

UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Justýna Neuhortová

**Úroveň zdravotní gramotnosti učitelů druhého stupně základních škol
a možnosti podpory jejího rozvoje**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2018

Vedoucí práce:

PhDr. Michal Šerák, Ph.D.

Prohlašuji,

že tuto bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, že v ní řádně cituji všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

.....

datum

.....

podpis autorky

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala panu PhDr. Michalu Šerákovi, Ph.D., za vedení mé bakalářské práce, za jeho čas a cenné rady, které mi během konzultování práce poskytl. Dále bych chtěla vyjádřit poděkování paní RNDr. Tereze Bártlové, Ph.D., a paní doc. PhDr. Heleně Záškové, CSc., za konzultaci empirické části práce. Všem zúčastněným základním školám a respondentům děkuji za jejich čas a spolupráci. Poděkování rovněž patří mé rodině a blízkým za jejich bezmeznou podporu v průběhu celého mého studia.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem zdravotní gramotnosti a zjišťováním její úrovně u učitelů. Cílem práce je analyzovat současný stav zdravotní gramotnosti dospělých v České republice se zaměřením na úroveň zdravotní gramotnosti učitelů druhého stupně základních škol a popsat možnosti a aspekty vzdělávání a rozvoje zdravotní gramotnosti u této cílové skupiny. V práci budou nejprve uvedeny definice, modely zdravotní gramotnosti a její ukotvení v českých a mezinárodních dokumentech. Dále práce postihuje výzkumy, možnosti měření zdravotní gramotnosti a charakterizuje východiska vzdělávání a rozvoje zdravotní gramotnosti dospělých. Cílem kvantitativního empirického šetření je prostřednictvím polostrukturovaných dotazníků analyzovat úroveň zdravotní gramotnosti učitelů druhého stupně na vybraných pražských základních školách. V rámci šetření bude zjišťován přístup učitelů ke vzdělávání v dané oblasti a jejich preference podoby dalšího vzdělávání zaměřeného na zdravotní gramotnost.

Klíčová slova: zdravotní gramotnost, zdraví, podpora zdraví, vzdělávání dospělých, učitelé, celoživotní učení

Abstract

The thesis deals with the topic of health literacy and the level of health literacy of teachers. The aim of the thesis is to analyse the current condition of the health literacy of adults in the Czech Republic with the focus on the level of health literacy of the teachers at upper primary schools and to describe the possibilities and aspect of education and development of the teacher's health literacy. Firstly, the definitions and the models of health literacy are described as well as a description of the main international and Czech documents related to health literacy. Consequently, the thesis examines the research, the tools of measurement and the possibilities of development of health literacy are explored. The purpose of the empirical survey is to analyse the level of health literacy of the teachers at upper primary schools in Prague. Within the survey, the approach towards the education focused on health literacy is examined along with the preferences of the form of such education.

Keywords: health literacy, health, health promotion, adult education, teachers, lifelong learning

Obsah

0	Úvod	8
1	Zdravotní gramotnost	10
1.1	Vznik a definice zdravotní gramotnosti	10
1.2	Pojmy související se zdravotní gramotností	15
1.2.1	Zdraví	15
1.2.2	Podpora zdraví	16
1.3	Modely zdravotní gramotnosti	17
1.4	Zdravotní gramotnost v dokumentech WHO a národních dokumentech	21
1.4.1	Dokumenty WHO vztahující se k zdravotní gramotnosti	21
1.4.2	Klíčové dokumenty o zdravotní gramotnosti pro Českou republiku	24
2	Úroveň zdravotní gramotnosti dospělých	27
2.1	Způsoby měření úrovně zdravotní gramotnosti	27
2.2	Vybrané zahraniční a mezinárodní výzkumy zdravotní gramotnosti dospělých	29
2.3	Výzkum zdravotní gramotnosti dospělých v České republice	33
2.4	Přístup státu k rozvoji zdravotní gramotnosti dospělých	38
3	Zdravotní gramotnost učitelů	41
3.1	Specifika učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti	43
3.2	Úroveň zdravotní gramotnosti učitelů	44
3.3	Možnosti vzdělávání učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti	47
4	Empirické šetření: Úroveň zdravotní gramotnosti učitelů druhého stupně základních škol v Praze	53
4.1	Metodika výzkumného šetření	53
4.1.1	Výběrový soubor	55
4.1.2	Hypotézy	57
4.1.3	Testování dat	59
4.2	Výsledky testování a jejich interpretace	59
4.2.1	Výsledky deskriptivní statistiky	59
4.2.2	Výsledky induktivní statistiky	65
5	Diskuze	68

6	Závěr.....	71
7	Soupis bibliografických citací	73
8	Přílohy	84

0 Úvod

Zdravotní gramotnost představuje koncept, jemuž je věnována v celosvětovém měřítku stále větší pozornost v kontextu strategií a politik zabývajících se zdravím. Důvodem zájmu o tento koncept je zejména potenciál zdravotní gramotnosti pozitivně působit a ovlivňovat schopnosti jedinců rozhodovat o svém zdraví a být za něj odpovědný.

Zdravotní gramotnost se však týká i specifických skupin jedinců. Dle Akčního plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020 v rámci dokumentu Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, vydaném Ministerstvem zdravotnictví České republiky v roce 2015, jsou učitelé vedeni jako jedna z klíčových cílových skupin, u níž má být zdravotní gramotnost rozvíjena. Bakalářská práce se zaměřuje na učitele druhého stupně základních škol z toho důvodu, že tato skupina má podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání vyučovat oblast Člověk a zdraví. Součástí této oblasti je vzdělávací obor výchova ke zdraví, jenž je v úzkém propojení se zdravotní gramotností. Učitelé tak představují nejen cílovou skupinu, u níž má být dle Akčního plánu zdravotní gramotnost rozvíjena, ale zároveň představují skupinu, jež má vliv na rozvoj zdravotní gramotnosti u dalších cílových skupin.

Cílem bakalářské práce je analyzovat současný stav zdravotní gramotnosti dospělých v České republice se zaměřením na úroveň zdravotní gramotnosti učitelů druhého stupně základních škol a popsat možnosti a aspekty vzdělávání a rozvoje zdravotní gramotnosti u této cílové skupiny. K analyzování úrovně zdravotní gramotnosti učitelů 2. stupně základních škol bude využito kvantitativního výzkumného šetření, jež bude pomocí dotazníkové metody realizováno na vybraných pražských veřejných základních školách. Dílčími cíli empirického šetření je zjišťování přístupu učitelů ke vzdělávání se v dané oblasti a identifikace preferované podoby dalšího vzdělávání zaměřeného na zdravotní gramotnost.

Text bakalářské práce je rozdělen do pěti kapitol. První kapitola nejprve definuje základní pojmy související se zdravotní gramotností. Dále předkládá nejvýznamnější definice zdravotní gramotnosti a popisuje zakotvení zdravotní gramotnosti v nadnárodních dokumentech a dokumentech vydaných Českou republikou.

Druhá kapitola práce předkládá způsoby měření úrovně zdravotní gramotnosti a uvádí vybrané zahraniční a mezinárodní výzkumy zdravotní gramotnosti dospělých. Stěžejní podkapitolou je popis dosud realizovaných výzkumů zdravotní gramotnosti dospělých v České republice a nejdůležitějších výsledků, které z výzkumů vzešly. Zbývající část druhé kapitoly se zabývá přístupem státu k rozvoji zdravotní gramotnosti dospělých.

Navazující třetí kapitola je zaměřena na zdravotní gramotnost učitelů a uvádí, v jakých klíčových dokumentech jsou učitelé uvedeni v souvislosti se zdravotní gramotností. Dále se kapitola zaměřuje na specifika učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti. Na základě výsledků realizovaných výzkumů je ilustrována úroveň zdravotní gramotnosti učitelů. Dále jsou uvedeny možnosti vzdělávání učitelů v dané oblasti.

V pořadí čtvrtá kapitola představuje empirické šetření, popis metodiky výzkumu, charakteristiku výběrového souboru a uvádí formulované hypotézy. Součástí kapitoly jsou výsledky deskriptivní a induktivní statistiky a dále popis a interpretace zjištěných výsledků výzkumného šetření.

Pátá kapitola je věnována diskuzi, v níž jsou vlastní výsledky empirického šetření srovnávány se zjištěními vyplývajícími z teoretické části práce.

Předkládaná bakalářská práce vychází především z odborných článků ze zahraničí, kde je tato problematika více a dlouhodoběji zkoumána. Práce například čerpá z poznatků předních autorů v oblasti zdravotní gramotnosti jako Nutbeam či Sørensen, jež se podílela na vytváření modelu zdravotní gramotnosti, o který se předkládaná práce opírá. Dalším citovaným autorem je Holčík, který se v českém prostředí dlouhodobě odborně zajímá o zdravotní gramotnost. Významným zdrojem bakalářské práce jsou dokumenty a strategie Světové zdravotnické organizace, z nichž vychází i dokument Zdraví 2020. Součástí české verze tohoto dokumentu je Akční plán č. 12, který se explicitně zaměřuje na rozvoj zdravotní gramotnosti v období 2015–2020. K získání poznatků vztahujících se k úrovni zdravotní gramotnosti sloužil zejména výzkum zdravotní gramotnosti realizovaný v osmi evropských zemích a na něj navazující reprezentativní výzkum zdravotní gramotnosti obyvatel České republiky.

1 Zdravotní gramotnost

Primárně je důležité věnovat pozornost vysvětlení pojmu *zdravotní gramotnost* a kontextu jeho vzniku. Cílem této kapitoly je představit nejvýznamnější definice zdravotní gramotnosti, popsat a vysvětlit modely zdravotní gramotnosti. Ambicí další částí kapitoly je charakterizovat zakotvení zdravotní gramotnosti v evropských a nadnárodních dokumentech.

1.1 Vznik a definice zdravotní gramotnosti

Pojem *gramotnost* je obvykle spojený se čtením a psaním (Rabušicová, 2002, s. 15). Zájem o gramotnost, respektive snahy o rozšíření dovedností číst a psát mezi běžnou populací, sahá v evropském prostředí minimálně až do 16. století a souvisí s protestantskou reformou. Klíčové je uvést, že snahy o rozšíření gramotnosti se vždy vztahovaly k určitému širšímu kontextu a je nutné tyto snahy zařadit do souvislostí, jelikož jejich účel se vždy vztahoval k dalším sociálním, kulturním, náboženským nebo ekonomickým změnám společnosti. Příkladem těchto snah cílených na rozvoj gramotnosti běžné populace mohou být reformy Marie Terezie z 18. století, které probíhaly v kontextu osvícenských reforem (Rabušicová, 2002, s. 43–44). Ve 20. století je definice a koncept gramotnosti rozvíjen v součinnosti s novými sociálními a pedagogickými teoriemi, a zejména s rozvojem technologií a globalizace. Změny, které během 20. století nastaly v ekonomice, charakteru práce, oblasti médií a rozvoje digitalizace, přispěly k významu gramotnosti v současném světě, který vyžaduje dovednost orientovat se a selektovat informace, jež přicházejí z různých zdrojů (Hanemann, 2015, s. 297).

Největší roli v definování gramotnosti v poválečném období sehrálo UNESCO (Rabušicová, 2002, s. 16). To mělo významnou pozici při tvorbě a formulování mezinárodních politik v oblasti gramotnosti a významně ovlivnilo diskurz o podobě těchto politik probíhající mezi zainteresovanými státy na mezinárodní úrovni. Zájem UNESCO o problematiku gramotnosti pramenil zejména z idejí UNESCO o podpoře fundamentálního vzdělání, tedy poskytnutí základního vzdělání lidem po celém světě (UNESCO, 2005, s. 153). V průběhu 60. a 70. let 20. století začaly na poli gramotnosti figurovat další nadnárodní organizace, jmenovitě se připojily organizace jako Světová banka nebo Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, zkr. OECD (Rabušicová, 2002, s. 44). UNESCO v roce 1958 přijalo definici gramotnosti ve znění: „*Gramotný člověk je takový, který umí s porozuměním přečíst a napsat krátký jednoduchý výrok ze svého každodenního života.*“ (UNESCO, 1957, s. 20) Oproti tomu

současná definice gramotnosti dle UNESCO z roku 2002 akcentuje širší význam gramotnosti: „Gramotnost je pro děti, mladistvé a dospělé zásadní pro získání základních životních dovedností, které jim umožňují řešit výzvy, kterým mohou v životě čelit, a představuje zásadní krok v základním vzdělávání, který je nezbytným prostředkem pro účinnou účast jedince ve společnosti a ekonomice 21. století.“ (UNESCO, 2005, s. 155) Obecný konsenzus nad vymezením pojmu a obsahu gramotnosti není dosažen. Srovnáme-li první definice gramotnosti z 60. let 20. století se současnými definicemi, lze pozorovat vývoj v chápání a definování pojmu směrem k multiperspektivitě pojmu (Rabušicová, 2002, s. 16).

Pojetí gramotnosti však postupem času naráželo na limity svého vymezení, které již nebyly dostačující pro vysvětlení dalších dovedností, a proto se objevily snahy především z řad akademiků o zavedení nového pojmu **funkční gramotnost**. Koncept funkční gramotnosti se rozvíjel zejména v 60. a 70. letech 20. století a zdůrazňoval vliv gramotnosti na socioekonomický rozvoj a zároveň podmínění gramotnosti sociálním kontextem (UNESCO, 2005, s. 151). V českém prostředí se pojem funkční gramotnost začal používat až na počátku 90. let 20. století, a to v souvislosti s Mezinárodním rokem gramotnosti. Důvod, proč se v tehdejší československé prostředí funkční gramotnosti nevěnovala pozornost, má vysvětlení zejména v politických souvislostech, kdy československá vzdělávací politika byla izolována od tzv. Západu a témata z něho přicházející byla záměrně přehlížena (Rabušicová, 2002, s. 24). Definice funkční gramotnosti dle UNESCO z roku 1978, jejíž pojetí je užívané dodnes, zní: „Osoba je považována za funkčně gramotnou, jestliže se dokáže zapojit do všech aktivit, pro které je gramotnost vyžadována z důvodu efektivního fungování skupiny nebo komunity, ve které se osoba nachází, a také z důvodu, že umožňuje jedinci pokračovat ve využívání čtení, psaní a počítání jak pro jeho vlastní rozvoj, tak pro rozvoj komunity.“ (UNESCO, 2005, s. 154) Funkční gramotnost zde akcentuje nejen přínos pro samotného jedince, ale pro rozvoj komunity, ve které se jedinec nachází, což koreluje s výše uvedenými charakteristikami konceptu funkční gramotnosti. V této souvislosti je funkční gramotnost uváděna jako předpoklad pro celoživotní učení (UNESCO, 2005, s. 154). Funkční gramotnost se tak odlišuje od konceptu gramotnosti zejména tím, že je přizpůsobena kulturnímu kontextu, ve kterém se užívá; dále tím, že funkční gramotnost požaduje po jedinci náročnější dovednosti, než zvládnutí požadavků psaní a čtení. Diferenci mezi funkční gramotností a gramotností lze ilustrovat i tím, že funkční gramotnost není totožná s dobrým zvládnutím školního vzdělání, respektive úspěšné výsledky ve škole neimplikují úspěšné výsledky řešení každodenních úkonů

v běžném životě, na které se zaměřuje gramotnost funkční. Funkční gramotnost se měří zejména u populace dospělých, starších 15 let (Rabušicová, 2002, s. 19).

Funkční gramotnost zahrnuje schopnosti, jež jsou nezbytné pro každodenní fungování jedince v současném světě. S tímto požadavkem se postupně vyčlenily další gramotnosti, které specifikují zaměření funkční gramotnosti. Zavedly se termíny jako počítačová gramotnost, občanská gramotnost, finanční gramotnost, čtenářská gramotnost a v neposlední řadě gramotnost zdravotní (Holčík, 2009, s. 13).

Důležitým aspektem v poválečných událostech v přístupu k problematice zdraví lze označit vznik Organizace spojených národů (OSN). Obsahem ustanovující Charty OSN ze dne 26. června 1945, která vešla v platnost dne 24. října 1945, je podpora mezinárodní součinnosti, garance řešení zdravotnických problémů mezi členskými státy či zřízení zdravotnických organizací (United Nations Informační centrum OSN v Praze, 2018). Konference, jež dala za vznik OSN, se mimo jiné dohodla na založení mezinárodní zdravotnické organizace. Dne 7. dubna 1948 byla oficiálně založena Světová zdravotnická organizace (WHO) pod záštitou OSN. WHO působí ve více než 150 zemích a jejím cílem je zajistit lepší a zdravější budoucnost pro celý svět (WHO, 2018a). Tématu zdravotní gramotnosti se WHO věnuje již řadu desetiletí a na tomto poli je jednou z nejdůležitějších organizací.

Jak zdůrazňuje Holčík (2009, s. 13), „*pojmem zdravotní gramotnost se přirozeně začal používat v korelaci významu zdraví pro každého jedince a nutnosti zvýšit podíl občanů na péči o zdraví.*“ Příkladem pro vysvětlení kontextu může být návrh programu tzv. Zdraví pro všechny, který byl přijat na Světovém zdravotnickém shromáždění v roce 1977 a kde byla představena nová vize v přístupu ke zdraví, jež mělo být pojímáno jako schopnost jedince vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Kebza uvádí (2005, s. 22), že realizací této vize a její implementací do zdravotní politiky, přestalo být „zdraví cílem samo o sobě a stalo se prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka.“

Ve stejném desetiletí, tedy v 70. letech 20. století, byl pojem zdravotní gramotnost poprvé použit podle Ratzana (2001, s. 210) Scottem K. Simondsem, emeritním profesorem působícím téměř tři desetiletí na Michiganské univerzitě (University of Michigan, 2011). Došlo k tomu v roce 1974 v článku publikovaném pod názvem *Zdravotní výchova jako sociální politika*. V interpretaci Simondse je zdravotní gramotnost popisována jako minimální standard zdravotní výchovy na všech stupních škol (Ratzan, 2001, s. 210). Simondsova definice již není

schopna pokrýt současné vymezení a šíří pojmu zdravotní gramotnost, jejíž působení se rozšířilo daleko za hranice školních osnov.

Jak akcentuje Baker (2006, s. 878), ačkoliv se zdravotní gramotnosti věnuje řada výzkumů a samotná oblast zdravotní gramotnosti se od 90. let 20. století významně rozšířila a prohloubila ve svých poznacích, samotný termín nemá jednotné vymezení. Vymezení pojmu zdravotní gramotnost může podle Bakera znamenat odlišné pojetí ve vztahu k cílové skupině, pro kterou je termín vztažen. Z nejednotného vymezení pojmu podle Bakera vyplývá zdroj nejasností a nutnost o jeho definování diskutovat.

Holčík (2009, s. 14) uvádí, že v odborné literatuře lze najít mnoho definic zdravotní gramotnosti. Pro účely předkládané práce jsou vybrány definice nejvýznamnější a nejpoužívanější pro vysvětlení pojmu.

Pro objasnění pojmu zdravotní gramotnost se jeví jako zásadní definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1998 (WHO, 1998, s. 10), jež vychází z definice od Nutbeam (1999, s. 357). Uvedená definice vysvětluje *zdravotní gramotnost jako soubor kognitivních a sociálních dovedností, které určují motivaci a schopnost jedince získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využít je takovým způsobem, který podporuje a udržuje dobrý zdravotní stav jedince*. V druhé, nazvané nové, definici je zdravotní gramotnost vysvětlena poměrně obsáhleji jako *dosažení úrovně znalostí, dovedností a důvěry učinit kroky ke zlepšení vlastního a veřejného zdraví změnou životního stylu a životních podmínek*. Zdravotní gramotnost neznámá jen schopnost přečíst zdravotní brožury a letáky, ale je vnímána jako prostředek k tzv. zplnomocnění (empowerment). Zdravotní gramotnost je závislá na úrovni obecné gramotnosti. Nedostatečná úroveň gramotnosti může mít vliv na zdraví lidí tím, že omezuje osobní, sociální a kulturní rozvoj jedinců, a tím brání rozvoji jejich zdravotní gramotnosti (WHO, 1998, s. 10).

Kratší definici zdravotní gramotnosti uveřejnila v roce 1999 Americká lékařská asociace (ALA), z jejíž pojetí zdravotní gramotnosti vyplývá, že *„zdravotní gramotnost je konstelace dovedností zahrnující schopnosti provádět základní čtenářské a numerické úkony nutné pro fungování ve zdravotnickém prostředí.“* (Ad Hoc Committee on Health Literacy for The Council on Scientific Affairs 1999, s. 553) Takto pojatá definice koreluje s definicí obecné gramotnosti a akcentuje zejména dovednosti čtenářské a numerické.

Berkman a jeho kolegové (Berkman, Davis, McCormack, 2010, s. 16) ve svém podání zdravotní gramotnosti navazují na definici autorů Ratzana a Parkera z roku 2000, kterou převzal

Institute of Medicine v roce 2004, a jejich definici mírně upravují na znění: „Úroveň, do níž mohou jednotlivci získat, zpracovat, porozumět a komunikovat o informacích týkajících se zdraví, které jsou nutné k učinění relevantního rozhodnutí jedinců o svém zdraví.“ (tamtéž, s. 16) V upravené definici Berkman a jeho kolegové staví zdravotní gramotnost jako schopnost, kterou si může jedinec osvojit bez ohledu na kapacitní limity, například oproti inteligenci. Dále zdůrazňují komunikační schopnosti jako klíčovou složku zdravotní gramotnosti. Z původní definice Berkman a jeho kolegové odstranili termín *základní* informace k osvojení zdravotně relevantních informací z důvodu eliminace členění zdravotní gramotnosti na nízkou a vysokou (tamtéž, s. 16).

Přehledu definic zdravotní gramotnosti se věnují například autoři Kickbusch (2001, s. 289–297) nebo Sørensen a kol. Druhý zmíněný autorský kolektiv v čele se Sørensenem podal systematický přehled definic v článku *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models* za účelem vytvoření integrované definice zdravotní gramotnosti na základě přezkoumání 17 dosavadních nejvýznamnějších a nejcitovanějších definic, mezi nimiž jsou již zmíněné definice WHO a ALA. Výsledkem zkoumání je definice: „*Zdravotní gramotnost je spojena s obecnou gramotností a zahrnuje znalosti, motivaci a kompetence lidí k získání, porozumění, zhodnocení a uplatnění informací za účelem posouzení a rozhodnutí se v každodenních situacích v otázkách týkajících se zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví, s cílem udržet nebo zlepšit kvalitu života v průběhu životních etap.*“ (Sørensen a kol., 2012, s. 3).

Jak je patrné z výše uvedených definic, zdravotní gramotnost je možno definovat z různých aspektů. Některé definice, např. od WHO akcentují přesah zdravotní gramotnosti do celospolečenských měřítek a zahrnují vliv a přínos zdravotní gramotnosti nejen pro jedince samotného, ale pro celou společnost.

Zajímavé je zahrnutí zdravotní gramotnosti a jejího vlivu na kvalitu života v celoživotním aspektu, které je součástí definice od Sørensen a kol. Tento aspekt ostatní uvedené definice nereflektují. Autorům této definice se podařilo zvýraznit propojení mezi celoživotním učením, kvalitou života a zdravotní gramotností.

U definic WHO, Berkmana a definice od Sørensen a kol. lze nalézt shodu v popisu a pořadí dovedností, jež by měli být zdravotně gramotní jedinci schopni vykazovat.

V současné době nepanuje všeobecná shoda odborné veřejnosti nad definicí zdravotní gramotnosti. Její definování je stále aktualizované a vyvíjí se společně s tím, jak se vyvíjí

a roste zájem odborné i veřejné společnosti o tuto oblast. Klíčové a dominantní jsou ty definice, jež jsou uznávány respektovanými institucemi, jakými jsou např. WHO, UNESCO, ALA či uznávanými odborníky, jejichž definice patří mezi nejcitovanější. Těmi jsou např. Nutbeam nebo Sørensen.

Pro účely práce se jeví příhodné přiklonit se k definici Sørensen a kol. z důvodu užití uvedené definice v klíčových výzkumech zdravotní gramotnosti, které byly uskutečněny v rámci vybraných zemí Evropské unie a v rámci České republiky. Tyto výzkumy budou blíže charakterizovány v následujících kapitolách práce.

1. 2 Pojmy související se zdravotní gramotností

Zdravotní gramotnost je úzce propojena a váže se k dalším pojmům, jejichž vysvětlení je stěžejní pro další účely předkládané práce. Jedná se o definování pojmů *zdraví* a *podpora zdraví*.

1. 2. 1 Zdraví

Pojem zdraví lze zařadit mezi obecně používaný pojem, jehož význam je lidem obecně srozumitelný v každodenních situacích. Nicméně, pojem zdraví lze chápat a definovat v mnoha rovinách či konotacích. Lze hovořit o zdraví fyzickém, duševním, veřejném atd., lze definovat zdraví v relaci k presenci či absenci nemoci.

