

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Vít Macháček

**Aktivní a autonomní přístup k péči o zdraví,
hledání „ideálního pojištěnce“.**

Diplomová práce

Praha 2018

Autor práce: Vít Macháček

Vedoucí práce: Mgr. Jiří Remr, Ph. D

Rok obhajoby: 2018

Bibliografický záznam

Macháček, Vít. *Aktivní a autonomní přístup k péči o zdraví, hledání „ideálního pojištěnce“*. Praha, 2018. 97 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Vedoucí diplomové práce Mgr. Jiří Remr, Ph. D

Abstrakt

Autor práce formuluje teoretická východiska, pomocí kterých upozorňuje na problematiku systému zdravotní péče. Zdůrazňuje roli jednotlivce a popisuje mechanismus, jakým je možné přirozeně a svobodně zasáhnout do problematiky systému zdravotního pojištění. Klíčovou roli v tomto mechanismu má zdravotní pojišťovny, která má potenciál moderovat vztah pojištěnce se zdravotním systémem pomocí segmentace svých pojištěnců a produktové orientace. K samotné segmentaci má přispět konstrukce "ideálního pojištěnce". Konstrukce je postavena na aktivním a autonomním přístupu pojištěnce, tyto kvality jsou v představené teorii velmi ceněné a předpokládá se, že tento přístup je z hlediska prevence žádoucí. Autor vytvořil nástroj, pomocí kterého lze tento konstrukt měřit. Nástroj v podobě dotazníku je redukován tak, aby obsahoval co nejmenší počet položek a bylo možné ho použít v praxi. Právě použitelnost v praxi je hlavním cílem při tvorbě nástroje.

Abstract

The author of the thesis formulates theoretical starting points, which draws attention to the problems of the health care system. It emphasizes the role of the individual and describes the mechanism by which it is possible to naturally and freely intervene in the health insurance system. A key role in this mechanism is provided by health insurers, which have the potential to moderate the relationship of the insured with the health system. The health insurer can do so by segmenting their insured and product orientation. The construction of the "ideal insured" should contribute to this segmentation. The construction is based on the active and autonomous approach of the insured, these qualities are highly valued in the theory presented and it is assumed that this approach is desirable in terms of prevention. The author has created a tool to measure this construct. The tool is in the form of a questionnaire that is systematically reduced to include as few items as possible so it can be easily used in practice. Practical usability is the primary goal of creating this instrument to measure "ideal insured".

Klíčová slova

Aktivní přístup ke zdraví, autonomní přístup ke zdraví, integrovaný behaviorální model, teoretický model stádií změny, změna chování, self efficacy, chování ovlivňující zdraví, zdravotní gramotnost, segmentace pojištěnců, škála

Keywords

Active approach to health care, autonomous approach to health care, integrate behavioral model, trans theoretical model of stages of change, behavioral change, self efficacy, health influencing behavior, health consciousness, segmentation, scale

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.

Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne ...

Vít Macháček

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval všem, kteří mi s prací pomohli. Děkuji za podporu své rodině. Především svému otci za ochotu konzultovat se mnou nové nápady a také svému právě narozenému synovi za to že, měl pro mojí práci pochopení

OBSAH

1. ÚVOD.....	1
2. PÉČE O ZDRAVÍ.....	2
<i>Společenský přístup ke zdraví.....</i>	<i>2</i>
<i>Teoretický přístup ke zdraví.....</i>	<i>3</i>
<i>Systémová povaha péče o zdraví.....</i>	<i>5</i>
3. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A ZPŮSOB ŘEŠENÍ.....	7
<i>Segmentace pojištěnců pro potřebu kampaní a intervencí.....</i>	<i>9</i>
<i>Etická otázka spojená se segmentací pojištěnců.....</i>	<i>10</i>
<i>Teoretické uchopení metody.....</i>	<i>10</i>
<i>Kombinace výzkumných metod.....</i>	<i>11</i>
<i>Konceptualizace a operacionalizace.....</i>	<i>13</i>
<i>Operacionalizace Paula Lazarsfelda.....</i>	<i>14</i>
<i>Rekapitulace fenomenologické kritiky.....</i>	<i>15</i>
<i>Validita výzkumného nástroje.....</i>	<i>15</i>
<i>Reliabilita výzkumného nástroje.....</i>	<i>17</i>
<i>Závěrečné shrnutí:.....</i>	<i>18</i>
4. ZDRAVÍ OVLIVŇUJÍCÍ CHOVÁNÍ – KONCEPTUALIZACE, MODELY BEHAVIORÁLNÍ ZMĚNY A PŘEDEŠLÉ VÝZKUMY.....	18
<i>Základní rozdělení.....</i>	<i>18</i>
<i>Český výzkum osobnostních charakteristik ovlivňující chování související se zdravím.....</i>	<i>20</i>
<i>Zdravotní gramotnost.....</i>	<i>23</i>
<i>Teoretické modely.....</i>	<i>24</i>
<i>Závěrečné shrnutí:.....</i>	<i>28</i>
5. TVORBA DOTAZNÍKU.....	29
5.1. ŠKÁLY REPREZENTUJÍCÍ TEORETICKÝ INTEGROVANÝ BEHAVIORÁLNÍ MODEL.....	29
<i>Návyky a současný stav chování souvisejícího se zdravím.....</i>	<i>30</i>
<i>Na zdraví orientované chování.....</i>	<i>30</i>
<i>Znalosti a dovednosti ohledně chování vedoucího ke zdraví.....</i>	<i>30</i>
<i>Významnost a relevantnost správné životosprávy.....</i>	<i>31</i>
<i>Motivovaný záměr chovat se zdravě.....</i>	<i>31</i>
<i>Osobní předpoklady.....</i>	<i>31</i>
<i>Self – Efficacy.....</i>	<i>32</i>
5.2. ŠKÁLY ZAMĚŘENÉ NA PŘÍSTUP K SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	33

<i>Konzumní chování</i>	33
<i>Multidimensional Health Locus Control</i>	33
<i>Patient self advocacy (PSAS)</i>	34
<i>Česká verze PSAS</i>	35
<i>Závěrečné shrnutí</i>	36
6. TESTOVÁNÍ A REDUKCE POLOŽEK V DOTAZNÍKU	36
<i>Popis dotazníku</i>	36
<i>Popis výzkumného vzorku</i>	37
<i>Redukce položek dotazníku</i>	39
<i>Závěrečné Shrnutí</i>	49
7. ZÁVĚR A HODNOCENÍ	50
POUŽITÉ ZDROJE	52
SEZNAM PŘÍLOH	55

1. Úvod

V tomto úvodu se ve stručnosti seznámíte s výzkumným záměrem a také s obsahem jednotlivých kapitol. Téma této diplomové práce spočívá v sestavení měřicího instrumentu, který by měl pomoci zdravotní pojišťovně (konkrétně se jednání týkají Oborové zdravotní pojišťovny) klasifikovat kmen pojištěnců ve snaze lépe komunikovat produktovou orientaci zaměřenou na aktivní a autonomní přístup pojištěnce k péči o vlastní zdraví. K tomuto účelu je v rámci této práce vytvořen konstrukt “Ideálního pojištěnce”. Tento konstrukt se zaměřuje nejen na vztah pojištěnců ke svému zdraví ale také k systému zdravotních služeb jako takovému, především k čerpání zdravotních služeb. Jedná se o studii zaměřující se na aspekty životního stylu a postojů ovlivňujících potřebu a způsob čerpání zdravotních služeb. Zlepšení komunikace pojišťovny se tak může projevit v odpovědnějším chování pojištěnců nebo zapojení se do programu, který bude takové chování odměňovat. Sestavování měřicího instrumentu vychází z behaviorální teorie změny a z výsledků předešlých výzkumů. Sestavený dotazník obsahuje příliš mnoho položek a pro praktické využití se z důvodu časové náročnosti nehodí, proto je větší část položek na základě analýzy mezipoložkové korelace a schopnosti jednotlivých položek diferenciovat vyřazena. Výsledkem je dotazník, které je dostatečně zredukovaný do snáze použitelné podoby. Výzkumný vzorek obsahuje 400 respondentů. Shluková analýza není součástí této práce.

V následující druhé kapitole se věnuji povaze systému péče o zdraví, a to hned v několika rovinách. Ve třetí kapitole detailněji rozebírám výzkumný problém a z toho odvozený cíl výzkumu a etická východiska. Dále v této kapitole najdete návrh na praktické využití této práce. A reflexi použité metodiky. Čtvrtá kapitola se věnuje především teoriím a výzkumům a z nich odvozených konstrukcí a konceptů, které jsou dále konceptualizovány pro účel této práce. V páté kapitole jsou představeny konkrétní škály, kterými měřím konceptualizované pojmy. V šesté kapitole prezentuji výsledky dotazníkového šetření a redukci položek testovaného dotazníku. Poslední sedmá kapitola patří závěrečnému hodnocení.

2. Péče o zdraví

Společenský přístup ke zdraví

Zdraví je součástí života, stejně jako nemoc. Co však tyto pojmy znamenají pro nás jako lidské bytosti? Zdraví může být chápáno různě, třeba jako absence nemoci. Nebo pokud máme moc nad sebou samými, nejsme nemocní. Ve zdraví nejsme ovládaní například nadpřirozenými silami nebo bující rakovinou. Zdraví je kulturně podmíněný pojem, který se vyvíjí v průběhu dějin lidstva stejně jako ostatní aspekty života. Vašina (1999), na základě výzkumu Mildred Blaxterové, uskutečněného na počátku 90. let minulého století, uvádí celkem osm základních pojetí zdraví:

- Zdraví jako ne-nemoc - "pasivní zdraví" ve smyslu minimální náchylnosti k chorobám.
- Zdraví jako prožívaný stav nemoci/zdraví – čistě subjektivní pocit
- Zdraví jako rezerva, záloha, kapacita zdraví - řadí se sem odolnost proti onemocnění, zvládnutí průběhu choroby. Poukazuje na genetický faktor zdraví.
- Zdraví jako energie a vitalita - řadí se sem čilost, aktivita a touha žít naplno.
- Zdraví ve smyslu sociálních vazeb - vkládání energie do vztahů s druhými, péče o druhé.
- Zdraví jako funkce - je charakteristické chováním s malým důrazem na prožívání a city.
- Zdraví jako psychosociální pohoda - fyzicky, psychicky i duchovně vyrovnaný člověk.

Pojem zdraví je chápán rozdílně mezi muži a ženami, ale i mezi mladšími a staršími lidmi. Mladým mužům nejvíce záleží na energii, zdatnosti a fyzické síle. Mladé ženy za kritéria považují životaschopnost, energii a vyrovnanost. Ve střední dospělosti si lidé cení fyzického a psychického zdraví. Ve stáří muži přirovnávají zdraví ke schopnosti vykonávat práci, ke štěstí a spokojenosti, ženy ho spíše vidí v sociálních vztazích. Lidé s nižším vzděláním a manuálně pracující často zdraví popisují jako nepřítomnost nemoci.

Pohled na zdraví se historicky mění. Dnes se dokonce mluví o právu na zdraví, což se projevuje v různých programech péče o zdraví a v nastavování společenských podmínek podporujících zdraví obyvatelstva. Od léčby nemocí se přistupuje k jejich prevenci. Mění se i terminologie a místo prevence onemocnění se preferuje ochrana zdraví. Tato tendence je diskutována jako snaha o pozitivní konotaci zaměřenou na zdraví namísto nemoci. Poslední vývoj přístupu ke zdraví lze demonstrovat pomocí následujících slovních spojení, která ukazují vývoj společenského přístupu v průběhu minulého století k současnosti od „uzdravování“ ke „zdraví“ (Dosedlová, Klimusová, Burešová :2016)

léčení nemoci – předcházení nemocem – ochrana zdraví – udržování zdraví – posilování zdraví

Předložená slovní spojení dále implikují pokles popularity biomedicínského přístupu ke zdraví. Do popředí se dostává celostní pojetí zdraví. Toto pojetí ve své komplexitě zahrnuje vliv genetických dispozic, ekologicko-sociálního prostředí a individuálního chování ovlivňujícího zdraví. Nejde o stav, ale o neustálý proces bilance zdraví. Člověk se vždy vyskytuje v určitém ekologicko sociálním prostředí, které na něj působí. Vytváří se tak dynamický vztah, kdy člověk se svými psychickými i fyzickými predispozicemi interaguje s okolím pomocí seberegulačních procesů.

Teoretický přístup ke zdraví

Další možnost je rozdělit pojetí zdraví na model ekologický a na model behaviorální. Ekologický model klade důraz na široké spektrum vlivu přicházejícího z vnějšího prostředí ale i z našeho vztahu k sobě samým (intrapersonální vliv). Tento vliv se

promítá do našeho chování. Ekologický přístup propojuje oblasti environmentální, politické, sociální i individuální při formulaci strategií pro intervenční programy zaměřené na širší populaci. Přitom se snaží identifikovat a ovlivnit právě ty důležité aspekty prostředí, které se zdají mít největší vliv. Pojištěnec je v této perspektivě vnímán jako příjemce intervencí a stojí na konci řetězce událostí. Ekologický model sleduje, co se děje pojištěnci a jak je na něj působeno. Proto tento model můžeme označit jako top-down model.

Druhým přístupem je behaviorální model, který se zaměřuje na užší vliv vnějšího prostředí v podobě blízkých sociálních vazeb (přátelé a rodina), které formují jedincovu osobnost, postoje a přesvědčení. Důraz je kladen na individuální rysy a dovednosti. Narozdíl od ekologického modelu je předmětem vlivu iniciativita jedince a jeho aktivní účast na rozhodování. Na pojištěnce je tedy pohlíženo jako na iniciátora svého zdraví, ovlivněného konkrétním chováním. Behaviorální přístup k výzkumu se zajímá o to, co lidé dělají, ale i o to, co nedělají, a jaké to vše má dopady na zdraví samotné. Jak se s vlivem prostředí jedinec vypořádá, je důležitá otázka, která se ve skutečnosti ptá na již zmíněné samoregulační procesy. Zdraví jde tedy definovat podle Eggera (2013) jako dostačující kompetenci jedince vyrovnat se prostřednictvím seberegulace s jakoukoliv stresující nepohodou na každé úrovni neustále se proměňujícího systému. Tento přístup bychom mohli označit spíše jako přístup bottom-up. Výsledné zdraví jedince se odvíjí od jeho vlastního rozhodování. Jaroslava Dosedlová se společně s kolegy v jejich bádání zaměřila na osobnostní charakteristiky související se specifickými způsoby chování, které mají vliv na celkové zdraví jedince. Vzniklo tak mnoho studií, ze kterých v této práci budu čerpat. Determinanty zdraví jsou zaštiťující pojem, který zahrnuje faktory, které ovlivňují zdraví jedince nebo společnosti. Tento pojem odpovídá celostnímu přístupu ke zdraví a není podřízený ani ekologickému ani behaviorálnímu přístupu. Zahrnuje jednak vnější prostředí (tzn. faktor životního prostředí, ekonomický a společenský faktor) ale i charakteristiky osobní. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, 2016) uvádí tři základní skupiny determinantů zdraví: 1) socioekonomické podmínky 2) tělesné podmínky 3) osobnostní charakteristiky a chování. Je zřejmé, že některé determinanty nejde měnit vůbec (věk) některé obtížně (pohlaví, pracovní podmínky) a naopak náš osobní přístup ke zdraví a chování ovlivňující zdraví můžeme ovlivnit asi nejsnáze. Dosedlová a kol. (2016) zmiňuje další možnost rozdělení determinantů na přímé a nepřímé. Podle

Šťastného (Šťastný 2016) se nepřímé determinanty projevují nepřímo jako kulturní tradice, společenská hierarchie hodnot, politicko-ekonomický systém, demografická situace, sociální stratifikace a podobně. Za spojovací článek nepřímých a přímých determinantů je označováno sociální prostředí, které formuje jedincova rozhodnutí. Jednoduše řečeno jedinec má potřebu se přizpůsobovat sociálním skupinám. Princip vlivu sociálního prostředí na individuální rozhodování v otázkách chování ovlivňujícího zdraví řeší teoretické modely, které jsou později představeny v této práci.

