Poskytování zdravotního poradenství.

Školní sestry hrají také důležitou roli při zajišťování školních zdravotních služeb pro děti se zvláštními potřebami, včetně dětí s chronickými nemocemi (diabetes, astma atd.) a postižením různého stupně závažnosti.

Školní zdravotní sestry musí být schopny posoudit zdravotní stav dětí a identifikovat zdravotní problémy, které mohou vytvářet překážku pro dosažení vzdělání. Musí také rozvíjet a dohlížet na individualizovaný plán zdravotní péče, aby se zajistilo účinné řešení jakýchkoli problémů v prostředí školy (National Association of School Nurses, 2002).

Práce školní sestry má velký význam pro zvyšování zdravotní gramotnosti dětí a pro zlepšování jejich fyzického a psychického zdraví. Sestra také může být pro děti důvěrníci - osobou, za kterou děti přicházejí se svými problémy. Jak už jsem zmiňovala, v zahraničí je působení školních sester standardem, který má pozitivní ohlasy. Já osobně jsem prací školních sester nadšená a zavedení této funkce do školského systému také v České republice považuji do budoucna za velmi přínosné.

ZÁVĚR

Zdravotní gramotnost bychom měli považovat za primární výbavu každého jedince, a tím i potřebnou součást naší cesty ke zdraví. Je nutné učit se, jak být zdravotně gramotným jedincem již od dětství, abychom se naučili, jak se správně starat o svůj zdravotní stav. Nezbytným aspektem je tedy rozvoj zdravotní gramotnosti, která pomáhá ke zkvalitnění a udržení dobrého zdravotního stavu populace. Řešením je proto šíření a rozvíjení zdravotní gramotnosti, a tím zlepšení kvality zdraví. Jestliže bude zájem o zdravotní gramotnost u občanů malý, způsobí vyšší výskyt nemocných, více chronicky nemocných jedinců, ztrátu financí ve zdravotním systému a celkově horší zdravotní stav celé populace.

V diplomové práci jsem se zabývala problematikou zdravotní gramotnosti dospívajících.

V teoretické části práce jsem se na základě prostudované literatury podrobně zabývala zdravotní gramotností - jejím pojmem, definicí, modely, významem, důsledky nízké zdravotní gramotnosti a faktory, jež zdravotní gramotnost ovlivňují. Nahlédla jsem na aktuální situaci úrovně zdravotní gramotnosti u české populace. Dále jsem věnovala pozornost vlivu školního resortu na rozvoj zdravotní gramotnosti u dětí školního věku, významu školy a výchovy ke zdraví. Věnovala jsem se podpoře zdraví a nahlédla jsem na programy, které v současné době v České republice na podporu zdravotní gramotnosti fungují. Rozpracována byla také vývojová specifika žáků ZŠ a detailněji jsem se věnovala vývoji dospívajících, u kterých bylo realizováno výzkumné šetření. Poslední část teoretické práce jsem věnovala zdravotnickému personálu, především sestřám a jejich silnému vlivu na rozvíjení zdravotní gramotnosti celé společnosti.

Cílem práce bylo zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti žáků 7. a 9. ročníku základní školy v závislosti na jejich pohlaví, městě, ve kterém žijí, ročníku, aktuálním zdravotním stavu a četností návštěv zdravotnických zařízení. Do výzkumu byly zapojeny tři základní školy, dvě z Prahy a jedna z Karlových Varů. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 208 žáků.

Cíle, které byly stanoveny pro mou diplomovou práci, byly splněny. Ze stanovených pěti hypotéz byly potvrzeny tři a to, že úroveň zdravotní gramotnosti je vyšší u dívek,

než u chlapců, dále, že zdravotní gramotnost je vyšší u žáků, kteří jsou zdraví než u těch, kteří trpí akutním nebo chronickým onemocněním a vyšší úroveň zdravotní gramotnosti měli také ti žáci, kteří zdravotnická zařízení navštěvují méně často. Z mého zkoumaného souboru respondentů se nepotvrdil vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a ročníkem ZŠ. Také velikost města, ve kterém žáci žijí, nemá vliv na úroveň jejich zdravotní gramotnosti. Dále jsem zjistila, že žáci, kteří v současné době kouří, vykazovali nižší úroveň zdravotní gramotnosti. Vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a častou konzumací alkoholu nebyl statistickým testováním potvrzen.

Pro získání výzkumných dat byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Byl použit standardizovaný Evropský dotazník zdravotní gramotnosti ve zkrácené verzi - HLS-EU-Q16, doplněný o klíčové anamnestické otázky.

Zdravotní gramotnost souvisí s ekonomickou i sociální situací a její zvyšování je celoživotním procesem. Jedním z nepřehlédnutelných faktorů při zvyšování zdravotní gramotnosti je praktický lékař ve spolupráci se sestrou, který má k pacientovi nejbližší. Ti by každého měli dostatečně informovat o příčinách i možném průběhu jeho nemoci a způsobech léčby s ohledem na úroveň jeho zdravotní gramotnosti. Cílem je pak snížení počtu návštěv u lékaře.

V současné době lze úroveň zdravotní gramotnosti několika způsoby měřit, není však dostatek výzkumných dat o zdravotní gramotnosti a její úrovni ve vztahu ke konkrétním cílovým skupinám, proto je žádoucí zrealizovat dostatek výzkumů v této problematice.

Významnou roli v rozvoji zdravotní gramotnosti hrají sestry, avšak co se týče dětí školního věku, nejefektivnějším způsobem jak u nich rozvíjet zdravotní gramotnost by bylo, kdyby sestry mohly působit přímo ve školním prostředí. Funkce školních sester v zahraničních zemích má velký efekt a pozitivní ohlasy. Zavedení této funkce do školského systému v České republice tak považuji nejen pro tuto problematiku za velmi přínosné.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALTIN, S. et al. 2014. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. 2014(14), 1-13 [cit. 2017-09-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1207. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1207>
2. BENDL, S. 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4248-9.
3. BEAUCHAMP A, SPARKES L. Health literacy and nursing. *ANMJ* 2014;21(9):49.
4. BETZ CL, RUCCIONE K, MEESKE K, SMITH K, CHANG N. Health literacy: a paediatric nursing concern. *Pediatric Nursing* 2008;34(3):231–9.
5. BRŮŽKOVÁ, L. 2013. *Komparace podpory zdraví ve školních vzdělávacích programech na vybraných základních školách v Brně*: disertační práce. Brno: Masarykova universita, Fakulta sportovních studií. 160 s., 5 l. příl. Vedoucí disertační práce Marie Blahutková.
6. COLLINS, S., CURRIE L. M., BAKKEN, S., VAWDREY, D. K., & STONE, P. W. (2012). Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. *J Biomed Inform*, [online]. 45(3), 598–607. [Cit. 8. 1 2018]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2012.04.001>.
7. COLEMAN, Clifford. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook* [online]. 2011, 59(2), 70-78 [cit. 2017-08-15]. DOI: 10.1016/j.outlook.2010.12.004. ISSN 00296554. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002965541000480X>
8. CURRIE, C., INCHLEY, J., MOLCHO, M., LENZI, M., VESELSKA, Z., & WILD, F. (Eds.) (2014), Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey. *Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU)*.
9. ČAČKA, O. 2000. *Psychologie duševního vývoje dětí a dospívajících s faktory optimalizace*. Brno: Doplněk.
10. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2018 [online] CZSO. [cit. 7.5. 2018]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/pocet-obyvatel-v-obcich-see2a5tx8j>