Zdraví je kladeno na přední příčky hodnotového žebříčku takřka ve všech kulturách a umožňuje lidem naplno žít svůj život bez omezení. Zdraví je však komplexní jev, který je závislý na dalších vlivech, jakými jsou např. životní a společenské prostředí, úroveň vyspělosti civilizace, medicíny, techniky a vědy či na vlivech bezprostředně závislých na samotném jedinci, např. životní styl a životospráva, věk, stres, mezilidské vztahy, pracovní prostředí atd. Komplexnost zdraví a jeho multidimenzionální rozměr tak zapříčiňují, že je komplikované nalézt přesnou a výstižnou definici pojmu zdraví (Kebza, 2005, s. 9–10). Přesto je však nejčastěji uváděnou, citovanou a uznávanou definicí zdraví ta od Světové zdravotnické organizace, která pojem určuje následovně: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jako pouhá nepřítomnost nemoci nebo slabosti.*“ Tato definice byla přijata a podepsána Mezinárodní zdravotnickou konferencí v New Yorku v červenci 1946 a v platnost vstoupila dne 7. dubna 1948. Znění uvedené definice nebylo nikdy od jejího vzniku změněno (WHO, 2018b). V průběhu doby však byly přijaty doplňky, které blíže a přesněji vymezují

pojem zdraví, a to především za tím účelem, aby nemusela být původní – celosvětově rozšířená definice – pozměněna. Za dobu existence této definice bylo předneseno jak množství kritických, tak pozitivních názorů na její znění. Mezi nedostatky Kebza (2005, s. 23) uvádí např. nedostatečné vymezení pojmu *well-being* (v definici uvedený překlad *sociální pohoda*) nebo absenci spirituální a etické roviny zdraví. Uvedené nedostatky však jsou dle Kebzy vyváženy jejími přednostmi, mezi něž uvádí: kladné vymezení zdraví jakožto motivujícího cílového stavu pro většinu populace, začlenění zdraví do konceptu dalších oborů či srozumitelnost definice, jež je přijatelná jak pro odbornou, tak širokou veřejnost (tamtéž, 2005, s. 22).

1. 2. 2 Podpora zdraví

Podpora zdraví (angl. health promotion) představuje koncept, který se začal formovat na počátku 70. letech 20. století v kontextu celosvětové strategie *Zdraví pro všechny do roku 2000*. Tato strategie byla veřejnosti představena na 30. valném shromáždění WHO v roce 1977. Důvodem pro vytvoření tohoto konceptu bylo hledání nového, efektivnějšího účinku zdravotní výchovy; vysoké náklady na dosavadní zdravotní péči, nárůst chronických nemocí; nové poznatky v medicíně či rozvoj občanských iniciativ.

Důležitou událostí pro formování konceptu podpory zdraví bylo uspořádání první mezinárodní konference v roce 1986 v Ottawě, kde byla přijata tzv. *Ottawská charta podpory zdraví* (Kebza, 2005, s. 33). Charta definuje podporu zdraví jako *proces, který lidem umožňuje zvýšit kontrolu nad svým zdravím a zlepšit své zdraví. Podpora zdraví umožňuje dosáhnout stavu úplné fyzické a duševní pohody. Jedinec i společnost musejí být schopni identifikovat a realizovat své touhy, musejí být schopni změnit nebo zvládnout vlivy životního prostředí*. V Chartě je v souvislosti s explikací podpory zdraví vysvětleno pojetí zdraví jakožto zdroje pro dosažení aktivit každodenního života, nikoliv pouze jako objektu či cíle života. Z tohoto pojetí zdraví dále vychází podpora zdraví, která se netýká jen zdravotnického sektoru, ale je součástí zdravého životního stylu (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986, s. 1).

V relaci se zdravotní gramotností představuje podpora zdraví „soubor opatření směřujících k rozvoji zdraví, zatímco zdravotní gramotnost je jeden z výsledků podpory zdraví.“ (Holčík, 2009, s. 49)

1. 3 Modely zdravotní gramotnosti

Modely zdravotní gramotnosti slouží k simplifikaci a explikaci složek a oblastí zdravotní gramotnosti, jednotlivých vazeb a vztahů mezi nimi. Dále se modely využívají při měření zdravotní gramotnosti. Mezi nejčastěji využívané modely zdravotní gramotnosti patří model od Nutbeama z roku 2000 (Holčík, 2009, s. 18). Dále je představen model zdravotní gramotnosti od Sørensen a kol. z roku 2012, který též patří mezi nejčastěji uváděné modely zdravotní gramotnosti a jenž byl převzat jako výchozí model pro výzkum zdravotní gramotnosti realizovaný v osmi evropských zemích.

V modelu uvedeném od Nutbeama (2000, s. 265) je zdravotní gramotnost členěna na tři úrovně: *funkční zdravotní gramotnost, interaktivní a kritickou zdravotní gramotnost.*

Úroveň 1: Funkční zdravotní gramotnost – odráží výsledek tradiční zdravotní výchovy založené na poskytování informací o zdravotních rizicích a fungování zdravotnického systému s cílem zlepšit povědomí lidí o zdravotních rizicích. V obecném měřítku vedou tyto aktivity ke zlepšení života jedinců, přičemž by také měly směřovat k prospěchu celé populace (např. propagací k účasti lidí na očkovacích a preventivních programech). Přístup na této úrovni zpravidla nevyžaduje interaktivní komunikaci ani podporu rozvoje dovedností a soběstačnosti jedinců. Typickým příkladem na podporu této úrovně zdravotní gramotnosti je distribuce informačních zdravotnických letáků a tradiční zdravotní výchova pacientů.

Úroveň 2: Interaktivní zdravotní gramotnost – odráží přístup k zdravotnickému vzdělávání, které se rozvíjí zejména v posledních dvou desetiletích. Dále se jedná o přístup zaměřený na rozvoj osobních dovedností jedince a vytvoření podporujícího prostředí. Cílem této úrovně je zlepšování schopnosti jedinců jednat samostatně na základě přijatých rad a zejména zlepšení jejich motivace a sebevědomí potřebných k žádoucímu projevu chování jedinců. Uvedené aktivity a jednání budou mít pro jednotlivce opět spíše osobní užitek nežli užitek pro širší populaci. Příkladem způsobů na podporu této úrovně zdravotní gramotnosti jsou školní programy zaměřené na vzdělávání o zdraví s cílem získání a rozvoje osobních a sociálních dovedností, korespondujícího způsobu a projevu chování.

Úroveň 3: Kritická zdravotní gramotnost – je zaměřena na rozvoj dovedností orientovaných na podporu účinných sociálních a politických činností s cílem posílení přínosu

zdravotní gramotnosti pro celou populaci a vedlejším posílením účinků pro jednotlivce. Zdravotní výchova se v této úrovni zaměřuje na poskytování informací a rozvíjení komunikace o zdraví. Dále na rozvoj dovedností, umění navrhnout a posoudit proveditelnost politických opatření a organizačního zajištění akcí na podporu sociálních a ekonomických determinant životního prostředí na zdraví. Vzdělávání o zdraví na této úrovni by mělo zlepšovat jak osobní, tak skupinovou schopnost jednat v rámci zmíněných determinant zdraví (Nutbeam, 2000, s. 255).

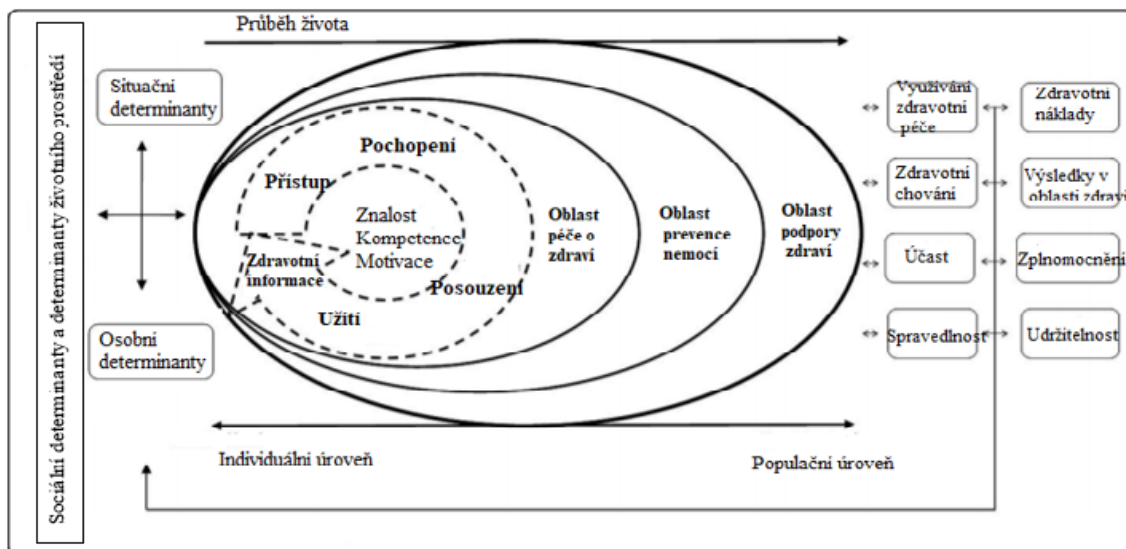
Sørensen a kol. vycházeli při návrhu modelu zdravotní gramotnosti ze současných nejpoužívanějších modelů zdravotní gramotnosti, které podrobili analýze s cílem nalézt průsečíky v dimenzích a oblastech uvedených v modelech. Na jejich základě poté vytvořit model, jenž by nejvíce propojoval modely dosavadní (Sørensen a kol., 2012, s. 8).

Sørensen se svými spolupracovníky předkládá model (obr. č. 1), v jehož středu jsou umístěny kompetence nutné pro přístup, pochopení, hodnocení a využití informací týkajících se zdraví. Sørensen a kol. dále rozvádí jednotlivé kompetence: „Kompetence pro *přístup* odkazuje ke schopnosti vyhledávat, nalézt a získat informace o zdraví; kompetence pro *pochopení* znamená schopnost porozumět dostupným zdravotním informacím; kompetence pro *posouzení* popisuje schopnost interpretovat, třídít, posuzovat a vyhodnocovat přístupné zdravotní informace; čtvrtá kompetence *užití* odkazuje ke schopnosti komunikovat a používat informace za účelem učinění rozhodnutí o udržení a zlepšení zdraví.“ (Sørensen a kol., 2012, s. 9)

Jak je z modelu na obrázku č. 1 patrné, vymezeny jsou faktory působící na zdravotní gramotnost. Mezi faktory mající spíše vzdáleně vliv na zdravotní gramotnost jsou řazeny *situační determinanty*, které zahrnují např. sociální podporu, vliv rodiny a vrstevníků, vliv médií a vnějšího prostředí; dále jsou mezi distální faktory řazeny *sociální determinanty a determinanty životního prostředí*, kterými jsou např. demografické údaje, kultura, jazyk, politická situace a společenský systém. Proximálními faktory jsou podle modelu *osobní determinanty*, kterými jsou např. věk, pohlaví, socioekonomický status jedince, vzdělání, povolání, zaměstnání, příjem, gramotnost; a *situační determinanty* jako sociální podpora, vliv rodiny a vrstevníků, používání médií a vliv vnějšího prostředí. Jak Sørensen zdůrazňuje, zdravotní gramotnost je úzce spjata s dosaženým vzděláním a s úrovní obecné gramotnosti,

kteřá ovlivňuje další kognitivní, behaviorální a společenské dovednosti a schopnosti jedince (Sørensen, 2012, s. 10).

Obr. č. 1: Model zdravotní gramotnosti podle Sørensen a kol.



Zdroj: Sørensen a kol., 2012, s. 9

Výsledný model zdravotní gramotnosti, který Sørensen a kol. uvádějí, je složený ze tří základních oblastí: *zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví* (Sørensen a kol., 2012, s. 9–10). Ke každé ze tří oblastí jsou uvedeny čtyři dimenze k jejich získávání, jak je shrnuto v tabulce č. 1: Výsledný model zdravotní gramotnosti. Dimenze na sebe navazují a k získání a osvojení navazující dimenze je nutné osvojení dimenze předchozí. Dimenze postupují od schopnosti získat informace, přes porozumění informacím a pochopení jejich smyslu, dále přes schopnost interpretovat a vyhodnotit informace až po schopnost učinit rozhodnutí na základě předchozích kroků.

Tabulka č. 1: Výsledný model zdravotní gramotnosti

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

Zdroj: převzato od Kučera, Pelikan a Šteflová, 2016, s. 234

Srovnáme-li uvedené dva modely zdravotní gramotnosti, je zřejmé, že mají shodné charakteristiky. Sørensen a kol. vysvětlují, že kompetence obsažené v jimi navrženém modelu obsahují charakteristiky úrovní (funkční, interaktivní a kritické) podle Nutbeama (Sørensen a kol., 2012, s. 9). Sørensen a kol. zakomponovali do modelu determinanty ovlivňující zdravotní gramotnost, které u Nutbeama nejsou diskutovány.

Modely úzce souvisí s definicí zdravotní gramotnosti, tudíž lze předpokládat, že se budou vyvíjet v kooperaci s vývojem definice a budou popisovány stále nové modely. Jak Holčík věcně uvádí (2009, s. 23), že čas a zejména praxe prokáží, které z nich se stanou všeobecným východiskem pro zkoumání zdravotní gramotnosti.

Ačkoliv konsenzus nad všeobecně přijímaným modelem není zatím v odborných kruzích či mezi odbornými institucemi dosažen, WHO ve své publikaci *The Solid Facts* (WHO, 2013) využívá modelu od Sørensen a kol. Z tohoto důvodu budu dále využívat zejména tohoto modelu, a to především pro účely empirického šetření.

1. 4 Zdravotní gramotnost v dokumentech WHO a národních dokumentech

V následujícím textu jsou uvedeny klíčové dokumenty a strategie, které jsou důležité pro oblast zdravotní gramotnosti. Uvedeny jsou i dokumenty, které pojednávají primárně o jiné oblasti, např. podpoře zdraví, avšak ve vývoji přístupu k zdravotní gramotnosti sehrávají tyto vybrané dokumenty významnou úlohu. Nejprve jsou představeny zahraniční strategické dokumenty, zejména dokumenty WHO, jež mají pro utváření politik a strategií o zdravotní gramotnosti patrně největší význam. Poté jsou představeny dokumenty vztahující se k České republice. Dokumenty jsou seřazeny chronologicky dle data svého vzniku či vydání.

1. 4. 1 Dokumenty WHO vztahující se k zdravotní gramotnosti

Jak již bylo uvedeno v souvislosti s rozvojem a zájmem o zdravotní gramotnost v oddíle 1. 1, počátek zájmu odborných institucí o podporu zdraví se datuje zejména do 70. let. 20. století. Klíčovou událostí bylo vyhlášení celosvětové strategie Světové zdravotnické organizace s názvem *Zdraví pro všechny* (angl. zkr. *HFA – Health for All*), ke kterému došlo na 30. valném shromáždění WHO (Kebza, 2005, s. 33). Na vyhlášení této strategie navázala o rok později v roce 1978 konference WHO uskutečněná v **Alma-Atě**, jejímž předmětem byla primární zdravotní péče. Zúčastněné státy zde řešily potřebu urgentních opatření a kroků učiněných na vládní úrovni zainteresovaných států v kooperaci se všemi zdravotními a rozvojovými pracovníky s cílem chránit a zlepšovat zdraví všech lidí na světě (WHO, 1978).

Dalším navazujícím klíčovým momentem byla **konference v Ottawě** v roce 1986, též pod záštitou WHO. Ottawská konference byla především reakcí na stále se zvětšující ohlas po nové podobě přístupu ke zdraví, po němž volaly hnutí po celém světě. Konference byla zaměřena na potřeby zdravotní politiky v průmyslově vyspělých zemích, avšak diskuze byly vedeny s ohledem a zohledněním podobných potřeb v ostatních regionech světa. Ottawská konference odsouhlasila základní kroky a prostředky na podporu zdraví: *vybudovat veřejná opatření a politiku na podporu zdraví* (politické kroky uskutečněné ve spolupráci s ostatními rezorty), *vytvořit podporující životní prostředí* (zdraví nelze separovat od prostředí, ve kterém lidé žijí), *posílit komunitní aktivity* (podpora zdraví v souladu s aktivitami na komunitní úrovni), *rozvíjet osobní dovednosti lidí* (celoživotní vzdělávání lidí, kteří budou schopni převzít odpovědnost za své zdraví), *reorganizovat systém péče o zdraví* (spolupráce institucí, komunit, jedinců, odborníků a vládních představitelů za účelem implementace a posílení podpory zdraví)

a projednat pohled do budoucnosti – zdraví začleněné do každodenních aktivit lidí (WHO, 1986).

Problematika zdraví se postupně od počátku 90. let 20. století implementovala do národních a regionálních strategií na základě celosvětové činnosti WHO a programu Zdraví pro všechny do roku 2000. V roce 1998 přijala evropská regionální kancelář WHO v Kodani společně s 51 zúčastněnými státy strategii **Zdraví 21 – zdraví pro všechny v 21. století**. Strategie obsahuje jeden ústřední cíl: umožnit všem dosáhnout plného zdravotního potenciálu. Dále strategie uvádí dva hlavní cíle k dosažení uvedeného záměru: rozvoj ochrany zdraví lidí po celý jejich život; snížení rizika hlavních nemocí a úrazů a zmírnění utrpení, která lidem způsobují. Strategie Zdraví 21 vymezuje tři základní hodnoty programu: 1. zdraví jako základní lidské právo; 2. princip spravedlnosti a solidarity mezi zúčastněnými zeměmi a uvnitř nich ve vztahu ke zdraví; 3. účast a odpovědnost jedinců, skupin, institucí a komunit za pokračování v rozvoji zdraví. Cíle obsažené ve strategii mají být dosaženy pomocí čtyř uvedených postupů, které mají zaručit implantaci programu. Jedná se o mezirezortní strategie, přípravu a realizaci konkrétních programů orientovaných na výsledky zdravotních opatření, rozvoje a klinické péče, integrovanou základní zdravotní péči zaměřenou na rodinu a komunitu za podpory flexibilního a odpovědného zdravotnického systému a participační zdravotní rozvoj zahrnující účast všech, kteří mohou ke zdraví přispět a kteří mohou podpořit společné rozhodování, realizaci a odpovědnost v otázce zdravotního rozvoje a podpory zdraví. Strategie Zdraví 21 poskytovala poměrně detailní návod pro implementaci programu v rámci evropského regionu tím, že dále obsahovala 21 široce formulovaných cílů (WHO Regional Office for Europe, 1998, s. 8–9).

Konference Světové zdravotnické organizace konané v prvním desetiletí 21. století začaly více reflektovat téma zdravotní gramotnosti. V roce 2005 byla uspořádána konference WHO v Thajsku. V **Bangkokské chartě**, která byla výsledkem jednání zúčastněných států této konference, je zdravotní gramotnost uvedena mezi požadovanými opatřeními k dosažení podpory zdraví v globalizovaném světě. Ústředním tématem této již šesté konference WHO na podporu zdraví bylo projednání strategií a opatření na podporu zdraví v globalizovaném světě. Přijatá Bangkokská charta vymezuje hlavní výzvy, kroky a závazky potřebné k řešení determinantů zdraví v globalizovaném světě za pomoci a účasti jedinců, skupin a organizací, které aktivně participují v celosvětové snaze o dosažení podpory zdraví (WHO, 2005).

V roce 2012 byl 53 evropskými členskými zeměmi WHO schválen nový politický rámec s názvem **Zdraví 2020**. Cílem tohoto rámce je podporovat akce jak z politického spektra,

tak ze sféry veřejnosti za účelem významně zlepšit zdraví a spokojenost populace, snížit nerovnosti v přístupu ke zdraví, posílit veřejné zdraví a zajistit systémy zdravotní péče, které jsou univerzální, spravedlivé, udržitelné a mají vysoký standard, kvalitu (About Health 2020, 2018).

Zdravotní gramotnost je v rámci programu Zdraví 2020 zmíněna v rámci První prioritní oblasti programu. Zdravotní gramotnost je zde uvedena jako součást programů na podporu zdraví založených na principech angažovanosti jedinců za účelem posílení podpory zdraví. Ve stejné prioritní oblasti je podruhé zmíněna zdravotní gramotnost v souvislosti se školními programy podpory zdraví zaměřených na mladistvé (WHO, 2013a, s. 6–7).

V roce 2013 vydala Světová zdravotnická organizace v rámci své série *The Solid Facts*, kterou vydává WHO za účelem osvěty společensky důležitých témat, publikaci zaměřenou na téma zdravotní gramotnosti s názvem *Health Literacy: The Solid Facts*. Dokument se opírá zejména o poznatky z *European Health Literacy Survey* – šetření zdravotní gramotnosti, jež proběhlo v evropských zemích. Dále dokument obsahuje praktické a užitečné informace, jejichž účelem je posílení povědomí a informací o zdravotní gramotnosti jak pro širokou veřejnost, tak zástupce zainteresovaných státních institucí atd. Zpráva předkládá možnosti rozvoje zdravotní gramotnosti z hlediska vzdělávání, pracovního prostředí, prostředí trhu práce, zdravotního systému, médií a politického prostředí. Cílem dokumentu je informovat o vývoji politik a politických opatření v oblasti zdravotní gramotnosti a dále předložit možnosti a nástroje pro praktické využití k šíření povědomí o zdravotní gramotnosti, iniciovat debaty a výzkum o zdravotní gramotnosti (WHO, 2013b).

Téma podpory zdraví je v rámci celosvětové nadnárodní organizace WHO diskutováno a prolínáno do zdravotních politik již od 70. let. Zájem o podporu zdraví ze strany WHO probíhá v korelaci s potřebou reagovat na aktuální a budoucí celospolečenské potřeby a zájmy, mezi nimiž jsou zdraví a jeho podpora klíčovými tématy. Zdravotní politika přijatá na úrovni WHO představuje výchozí strategii pro směřování zdravotních politik členských států WHO, přičemž při implementaci strategie jsou respektovány specifické podmínky státu. Lze sledovat postupný vývoj v tématech zdravotních dokumentů – od obecněji formulovaných oblastí zájmu podpory zdraví, až po specifitější oblasti zájmu, mezi které lze zařadit i oblast zdravotní gramotnosti. Nadnárodní dokumenty o podpoře zdraví akcentují význam celoživotního učení v souvislosti s nutností rozvoje dovedností lidí, komunit a organizací aktivně se podílet na svém zdraví. Významnými nadnárodními dokumenty jsou především programy WHO *Zdraví pro všechny*

do roku 2000, *Zdraví 21 a Zdraví 2020*. V posledním uvedeném programu je téma zdravotní gramotnosti jedním z klíčových témat. Za pozornost dále stojí dokument WHO z roku 2013 z řady *The Solid Facts* zaměřený výhradně na zdravotní gramotnost. Lze předpokládat, že tématu zdravotní gramotnosti bude v blízké budoucí době věnována stále větší pozornost na celosvětové úrovni.

1. 4. 2 Klíčové dokumenty o zdravotní gramotnosti pro Českou republiku

Česká republika se v 80. letech 20. století zavázala k implementaci programu *Zdraví pro všechny do roku 2000*, což vyplývalo z členství tehdejší Československé socialistické republiky ve WHO. Česká strategie tohoto programu však nebyla nikdy vypracována. Od změny režimu v roce 1989 a průběhu 90. let 20. století nastalo období turbulentních změn v oblasti zdravotní politiky a podpory zdraví. V roce 1991 byl vládou schválen *Národní program obnovy a podpory zdraví*, který vychází zejména z programu HFA – zaměření programu na celkové zvýšení zdraví obyvatel a redukci nerovností zdravotního stavu u populačních skupin. Zásadní však byla absence realizačních opatření převzatých z programu HFA, která by reflektovala národní specifickou situaci a stanovovala by konkrétní a měřitelné cíle. V roce 2000 byl vládou přijat Zákon č. 258/2000 Sb., *o ochraně veřejného zdraví*, ve kterém je definována ochrana a podpora zdraví. V roce 2002 vláda ČR odsouhlasila přijetí dlouhodobé strategie ***Zdraví 21 – zdraví pro všechny v 21. století***, jež vycházela z nadnárodního strategického programu WHO Zdraví 21. V dokumentu, který byl vypracován MZ ČR, jsou stanoveny hlavní cíle národní strategie rozvoje zdraví a cílové parametry, kterých má být dosaženo, společně s postupy k jejich dosažení (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 16–19). Program Zdraví 21, který převzal 21 formulovaných cílů, obsahuje rozsáhlý soubor aktivit s cílem postupného a stálého zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Na realizaci programu se podílí všechny složky společnosti. Program měl po desetileté éře nedokončených intervencí a snah přinést stabilitu a koncepci do oblasti podpory zdraví (MZ ČR, 2002, s. 3). Aplikaci programu Zdraví 21 předcházela analýza situace, z níž se mohlo poté vycházet při specifickém formulování cílů programu. Program měl vliv na mezirezortní spolupráci, která byla vyžadována pro komplexní podporu zdraví (Kříž, 2008, s. 21).