Světová zdravotnická organizace (podle Holík 2013) dále dělí determinanty podle podílu na vlivu na samotné zdraví jedince tak, že nejdůležitějším determinantem je (1) životní styl (50%). Do této kategorie spadá chování související se zdravím, postoje a také sociální status. Další kategorie (2) genetické faktory (25%) tvoří naše genetické předpoklady pro propuknutí nějaké choroby a také předpoklady se s touto chorobou vypořádat. Dále sem patří pohlaví a věk jako proměnné, které mají vliv na možnost propuknutí nějaké choroby motivované geneticky. Třetí kategorie podle vlivu (3) je životní a pracovní prostředí a zdravotní péče (25%), sem se řadí přírodní prostředí, např. kvalita vody či vzduchu, dále pracovní podmínky, ale také kulturní a rodinné prostředí, sociální opora a dostupnost zdravotní péče. Také sem patří schopnost jedince těchto zdravotních služeb využít.

Systémová povaha péče o zdraví

Pokud má mít péče o zdraví systémovou povahu, mluvíme o přístupu ke zdraví odpovídajícímu označení top-down. V předchozí kapitole jsem krátce představil ekologický přístup ke zdraví, který je například Janem Holčíkem (2013) považován za ten správný přístup, jak systémově zlepšovat zdraví. Z praktického hlediska by se tedy u všech systémových opatření napříč rezorty (zákony, investice, atd.), měl zohledňovat vliv, jaký tato opatření mají na zdraví populace. To znamená snažit se predikovat a regulovat možné dopady všech systémových opatření. Systém péče o zdraví v České Republice je založený na povinném zdravotním pojištění. Prostředky takto plošně získané z populace pojištěnců jsou posléze poskytovány na hrazení zdravotních služeb prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Základním deklarováním rysem tohoto systému je spravedlnost a dostupnost zdravotních služeb všem účastníkům systému.

Iničiačným záměrem této práce je ukázat na některé aspekty systému z perspektivy button-up, ve kterém je kladen důraz na větší odpovědnost jednotlivce za své zdraví.

Vztah pacienta a lékaře je typicky charakterizován jako vztah asymetrický. Lékař, jakožto odborník, má apriori dominantní postavení. To se projevuje mocí kontrolovat pacienta v procesu čerpání zdravotních služeb. (Brashers, Haas, Neidig 1999: 97) Příčinám a následkům tohoto společenského fenoménu se sociální vědci věnují už několik desetiletí. Například Ballard – Reischův (1990) model ve věnuje důležitosti participativního přístupu pacientů a jejich ochotě sdílet odpovědnost ve všech stádiích interakce – diagnostika, průzkum možných léčebných postupů a alternativ, rozhodnutí o léčebném postupu, implementace a evaluace. Podle závěrů Ballard-Basharda je otevřená komunikace klíčová pro vyjednávání rolí vzhledem k výsledku interakce. Jak se ukazuje, pro participativní přístup pacienta je potřeba jeho aktivity a ochota vystoupit z paternalistického pojetí vztahu k doktorovi. (Bashard in Brashers, Haas, Neidig 1999: 98) Metafora paternalistického pojetí vztahu (tj. lékař jako neomylná autorita) byla postupně střídána přístupem označeným jako konzumentské pojetí. Nutné je však podotknout význam kulturního prostředí, ve kterém se interakce odehrávají. Podle závěrů Beiseckera (1993) lidé, kteří začali vstupovat do interakce v metaforickém pojetí konzumenta, se více zajímali o možnosti léčby a požadovali více informací a byli schopnější podílet se na tvorbě rozhodnutí. Modely interakce mezi pacientem a lékařem dále dokazují, že je klíčové pěstovat pacientovo autonomní postavení a budovat důvěru. Komunikativní přístup a výměna informací vedoucí k rozhodnutím založeným na dohodě obou stran je tzv. win-win situace. (Brashers, Haas, Neidig 1999: 98)

Nicméně zdravotnictví nebo chcete-li zdravotní průmysl je specifický tím, že nemá tzv. zákazníka. Znamená to, že je tradičně orientovaný na poskytovatele potažmo lékařskou profesi (nebo chcete-li lékaře). Lékařská profese, protože má v rukou rozhodování, která na sebe vážou veliké obchodní příležitosti pro nejrůznější dodavatele, přirozeně přitahuje velkou pozornost. Poskytovatelé zdravotní péče tak mají v systému výsadní postavení. Lékaři jsou z tohoto pohledu přímo "hýčkáni" celým zdravotním průmyslem. Jsou to totiž lékaři, kteří autorizují potřebu zdravotních služeb hrazených třetí stranou (zdravotní pojištění či jiné zdroje veřejných či soukromých třetích stran) a sami zároveň často rozhodují o tom, jaká tato spotřeba bude (jakou péči

pacient dostane). Není proto divu, že jsou nevlivnější zájmovou skupinou ve zdravotnictví. V mnoha zemích tímto způsobem vznikají jakési aliance poskytovatelů se státem a tyto struktury pak rozhodují o spotřebě veřejných zdrojů. Tyto struktury totiž mají mimo jiné také velký vliv na samotné veřejné mínění. Měl-li bych to tedy shrnout, pozice lékařů je taková, že jsou „korumpováni“ jak ze strany státu, tak ze strany dodavatelů zdravotního průmyslu a v některých systémech řízené péče (s rysy přidělového systému) jsou korumpováni, a to doslova, i samotnými pacienty. Výsledkem je tedy velice nepřehledné prostředí s korupční povahou, které je velice odolné snahám o efektivitu a zvyšování hodnoty za finanční vklad ve prospěch konzumentů (pacientů). Pravidla zdravotního průmyslu jsou totiž nastavena tak, že jde převážně o zájmy v první řadě poskytovatelů (např. doktorů), státu a dodavatelů a teprve na konci jsou zájmy pacienta. Z takto popsané problematiky dále vyplývá obtížnost participace pacienta na rozhodování o spotřebě a čerpání zdravotní péče. Snaha zvýšit participaci na rozhodování ze strany pacientů je v odborné literatuře často označována jako „Self Advocacy“. S tímto pojmem budu nadále pracovat.

Tato jednoduchá analýza účastníků ukazuje na postavení jednotlivých aktérů v rámci zdravotního systému. Dále můžeme předpokládat, jaký je jejich zájem na zdraví pojištěnce. Největší zájem by měl mít především pojištěnec, dále velký zájem by měl projevat i stát, který usiluje o prosperující ekonomicky aktivní obyvatelstvo a také to jsou pojišťovny, které usilují o pozitivní platební bilanci. V poslední řadě to jsou lékaři, kteří však podle modelu determinant zdraví reprezentují pouze omezenou komponentu determinujících vlivů. Autonomní odpovědné postavení jedince v rámci systémové péče o zdraví je cíl, který bývá v literatuře zmiňován v souvislosti s „Health Promotion“ nebo v souvislosti se zvyšováním zdravotní gramotnosti populace (Jan Holčík 2013). Zdravotní gramotnosti se věnuje publikace Jana Holčíka „Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost“.

3. Výzkumný problém a způsob řešení

Jelikož zdraví je ovlivněno podle teorie zdravotních determinantů z 50% životním stylem, nelze zdraví lidí jednoduše přímo ovlivňovat a tedy vměšovat se do rozhodovacích návyků lidí, i když by to pro ně mohlo být dobré. Takovým hybridním spojením nebo spíše kompromisem mezi svobodnou volbou člověka (libertarianismus) a v mnoha ohledech opačným přístupem dohlížení na člověka (paternalismus) a tlačení ho k určitému „správnému“ rozhodnutí se zabývá Theory of Nudge. Teorie má své etické limity, vychází totiž z premisy, že mnoho lidí dělá rozhodnutí, která jsou pro ně špatná, a proto je potřeba jim pomoci se lépe rozhodovat. Podle autorů této teorie Richarda Thaler a Cass Sunsteina je několik důvodů, proč se lidé rozhodují ve svůj neprospěch. Lidé nevěnují dostatečnou pozornost možnostem, které mají. Rádi následují cestu nejmenšího odporu a zažitých stereotypů nebo přednastavených rámců. Lidem chybí úplné a pravdivé informace. Lidé mají omezené kognitivní schopnosti a postrádají jasnou preferenci a dále mají nejasné hranice sebekontroly. Děláním zdravých rozhodnutí jednoduššími patří k hlavním principům této teorie. (Valgarda: 2012). Ukázka této teorie dává představu, jakým způsobem lze podporovat motivaci lidí k péči o své zdraví. Informace o životním stylu a vztahu ke svému zdraví, osobnostních charakteristikách a o vztahu k čerpání zdravotních služeb může pojišťovně pomoci lépe cílit snahu o chování podporující odpovědnější přístup ke zdraví. Získané informace mohou například znamenat efektivnější odměňování pojištěnců.

V lednu 2017 se Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále VZP) dotazovala svých pojištěnců na představu o částkách, které pojišťovna hradí za jednotlivé zdravotní služby. Článek ve Zdravotnickém deníku shrnuje výsledky. Mluvčí VZP Oldřich Tichý řekl novinářům, že lidé představu o reálných nákladech postrádají a že taková znalost by mohla přispět k lepší motivaci pojištěnců dbát více o své zdraví. Prevence chronických nemocí je ve zdravotnictví velikým tématem, stejně tak jako plýtvání zdravotními službami. Podobné zprávy poukazují na všeobecně nízkou povědomost lidí o systému zdravotních služeb jako takovém.

Téma zdravého životního stylu je reflektováno v každodenních aktivitách. Především to jsou základní lidské potřeby jako spánek, strava, dostatečný pohyb, ale také schopnost duševní pohody spojené například s kouřením či pitím alkoholu. Zájem lidí v České republice o otázku zdravého životního stylu odráží společenské mechanismy jako například trh nebo móda. Jsou to určité společenské signály, které

dovedou ukázat, že lidé jsou schopni za své základní potřeby více zaplatit, ať už penězi nebo svým časem.

Otázky spojené se zdravým životním stylem bude měřit nástroj pro dotazníkové šetření nazvaný „aktivní a autonomní přístup k péči o své tělo a duši“. Tento měřicí instrument je dále popsán níže a obsahuje jednak „Wellness aktivity“ ale také rizikové chování spojované se zvýšeným rizikem onemocnění chronickou nemocí. Další oblastí, na kterou se v souvislosti s touto problematikou zaměřím, je přístup respondentů ke svému zdraví, ne však s ohledem na životní styl, ale s ohledem na systém zdravotní péče. To znamená, jak respondenti přistupují ke svému zdraví a jakou roli v tomto vztahu přisuzují systému zdravotních služeb. Jaký je jejich vztah k němu a jaká je případná potřeba tento vztah kontrolovat. Lze totiž předpokládat, že lidé, kteří budou projevovat nezávislost a budou vnímat silnou odpovědnost za své zdraví, budou také ti, jejichž životní styl bude vyhodnocen jako méně rizikový.

Segmentace pojištěnců pro potřebu kampaní a intervencí

Segmentace cílové populace může výrazně zefektivnit intervence a programy právě v oblasti zdravotnictví. Cílení na skupiny sdílející podstatné charakteristiky zvětšují šanci, že budou programy úspěšné (Atkin & Freimuth, 1989; Donahew, 1990; Forthofer & Bryant, 2000; Grier & Bryant, 2005; Grunig, 1989; Rodgers, Chen, Duffy, & Fleming, 2007; Slater, 1996) Je to dáno předpokladem, že podobní lidé budou mít podobné reakce na předkládané pobídky. Jádrem iniciativy tohoto výzkumného projektu stojí na myšlence role individuální péče o vlastní zdraví v rámci tržních a systémových mechanismů. Jde o to postupně najít rovnováhu mezi několika proměnnými figurujícími v systému zdravotnictví. Jako klíčovou proměnnou vidím využití zdravotního potenciálu vycházející ze svobodné volby přístupu ke zdraví jednotlivce. Tento přístup nazývám „Aktivní a autonomní přístup k péči o tělo a duši“. Tato proměnná na základě teoretického předpokladu vysvětluje další důležitou proměnnou v systému zdravotnictví. Jde totiž o vznik „potřeby jedince čerpat zdravotní péči“. Tato potřeba se následně promění do podoby konkrétní proměnné tedy „poptávky“. Tvorba poptávky je současně závislá na další zkoumané proměnné, kterou nazývám „Aktivní a autonomní přístup k čerpání zdravotních služeb“. Jakým způsobem jedinec poptává a co je

předmětem poptávky, je právě závislé na těchto dvou zmíněných proměnných. Další otazník vzniká v místě, kde se setkává poptávka s nabídkou. Role pojišťovny v tomto modelu může nabrat na důležitosti snahou tento proces do určité míry moderovat pomocí svých produktů, které zohledňují přístup pojištěnce. Cílem je snížení plýtvání zdravotními službami a zdravější kmen pojištěnců.

Etická otázka spojená se segmentací pojištěnců.

Krátká úvaha se věnuje etické otázce segmentace kmene pojištěnců podle jejich „přístupu ke svému tělu a duši a k přístupu ke zdravotnímu systému jako takovému“. V České republice zdravotní pojišťovny nejsou zcela nezávislými subjekty na trhu. Dostávají poměrný počet prostředků na své pojištěnce podle jejich počtu, ale také podle některých dalších charakteristik pojištěneckého kmene. Snaha pojišťovny podobně jako u běžných komerčních subjektů je zajistit pozitivní platební bilanci. To znamená utrácet za své pojištěnce méně, než kolik dostávají z peněz vybraných na zdravotním pojištění. Toho lze dosáhnout tak, že v pojištěneckém kmenu budou lidé zdraví, kteří neutrácí za zdravotní služby. Moje etické východisko je, že pokud by se strategie pojišťovny vydala směrem k systematickému zbavování se „drahých“ pojištěnců, kteří jsou například už nemocní a evidentně potřebují čerpat zdravotní služby, vzbudí to automaticky nevoli i u lidí, kteří jsou pro pojišťovnu „výhodní“. Pojišťovna by taková pověst poškodila a přišla by současně i o pojištěnce, kteří pro pojišťovnu znamenají příjem z pohledu platební bilance. Nicméně segmentace pojištěnců může dát pojišťovně možnost komunikovat s pojištěnci a navázat partnerský vztah v otázkách prevence a posilování zdraví. Domnívám se tedy, že princip dobré pověsti, odpovědné firemní politiky, systémové udržitelnosti a solidarity se dostatečně osvědčil jako kontrolní společenský mechanismus, který dokáže zabránit jednoduché logice zneužití segmentace kmene pojištěnců. Naopak pojišťovna může budovat dlouhodobější strategii zohledňující aktivní a autonomní přístup pojištěnců. Aktivní a autonomní účast pojištěnců na kontrole svého zdravotního potenciálu se prakticky projeví v dlouhodobém horizontu v podobě zdravějšího kmene s nižším rizikem onemocnění chronickou nemocí. Teoreticky tento přístup pozitivně ovlivní ekonomické výsledky celého systému zdravotnictví.

Teoretické uchopení metody

Tvorba měřicího instrumentu zohledňujícího teoretický model pro predikování chování ovlivňujícího zdraví předpokládá důslednou rešerši předešlých výzkumů a teoretických přístupů takového modelování. Těžiště tohoto výzkumu leží v oblasti behaviorální psychologie a sociologie, která předpokládá vědomé rozhodování lidí na základě jejich osobnostních rysů (intrapersonální oblast) vnitřních motivů v podobě přesvědčení (interpersonální oblast) a postojů (kulturně environmentální oblast). Toto rozdělení podle teorie triadické influence (Flay, Snyder, & Retraitis 2009) ukazuje na komplexnost modelování prediktorů pro změny chování. Především pokud se tato práce nezaměřuje pouze na jedno chování ale na skupinu chování, kterou označuje jako zdraví ovlivňující chování. Charakter této práce předpokládá metodické zpracování více dimenzí v rámci procesu konceptualizace a operacionalizace konstruktů „ideální pojištěnec“. Na jedné straně stojí očekávání pojišťovny využít vznikající nástroj měřící vztah člověka ke svému zdraví a vztah jedince k čerpání zdravotních služeb. Na druhé straně musí výzkumný nástroj splňovat teoretická očekávání spojená s popisováním změny chování ovlivňující zdraví. Výše popsany výzkumný problém ukazuje na potřebu kombinovat výzkumné metody a teorie tak, aby vzniklý výzkumný nástroj mohl být použit v praxi. Takto pragmaticky nastavené východisko udává rámec pro následující výzkum.