11. ČELEDOVÁ, L. a ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví, Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. ČEVELA, R., a ČELEDOVÁ, L. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
13. DAŇKOVÁ, D. 2011. *Problematika Zdraví jako součást kvality života z pohledu žáků základní školy: diplomová práce*. Brno: Masarykova universita, Fakulta pedagogická. 85 s., 3 l. příl. Vedoucí diplomové práce Stanislav Střelec.
14. DECARO W, CARANZETTI MV, CAPRIATI I, ALICASTRO MG, ANGELINI S, DIONISI S, et al. The concept of health literacy and its importance for nursing. *Prof Inferm* 2015;68(3):133–42.
15. DEWALT, AD., HINK, A. 2009. Health Literacy and Child Health Outcomes : A Systematic Review of the Literature. *Pediatrics*, 2009, 124: 265-274.
16. DEYOUNG, S. 2009. Teaching Strategies for Nurse Educators. *New Yersay: Pearson Education* 2009, 300P. ISBN 13-179026-9.
17. DICKENS C, PIANO MR. Health literacy and nursing: an update. *Am J Nurs* 2013;113(6):52–7.
18. DINGOVÁ, M. a JAKUBCOVÁ, T. Health Literacy - New Concept for Nursing Practice. In *Ošetřovatelství: teorie, výzkum, vzdělávání*, 2011, vol. 1, no. 1, pp. 34-41.
19. DOLEJŠ, M., SKOPAL, O., SUCHÁ, J. et al. 2014. *Protektivní a rizikové osobnostní rysy u adolescentů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
20. FRENCH KS. Transforming nursing care through health literacy ACTS. *Nurs Clin North Am* 2015;50(1):87–98.
21. FROHLICHOVÁ, L. 2012. Státní zdravotní ústav. *Škola podporující zdraví* [online]. 12.11.2012 [cit. 2017-11-23]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podporazdravi/skolapodporujicizdravi?highlightWords=%C5%A1kola+podporuj%C3%ADc%C3%AD+zdrav%C3%AD>.
22. GAVORA, Peter, 2010. *Akí sú moji žiaci?: Pedagogická diagnostika žiaka*. Nitra: Enigma. ISBN 978-80-89132-91-1.
23. GHANBARI, S., et al., 2016. Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA) : Development and Psychometric Properties. *PLoS One*. 2016, 11(2):e0149202.

24. GRAY, N. J., et al., 2005. The internet : A Windows on adolescent health literacy. *Journal of Adolescent Health* 37 (2005). 243.e1–243.e7.
25. GRECMANOVÁ, Helena, 2008. *Klima školy*. Olomouc: Hanex. ISBN 978-80-7409-010-3.
26. GUZYS, D. et al. 2015. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health* [online]. 2015, 15, 1-7 [cit. 2017-09-23]. DOI: 10.1186/s12889-015-1551-6. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1551-6>
27. HAVLÍNOVÁ, Miluše. *Program podpory zdraví ve škole: rukověť projektu Zdravá škola*. 2., rozš. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073670593.
28. HLS-EU CONSORTIUM 2012: [online] *comparative report of health literacy in eight eu member states*. the european health literacy survey hls-eu, [cit. 19.4. 2018] Dostupné z: <http://www.health-literacy.eu>.
29. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-73920890.
30. HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 9788021052390.
31. HOLČÍK J. 2017, [online] Potřeba zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti. 1. národní konference o zdravotní gramotnosti. Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 13.4. 2018]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
32. CHAN A. Health literacy screening instruments in adults with cardiovascular disease and their importance to the nursing profession. *AJAN* 2014;22(2):14–23.
33. CHANG, L-C. (2010), Health literacy, self-reported status and health promoting behaviours for adolescents in Taiwan, *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 20, pp. 190—196.
34. JANOVSKÁ, K. (2017), [online] Zdravotní gramotnost podle věkových skupin. 1. národní konference o zdravotní gramotnosti. Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 14.4. 2018]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf.
35. JOHNSON A. Health literacy: how nurses can make a difference. *AJAN* 2015;33(2):20–7.

36. KAAS J, STASKOVÁ V, ŠULISTOVÁ R. *The concept of health literacy in contemporary nursing*. *Kontakt* 2016; 18(4): e219–e223; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.10.001>.
37. KALMAN, M. a J. VAŠÍČKOVÁ. 2013. Zdraví a životní styl dětí a školáků. *HBSC – Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků* [online]. 2013 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: http://hbse.upol.cz/download/zdravi%20skolaci_publikace_WEB.pdf.
38. KENNARD DK. Health literacy concepts in nursing education. *Nursing Education Perspectives* 2016;37(2):118–19.
39. KICKBUSCH, I., S. WAIT a D MAAG. 2006. The European Mens' Health Forum. Navigating Health: the role of health literacy [online]. Sep. 2006 [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: http://www.emhf.org/resource_images/NavigatingHealth_FINAL.pdf.
40. KICKBUSCH, I. et al., 2013. Health literacy: the solid facts. *Solid facts (Series)*. ISBN 978-928-9000-154.
41. KUČERA Z., PELIKAN J., ŠTEFLOVÁ A.: *Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření*. Čas. Lék. čes. 2016; 155: 233-241.
42. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978- 80-247-2713-4.
43. LAM, L. AND YANG, L. (2014), Is low health literacy associated with overweight and obesity in adolescents: an epidemiology study in a 12-16 years old population Nanning, China, 2012, *Archives of Public Health*, Vol. 72 No. 11.
44. LANGMEIER, J, KREJČÍŘOVÁ D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
45. MAAT, H. et al. 2014. *A short assessment of health literacy (SAHL) in the Netherlands*. *BMC Public Health* [online]. 2014, 14, 1-8 [cit. 2018-04-23]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-990. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-990>
46. MACABASCO-O'CONNELL A, FRY-BOWERS EK. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *J Health Commun* 2011;16(suppl 3): 295–307.

47. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. 2009. *Výchova ke zdraví*. Vyd. 1. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-2715-8.
48. MACHOVÁ, J a KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024753515.
49. MARÁDOVÁ, E. (2008b). Výchova ke zdraví v kurikulu školy jako výzva pro změny v edukační realitě. In: T. Svatoš a J. Doležalová (eds.), *Pedagogický výzkum jako podpora proměny současné školy – sborník sdělení 16. konference ČAPV*. Hradec králové: Gaudeamus UHK.
50. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ: *Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014.
51. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2015. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: akční plán č. 12: rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020*.
52. MORRISON AK, MYRVIK MP, BROUSSEAU DC, HOFFMANN RG, STANLEY RM. The Relationship Between Parent Health Literacy and Pediatric Emergency Department Utilization: A Systematic Review. *Academic pediatrics*. [online]. 2013. [Cit. 7. 5. 2018]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3808118/>
53. MŠMT ČR, 2013. *Upravený rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (platný od 1.9.2013)* [online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [cit. 2017-11-23]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladnivzdelavani/upraveny-ramcovy-vzdelavaci-program-pro-zakladni-vzdelavani>.
54. MURO, A. 2011. Health Literacy Special Collection: Tools and Resources for Health Literacy Initiatives. What is Health Literacy? [online]. 2011 [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <http://www.healthliteracy.worlded.org/muro.htm>.
55. NATIONAL ASSOCIATION OF SCHOOL NURSES. Position Statement: Education, Licensure, and Certification of School Nurses. Silver Spring, MD: *National Association of School Nurses; 2002*. Dostupné z: www.nasn.org/Default.aspx?tabid=219.

56. NÁRODNÍ SÍŤ PODPORY ZDRAVÍ, 2016. Zdravotní gramotnost mladých dospělých. Praha. Národní síť podpory zdraví. Grafia Nova s.r.o.
57. NIELSEN-BOHLMAN L, PANZER AM, KINDING DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington D.C.: *The National Academies Press*; 2004.
58. NUTBEAM, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [online]. Sep. 2000, vol. 15, iss. 3 [cit. 2017-10-30]. Dostupné z: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/15/3/259.full.pdf+>. ISSN 1460-2245.
59. OLECKÁ I, IVANOVÁ K. 2016. *Health literacy of primiparae in the first six months of maternity: review*. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2016;7(3):494–503 [cit. 2018-04-23]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2016-03/20-olecka-ivanova-cz.pdf>
60. OSBORNE, H. 2006. Health Literacy: How Visuals Can Help Tell the Healthcare Story. *Journal of visual communication in Medicine* [online]. March 2006, vol. 29, iss. 1 [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: http://www.healthliteracy.com/uploads/J_of_Vis_Comm_3-06.pdf.
61. PAAKKARI, O., TORPPA, M., KANNAS L. AND PAAKKARI, L. (2016), Subjective health literacy: development of a brief instrument for school-aged children, *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 44 No. 8, pp. 751—757.
62. PAAKKARI, O., TORPPA, M., VILLBERG, J., KANNAS, L., & PAAKKARI, L. (2018). Subjective health literacy among school-aged children. *Health Education*, 118 (2), 182-195. doi:10.1108/HE-02-2017-0014
63. PARNELL TA. Health literacy in nursing: Providing personcentered care. *New York: Springer*; 2015.
64. PELIKAN MJ., RÖTHLIN F., GANAHL K. 2014. Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study. 6th Annual Health Literacy Research Conference November 3-4, 2014. Bethesda, Maryland, Hyatt Regency Bethesda.
65. PFEIFEROVÁ, M. a SEIFERT B. 2017, [online] Zdravotní gramotnost a primární péče. 1. národní konference o zdravotní gramotnosti. Ústav pro

- zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 13.4. 2018]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
66. PRŮCHA, Jan. *Moderní pedagogika*. 5., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0456-5.
67. PRŮCHOVÁ, D., BOLEDOVIČOVÁ, M., MACHOVÁ, A., 2016. Zdravotní gramotnost u dětí a adolescentů – přehledová studie. In: *Ošetrovatel'stvo - tradície a perspektivy*. Piešťany. ISBN 978-80-8132-151-1.
68. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3133-9
69. SALAVCOVÁ, M.. 2017, [online] Úloha Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti zdravotní gramotnosti. 1. národní konference o zdravotní gramotnosti. Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 13.4. 2018]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
70. SAND-JECKLIN K, MURRAY B, SUMMERS B, WATSON J. Educating nursing students about health literacy: from the classroom to the patient bedside. *Online Journal of Issues in Nursing* 2010;15(3):1–13.
71. SØRENSEN, K. et al. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [online]. 2012, (12), 1-13 [cit. 2018-04-22]. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.
72. SØRENSEN et al.: Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013 13:948.
73. SPEROS CI. *Promoting health literacy: a nursing imperative*. *Nurs Clin North Am* 2011;46(3):321–33
74. STEWART DW, ADAMS CE, CANO MA, et al. Associations Between Health Literacy and Established Predictors of Smoking Cessation. *American journal of public health*. 2013;103(7):e43-e49. doi:10.2105/AJPH.2012.301062. [cit. 7.5. 2018]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682601/>
75. STREJČKOVÁ, A. 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví*. Praha: Fortuna. ISBN 978-80-7168-943-0.

76. SUMMANEN, A-M. (2014), Terveystiedon oppimistulokset perusopetuksen päättövaiheessa 2013. The health education learning outcomes at the end of basic education in 2013. Koulutuksen seurantaraportit 2014: 1, *Opetushallitus. Tampere, Juvenes Print.*
77. SÝKOROVÁ, G. 2016. Univerzita Palackého představila alarmující výsledky největší výzkumné studie o životním stylu mladé generace v Evropě. *HBSC – Mezinárodní výzkumná studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků* [online]. 15.3.2016 [cit. 2018-04-15]. Dostupné z: http://www.hbsc.upol.cz/download/tz_hbsc_olomouc_2016.pdf.
78. ŠARADÍNOVÁ, M. 2014. Výzkum: *Pravidelně kouří a pije alkohol několik tisíc dětí ve věku od 11 do 15 let.* Univerzita Palackého v Olomouci [online]. 8.8.2014 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <http://www.upol.cz/aktualita/clanek/vyzkum-pravidelne-kouri-a-pije-alkohol-nekolik-tisic-deti-ve-veku-od-11-do-15-let/>.
79. ŠIMŮNKOVÁ, M a VOJTÍŠKOVÁ J. *Zdravotní gramotnost v ČR je nízká.* Practicus pro praktické lékaře zdarma [online]. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2015, 14(9), 34-35 [cit. 2018-03-12]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2015-09/34-Zdravotnigramotnost-v-CR-je-nizka.pdf>.
80. ŠTEFLOVÁ, A. a ŠVEC P. 2017, [online] Komunitní programy. 1. národní konference o zdravotní gramotnosti. Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 13.4. 2018]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
81. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří.* Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.
82. VURM, V. 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.* Praha: Triton. ISBN 978-7254-997-9.
83. WOLFE LC, SELEKMAN J. School nurses: what it was and what it is. *Pediatr Nurs.*2002;28 (4):403– 407
84. ZARCADOOLAS C, PLEASANT AF, GREER DS. Advancing health literacy: a framework for understanding and action. *San Francisco: John Wiley & Sons; 2006.*
85. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 9788085047479.