Význačným krokem, který představuje další posun ve vývoji zdravotní politiky a podpory zdraví, je přijetí dlouhodobé strategie ***Zdraví 2020***, která byla Vládou ČR schválena v roce 2015. Strategie vychází z nadnárodní zdravotní politiky WHO. Přijatá strategie zahrnuje

13 klíčových oblastí zdravotní politiky, jež mají být uskutečněny prostřednictvím uvedených postupů k realizaci programu (MZ ČR, 2014a). Ve verzi dokumentu *Zdraví 2020 Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století* je zdravotní gramotnost uváděna v řadě souvislostí a kontextů. Kupříkladu je uváděna jako jeden z rozhodujících faktorů ve společnosti pro získání dovedností podporujících zdravé chování lidí, které se formuje již v dětství (MZ ČR, 2014b, s. 48). Zdravotní gramotnost je dále uvedena (s. 54) v souvislosti se zdravou výživou a programy, které jsou realizovány na její podporu (s. 48). Zdravotní gramotnost je ilustrována jako investice do zdraví, a to celoživotní, což klade nároky na občany, aby měli schopnosti a dovednosti aktivně se zapojit a participovat v programech na její podporu (s. 70). Akcentováno je tak hledisko občanské společnosti, v níž lze vyvíjet snahy na rozvoj zdravotní gramotnosti (s. 86). Zdravotní gramotnost, zejména její přínos a nutnost rozvoje, je dále zmiňována u specifických cílových skupin – např. u seniorů, dětí a mládeže či pacientů. V rámci uvedeného strategického dokumentu je uvedena definice zdravotní gramotnosti (s. 178). Jedná se o definici zdravotní gramotnosti WHO z roku 1998, která je také uvedena v kapitole 1. 1 této bakalářské práce.

Z celkového počtu třinácti akčních kroků Zdraví 2020 je v pořadí dvanáctý specifický plán s názvem *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020*. Cílem akčního plánu je „...zlepšit zdravotní gramotnost v České republice vcelku i ve vymezených cílových skupinách, doložit její zvýšení v měřitelných jednotkách a přípravou Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti položit základy pro její další soustavný růst.“ (MZ ČR, 2015, s. 7) Akční plán systematicky popisuje v úvodu důvody pro realizaci či vůbec zájem o podporu zdravotní gramotnosti v ČR, navazující na cíle nadnárodní, národní, nadrezortní a rezortní. Stěžejní částí akčního plánu je navržení rozvojových aktivit na podporu zdravotní gramotnosti, a to s ohledem na cílové skupiny a jejich specifika. Součástí akčního plánu je identifikace a přednesení předpokládaných benefitů a rizik akčního plánu, uvedení časového rámce plánu. Prezentovány jsou v navazujících oddílech náklady spojené s uvedením jednotlivých opatření akčního plánu do praxe či vyhodnocení rizik, která se pojí se zavedením akčního plánu.

Dokumenty v České republice zaměřené na podporu zdraví či zdravotní gramotnost jsou významně ovlivněny a napojeny na dokumenty a strategie WHO, jíž je Česká republika členem. Snaha o implementaci programů WHO byla již v 80. letech, k realizaci však nedošlo. Nutné je zohlednit společenský vývoj v České republice, který je spjatý se změnou politického režimu v roce 1989, po němž následovalo desetileté období turbulentních celospolečenských změn.

Ačkoliv v 90. letech byly snahy o změny ve zdravotní politice, jednalo se o nedotažené pokusy a řada programů na podporu zdraví nebyla dokončena do fáze realizace. Klíčovým dokumentem se jeví strategický dokument *Zdraví 21 – zdraví pro všechny v 21. století* přijatý na začátku 21. století a vycházející z programu od WHO. Lze konstatovat, že tento dokument poskytl základ pro přijetí programu *Zdraví 2020*, též od WHO. Ačkoliv je téma zdravotní gramotnosti diskutováno na úrovni WHO již dlouhodobě, v České republice se z hlediska zdravotních politik jedná o téma poměrně nové, kterému nebyla do té doby věnována pozornost. Zdravotní gramotnost je pozorněji zohledněna v rámci programu *Zdraví 2020*, konkrétně v rámci akčního programu č. 12. Tento akční plán představuje prozatím nejdetailnější popis zdravotní gramotnosti v České republice, včetně popisu současného stavu a předkládá řadu plánů na rozvoj zdravotní gramotnosti v časovém období 2015–2020. Lze též předpokládat, že zdravotní gramotnost bude v blízké době reflektována podrobněji v národních dokumentech či strategiích, které jsou nutné pro stabilní a dlouhodobý rozvoj zdravotní gramotnosti.

2 Úroveň zdravotní gramotnosti dospělých

2.1 Způsoby měření úrovně zdravotní gramotnosti

V uplynulých dvou dekadách byla vymyšlena a využita řada nástrojů k měření zdravotní gramotnosti. Diverzita těchto nástrojů je poměrně velká, což způsobuje znepřehlednění možností měření zdravotní gramotnosti, jakož i komplikace v interpretaci naměřených dat či při rozhodování o volbě vhodného nástroje pro nové výzkumy. Lze se setkat s nástroji pro měření zdravotní gramotnosti, jež jsou zaměřeny na nespécifikovanou oblast zdravotní gramotnosti, tedy měří zdravotní gramotnost obecně. Dále existují nástroje, které měří specifickou oblast zdravotní gramotnosti nebo určitou nemoc, chorobu, např. diabetes, HIV či oblast výživy. Lze rovněž pracovat s nástroji měřícími zdravotní gramotnost u specifických populačních nebo jazykových skupin, např. pro hebrejskou jazykovou skupinu dospělých nebo čínskou populaci dospělých na Tchaj-wanu (Haun a kol., 2014, s. 303, 305).

Ačkoliv nástrojům pro měření zdravotní gramotnosti je věnována pozornost zejména od 90. let 20. století, jeden z prvních nástrojů pochází z počátku 60. let 20. století. Jedná se o padesátipoložkový test zjišťující porozumění běžným medicínským termínům u dospělé populace, který byl aplikovaný v prostředí Spojených států amerických (USA). Výsledná zdravotní gramotnost byla hodnocena na škále od jedné do čtyř – od neporozumění až po úplné pochopení zdravotnických termínů. V roce 1991 byl představen Davisem a jeho spolupracovníky nástroj *REALM* (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*), který spočívá v identifikování a správné výslovnosti 66 medicínských výrazů. Tento rychlý, dvou až třímínutový nástroj byl aplikován na americkou dospělou populaci. Vyhodnocení úrovně zdravotní gramotnosti bylo posuzováno pomocí součtového skóre na čtyřstupňové škále (Haun a kol., 2014, s. 306). V roce 1995 byl využit další nástroj pro měření funkční zdravotní gramotnosti s názvem *TOFHLA* (*Test of Functional Health Literacy in Adults*). Skládá se z 50 položek zaměřených na porozumění psanému textu se zdravotním obsahem a ze 17 položek numerického dovednostního testu (Parker, Baker, Williams, Nurss, 1995, s. 537). Příkladem otázek, které jsou součástí numerického testu, jsou pro ilustraci dotazy takové, ve kterých je uvedeno konstatování: Vezměte si jeden prášek po šesti hodinách. Respondent má odpovědět na otázku, kdy si vezme další prášek, pokud si jej vzal v 7:00. Další numericky zaměřené otázky zkoumají, zda je respondent schopen dle kartičky s informacemi o sjednané návštěvě u lékaře vyčíst, kdy se má k lékaři dostavit (Baker, Williams a kol., 1999, s. 40). Nejedná se v zásadě

o zjišťování matematických schopností respondentů, jakožto spíše zkoumání jejich dovedností orientovat se a rozumět zdravotně zaměřenému obsahu, ve kterém se vyskytují číselné údaje.

Nástroj TOFHLA je cílen pro dospělé pacienty a délka jeho administrace se pohybuje v rozmezí 22 minut (Parker, Baker, Williams, Nurss, 1995, s. 537). Tento nástroj byl upraven i do zkrácené podoby a dalších jazykových modifikací. Výsledky dotazníku byly přepočteny na součtové skóre kategorizovaného na úroveň nedostatečnou, marginální a adekvátní (Haun a kol., 2014, s. 306). V roce 2003 bylo v USA v rámci národního šetření gramotnosti dospělých jedinců nad 16 let poprvé začleněno i měření zdravotní gramotnosti, konkrétněji dovednosti číst a rozumět zdravotnickým informacím, se kterými se mohou respondenti setkávat v každodenních situacích. Výsledky měření byly reportovány na čtyřech úrovních: nižší základní úroveň, základní úroveň, středně pokročilá úroveň a kompetentní úroveň (National Center For Education Statistics, 2018).

Dalším nástrojem pro měření zdravotní gramotnosti je *Newest Vital Sign* (zkr. NVS), který v roce 2005 představil Barry Weiss se svými kolegy z Univerzity v Arizoně v USA. NVS spočívá na jednoduchém principu. Měřena je schopnost respondentů rozumět informacím o nutričních údajích uvedených na obalech potravin, přesněji na obalu od zmrzliny. Nástroj je sestaven z šesti položek a je vyhodnocován na škále: 0–1 vysoká pravděpodobnost omezené zdravotní gramotnosti, 2–3 možnost omezené zdravotní gramotnosti, 4–6 dostatečná zdravotní gramotnost (Haun a kol., 2014, s. 308). Ve Spojených státech amerických byl tento nástroj testován v různém prostředí a mezi různými skupinami populace, včetně řady etnických skupin. Nástroj byl aplikován na dospělé populaci napříč věkovým kontinuem a u dospělé populace vykazující různý zdravotní stav, např. diabetes, silné bolesti, onemocnění ledvin. Předností NVS je především čas k administraci, který se pohybuje v řádu 3–5 minut. Tato přednost má za následek poměrně široké uplatnění tohoto nástroje v různých zdravotnických či medicínských zařízeních (Shealy a Threatt, 2016, s. 679).

V roce 2013 byl představen nástroj pro měření zdravotní gramotnosti, tentokrát primárně sestavený pro evropské prostředí, na rozdíl od předchozích nástrojů, které primárně pocházely z USA. Nástroj s názvem *European Health Literacy Questionnaire (HLS-EU-Q)* obsahuje v plné verzi 47 otázek, ve zkrácené verzi 16 položek otázek (HLS-EU-Q16). Vytvořena byla i rozšířená verze originální podoby testu s názvem HLS-EU-Q86, jež obsahuje i test NVS za účelem měření funkční zdravotní gramotnosti. HLS-EU-Q je dílem kolektivu autorů v čele s Kristinou Sørensen, kteří jsou autory modelu zdravotní gramotnosti, o kterém

blíže pojednává kapitola 1. 3 předkládané práce. Nástroj koresponduje s uvedeným modelem a otázky v dotazníku jsou rozčleněny na oblast zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Dotazník je vyhodnocován pomocí padesátibodové škály. Bodové rozpětí 0–25 bodů je hodnoceno jako nedostačující úroveň zdravotní gramotnosti; rozpětí 26–33 vypovídá o problematice zdravotní gramotnosti; 33–42 bodů je hodnoceno jako dostatečná zdravotní gramotnost a 42–50 bodů je považováno za excelentní zdravotní gramotnost (HLS-EU Consortium, 2011).

Nástroje pro měření zdravotní gramotnosti jsou v úzké souvislosti s pojetím či vymezením zdravotní gramotnosti, což ovlivňuje ve výsledku podobu těchto nástrojů. Lze se v praxi setkat s desítkami různých nástrojů – od jednodušeji formulovaných nástrojů pro základní diagnostikování nemocí po složitěji konstruované nástroje zdravotní gramotnosti. Nelze opomenout kontext, že definice a modely zdravotní gramotnosti nemají jednotné vymezení, což se logicky odráží i do nástrojů pro její měření.

Haun a jeho kolegové ve svém článku (Haun a kol., 2014, s. 326) poukazují na fakt, že pro budoucí vývoj, validitu a interpretaci měřících nástrojů je nutný předpoklad konsenzu ohledně zkoumaných dimenzí zdravotní gramotnosti.

Za významné lze uvést, že původ řady nástrojů pro měření zdravotní gramotnosti pochází z prostředí USA. Důvodem může být řešení stavu zdravotního systému, se kterým se USA dlouhodobě potýká, či zaměření amerického prostředí na výzkumy, jež mají v americkém prostředí již dlouhou tradici. Pozornost je zdravotní gramotnosti stále více věnována i na úrovni větších státních celků – jak například dokazuje nástroj pro měření zdravotní gramotnosti mezi evropskými zeměmi.

2. 2 Vybrané zahraniční a mezinárodní výzkumy zdravotní gramotnosti dospělých

V následující subkapitole práce jsou uvedeny vybrané zahraniční a mezinárodní výzkumy zdravotní gramotnosti dospělých. Uvedené výzkumy ilustrují šíři záběru zkoumání zdravotní gramotnosti. U každého níže popsaného výzkumu je uvedeno, kdo výzkum realizoval, v jakém roce, jaký byl jeho cíl a jaké jsou hlavní výsledky.

National Assessment of Adult Literacy (NAAL): The Health Literacy of America's Adults

Šetření zdravotní gramotnosti u dospělých jedinců v USA bylo vůbec poprvé začleněno do celostátního výzkumu gramotnosti dospělých v roce 2003. Výzkum byl realizován Národním centrem pro statistiku ve vzdělávání (National Center for Education Statistics). Cílem výzkumu bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u dospělých jedinců nad 16 let žijících v USA. Většina dospělých respondentů – 53 % vykazovala středně pokročilou úroveň, 22 % dospělých disponovala základní zdravotní gramotností a 14 % mělo nižší základní úroveň. Vztahy mezi zdravotní gramotností a sociodemografickými proměnnými jako vzdělání, věk, rasa, zdravotní pojištění, byly v šetření také zkoumány. Například dospělí jedinci s nižší základní úrovní zdravotní gramotnosti nebo se základní zdravotní gramotností se ve výsledcích projeví jako méně schopní získat zdravotnické informace z tištěných nebo psaných zdrojů (noviny, časopisy, knihy, zdravotnické brožury nebo internet) než dospělí s vyšší úrovní zdravotní gramotnosti (National Center for Education Statistics, 2006).

The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel

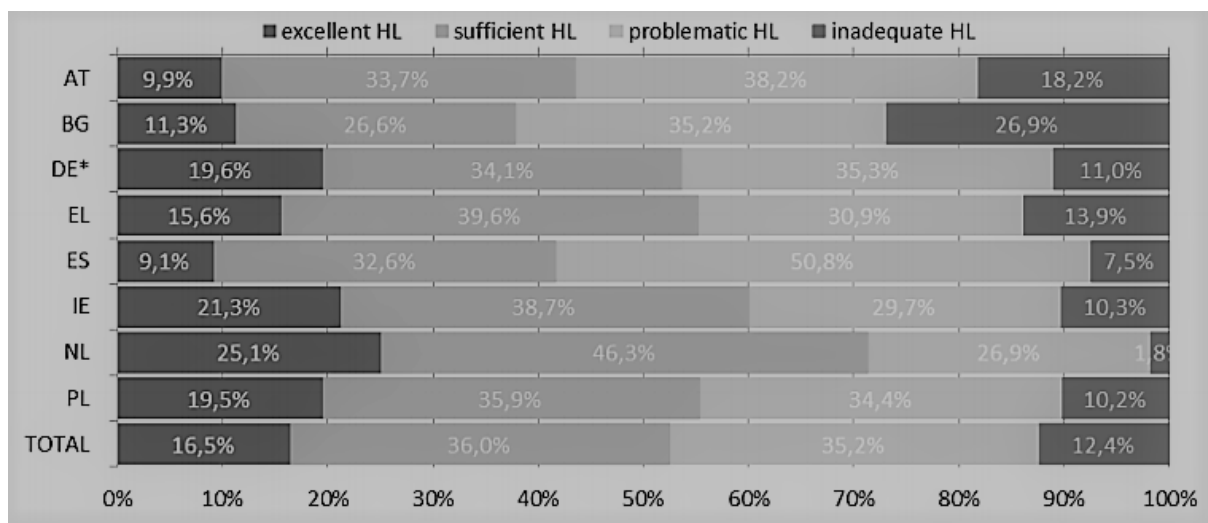
V roce 2016 byly uveřejněny výsledky výzkumu zdravotní gramotnosti, který byl realizován v Izraeli. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký je vztah mezi zdravotní gramotností, chováním souvisejícím se zdravím, sociodemografickými indikátory a subjektivně hodnoceným zdravím mezi dospělou populací v Izraeli, kde výzkumníci předpokládali riziko nízké zdravotní gramotnosti mezi zkoumanou populací. Průřezová studie byla aplikována na šesti stech respondentech, náhodně vybraných z národní databáze. Výběr zachovával shodný sociodemografický profil populace Izraele. Z celkového počtu 600 dotazovaných bylo 242 dospělých účastníků arabské národnosti, 358 účastníků šetření bylo vybráno z židovské populace Izraele (zahrnujících 55 imigrantů z bývalého Sovětského svazu). Pro účely izraelského šetření byl zvolen výzkumný nástroj HLS-EU-Q16. Mezi významná zjištění výzkumného šetření lze označit: více než 31 % dotazovaných vykazovalo nedostačující nebo problematickou zdravotní gramotnost, u 69 % respondentů byla zdravotní gramotnost pravděpodobně dostačující. Mezi determinanty, které ovlivňují zdravotní gramotnost, významně dominovaly vzdělání a příjem respondentů (Levin-Zamir, Baron-Epel, Cohen a Elhayany, 2016, s. 61). Na rozdíl od výsledků šetření v evropských zemích, zdravotní gramotnost v Izraeli se neprojevila jako významně závislá na věku. Autoři studie toto zjištění

vysvětlují univerzálním nastavením izraelského zdravotního systému a vysoce integrovanou primární zdravotní péčí poskytovanou pro celou izraelskou populaci. Neprokázaná závislost zdravotní gramotnosti a věku může být dle autorů u starších osob eliminována jejich začleněním do společnosti s minimálním projevem stigmat vůči starším osobám či vlivem probíhajících veřejných diskuzí o zdraví (Levin-Zamir, Baron-Epel, Cohen a Elhayany, 2016, s. 66–67). Šetření a jeho výsledky mají potenciál přispět k hlubšímu pochopení role a úlohy zdravotní gramotnosti a pomoci identifikovat oblasti, v nichž je potřebné iniciovat podporu zdraví v Izraeli (Levin-Zamir, Baron-Epel, Cohen a Elhayany, 2016, s. 61).

Comparative Report On Health Literacy In Eight EU Member States

Šetření zdravotní gramotnosti v osmi evropských zemích bylo realizováno během léta 2011. Na šetření participovaly státy: Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Irsko, Nizozemí, Polsko a Španělsko. Jednalo se o první šetření svého druhu, jelikož bylo zkoumáno pomocí stejného nástroje více zemí v evropském regionu, a následně došlo k vzájemnému srovnání. Do výzkumu byli zahrnuti občané výše uvedených evropských zemí, kterým bylo 15 a více let. Průměrně bylo v každé zemi do šetření zapojeno okolo 1000 dotazovaných, celkově 8000 účastníků šetření. Kromě Irska a Bulharska, kde byla využita tištěná podoba dotazníku, se výzkum prováděl prostřednictvím elektronických dotazníků. Šetření kromě nástroje HLS-EU-Q47 obsahovalo i nástroj NVS pro měření funkční zdravotní gramotnosti (HLS-EU Consortium, 2012, s. 1). Použita také byla o 39 dalších otázek rozšířená verze HLS-EU-Q47 s názvem HLS-EU-Q86. Cílem šetření bylo zjistit nové informace o stavu zdravotní gramotnosti v Evropě, které byly do té doby omezené, a tudíž nedostačující pro tvorbu zdravotních politik a opatření. Výsledky zdravotní gramotnosti byly z nástroje HLS-EU-Q rozčleněny do čtyř úrovní: nedostatečná, problematická, dostatečná a excelentní. Z celkových výsledků nejméně 1 z 10 respondentů (12 %) vykazoval nedostatečnou zdravotní gramotnost a téměř každý druhý respondent (47 %) prokázal omezenou (tedy nedostatečnou či problematickou) zdravotní gramotnost. Výsledky v jednotlivých úrovních zdravotní gramotnosti se značně liší pro jednotlivé země (Sørensen, Pelikan, Röthlin a kol., 2015, s. 1053). Nizozemsko dosáhlo nejmenší úrovně nedostačující zdravotní gramotnosti, naopak největší podíl nedostačující zdravotní gramotnosti byl zaznamenáno v Bulharsku, jak je patrné z obrázku č. 2.

Obrázek č. 2: Úroveň zdravotní gramotnosti v osmi evropských zemích



Zdroj: HLS-EU Consortium, 2012, s. 3

Z výsledků šetření se dále prokázala souvislost mezi omezenou zdravotní gramotností a finanční deprivací, nízkým sociálním statusem, nízkým vzděláním nebo vysokým věkem. Naopak u pohlaví se neprokázala statisticky významná závislost, která by ovlivňovala úroveň zdravotní gramotnosti. Z výzkumného šetření se tak potvrdila přítomnost sociálního gradientu, jehož vliv se musí vzít v úvahu při tvorbě zdravotních strategií a politik při snaze o dosažení rovnocenného přístupu ke zdraví v Evropě (Sørensen, Pelikan, Röthlin a kol., 2015, s. 1056–1057).

Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey

Výzkum byl zahájen v roce 2013 v anglickém městě Stoke-on-Trent, kde žije 31,2 % populace obyvatel města v částech, které jsou zařazeny mezi 10 % nejvíce znevýhodněných oblastí v Anglii. Cílem výzkumu bylo zjistit vztah mezi nízkou zdravotní gramotností a faktory jako životní styl, využívání internetu, subjektivně vnímaným zdravím a demografickými proměnnými. Výzkum byl veden za účelem získání informací využitých pro budoucí návrhy intervencí a opatření na zlepšení veřejného zdraví ve městě. Šetření se účastnilo celkem 927 respondentů. Nástrojem pro zkoumání zdravotní gramotnosti byl v tomto případě NVS rozšířený o sociodemografické otázky. Výsledky výzkumu ukázaly, že 277 respondentů (28,5 %) má nízké skóre zdravotní gramotnosti, 228 dotazovaných (23,5 %) skóre marginální a 467 dospělých (48 %) dosáhlo adekvátního skóre. Sociodemografické faktory, jež byly spojené

s omezenou zdravotní gramotností, zahrnovaly především vyšší věk respondentů, nižší úroveň vzdělání, nižší příjmy, negativně vnímané subjektivní zdraví a nedostatečný přístup k internetu. Výzkum poukázal na složitost faktorů působících na úroveň zdravotní gramotnosti. Výsledky výzkumného šetření byly využity pro tvorbu politik v oblasti zdravotní a sociální péče (Protheroe a kol. 2017, s. 112).

Z uvedených výzkumů zdravotní gramotnosti dospělých lze vyvodit, že jsou realizovány zejména za účelem zjištění informací o aktuálním stavu, jelikož se ve velké míře jedná o prvotní výzkumy zdravotní gramotnosti. Výsledky výzkumných šetření jsou dále využívány zejména pro tvorbu zdravotních politik a opatření. Ve výzkumech zdravotní gramotnosti je časté, že jsou zkoumány sociodemografické faktory a zjišťována je také přítomnost sociálního gradientu. Zdravotní gramotnost dospělých je zkoumána jak na regionální úrovni (výzkum ve Velké Británii), tak na úrovni celostátních výzkumů (USA, Izrael) a v poslední době již na úrovni mezistátních výzkumů (šetření v osmi evropských zemích). Lze předpokládat, že v následujících letech bude i nadále výzkumů zdravotní gramotnosti dospělých přibývat, a to například i výzkumů mezikontinentálních či v měřítku celosvětovém.

2. 3 Výzkum zdravotní gramotnosti dospělých v České republice

V České republice byl do současné chvíle realizován pouze jeden celostátní reprezentativní výzkum zdravotní gramotnosti dospělých s názvem Zdravotní gramotnost obyvatel ČR (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016), který je blíže uveden v této části podkapitoly.

Řada výzkumů o zdravotní gramotnosti byla realizována v rámci bakalářských či diplomových závěrečných prací. Značná část těchto prací spjatých se zdravotní gramotností vznikla a byla obhájena na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy (PedF UK). Pro ilustraci lze uvést například diplomovou práci na téma Zdravotní gramotnost matek s předčasně narozeným dítětem (Vencová, 2015, s. 8) či diplomovou práci s názvem Rozvoj zdravotní gramotnosti prostřednictvím mateřských center (Hromková, 2016, s. 7). Další závěrečné práce vzniklé na půdě PedF UK, které jsou zaměřeny na zdravotní gramotnost a zároveň spjaté s cílovou skupinou učitelů, jsou blíže uvedeny v kapitole 3. Diplomová práce, která reflektuje oblast zdravotní gramotnosti, vznikla také na půdě Univerzity Palackého v Olomouci na Fakultě zdravotnického managementu. Autorka v ní zkoumala zdravotní gramotnost u manažerů, přesněji zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických manažerů

v regionu Kyjov (Neničková, 2013, s. 7). Další závěrečnou prací z Univerzity Palackého je bakalářská práce na téma Zdravotní gramotnost u dospělé populace (Volcová, 2017, s. 7).