Pragmatická výzkumná pozice a teoretický rámec postavený na behaviorálním modelu předpokládá roli pojištěnce jako angažovaného jedince s aktivní účastí na rozhodování. Jak již bylo řečeno výše, design tohoto výzkumu je založen na možnosti využití nástroje v praxi. Proto je nezbytné zjistit, co je a co není schopna pojišťovna implementovat ve svých podmínkách. Dále je potřeba komunikovat požadavky, které by byly neslučitelné s etickými či jinými zásadami výzkumníka v sociálních vědách. Toto jsou úkoly, které je potřeba řešit metodami, které vyžadují podrobnější vhled do problematiky. Tato práce zahrnuje rozhovory s experty věnujícími se systému zdravotnictví a pozici, jakou v něm má pojištěnec. Dále rozhovory se zástupci pojišťovny a rozhovory s lidmi věnujícími se vizi strategického směřování pojišťovny. Dalším zdrojem dat budou rozhovory s náhodnými lidmi, zjišťující povahu vnímaných norem spojených se zdravím ovlivňujícím chováním. Tato data budou použita ve fázi tvorby dotazníku. V další fázi této práce bude dotazník statisticky testován na kontrolní skupině vybrané z populace občanů České republiky.

Kombinace výzkumných metod

Výzkumný design této práce se může označit jako Explanatory Sequential Mixed Methods Design (dále jen Mixed methods). Tento design obsahuje sekvenci na sebe navazujících výzkumných metod. (Creswell 2014: 222) V tomto případě se jedná nejprve o metody charakterizované jako kvalitativní, díky kterým je možné pochopit postavení a motivace jednotlivých aktérů systému zdravotnictví a přizpůsobit tomu tvorbu výzkumného nástroje. Kvalitativní výzkum také umožní výzkumníkovi lépe se zorientovat v problematice systému zdravotnictví v České republice a dále v příčinách a důsledcích problémů, kterým tento rezort čelí. Kvalitativní metoda dává také možnost pochopit způsoby praktického využití výzkumného nástroje v praxi dané společenské oblasti. Výzkumník tak může lépe reflektovat etické důsledky tvorby takového nástroje. Uvažujeme-li v rámci výzkumného designu Mixed methods, cílem kvalitativního přístupu je zlepšit měřicí nástroj (Creswell 2014 : 231) Kvalitativní fáze výzkumu tedy pomáhá lépe pochopit problematiku a pomáhá nashromáždit dostatek informací potřebných pro následný výběr a konceptualizaci pojmů určených pro kvantitativní výzkum. Právě konceptualizace a operacionalizace je důležitým předpokladem validity výzkumného nástroje. Výzkumný design Mixed methods je podle některých autorů (Creswell 2014, Gravetter, Forzano 2012) považován za relativně nový a rychle se rozvíjející přístup, který se při svém využívání sluší náležitě představit. Mixed methods můžeme zařadit na pomyslném kontinuu na pomezí kvalitativního a kvantitativního přístupu, jelikož jak napovídá název, kombinuje oba tyto přístupy. Spojuje data, která mají odlišný charakter a jejichž interpretace má své silné a slabé stránky. Tento přístup je zvláště vhodný v případech, kde výzkumník potřebuje kompletní seznámení s výzkumným problémem. (Creswell 2014 : 4) Výběr výzkumného designu odpovídá také epistemologickým východiskům. Pokud se výzkumník profiluje na základě empirického pozorování a měření, interpretaci podřizuje teorii verifikace, dedukce a redukce, můžeme předpokládat, že výzkumný design bude posunut na kontinuu výrazněji směrem ke kvantitativním metodám. Pokud se výzkumník profiluje na základě fenomenologických východisek postavených například na teorii sociální konstrukce, bude vnímat nutnost pochopení problematiky ve větším detailu, a proto se posune na kontinuu výrazně směrem ke kvalitativnímu přístupu. Východisko blízké

Mixed methods lze mimo jiné charakterizovat jako orientované na problém a praktickou stránku řešení výzkumného problému. Takovému přístupu je potom přirozené pluralistické nahlížení na možnosti řešení a zaměření na vztah příčiny a následku. (Creswell 2014 : 8) Výzkumný problém je důležitější než povaha použité metody. Takové východisko se nazývá pragmatické. Pragmatici se dále shodují na tom, že výzkum nelze plně oddělit od aktuálního sociálního a politického kontextu, proto je potřeba tento kontext reflektovat, čímž se výzkumník dostává do uličky postmoderní teorie. (Creswell 2014 : 11)

Konceptualizace a operacionalizace

Konceptualizace konstruktů „ideální pojištěnec“ je výsledkem kvalitativního zkoumání aktérů systému zdravotnictví. Dalším důležitým krokem neboli mezi-stádiem, mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem je proces operacionalizace nebo chcete-li empirizace sociologického jazyka. Miloslav Petrušek tento proces charakterizuje jako metodologický problém par excellence a zároveň jako závaznou podmínku moderního empirického výzkumu. Jedná se o překlad pojmů z teoretického do observačního jazyka (Petrušek 1993: 85). Na jednu stranu je tento problém dán možnostmi jazykového vyjádření, na druhou stranu je to absence přesných pravidel operacionalizace. Nejvíce se formulaci těchto pravidel přiblížil Paul Felix Lazarsfeld, který navrhl operacionalizaci ve čtyřech etapách. První etapa je založena na intuitivní představě výzkumníka o objektu. V mém případě to znamená, představu, že lidé začali více sportovat a kupovat zdravé potraviny a začali se více zajímat o čerpání zdravotních služeb. V druhé etapě je tato představa podřízena analytickému rozkladu na jednotlivé elementy zdravého životního stylu. Tedy například dostatečný spánek, dostatečný pohyb, kvalitní stravování, atd.. Ve třetí etapě se hledají pro takto analyticky rozložený objekt empirické indikátory. To znamená fenomény, které můžeme pozorovat. Například to, že dospělý jedinec spí minimálně 6 hodin denně. V konečné čtvrté etapě jsou tyto indikátory shrnuty jako celkový index. Nicméně, jak dále M. Petrušek ve své knize *Teorie a metoda v moderní sociologii* namítá, předpoklad rigidnosti pravidel pro převádění teoretických pojmů do observačního jazyka se ukazuje jako nemožný, důkazem budiž existence mnoha operacionálních definic pro jeden konkrétní pojem nebo mnoho různých překladů téhož textu. Velice základní poučení můžeme najít

v obecné teorii překladu, která zahrnuje tři aspekty. Přesnost (přesné ekvivalenty), správnost jazykového vyjádření a aspekt reality, která respektuje mimojazykové okolnosti. A právě respektování mimo jazykových okolností je v disciplíně operacionalizace ten nejvíce problematický aspekt. (Petrušek 1993:87). Nekonzistentnost pramenící z různé intenzity akcentování toho nebo jiného aspektu obsaženého v teoretickém pojmu se vysvětluje podle Petruska dvěma způsoby 1) metodologicky - aspekt je akcentován proto, že je nejsnáze technicky uchopitelný. Validita je vyrovnávána ekonomickými a jinými zdroji. 2) vědecky – kdy se zdůvodňuje důraz na určitý aspekt povahou výzkumného úkolu a „potřebami výzkumu“. I když metodologové obecně považují problém plurality za metodologický problém, Miloslav Petrušek to považuje svou podstatou za problém ontologický. Úplný empirický popis není možný, protože naše nástroje popisu neomezené podstaty reality jsou omezené. Za předpokladu, že naše kognitivní kapacita je omezena, kdežto realita je nevyčerpatelná, můžeme tuto diskuzi posunout k otázce redukovatelnosti. Náš popis reality je redukován podle třech základních principů 1) princip ekonomie myšlení 2) princip významnosti 3) princip jazykového vyjádření. Proto je důležité uvědomit si, jaký výzkumný přístup výzkumník zastává a jakým způsobem bude interpretovat realitu na samotném počátku empirického výzkumu. Konečné rozhodnutí, jaké aspekty nevyčerpatelné reality budou podrobeny empirickému zkoumání, je v konečném důsledku součástí výzkumníkovy teoretické rozvahy a generalizované každodenní zkušenosti. (Petrušek 1993:88)

Operacionalizace Paula Lazarsfelda

Lazarsfeld není stoupencem čistě empirické, neteoretické vědy, jak bývá občas mylně prezentován, a rozhodně není slepý v otázkách výše diskutované problematiky nepoznatelnosti reality. Sám uvádí, že složité problémy nejde řešit kvantitativně, když s nadsázkou prohlašuje, že by to bylo příliš drahé. Vzápětí však nenechá nikoho na pochybách, když k otázce nevyčerpatelnosti reality a omezenosti poznávací kapacity dodává, že “operacionalizace nehledá pouze empirický ekvivalent teoretického pojmu, ale řeší daleko obecnější otázku, totiž jak smysluplně a zdůvodněně redukovat sociální realitu.“ (Lazarsfeld 1972: 134) Opět se dostáváme k onomu problému zdůvodnění, a tedy k tomu, že operacionalizace je zřetelně „pouhým“ procesem redukce interpretační

povahy. „Badatel si nemůže být vědom kolika neempirických kroků (při redukování) se vlastně dopouští.“ (Petrusek 1993:106) Sociologie je podle Lazarsfelda teoreticko-empirická, což znamená, že sociologická spekulativní teorie je ve své nejméně ověřitelné podobě ověřována empirickou metodou, při čemž jsou analyzovány některé charakteristiky původní teorie. Zjišťuje se empirický obsah pojmů obsažených v teorii, dále to je odhalování souvislostí, kterých si autoři nemusejí být vědomi. Dále to je zjišťování skrytých či latentních struktur, které nebyly původně uvažovány. A nakonec jde o porovnání s již existujícími teoriemi, zkoumání podobnosti a odlišnosti ve struktuře a obsahu. Toto jakési programové prohlášení je s nadsázkou komentováno M. Petrusekem jako „Novopozitivistická hermeneutika“. (Petrusek 1993 :105).

Rekapitulace fenomenologické kritiky

„Společenské vědy jsou střetem dvou rámcových přístupů, které poukazují na povahu vzniku, tvorbu a popis významu všeho sociálního. Je to svět tvořící svůj význam sám o sobě svými všemi aktéry a pak tu je význam založený na společenskovědním metajazyku“ (Giddens in Pawson 1989:19). Základem fenomenologické kritiky je potřeba sociologického výzkumného a teoretického jazyka, který dokáže oslovit doménu běžného lidského přisuzování významů. Obyčejný jazyk (ordinary language) je tak flexibilní a měnící se (např. indexikalita), že je téměř nemožné reprezentovat jeho koncepty nějakým standardem nebo konstantními mírami. Konsekvence tohoto podle fenomenologie je, že proměnné jsou ustavovány dost kontroverzně a svévolně a to s ohledem na potenciální využití, což generuje falešnou nepodloženou uniformitu, jednotvárnost v pohledu na lidský interpretační proces produkující jistou arbitrarnost tj. „arbitrary measurement“. Interpretační sociologie selhává při této prvotní otázce: Proč sociologové nepoužívají stejný „obyčejný“ jazyk jako zdroj pro jejich měření? Toto jest základní problém relativizující měření a schopnost docílit nezávislosti mezi jazykem teorie a evidence (praxe). Fenomenologickou kritiku lze shrnout do čtyř námitek, které tvoří základ neukončené diskuze: „*Irrelevant*“, „*arbitrary*“, „*artificial*“ and „*selective*“. (Pawson 1989)

Validita výzkumného nástroje

Asi nejdůležitějším aspektem této práce je validita sestavovaného výzkumného nástroje. Jak vyplývá z nedořešené fenomenologické kritiky, data mohou být jen na tolik dobrá či použitelná, nakolik je dobrý nástroj či způsob, jakým byla data získána. I když existují důmyslné statistické postupy, kvalitu dat nelze zlepšit post hoc a tudíž je potřeba začít u výzkumného nástroje a jeho validity. Postup zajištění validity v této práci se odvíjí od výzkumného problému.

Prvním krokem je identifikace škál, které měřily podobné koncepty a sekundární analýza výkonnosti či výsledků, jaké tyto škály generovaly v minulosti. Použité pravidlo v tomto kroku označuji jako „prediktivní validita“. Ta je dána nejlepším možným výběrem indikátorů. Výběr indikátorů je založen na výsledcích korelačních analýz, stálost výsledků a hodnotami jako je například vnitřní konzistence škály – Cronbachovo alfa. Jelikož výzkumný problém představuje modelování chování ovlivňující zdraví a vztah pojištěnců k systému čerpání zdravotních služeb je nutné udržovat teoretické rámování, které pomůže jednak potenciální vztahy interpretovat, ale také pomůže při výběru indikátorů. Součástí prvního kroku je tedy i výběr teorií, které výzkumníkovi umožní přemýšlet v koncepčním rámci konkrétní teorie. V případě této práce se jedná o teorie změny chování ovlivňující zdraví. Charakteristika výzkumného problému ovlivňuje komplexitu a možnosti využití různých teorií. Platí totiž pravidlo, že prokazování kauzality se zvyšováním komplexity kontextu na úrovni obecnějších a širších empirických kategoriích zhoršuje. (Pawson 1989) Toto je jistě jedna z hlavních překážek tohoto výzkumu, se kterou se budu muset vypořádat. Jelikož tento výzkum modeluje komplexní chování spojené s životním stylem, nikoli konkrétní chování jako například návštěva zubaře v rámci preventivní prohlídky. Tato skutečnost znamená nutnost zvážit možnosti využít aspekty různých teorií změny chování a vytvořit tak nějakou obdobu již existující teorie. Dalším způsobem, jak pracovat na validitě výzkumného nástroje je konstruktová validita, jejíž základy lze také najít u Lazarsfelda, který se věnuje pluralitě operacionálních definic. Operacionální definice je podle Lazarsfelda vlastně souhrn indikátorů do podoby souhrnného indexu. Pluralita operacionálních definic potom znamená zaměnitelnost indexů. Lazarsfeldova pravidla zaměnitelnosti indexů popisují mechanismus konstruktové validity následovně: „Závěry empirických výzkumů zůstávají do značné míry konstantní, provede-li se rozumná záměna jednoho indexu jiným, přičemž podstatný pak je nikoliv vztah mezi indexy, ale

jejich vztah k vnějším proměnným“ (Lazarsfeld 1965: 98-100 in Petrusek: 107). Tento způsob je součástí prvního kroku a souvisí s hledáním takových škál nebo indexů, které na základě podobných výsledků nebo způsobu a účelu konstrukce indikují podobný vztah ke konstrukt, jehož obraz hledáme v realitě. Konstrukt „ideálního pojištěnce“ obsahuje některé škály, které už byly vyzkoušeny a jejichž validita již byla v minulosti testována.

Druhý krok při zajišťování validity znamená kriticky zhodnotit komplementaritu vybraných zastřešujících teorií změny chování ovlivňující zdraví a identifikovanými škálami, které mají potenciál změnu takového chování predikovat. Součástí tohoto rozhodnutí je i možnost vytvořit škály nové, tak aby byla respektována struktura použitých teorií. Tvorba nových škál vyžaduje jednak teoretické znalosti ohledně funkce daného pojmu v rámci teorie, a také pochopení tohoto pojmu v podobě „obyčejného jazyka“ reality všedního dne nebo také jazyka zatíženého kontextem dané lidské oblasti. Tímto způsobem je potřeba co nejlépe kontrolovat již zmíněný proces redukce.

Za tímto účelem budou sbírány informace na základě otevřených otázek pomocí nestrukturovaných rozhovorů metodou „Face to face“ zjišťující charakter norem a postojů k zdravému životnímu stylu. Takto nabyté zkušenosti budou následně uplatněny při tvorbě indikátorů měřících instrumentální a experimentální postoje a nařizovací normy.