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

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Pohlaví

Obr. 2 Věk

Obr. 3 Bydliště

Obr. 4 Třída

Obr. 5 Zdravotní stav

Obr. 6 Zdravotní pojišťovna

Obr. 7 Zkušenosti s kouřením

Obr. 8 Konzumace alkoholu

Obr. 9 Pohybová aktivita

Obr. 10 Pohotovostní služby

Obr. 11 Návštěvnost lékaře

Obr. 12 Hospitalizace

Obr. 13 Zdravotničtí specialisté

Obr. 14 Bodování dotazníku HLS-EU-Q16

Obr. 15 Celková zdravotní gramotnost zkoumaného vzorku

Obr. 16 Zdravotní gramotnost podle pohlaví

Obr. 17 Zdravotní gramotnost podle bydliště

Obr. 18 Zdravotní gramotnost podle ročníku ZŠ

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Model zdravotní gramotnosti

Příloha 2 Celková zdravotní gramotnost devíti zemí EU

Příloha 3 Oblasti zdravotní gramotnosti výzkumu zemí EU

Příloha 4 Výsledky jednotlivých oblastí zdravotní gramotnosti pro ČR

Příloha 5 Dotazník HLS-EU-Q16 použitý pro výzkumné šetření práce

Příloha 6 Informovaný souhlas zákonného zástupce

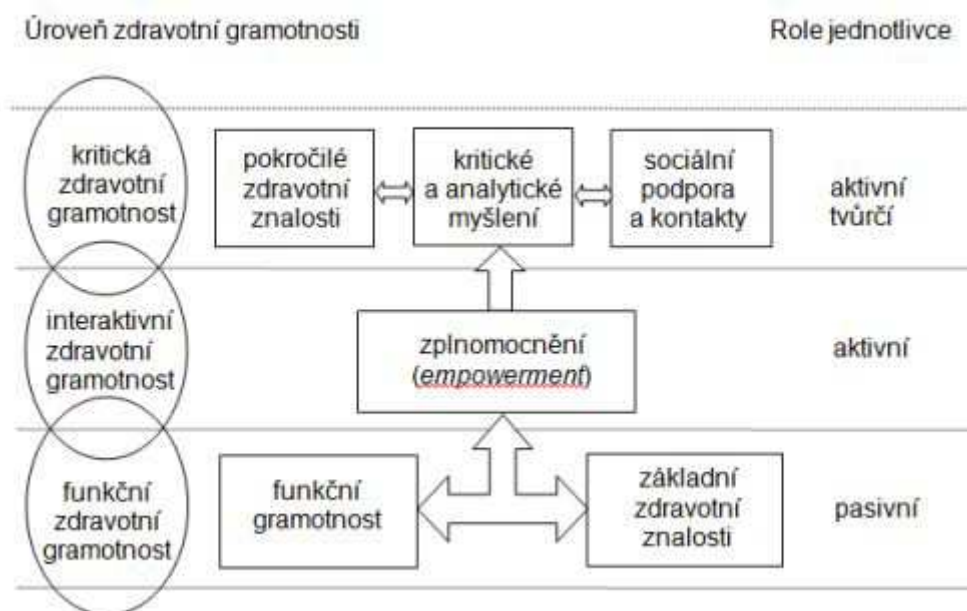
Příloha 7 Základní verze evropského dotazníku zdravotní gramotnosti HLS-EU-Q47 v českém jazyce