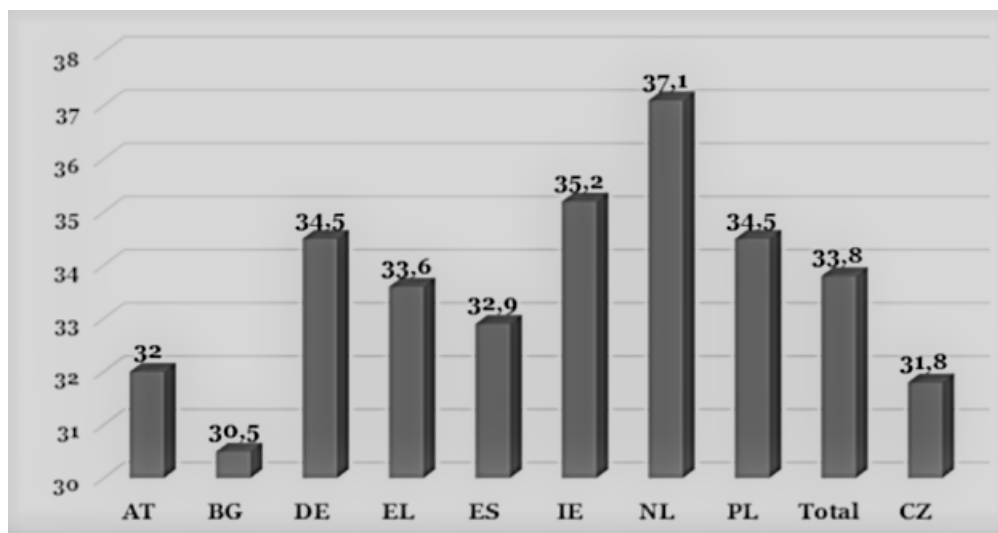
V prostředí ČR bylo dále realizováno šetření Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích zaměřující se na výzkum zdravotní gramotnosti u seniorů a jejího vlivu na zdraví a čerpání zdravotních služeb (Hajduchová a kol., 2017). Celkem se výzkumu zúčastnilo 326 respondentů ve věku 65+ a využit byl dotazník HLS-EU-Q16 doplněný o vlastní sociodemografické otázky. Výzkum přinesl zjištění, že existuje statisticky významná závislost mezi zdravotní gramotností a zdravotním stavem u respondentů – čím horší zdravotní stav seniorů, tím nižší úroveň zdravotní gramotnosti a naopak. Dále byla zjištěna souvislost mezi zdravotní gramotností a počtem hospitalizací v posledních 12 měsících – čím nižší zdravotní gramotnost, tím častější hospitalizace seniorů. Autorky výzkumu vyvodily z šetření závěr, že zvýšení zdravotní gramotnosti u seniorů může být jednou z cest ke zdravému stárnutí a může pomoci zlepšit kontrolu seniorů nad vlastním zdravím (Hajduchová a kol., 2017, s. 223).

Poměrně nedávno byly uveřejněny výsledky výzkumu zdravotní gramotnosti zaměřené na skupinu vysokoškoláků (Jarolímek, Lustigová, 2018). Tříletá studie probíhala mezi lety 2014–2016 a zaměřovala se na zdravotní gramotnost a zdravotní stav účastníků akce Dny zdraví realizovaný Hygienickou stanicí hlavního města Prahy ve spolupráci s Centrem výzkumu zdraví, kvality života a životního stylu v geo-demografických a společensko-ekonomických souvislostech Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy (GEOQOL). Celkem se dotazování účastnilo 286 respondentů ve věku 18–30 let, přičemž se jednalo o studenty Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy. Zdravotní gramotnost byla v rámci šetření zkoumána na znalostech respondentů o preventivních prohlídkách u praktického lékaře, gynekologa a zubního lékaře. Výsledky šetření pro oblast zdravotní gramotnost a absolvování preventivních prohlídek jsou poměrně alarmující. Nejmenší povědomí měli respondenti o preventivních prohlídkách u praktického lékaře a gynekologa, lépe se orientovali o preventivních prohlídkách u stomatologa. Varovné je, že jen necelá třetina respondentů absolvuje preventivní prohlídky. Dále respondenti vykazovali malý zájem o zdraví a nízkou osobní odpovědnost za své zdraví (Jarolímek, Lustigová, 2018, s. 13, 15, 17).

Výzkum s názvem **Zdravotní gramotnost obyvatel ČR** navázal na šetření zdravotní gramotnosti v osmi evropských zemích, o kterém pojednává předchozí subkapitola práce. Empirické šetření v ČR bylo provedeno v rámci přípravy k implementaci programu Zdraví 2020. Cílem šetření bylo zjistit výchozí úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel ČR, jež poslouží

pro sledování změn prostřednictvím implementace akčního plánu na zvýšení zdravotní gramotnosti v ČR. Realizaci šetření převzal Státní zdravotní ústav (SZÚ) za finančního přispění MZ ČR a České kanceláře WHO. Celkem se šetření zdravotní gramotnosti obyvatel ČR zúčastnilo 1037 respondentů ze všech krajů ČR, kteří museli splňovat věkovou hranici 16 let (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 233). Dotazník pro účely reprezentativního šetření byl převzat ve shodné podobě z šetření ve vybraných evropských státech a zjišťoval zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí, podpory zdraví a zdravotní gramotnosti celkové (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 234). Mezi nejdůležitější zjištění lze označit fakt, že téměř 60 % české dospělé populace má neadekvátní nebo problematickou celkovou zdravotní gramotnost. Jedná se o výsledek, který je poměrně vysoký oproti průměru (47,6 %) v osmi evropských zemích. Porovnáme-li výsledky České republiky s osmi evropskými zeměmi, umístila se ČR na předposledním místě v celkové zdravotní gramotnosti, následovaná na posledním místě Bulharskem. Na obrázku č. 3 je graf srovnávající výsledky celkové zdravotní gramotnosti České republiky s průměrem v osmi evropských zemích. Česká republika za evropským průměrem zaostává ve všech oblastech.

Obrázek č. 3: Celková zdravotní gramotnost ČR v porovnání s osmi evropskými zeměmi

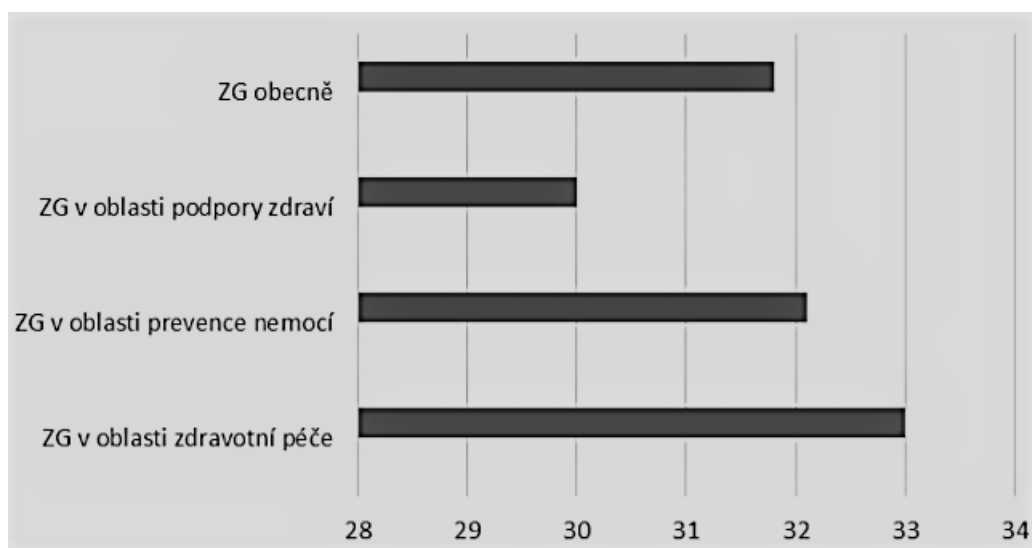


Zdroj: Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 235

Jak uvádí zpráva o výsledcích výzkumu a jak je patrné z grafu na obrázku č. 4, oblast zdravotní péče vykazuje lepší skóre oproti zbývajícím oblastem. Další závěr z výzkumu poukazuje na skutečnost, že 54,1 % dotazovaných obyvatel má omezenou zdravotní gramotnost v oblasti

prevence nemocí, neboli ve schopnosti získat, porozumět, vyhodnotit a využít adekvátní informace o tom, jak předcházet konkrétním onemocněním. Oproti předchozím dvěma oblastem zdravotní gramotnosti však poslední zkoumaná oblast, tedy oblast podpory zdraví, vykazuje vůbec nejhorší výsledky. Omezenou zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví, jakožto schopnosti získat, porozumět, vyhodnotit a využít adekvátní informace o udržování a posilování vlastního zdraví a zdravotního potenciálu, vykazovalo 64,3 % populace.

Obrázek č. 4: Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejích jednotlivých složek



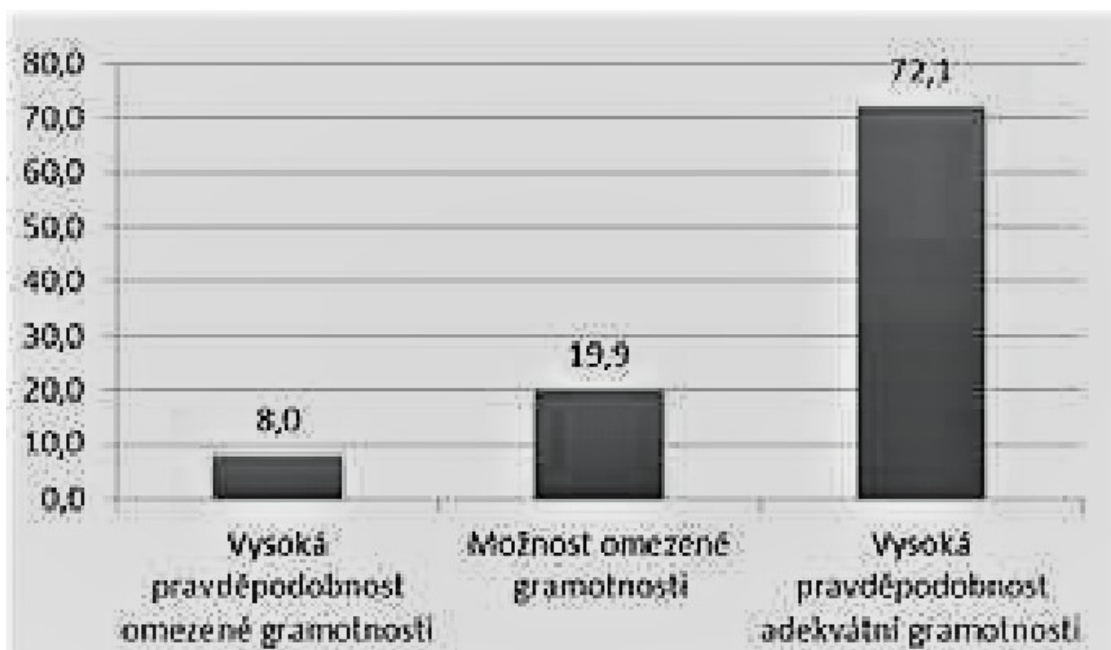
Zdroj: Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 236

Co se týče sociodemografických zjištění, z výsledků šetření není patrný rozdíl mezi úrovní zdravotní gramotnosti mužů a žen. Doložit lze pokles zdravotní gramotnosti v závislosti na věku respondentů. Tento jev je v České republice nejpatrnější ve srovnání s osmi evropskými zeměmi. Z reprezentativního šetření také vyplynula přítomnost tzv. sociálního gradientu. Například jako významná se ukázala korelace mezi zdravotní gramotností a dosaženým vzděláním – čím vyšší úroveň dosaženého vzdělání, tím vyšší se jevila celková zdravotní gramotnost respondenta. Autoři zprávy o výsledku reprezentativního šetření uvádějí jako vysvětlení tohoto jevu vyšší kompetenci respondenta při vyhledávání a vyhodnocování relevantních zdravotnických informací. Dalším zkoumaným faktorem byl sociální status respondentů – čím výše se dotazovaní hodnotili na sociálním žebříčku, tím vyšší úroveň zdravotní gramotnosti vykazovali. Shodnou závislost zdravotní gramotnosti vykazoval faktor

finanční deprivace – čím vzrůstající tendence finančních obtíží, tím klesající úroveň zdravotní gramotnosti. Dále se z výzkumu zjistilo, že s rostoucí úrovní zdravotní gramotnosti se zlepšuje subjektivně vnímaný zdravotní stav respondentů. Avšak u osob, které uvedly, že prožívají v současné době velké zhoršení zdravotního stavu, se zlepšují kompetence ve schopnostech vyhledávat a využívat zdravotně relevantní informace. Výzkumníci z tohoto jevu vyvodili závěr, že dlouhodobá či závažnější nemoc jedince, může mít za následek zlepšení jedincova přístupu k zájmu o své zdraví (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 237).

Součástí reprezentativního šetření byl po vzoru evropského výzkumu také test NVS, v němž čeští respondenti dosáhli průkazně lepších výsledků oproti předchozí části výzkumu. Pouze 8 % dotazovaných vykazuje vysokou pravděpodobnost omezené zdravotní gramotnosti, 19,9 % respondentů dosáhlo výsledku, který značí možnost omezené zdravotní gramotnosti, avšak 72,1 % populace projevilo vysokou pravděpodobnost adekvátní gramotnosti, jak je patrné z obrázku č. 5.

Obrázek č. 5: Zdravotní gramotnost pole NVS testu



Zdroj: Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 238

Relace mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti se prokázala znatelná i u testu NVS. Zhruba od 50. roku začíná u respondentů zdravotní gramotnost mírně klesat. Ve srovnání s osmi evropskými zeměmi se Česká republika zařadila na druhé místo, hned po Nizozemsku. Diskrepance mezi výsledky testů HLS-EU a NVS by mohla být vysvětlena jednak možnou

pasivitou občanů k získávání zdravotních informací, dále velice úzkým zaměřením testu NVS, který zkoumá schopnost pracovat s nutričními údaji, nikoliv však s komplexnějšími zdravotně relevantními informacemi (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 238).

Shrneme-li nejdůležitější zjištění z reprezentativního výzkumu zdravotní gramotnosti obyvatel ČR, lze konstatovat, že úroveň zdravotní gramotnosti české populace zaostává za evropskými zeměmi. Nejhorší výsledek úrovně zdravotní gramotnosti byl zjištěn v oblasti podpory zdraví. Jak uvádí zpráva o výsledcích výzkumu (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 241), o příčinách takového zjištění lze jen diskutovat, jednou z možností může být například absence rozvinuté občanské společnosti podporující zájem občanů o vlastní zdraví a odpovědnost za ně. Šetření prokázalo existenci tzv. sociálního gradientu. Ze všech zkoumaných zemí je v České republice prokazatelně nejvyšší závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti v závislosti na věku jedinců – pozornost by tak měla být věnována zvláště podpoře zdravotní gramotnosti u seniorů. Jak poukazují autoři zprávy o výsledcích reprezentativního šetření (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 241), je žádoucí dále učinit výzkumy zdravotní gramotnosti zaměřené na specifické populační, tak profesní skupiny.

2. 4 Přístup státu k rozvoji zdravotní gramotnosti dospělých

Cílem následující podkapitoly práce je především shrnout nejdůležitější poznatky a informace o přístupu státu k zdravotní gramotnosti a jejímu rozvoji. Některé informace již byly uvedeny v předcházejících kapitolách práce, nicméně celistvé shrnutí se jeví jako relevantní pro ilustrování současné situace zdravotní gramotnosti v České republice a orientaci v ní.

Zdravotní gramotnost je v České republice poměrně nedávno zavedený pojem, který se často používá i v kontextu zdravotní výchovy. Zdravotní gramotnost se nachází ve stavu definování problematiky a ve stavu spíše teoretického vymezování akčních kroků a opatření. Založena byla expertní skupina pracovníků pod patronátem MZ ČR na podporu zdravotní gramotnosti, která se podílí na přípravě programu Zdraví 2020 (Heijmans a kol., 2015, s. 53). Lze predikovat, že v následujících letech bude oblasti zdravotní gramotnosti na úrovni celostátní věnována stále větší pozornost (Heijmans a kol., 2015, s. 87).

Pro další vývoj v oblasti zdravotní gramotnosti se zrodil program Zdraví 2020, který přijalo MZ ČR. Zdravotní gramotnost je vyčleněna do samostatného akčního plánu s názvem *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020*, o kterém více pojednává kapitola 1. 3. 2 této práce. Cílem akčního plánu je: „... zlepšit zdravotní gramotnost

v České republice v celku i ve vymezených cílových skupinách a doložit její zvýšení v měřitelných jednotkách. Rovněž je žádoucí připravit dlouhodobě a cílově orientovaný Národní plán rozvoje zdravotní gramotnosti.“ (MZ ČR, 2015, s. 1) Akční plán je rozdělen do šesti základních oblastí (strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti, informace, výchova a vzdělávání, výzkum a hodnocení, média, komunitní plány), na které dále navazují dílčí projekty. Akční plán vychází z poznatků, které byly zjištěny výzkumem zdravotní gramotnosti v České republice realizovaným v roce 2014, jehož výsledky jsou uvedeny v předchozí podkapitole. Autoři akčního plánu zdůvodňují význam zdravotní gramotnosti také z ekonomického hlediska: „Nízká zdravotní gramotnost je příčinou plýtvání v systému zdravotní péče ... lze odhadnout, že nízká zdravotní gramotnost vede v České republice k ročním ztrátám 12 miliard Kč.“ (MZ ČR, 2015, s. 4) V rámci akčního plánu je akcentováno hledisko systémově připraveného programu, jehož opatření budou na sebe navazovat a vzájemně se prolínat, či spolupráce s dalšími subjekty za účelem prolínání opatření do širšího společenského kontextu (MZ ČR, 2015, s. 5).

Na podporu rozvoje zdravotní gramotnosti byla založena nezisková organizace **Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú (ÚZG)**. Založení tohoto ústavu, k němuž došlo dne 22. února 2016, bylo iniciováno Pracovní skupinou pro zdravotní gramotnost Ministerstva zdravotnictví ČR, která se podílí na přípravě Národní strategie programu Zdraví 2020. Ústav si klade za své poslání podporovat a zvyšovat zdravotní gramotnost obyvatel ČR, podílet se na tvorbě strategických dokumentů, realizovat výzkumy zdravotní gramotnosti u různých cílových skupin obyvatel, organizovat akce pro veřejnost jako jsou konference, semináře či školení. Cílem ústavu je také navázat spolupráci s orgány státní správy, odbornými institucemi, neziskovými organizacemi a spolupracovat s organizacemi mezinárodními. Ústav pro zdravotní gramotnost participuje při tvorbě a realizaci Akčního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti a jeho činnosti dále vyplývají ze smlouvy o spolupráci s organizací WHO (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2016, s. 1). Dosud realizovanými akcemi ÚZG jsou například uskutečnění 1. národní konference o zdravotní gramotnosti uskutečněné v lednu 2017 či v říjnu 2017 realizovaného 1. česko-rakouského kolokvia s názvem Zdravotní gramotnost a zdravotní politika (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2018).

ÚZG koordinuje a administrativně zaštituje **Alianci pro zdravotní gramotnost**, jež je „dobrovolným uskupením lékařů, zdravotnických zařízení, učitelů, škol, výzkumných pracovníků, médií, veřejné správy, pacientů, občanů a dalších organizací, kteří se sdružují za

cílem rozvíjet komunikaci mezi občany a pracovníky veřejné správy, mezi pacienty a pracovníky ve zdravotnictví i mezi všemi, kteří se snaží společně vymezovat hlavní problémy v oblasti zdravotní gramotnosti a nacházet užitečná východiska.“ (Aliance pro zdravotní gramotnost, 2017)

3 Zdravotní gramotnost učitelů

Dle Giddense (1999, s. 143) je *zdraví* determinováno jednak kulturou, jednak sociálně. Avšak přes různá pojetí zdraví napříč kulturami, je dle Holčíka (2010, s. 215) zdraví společnou hodnotou pro jedince bez ohledu na rozdíly kulturní či mezi jedinci samotnými. Podle Holčíka (tamtéž, s. 215) by se mělo přistupovat ke zdravotní gramotnosti individuálně, tedy akcentovat a respektovat rozdíly v úrovni a přístupu ke zdravotní gramotnosti mezi různými skupinami jedinců. Ačkoliv některé profesní skupiny mají k problematice zdraví a zdravotní gramotnosti blíže (např. zdravotničtí pracovníci, farmaceuti či pedagogové), neznamená to, že by se rozvoj zdravotní gramotnosti těchto skupin netýkal. Právě naopak lze konstatovat, že rozvoj zdravotní gramotnosti u těchto skupin je klíčový pro rozvoj zdravotní gramotnosti ostatních jedinců, se kterými tyto skupiny přicházejí do kontaktu (tamtéž, s. 215).

Učitelé jsou jako specifická skupina uvedeni například v *Akčním plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020*, o kterém blíže pojednává kapitola 1.3.2 předkládané práce. Součástí Akčního plánu jsou plánované rozvojové projekty, z nichž některé explicitně uvádějí učitele a pedagogické pracovníky jako cílové skupiny projektů. Jedná se například o plán rozvojového projektu s názvem *Strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti*, jehož cílem je: „zlepšit zdravotní gramotnost v České republice v celku i ve vymezených sociálních skupinách jako jednu z podmínek udržitelného rozvoje a zvýšení konkurenceschopnosti.“ (MZ ČR, 2015, s. 8) Zdravotní gramotnost by měla být rozvíjena pomocí odborných seminářů a kurzů, poskytnutím publikací o zdravotní gramotnosti a v neposlední řadě motivací všech subjektů ke spolupráci (tamtéž, s. 10). Dále jsou učitelé uvedeni v Akčním plánu jako cílová skupina u projektu s názvem *Portál „Z2020 Navigátor“ - přehled dobré praxe pro implementaci Zdraví 2020 v ČR*, jehož cílem je: „Zlepšit zdravotní gramotnost v České republice jako jednu z podmínek udržitelného rozvoje a zvýšení konkurenceschopnosti, za využití konkrétních praktických příkladů pro implementaci Zdraví 2020 v podmínkách ČR.“ (tamtéž, s. 27) Hlavní aktivitou tohoto projektu je příprava a spuštění portálu „Z2020 Navigátor“, spolupráce s ostatními jednotkami podílejících se na Akčním plánu a zapojení Komunitních programů podpory zdraví WHO do podpory příkladů dobré praxe, celostátní osvěta k dobré praxi a propagace projektu. Podle autorů Akčního plánu: „je prezentace příkladů dobré praxe vysoce efektivním způsobem ovlivnění zdravotní gramotnosti a souvisejících pozitivní změn zdraví u sledovaných cílových skupin.“ (tamtéž, s. 30)

Samostatný projekt na rozvoj zdravotní gramotnosti je v Akčním plánu vypracován pro pedagogické pracovníky. Zákon č. 563/2004 Sb., *o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů* definuje pedagogického pracovníka jako toho, kdo: „koná přímou vyučovací, přímou výchovnou, přímou speciálně pedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na vzdělávaného, kterým uskutečňuje výchovu a vzdělávání na základě zvláštního právního předpisu (...).“ (MŠMT, §2, 2016) Podle zákona tak přímou pedagogickou činnost vykonává učitel či vychovatel, speciální pedagog, psycholog či trenér (tamtéž, §2). Učitelé jsou tedy součástí rozvojového plánu Akčního programu s názvem *Průběžné vzdělávání pedagogických pracovníků v rámci všech úrovní vzdělání*. Cílem tohoto projektu je: „seznámit pedagogické pracovníky s oblastí zdravotní gramotnosti a zlepšit jejich schopnost působit v oblasti zdravotní gramotnosti a podílet se na zvýšení zdravotní gramotnosti žáků a studentů.“ (MZ ČR, 2015, s. 45) Realizovány by měly být kurzy a semináře pro pedagogické pracovníky, které by dle autorů Akčního plánu mohli být organizovány ve spolupráci se Státním zdravotnickým ústavem (SZÚ) či s Národním institutem pro další vzdělávání (NIDV) (tamtéž, s. 15). Plánovaným opatřením v rámci realizace projektu je ustanovení mezirezortní skupiny odborníků pod patronátem MŠMT, která by se měla podílet na obsahovém zaměření vzdělávacích kurzů a seminářů, které by měli být realizovány v krajských městech ČR (tamtéž, s. 45). Opomíjena nejsou rizika, která by mohla ovlivnit průběh realizace plánu jako například neochota pedagogických pracovníků účastnit se vzdělávacích aktivit či komplikace se zajištěním suplování za pedagogy (tamtéž s. 16).