Další krok je inspirován C. H. Laweshem, který ve svém článku: „A Quantitative Approach To Content Validity“, popisuje kvantitativní přístup k ověřování obsahové validity. Základem je hodnocení kompetentními osobami relevantnost jednotlivých položek baterie otázek (indikátorů), které měří popsany koncept. Článek se mimo jiné věnuje důležitosti výběru těchto osob, které se kvalifikují například na základě určité výkonnosti v určité lidské doméně. Jsou to lidé, kteří znají problematiku konstrukce pojmů a rozumí těmto pojmům i v rovině reality každodennosti a „obyčejného jazyka“. (Laweshe: 556) Mohou tedy rozhodovat o validitě. Vybraní lidé poté hodnotí položky jako „esenciální“ „užitečné ale ne esenciální“ a „ne nezbytné“. Laweshe dále poskytuje klíč, který v závislosti na počtu hodnotících lidí stanovuje kritéria pro výpočet „Content validity index“, který nese informaci o obsahové validitě každé jednotlivé položky.

Reliabilita výzkumného nástroje

Další důležitou vlastností vznikajícího nástroje je jeho spolehlivost. Reliabilita je udávána jako relativní nepřítomnost chyby při měření. Pojem reliability a validity je provázán. Zatímco validita říká, zda test skutečně měří to, co má měřit, reliabilita vyjadřuje, jak dobře metoda měří. Hovoří o technické kvalitě měřícího nástroje. Reliabilita jde testovat například jako reliabilita vnitřní konzistence pomocí koeficientu Cronbachovo Alfa. Tento koeficient předpokládá, že položky měřící to samé, by měly mít mezi sebou dostatečně vysoké míry korelace. Dalším způsobem testování reliability je technika test-retest. Ten samý test opakujeme za stejných podmínek s dostatečným ale ne moc dlouhým časovým odstupem a výsledky porovnáme.

Závěrečné shrnutí:

Práce je postavena na kombinaci výzkumných metod. Pomocí rozhovorů a pozorování jsem identifikoval jako hlavní cíl této práce použitelnost nástroje v praxi Oborovou zdravotní pojišťovnou. Toto rozhodnutí je postavené na analýze systému poskytování zdravotních služeb, ve kterém byla identifikována klíčová role pojišťovny jako možného mediátora využití zdravotního potenciálu pojištěnců a jejich aktivního a autonomního přístupu. Nejdůležitějším aspektem této práce je kontrola validity vzniklého nástroje. Proto je potřeba zdůraznit, že operacionalizace je v tomto případě podřízena interpretační redukci založené na stanoveném cíli. To znamená vytvořit finančně dostupný nástroj pomocí kterého bude moci pojišťovna OZP segmentovat svůj zdravotní kmen a zároveň bude schopna tento nástroj implementovat. Podle výše citovaného Miloslava Petruska je legitimní deklarovat, který aspekt reality při vypořádávání se s fenomenologickými námitkami je v práci akcentován. V této práci je akcentován metodologický aspekt uchopitelnosti, který vyrovnává validitu výzkumu dostupnými ekonomickými a jinými zdroji. Výzkumným cílem je sestavit komplexní výzkumný nástroj a poté redukovat počet položek vzniklého nástroje. Výzkumný nástroj je určený pro populaci kmene zdravotní pojišťovny OZP. Výzkumný nástroj je testovaný na populaci dospělých občanů České republiky.

4. Zdraví ovlivňující chování – konceptualizace, modely behaviorální změny a předešlé výzkumy.

Základní rozdělení

Nemá snad veškeré naše chování nějaký vliv na naše zdraví? V širším pojetí určitě ano. Obecně můžeme chování související se zdravím definovat jako projevy záměrné i nezáměrné (tj. vědomé i nevědomé činnosti) ale také „duševní události a pocity přímo pozorované nebo nepřímo měřené“.(Gochman, 1997 in Dosedlová a kol. 2016 : 42) Přitom všechny tyto projevy spojuje společný jmenovatel a to nějaký vztah ke zdraví či nemoci. (Dosedlová a kol. 2016 : 42) Chování ovlivňující zdraví je tedy v závislém vztahu k aktuálnímu stavu zdraví. Hodnota komodity roste zpravidla v čase, kdy je o ni největší zájem, tj. v době jeho nedostatku. V případě zdraví tomu není jinak. Někteří zdraví lidé si nemusejí tolik uvědomovat rizika a komplikace spojené s nemocí, proto nejsou tolik motivováni chránit své zdraví. Mnoho modelů věnujících se predikci chování ovlivňujícího zdraví na tuto skutečnost pamatuje a klade důraz na vliv informovanosti a subjektivně vnímaného rizika a benefitů spojených s konkrétním chováním. Chování je možné rozdělit podle aktuálního zdravotního stavu:

A. Chování ve zdraví, v anglickém originále „Health behavior“. Je chování v době zdraví a vyznačuje se vědomými aktivitami vedoucími k zlepšení nebo zachování zdraví. Jedinec by si měl být vědom účinků těchto aktivit. Patří sem například zdravé stravování a pravidelný pohyb. Pojem „Health behavior“ se v literatuře používá jako zastřešující pojem. Někdy je lepší používat pojem „preventivní chování“ jako synonymum.

B. Chování při příznacích nemoci. Toto chování se vyznačuje především aktivitou zaměřenou na včasnou identifikaci symptomů, vyhodnocení rizika a rozhodnutí, jak s novým zdravotním stavem naložit. Předešlé výzkumy se zaměřovaly na strategie identifikace symptomů a na způsoby hledání pomoci. Zkoumání různých druhů autorit (tj. osobnost, instituce či jiné zdroje informací).

C. Chování během onemocnění. V tomto případě není podstatné, jakým způsobem byla nemoc diagnostikována ale jde o subjektivní postoj nemocného a jeho aktivitu, jejímž cílem by mělo být se vyléčit. Například dodržováním nějakého léčebného režimu. (Dosedlová a kol. 2016: 44).

Tato studie se primárně zaměřuje na chování ve zdraví. Chování ve zdraví lze dále rozdělovat pro účely této studie na chování orientované na zdraví, „které je charakteristické pozorovatelnými činy, které jsou prováděny za účelem dosažení nějakého zdravotního výsledku“ (Gochman 1997 in Dosedlová 2017:43). Dále na chování vztahující se k systému zdravotnictví a na chování, které je dáno každodenní praxí. Každodenní chování může být jednak zdraví podporující, ale také zdraví ohrožující. Chování vztahované k systému zdravotnictví je spojeno s využíváním služeb (např. preventivní prohlídky) nebo s dodržováním zdravotních režimů či jiných konvencí zdravotnické praxe. Každodenní chování není svázáno s institucí zdravotnictví a projevuje se jako jedinečný životní styl. Teorie triadické influence (Flay, Snyder, & Retraitis 2009) rozděluje chování ovlivňující zdraví do tří oblastí, které naznačují komplexnost teorie změny chování.

- Intrapersonální oblast – jde o osobnostní charakteristiky (odpovědnost, svědomitost, asertivita) mající vliv např. na důležitou schopnost self -efficacy („sebeúčinnost“)
- Interpersonální oblast - je sociální prostředí formující naše přesvědčení („believes“).
- Kulturně environmentální oblast má vliv na formování postojů („attitudes“) k určitému chování ovlivňujícímu zdraví.

Český výzkum osobnostních charakteristik ovlivňující chování související se zdravím

Výzkumy zaměřující se na chování ovlivňující zdraví pracují většinou s jednou nebo více oblastmi chování. Asi nejčastěji zkoumanými oblastmi chování je fyzická aktivita, stravování, konzumace alkoholu, zvládání stresu, nebo preventivní prohlídky. Dále se objevují příklady protektivního chování jako používání bezpečnostních pásů, kondomů nebo opalovacího krému. Nejbliže k mému výzkumnému záměru má práce, která vznikala na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity v rámci výzkumného

projektu „Zdraví podporující a zdraví ohrožující chování: determinanty, modely a důsledky“, podpořeného grantovou agenturou ČR (GA13 19808S).

V roce 2013 vytvořily autorky Dosedlová a Slováčková škálu nazvanou „Chování související se zdravím“. Škála byla utvořena na základě obsahové analýzy odpovědí na otázku „Co děláte pro své zdraví?“. Autorky měly k dispozici pouze odpovědi studentů. Samotné položky této škály jdou rozdělit do několika oblastí chování: stravování, duševní pohoda, zdraví podporující denní režim, míra fyzické aktivity, vyhýbání se škodlivým a návykovým látkám. Tato škála byla následně využívána ke zkoumání různých prediktorů chování souvisejícího se zdravím v rámci výše zmíněného výzkumného projektu. Při interpretaci autoři často využívali faktorové analýzy, která škálu rozděluje do více či méně oblastí chování, což umožňuje lepší interpretaci prediktorů. Jelikož se autorky zabývají oborem psychologie na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity většina zkoumaných prediktorů by se podle triadické teorie influence (Flay, Snyder, & Retraitis 2009) dala zařadit do intrapersonální oblasti chování. Jde tedy o zkoumání osobních charakteristik ovlivňujících chování související se zdravím. Například studie zaměřená na zdravotní stesky v této souvislosti zkoumala dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus. Výzkum ukázal několik významnějších prediktorů zdravotních stesků. Nejvýznamnější oblast zdraví ovlivňujícího chování ovlivňující zdravotní stesky (subjektivní pocit zdraví) byla nazvaná duševní pohoda. Dalším významným prediktorem byla emocionální stabilita koncipovaná jakožto Gordonova osobnostní charakteristika s dimenzemi: vnitřní klid, nepřítomnost úzkosti a napětí. Naopak subjektivní zdravotní nepohoda je spojena s vyšší mírou úzkosti, s hypersenzibilitou a nízkou frustrační tolerancí. Dispoziční optimismus a defenzivní pesimismus se neukázaly jako dostatečně silné prediktory (Dosedlová, Burešová, Klimusová, Jelínek: 2015) Další studie pracující s různými konceptualizacemi optimismu se nazývá „Optimism and Health-related behavior in Czech university students and adults.“ Tato studie se snažila potvrdit některé závěry zahraničních kolegů. Testovaly se různé konceptualizace optimismu a pesimismu (dispoziční optimismus/pesimismus, explanatorní styl optimistický/pesimistický, defenzivní pesimismus/strategický optimismus), aby se potvrdil předpoklad, že optimismus bude znamenat větší aktivitu v rámci chování souvisejícího se zdravím. A naopak pesimismus bude znamenat větší pasivitu. Předpoklad se testoval na vzorku 268 studentů. Tento předpoklad nebyl statisticky potvrzen, nicméně našlo se několik statisticky významných

vztahů. Oblast chování popsaná jako duševní pohoda měla významné prediktory v defenzivním pesimismu a v optimistickém explanatorním stylu. Další studie v rámci tohoto výzkumného projektu se jmenuje „Who are those healthy behaved? The analysis of the relationship between personality and health related behavior“. Na měření osobnostních charakteristik byl použit instrument Gordon Personal Profile Inventory (GPP-I) v jeho české verzi. Nejspolehlivějšími indikátory osobnostní charakteristiky se ukázaly vlastnosti - odpovědnost a emocionální stabilita. Odpovědnost v tomto případě znamená vydržet a neustat v práci a dostát svému rozhodnutí. Emocionální stabilita v tomto případě znamená míra frustrační tolerance a míra prožívané úzkosti a nervozity. Za zmínku též stojí disertační práce Slováčkové z roku 2007 - „Psychologické souvislosti zdraví podporujícího chování“. Pomocí shlukové analýzy bylo přibližně čtyři tisíce studentů rozděleno do šesti skupin podle jejich zdraví ovlivňujícího chování. Tyto skupiny byly nazvány „Uvědomělí“, „Vzorní“, „Baroví povaleči“, „Nedbalí“, „Sportovní požitkáři“, „Hypochondři“. Nejlepšími prediktory se v této studii ukázaly charakteristiky: „svědomitost“, „přívětivost“, „neuroticismus“, „self-efficacy“, „tělesné uvědomování“. Autorka uvedla, že respondent s životním stylem zahrnujícím více zdraví prospěšných návyků, je svědomitější, emocionálně stabilnější, lépe vnímá procesy odehrávající se v jeho těle a navíc má lépe vyvinuté vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy). Autorka dále zmiňuje několik zahraničních studií, které stejně jako její studie zdůrazňují právě důležitost vnímavosti vlastní účinnosti jakožto nejdůležitějšího prediktoru. Podobnost koncepce self-efficacy lze shledat u studií pracujících s koncepcí „health locus control“, která poukazuje na vztah lidí ke zdraví ve smyslu přesvědčení, že kvalita zdravotního stavu není řízena náhodou. (Steptoe et al.: 1994). Svědomitost je v tomto případě blízká koncepci odpovědnosti objevující se v předešlých studiích. Jedná se totiž o dlouhodobé dodržování zdraví prospěšných návyků a zodpovědný přístup ke zdraví, který často vyžaduje sebekázeň a vytrvalost. Emocionální stabilita je dalším pojmem patřícím v mnoha studiích k významným prediktorům. Emocionální stabilita poskytuje klid a jistotu a zamezuje tak zbytečnému prožívání obav v případě změn zdravotního stavu. Tím dává prostor k uplatnění další důležité osobnostní charakteristiky, kterou je vědomí vlastní účinnosti (self efficacy). (Slováčková: 2007) Tato charakteristika je nezbytná k tomu, aby měl jedinec pocit, že prostřednictvím zásad zdravého životního stylu může uplatňovat kontrolu nad sebou samým, ovlivňovat svůj zdravotní stav a celkový pocit subjektivní pohody. Tělesné uvědomování je podle Slováčkové (2007) koncept, který nemá v ostatních výzkumech obdobu, přestože se

ukázal být významným prediktorem. Pro lidi, kteří nedokáží vnímat, jestli se cítí lépe nebo hůře, ztrácí uplatňování zdraví prospěšných návyků smysl. Uniká jim totiž pozitivní efekt. Koncept tělesného uvědomování souvisí se vzděláním a informacemi. Skupina „Uvědomělí“ s vyššími hodnotami pro míru „tělesného uvědomování“ představovali také větší procento studentů s vysokoškolsky vzdělanými rodiči. Oproti „Nedbalým“, kteří ukazují opačný vztah vzdělání rodičů a míry tělesného uvědomování. Tělesné uvědomování patří do konceptualizace zdravotní gramotnosti. Vnímání tělesnosti lze také zařadit jako jednu z dimenzí konceptu „Health consciousness“ popsanou jako pozornost k vlastnímu stavu zdraví (Hong 2016: 3)

Zdravotní gramotnost

Problematika zdravotní gramotnosti vychází ze schopnosti vnímat vlastní zdraví. Svou důležitou roli má v případě chování při příznacích nemoci. Pokud pocítíme poruchy vlastního zdraví, dokážeme se včas bránit nebo změnit své chování a zabránit tak následkům. Nebo to znamená správné a včasné rozhodnutí při výběru čerpání zdravotních služeb. Laická zdravotní péče (neboli sebe péče) tvoří totiž podle odhadů uvedených v knize Jana Holčíka (2013) 60 až 90 procent objemu veškeré zdravotní péče. Zdravotní gramotnost tvoří jednak informace o zdravotním systému a také schopnost rozumět vlastnímu tělu a pečovat o ně. Mluví se o sepětí znalostí a hodnot. (Holčík 2013) V knize se také uvádí různé definice. Následující definice se koncepčně podobá koncepci zdraví podporujícího chování: "Zdravotní gramotnost je schopnost činit správná zdravotní rozhodnutí v kontextu každodenního života". Zdravotní gramotnost je někdy definovaná jako více zaměřená na práci s informacemi: "Schopnost získat, interpretovat a rozumět základním zdravotním informacím i službám a dovednost využít takové informace a služby ke zlepšení zdraví." Národní rada spotřebitelů Velké Británie shrnula zdravotní gramotnost do tří skupin a) orientace ve zdravotnickém systému b) aktivní péče o své zdraví c) účast na rozhodování. Dále však uvedla, že ve všech skupinách je potřeba, aby spotřebitelé uměli za své jednání přijmout odpovědnost. Studie zdravotní gramotnosti v USA (Holčík 2013: 210) uvedla charakteristiky lidí, kteří mají nízkou zdravotní gramotnost:

- Nerozumí ústním i písemným informacím, které jim poskytují zdravotničtí pracovníci.
- Nedovedou jednat podle doporučení a dodržovat léčebný režim.
- Nevyznají se ve zdravotnickém systému a nedostávají náležité zdravotnické služby.
- Využívají ve větší míře pohotovostní služby, přicházejí pozdě, a proto musí být hospitalizováni.
- Podceňují preventivní opatření a nerespektují zásady zdravé životosprávy.
- Udávají horší zdravotní stav.