Příloha 8 Seznam tabulek s výzkumnými daty

Příloha 9 Tabulky s výzkumnými daty

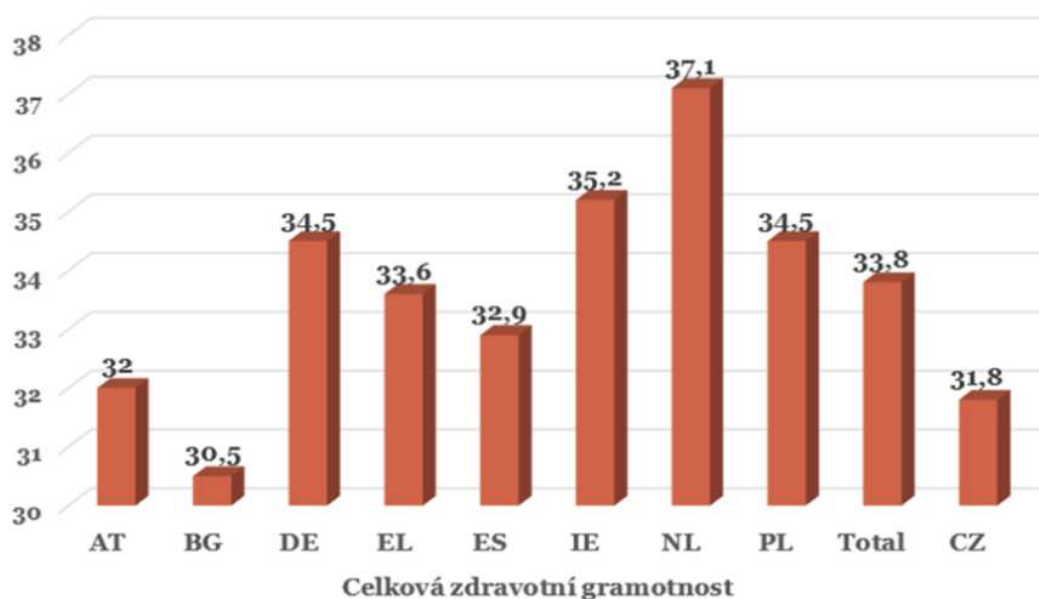
PŘÍLOHY

Příloha 1: Model zdravotní gramotnosti



Zdroj: Holčík, 2009

Příloha 2: Celková zdravotní gramotnost devíti zemí EU



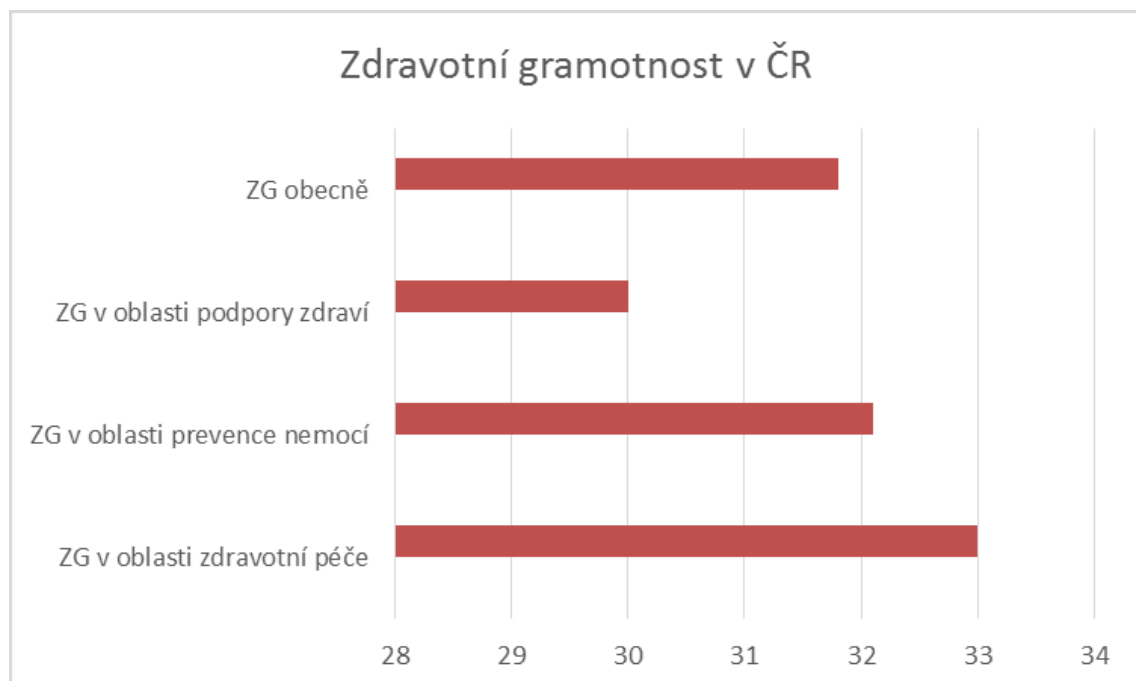
Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014

Příloha 3: Oblasti zdravotní gramotnosti výzkumu zemí EU

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: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014

Příloha 4: Výsledky jednotlivých oblastí zdravotní gramotnosti pro ČR



Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014

Příloha 5: Dotazník použitý pro výzkumnou část práce

Bc. Jana Grecmanová, studentka magisterského studia Ošetřovatelství na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Milí přátelé,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V rámci mé diplomové práce se zaměřuji na zjištění znalostí a praktických dovedností správné péče o vlastní osobu a zdraví (čili zdravotní gramotnost). Tedy jaké konkrétní schopnosti a vědomosti znáte a uplatňujete ve své péči o zdraví. Výsledky budou zpracovány anonymně a použity pouze na účel diplomové práce.

Děkuji za spolupráci,
Jana Grecmanová

1) Jak těžké pro tebe je:
(Označte pouze jednu odpověď)

		Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké
1	Nalézt informace o léčbě nemoci, které se vás týkají?	1	2	3	4
2	Zjistit, kde je možné dostat profesionální pomoc, když jste nemocný. (lékař, lékárník, psycholog)	1	2	3	4
3	Pochopit, co vám říká váš lékař?	1	2	3	4
4	Pochopit návod vašeho lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék?	1	2	3	4
5	Posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?	1	2	3	4
6	Využít informace, které vám podává lékař k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc?	1	2	3	4
7	Pochopit poučení/doporučení od vašeho lékaře nebo lékárníka?	1	2	3	4
8	Získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?	1	2	3	4
9	Pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití?	1	2	3	4
10	Pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky? (očkování, sledování psychomotorického vývoje, krevního tlaku)	1	2	3	4
11	Posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích věrohodné? (TV, internet, časopisy pro dospívající nebo jiná média)	1	2	3	4
12	Rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? (noviny, letáky, internet nebo jiná média)	1	2	3	4
13	Nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? (meditace, cvičení, procházky, pilates, apod.)	1	2	3	4
14	Pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?	1	2	3	4
15	Pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (internet, noviny, časopisy)	1	2	3	4
16	Posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím? (pitný režim, stravovací návyky, cvičení)	1	2	3	4

2) Jaký máš zdravotní stav?

a) Jsem zdravý/á

b) Trpím akutním onemocněním (jakým?).....

c) Mám chronické onemocnění (jaké?).....

3) U jaké zdravotní pojišťovny jsi pojištěn/a?

a) Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)

b) Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)

c) Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)

d) Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)

e) Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)

f) Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)

g) Revírní bratrská pokladna, zdrav. Pojišť. (213)

h) nevím

4) Jak často jsi...*(Označte pouze jednu odpověď)*

		0	1 – 2 krát	3 – 5 krát	6 krát a vícekrát
1	byl/a během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí? (<i>Pohotovostní služba, záchranná služba</i>)	1	2	3	4
2	byl/a během posledních 12 měsíců u lékaře?	1	2	3	4
3	byl/a během posledních 12 měsíců hospitalizován?	1	2	3	4
4	během posledních 12 měsíců využil/a služeb dalších zdravotnických specialistů (<i>zubní lékař, fyzioterapeut, psycholog, dietolog nebo oční lékař</i>)?	1	2	3	4

5) Zkušenosti s kouřením (cigaret, doutníků nebo dýmky)

a/ V současné době kouřím

b/ Kouřil/a jsem, ale přestal/a jsem

c/ Nikdy jsem nekouřil/a

6) Kolikrát jsi v průběhu posledních 30 dní pil nějaký alkoholický nápoj (jaký konkrétně)?

a/ denně

b/ jednou týdně

c/ 2 – 3 krát týdně

d/ 4 – 5 krát týdně

e/ 2 – 3 krát měsíčně

f/ jednou

g/ vůbec

7) Kolikrát jsi během posledního měsíce cvičil/a?

a/ téměř denně

b/ několikrát týdně

c/ několikrát během měsíce

d/ vůbec

e/ nebyl/a jsem schopen cvičit

8) Pohlaví a/ chlapec

b/ dívka

9) Věk**10) Bydliště a/ Praha**

b/ Karlovy Vary

Příloha 6: Informovaný souhlas zákonného zástupce

Informovaný souhlas zákonného zástupce s účastí na výzkumném šetření

Jméno a příjmení dítěte

.....

Bydliště.....

.....