Další projekt z Akčního programu, jehož jsou pedagogové cílovou skupinou, nese název *Vytvoření a realizace motivačního programu „Zvýšení sdílené odpovědnosti za zdraví ve vztahu k rizikovým faktorům životního stylu“*. Cílem tohoto plánu je: „zvýšit úroveň práce cílové skupiny se zdravotně relevantními informacemi (vyhledání, porozumění, zhodnocení, aplikace) a zvýšit motivaci, formování vhodných postojů a aktivního přístupu vybraných cílových skupin k rozhodování ve prospěch zdraví prostřednictvím rozvíjení osobních a sociálních dovedností s důrazem na sociální kontext rozhodování a sociální, ekonomické a environmentální faktory zdraví.“ (MZ ČR, 2015, s. 16) V první fázi projektu budou vzdělávání budoucí realizátoři programu na rozvoj zdravotní gramotnosti, v druhé fázi budou probíhat edukační aktivity se sekundární cílovou skupinou, tedy s příjemci aktivit na podporu zdravotní gramotnosti (tamtéž, s. 18).

Zdravotní gramotnost učitelů je důležitá zejména ve spojitosti se vzdělávací oblastí *Člověk a zdraví*, která je součástí Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (MŠMT, 2016, s. 91). V rámci této vzdělávací oblasti jsou s ohledem na věk žáků realizovány vzdělávací obory *Výchova ke zdraví* a *Tělesná výchova*. Právě prvně zmíněný obor *Výchova ke zdraví* je v úzkém propojení se zdravotní gramotností, jelikož cílem tohoto oboru je vést žáky k „aktivnímu rozvoji a ochraně zdraví v propojení všech jeho složek (sociální, psychické a fyzické) a učí je být za ně odpovědný“. (MŠMT, 2016, s. 91) *Výchova ke zdraví* je vyučována na 2. stupni základních škol. Jak zdůrazňuje Marádová (2014, s. 76), důležité je brát v úvahu nejen působení obsahu vzdělávacího oboru na žáky, ale také samotný přístup učitelů jako klíčových aktérů, kteří působí na formování postojů žáků ke zdraví a zdravotní gramotnosti. Právě celistvý přístup může rozvíjet žákovi kompetence v oblasti zdraví a potažmo zdravotní gramotnosti.

Učitelé jsou považováni nejen za cílovou skupinu, u níž samotné by měla být zdravotní gramotnost rozvíjena, ale zároveň za specifickou skupinu, která má vliv na rozvoj zdravotní gramotnosti u dalších cílových skupin. Pro rozvoj zdravotní gramotnosti u učitelů se zdá být klíčové, že jsou učitelé uvedeni jako cílová skupina v Akčním plánu. Uvedené projekty v Akčním plánu udávají i časový horizont přípravy jednotlivých kroků a fází realizace projektů. Dle uvedených časových rámců příprava uvedení projektů do praxe v současné době stále probíhá.

3. 1 Specifika učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti

Učitelé na 2. stupni základních škol mají ve svém popisu pracovní činnosti konat: „vzdělávací a výchovnou činnost při vyučování směřující k získávání vědomostí a dovedností žáků na druhém stupni základní školy ve všeobecně vzdělávacích předmětech...“ (Národní soustava povolání, 2017) Jedním z nejvýznamnějších specifík učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti je skutečnost, že učitelé mohou svým působením na žáky značně přispět k rozvoji zdravotní gramotnosti žáků. Působení učitelů může být efektivní a účinné v případě, že sami půjdou žákům a svému okolí osobní příkladem (Marádová, 2014, s. 15). Holčík (2010, s. 217) udává několik předpokladů, které by měl učitel splňovat, aby mohl působit jako aktér, který zdravotní gramotnost rozvíjí: „učitel by si měl vážit sám sebe i svého zdraví; měl by jít příkladem, pokud jde o rozhodování vedoucí ke zdraví; učitel by si měl vážit svého vzdělání

a podle možností je rozšiřovat; měl by pojímat péči o zdraví v návaznosti na ekologické aktivity a další činnosti posilující existenci a tvůrčí schopnosti jedinců i rozvoj společnosti a měl by se zajímat o děti a jejich zdraví a o všechny determinanty, které zdraví ovlivňují.“ Nelze však opomenout konstatování Holčíka, že reálné působení učitele na žáky je v současné době značně omezené. Holčík vysvětluje, že mnohdy čelí učitelé téměř nezvladatelné agresivitě žáků a pro učitele je složitější vyvolat v žácích zájem, rozvíjet jejich schopnosti a samostatnost či respektovat jejich vlastní názor. Rozvoj zdravotní gramotnosti je tak dle Holčíka (tamtéž, s. 217) spjat s celkovým přístupem k pedagogickému procesu ve společnosti.

Z výše uvedené podkapitoly práce vyplývá, že specifika lze spatřovat zejména v tom, že učitelé jsou nejen skupinou, která se podílí na výchovném a vzdělávacím působení na žáky v oblasti zdravotní gramotnosti, ale zároveň se jedná o skupinu, u níž je nutné a žádoucí zdravotní gramotnost posilovat. A to především z toho důvodu, aby učitelé mohli co nejlépe své schopnosti a dovednosti v oblasti zdravotní gramotnosti předávat dalším skupinám, u kterých je žádoucí zdravotní gramotnost rozvíjet.

3. 2 Úroveň zdravotní gramotnosti učitelů

V následující podkapitole jsou chronologicky představeny výzkumy, které se zabývají zdravotní gramotností u učitelů nebo se zaměřují na oblast, která úzce souvisí se zdravotní gramotností či je spjatá s výukou oboru Výchova ke zdraví. V posledních několika letech vzniklo několik závěrečných prací, které pojednávají o zdravotní gramotnosti učitelů, a které jsou v této podkapitole též představeny.

V následujícím textu práce jsou uvedena výzkumná šetření zabývající se zdravotní gramotností učitelů, jež byla uskutečněna na půdě Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy. Cílem jednoho z takových šetření bylo zjistit, „jakou pozornost věnují výchově ke zdraví ve svém dosavadním působení učitelé základních škol.“ (Fialová, Flemr, Marádová, Mužík, 2014, s. 128) Do šetření byli zapojeni učitelé z prvního (380 respondentů) i druhého (417 respondentů) stupně základních škol. Osloveni byli učitelé, kteří se podíleli na zpracování problematiky zdraví do školních vzdělávacích programů. Věkové rozpětí respondentů se pohybovalo napříč věkovým kontinem (od 23 let do 62 let). Výzkumnou metodou bylo dotazníkové šetření, které bylo doplněné strukturovaným rozhovorem s respondenty.

Výzkumný problém byl zjišťován pomocí tří oblastí dotazů: „dotazem na znalosti z daného oboru získané v rámci pregraduálního studia, posouzením vlastní současné odborné připravenosti k výuce výchovy ke zdraví a otázkou sledující zapojení pedagogů do celoživotního vzdělávání.“ (Fialová, Flemr, Marádová, Mužík, 2014, s. 128) Vzhledem k zaměření předkládané práce budou představeny výsledky výzkumného šetření pro učitele 2. stupně základních škol. Výzkum přinesl zjištění, že výuka výchovy ke zdraví je zajišťována převážně neaprobovaně. Celkem 68 % učitelů nemělo žádnou odbornou kvalifikaci pro výuku Výchovy ke zdraví. Za relevantní a dostačující odbornou kvalifikaci považovali autoři šetření kvalifikaci v oboru Rodinná výchova, kterou absolvovalo v rámci magisterského či rozšiřujícího studia 18 % dotazovaných učitelů. Dále si 3 % učitelů právě dodělávala studium v tomto oboru na pedagogické fakultě. Zbývajících 11 % dotazovaných učitelů si odbornou kvalifikaci dodělávalo prostřednictvím kurzů celoživotního vzdělávání. Výzkumné šetření dále zjistilo, že v převážné většině dotazovaných škol je předmět výchova ke zdraví vyučován třídními učiteli, kteří považují výuku tohoto předmětu pouze za dočasnou záležitost, a tudíž neprojevují zájem se v této oblasti více vzdělávat. Pouze 34, 5 % učitelů, kteří se do té doby žádného vzdělávání zaměřeného na oblast výchovy ke zdraví nezúčastnili, si své znalosti doplňují v rámci kurzů celoživotního vzdělávání. Ostatní učitelé (65, 5 %) uvedlo, že o kurzy celoživotního vzdělávání v oboru Výchova ke zdraví zájem neprojevují nebo nemají čas a příležitost. Pětina dotazovaných učitelů (21 %) uvedla, že se zabývá danou oblastí jen z donucení a nerada. Při dotazování učitelé také konstatovali, že spatřují překážku při samotném prosazování výuky Výchovy ke zdraví na školách a také nezájem ze strany rodičů o danou problematiku. Učitelé také upozornili, že spatřují překážku v nevěnování pozornosti významu výchovy ke zdraví samotnou širokou veřejností (Fialová, Flemr, Marádová, Mužík, 2014, s. 129–131).

V roce 2006 bylo realizováno na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy výzkumné šetření tentokrát zaměřené na zdravotní gramotnost budoucích učitelů a na zjišťování jejich postojů ke školní výchově ke zdraví. Výzkumu se zúčastnili studenti různých oborů 4. ročníku magisterského studijního programu Učitelství pro SŠ a 2. stupeň ZŠ. Autoři výzkumu záměrně oslovili i ty studenty, kteří primárně nestudují obor Rodinná výchova, a to z toho důvodu, že zdraví je vysokou životní hodnotou pro všechny, tudíž by se o zdraví měli zajímat všichni studenti a to bez ohledu na jimi studovaný předmět. Autoři výzkumu také brali v úvahu fakt, že oslovení studenti budou mít právě jako budoucí učitelé vliv na podporu zdraví svých žáků.

Prostřednictvím dotazníku s otevřenými i uzavřenými otázkami bylo celkem osloveno 130 studentů. Mezi nejvýznamnější zjištění vzešlá z daného výzkumu patří, že téměř polovina dotázaných studentů neplánuje ve výuce svého předmětu zahrnout i výchovu ke zdraví. Ačkoliv si studenti uvědomují v osobním životě význam zdraví, neuvědomují si své pedagogické působení na podporu zdraví u svých budoucích žáků. Oslovení studenti také uváděli, že mají problém se orientovat v informacích o zdraví, i z toho důvodu, že dostupné informace jsou dle výpovědí studentů všude (Fialová, Flemr, Marádová, Mužik, 2014, s. 131–132).

V roce 2015 byla obhájena diplomová práce s názvem *Zdravotní gramotnost začínajících učitelů* (Kříž, 2015). Autor této závěrečné práce se zabýval vybraným aspektem zdravotní gramotnosti – první pomocí. Cílem této uváděné práce bylo zodpovědět, zda „kompetence začínajících učitelů v oblasti první pomoci jsou na dostatečné úrovni a zda začínající učitelé dokážou v mimořádných situacích adekvátně reagovat.“ (Kříž, 2015, s. 4) Výzkumná část diplomové práce byla realizována pomocí dotazníků. Celkem se výzkumu zúčastnilo 54 respondentů. Autor diplomové práce dospěl k závěru, že znalost a dovednost učitelů v poskytování první pomoci je důležitá z důvodu vysoké úrazovosti u dětí, avšak příprava učitelů v oblasti první pomoci není na dostačující úrovni. Autor dospěl k závěru, že „úroveň připravenosti učitelů na mimořádné situace není na dobré úrovni a že učitelé nejsou kompetentní adekvátně poskytovat první pomoc.“ (Kříž, 2015, s. 73) Výsledky výzkumu dále ukazují, že sami učitelé si jsou vědomi svých nedostačujících dovedností v oblasti první pomoci a cítí se nekompetentní v poskytování první pomoci. Učitelé také uvedli, že vidí problém v nedostatečné přípravě na profesi. Autor práce uvádí, že existuje přímá souvislost mezi úrovní znalostí o první pomoci a účastí na vzdělávacím kurzu. V závěru práce jsou uvedeny možnosti, jak by se dala úroveň zdravotní gramotnosti učitelů v oblasti poskytování první pomoci zvýšit, např. začleněním první pomoci do vysokoškolské přípravy budoucích učitelů, mezifakultní spoluprací či spoluprací s odborníky na první pomoc (Kříž, 2015, s. 73).

V roce 2017 byla obhájena diplomová práce s názvem *Zdravotní gramotnost pedagogů se zaměřením na jejich působení v oblasti nutriční výchovy*. Cílem diplomové práce „je zjistit, jakou úroveň zdravotní gramotnosti ve zmíněné oblasti disponují pedagogičtí pracovníci a jestli své znalosti uplatňují nejen v profesním, ale i v osobním životě.“ (Tomanová, 2017, s. 4) Výzkumná část práce byla realizována prostřednictvím dotazníků, které byly distribuovány mezi učitele 2. stupně ZŠ. Celkem bylo pro účely šetření vybráno 125 dotazníků. Na základě zjištěných poznatků autorka dospěla k závěru, že zdravotní gramotnost učitelů, kteří

participovali na šetření, není na příliš vysoké úrovni, ačkoliv měli učitelé o své úrovni nutriční zdravotní gramotnosti mnohem větší mínění. Výzkum přinesl zjištění, že více než polovina učitelů je schopna si dohledávat informace, a tím předcházet mnohým mýtům a omylům ve výživě. Dále výzkum prokázal, že učitelé, pro něž je výživa alespoň zčásti součástí jejich aprobovaného předmětu, vykazují o něco lepší úroveň zdravotní gramotnosti oproti učitelům, kteří téma výživy nemají zahrnuti ve svých předmětech. Autorka diplomové práce také předkládá návrh na využití zjištěných výsledků. Autorka akcentuje zejména potřebu realizace seminářů pro učitele a začlenění povinného předmětu zaměřeného na téma výživy pro všechny aprobované předměty na pedagogických fakultách (Tomanová, 2017, s. 76)

Do současné chvíle nebylo realizováno celorepublikové reprezentativní šetření, které by zkoumalo zdravotní gramotnost učitelů. Realizované výzkumy vznikly především v rámci závěrečných vysokoškolských prací. Z výše uvedených výzkumů je patrné, že většina těchto prací vznikla na půdě Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy, přičemž důvodem může být působení odborníků na PedF UK, kteří se tématu výchovy ke zdraví a zdravotní gramotnosti učitelů věnují. Z výsledků dosavadních výzkumů se ukázalo, že učitelé mnohdy nemají dostačující odbornou kvalifikaci v oboru Výchovy ke zdraví a neprojevují zájem o vzdělávací kurzy v dané oblasti, a to zejména z nezájmu o danou problematiku, nedostatku času a příležitosti. Téměř polovina budoucích učitelů ani nezvažuje zahrnout oblast zdravotní gramotnosti do svého předmětu, ačkoliv se jedná o tematiku multioborového charakteru. Z realizovaných výzkumů také vzešlo zjištění, že učitelé pocítují problém orientovat se v informacích související se zdravotní gramotností či s některými spjatými tématy jako je první pomoc a zdravá výživa.

3. 3 Možnosti vzdělávání učitelů v oblasti zdravotní gramotnosti

V úvodu následující podkapitoly práce jsou nejprve stručně charakterizovány klíčové faktory, které ovlivňují vzdělávání učitelů – motivace učitelů ke vzdělávání a preference podoby vzdělávání. Dále jsou popsány konkrétní možnosti vzdělávání, kterých mohou učitelé využít a v rámci nichž mohou rozvíjet svoji zdravotní gramotnost.

Z výzkumu Lazarové a Prokopové vychází, že učitelé preferují vzdělávat se v tématech, která se váží k jimi vyučovanému předmětu (Lazarová, Prokopová, 2004, s. 269). Jak již bylo zmíněno a akcentováno, zdraví a výchova ke zdraví by se měla týkat všech učitelů bez ohledu na jimi vyučovaný předmět, a to z důvodu celospolečenského významu tématu zdraví, jak je uvedeno například v publikaci Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole (Fialová, Flemr, Marádová, Mužík, 2014, s. 151). Učitelé 2. stupně základních škol podle výsledků výzkumu Michka (2016, s. 420) jsou oproti ostatním skupinám učitelů motivovanější k aktivitám profesního rozvoje, což je příznivé pro oblast zdravotní gramotnosti z toho důvodu, že učitelé 2. stupně vyučují vzdělávací obor Výchova ke zdraví. Z výzkumu Lazarové a Prokopové (2004, s. 265) vzešlo zjištění, že učitelé upřednostňují další vzdělávání realizované mimo školu v podobě seminářů či kurzů. Lze se domnívat, že tento závěr je stále aktuální, jak například vyplývá z výzkumu Michka, který dospěl k závěru, že učitelé 2. stupně základních škol využívají častěji než ostatní učitelé jednorázová školení k profesnímu rozvoji (Michek, 2016, s. 420). Zjištění, jakou podobu dalšího vzdělávání učitelé preferují, lze využít pro realizaci dalšího vzdělávání zaměřeného na rozvoj zdravotní gramotnosti, jehož podoba bude pro učitele nejpřínosnější.

Obor Výchova ke zdraví, který je poskytovaný v bakalářském i magisterském studijním programu vybranými pedagogickými fakultami v ČR, připravuje budoucí aprobované pedagogy k vyučování témat výchovy ke zdraví. Hlavním záměrem přípravy k vyučování oboru Výchova ke zdraví je připravit učitele, „aby se z nich stali kvalifikovaní odborníci, kteří budou schopni orientovat se v problematice zdraví, budou schopni pracovat se vzdělávacím programem v oblasti výchovy ke zdravému životnímu stylu, dokáží vymezit rámec pro tvorbu plánu v konkrétní škole a koordinovat školní projekty s komunitními programy podpory a ochrany zdraví. Budou schopni poskytovat odbornou a metodickou pomoc pedagogickému týmu školy při implementaci výchovy ke zdraví do jednotlivých tematických plánů.“ (Fialová, Flemr, Marádová, Mužík, 2014, s. 150). V rámci studijního oboru je kladen důraz na rozvoj kompetencí studentů v oblasti biologicko-medicínské, psychologicko-sociální a didaktické. S ohledem na charakter oboru jsou využívány především aktivizační a komplexní výukové metody, které cílí na rozvoj iniciativy, tvořivosti, samostatnosti, spolupráce, komunikace, posilují zdravé sebevědomí, prosociální chování a přispívají k posilování odolnosti vůči stresu a k utváření vlastních názorů (Fialová, Flemr, Marádová, Mužík, 2014, s. 150–151). Budoucí

učitelé oboru Výchova ke zdraví jsou tak připravováni a vybavováni předpoklady, aby mohli být žákům dobrým výchovným a osobnostním vzorem.

V publikaci autorů Fialové, Flemra, Marádové a Mužíka (2014, s. 149) se lze setkat s tvrzením, že vzdělávání učitelů v oblasti výchovy ke zdraví by však mělo být obecnou součástí profesní přípravy budoucích učitelů. Rozvoj zdravotní gramotnosti by měl být součástí obecného základu učitelské přípravy. Konkrétně by měli být studentům poskytnuty odborné informace o zdraví a jeho ochraně; studenti by měli být podpořeni při hledání relevantních informací v médiích; studenti by měli být motivováni a mělo by u nich být podporováno budování pozitivního vztahu k problematice zdraví; studenti by měli být vedeni k rozhodování o svém zdraví; měli by být u studentů posilovány dovednosti určující jejich životní styl a kvalitu života a v neposlední řadě poskytnout studentům odborné znalosti v oblasti poskytování první pomoci. U studentů všech oborů učitelství a vychovatelství by měl být kladen důraz na pedagogickou a didaktickou výbavu v oboru Výchovy ke zdraví, a to bez ohledu na jimi zvolený obor studia. Studenti by měli být vedeni k odpovědnosti za zdraví svých žáků, měli by disponovat právním povědomím o zajištění bezpečí a ochrany zdraví žáků nebo by měli mít dovednosti potřebné k spoluúčasti na tvorbu a realizaci projektů podporujících zdraví ve školách. Podpořeno by tak mělo být vnímání významu zdraví v mezioborových souvislostech, aby studenti nenabyli dojmu, že se jejich výchova ke zdraví netýká, pokud není explicitně zahrnuta v jimi vyučovaných předmětech (Fialová, Flemr, Marádová, Mužík, 2014, s. 149). Ačkoliv uvedená tvrzení autorů působí spíše jako podněty pro zlepšení aktuálního stavu, v oficiálních dokumentech MŠMT či v kurikulech nejsou tyto požadavky zatím reflektovány.

Pedagogické fakulty (např. PedF UK, Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity) také nabízejí studium Výchovy ke zdraví v rámci studijních programů celoživotního vzdělávání. Program je především určen pro učitele, kteří již absolvovali magisterský studijní program zaměřený na učitelství a chtějí si doplnit aprobaci pro vyučování výchovy ke zdraví. Studium v této podobě probíhá na Pedf UK po dobu 3 semestrů v rozsahu 400 hodin (Katedra pedagogiky, 2018).

Příležitost k rozvoji zdravotní gramotnosti učitelů by mohla spočívat v dalším vzdělávání učitelů. Zákon č. 563/2004 Sb., *o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*, ukládá pedagogickým pracovníkům „povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovují, udržují a doplňují kvalifikaci.“ (MŠMT, § 24, 2018a) Dle uvedeného zákona se další vzdělávání pedagogických pracovníků organizuje ředitelé školy, který při sestavování plánu dalšího

vzdělávání přihlíží ke studijním zájmům učitele, jeho potřebám a rozpočtu školy. Další definici dalšího vzdělávání učitelů nabízí pro ilustraci Kohnová, podle níž jej lze možné charakterizovat jako (2004, s. 59): „systematický, nepřetržitý a koordinovaný proces, který navazuje na pregraduální vzdělávání a trvá po celou dobu učitelovy profesní dráhy; celoživotní rozvíjení profesních kompetencí učitele a trvalý osobnostní rozvoj učitele; nejefektivnější formu vyrovnávání obsahu i metod vzdělávání a výchovy ve školství s rychlými proměnami v hospodářsko-technickém i kulturně-sociálním kontextu.“ Další vzdělávání představuje součást profesního rozvoje učitelů, vedle sebevzdělávání a praktických pedagogických činností. Další vzdělávání učitelů lze shrnout v definici: „institucionalizované, na různých úrovních koncipované a řízené vzdělávání skupin učitelů v praxi, zaměřené na rozvoj vzdělávání a rozvoj školy jako vzdělávací instituce.“ (Kohnová, 2004, s. 60) Další vzdělávání učitelů zajišťuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) prostřednictvím Národního institutu pro další vzdělávání (NIDV), který je přímo řízen MŠMT a celostátně poskytuje a zajišťuje další vzdělávání a profesní rozvoj pedagogických pracovníků škol a školských zařízení (Národní institut pro další vzdělávání, 2018). V nabídce vzdělávacích programů však nejsou nabízeny programy zaměřené na rozvoj zdravotní gramotnosti učitelů, přičemž NIDV by mohl být vhodnou institucí, která by zajišťovala vzdělávání učitelů v dané oblasti. NIDV je rovněž uveden v Akčním plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020 v projektu zaměřeném na průběžné vzdělávání pedagogických pracovníků v rámci všech úrovní vzdělání v rámci, o kterém podrobněji pojednává úvodní část této kapitoly práce. V návrhu zmíněného projektu je NIDV uveden jako jeden z vhodných subjektů ke spolupráci, který by se podílel na organizaci kurzů a seminářů pro pedagogy, které by byly zařazeny do celoroční nabídky kurzů NIDV. Ačkoliv je v plánu projektu uveden časový rámec realizace na léta 2017–2020, do současné doby nejsou kurzy a semináře v nabídce NIDV.

Jako příklad dobré praxe lze uvést projekt *Výchova ke zdraví v pedagogické praxi*, na jehož příkladu lze ilustrovat, jakým způsobem může být rozvoj zdravotní gramotnosti učitelů v praxi realizován. Projekt byl podpořen z *Operačního programu vzdělávání pro konkurenceschopnost – program pro další vzdělávání pedagogických pracovníků* v rámci Evropského sociálního fondu a byl realizován v Pardubickém kraji v období od března 2012 do února 2015, avšak semináře byly dále nabízeny až do roku 2017. Projekt byl akreditován MŠMT. Cílem bylo „zvýšit odborné kompetence učitelů v oblasti výchovy ke zdraví a tím kvalitu vzdělávání žáků v primární prevenci rizikového chování, výchovy ke zdravému

životnímu stylu.“ (Výchova ke zdraví, 2018) Východiskem pro tvorbu projektu bylo dotazníkové šetření Krajské hygienické stanice Pardubického kraje realizované mezi školami v kraji. Pedagogickým pracovníkům všech stupňů vzdělávání pak byly nabízeny vzdělávací semináře zaměřené na výchovu ke zdraví. Jak vyplynulo z výsledků, učitelé 2. stupně základních škol projeví největší zájem o témata spjatá s problematikou šikany, legálních a nelegálních drog a o témata zaměřená na oblast, jak učit první pomoc a sexuální výchovu. Přednosti uvedeného projektu lze spatřovat například v tom, že byly využity příklady dobré praxe, didaktické materiály byly k zapůjčení zdarma i nezúčastněným školám či videoarchiv byl přístupný i pedagogům, kteří se přímo vzdělávacích aktivit neúčastnili (Výchova ke zdraví, 2018).