Kromě práce s informacemi zdravotní gramotnost obsahuje také hodnoty a vztah k vlastnímu tělu. Předpokladem je vážení si sebe sama a vážení si vlastního těla. Důležitá je v tomto případě role rodinného prostředí a vliv rodičů při výchově. Také je dobré si uvědomit, že péče o zdraví může v mnoha aspektech překračovat možnosti jedince právě kvůli prostředí, ve kterém se pohybuje. Důležitosti rodiny na celkové péči o zdraví a na hodnotách se zdravím spojených se věnuje speciální škála nazvaná „Family health climate scale“ (FHC-scale), která se zaměřuje na dva typy chování ovlivňující zdraví a to na stravování a na fyzickou aktivitu.

Co by se dalo též považovat za odnož zdravotní gramotnosti je koncept zdravotní uvědomělosti, v anglickém originále „Health Consciousness“. Tento pojem byl mnohokrát definován, v rámci různých výzkumů, tak představuje skoro vše co tu již bylo diskutováno. Hyeyhun Hong (2016) rozřazuje výzkumy do pěti dimenzí zdravotní uvědomělosti: 1) zapojení se do zdraví podporujícího chování 2) psychická pozornost k vlastnímu stavu zdraví 3) získávání a využívání informací ohledně zdraví 4) osobní odpovědnost 5) motivace ke zdraví. Hong zmiňuje předešlé výzkumy. Nejlépe zpracovaný koncept od Goulda (1998,1990) obsahuje 4 dimenze: zdravotní bdělost, zdravotní sebeuvědomování si, zdravotní angažovanost a monitorování vlastního zdraví. Autor dále zmiňuje, že je zapotřebí takto pojatou zdravotní uvědomělost rozšířit o zdravotní odpovědnost a motivaci. V pojetí od Honga (2016) tedy zdravotní bdělost obsahuje 1) uvědomování si vlastního zdraví 2) uvědomování si odpovědnosti za stav svého zdraví 3) vnímání zdraví jako vysoké hodnoty a být tak motivovaný zlepšit či

udržet si své zdraví. Zároveň zdravotní bdělost je vnímaná jako obecná psychická charakteristika a není určena specifickému zdraví ovlivňujícímu chování (kouření, přejídání se...).

Teoretické modely

Tato práce se snaží modelovat vztah k potenciaální pozitivní změně v základních oblastech chování, které mají vliv na naše zdraví. Základní oblasti chování jsou:

A. Stravování

Stravování patří k aktivitám, které významně ovlivňují náš fyzický vývoj a naše zdraví. Jde především o dostatek kvalitní a vyvážené stravy. Nároky na stravu se liší podle způsobu životního stylu. Sportovci a fyzicky pracující lidé spotřebují více energie, a proto potřebují také více energie přijmout. Naproti tomu lidé se sedavým zaměstnáním nemají takové nároky na energetickou hodnotu stravy. Zdravé vyvážení stravy také znamená její rozložení během dne. Skoro každý pátý adolescent uvádí vynechání snídaně. Více než polovina z nich udává, že nejí dostatečné množství ovoce, zeleniny, a mléčných výrobků. Dále se ukazuje, že vyšší vzdělání rodičů a také společné rodinné večere jsou dobrými prediktory dobrých stravovacích návyků. (Videon & Manning, 2003 in Cahová 2016) U populace adolescentů se ukázalo, že s vyšším věkem roste zájem o zdravou výživu navzdory preferenci chuti a ceny, které byly uváděny jako důležité aspekty při výběru jídla. (Glanz et al.: 1998) Dosedlová, Klimusová, Burešová (2016) zkoumaly zdraví ovlivňující chování u více než 1200 obyvatelů České republiky. Ve čtyřech věkových skupinách (20 – 35, 36 – 50, 51 – 65, 65 a více let) popsaly pět oblastí chování ovlivňujících zdraví, které dohromady vysvětlují 44 % rozptylu. Zdravá dieta, jakožto jedna z oblastí, znamená jíst ovoce a zeleninu, celozrnné pečivo a vyhýbání se nezdravému jídlu: cukrářským výrobkům, smaženým jídlům, limonádám, instantním jídlům a rychlému občerstvení. A hlídání si správného poměru příjmu makro nutričních hodnot. Se stoupajícím věkem přibývá orientace na zdravé stravování. Přitom mladé ženy začínají dbát o zdravou dietu dříve a ve větší míře. Muži, ve dvou prostředních věkových kategoriích (36 – 50 a 51 - 65) mají srovnatelný zájem na zdravé výživě. (graf in Dosedlová Klimusová, Burešová 2016: 23)

B. Fyzická aktivita

Tělesná zdatnost je důležitou součástí zdraví člověka. Pohyb je přirozená lidská činnost a nedostatek pohybu vede ke zvyšování rizika vzniku chronických nemocí. Tělesnou zdatnost neboli fitness lze budovat pravidelným vykonáváním aerobní činnosti, kdy práce svalů a metabolické procesy probíhají za přítomnosti kyslíku. (Cahová: 2016) Může se jednat o jakoukoli fyzickou aktivitu, která trvá alespoň 15 minut a při které se zapojuje více svalových partií. Tepová frekvence by se při této aktivitě měla pohybovat v rozmezí 55 % až 80 % svého maxima (Čeledová & Čevela, 2010; Sallis & Owen, 1999). Lidé, kteří zanedbávají pravidelnou fyzickou aktivitu, vykazují vyšší četnost zdravotních obtíží spojených s vysokým tlakem a onemocnění jako je osteoporóza, cukrovka 2. typu nebo různé srdeční onemocnění. (Bauman, 2004). Do oblasti zdravivlivňujícího chování - fyzická aktivita, jsou ve studii Dosedlová, Klimusová, Burešová (2016) zařazeny tyto aktivity: sport, chůze, fyzická práce, otužování, omezování používání auta, výtahů a ostatních transportních prostředků, udržování si optimální tělesné váhy. Na rozdíl od aktivit spojených se zdravou výživou se zapojování do fyzických aktivit s věkem snižuje jak u českých mužů, tak i u českých žen. Nadváhou v České republice trpí okolo 50 % dospělé populace, z toho 20 % je identifikováno jako obezita.

C. Denní režim a odpočinek

Další zařazenou oblastí zdravivlivňujícího chování je aktivita spojená s regenerací organismu. Pravidelný denní režim zahrnující odpočinkové aktivity je v tomto směru velice užitečný. Stejně tak jako dostatečný spánek. Spánek je další základní lidskou aktivitou, která má výrazný dopad na naše zdraví. Spánkem strávíme asi třetinu našeho života. Nejedná se při tom pouze o odpočinek těla, ale i nervového systému. Je to fáze, během které se tělo a nervový systém zotavuje, nabírá síly (Fox, 1999 in Cahová). Potřeba spánku je individuální a geneticky závislá. Obecně se udává jako průměr dostatečného spánku 8 hodin denně. Denní režim by měl zahrnovat i čas v podobě vědomé relaxace poskytující duševní hygienu. Spánková a duševní hygiena má pozitivní vliv na emoce, vnitřní pohodu a fyzickou pohodu. Dosedlová, Klimusová, Burešová (2016) zařadily do oblasti denní režim aktivity reprezentované otázkami na spánkový režim (dostatečný čas na spánek s pravidelnými časy usínání a probouzení se), na čas určený relaxaci a odpočinku, time management svých povinností a pravidelnou vydatnou snídání. Výsledky u tohoto typu chování v ukazují stoupající

tendenci s přibývajícím věkem jak u mužů, tak u žen. Faktorová analýza poukázala na možnost vydělit duševní hygienu jako samostatnou oblast reprezentovanou otázkami zjišťujícími stav optimismu, sebevědomí, dobré nálady, trávení volného času s přáteli, kvalitu sociální opory a aktivity přinášející štěstí. Výsledky věkových skupin byly velice stabilní pro ženy. U nich je zřetelný propad v kategorii věku od 51 let do 65ti let. Tento propad následuje výrazný nárůst v navazující věkové kategorii od 65let více.

Nyní představím několik teoretických modelů navržených pro vysvětlování behaviorální změny, které jsem použil při sestavování dotazníku. Detailněji popsané modely poskytující kompletnější teoretické pozadí pro možnosti například implementace zdravotních programů najdete v Příloze 1. - Teoretické modely individuálního chování ovlivňujícího zdraví. Prezentované modely. Takovéto teoretické modely jsou často popisovány v publikacích věnujících se „health behavior“ tedy chování ovlivňující zdraví. V následujícím textu vycházím z publikace „Health Behavior and Health Education“ (2008) a publikace „Health Behavior: theory, research and practice“ (Glans 2015).

Při postupu od jednodušších modelů k těm komplexnějším bych začal u modelu nazvaném Health Belief Model, který byl formulován už v 50tých letech minulého století. Tento model stavěl především na tom, že se jedinec rozhodne pro určité chování po zvážení rizik a benefitů. Změna je pak spuštěna podmětem, který zahajuje proces změny chování. Rozhodnutí změny je dále podmíněné tím, jak je jedinec citlivý k rizikům a překážkám a zda vnímá vlastní kompetenci změnu uskutečnit. Tento model byl v minulosti používán při tvorbě kampaní a zdravotních programů, které byly postavené na jednorázovém úkonu, například jít na kolonoskopii. Tento model je vhodný právě pro jednorázové akce jako jsou preventivní vyšetření a podobně.

Dalším modelem je Theory of Planned Behavior, tento model dává důraz na vnitřní motivaci tuto změnu absolvovat. V procesu rozhodování hrají roli postoje a normy hodnotící konkrétní změnu. Důležité je také to, zda jedinec vnímá, že má kontrolu a moc takovou změnu uskutečnit. Na tento model navazuje a rozšiřuje ho model nazvaný Integrated behavioral model. Podobně jako jeho předchůdce je postavený na motivaci a záměru. Model je doplněný o další čtyři proměnné, které

určující, jestli se motivace a záměr projeví v podobě konkrétního chování či nikoli. Jde o to, jestli nebrání uskutečnění nějaké překážky dané okolím, jestli to dovolují schopnosti jedince a jestli takové chování je relevantní v dané situaci. Nejdůležitější proměnou jsou již existující návyky, které mohou záměr a motivaci potlačit. Záměr a motivace jsou také tvořeny postoji, normami a schopností sebekontroly a smyslem pro vlastní účinnost. Přesto je tento model je o poznání složitější, jednotlivé koncepty jsou detailněji rozpracovány.

Dalším je Transtheoretical model of change neboli model stádií změny. Tento model popisuje stádia změny chování, kterými jedinec prochází při tvorbě nových návyků či nového způsobu chování. Každé stádium má svá specifika, procesy a projevy. Stádia jsou definována především procesy. Každé stádium má svojí vlastní operacionální definici.

Poslední model se nazývá Reversal theory, která popisuje změnu chování jako oscilaci mezi metamotivačními stavy. Průběh tedy není lineární a je způsobený vrozenými predispozicemi, které se projevují přirozenými tendencemi a sklony k charakteristickému přesouvání mezi metamotivačními stavy. Nicméně tyto přirozené tendence lze vědomě kultivovat. K tomu slouží například různé intervenční programy vedené v terapeutickém duchu. Jde o to pomoci jedinci uspokojit metamotivační potřeby v rámci adaptivního zdraví podporujícího chování a zároveň nastavit takové okolní prostředí, které pozitivně podporuje změny mezi těmito metamotivačními stádii. Důležitá hypotéza v rámci této teorie je, že člověk dokáže vypozařovat stimuly a okolnosti změny meta motivačního stádia, dokáže je měnit a přizpůsobovat těmto změnám i své chování. Lidé, kteří mají tuto vlastnost, mají mnohem větší šanci zlepšit své zdraví ovlivňující návyky.

Závěrečné shrnutí:

Hlavní teoretický model změny chování ovlivňující zdraví, který tuto práci nejvíce charakterizuje, je postavený na záměru a motivaci. Záměr a motivace vzniká z celé řady individuálních i společenských kvalit, které rozděluje teorie triadické influence. Nejvíce výzkumné pozornosti na území ČR se do této doby soustředilo na osobnostní kvality jakožto prediktory zdraví ovlivňujícího chování. Tato práce zahrnuje i normy a postoje

společně s dalšími proměnnými (překážky dané okolím, relevantnost daného chování, schopnosti dané chování provést a již existující zvyky) které formují změny v chování podle teoretického modelu Integrated behavioral model (dále IBM). Předešlé výzkumy objevily mnoho významných prediktorů ve všech oblastech influence. Jako velice významné osobní kvality se prokázaly následující: odpovědnost, neurotismus, self-efficacy, health locus control, tělesná uvědomělost. Ale také optimismus, který je často konceptualizován jako aktivní přístup k péči o zdraví. Dále zdravotní gramotnost, která je také konceptualizována jako autonomní a odpovědný přístup k péči o své zdraví. Důležitá je také orientace ve zdravotním systému a účast na rozhodování. V oblasti interpersonální to jsou normy. Důležitými prediktory v této oblasti jsou především rodinné prostředí a nejbližší přátelé. Jako rámcový teoretický model jsem vybral IBM, protože obsahuje uchopitelné proměnné pro všechny oblasti influence. V literatuře popisující využití tohoto teoretického modelu se objevuje upozornění na potřebu pochopit pořádně kontext, v jakém se model používá. Konkrétně je potřeba zohlednit charakter modelované změny chování v souvislosti se zkoumanou populací. Například můžeme předpokládat, že podoba postojů, norem a překážek spojených s používáním kondomů bude velmi odlišná v Severní Americe a v Africe. Proto jsem se v rámci přípravy výzkumného nástroje ptal na postoje a normy spojené s aktivitami jako je snídane nebo rozcvička při neformálních rozhovorech, abych měl relevantní představu před tvorbou dotazníkových otázek.

5. Tvorba dotazníku

Dotazník zjišťuje dva atributy teoretické konstrukce „ideálního pojištěnce“. Je to „aktivní a autonomní přístup k péči o tělo a duši“. Tento atribut je zarámován teoretickým modelem IBM. Druhý atribut je „aktivní a autonomní přístup k systému zdravotní péče“.

5.1. Škály reprezentující teoretický Integrovaný behaviorální model.

Tato kapitola představuje výsledek hodnocení a vybírání konkrétních škál a indikátorů. Na základě studia předchozích výzkumů, jejichž část jsem představil výše, jsem stanovil konečný počet indikátorů, který je zakomponován do teoretického Integrovaného behaviorálního modelu.

Behaviorální model IBM je složen z proměnných, které vstupují do každého rozhodovacího procesu jedince. Pro každou proměnnou tohoto teoretického modelu jsem zvolil indikátor, pro který již existuje vhodná škála s konkrétními otázkami či položkami nebo jsem pro tento indikátor vytvořil škálu novou. Nové škály byly inspirovány výše prezentovanými teoretickými východisky včetně ostatních modelů behaviorální změny. Pro lepší pochopení některých indikátorů jako jsou například vnímané normy, jsem realizoval několik nestrukturovaných rozhovorů a pilotní dotazníkové šetření.

Integrovaný behaviorální model je reprezentován následujícími pěti proměnnými, které mají dohromady zásadní vliv na změnu ve výsledném chování ovlivňujícím zdraví:

- Návyky reprezentující současný stav chování.
- Subjektivně vnímaná významnost a relevantnost zdravého chování a změny k takovému chování.
- Znalosti a dovednosti jedince starat se o své zdraví.
- Jaké jsou vnímané překážky pro změnu chování vedoucí k lepšímu zdraví. Jestli například vnímá, že si zdraví nemůže dovolit z finančních důvodů.
- Motivovaný záměr, který je dán psychosociálními předpoklady, jako jsou postoje a normy spojené s zdravím. (Vliv norem a postojů, osobnostních charakteristik, neurotismus, osobní angažovanost, svědomitost, self-efficacy.)

Každé proměnné odpovídá jeden nebo více indikátorů, které jsou dále detailněji představeny:

Návyky a současný stav chování souvisejícího se zdravím

Pro tuto proměnnou byla použita již zmiňována škála od Dosedlové a kol. (2013). Z celkové originální škály jsem vybral položky, které se věnují následujícím oblastem chování: stravování, pohybová aktivita, denní režim a relaxace.