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podstatou výzkumu Zdravotní gramotnosti u dětí základní školy a byly mi sděleny a vysvětleny cíle, metody a postupy výzkumu. Byla jsem poučena/a o účelu provedení rozhovoru a jeho využití. Byl/a jsem poučen/a, že účast ve výzkumu je dobrovolná.

Poté, co jsem měl/a možnost položit otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné k udělení souhlasu s uskutečněním řízeného rozhovoru s mou dcerou/synem prohlašuji, že jsem podaným informacím porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě poskytnutých informací **souhlasím s účastí mého syna/dcery na výzkumu.**

V.....

dne.....

Jméno zákonného zástupce:

.....

Podpis zákonného zástupce:

.....

Informace o výzkumu:

Cílem výzkumu je popsat úroveň zdravotní gramotnosti u dětí ZŠ a zhodnotit zdravotní gramotnost dětí z hlediska dostupnosti informací o zdraví, o zdravotní situaci o zdravotním systému, motivace a aktivity dětí ve vyhledávání informací o zdraví a schopnosti dětí aktivně spolupracovat při zvládnutí zdravotních problémů.

Výsledky uskutečněných rozhovorů budou součástí mé diplomové práce.

Jana Grecmanová

Příloha 7: Základní verze evropského dotazníku zdravotní gramotnosti v českém jazyce

HLS-EU-Q47

Na stupnici od velmi jednoduchých až po velmi složité, jak snadno byste řekl, že to je:

1=velmi obtížné, 2=obtížné, 3=lehké, 4=velmi lehké, 5=nevím

1. Přístup k informacím zdravotní péče: Najít informace o příznacích nemocí, které se vás týkají?
2. Přístup k informacím zdravotní péče: Najít informace o léčbě nemocí, které se vás týkají?
3. Přístup k informacím zdravotní péče: Zjistit, co dělat v případě naléhavých zdravotních problémů?
4. Přístup k informacím zdravotní péče: Zjistit, kde získat odbornou pomoc, když jste nemocní?
5. Porozumění informacím zdravotní péče: Porozumět tomu, co vám říká váš lékař?
6. Porozumění informacím zdravotní péče: Porozumět letákům, které jsou přibaleny k léku?
7. Porozumění informacím zdravotní péče: Porozumět, co dělat v případě potřeby lékařské pomoci?
8. Porozumění informacím zdravotní péče: Porozumět instrukcím vašeho lékaře nebo lékárníka, jak užívat předepsané léky?
9. Zhodnocení informací zdravotní péče: Posoudit, jak pro vás platí informace od vašeho lékaře?
10. Zhodnocení informací zdravotní péče: Posoudit, výhody a nevýhody různých léčebných možností?
11. Zhodnocení informací zdravotní péče: Posoudit, zda budete potřebovat získat druhý názor jiného lékaře?
12. Zhodnocení informací zdravotní péče: Posoudit, zda jsou informace o nemocech v médiích spolehlivé?
13. Aplikace informací o zdravotní péči: Použít informace, které jste dostali od lékaře, abyste se rozhodli o vaší nemoci:
14. Aplikace informací o zdravotní péči: Dodržovat instrukce o medikaci?
15. Aplikace informací o zdravotní péči: Zavolat sanitku v případě nouze?
16. Aplikace informací o zdravotní péči: Dodržovat doporučení vašeho lékaře nebo lékárníka?
17. Přístup k informacím o prevenci onemocnění: Najít informace o tom, jak zvládnout nezdravé chování, jako je kouření, nedostatek pohybové aktivity a nadměrné pití alkoholu?
18. Přístup k informacím o prevenci onemocnění: Najít informace o tom, jak zvládnout psychické zdravotní problémy jako je stres nebo deprese?
19. Přístup k informacím o prevenci onemocnění: Najít informace o očkování a zdravotním screeningu, které byste měli absolvovat?
20. Přístup k informacím o prevenci onemocnění: Najít informace o tom, jak předcházet nebo zvládnout stavy jako je nadváha, vysoký krevní tlak nebo vysoký cholesterol?
21. Porozumění informacím o prevenci onemocnění: Porozumět zdravotním varováním o chování jako je kouření, nedostatek pohybové aktivity a nadměrné pití alkoholu?
22. Porozumění informacím o prevenci onemocnění: Porozumět tomu, proč potřebujete očkování?
23. Porozumění informacím o prevenci onemocnění: Porozumět tomu, proč potřebujete screening?

24. Zhodnocení informací o prevenci onemocnění: Zhodnotit, jak jsou důvěryhodné zdravotní varování o kouření, nedostatku pohybové aktivity a nadměrném pití alkoholu?
25. Zhodnocení informací o prevenci onemocnění: Zhodnotit, kdy je potřeba jít na prohlídku k vašemu lékaři?
26. Zhodnocení informací o prevenci onemocnění: Zhodnotit, jaké očkování můžete potřebovat?
27. Zhodnocení informací o prevenci onemocnění: Zhodnotit, jaký screening byste měli mít?
28. Zhodnocení informací o prevenci onemocnění: Zhodnotit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích důvěryhodné?
29. Aplikace informací o prevenci nemocí: Rozhodnout, zda byste měli mít očkování proti chřipce?
30. Aplikace informací o prevenci nemocí: Rozhodnout, Jak se chránit před nemocí na základě doporučení od rodiny a přátel?
31. Aplikace informací o prevenci nemocí: Rozhodnout, Jak se chránit před nemocí na základě doporučení médií?
32. Přístup k informacím o zlepšení zdraví: Najít informace o zdravých aktivitách jako je cvičení, zdravé jídlo a výživa?
33. Přístup k informacím o zlepšení zdraví: Vyhledat informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši psychickou pohodu?
34. Přístup k informacím o zlepšení zdraví: Najít informace, jak by vaše okolí mohlo být přátelštější ke zdraví?
35. Přístup k informacím o zlepšení zdraví: Vyhledat informace o politických změnách, které mohou ovlivnit zdraví?
36. Přístup k informacím o zlepšení zdraví: Zjistit snahy vedoucí ke zlepšení zdraví v práci?
37. Porozumění informacím o zlepšení zdraví: Porozumět radám o zdraví od vašich rodinných příslušníků a přátel?
38. Porozumění informacím o zlepšení zdraví: Porozumět informacím na obalech potravin?
39. Porozumění informacím o zlepšení zdraví: Porozumět informacím v médiích, jak se stát zdravějším?
40. Porozumění informacím o zlepšení zdraví: Porozumět informacím, jak udržet zdravou svou mysl?
41. Zhodnocení informací o zlepšení zdraví: Zhodnotit, jak váš život ovlivňuje vaše zdraví a pohodu?
42. Zhodnocení informací o zlepšení zdraví: Zhodnotit, jak podmínky vašeho bydlení pomáhají udržet vás zdravým?
43. Zhodnocení informací o zlepšení zdraví: Zhodnotit, jak vaše každodenní chování souvisí s vaším zdravím?
44. Aplikace informací o zlepšení zdraví: Rozhodnout se, jak zlepšit své zdraví?
45. Aplikace informací o zlepšení zdraví: Vstoupit do sportovního klubu nebo sportovní třídy, když chcete?
46. Aplikace informací o zlepšení zdraví: Ovlivnit vaše životní podmínky, které působí na vaše zdraví a pohodu?
47. Aplikace informací o zlepšení zdraví: Účastnit se aktivit, které zlepšují zdraví a pohodu vaší komunity?