Z výše uvedeného vyplývá, že rozvoj zdravotní gramotnosti by se měl týkat všech učitelů, bez ohledu na skutečnost, jaký předmět vyučují. Učitelé však preferují vzdělávat se v oblastech, která se týkají jimi vyučovaného předmětu, jak bylo zjištěno výzkumem Lazarové a Prokopové (2004, s. 269). Jelikož zdravotní gramotnost má multioborový charakter a celospolečenský význam, mělo by být u učitelů více rozšiřováno povědomí o významu zdravotní gramotnosti tak, aby učitelé měli zájem o oblast zdravotní gramotnosti bez ohledu na to, jaký předmět primárně vyučují. V současné chvíli má tento záměr spíše teoretický charakter a uvádějí jej například ve své publikaci autoři Fialová, Flemr, Marádová a Mužík (2014, s. 149). Pozitivním aspektem je, že učitelé 2. stupně ZŠ jsou skupinou učitelů, která je motivována se dále vzdělávat, jak vyplývá z výzkumu Michka (2016, s. 420). Lze předpokládat, že učitelé 2. stupně ZŠ budou pozitivně nakloněni vzdělávání se v oblasti zdravotní gramotnosti. Důležitým zjištěním je, že učitelé 2. stupně ZŠ preferují semináře a kurzy, jakožto nejvhodnější podobu dalšího vzdělávání (Lazarová, Prokopová, 2004, s. 269). Tato skutečnost by měla být při tvorbě vzdělávací nabídky zohledněna. Například v plánech rozvoje zdravotní gramotnosti učitelů v rámci Akčního plánu jsou uvedeny semináře a kurzy. Lze se tedy domnívat, že učitelé tak budou pozitivně nakloněni účastnit se vzdělávacích aktivit na podporu rozvoje zdravotní gramotnosti, pokud jejich podoba bude odpovídat podobě, kterou sami preferují. Nabídka vzdělávacích možností na rozvoj zdravotní gramotnosti je poměrně malá. Učitelé mají možnost vzdělávat se v rámci odborné pregraduální přípravy či účastnit se kurzů CŽV, které jsou nabízeny vybranými pedagogickými fakultami. Vhodnou možností se zdá být účast učitelů na vzdělávacích aktivitách v rámci dalšího vzdělávání. Lze se domnívat, že v blízké době budou nabízeny vzdělávací kurzy a semináře v rámci NIVD, jak je uvedeno a plánováno i v Akčním

plánu. V současné chvíli však zdravotní gramotnost není zahrnuta v nabízených tématech kurzů.

4 Empirické šetření: Úroveň zdravotní gramotnosti učitelů druhého stupně základních škol v Praze

4.1 Metodika výzkumného šetření

Na základě zjištění vyplývajících z teoretické části předkládané práce byly pro účely empirického šetření formulovány následující výzkumné otázky: *jaká je úroveň zdravotní gramotnosti učitelů 2. stupně veřejných základních škol?* Formulovány byly dvě dílčí výzkumné otázky: *jaký je postoj učitelů k dalšímu vzdělávání se v oblasti zdravotní gramotnosti a jakou podobu dalšího vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti učitelé preferují?*

Hlavním cílem empirického šetření bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti učitelů 2. stupně na vybraných veřejných základních školách v Praze. Zjišťována byla jejich úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví dle modelu Sørensen, o kterém více pojednává podkapitola 1. 3 teoretické části práce. Dílčím cílem bylo zjistit, zda úroveň zdravotní gramotnosti učitelů 2. stupně základních škol klesá s věkem učitelů. Dílčím cílem šetření bylo zjistit, jaký zastávají učitelé přístup k dalšímu vzdělávání se v oblasti zdravotní gramotnosti a jakou podobu dalšího vzdělávání preferují.

Pro účely daného výzkumu bylo vybráno kvantitativní empirické šetření, které můžeme dle Chráska (2016, s. 11) „vymezit jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi jevy“. Kvantitativní výzkum byl vybrán z důvodu potvrzení či vyvrácení hypotéz, které vzešly z poznatků uvedených v teoretické části práce. Následně byly formulované hypotézy testovány a výsledky z nich vzešlé byly interpretovány. Pro sběr dat bylo využito dotazníkového šetření. Dotazníková metoda, kterou Chráska (2016, s. 158) definuje jako: „způsob získávání písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí“, byla vybrána jako nejvhodnější metoda pro účely daného šetření z důvodu získání dat od velkého počtu respondentů a možnosti zobecnit získané výsledky výzkumu. Dotazník se skládá celkem z 30 otázek rozdělených do tří tematických okruhů. První část dotazníku zkoumala úroveň zdravotní gramotnosti učitelů. Druhá část dotazníku se zabývala postojem učitelů k dalšímu vzdělávání se v oblasti zdravotní

gramotnosti a zjišťováním jejich preferencí ohledně podoby takto zaměřeného dalšího vzdělávání. Třetí část dotazníku byla zaměřena na sociodemografické charakteristiky respondentů a zjišťovala jejich pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

První část dotazníku zkoumala úroveň zdravotní gramotnosti učitelů a otázky byly převzaty a přeloženy z dotazníku HSL-EU-Q47 (HLS-EU Consortium, 2011), pomocí něhož byla měřena zdravotní gramotnost v rámci výzkumu, který proběhl v osmi zemích Evropské unie (HLS EU, 2012), a jehož stejná metodika byla převzata a aplikována v rámci výzkumu zdravotní gramotnosti v České republice realizovaném Státním zdravotním ústavem za finanční podpory MZ ČR a české kanceláře Světové zdravotnické organizace (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 233–241). O popisu a výsledcích těchto dvou uvedených výzkumů blíže pojednává druhá kapitola teoretické části práce. Z původní verze dotazníku HSL-EU-Q47 obsahující 47 otázek bylo pro účely šetření vybráno celkem 24 uzavřených otázek. Otázky byly vybrány s ohledem na rovnoměrné zastoupení počtu otázek pro všechny tři zkoumané oblasti zdravotní gramotnosti. Každá oblast zdravotní gramotnosti tak byla zjišťována 8 otázkami. Dále byly otázky z původního dotazníku HSL-EU-Q47 vybírány s ohledem na rovnoměrné zastoupení minimálně dvou otázek u každé dimenze zdravotní gramotnosti (viz Tabulka č. 1: Tabulka zdravotní gramotnosti a přiřazených otázek v dotazníku). Respondenti odpovídali na otázky pomocí pětistupňové škály v pořadí odpovědí od *velmi složité*, *složité*, *nevím*, *snadné*, *velmi snadné*. Uvedené odpovědi byly vyhodnocovány pomocí pěti bodové škály.

Tabulka č. 1: *Tabulka zdravotní gramotnosti a přiřazených otázek v dotazníku*

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	Otáz. č. 1	Otáz. č. 3	Otáz. č. 5	Otáz. č. 7
	Otáz. č. 2	Otáz. č. 4	Otáz. č. 6	Otáz. č. 8
Prevence nemocí	Otáz. č. 9	Otáz. č. 11	Otáz. č. 13	Otáz. č. 15
	Otáz. č. 10	Otáz. č. 12	Otáz. č. 14	Otáz. č. 16
Podpora zdraví	Otáz. č. 17	Otáz. č. 19	Otáz. č. 21	Otáz. č. 23
	Otáz. č. 18	Otáz. č. 20	Otáz. č. 22	Otáz. č. 24

Zdroj: *vlastní zpracování*

Druhá část dotazníku obsahovala 2 uzavřené otázky zaměřené na zjištění postojů učitelů k rozvoji zdravotní gramotnosti a jejich účasti na kurzech dalšího vzdělávání zaměřeného na rozvoj zdravotní gramotnosti. Dále byla součástí druhé části dotazníku uzavřená otázka, která zjišťovala preference učitelů ohledně podoby dalšího vzdělávání, jež jsou uvedené v článku Lazarové a Prokopové (2004, s. 264), o kterém pojednává kapitola 3. 3 předkládané práce. Celkem učitelé hodnotili 7 různých podob dalšího vzdělávání.

Třetí část dotazníku obsahovala 3 uzavřené otázky zaměřené na sociodemografické aspekty respondentů (pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání).

4. 1. 1 Výběrový soubor

Výběrovým souborem dle Chráska (2016, s. 17) „rozumíme určitou část prvků vybranou ze základního souboru, která základní soubor zastupuje“. Základním souborem Chráska (2016, s. 17) vymezuje „všechny prvky patřící do skupiny, kterou zkoumáme“. V předkládaném výzkumu tvoří základní soubor všichni učitelé 2. stupně veřejných základních škol na území hlavního města Prahy. Výběrový soubor poté tvoří oslovení učitelé, kteří se zúčastnili empirického šetření. Z dat pro období 2017/2018 obsažených ve Statistické ročence školství (MŠMT, 2018b) vyplývá, že celkem působí na 2. stupni na území Prahy celkem 3987 učitelů, z nichž 2985 tvoří ženy (74 %). Za účelem docílení reprezentativnosti výzkumu tak bylo nutné zachovat toto procentuální rozložení pohlaví. Jak je patrné z tabulky č. 2, celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 103 respondentů, z nichž 80,6 % tvořily ženy a 19,4 % muži, což lze považovat za dosažení odpovídajícího procentuálního rozložení.

Tabulka č. 2: *Četnost respondentů dle pohlaví*

	Absolutní (pozorovaná) četnost	Relativní četnost (%)
MUŽ	20	19,4
ŽENA	83	80,6
Součet	103	100

Zdroj: *vlastní zpracování*

Osloveny a vybrány byly veřejné základní školy v Praze s různým zaměřením (všeobecné, sportovní, s rozšířenou výukou jazyků, informatiky či výtvarné výchovy). Vybrané veřejné základní školy byly osloveny formou e-mailu či telefonátů prostřednictvím některého z jejich zástupců (ředitel školy, zástupce ředitele školy). Po potvrzení spolupráce byl učitelům rozeslán pomocí e-mailu odkaz na elektronickou verzi dotazníku vytvořeném v Google Forms, čímž bylo zajištěno, aby nikdo jiný, než učitelé neměl k dotazníku přístup. Po cca týdnu až dvou týdnech byly učitelé opět kontaktováni s informací o ukončení dotazování. Sběr dat probíhal během května roku 2018 na území hlavního města Prahy. Celkem bylo osloveno 10 základních škol. Jak je uvedeno v tabulce č. 3, z celkového počtu oslovených základních škol byly 3 základní školy všeobecného zaměření, 2 školy jazykového, 3 základní školy měly sportovní zaměření, 1 základní škola měla zaměření jazykové a na informatiku a 1 základní škola byla výtvarného zaměření.

- ZŠ Botičská, Praha 2
- ZŠ s RVJ Bronzová, Praha 13
- ZŠ Burešova, Praha 8
- ZŠ Eden, Praha 10
- ZŠ s RVJ Jeremenkova, Praha 4
- ZŠ Náměstí Jiřího z Lobkovic, Praze 3
- ZŠ Nedvědovo náměstí, Praha 4
- ZŠ Rakovského, Praha 12
- ZŠ Školní, Praha 4
- ZŠ Vodičkova, Praha 1

Tabulka č. 3: Četnost základních škol dle jejich zaměření

	Absolutní (pozorovaná) četnost	Relativní četnost (%)
Všeobecné	3	30
Jazykové	2	20
Sportovní	3	30
Jazykové a informatika	1	10
Výtvarné	1	10
Součet	10	100,0

Zdroj: vlastní zpracování

Chráška uvádí (2016, s. 23), že „minimální rozsah výběru n_{min} z populace, která má n prvků, by měl být $n_{min} = 0,1 \times \sqrt{n}$.“ V případě daného výzkumu se minimální rozsah výběru vypočítá dosazením do rovnice: $n_{min} = 0,1 \times \sqrt{3987} = 6,3$. Minimální počet respondentů v rámci daného výzkumu tak činí okolo 6 respondentů. Jak již bylo uvedeno, šetření se zúčastnilo 103 respondentů, tudíž minimální rozsah výběru byl naplněn. Návratnost dotazníků byla různá v závislosti na každé škole. Na některých školách byli učitelé ochotnější k participaci, na některých méně. Celkem bylo osloveno 163 učitelů, z nichž 103 učitelů kompletně vyplnilo dotazník. Celková návratnost je tedy přibližně 63 %. V tabulce č. 4 je uvedeno rozložení respondentů v rámci jednotlivých škol. Z tabulky je patrné, že nejvíce učitelů odpovědělo na ZŠ s RVJ Jeremenkova. Nejméně respondentů participovalo na dotazníku na ZŠ Burešova.

Tabulka č. 4: *Počty respondentů na jednotlivých základních školách*

Název školy	Absolutní (pozorovaná) četnost	Relativní četnost (%)
Jeremenkova	16	15,5
Bronzová	10	9,7
Školní	9	8,7
Rakovského	13	12,6
Nedvědovo náměstí	13	12,6
Burešova	6	5,8
Lobkovicovo	8	7,8
Botičská	9	8,7
Eden	7	6,8
Vodičkova	12	11,7
Součet	103	100

Zdroj: *vlastní zpracování*

4. 1. 2 Hypotézy

Na základě důkladného prostudování a zpracování odborné literatury v teoretické části práce byly stanoveny následující hypotézy.

- 1. Úroveň zdravotní gramotnosti učitelů je nejnižší v oblasti podpory zdraví.**

Jak ukázaly výsledky výzkumu zdravotní gramotnosti v České republice (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 235), úroveň zdravotní gramotnosti se lišila v jednotlivých oblastech, přičemž nejnižší úroveň zdravotní gramotnosti byla zjištěna pro oblast podpory zdraví. Lze predikovat, že u učitelů se úroveň zdravotní gramotnosti bude taktéž lišit v jednotlivých oblastech, a to v oblasti podpor zdraví. Zjištěním, u které z jednotlivých oblastí zdravotní gramotnosti je úroveň nejnižší, lze například směřovat zacílení vzdělávacích aktivit, které by rozvíjeli danou oblast zdravotní gramotnosti u učitelů.

2. Úroveň zdravotní gramotnosti klesá s věkem učitelů.

Závislost úrovně zdravotní gramotnosti na věku se ukázala dle výzkumu zdravotní gramotnosti v České republice nejvýraznější ze všech dalších osmi zapojených zemí EU (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016, s. 155). Výsledek daného empirického šetření může ukázat, zda trend závislosti úrovně zdravotní gramotnosti na věku je významný pro profesní skupinu učitelů.

3. Učitelé, kteří projevují kladný postoj k rozvoji zdravotní gramotnosti, jeví větší zájem o účast na vzdělávacích aktivitách o zdravotní gramotnosti, než učitelé, kteří o ní kladný postoj neprojevují.

Z výzkumu Lazarové a Prokopové vychází, že učitelé preferují vzdělávat se v tématech, která se váží k jimi vyučovanému předmětu (Lazarová, Prokopová, 2004, s. 269). Jak již bylo zmíněno a akcentováno, zdraví a výchova ke zdraví by se měla týkat všech učitelů bez ohledu na jimi vyučovaný předmět, a to z důvodu celospolečenského významu tématu zdraví, jak je uvedeno například v publikaci Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole (Fialová, Flemn, Marádová a Mužík, 2014, s. 151). Učitelé 2. stupně základních škol podle výsledku výzkumu Michka (2016, s. 420) jsou oproti ostatním skupinám učitelů motivovanější k aktivitám profesního rozvoje, z čehož vychází formulovaná hypotéza.

4. Vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže) bude učiteli vybráno za nejpreferovanější podobu dalšího vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti.

Z výzkumu Lazarové a Prokopové (2004, s. 265) vzešlo zjištění, že učitelé upřednostňují další vzdělávání realizované mimo školu v podobě seminářů či kurzů. Lze se domnívat, že tento závěr je stále aktuální, jak například vyplývá z výzkumu Michka, který dospěl k závěru, že učitelé 2. stupně základních škol využívají častěji než ostatní učitelé jednorázová školení

k profesnímu rozvoji (Michek, 2016, s. 420). Zjištění, jakou podobu dalšího vzdělávání učitelé preferují, lze využít pro realizaci dalšího vzdělávání zaměřeného na rozvoj zdravotní gramotnosti, jehož podoba bude pro učitele nejpřínosnější.

4. 1. 3 Testování dat

K analýze a vyhodnocení dotazníků byla využita *deskriptivní* (popisná) a *induktivní statistika*. Deskriptivní statistika data popisuje tak, „aby poskytovala co možná nejpřesnější, přehlednou a názornou informaci o měřených hromadných jevech.“ (Chráška, 2016, s. 16) Induktivní statistika se zabývá rozhodováním, „zda mezi sledovanými jevy (proměnnými) je, či není vztah.“ (Chráška, 2016, s. 16) Data získaná z dotazníkového šetření byla utříděna a zpracována pomocí programu EXCEL a jeho funkcí – zejména pomocí funkcí pro vypočítání chí-kvadrátu.

4. 2 Výsledky testování a jejich interpretace

4. 2. 1 Výsledky deskriptivní statistiky

Výzkumného šetření se zúčastnily zejména ženy, jak je patrné z tabulky č. 5: Četnost respondentů dle pohlaví. Mužské pohlaví je zastoupeno celkem 19, 4 %. Převahu ženského pohlaví lze vysvětlit tím, že v učitelské profesi jsou v dominantní míře zastoupeny ženy, a to zejména v rámci základního školství.

Tabulka č. 5: Četnost respondentů dle pohlaví

	Absolutní (pozorovaná) četnost	Relativní četnost (%)
MUŽ	20	19,4
ŽENA	83	80,6
Součet	103	100

Zdroj: vlastní zpracování

Věkové rozložení respondentů je zastoupeno od 23 let do 71 let a více, jak je uvedeno v tabulce č. 6. Věkové rozložení respondentů není rovnoměrné. Z tabulky je patrné, že nejpočetněji, téměř pětinou celkového vzorku, je zastoupeno věkové rozmezí 23–30 let a 51–60 let. Nejméně, počtem 9 respondentů, je zastoupeno věkové rozmezí 61–70 let a pouze jedním respondentem je zastoupeno věkové rozmezí 71 let a více. Zastoupení věkového rozmezí respondentů ve věku

51–60 let lze interpretovat tím, že na základních školách působí spíše starší generace učitelů a v mladší generaci není dostatek učitelů. Početně rovnocenně zastoupené věkové rozmezí 23–30 let respondentů lze vysvětlit tím, že se jedná převážně o učitele, kteří buď ještě studují a pracují ve škole na zkrácený úvazek či se jedná o učitele, kteří ukončili v nedávné době pedagogickou fakultu. Tato věková skupina učitelů může být více nakloněna a jevit kladný postoj k participaci na dotazníkovém šetření. Zastoupení respondentů, jejichž věkové rozmezí je od 61–70 let a 71 let a více lze vysvětlit tím, že učitelé zůstávají na škole i po odchodu do důchodu a například ve škole působí na částečný úvazek, například z důvodu nedostatku učitelů na školách.

Tabulka č. 6: Četnost respondentů dle věku

	Absolutní (pozorovaná) četnost	Relativní četnost (%)
23–30 let	27	26,2
31–40 let	22	21,4
41–50 let	17	16,5
51–60 let	27	26,2
61–70 let	9	8,7
71 let a více	1	1,0
Součet	103	100

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce zastoupeným nejvyšším dosaženým vzděláním učitelů je dle tabulky č. 6 magisterský stupeň, který uvedlo, že má téměř 79 % respondentů. Tento výsledek lze očekávat vzhledem k povinnému požadavku na vzdělání učitelů. S téměř 14 % je na druhém místě zastoupen bakalářský stupeň nejvyššího dosaženého vzdělání. Může se jednat o učitele, kteří v době dotazování ještě studovali magisterské studium na pedagogických fakultách. Jelikož respondenti mohli vyplnit v rámci této otázky odpověď *Jiné*, lze z tabulky vyčíst, že je zastoupen po jednom respondentu doktorský stupeň dosaženého vzdělání, rigorózní stupeň vzdělání či inženýrský titul. Jeden respondent uvedl jako nejvyšší dosažené vzdělání DiS. (diplomovaný specialista). Téměř 4 % respondentů uvedli, že mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou. Lze se domnívat, že se jedná o učitele, kteří si vysokoškolské vzdělání v době dotazování dodělávali.

Tabulka č. 7: Četnost respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

	Absolutní (pozorovaná) četnost	Relativní četnost (%)
SŠ s maturitou	4	3,9
DiS.	1	1,0
Bakalářské	14	13,6
Magisterské	81	78,6
Ing.	1	1,0
Rigorózní	1	1,0
Doktorské	1	1,0
Součet	103	100

Zdroj: vlastní zpracování

Z následující tabulky č. 8, která se vztahuje k 1. až 24. otázce v dotazníku, jimiž byla zjišťována úroveň zdravotní gramotnosti, lze vyčíst, že respondenti dosáhli nejvyššího bodového skóre v otázce č. 12 (472 bodů). Tato otázka zjišťovala, zda respondenti rozumí důvodu, proč jsou nutné zdravotní preventivní prohlídky. Druhé nejvyšší bodového skóre (466 bodů) bylo dosaženo v otázce č. 8, u níž měli respondenti na uvedené škále uvést, jak složité či snadné je pro ně zavolat záchrannou službu v případě nutnosti. V dalším pořadí se skóre 465 bodů umístila otázka č. 11, u níž měli respondenti uvést, zda rozumí varováním o vlivu kouření, nízké fyzické aktivitě a nadměrné konzumaci alkoholu na jejich zdraví. Jak z tabulky č. 7 dále vyplývá, nejnižšího bodového skóre (289 bodů) respondenti dosáhli u otázky č. 6, u které měli na škále uvést, zda je pro ně složité či snadné posoudit, zda informace v médiích o nemocích jsou důvěryhodná. Dále nejnižší skóre (290 bodů), pouze s rozdílem jednoho bodu oproti nejnižšímu skóre, pozorovatelné u otázky č. 17, u níž respondenti rozhodovali o tom, zda jsou schopni zjistit si informace o politických změnách, které mohou ovlivnit jejich zdraví. Třetího nejnižšího skóre s počtem 302 bodů bylo docíleno u otázky č. 14, jež se dotazovala na to, zda respondenti dokáží posoudit, zda informace v médiích o zdravotních rizicích jsou spolehlivé. Z výše uvedených zjištění vyplývá, že dvě otázky (č. 11, č. 12) z oblasti prevence nemocí dosáhli nejvyššího bodového skóre a jedná se o otázky, které obě spadají do dimenze *porozumění zdravotně relevantním informacím*, dle tabulky č. 1. Nejnižšího bodového skóre bylo naopak u dvou otázek (č. 6, č. 14) dosaženo v dimenzi *vyhodnocení zdravotně relevantních*

informací. U těchto dvě uvedené otázky, jež obě dosáhly nejnižšího bodového skóre, mají navíc shodné zaměření na zjištění dovedností posoudit zdravotně relevantní informace v médiích.

Tabulka č. 8: *Bodový zisk respondentů v jednotlivých otázkách úrovně zdravotní gramotnosti*

Číslo otázky	Pozorovaná četnost	Očekávaná četnost
1.	413	288,4
2.	444	288,4
3.	416	288,4
4.	415	288,4
5.	335	288,4
6.	289	288,4
7.	445	288,4
8.	466	288,4
9.	398	288,4
10.	415	288,4
11.	465	288,4
12.	472	288,4
13.	376	288,4
14.	302	288,4
15.	356	288,4
16.	372	288,4
17.	290	288,4
18.	341	288,4
19.	353	288,4
20.	396	288,4
21.	425	288,4
22.	410	288,4
23.	330	288,4
24.	335	288,4

Zdroj: *vlastní zpracování*

Dotazníkové šetření se dále zabývalo tím, jak učitelé hodnotí, pokud by v rámci jejich dalšího profesního vzdělávání byla zařazena témata, která by rozvíjela jejich zdravotní gramotnost pro účely jejich učitelské profese. Jak je patrné z tabulky č. 8, 62,1 % respondentů hodnotilo tuto otázku pozitivně a dalších 30,1 % respondentů spíše pozitivně. Pouze tak 7,8 % dotazovaných učitelů uvedlo odpověď negativně či spíše negativně.

Tabulka č. 9: Četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 25 v dotazníku

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Spíše pozitivně	31	30,1
Pozitivně	64	62,1
Spíše negativně	6	5,8
Negativně	2	1,9
Součet	103	100,0

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 10 podává přehled o odpovědích na otázku, u které měli respondenti zhodnotit, zda by se účastnili vzdělávacího kurzu k rozvoji zdravotní gramotnosti v rámci dalšího profesního vzdělávání. Ačkoliv více než 60,2 % učitelů uvedlo možnost, že by se takového vzdělávacího kurzu účastnili, poměrně velké množství 30 respondentů (29,1 %) vybralo možnost *nevím*. Důvodem může být, že učitelé nejsou v současné době relevantně informováni a seznámení s tématem zdravotní gramotnosti, a tudíž nemají informace, na jejichž základě by se rozhodli. Zbýlých 10,7 % respondentů by se takového vzdělávacího kurzu neúčastnilo.