Na zdraví orientované chování

Tento okruh obsahuje otázky indikující tendenci pojištěnce aktivně se zapojovat do chování pozitivně ovlivňující zdraví. Položky jsou převzaté z již zmiňované škály od Jaroslavy Dosedlové a její kolegyň. Patří sem skupiny otázek, které se oddělily pomocí faktorové analýzy: používání ochranných prostředků, vyhýbání se škodlivým látkám, aktivní podpora zdraví.

Znalosti a dovednosti ohledně chování vedoucího ke zdraví

Pro tuto proměnnou jsem zvolil skupinu otázek, které se věnují schopnosti „Tělesného uvědomování“. Dále to jsou položky, které zjišťují znalosti ohledně principu prevence a životosprávy.

Významnost a relevantnost správné životosprávy

U této proměnné jsem využil teoretických poznatků z modelu stádia změny. Zjišťuji tedy například, zda je dotyčný spokojený se současným stavem. Pokud ano, je podle teorie stádia změny velmi těžké chování měnit. Nebo zda už nějakým stádiem změny prošel úspěšně nebo neúspěšně. Tyto otázky mají za úkol podle teorie změny rozlišit 4 stádia změny. Stádium „před zvažováním“ tzn. že jedinec nevnímá potřebu cokoli měnit. Neuvažuje o změně ke zdravějšímu životnímu stylu. Druhým stádiem je „Zvažování“ změny životního stylu. Třetím stádiem je „Akce“, to znamená, že dotyčný už realizoval některé kroky vedoucí ke změně a posledním stádiem, které zjišťuji, je „Udržování změny“, které vypovídá o dokončení změny.

Motivovaný záměr chovat se zdravě

Motivovaný záměr chovat se zdravě nebo zlepšit svůj životní styl je založený na postojích a normách. Jde o vnitřní emočně zabarvené podmínky, které jedince motivují. Při tvorbě těchto otázek zaměřených na instrumentální a experimentální postoje jsem využil doporučení (Glans 2015) pro implementaci IBM, a to zjišťovat emoce spojené s různými aktivitami při rozhovorech a ptát se například na to, jaký pocit vyvolává v lidech snídání nebo ranní rozcvička. V dotazníku jsem se nakonec rozhodl postoje zjišťovat pomocí sémantického diferenciálu. Pomocí polo-strukturovaných rozhovorů, které jsem prováděl buď osobně, nebo pomocí dotazníku elektronicky, jsem zjišťoval podrobnosti o normách spojených se zdravím životním stylem.

Osobní předpoklady

V této kategorii vycházím z koncepce Big Five, která měří pět vlastností osobnosti. Tato koncepce byla označena Dosedlovou a kol. (2013) jako vhodný nástroj měření osobnostních charakteristik predikujících chování ovlivňující zdraví. V českém prostředí tuto koncepci měří škála nazvaná NEO-PI-R. Výše prezentované výzkumy poukázaly na některé osobnostní charakteristiky, jako např. neurotismus a svědomitost, jako na významné prediktory ve vztahu k chování ovlivňujícímu zdraví.

Neurotismus vypovídá o emocionální stabilitě, o prožívání negativních emocí a stresu. Dále tato vlastnost vypovídá o míře impulzivnosti nebo sebekontroly. Neuroticismus v NEO-PI-R měří dohromady 48 položek rozdělených po osmi do šesti podškál (úzkostnost, hostilita, depresivnost, rozpačitost, impulzivnost, zranitelnost).

Svědomitost má také charakter sebekontroly, ale v tomto případě jde o kontrolu vztahenou k procesu plánování, organizace a realizace úkolů. Uvádí se, že tuto vlastnost vykazují hlavně úspěšní sportovci a je také někdy označována jako „vůle k výkonu“. Tato osobnostní charakteristika je měřena v NEO-PI-R celkem 48 položkami rozdělenými do šesti podškál (způsobitost, pořádkumilovnost, zodpovědnost, cílevědomost, disciplinovanost, rozvážnost). Kvůli možnosti porovnání percentilového

skóre s populací České republiky jsem v původní verzi dotazníku zařadil položky celých podškál, které se podle mého názoru nejlépe hodí v IBM. Zařazuji podškály, které se věnují sebekontrolě (impulzivnost a disciplinovanost). Dále zařazuji „zranitelnost“, která odpovídá sociální labilitě a neschopnosti zvládat stres. Čtvrtá subškála se jmenuje „způsobilost“ neboli vnímaná kompetentnost, která má koncepčně blízko k pojmu self-efficacy.

Self – Efficacy

Self- efficacy je ústřední pojem teorie sociálního učení Alberta Bandury. Tento pojem funguje v rámci triadického recipročního determinismu, ve kterém se projevují tři faktory: chování, vnitřní osobnostní dispozice a vliv okolí. Self efficacy reprezentuje subjektivní představu jedince o vlastní schopnosti kontrolovat a řídit chod dění, o vlastní schopnosti ovlivnit tyto tři determinanty. (Dosedlová, Slováčková: 2013) Není však možné považovat to za pevnou vlastnost člověka. Jedná se spíše o motivační aspekt daný kontextem a konkrétní aktivitou. Nejedná se o neměnnou vlastnost, která má pevnější základ jako třeba Self-esteem nebo Self-koncept nebo Self-confidence. (Bandura 1997) Pojem confidential frame neboli „důvěrný rámec“ spojuje osobnost jedince a kontext, ve kterém se rozhodnutí vytváří. Jedná se o základní pocit kontroly nad životem: „Svět není absolutně nepředvídatelný“. Při tvorbě rozhodnutí se uplatňuje self – efficacy. Na self-efficacy lze pohlížet pomocí Reveral teorie jako na schopnost dostat se do stavu „mastery“ a zároveň do stavu „Paratelic“. Nacházet se v obou meta-motivačních stavech usnadňuje, stejně jako self-efficacy, pozitivní reflexi vlastních kompetencí dosáhnout na toužené hodnoty navzdory nežádoucím negativním emocím. Podle studií prováděných na sportovcích (Jonathan R. Males: 2015) schopnost setrvat v mastery paratelic stavu má pozitivní vliv na budování „důvěrného rámce“.

Podle Bandury (1997) self-efficacy ovlivňuje myšlenkové vzorce, prováděné aktivity i emocionalitu. Self-eficacy vzniká na základě procesů výběru, interpretace a integrace čtyř hlavních zdrojů informací o vlastní účinnosti:

- autentická zkušenost se zvládnutím úkolu
- zástupná zkušenost, demonstrace a interpretace výsledků činností jiných lidí (vzorů)

- přesvědčování od druhých lidí, o dostatečných znalostech, schopnostech a dovednostech
- interpretace informací o vlastním zdravotním (fyzickém a psychickém) stavu

5.2. Škály zaměřené na přístup k systému zdravotní péče

Konzumní chování

Konzumní chování má za cíl indikovat, zda je jedinec zvyklý věnovat náležitou pozornost svým spotřebitelským volbám. Dále jestli dokáže rozlišit kvalitu služeb. A také jestli si je vědom své role spotřebitele jako někoho, kdo si může vybírat z pozice zákazníka.

Multidimensional Health Locus Control

Škála byla přeložena do češtiny v bakalářské práci „Komunikace lékařů a kvalita pracovní aliance“ Jolana Stehlíková (2017). Původně tato škála vznikla jako odnož škály nazvané „Locus of control“ občas překládáno jako „místo kontroly“. Tato škála se používá v psychologii, má za úkol určit, zda jedinec vnímá místo své kontroly uvnitř sebe nebo mimo sebe. Bylo zjištěno, že způsob, jakým člověk vnímá kontrolu nad svým životem, významně koreluje s chováním souvisejícím se zdravím. Lidé s vnitřní kontrolou vykazují více na zdraví orientovaného chování. Dále se ukazuje, že lidé s chronickými chorobami mají tendenci kontrolu umisťovat mimo sebe. Cítí, že jsou odkázáni na expertní znalosti lékařů a na kvalitu lékařských procedur. Obecně se udává, že lidé s vnitřní kontrolou prožívají méně stresu a lépe se starají o své zdraví. (Wallston, DeVellis 1978: 198). Škála má dohromady 18 položek. Obsahuje 3 dimenze. 6 položkami se zjišťuje kontrola umístěná vně, která závisí na náhodě a štěstí. 6 položkami se zjišťuje kontrola umístěná vně, která je závislá na ostatních lidech (např. doktorech), Poslední část této škály má také 6 položek a ptá se na kontrolu umístěnou uvnitř jedince.

Patient self advocacy (PSAS)

Pojem "Self Advocacy" je ve vzdělávacích textech zaměřených na lidi léčící rakovinu označován jako schopnost postavit se za svoje zájmy a bojovat za ně. Z pohledu pacientů léčených se z rakoviny označuje pojem „self advocacy“ příležitost, jak uspokojit své potřeby a osobní preference a jak udržovat úroveň kontroly nad vlastním životem. Pro poskytovatele zdravotní péče se pod termínem self advocacy skrývá spíše schopnost prevence a zvládnání léčebného procesu. (Hagan, Medberry 2015). Škála má celkem 12 stimulů - otázek Likertovy škály – 4 stimuly pro každou dimenzi.

A. Míra vzdělání o procesu léčby.

Tato dimenze je v originále nazvaná „Increased Illness Education“. Určitá míra vzdělání o nemoci a procesu léčby je základním předpokladem pro vyjednávání a tvorbu rozhodnutí. Expertní postavení doktora generuje asymetrii ve vztahu k pacientovi. Informační asymetrie by tak měla být vyvažována pacientovou kompetencí spoluutvářet rozhodnutí za základě relevantních informací. Tato dimenze nemá za úkol měřit pacientovy znalosti, nýbrž ověřit jeho postoj k získávání informací o procesu léčby.

B. Míra asertivity.

Tato dimenze je v originále nazvaná „Increased Assertivness“. Výzkum Brasherse a Klingla (1992) dále ukázal, že pacienti postižení nemocí AIDS vykazují větší potřebu autonomního postavení. To se projevuje ve větší potřebě zpochybňovat autoritu lékaře, vznášet dotazy a zapojovat se do tvorby rozhodnutí týkajícího se procesu léčby. Samotné kladení dotazů bylo ve studiích zabývajících se komunikací mezi pacientem a lékařem identifikováno jako známka asertivnosti. (Brashers a Klingl 1992: 110) Kladeným otázkám se podle Beiseckera (1990) lékaři často vyhýbají, nebo odpovídají vágně vzhledem k časovému harmonogramu nebo pro zachování hegemonie.

C. Míra vědomého nesouhlasu s autoritou doktora.

Tato dimenze je v originále nazvaná „Potential for Mindful Nonadherence“. Podle autorů jde o tendenci odmítnout léčebný proces, pokud nesplňuje očekávání pacienta.

Česká verze PSAS.

Do češtiny přeloženou škálu měřící „Patient Self Advocacy“ jsem testoval na datech reprezentující populaci České Republiky ve své ročníkové práci v roce 2017 na FSV UK. Výsledky této práce stejně jako výsledky ostatních studií ukázaly, že škála vykazuje lepší vlastnosti, pokud jsou dimenze „vzdělání o procesu léčby“ a „asertivita“ spojené do jedné dimenze. Toto sloučení zároveň reaguje na současný společenský problém kritické práce s informacemi. Právě schopnost kriticky myslet spojuje asertivitu a míru vzdělání o procesu léčby do jedné dimenze. Dále je potřeba vzít v potaz, že škála bude využívána pro běžnou populaci na rozdíl od původního využití pro pacienty s chronickým onemocněním, kteří se musejí postupně naučit, jak se svým onemocněním žít. Lze předpokládat, že lidé s vyšším Self Advocacy budou vnímat kvalitu služeb citlivěji a budou ochotni kvalitnější služby ocenit. Ve své ročníkové práci jsem hodnotil validitu a reliabilitu této škály, ověřoval jsem, zda je škála českým ekvivalentem škály původní. Hledal jsem původní tři dimenze pomocí explorační faktorové analýzy, které se v české verzi po vyřazení dvou položek opravdu projeví. Nicméně tendence ke sjednocení dvou dimenzí byla zřejmá i v ostatních studiích testujících tuto škálu.

Závěrečné shrnutí:

Škály, které mají indikovat „aktivní a autonomní přístup k péči o tělo a duši“ jsou odvozené od teoretického behaviorálního modelu (IBM). Celkem jsem představil 10 škál, které zahrnují 5 teoretických proměnných tvořících model (IBM). Jsou to škály: self efficacy, subjektivní normy, postoje ke konkrétním aktivitám, odpovědnost, zranitelnost, uvědomělost, impulzivnost, významnost a relevantnost zdravého chování, znalosti a dovednosti, zdraví ovlivňující chování. Chybí škála, která by se věnovala překážkám daným okolím. Tato proměnná nemá přímé zastoupení konkrétní škálou. Přesto se v dotazníku objevují položky, které by se jako překážky okolí daly považovat. Například položka náležející do škály konzumního chování, která zjišťuje, zda je respondent limitovaný pocitem, že zdravý životní styl je pro něj finančně nedostupný.

Dále jsou představeny tři škály, které měří „aktivní a autonomní přístup k systému zdravotní péče“. Je to patient self advocacy (PSAS), konzumní chování a health locus control. Kompletní seznam položek ke každé škále je k dispozici v příloze 2.

6. Testování a redukce položek v dotazníku

Popis dotazníku

Během nalézání a vybírání již existujících škál a během tvorby škál nových jsem celkem nashromáždil okolo 190 položek, které jsem na základě vlastní zkušenosti z terénu, rozhovorů a otevřených otázek postupně upravoval a vyškrtával. Metoda, která mi pomohla finalizovat konečný počet položek určených k testování, byla inspirována kvantitativním přístupem k testování obsahové validity pana C. H. Laweshe. Obeslal jsem celkem 8 lidí, kteří známkovali jednotlivé položky vzhledem k popsaným konceptům, které měli měřit. Dále komentovali možné úpravy a jednoznačnost formulace. Tímto způsobem se mi podařilo zbavit se dalších položek, čímž jsem zkrátil odhadnutou dobu vyplňování z 45 minut na pouhých 25 minut. Výsledný dotazník je stále příliš dlouhý, obsahuje 158 položek, které jsou rozděleny do pěti skupin podle možnosti odpovědi. 1. skupina obsahuje otázky, které zajišťují obecné informace socioekonomického charakteru, které pomohou při testování a interpretaci položek, které jsou součástí modelu behaviorální změny a aktivního a autonomního přístupu ke zdraví. Následují skupiny položek podle možnosti odpovědi. Ve 2. skupině jde o položky, na které respondent odpovídá mírou svého souhlasu na 4stupňové Likertově škále (rozhodně nesouhlasím, spíše nesouhlasím, spíše souhlasím, rozhodně souhlasím) s možností odpovědět nevím. 3) jde opět o 4stupňovou Likertovu škálu s možnostmi (rozhodně pro mě neplatí, spíše pro mě neplatí, spíše pro mě platí, rozhodně pro mě platí) a opět s možností odpovědět nevím. 4) skupina položek, na které respondent reaguje pomocí dichotomické sémantické dvojice (dělá mi to dobře x nedělá mi to dobře, Je to pro mě důležité x není to pro mě důležité, najdu si na to čas x nenajdu si na to čas, je to zábava x není to zábava). Všechny položky, které mají negativní

tvrzení vzhledem ke konceptualizaci zjišťovaných proměnných, mají obrácenou škálu, proto jsou také uváděny všechny korelace mezi indexy v pozitivních hodnotách.