Zdroj: Pelikan, 2014

Příloha 8: Seznam tabulek s výzkumnými daty

Tab. 15: Pohlaví

Tab. 16: Věk

Tab. 17: Bydliště

Tab. 18: Třída

Tab. 19: Zdravotní stav

Tab. 20: Zdravotní pojišťovna

Tab. 21: Návštěvnost lékařské pohotovosti

Tab. 22: Návštěvnost lékaře

Tab. 23: Hospitalizace

Tab. 24: Návštěvnost služeb zdravotnických specialistů

Tab. 25: Kouření

Tab. 26: Konzumace alkoholu

Tab. 27: Pohybová aktivita

Tab. 28: 1. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 29: 2. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 30: 3. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 31: 4. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 32: 5. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 33: 6. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 34: 7. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 35: 8. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 36: 9. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 37: 10. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 38: 11. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 39: 12. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 40: 13. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 41: 14. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 42: 15. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Tab. 43: 16. položka dotazníku HLS-EU-Q16

Příloha 9: Tabulky s výzkumnými daty

Tab. 15: Pohlaví

8) Pohlaví		
	n	%
Chlapci	96	46,15%
Dívky	112	53,85%
Celkem	208	100,00%

Tab. 16: Věk

9) Věk						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
12 let	10	21	31	10,42%	18,75%	14,90%
13 let	30	25	55	31,25%	22,32%	26,44%
14 let	16	18	34	16,67%	16,07%	16,35%
15 let	29	44	73	30,21%	39,29%	35,10%
16 let	10	4	14	10,42%	3,57%	6,73%
17 let	1	0	1	1,04%	0,00%	0,48%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 17: Bydliště

10) Bydliště						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Praha	42	56	98	43,75%	50,00%	47,12%
Karlovy Vary	54	56	110	56,25%	50,00%	52,88%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 18: Třída

Třída						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
7. třída	40	50	90	41,67%	44,64%	43,27%
9. třída	56	62	118	58,33%	55,36%	56,73%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 19: Zdravotní stav

2) Jaký máš zdravotní stav?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Jsem zdravý/á	78	80	158	81,25%	71,43%	75,96%
Trpím akutním onemocněním	9	11	20	9,38%	9,82%	9,62%
Mám chronické onemocnění	9	21	30	9,38%	18,75%	14,42%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 20: Zdravotní pojišťovna

3) U jaké zdravotní pojišťovny jsi pojištěn/a?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
VZP	45	63	108	46,88%	56,25%	51,92%
ČPZP	3	1	4	3,13%	0,89%	1,92%
OZP	17	18	35	17,71%	16,07%	16,83%
ZPŠkoda	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
ZPMV	10	5	15	10,42%	4,46%	7,21%
VOZP	2	7	9	2,08%	6,25%	4,33%
RBP-ZP	1	0	1	1,04%	0,00%	0,48%
Nevím	18	18	36	18,75%	16,07%	17,31%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 21: Návštěvnost lékařské pohotovosti

4.1) byl/a během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí? (Pohotovostní služba, záchranná služba)						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
0 krát	57	54	111	59,38%	48,21%	53,37%
1 - 2 krát	30	36	66	31,25%	32,14%	31,73%
3 - 5 krát	5	16	21	5,21%	14,29%	10,10%
6 a vícekrát	4	6	10	4,17%	5,36%	4,81%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 22: Návštěvnost lékaře

4.2) byl/a během posledních 12 měsíců u lékaře?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
0 krát	11	4	15	11,46%	3,57%	7,21%
1 - 2 krát	57	56	113	59,38%	50,00%	54,33%
3 - 5 krát	20	29	49	20,83%	25,89%	23,56%
6 a vícekrát	8	23	31	8,33%	20,54%	14,90%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 23: Hospitalizace

4.3) byl/a během posledních 12 měsíců hospitalizován/a?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
0 krát	82	100	182	85,42%	89,29%	87,50%
1 - 2 krát	10	7	17	10,42%	6,25%	8,17%
3 - 5 krát	3	4	7	3,13%	3,57%	3,37%
6 a vícekrát	1	1	2	1,04%	0,89%	0,96%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 24: Návštěvnost služeb zdravotnických specialistů

4.4) během posledních 12 měsíců využil/a služeb dalších zdravotnických specialistů (zubní lékař, fyzioterapeut, psycholog, dietolog nebo oční lékař)?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
0 krát	18	12	30	18,75%	10,71%	14,42%
1 - 2 krát	41	50	91	42,71%	44,64%	43,75%
3 - 5 krát	26	31	57	27,08%	27,68%	27,40%
6 a vícekrát	11	19	30	11,46%	16,96%	14,42%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 25: Kouření

5) Jaké máš zkušenosti s kouřením (cigaret, doutníků nebo dýmky)?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
V současné době kouřím	8	3	11	8,33%	2,68%	5,29%
Kouřil/a jsem, ale přestal/a jsem	17	18	35	17,71%	16,07%	16,83%
Nikdy jsem nekouřil/a	71	91	162	73,96%	81,25%	77,88%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 26: Konzumace alkoholu

6) Kolikrát jsi v průběhu posledních 30 dní pil nějaký alkoholický nápoj (jaký konkrétně)?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Denně	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
Jednou týdně	7	3	10	7,29%	2,68%	4,81%
2 - 3 krát týdně	1	0	1	1,04%	0,00%	0,48%
4 - 5 krát týdně	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%
2 - 3 krát měsíčně	19	13	32	19,79%	11,61%	15,38%
jednou	19	25	44	19,79%	22,32%	21,15%
Vůbec	50	71	121	52,08%	63,39%	58,17%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 27: Pohybová aktivita