Tabulka č. 10: Četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 26 v dotazníku

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	62	60,2
Ne	11	10,7
Nevím	30	29,1
Součet	103	100,0

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha předkládané práce obsahuje tabulku č. 11, jež popisuje četnosti odpovědí na otázku č. 27 ohledně preferencí podoby dalšího vzdělávání, pokud by jeho obsahem bylo téma zdravotní gramotnosti. Data z otázky v dotazníku byla pro přehlednost zjednodušena do tzv. kumulativních četností. Z tabulky tak vyplývá, že nejvíce respondentů, celkem 89 (86,4 %) z celkového počtu dotazovaných preferuje podobu *interního vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory*. Na druhém místě respondenti uvedli jako preferovanou podobu *vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže)*, přičemž tuto podobu upřednostňuje 74 respondentů

(71,8 %). Tento výsledek je poměrně překvapivý, vzhledem k poznatkům vyplývajících z teoretické části práce, kdy jako nejpreferovanější podoba dalšího vzdělávání bylo předpokládáno vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže). Na základě těchto výsledků usuzují, že učitelé preferují podobu dalšího vzdělávání, která je poskytovaná přímo ve škole. Předpokládám, že tato preference může být ovlivněna časovou vytížeností učitelů, a tedy tendencí preferovat podobu dalšího vzdělávání, která je z pohledu učitelů časově nenáročná. Poměrně velká část učitelů (63,1 %) preferuje *samostudium* jakožto podobu dalšího vzdělávání, jehož obsahem je zdravotní gramotnost. Domnívám se, že důvodem k této preferenci může být domněnka učitelů, že poznatky z oblasti zdravotní gramotnosti lze získat snadno z různých zdrojů či, že se jedná o oblast, jejíž poznatky jsou všeobecně známy. Z tabulky lze dále vyčíst, jaké podoby dalšího vzdělávání naopak učitelé preferují nejméně. Jedná se o *návštěvy v hodinách kolegů*, které uvedlo, že nepreferuje 64,1 % dotazovaných čili 66 respondentů. Druhou nejméně upřednostňovanou podobou dalšího vzdělávání je *vzdělávání spojené se setkáváním s kolegy z jiných škol*, které uvedlo, že nepreferuje 54 učitelů (52,4 %). Domnívám se, že nepreferování těchto dvou podob dalšího vzdělávání může spočívat v tom, že učitelé nejsou zvyklí tyto podoby využívat.

Tabulka č. 11: Četnosti odpovědí respondentů na otázku č. 27 v dotazníku

zjednodušená tabulka pozorované četnosti	nepreferované	preferované	součet
návštěvy v hodinách kolegů	66	37	103
vzdělávání spojené se setkáváním s kolegy z jiných škol	54	49	103
interní vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory	14	89	103
samostudium	38	65	103
vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže)	29	74	103
interní vzdělávání ve škole zajišťované pracovníky školy	45	58	103

otevřené vzdělávání ve škole pro skupinu učitelů, rodičů, žáků	47	56	103
--	----	----	-----

relativní četnosti (%)	nepreferované	preferované	součet
návštěvy v hodinách kolegů	64,1	35,9	100
vzdělávání spojené se setkáváním s kolegy z jiných škol	52,4	47,6	100
interní vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory	13,6	86,4	100
samostudium	36,9	63,1	100
vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže)	28,2	71,8	100
interní vzdělávání ve škole zajišťované pracovníky školy	43,7	56,3	100
otevřené vzdělávání ve škole pro skupinu učitelů, rodičů, žáků	45,6	54,4	100

Zdroj: vlastní zpracování

4. 2. 1 Výsledky induktivní statistiky

Formulované hypotézy byly testovány v programu EXCEL pomocí jeho funkce *chi kvadrát*, jež ověřuje, zda mezi proměnnými je statistická závislost. Hypotézy byly testovány na hladině významnosti 0,05.

První hypotéza, která byla ověřována, byla formulována následovně: *úroveň zdravotní gramotnosti učitelů je nejnižší v oblasti podpory zdraví*. Hypotéza zjišťovala, v jaké ze tří oblastí zdravotní gramotnosti (zdravotní péče, prevence nemocí, podpora zdraví) je výsledek úrovně dotazovaných učitelů nejnižší. Kompletní podoba testování hypotézy je uvedena

v příloze B. Testování hypotézy potvrdilo statisticky významnou závislost mezi zkoumanými jevy. Tudiž lze konstatovat, že zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví je z ostatních oblastí nejnižší. Toto zjištění si lze vysvětlit tak, že každá ze tří oblastí na sebe navazuje. Nejnižší úroveň zdravotní gramotnosti ve třetí, poslední oblasti může být způsobena zvýšenou náročností této oblasti pro učitele.

Druhá hypotéza byla stanovena ve znění: *úroveň zdravotní gramotnosti klesá s věkem učitelů*. Kompletní testování hypotézy je součástí přílohy C předkládané práce. Výsledek testování přinesl zjištění, že existuje statisticky významná závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti učitelů a jejich věkem. Hypotéza tak byla potvrzena. Zdravotní gramotnost je ovlivňována mnoha faktory, z nichž je jedním právě věk.

Třetí hypotéza testovala, *zda učitelé, kteří projevují kladný postoj k rozvoji zdravotní gramotnosti, jeví větší zájem o účast na vzdělávacích aktivitách o zdravotní gramotnosti, než učitelé, kteří o ní kladný postoj neprojevují*. Výsledek testování hypotézy, jenž je součástí přílohy D předkládané práce, potvrdil statisticky významnou závislost mezi postojem učitelů k rozvoji zdravotní gramotnosti a účastí na vzdělávacích aktivitách týkající se zdravotní gramotnosti. Tento výsledek lze vysvětlit tím, že učitelé jsou přirozeně motivováni účastnit se vzdělávacích aktivit, jejichž téma je zajímavé a vychází z jejich vnitřního zájmu.

Čtvrtá hypotéza se zabývala zkoumáním, jakou podobu dalšího vzdělávání učitelé preferují. Hypotéza byla stanovena v následujícím znění: *vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže) bude učiteli vybráno za nejpreferovanější podobu dalšího vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti*. Formulovaná hypotéza vycházela především z výzkumu Lazarové a Prokopové (2004, 265), o kterém více pojednává kapitola 3. 3 předkládané práce. Testování hypotézy je součástí přílohy E této práce. Testování hypotézy potvrdilo statistickou závislost mezi proměnnými, avšak nepotvrdil se původní předpoklad, že učitelé vyberou za nejpreferovanější podobu dalšího vzdělávání možnost *vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže)*. Na základě odpovědí dotazovaných učitelů se ukázalo pořadí preferencí uvedených podob dalšího vzdělávání následující: nejpreferovanější podobou je dle odpovědí respondentů *vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory*, následně preferovaná je podoba *vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže)*, dále *samostudium*, dále *otevřené vzdělávání ve škole pro skupinu učitelů, rodičů, žáků*, následně *interní vzdělávání ve škole zajišťované pracovníky školy*, dále je učiteli preferované *vzdělávání spojené se setkáváním s kolegy z jiných škol* a na posledním místě učitelé uvedli za nejméně přínosnou podobu dalšího vzdělávání *návštěvy*

v hodinách kolegů. Tento výsledek lze odůvodnit jednak tím, že v porovnání s výsledky z roku 2004 inklinují učitelé k preferování jiných podob dalšího vzdělávání v současné době, a jednak lze daný výsledek vysvětlit tím, že výsledná preferovaná podoba je vybrána specificky pro téma zdravotní gramotnosti, pro které mohou mít učitelé jiné preference oproti jiným tématům.

5 Diskuze

Cílem empirického šetření bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti učitelů 2. stupně na vybraných veřejných základních školách v Praze a odhalit, zda úroveň zdravotní gramotnosti učitelů 2. stupně ZŠ klesá s jejich věkem. Pozornost byla dále věnována dílčím cílům výzkumného šetření, kterými bylo zjišťováno, jaký zastávají učitelé postoj k dalšímu vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti a jakou podobu dalšího vzdělávání preferují. Za účelem naplnění výše uvedených cílů bylo využito kvantitativního výzkumu a dotazníkové metody, pomocí níž byly získány odpovědi respondentů. Výzkumné šetření bylo uskutečněno na výběrovém souboru, který odpovídal parametrům základního souboru. Též byl splněn minimální rozsah respondentů ze základního souboru, tudíž lze považovat výsledky výzkumného šetření za reprezentativní.

Výzkum úrovně zdravotní gramotnosti vycházel zejména z poznatků vzešlých z výzkumu zdravotní gramotnosti v osmi evropských zemích (viz podkapitola 2. 2) a reprezentativního výzkumu zdravotní gramotnosti v České republice (viz podkapitola 2. 3), jenž využíval metodiku výzkumného šetření v evropských zemích. Oba uvedené výzkumy vycházely z teoretického modelu zdravotní gramotnosti navrženém kolektivem autorů v čele se Sørensen (viz podkapitola 1. 3). Pro účely daného empirického šetření byly převzaty vybrané otázky zkoumající úroveň zdravotní gramotnosti dle původního výzkumu. Otázky byly vybrány s ohledem na jejich rovnoměrné zastoupení pro všechny tři oblasti a dimenze zdravotní gramotnosti dle modelu od Sørensen. Záměrem výzkumu, jenž byl realizován v rámci předkládané práce, nebylo replikovat stejnou metodiku, jaká byla využita ve výzkumu osmi evropských zemí a České republiky, a to především z důvodu omezeného a specifického zaměření předkládaného výzkumu. Záměrem není výsledná data komparovat s daty z dvou uvedených výzkumů, nýbrž spíše ilustrovat, zda je v předkládaném výzkumu možné nalézt shody s již realizovanými výzkumy, které rovněž zkoumaly úroveň zdravotní gramotnosti.

Nejnižší úroveň zdravotní gramotnosti učitelů se potvrdila v oblasti podpory zdraví. Tento předpoklad vycházel z výsledků reprezentativního výzkumu zdravotní gramotnosti v České republice, ve kterém respondenti dosáhli nejnižší úrovně právě v této oblasti zdravotní gramotnosti, a v porovnání s výzkumem v osmi evropských státech se jednalo o druhý nejnižší výsledek. Oblast podpory zdraví je cílena na schopnosti získat, porozumět, vyhodnotit a využít adekvátní informace o udržování a posilování vlastního zdraví a zdravotního potenciálu. Výchozí model je dynamický, tedy tři oblasti a jednotlivé dimenze na sebe navazují. Usuzují

tak, že v porovnání s dvěma předcházejícími oblastmi zdravotní gramotnosti (zdravotní péče, prevence nemocí) se jedná o oblast, jež vyžaduje od jedinců vyšší nároky na schopnosti relevantní ke zdravotní gramotnosti. Lze se domnívat, že je nutné posilovat u učitelů nejen schopnosti vážící se k oblasti podpory zdraví, ale zároveň také posilovat schopnosti u předchozích dvou oblastí, které předcházejí podpoře zdraví.

Výsledek šetření přinesl dále zjištění, že nejnižší úroveň zdravotní gramotnosti souvisela s otázkami týkající se médií. Vyplývá tak, že učitelé se potýkají s problémem, jak posuzovat, zda zdravotně relevantní informace v médiích jsou důvěryhodné a spolehlivé. Zjištění, že učitelé mají problém orientovat se v informacích, které zprostředkovávají média, se shodují se zjištěním z výzkumu zdravotní gramotnosti budoucích učitelů, o kterém pojednává blíže podkapitola 3. 2 této práce. Na nutnost podporovat již v průběhu pregraduálního studia schopnosti učitelů orientovat se v relevantních informacích obsažených v médiích poukazují ve své publikaci také autoři Fialová, Flemr, Marádová a Mužík (2014, s. 149).

Závislost úrovně zdravotní gramotnosti na věku byla dle očekávání potvrzena. Předpoklad vycházel z výsledku reprezentativního šetření zdravotní gramotnosti obyvatel ČR, ve kterém byla tato závislost zjištěna, a v porovnání s osmi evropskými zeměmi byla tato závislost na věku nejvyšší. Zdravotní gramotnost je ovlivňována řadou faktorů, mezi nimiž věk jedince se prokazuje jako klíčový. Domnívám se, že toto zjištění by mělo být akcentováno při rozvoji zdravotní gramotnosti učitelů a zdravotní gramotnost by měla být rozvíjena zejména u starších věkových skupin učitelů.

Souvislost mezi kladným postojem učitelů k rozvoji zdravotní gramotnosti a jejich zájmem o účast na vzdělávacích aktivitách o zdravotní gramotnosti se na základě výzkumného šetření prokázala. Tento výsledek koresponduje se zjištěním, že učitelé 2. stupně základních škol jsou oproti ostatním skupinám učitelů motivovanější k aktivitám profesního rozvoje (viz podkapitola 3. 3). Avšak nezanedbatelné množství učitelů (29,1 %) uvedlo, že neví, zda by se účastnili vzdělávacího kurzu k rozvoji zdravotní gramotnosti v rámci jejich dalšího profesního vzdělávání. Lze se domnívat, že si učitelé nemusí být vědomi nutnosti rozvíjet se v této oblasti bez ohledu na skutečnost, zda zdravotní gramotnost souvisí s jimi vyučovaným předmětem či nikoliv. Výzkum Lazarové a Prokopové (viz podkapitola 3. 3) přinesl zjištění, že učitelé preferují vzdělávání v tématech, která se váží k jimi vyučovanému předmětu. Lze usuzovat, že pokud bude u učitelů cíleně zvyšováno povědomí o multioborovém charakteru

a celospolečenském významu zdravotní gramotnosti, budou učitelé více rozhodnutí účastnit se takto zaměřených vzdělávacích aktivit.

Zkoumána byla dále učiteli preferovaná podoba dalšího vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti. Výsledky výzkumného šetření nepotvrdily původní předpoklad, že vzdělávání mimo školu (myšleno semináře, kurzy, stáže) bude učiteli vybráno za nejpreferovanější, jak bylo zjištěno výzkumem Lazarové a Prokopové (2014, s. 265), ačkoliv se tato podoba umístila v preferenci učitelů na druhém místě. Za nejpreferovanější podobu označili učitelé interní vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory. Tento výsledek neodpovídá zjištěním výzkumu Lazarové a Prokopové (2004, s. 265–266), které ze svého šetření usuzují, že učitelé preferují externí podobu vzdělávání, konané mimo školu, z důvodu možnosti dostat se z obvyklého prostředí a navázat zde nové kontakty. Je možné, že preference učitelů se mohly od realizace výzkumu Lazarové a Prokopové z roku 2004 změnit. Lze se dále domnívat, že preferovaná podoba dalšího vzdělávání zaměřeného na zdravotní gramotnost je učiteli vybírána specificky, právě z důvodu jeho zaměření na oblast zdravotní gramotnosti. S ohledem na připravované plány na podporu zdravotní gramotnosti u učitelů, jež jsou součástí Akčního plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020 (viz kapitola 3), a které uvádějí semináře a kurzy jako zvolenou podobu rozvoje zdravotní gramotnosti, je žádoucí, aby podoba těchto rozvojových vzdělávacích aktivit odpovídala aktuálním preferencím učitelů.

Za podnět k dalšímu zkoumání lze považovat například výzkumné šetření zkoumající úroveň zdravotní gramotnosti na mimopražských školách a učitelích, jelikož území hlavního města Prahy je v mnoha ohledech specifické. Přínosné a zajímavé by jistě bylo celorepublikové reprezentativní šetření zdravotní gramotnosti učitelů.

6 Závěr

Zdravotní gramotnost je pojem, který se poprvé objevil v 70. letech 20. století. Začal se vyvíjet v souvislosti se zájmem státních a nadnárodních celků o zdraví občanů a jejich výchovu ke zdraví. Potenciál zdravotní gramotnosti lze spatřovat především v tom, že umožňuje jedincům, aby byli schopni samostatně získávat, rozumět a interpretovat zdravotně relevantní informace. Na jejich základě pak mohou činit rozhodnutí o svém zdraví. Akcentován je význam zdravotní gramotnosti u specifických cílových skupin. Jednu z nich představují učitelé, kteří mohou svým působením na žáky značně přispět k rozvoji zdravotní gramotnosti mladé generace. Cílem bakalářské práce bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti učitelů se zaměřením na učitele 2. stupně veřejných základních škol v Praze a popsat možnosti rozvoje zdravotní gramotnosti u této skupiny.

Tématem, na které se práce v úvodu zaměřila, bylo představení stávajících nejdůležitějších definic a modelů zdravotní gramotnosti. Výsledkem je zjištění, že v současné době lze nalézt poměrně značné množství různých definic a modelů v závislosti na prostředí a kontextu, ke kterému je zdravotní gramotnost vztahována. Z dosud realizovaných výzkumů zdravotní gramotnosti je z pohledu předkládané práce stěžejní výzkum v osmi evropských zemích a na něj navazující reprezentativní výzkum obyvatel ČR, přičemž oba uvedené výzkumy vycházejí ze shodného teoretického modelu zdravotní gramotnosti. Dominantní postavení a vliv lze spatřovat ve Světové zdravotnické organizaci, která se oblasti zdravotní gramotnosti dlouhodobě věnuje a vydává strategie, jež jsou členskými státy, nevyjímaje Českou republiku, přijímány. V České republice je však zdravotní gramotnost poměrně novým pojmem, kterému je v současnosti věnována pozornost zejména s realizací strategie Zdraví 2020 a její součástí Akčního plánu č. 12, jenž se zaměřuje výhradně na oblast zdravotní gramotnosti. V tomto klíčovém dokumentu jsou učitelé uvedeni jako cílová skupina, u které má být zdravotní gramotnost rozvíjena a jsou zde popsány konkrétní kroky a opatření, které mají vést k rozvoji zdravotní gramotnosti u této skupiny. Lze konstatovat, že do současné chvíle jsou možnosti rozvoje zdravotní gramotnosti učitelů značně omezené a zdravotní gramotnost není obsažena v nabídce témat dalšího profesního vzdělávání učitelů. Lze se domnívat, že v blízké době budou opatření Akčního plánu implementovány do praxe a dojde k systematictějšímu rozvoji zdravotní gramotnosti učitelů.

V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že úroveň zdravotní gramotnosti učitelů se odlišují v jednotlivých zkoumaných oblastech, přičemž nejnižší úroveň učitelů byla zjištěna

v oblasti podpory zdraví. Za výsledek šetření lze považovat prokázání závislosti mezi úrovní zdravotní gramotnosti učitelů a jejich věkem, přičemž se ukázalo, že úroveň zdravotní gramotnosti klesá s věkem učitelů. Dále bylo zjištěno, že učitelé mají větší zájem účastnit se vzdělávacích aktivit o dané problematice za předpokladu, že primárně projevují kladný postoj k rozvoji zdravotní gramotnosti. Významným zjištěním jsou preference učitelů ohledně podoby dalšího vzdělávání zaměřeného na zdravotní gramotnost. Učiteli nejpreferovanější podobou je interní vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory.

Za jeden z výstupů práce lze považovat identifikaci oblastí, ve kterých byla zjištěna nízká zdravotní gramotnost učitelů, a na tyto oblasti se zaměřit a rozvíjet je, a to zejména v rámci dalšího vzdělávání učitelů. Práce též poukázala na význam a smysl rozvoje zdravotní gramotnosti u dané skupiny učitelů. Přínosným výstupem by mohlo být zjištění ohledně preferované podoby dalšího vzdělávání učitelů zaměřeného na oblast zdravotní gramotnosti, které by mohlo být reflektováno při realizaci projektů Akčního plánu.

7 Soupis bibliografických citací

AD HOC COMMITTEE ON HEALTH LITERACY FOR THE COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. *JAMA – American Medical Association*. [online]. 1999, 281(6), s. 552–557 [vid. 2018-02-26]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/279777823>.

BAKER, David, Mark WILLIAMS a kol. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling* [online]. 1999, 38(1), s. 33–42 [vid. 2018-05-10]. ISSN 0738-3991. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/4048/bd89c7fbba538ed17581c90fb7eb877f2523.pdf>.

BAKER, David. The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2006, 21(8), s. 878–879 [vid. 2018-02-26]. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x. ISSN 0884-8734. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831571/>.

BERKMAN, Nancy D., Terry C. DAVIS a Lauren MCCORMACK. Health Literacy: What Is It?. *Journal of Health Communication* [online]. 2010, 15(S2), s. 9–19 [vid. 2018-02-26]. DOI: 10.1080/10810730.2010.499985. ISSN 1081-0730. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2010.499985>.

FIALOVÁ, Ludmila, Libor FLEMR, Eva MARÁDOVÁ a Vladislav MUŽÍK. *Vzdělávací oblast Člověk a zdraví v současné škole*. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2885-1.

GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.

HAJDUCHOVÁ, Hana a kol. Zdravotní gramotnost seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb. *Praktický lékař* [online]. 2017, 97(5), s. 223–227 [vid. 2018-05-10]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=cra>

wler&jrnl=00326739&AN=126320220&h=bUn59EuGO9QCbW5bHmQSkRuViI9sqXjeTxA
RZSNH8aEIkPUWD8l02fpLd69TRJjo37GNA4GeMXAn57rYTh8wgg%3D%3D&crl=f.

HANEMANN, Ulrike. Lifelong Literacy: Some Trends and Issues in Conceptualising and Operationalising Literacy from a Lifelong Learning Perspective. *International Review of Education* [online]. 2015, 61(3), 295–326 [vid. 2018-06-30]. ISSN 0020-8566. Dostupné z: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/Hanemann-Lifelong-Literacy.pdf>.

HAUN Jolie a kol. Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments [online]. *Journal of Health Communication*. 2014, 19(2), s. 302–333 [vid. 2018-05-10]. ISSN 1087-0415. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936571>.

HEIJMANS, Monique a kol. *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union* [online]. Brusel: Evropská komise, 2015 [vid. 2018-05-11]. doi:10.2818/150402. Dostupné z: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/health_policies/docs/2015_health_literacy_en.pdf.

HLS-EU Consortium. *HLS-EU-Q Measurement of health literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU-Q16; and HLS-EU-Q86* [online]. Maastricht: HLS-EU Consortium, 2011. [vid. 2018-05-09]. Dostupné z: <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>.

HLS EU. *Comparative report on health literacy in eight eu member states* [online]. Maastricht: HLS-EU Consortium, 2012. [vid. 2017-12-14]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf.

HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-089-0.

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

HROMKOVÁ, Renata. *Rozvoj zdravotní gramotnosti prostřednictvím mateřských center*. Praha, 2016. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: Rostislav ČEVELA. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/162760/>.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice* [online]. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. [vid. 2018-04-11]. ISBN 80-86625-14-1. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/516-hodnoceni-poplitiky-podpory-zdravi-a-jeji-infrastruktury-v-ceske-republice.pdf>.

JAROLÍMEK, Jan a Michala LUSTIGOVÁ. Zdravotní gramotnost je i u mladých vysokoškoláků stále velmi nízká. *General Practitioner / Praktický Lekar* [online]. 2018, 98(1), s. 12–17 [vid. 2018-05-26]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: http://www.hygpaha.cz/dokumenty/zdravotni-gramotnost-je-i-u-mladych-vysokoskolaku-stale-velmi-nizka-3509_3509_161_1.html.

KATEDRA PEDAGOGIKY. *Výchova ke zdraví* [online]. *Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta*. 2018. [vid. 2018-06-10]. Dostupné z: <http://pages.pedf.cuni.cz/kssp/vychova-ke-zdravi/>.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KICKBUSCH, Ilona. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*. Oxford University Press: Great Britain. 2001, 16(3), s. 289–297 [vid. 2018-01-10]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/16/3/289/653857>.

KOHNNOVÁ, Jana. *Další vzdělávání učitelů a jejich profesní rozvoj*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 2004. ISBN 80-7290-148-6.

KŘÍŽ, Daniel. *Zdravotní gramotnost začínajících učitelů. Zdravotní gramotnost začínajících učitelů* [online]. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: Michal ZVÍROTSKÝ. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/134125/>.

KŘÍŽ, Jaroslav. Podpora zdraví – vývoj a perspektivy. *Hygiena* [online]. 2008, 53(1), s. 20–22 [vid. 2018-04-11]. ISSN 1802-6281. Dostupné z: <http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-1-05-full.pdf>.

KUČERA, Zdeněk, Jürgen PELIKÁN a Alena ŠTEFLOVÁ. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR - výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Journal of Czech Physicians / Časopis Lékařů Českých* [online]. 2016, 155(5), 233–241 [vid. 2018-01-10]. ISSN 0008-7335. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/zdravotni-gramotnost-obyvatel-cr-vysledky-komparativniho-reprezentativniho-setreni-59024>.