Popis výzkumného vzorku

Dotazník byl testovaný na výzkumném vzorku 140 respondentů vybraných pomocí „snow ball“ prostřednictvím online dotazníku na platformě „Lime Survey“. Většina respondentů na adresu dotazníku přišla ze stránky facebook.com a většinu těchto respondentů znám osobně. A přibližně 64 respondentů vyplnilo dotazník dobrovolně neanonymně tím, že na konci dotazníku do poznámky napsali svoje jméno. Lidé, kteří tento dotazník vyplnili neanonymně, byli požádáni, aby se zúčastnili retestu. Za 14 dní jim byl dotazník poslán znovu a 28 respondentů dotazník opět vyplnilo z toho 25 opět neanonymně. Metodou test-retest se testuje spolehlivost dotazníku (reliabilita). Porovnané součtové indexy u všech typů otázek byly skutku velice vyrovnané, což potvrdily neparametrické testy o shodě rozptylu a mediánů ve dvou nezávislých výběrech. Druhá část výzkumného vzorku byla přidána poté, co jsem vyhodnotil sociodemografickou strukturu prvního vzorku (140 respondentů). Rozhodl jsem se pro kvótní výběr občanů České republiky starších 35 let. Ve druhém dotazníkovém šetření vyplnilo dotazník celkem 260 respondentů za peněžitou odměnu na online panelu spravovaném společností Kantar CZ s.r.o.. Tabulka níže ukazuje charakteristiky výzkumného souboru, který se zdá být relativně vyvážený vzhledem k zjišťovaným kategoriím.

		Četnost	Procenta
Pohlaví	Žena	236	60
	Muž	160	40
	total	396	100
Věk	19 až 29	84	21
	30 až 44	116	29
	45 až 91	198	50
	total	398	100
Vzdělání	Bez maturity	131	33
	S maturitou nebo vyšší odborné	157	40
	Vysokoškolské vzdělání	108	27
	total	396	100
Bydliště	1 až 10 000 obyvatel	166	42
	10 001 až 99 999 obyvatel	113	28
	100 000 obyvatel a více	119	30
	total	398	100
Vztah k cigaretám	Kouří	113	28
	Přestal(a) kouřit	121	30
	Nikdy nekouřil(a)	164	41
	total	398	100
Status vzhledem k zdravotnímu pojištění	Student	25	6
	Nezaměstnaný	17	4
	Zaměstnanec	176	44
	Starobní důchodce	94	24
	Invalidní důchodce	24	6
	OSVČ	42	11
	jiný	45	11
	total	423	106
	populace	398	100

Tabulka 3.1. ukazuje výsledky reprezentativního šetření EHES z roku 2014. Následují tabulky (3.2.), které ukazují hodnoty BMI rozdělené podle pohlaví a věkové skupiny. Ve výzkumném vzorku ukazují podobné rozložení lidí s nadváhou jako v populaci ČR. Rozdíl mezi průměrnou hodnotou BMI pro muže v populaci ČR (28,1 kg/m²) není statisticky významný od naměřené hodnoty výzkumného vzorku (28,04 kg/m²) na 99% hladině významnosti. Rozdíl BMI u žen však statisticky významný je. V populaci ČR byl v roce 2014 (26,9 kg/m²) a ve výzkumném vzorku v dubnu 2018 (25,9 kg/m²).

Tabulka 3.1: Index tělesné hmotnosti (BMI) - nadváha a obezita (% osob)

Věk	Preobezita (25 ≤ BMI < 30)			Obezita (BMI ≥ 30)			Nadváha (BMI ≥ 25)		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
15-24	19,8%	8,7%	14,7%	2,0%	3,9%	2,8%	21,8%	12,5%	17,5%
25-34	36,3%	16,1%	26,5%	9,9%	9,0%	9,4%	46,2%	25,1%	36,0%
35-44	48,1%	25,5%	36,3%	20,8%	14,9%	17,7%	68,9%	40,4%	54,0%
45-54	50,6%	31,3%	40,6%	31,0%	21,9%	26,2%	81,6%	53,1%	66,8%
55-64	52,6%	41,8%	47,2%	28,1%	26,6%	27,3%	80,7%	68,4%	74,5%
65-74	52,3%	47,5%	49,6%	27,4%	28,5%	28,1%	79,8%	76,0%	77,7%
75+	47,3%	45,5%	46,2%	15,6%	20,3%	18,4%	62,9%	65,8%	64,6%
Celkem	44,0%	30,9%	37,2%	19,7%	18,2%	18,9%	63,7%	49,1%	56,2%

BMI - Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index) je počítán jako poměr hmotnosti (v kg) a druhé mocniny výšky (v metrech). Kategorie BMI (preobezita, obezita, nadváha) jsou vymezeny dle doporučení WHO.

Tabulka 3.2. : Index tělesné hmotnosti (BMI) – výzkumný vzorek

muži	BMI ≤ 25		25 < BMI ≤ 30		BMI > 30		Total	
	četnost	procenta	četnost	procenta	četnost	procenta	četnost	procenta
19-34	26	70,3	6	16,2	5	13,5	37	100
35-44	5	20,8	12	50	7	29,2	24	100
45-54	3	16,7	10	55,6	5	27,7	18	100
55-64	4	14,8	13	48,2	10	37	27	100
65 a více	4	7,5	24	45,3	25	47,2	53	100
ženy								
	BMI ≤ 25		25 < BMI ≤ 30		BMI > 30		Total	
	četnost	procenta	četnost	procenta	četnost	procenta	četnost	procenta
19-34	53	75,7	11	15,7	6	8,6	70	100
35-44	33	50	21	31,8	12	18,2	66	100
45-54	18	54,5	7	21,3	8	24,2	33	100
55-64	8	27,6	17	48,3	7	24,1	32	100
65 a více	9	25,7	17	48,6	9	25,7	35	100
Celkem								
	BMI ≤ 25		25 < BMI ≤ 30		BMI > 30		Total	
	četnost	procenta	četnost	procenta	četnost	procenta	četnost	procenta
19-34	79	73,8	17	15,9	11	10,3	107	100
35-44	38	41,8	34	37,4	19	20,8	91	100
45-54	21	40,4	17	32,7	14	26,9	52	100
55-64	12	21,4	27	48,2	17	30,4	56	100
65 a více	13	14,8	41	46,6	34	38,6	88	100

Redukce položek dotazníku

Cílem níže prezentovaného postupu je optimálně redukovat počet položek, tak aby jich zbylo co nejméně a zároveň byl zachován potenciál nástroje segmentovat populaci podle popsaných teoretických principů. Postup redukce položek probíhá ve dvou kolech. V prvním kole se hodnotí schopnost položky diferenciovat. V tomto kroku budou zohledněny diferenciační koeficienty pro každou položku, dále to budou popisné statistiky. Pro výpočet diferenciačních koeficientů jsem použil program Microsoft Excel a pro výpočet směrodatných odchylek, rozptylů a grafů (histogram) program IBM SPSS. A na základě těchto výsledků jsem vyřadil první skupinu položek. Vyřazeny byly položky, jejichž odpovědi se ukázaly jako příliš jednoznačné. Kritérium pro vyřazení položky není pevně dané. Přistupuji ke každé škále individuálně, nicméně jako dostatečně diferencující hodnotu průměru jsem stanovil mezi hodnotou 1 a 3. Dále jsem zohlednil hodnotu diferenciačního koeficientu vzhledem k ostatním položkám v dané skupině. Dalším kritériem je rozptyl a rozložení odpovědí v histogramu. Stanovená hranice je 80 % souhlasu nebo nesouhlasu s daným výrokem. Součástí definitivního rozhodnutí o vyřazení položky ze seznamu, který tvoří škálu je korelační vztah s ostatními položkami při explorační faktorové analýze. Na konci tohoto kroku jsou vytvořeny první indexy, které mohou být tvořeny vícedimenzionální škálou (tzn. že skupina položek sytí více než jeden faktor). Příkladem takového indexu je škála Patient Self Advocacy, která byla z původních třech dimenzí zúžena do dvou, tzn. že její položky sytí dva na místo třech faktorů. Po prvním kole redukce jsem spočítal korelace jednotlivých indexů se skupinami položek měřících zdraví ovlivňující chování.

Další kolo redukce položek je založeno na extrakci konkrétního faktoru v podobě maximálně 3 položek. Tímto způsobem je možné zlepšit možnosti pro potenciální interpretaci shlukové analýzy. Položky budou tříděny podle kritéria mezipoložkové korelace a hodnoty Cronbachovy alfy. Vybrány budou ty nejpodobnější položky, které mezi sebou nejvíce korelují a sytí stejný faktor. Při explorační faktorové analýze budu vycházet z obecných pouček pro přijatelnost jednotlivých statistik a koeficientů, které jsou uváděny v učebnicích statistiky, například „Analýza sociálně vědních dat (nejen) v SPSS“ od Mareše, Rabušice a Soukupa (2015). Hodnota MSA (measure of sampling adequacy) neklesla v žádném případě extrakce faktoru pod doporučovanou minimální hodnotu 0,5.

Následuje přehled všech jedno-faktorových indexů, které obsahují maximálně 3 položky. U jednotlivých indexů je uvedeno procento rozptylu, který tento jeden faktor vysvětluje a také hodnota Cronbachovy alfy. Po prvním kole byla měřena korelace indexu se skupinami položek měřících zdraví ovlivňující chování a návyky spojené se zdravým životním stylem. Jsou uvedené pouze korelace, které jsou signifikantní na 99% hladině významnosti a jejichž hodnota Spearmanova korelačního koeficientu je vyšší nebo rovna 0,3.

V prvním kole redukce dotazníku byly vyřazeny všechny položky měřící postoje ke konkrétním aktivitám (viz. příloha 2). Postoje byly měřeny sémantickým diferencíálem s dichotomickou variantou odpovědi, která byla nedostačující. Data z těchto položek nebyla příliš použitelná. Ze stejného důvodu byly vyřazeny i další položky, jejichž odpovědi byly příliš jednoznačné nebo jedinečné a sytily jedinečné faktory a nehodily se ani do páru. Dohromady bylo vyřazeno v prvním kole redukce okolo 80 položek. Ve druhém kole to bylo dohromady 28 položek. Zbylo 50 položek, které tvoří následující indexy. U jednotlivých indexů je uvedena informace, se kterou skupinou položek měřících zdraví ovlivňující chování nejvíce korelovaly.

Index_HLoC_vnější

Počet položek:

Po 1. kole – 6

Index koreluje se stravovacími návyky.

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 55 % rozptylu. Hodnota Cronbachovo alfa je 0,7

„To, jestli zůstanu zdravý/á, nebo onemocním, závisí do velké míry na jiných lidech.“

„Když onemocním, je to řízením osudu.“

„Je to jen štěstí, jestli zůstanu zdravý/á.“

Index_HLoC_vnější_experti

Počet položek:

Po 1. kole – 4

Index koreluje s vyhýbáním se škodlivým látkám a s používáním ochranných prostředků

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 63 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,69

„Když pravidelně navštěvuji svého lékaře, je menší pravděpodobnost, že budu mít zdravotní potíže.“

„Své zdraví si mohu udržet pouze díky konzultacím s odborníky.“

„Zdravého/ zdravou mě udržují odborníci.“

Index_HloC_vnitřní

Počet položek:

Po 1. kole – 4

Index koreluje s aktivním podporováním zdraví

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 64 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,74

„Za všechny své zdravotní problémy si mohu sám/sama.“

„Když se cítím nemocný/á, vím, že je to proto, že jsem se o sebe dostatečně nestaral/a.“

„Jsem přímo zodpovědný/á za své zdraví.“

Index_HloC_vnitřní_sebepéče

Počet položek:

Po 1. kole – 2

Index koreluje se stravováním, cvičením, aktivním podporováním zdraví, vyhýbáním se škodlivinám a používáním ochranných prostředků

Po 2. kole - 2 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 65 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,46

„Má fyzická pohoda závisí na tom, jak dobře se o sebe starám.“

„Pokud onemocním, mohu svým chováním ovlivnit, jak rychle se opět uzdravím.“

Index_PSAS_vzdor

Počet položek:

Po 1. kole – 5

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 76 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,79

„Někdy mám pocit, že vím, co potřebuji, lépe než můj praktický lékař.“

„Často dávám svému praktickému lékaři vlastní návrhy týkající se zdravotní péče a způsobu léčby.“

„Někdy existují dobré důvody neuposlechnout rady praktického lékaře.“

Index_PSAS_asertivita_Informace

Počet položek:

Po 1. kole – 6

Index koreluje s cvičením a vyhýbáním se škodlivinám.

Po 2. kole – 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 65 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,46

„Mám o svých nemocech více informací než ostatní lidé v této zemi.“

„Aktivně vyhledávám informace o nemocech, kterými trpím.“

„Pokud jde o mé potřeby týkající se zdravotní péče, jsem asertivnější než většina populace.“

Index_self_efficacy_sebeúčinnost

Po 1. kole – 4

Po 2. kole - 2 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 65 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,47

„Nic mi nebrání, abych od příštího týdne začal žít zdravěji.“

„Mám svojí vlastní představu, co je potřeba dělat pro zdraví svého těla a duše.“

Index_self_efficacy_disciplina

Po 1. kole – 5

Index koreluje se stravováním, denním režimem, cvičením a používáním ochranných prostředků

Po 2. kole - 2 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 65 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,47

„Když se rozhodnu pro nějaký program, vydržím ho dodržovat jen po krátkou dobu.“

„Mnohokrát jsem si zapomněl vzít lék v určený čas.“

Index_konzumniCHOV_rozlišujeKVALITU

Po 1. kole – 3

Index koreluje s vyhýbáním se škodlivinám

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 76 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,83.

„Všechny zdravotní sestry jsou podle mě skoro stejně dobré.“

„Všichni praktičtí lékaři jsou skoro stejně dobří.“

„Zpravidla si nevybírám lékaře, jsem přesvědčený, že mezi nimi nejsou velké rozdíly.“

Index_konzumniCHOV_aktivniROZkvality

Po 1. kole – 3

Index koreluje s vyhýbáním se škodlivinám

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 63 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,7.

„Zjišťuji si pověst lékaře na internetu.“

„Než jdu do nemocnice, zjišťuji si co nejvíce informací o daném oddělení a lidech, kteří tam pracují.“

„Vyberám si lékaře zejména podle jeho pověsti.“

Index_socNORMY

Po 1. kole – 4

Index koreluje s denním režimem, stravováním, vyhýbáním se škodlivinám

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 63 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,7.

„Většina lidí, kteří jsou pro mě důležití, si myslí, že starat se o své zdraví je základ života.“

„Patřím k lidem, kteří své zdraví neberou na lehkou váhu.“

„Většina lidí, kteří jsou pro mě důležití, si své zdraví cenní nade vše na světě.“

Index_RELvyz_udržování

Po 1. kole – 3

Index koreluje s cvičením, stravováním, vyhýbáním se škodlivinám a s aktivním podporováním zdraví

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 70 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,78.

„Už to je více než půl roku, co jsem změnil svůj životní styl, a cítím se zdravější.“

„V posledním půl roce jsem změnil své návyky směrem k lepšímu zdraví.“

„Podnikl jsem konkrétní kroky, které by měly zlepšit mé zdraví.“

Index_RELvyz_predZVAZOVANIM

Po 1. kole – 3

Index koreluje s vyhýbáním se škodlivinám

Po 2. kole - 2 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 65 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,46.

„Když se cítím relativně dobře, tak pro své zdraví nic nedělám.“

„Zdravotní rizika spojená se špatnou životosprávou mě nezajímají.“

Index_OSOB_disciplina

Po 1. kole – 3

Po 2. kole - 2 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 56 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,6.

„Promarním mnoho času, než se pustím do práce.“

„Když mi něco nejde tak, jak jsem předpokládal, mám chuť se pustit do něčeho jiného.“

„Těžko se nutím k tomu, co bych přece jen měla udělat.“

Index_OSOB_zpusobilost

Po 1. kole – 5

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 60 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,67.

„Jsem stále dobře informovaný/á a obvykle provádím uvážlivá rozhodnutí.“

„Jsem známý/á svou uvážlivostí a zdravým rozumem.“

„Jsem hrdý na svůj zdravý úsudek.“

Index_OSOB_zranitelnost

Po 1. kole – 6

Index koreluje s denním režimem

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 65 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,7.

„Často je pro mě těžké se rozhodnout.“

„Často se cítím bezmocný a potřebuji někoho, kdo by mi pomohl vyřešit mé problémy.“

„Pokud jsem vystaven velkému stresu, mám občas pocit, že se zhroutím.“

Index_OSOB_impulzivnost

Po 1. kole – 4

Po 2. kole - 2 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 72 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,6.