7) Kolikrát jsi během posledního měsíce cvičil/a?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Téměř denně	20	28	48	20,83%	25,00%	23,08%
Několikrát týdně	35	52	87	36,46%	46,43%	41,83%
Několikrát během měsíce	28	22	50	29,17%	19,64%	24,04%
vůbec	10	6	16	10,42%	5,36%	7,69%
Nebyl/a jsem schopen cvičit	3	4	7	3,13%	3,57%	3,37%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 28: 1. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.1) Nalézt informace o léčbě nemoci, které se vás týkají?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	30	42	72	31,25%	37,50%	34,62%
Docela snadné	49	57	106	51,04%	50,89%	50,96%
Docela těžké	11	10	21	11,46%	8,93%	10,10%
Težké	6	3	9	6,25%	2,68%	4,33%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 29: 2. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.2) Zjistit, kde je možné dostat profesionální pomoc, když jste nemocný? (lékař, lékárník, psycholog)						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	38	53	91	39,58%	47,32%	43,75%
Docela snadné	38	47	85	39,58%	41,96%	40,87%
Docela těžké	19	9	28	19,79%	8,04%	13,46%
Težké	1	3	4	1,04%	2,68%	1,92%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 30: 3. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.3) Pochopit, co vám říká váš lékař?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	34	43	77	35,42%	38,39%	37,02%
Docela snadné	46	48	94	47,92%	42,86%	45,19%
Docela těžké	15	18	33	15,63%	16,07%	15,87%
Težké	1	3	4	1,04%	2,68%	1,92%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 31: 4. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.4) Pochopit návod vašeho lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	47	59	106	48,96%	52,68%	50,96%
Docela snadné	30	45	75	31,25%	40,18%	36,06%
Docela těžké	14	4	18	14,58%	3,57%	8,65%
Težké	5	4	9	5,21%	3,57%	4,33%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 32: 5. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.5) Posoudit, kdy byste mohli/a potřebovat názor od jiného lékaře?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	10	22	32	10,42%	19,64%	15,38%
Docela snadné	38	59	97	39,58%	52,68%	46,63%
Docela těžké	42	30	72	43,75%	26,79%	34,62%
Težké	6	1	7	6,25%	0,89%	3,37%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 33: 6. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.6) Využít informace, které vám podává lékař k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	21	26	47	21,88%	23,21%	22,60%
Docela snadné	47	66	113	48,96%	58,93%	54,33%
Docela těžké	21	15	36	21,88%	13,39%	17,31%
Težké	7	4	11	7,29%	3,57%	5,29%
Celkem	96	111	207	100,00%	99,11%	99,52%

Tab. 34: 7. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.7) Pochopit poučení/doporučení od vašeho lékaře nebo lékárníka?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	46	64	110	47,92%	57,14%	52,88%
Docela snadné	36	42	78	37,50%	37,50%	37,50%
Docela těžké	12	4	16	12,50%	3,57%	7,69%
Težké	2	2	4	2,08%	1,79%	1,92%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 35: 8. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.8) Získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	20	21	41	20,83%	18,75%	19,71%
Docela snadné	40	49	89	41,67%	43,75%	42,79%
Docela těžké	27	37	64	28,13%	33,04%	30,77%
Težké	9	5	14	9,38%	4,46%	6,73%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 36: 9. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.9) Pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	57	84	141	59,38%	75,00%	67,79%
Docela snadné	26	20	46	27,08%	17,86%	22,12%
Docela těžké	9	2	11	9,38%	1,79%	5,29%
Težké	4	6	10	4,17%	5,36%	4,81%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 37: 10. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.10) Pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	54	78	132	56,25%	69,64%	63,46%
Docela snadné	34	27	61	35,42%	24,11%	29,33%
Docela těžké	4	3	7	4,17%	2,68%	3,37%
Težké	4	4	8	4,17%	3,57%	3,85%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 38: 11. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.11) Posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? (TV, internet, časopisy pro dospívající nebo jiná média)						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	19	11	30	19,79%	9,82%	14,42%
Docela snadné	36	56	92	37,50%	50,00%	44,23%
Docela těžké	27	39	66	28,13%	34,82%	31,73%
Težké	14	6	20	14,58%	5,36%	9,62%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 39: 12. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.12) Rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? (noviny, letáky, internet nebo jiná média)						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	28	32	60	29,17%	28,57%	28,85%
Docela snadné	36	46	82	37,50%	41,07%	39,42%
Docela těžké	25	25	50	26,04%	22,32%	24,04%
Težké	7	9	16	7,29%	8,04%	7,69%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 42: 13. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.13) Nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? (meditace, cvičení, procházky, pilates, apod.)						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	35	39	74	36,46%	34,82%	35,58%
Docela snadné	39	51	90	40,63%	45,54%	43,27%
Docela těžké	15	21	36	15,63%	18,75%	17,31%
Težké	7	1	8	7,29%	0,89%	3,85%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 41: 14. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.14) Pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	50	58	108	52,08%	51,79%	51,92%
Docela snadné	27	37	64	28,13%	33,04%	30,77%
Docela těžké	13	11	24	13,54%	9,82%	11,54%
Težké	6	6	12	6,25%	5,36%	5,77%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 42: 15. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.15) Pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (internet, noviny, časopisy)						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	22	29	51	22,92%	25,89%	24,52%
Docela snadné	44	66	110	45,83%	58,93%	52,88%
Docela těžké	18	12	30	18,75%	10,71%	14,42%
Težké	12	5	17	12,50%	4,46%	8,17%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Tab. 43: 16. položka dotazníku HLS-EU-Q16

1.16) Posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím? (pitný režim, stravovací návyky, cvičení)						
	n			%		
	Chlapci	Dívky	Celkem	Chlapci	Dívky	Celkem
Velmi snadné	50	54	104	52,08%	48,21%	50,00%
Docela snadné	31	40	71	32,29%	35,71%	34,13%
Docela těžké	12	18	30	12,50%	16,07%	14,42%
Težké	3	0	3	3,13%	0,00%	1,44%
Celkem	96	112	208	100,00%	100,00%	100,00%

Zdroj: vlastní, 2018

SEZNAM ZKRATEK

apod. – a podobně

č. – číslo

et al. – and others, a kolektiv

EU – Evropská unie

HELMA - Health Literacy Measure for Adolescents

HLQ - Dotazník zdravotní gramotnosti, Health Literacy Questionnaire

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

LAD - Literacy Assessment for Diabetes

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

n – počet respondentů

např. – například

NLS - Nutritional Literacy Scale

Obr. – Obrázek

ot. – otázka

RealD - Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry

REALM - Rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně, Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

RVP ZV – rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

s. – strana

SILS - Single Item Literacy Screener

SMOG - Simple Measure of Gobbledygook

SZO, WHO – Světová zdravotnická organizace

ŠVP – školní vzdělávací program

Tab. – Tabulka

TOHFLA - Test funkční zdravotní gramotnosti u dospělých, Test of Functional Health Literacy in Adults

ZŠ – Základní škola