„Když jím své oblíbené jídlo, zpravidla ho sním příliš mnoho.“

„Někdy se přejím až je mi špatně.“

Index_ZNALdov_cenaZDRAVI

Po 1. kole – 4

Po 2. kole - 2 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 86 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,7

„Dělat něco dobrého pro svoje zdraví je finančně náročné.“

„Zdravý životní styl je především otázkou peněz.“

Index_ZNALdov_TelesneUVEDOMOVANI

Po 1. kole – 4

Index koreluje se stravováním, denním režimem, cvičením a vyhýbáním se škodlivinám

Po 2. kole - 3 (jednofaktorový index)

Index vysvětluje 59 % rozptylu. Hodnota Cronbachovy alfy je 0,66

„Zajímám se o to, jak funguje moje tělo a jak se o něj mám starat.“

„Naslouchám svým vnitřním pocitům o stavu svého těla a duše.“

„Jsem vnímavý k potřebám svého těla.“

Následují škály, pomocí kterých jsem ověřoval vztah vytvořených indexů s chováním ovlivňujícím zdraví.

Index_rezimODPOCINEK

„Dodržuji pravidelnou dobu usínání a vstávání.“

„Spím dostatečně vzhledem ke svým potřebám.“

„Přízpůsobuji denní režim svému aktuálnímu zdravotnímu stavu.“

„Dostatečně odpočívám, relaxuji.“

„Dokážu si svůj denní program (povinnosti, volnočasové aktivity..) uspořádat tak, abych se nedostával/a do časového stresu.“

Index_cviceniTELAaDUSE

„Lehké cvičení s protažením se provádím minimálně každý druhý den.“

„Udržuji si optimální hmotnost.“

„Pravidelně se otužuji (sprehování studenou vodou, spánek u otevřeného okna, častý pobyt venku, saunování).“

„Cíleně se věnuji metodám duševní hygieny (relaxace, meditace apod.)“

„Kondiční nebo silové cvičení provádím minimálně dvakrát týdně.“

Index_STRAVA

„Denně sním alespoň 3 porce ovoce (cca 300g).“

„Každý den snídám.“

„Jím pravidelně 3x - 5x denně.“

„Denně sním alespoň 3 porce zeleniny (cca 260g).“

„Upravuji stravu s ohledem na zdravotní stav (chronické nemoci, alergie, akutní potíže).“

„Usiluji o správný poměr živin ve stravě (cukrů, tuků, bílkovin).“

Index_vyhybaniSKODLIVINAM_zdravotniPECE

„Snažím se vyhýbat potravinám obsahující konzervanty, umělá barviva, zahušťovadla aj.“

„Vědomě se vyhýbám zdraví škodlivým látkám ve spotřebním zboží. (antiperspiranty, kosmetické prostředky, prací prostředky)“

„Zjišťuji si dopředu, jaké jsou zdravotní služby v zahraničí a zohledňuji podle toho místo pro dovolenou.“

Index_ochranneproSTREDKY

„Při jízdě v autě nebo v autobuse jsem připoután bezpečnostními pásy, i když mi nehrozí pokuta nebo ztráta bodů.“

„Používám ochranné prostředky při sportu. (helma na kolo, na lyže, chrániče,...)“

„Chráním se před slunečním zářením. (nosím sluneční brýle, užívám ochranné opalovací krémy...)“

Index_aktivní podporování zdraví

„Věnuji se středně náročné fyzické aktivitě mimo sport (svižná chůze, jízda na kole, fyzická práce)“

„Dodržuji pitný režim (cca 2 litry tekutin denně vyjma kávy, černého čaje, mléka, slazených limonád)“

„Povede se mi sníst 3 kusy zeleniny nebo 3 kusy ovoce denně.“

Závěrečné shrnutí:

Redukce dotazníku proběhla ve dvou krocích z proměnných identifikovaných na základě teorie a předešlých výzkumů byly formulované indexy, kterým odpovídají konkrétní škály. Celkem jsem použil 13 škál, které dohromady bez škály měřící chování ovlivňující zdraví obsahovaly 158 položek. V prvním kole redukce bylo vyřazeno okolo 80 položek a v druhém kole 28 položek. Jednotlivé škály byly rozděleny do 19 jednofaktorových indexů. Celkem byl počet položek zredukován na 50 položek (bez zdraví ovlivňující škály)

Seznam Indexů:

Index_PSAS_vzdor

Index_PSAS_asertivita_Informace

Index_konzumniCHOV_rozlisujeKVALITU

Index_konzumniCHOV_aktivniROZLISOVANIkvality

Index_HloC_vnější

Index_HLoC_vnější_experti

Index_HloC_vnitřní

Index_HloC_vnitřní_sebepéče

Index_self_efficacy_Disciplina

Index_self_efficacy_Sebeucinost

Index_socNORMY

Index_ZNALdov_cenaZDRAVI

Index_ZNALdov_TelesneUVEDOMOVANI

Index_RELvyz_udrzovaci_stadium

Index_RELvyz_predZVAZOVANIM

Index_OSOB_disciplina

Index_OSOB_zpusobilost

Index_OSOB_zranitelnost

Index_OSOB_impulzivnost

Zdraví ovlivňující chování:

Index_rezimODPOCINEK

Index_cviceniTELAaDUSE

Index_STRAVA

Index_vyhybaniSKODLIVINAM_zdravotniPECE

Index_ochranePROSTREDKY

Index_aktivni_podporovani_zdravi

7. Závěr a hodnocení

Cílem této práce je najít sadu indikátorů, kterými je možné empiricky ověřovat teoretickou konstrukci „ideálního pojištěnce“. Pomocí formulovaných teoretických východisek a studií předešlých výzkumů jsem objevil indikátory, které jsou vyhovující. Z literatury a předešlých výzkumů se mi podařilo získat kvalitní škály, které jsem zakomponoval do koncepce „ideálního pojištěnce“. Postup tvorby dotazníku se odvíjel od potřeby smysluplně a odůvodněně redukovat realitu v procesu

operacionalizace podle pravidel Paula Lazarsfelda. Zkušenost z jednání se zdravotní pojišťovnou OZP dále ukázala, že dotazník musí být velmi jednoduchý a krátký, aby mohl být použit v rámci už zavedené komunikace s pojištěnci. Dalším důvodem pro jednoduchost byla potřeba dotazník vyplnit neanonymně, tak aby se dala data z dotazníku spárovat s již existujícími daty o pojištěncích a provést výslednou segmentaci kmene pojištěnců. Testování jednotlivých škál ukázalo, že jsou velmi robustní a obsahují více dimenzí. Obsahová validita pomohla vyřadit některé položky, které intuitivně nezapadaly do konceptualizace. Při pilotním testování dotazníku i následnému sběru dat se však prokázalo, že dotazník je i tak příliš dlouhý: vyplnění trvalo až 40 minut. Takto dlouhá doba je problematická i z pohledu kvality sebraných dat, které bývají poznamenány neudrženou pozorností respondentů. Následné rozhodnutí v prvním kole vyřadit položky, které nediferencují, vedlo k žádoucímu vyřazení mnoha položek a také jedné celé škály měřící postoje pomocí sémantického diferenciálu, a to kvůli omezení na pouze dichotomickou možnost odpovědi. Konstruktová validita převzatých škál je dobře zdokumentovaná. Při korelační analýze podle pravidla zaměnitelnosti indexů můžu potvrdit blízkost některých škál, které ukázaly podobné korelace vzhledem ke skupinám položek měřících zdraví ovlivňující chování. Indexy měřící health locus control například korelují s indexy měřící self-efficacy. Také konzumní chování koreluje s indexy health locus kontrol. Konstruktovou validitu jsem také testoval porovnáváním průměrů mezi indexy kuřáků, kteří patří do druhé poloviny percentilového umístění v konzumaci alkoholu a nekuřáků v první polovině percentilového umístění v konzumaci alkoholu. Rozdíl v celkovém průměru za všechny indexy vyšel signifikantní na 99 % hladině významnosti. Jednotlivé indexy také korelují s chováním ovlivňujícím zdraví. Výsledky ukázaly, že nejvíce se zdravým chováním korelují indexy: uvědomování si vlastního těla (škála znalosti a dovednosti), health locus kontrol (tato škála se hodí do obou atributů ideálního pojištěnce), self-efficacy, sociální normy a udržovací stádium změny (škála relevantnost a významnost chování). Škály, které naopak neukázaly příliš vysoké korelace měřily charakter osobnosti. Indexy sice korelovaly s většinou položek měřících chování ovlivňující zdraví ale slabě. Spearmanův koeficient byl u většiny vztahů nižší než 0,3. Také nekorelovaly indexy měřící konzumní chování, což je pochopitelné. Podařilo se sestavit 12 indexů, které mají tři položky. U těchto indexů lze stále jednu položku ubrat a podle potřeby konkrétního použití škály lze naopak doplnit některé škály o položky, které sytí své unikátní faktory, ale koncepčně se pro hledání „ideálního pojištěnce“ hodí.

Použité zdroje:

- Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2): 191-215
- Bandura, A., Locke, E.A. (2003) Negative self-efficacy and goal effects revisited. *J Appl Psychol*, 88(1): 87-99
- Bandura, A. (2006) Toward a Psychology of Human Agency. *Perspectives on Psychological Science*, 1(2): 164-180
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. San Francisco, CA, itd: W.H. Freeman Publishing
- Bandura, A. (2001) Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol*, 52: 1-26
- Bauman, A. E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 6-19. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1440244004802731>
- Berkman, L. F. & Kawachi, I. (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press
- Bilim, E. (2009). Misuses of KR-20 and Cronbach's Alpha Reliability Coefficients. *Education and Science*, 34, 101-112
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University press.
- Creswell, John, W. *Research Design – International Student Edition*. University of Nebraska-Lincoln. SAGE 2014.
- Burger, Jerry M. a Harris M. COOPER. The Desirability of Control. *Motivation and Emotion*. University of Missouri - Columbia, 1979, 3(4), 381-393.
- Catalano, R. (1979). *Health, bahavior and the community. An ecological perspective*. New York: Pergamon Press.
- Dosedlová, J., Klimusová, H. & Slováčková, Z. (2013). Optimismus ve vztahu k zdraví podporujícímu a ohrožujícímu chování. In Dosedlová, J. & Slováčková, Z. (Eds.). *Optimismem ke zdraví?: Kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování*. Brno: Tribun EU.
- Dosedlová, Jaroslava, Helena Klimusová, Zuzana Slováčková and Vladimír Křebza. Cognitive Styles and Health-related Behavior of Czech University Students. In 25th European Health Psychology Conference, Hersonissos, Crete, September 20 – 24, 2011. 2011
- Dosedlová, Jaroslava. Slováčková, Zuzana a Klimusová, Helena. Osobnost a chování související se zdravím (Personality and health behaviour). In Dosedlová, Jaroslava; Slováčková, Zuzana. *Optimismem ke zdraví? : kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování*. Vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2013. p. 15-48, 34 pp. ISBN 978-80-263-0386-2
- Dosedlová Jaroslava, Slováčková, Zuzana, and Helena Klimusová. Health Beliefs and Health Behaviours in Czech University Students. In 27th Conference of the European Health Psychology Society, Bordeaux, 16th -20th July 2013. 2013.

Dosedlová, Jaroslava and Zuzana Slováčková. Optimismem ke zdraví? : kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování (Optimism to Health? : cognitive and personal determinants of health supportive behaviour). In Optimismem ke zdraví? : kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování. Vyd. 1. Brno: Tribun EU, 2013. p. 1-104, 104 pp. ISBN 978-80-263-0386-2

Drapela, V. (2001). Přehled teorií osobností. Praha: Portál

Fanshel, S. & Bush, J. W. (1970). A Health-Status Index and its Application to Health-Services Outcomes. *Operations Research*, 18 (6), 1021-66. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=874953d75e43-43a8-9f64-1b51314d389d%40sessionmgr113&hid=126>

Fishbein, M., and Cappella, J. N. "The Role of Theory in Developing Effective Health Communications." *Journal of Communication*, 2006, 56, S1-S17.

Friedman, H. S. (1990). *Personality and disease*. New York: John Wiley & Sons.

Fox, M. R. (1999). The importance of sleep. *Nursing Standard*, 13(24), 44-47. Dostupné z: <http://journals.rcni.com/doi/full/10.7748/ns1999.03.13.24.44.c7485>

Glanz Karen, el. Al., *Health Behavior : Theory, Research, and Practise*. John Wiley & Sons, Incorporated, 2015.

Grogan, S. (2000). *Body Image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada.

Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. In Glanz, K., Rimmer, B. K. & Viswanath, K. *Health behavior and health education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: John Wiley & Sons.

Hendricks, C.S., Hendricks, D.L., Webb, S.J., Davis, J.B., Spencer-Morgan, B. (2005) *Fostering*

Holčík, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno, MSD a MU 2010, 293s.

Self Efficacy as an Ethical Mandate in Health Promotion Practice and Research. *Online Journal of Health Ethics*, 2(1): 1-13

Kahneman, D. & Krueger, A. B. (2006). Developments in the Measurement of Subjective Well-Being. *The Journal of Economic Perspectives*, 20(1), 3-24. Dostupné z: http://www.ingentaconnect.com/content/aea/jep/2006/00000020/00000001/art00_001

Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál

Kříž, J. (2011). Determinanty zdraví. In Komárek, L., Provazník, K. et al. *Ochrana a podpora zdraví*. (16-27). Praha: 3. lékařská fakulta UK. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/OCHRANA_A_PODPORA_ZDRAVI.pdf

Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity I. *Personnel psychology*. 1975;28:563-75.

Luszczynska, A., Shwarzer, R. (2005) *Social cognitive theory*. u: Conner M., Norman P. [ur.] *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models*, Maidenhead: Open University Press, 127-169; 2nd ed

MAREŠ, Petr, Ladislav RABUŠIC a Petr SOUKUP. *Analýza sociálněvědních dat (nejen) v SPSS*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-6362-4

Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. Dostupné z: <http://psychclassics.asu.edu/Maslow/motivation.htm>

- Piaget, J. (1999). *Psychologie inteligence*. Praha: Portál
- Sallis, J. F. & Owen, N. (1999). *Physical Activity and Behavioral Medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Seedhouse, D. (2001). *Health: the foundations for achievement*. Second Edition. Chichester: John Wiley & Sons.
- Schmitt, N. (1996). Uses and Abuses of Coefficient Alpha. *Psychological Measurement*. 8(4), 350-353
- Schwarzer, R. (1992) Self efficacy in the adaptation and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. u: Schwarzer R. [ur.] *Self efficacy: Thought control of action*, Washington, DC: Hemisphere, 217-243
- Slováčková, Z., Klimusová, H. & Dosedlová, J. (2013a). Osobnost a chování související se zdravím. In Dosedlová, J. & Slováčková, Z. (Eds.). *Optimismem ke zdraví?: Kognitivní a osobnostní determinanty zdraví podporujícího chování*. Brno: Tribun EU
- Steinberg, L. (2004). Risk Taking in Adolescence. What Changes, and Why? *Annals of the New York Academy of Science*, 1021(1), 51-58. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1308.005/epdf>
- Steinberg, L. (2008). A Social Neuroscience Perspective on Adolescent RiskTaking. *Developmental Review*, 28(1), 78-106. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396566/?_escaped_fragment_=&po=3.57143
- Strecher, V. J., DeVellis, B. M., Becker, M. H., Rosenstock, I. M. (1986) The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education & Behavior*, 13(1): 73-92
- Thaler, Richard and Sustein, Cass. *Nudge. Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*. Yale University press 2008.
- Umberson, D., Crosnoe, R. & Reczek, C. (2010). Social Relationships and Health Behavior Across Life Course. *Annual Review of Sociology*, 36, 139-157. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3171805/>
- Urbánek, T., Denglerová, D. & Širůček, J. (2011). *Psychometrika: měření v psychologii*. Praha: Portál.
- URBÁNEK, Tomáš. *Základy psychometriky*. Brno: Masarykova univerzita, 2002. ISBN 80-210-2797-5.
- Vašina, B. (1999). *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta.
- Wallston, Kenneth. DeVellis, Robert. 1978. Development of Multidimensional Health Locus of Control in article *Health education monograph*, in PubMed.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Teoretické modely individuálního chování ovlivňujícího zdraví (text)

Příloha č. 2: Seznam indikátorů a položek (text)

Příloha č. 3: Komentovaný postup redukce položek u jednotlivých indexů. (text)