LAZAROVÁ, Bohumíra a Alice PROKOPOVÁ. Učitelé a jejich další vzdělávání: k některým psychologickým aspektům. *Pedagogika* [online]. 2004, 54(3), s. 261–273 [vid. 2018-06-10]. Dostupné z: <http://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=1812&lang=cs>.

LEVIN-ZAMIR Diane, Orna BARON-EPEL, Vicki COHEN a Asher ELHAYANY. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel [online]. *Journal of Health Communication*. 2016, 21(2), s. 61–68. [vid. 2018-05-09]. ISSN 1087-0415. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27669363>.

MARÁDOVÁ, Eva. *Vybrané kapitoly z didaktiky výchovy ke zdraví: studium: Učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů 2. stupně ZŠ a SŠ; kurz: Oborová didaktika - didaktika*

výchovy ke zdraví. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7290-662-8.

MICHEK, Stanislav. Využití aktivit podporujících profesní rozvoj a vnímání jejich překážek učiteli středních a základních škol. *Pedagogika* [online]. 2016, 66 (4), 408–426 [vid. 2018-06-27]. ISSN 2336-2189. Dostupné z: <http://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=11544&lang=cs>.

MŠMT. Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů [online]. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. [vid. 2018-05-10]. 2016. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/ministerstvo/zakon-o-pedagogickych-pracovnicich-a-o-zmene-nekterych-zakonu-1>.

MŠMT. Aktuální znění zákona o pedagogických pracovnících k 1. září 2012 [online]. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. [vid. 2018-05-10]. 2018a. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/aktualni-zneni-zakona-o-pedagogickych-pracovnicich-k-1-zari>.

MŠMT. Statistická ročenka školství - výkonové ukazatele [online]. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, odbor školské statistiky, analýz a informační strategie*. [vid. 2018-06-10]. 2018b. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>.

MŠMT ČR. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání* [online]. Praha: MŠMT, 2017 [vid. 2018-05-30]. Dostupné z: http://www.nuv.cz/uploads/RVP_ZV_2017_verze_cerven.pdf.

MZ ČR. Zdraví 21 – Cíle 1–9. In: *Zdraví pro všechny v 21. století* [online]. MZ ČR: 2002. [vid. 2018-04-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html.

MZ ČR. *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [online]. Praha: MZ ČR, 2014a [vid. 2017-12-14]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z:

https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html.

MZ ČR. *Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století* [online]. Praha: MZ ČR, 2014b [vid. 2017-12-14]. ISBN 978-80-85047-48-6. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/ramcovy-souhrn-opatreni-zdravi-2020_8526_3016_5.html.

MZ ČR. *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* [online]. Praha: MZ ČR, 2015 [vid. 2017-12-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/akcni-plany-pro-implementaci-narodni-strategie-zdravi-2020_10814_3016_5.html.

NATIONAL CENTER FOR EDUCATION STATISTICS. *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy* [online]. 2006. [vid. 2018-05-10]. Dostupné z: <https://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>.

NATIONAL CENTER FOR EDUCATION STATISTICS. Health Literacy [online]. *National Assessment of Adult Literacy (NAAL)*. [vid. 2018-05-10]. 2018. Dostupné z: <https://nces.ed.gov/naal/health.asp>.

NÁRODNÍ INSTITUT PRO DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ. O nás [online]. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [vid. 2018-06-10]. 2018. Dostupné z: <http://www.nidv.cz/o-nas>.

NÁRODNÍ SOUSTAVA POVOLÁNÍ. Učitel druhého stupně základní školy [online]. MŠMT [vid. 2018-06-10]. 2017. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/ucitel-druheho-stupne-zak>.

NENIČKOVÁ, Veronika. *Manažeri a zdravotní gramotnost (zdravotní gramotnost zdravotnických a nezdravotnických manažerů v regionu Kyjov)*. Olomouc, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce: Lubica JURÍČKOVÁ. Dostupné z: https://theses.cz/id/oyo2sg/Nenickova_Veronika_Manazeri_a_zdravotni_gramotnost.pdf?lang=en;furl=%2Fid%2Foyo2sg%2FNenickova_Veronika_Manazeri_a_zdravotni_gramotnost.pdf

;so=nx;info=1;isslret=Ot%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dticke%20ot%EF%BF%BD%25%26start%3D7.

NUTBEAM, Don. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [online]. 2000, 15(3), s. 259–267 [vid. 2018-02-25]. ISSN 0957-4824. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>.

NUTBEAM, Dan. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International* [online]. 1999, 13(4), s. 349–364. [vid. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/nutbeam.PDF>.

PARKER M. Ruth, David W. BAKER, Mark V. WILLIAMS a Joanne R. NURSS. The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 1995, 10(10), s. 537–541 [vid. 2018-05-10]. ISSN 1525-1497. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02640361>.

PROTHEROE, Joanne a kol. Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. *Health Expectations* [online]. 2017, 20(1), s. 112–119. [vid. 2018-05-09]. Doi: 10.1111/hex.12440. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26774107>.

RABUŠICOVÁ, Milada. *Gramotnost: staré téma v novém pohledu*. Brno: Masarykova univerzita & Nakladatelství Georgetown, 2002. ISBN 80-210-2858-0.

RATZAN, Scott. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* [online]. 2001, 16(2), s. 207–214 [vid. 2018-02-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>.

SHEALY, M. Kayce a Tiffany B. THREATT. Utilization of the Newest Vital Sign (NVS) in Practice in the United States. *Health Communication* [online]. 2016, 31(6), s. 679–687 [vid.

2018-05-10]. ISSN 1532-7027. Dostupné z:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2014.990079?scroll=top&needAccess=true>.

SØRENSEN Kristine, Stephan VAN DEN BROUCKE, James FULLAM, Gerardine DOYLE, Jürgen PELIKAN, Zofia SLONSKA a Helmut BRAND. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [online]. 2012(12), s. 80 [vid. 2018-01-10]. ISSN 1471-2458. Dostupné z:
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.

SØRENSEN Kristine, Jürgen PELIKAN, Florian RÖTHLIN a kol. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU) [online]. *The European Journal of Public Health*. 2015, 25(6), s. 1053–1058. [vid. 2018-05-09]. Doi: 10.1093/eurpub/ckv043. Dostupné z:
<https://academic.oup.com/eurpub/article/25/6/1053/2467145>.

TOMANOVÁ, Michaela. *Zdravotní gramotnost pedagogů se zaměřením na jejich působení v oblasti nutriční výchovy* [online]. Praha, 2017. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: Eva MARÁDOVÁ. Dostupné z:
<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/176458/>.

UNESCO. *World Illiteracy at Mid-Century* [online]. Switzerland: UNESCO, 1957. [vid. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://unesdoc.unesco.org/images/0000/000029/002930eo.pdf>.

UNESCO. *EFA Global Monitoring Report 2006: Literacy for Life* [online]. Paris: UNESCO, 2005. [vid. 2018-02-26]. ISBN 92-3-104008-1. Dostupné z:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001416/141639e.pdf>.

UNITED NATIONS Informační centrum OSN v Praze. *Charta Organizace spojených národů a Statut mezinárodního soudního dvora* [online]. UNIC: Praha, 2018. [vid. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/charta-organizace-spojenychnarodu-a-statut-mezinarodniho-soudniho-dvora.pdf>.

UNIVERSITY OF MICHIGAN. *Faculty History Project* [online]. University of Michigan: Millennium Project, 2011. [vid. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://um2017.org/faculty-history/faculty/scott-k-simonds>.

ÚSTAV PRO ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST. *Výroční zpráva za rok 2016*. [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, 2018. [vid. 2018-05-14]. Dostupné z: <http://uzg.cz/vyrocnizpravy.html>.

ÚSTAV PRO ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST. *Aliance pro zdravotní gramotnost*. [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, 2017. [vid. 2018-05-14]. Dostupné z: <http://uzg.cz/aliance.html>.

ÚSTAV PRO ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, 2018. [vid. 2018-05-14]. Dostupné z: www.uzg.cz.

VENCOVÁ, Barbora. *Zdravotní gramotnost matek s předčasně narozeným dítětem* [online]. Praha, 2015. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce: Kateřina IVANOVÁ. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/147150/>.

VOLCOVÁ, Veronika. *Zdravotní gramotnost u dospělé populace* [online]. Olomouc, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Vedoucí práce: Zdeňka MIKŠOVÁ. Dostupné z: <https://theses.cz/id/lfd9nl>.

VÝCHOVA KE ZDRAVÍ. *Výchova ke zdraví v pedagogické praxi* [online]. *Výchova ke zdraví*. [vid. 2018-05-10]. 2018. Dostupné z: <http://www.vychovakezdravi.cz/clanky/vychova-ke-zdravi-v-pedagogicke-praxi.html>.

WHO. *Declaration of Alma-Ata online*. Geneva [online]. Geneva: WHO, 1978. [vid. 2018-04-11]. Dostupné z: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion* [online]. WHO: Geneva, 1986. [vid. 2018-03-26]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.

WHO. *Health Promotion Glossary* [online]. Geneva: Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR) Health Education and Health Promotion Unit (HEP), 1998a. [vid. 2018-02-14]. WHO/HPR/HEP/98.1. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

WHO. *HEALTH21: an introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region* [online]. Copenhagen: WHO, 1998b. [vid. 2018-04-11]. ISSN 1012-7356. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/88590/EHFA5-E.pdf?ua=1.

WHO. *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World* [online]. Geneva: WHO, 2005. [vid. 2018-04-11]. Dostupné z: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1.

WHO. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being* [online]. Copenhagen: WHO, 2013a. [vid. 2018-04-11]. ISBN 978-92-890-0278-3. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=.

WHO. *Health Literacy: The Solid Facts* [online]. Copenhagen: WHO, 2013b. [vid. 2018-04-11]. ISBN 978-92-890-00154. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.

WHO. *Frequently asked questions* [online]. WHO: Geneva, 2018a. [vid. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>.

WHO. *About WHO* (The Global Guardian of Public Health) [online]. WHO: Geneva, 2018b. [vid. 2018-03-26]. Dostupné z: <http://www.who.int/about/what-we-do/global-guardian-public-health/en/>.

WHO. *About Health 2020* [online]. WHO: 2018c. [vid. 2018-04-11]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>.

8 Přílohy

Příloha A – dotazník

Vážená paní / Vážený pane,

jsem studentkou čtvrtého ročníku bakalářského studia oboru Andragogika a personální řízení na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění anonymního dotazníku týkajícího se Vaší úrovně zdravotní gramotnosti a Vašeho postoje k dalšímu vzdělávání v dané oblasti. Vyplnění dotazníku Vám zabere 5–10 minut. Instrukce k vyplnění dotazníku jsou uvedeny u každé otázky. Výsledky dotazníku budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce na téma *Úroveň zdravotní gramotnosti učitelů druhého stupně základních škol a možnosti jejího rozvoje*.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci k vyplnění dotazníku.

Justýna Neuhortová

Otázka č.	Na škále od velmi složitého po velmi snadné, jak byste řekl/a, že je pro Vás... Ke každé otázce vyberte vždy prosím jednu škálu.	1 Velmi složitě	2 Složitě	3 Nevím	4 Velmi snadné	5 Snadné
1.	Zjistit, co dělat v případě zdravotní lékařské pohotovosti?					
2.	Zjistit, kde můžete dostat profesionální pomoc, když jste nemocní?					
3.	Pochopit, co Vám doktor říká?					
4.	Rozumět příbalovým informacím u Vašeho léku?					
5.	Posoudit výhody a nevýhody různých možností léčby?					
6.	Posoudit, zda informace v médiích o nemocích jsou důvěryhodná?					
7.	Dodržovat instrukce o užívání léku?					
8.	Zavolat záchrannou službu v případě nutnosti?					
9.	Najít informace, jak zvládnout duševní problémy jako stres nebo deprese?					

10.	Najít informace, jak předejít nebo se vypořádat s nadváhou, vysokým krevním tlakem nebo vysokým cholesterolem?					
11.	Rozumět varováním o vlivu kouření, nízké fyzické aktivitě a nadměrné konzumaci alkoholu na Vaše zdraví?					
12.	Rozumět, proč jsou nutné zdravotní preventivní prohlídky?					
13.	Posoudit, které zdravotní preventivní prohlídky byste měl/a mít?					
14.	Posoudit, zda informace v médiích o zdravotních rizicích jsou spolehlivé?					
15.	Rozhodnout se, jak se můžete chránit od onemocnění na základě rad získaných od Vašich přátel nebo rodiny?					
16.	Rozhodnout se, jak se můžete chránit od onemocnění na základě informací získaných v médiích?					
17.	Zjistit si informace o politických změnách, které mohou ovlivnit Vaše zdraví?					
18.	Zjistit možnosti na podporu Vašeho zdraví v práci?					
19.	Rozumět informacím uvedených na obalech potravin?					
20.	Rozumět informacím, jak si udržet duševní zdraví?					
21.	Posoudit, jak Váš životní styl ovlivňuje Vaše zdraví?					
22.	Posoudit, jaké každodenní chování a jednání ovlivňuje Vaše zdraví?					
23.	Ovlivnit Vaše životní podmínky, které působí na Vaše zdraví a životní pohodu?					
24.	Účastnit se aktivit, které zlepšují zdraví a životní pohodu ve Vaší komunitě?					

25. **Jak byste hodnotil/a, pokud by v rámci Vašeho dalšího profesního vzdělávání měla být zařazena témata, která by rozvíjela Vaši zdravotní gramotnost pro účely Vaší učitelské profese? Vyberte prosím jednu odpověď.**

- | | | | |
|-----------------|-----------|-----------------|-----------|
| a) | b) | c) | d) |
| Spíše pozitivně | Pozitivně | Spíše negativně | Negativně |

26. **Pokud by Vám bylo nabídnuto, účastnil/a byste se vzdělávacího kurzu k rozvoji zdravotní gramotnosti v rámci Vašeho dalšího profesního vzdělávání? Vyberte prosím jednu odpověď.**

- | | | |
|--------|-------|----------|
| a) Ano | b) Ne | c) Nevím |
|--------|-------|----------|

27. **Označte prosím u každého řádku, do jaké míry od zcela nepreferovaného (1) po zcela preferované (4) považujete uvedené podoby dalšího vzdělávání, pokud by jejich obsahem bylo téma zdravotní gramotnosti?**

	1 zcela nepreferované	2 spíše nepreferované	3 spíše preferované	4	zcela preferované
a) návštěvy v hodinách kolegů	1		2	3	4
b) vzdělávání spojené se setkáváním s kolegy z jiných škol		1	2	3	4
c) interní vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory	1		2	3	4
d) samostudium		1	2	3	4
e) vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže)	1		2	3	4
f) interní vzdělávání ve škole zajišťované pracovníky školy	1		2	3	4
g) otevřené vzdělávání ve škole pro skupinu učitelů, rodičů, žáků	1		2	3	4

28. Jste:

- a) žena b) muž

29. Kolik je Vám let?

- a) 23–30 let b) 31–40 let c) 41–50 let d) 51–60 let e) 61–70 let f) 71 let a více

30. Označte prosím, jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.

- a) SŠ b) Bakalářské c) Magisterské d) Jiné: _____
s maturitou

Příloha B – testování první hypotézy

Úroveň zdravotní gramotnosti učitelů je nejnižší v oblasti podpory zdraví.

Statistická hypotéza: Četnosti jednotlivých odpovědí na otázky ohledně úrovně zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví jsou z ostatních oblastí nejnižší.

Nulová hypotéza: Četnosti jednotlivých odpovědí na otázky ohledně úrovně zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví nejsou z ostatních oblastí nejnižší.

Alternativní hypotéza: Četnosti jednotlivých odpovědí na otázky ohledně úrovně zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví jsou z ostatních oblastí nejnižší.

Nulovou hypotézu budeme testovat na hladině významnosti 0,05.

Oblast zdravotní gramotnosti	1	2	3	4	5	Součet
1	0	8	8	62	25	103
2	1	8	3	37	54	103
3	1	12	1	57	32	103
4	0	13	2	57	31	103
5	3	37	8	41	14	103
6	12	44	10	26	11	103
7	0	7	1	47	48	103
8	0	3	1	38	61	103
Oblast 1	17	132	34	365	276	824
9	0	19	5	50	29	103
10	1	13	6	45	38	103
11	1	3	2	33	64	103
12	0	2	2	33	66	103
13	1	26	3	51	22	103
14	9	41	12	30	11	103
15	3	29	6	48	17	103
16	3	32	11	13	44	103
Oblast 2	18	165	47	303	291	824
17	15	32	20	29	7	103
18	5	31	9	43	15	103
19	7	27	2	49	18	103
20	2	15	2	62	22	103
21	1	12	2	46	42	103
22	3	10	5	53	32	103
23	7	36	5	39	16	103
24	7	28	10	48	10	103
Oblast 3	47	191	55	369	162	824

	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	
	skore	skore	
č.1	413	288,4	20,6
	444	288,4	20,6
	416	288,4	20,6
	415	288,4	20,6
	335	288,4	20,6
	289	288,4	20,6
	445	288,4	20,6
	466	288,4	20,6
	3223	2307,2	20,6
č. 2	398	288,4	20,6
	415	288,4	20,6
	465	288,4	20,6
	472	288,4	20,6
	376	288,4	20,6
	302	288,4	20,6
	356	288,4	20,6
	372	288,4	20,6
	3156	2307,2	20,6
č.3	290	288,4	20,6
	341	288,4	20,6
	353	288,4	20,6
	396	288,4	20,6
	425	288,4	20,6
	410	288,4	20,6
	330	288,4	20,6
	335	288,4	20,6
	2880	2307,2	

Oblast zdravotní gramotnosti	pozorované četnosti	očekávané četnosti
zdravotní péče	3223	2307,2
prevence nemoc	3156	2307,2
podpora zdraví	2880	2307,2

Chitest 2,3834E-178

Chyba je menší než 5% - nulovou hypotézu můžeme zamítnout.
Přijímáme alternativní hypotézu.

Závěr: Četnosti jednotlivých odpovědí na otázky ohledně zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví jsou z ostatních oblastí nejnižší.

S pravděpodobností 95% je zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví z ostatních oblastí nejnižší.

Příloha C – testování druhé hypotézy

Úroveň zdravotní gramotnosti klesá s věkem učitelů.

Statistická hypotéza: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem učitelů.

Nulová hypotéza: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem učitelů.

Alternativní hypotéza: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem učitelů.

Nulovou hypotézu budeme testovat na hladině významnosti 0,05.

Věk respondentů	Počet
23-30 let	27
31-40 let	22
41-50 let	17
51-60 let	27
61-70 let	9
71 let a více	1
Součet	103

Zjednodušená tabulka

Věk respondentů	Počet
23-40 let	49
41-60 let	44
61 let a více	10
Součet	103

									pozorovaná četnost	očekávaná četnost	
23-40 let		1	2	3	4	5	Součet		skore	skore	
	1	0	6	4	27	12	49		192	147	9,8
	2	0	3	1	18	27	49		216	147	9,8
	3	0	7	0	24	18	49		200	147	9,8
	4	0	4	0	27	18	49		206	147	9,8
	5	1	16	2	21	9	49		168	147	9,8
	6	4	22	2	12	9	49		147	147	9,8
	7	0	2	0	24	23	49		215	147	9,8
	8	0	1	0	16	32	49		226	147	9,8
	9	4	9	1	22	13	49		178	147	9,8
	10	5	1	1	22	20	49		198	147	9,8
	11	1	1	0	15	32	49		223	147	9,8
	12	0	1	0	14	34	49		228	147	9,8
	13	0	13	0	23	13	49		183	147	9,8
	14	4	21	3	12	9	49		148	147	9,8
	15	3	13	1	10	22	49		182	147	9,8
	16	0	15	2	23	9	49		173	147	9,8
	17	7	16	7	13	6	49		142	147	9,8
	18	4	15	2	19	9	49		161	147	9,8
	19	3	13	0	22	11	49		172	147	9,8
	20	0	5	0	31	13	49		199	147	9,8
	21	0	3	0	23	23	49		213	147	9,8
	22	1	3	1	26	18	49		204	147	9,8
	23	4	16	1	19	9	49		160	147	9,8
	24	2	14	2	23	8	49		168	147	9,8
		43	220	30	486	397	1176	1176	4502	3528	
41-60	1	2	0	4	27	11	44		177	132	8,8
	2	1	3	2	18	20	44		185	132	8,8
	3	1	4	1	26	12	44		176	132	8,8
	4	0	7	2	26	9	44		169	132	8,8
	5	2	16	5	18	3	44		136	132	8,8
	6	6	18	6	13	1	44		117	132	8,8
	7	0	3	1	19	21	44		190	132	8,8
	8	0	2	1	17	24	44		195	132	8,8
	9	1	7	4	25	7	44		162	132	8,8
	10	0	6	4	20	14	44		174	132	8,8
	11	0	2	2	13	27	44		197	132	8,8
	12	0	1	2	14	27	44		199	132	8,8
	13	1	10	3	24	6	44		156	132	8,8
	14	4	16	7	16	1	44		126	132	8,8
	15	0	12	4	23	5	44		153	132	8,8
	16	3	14	7	18	2	44		134	132	8,8
	17	5	13	10	15	1	44		126	132	8,8
	18	1	13	5	21	4	44		146	132	8,8
	19	2	11	2	24	5	44		151	132	8,8
	20	1	8	2	27	6	44		161	132	8,8
	21	1	7	2	19	15	44		172	132	8,8
	22	2	4	5	23	10	44		167	132	8,8
	23	2	15	4	18	5	44		141	132	8,8
	24	4	11	6	22	1	44		137	132	8,8
		39	203	91	486	237	1056	1056	3847	3168	

61 a více	1	0	0	0	8	2	10		42	30	2
	2	0	2	0	2	6	10		42	30	2
	3	0	1	0	7	2	10		40	30	2
	4	0	2	0	4	4	10		40	30	2
	5	0	5	1	2	2	10		31	30	2
	6	2	4	2	1	1	10		25	30	2
	7	0	2	0	4	4	10		40	30	2
	8	0	0	0	5	5	10		45	30	2
	9	0	3	0	3	4	10		38	30	2
	10	0	2	1	3	4	10		39	30	2
	11	0	0	0	5	5	10		45	30	2
	12	0	0	0	5	5	10		45	30	2
	13	0	3	0	4	3	10		37	30	2
	14	1	4	2	2	1	10		28	30	2
	15	0	4	1	3	2	10		33	30	2
	16	0	3	2	3	2	10		34	30	2
	17	3	3	3	1	0	10		22	30	2
	18	0	3	2	3	2	10		34	30	2
	19	2	3	0	3	2	10		30	30	2
	20	1	2	0	4	3	10		36	30	2
	21	0	2	0	4	4	10		40	30	2
	22	0	2	0	4	4	10		40	30	2
	23	1	5	0	2	2	10		29	30	2
	24	1	3	2	3	1	10		30	30	2
		11	58	16	85	70	240	240	865	720	

pozorované četnosti	očekávané četnosti
4502	3528
3847	3168
865	720

chitest 4,64227E-97

Chyba je menší než 5% - nulovou hypotézu můžeme zamítnout.

Přijímáme alternativní hypotézu.

Závěr: S pravděpodobností 95% existuje statisticky významná závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti učitelů a jejich věkem.

Příloha D – testování třetí hypotézy

Učitelé, kteří projevují kladný postoj k rozvoji zdravotní gramotnosti, jeví větší zájem o účast na vzdělávacích aktivitách o zdravotní gramotnosti, než učitelé, kteří o ní kladný postoj neprojevují.

Statistická hypotéza: Existuje závislost mezi kladným postojem učitelů k rozvoji zdravotní gramotnosti a účastí na vzdělávacích aktivitách o zdravotní gramotnosti.

Nulová hypotéza: Neexistuje závislost mezi kladným postojem učitelů k rozvoji zdravotní gramotnosti a účastí na vzdělávacích aktivitách o zdravotní gramotnosti.

Alternativní hypotéza: Existuje závislost mezi kladným postojem učitelů k rozvoji zdravotní gramotnosti a účastí na vzdělávacích aktivitách o zdravotní gramotnosti.

Nulovou hypotézu budeme testovat na hladině významnosti 0,05.

	Ano	Ne	Nevím	součet
Spíše pozitivně	17	3	11	31
Pozitivně	45	1	18	64
Spíše negativně	0	5	1	6
Negativně	0	2	0	2
součet	62	11	30	103

očekávané četnosti

18,66019417	3,310679612	9,029126214
38,52427184	6,834951456	18,6407767
3,611650485	0,640776699	1,747572816
1,203883495	0,213592233	0,582524272

Závěr: S pravděpodobností 95 % existuje statisticky významná závislost mezi kladným postojem učitelů k rozvoji zdravotní gramotnosti a účastí na vzdělávacích aktivitách o zdravotní gramotnosti.

Příloha E – testování čtvrté hypotézy

Vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže) bude učiteli vybráno za nejpreferovanější podobu dalšího vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti.

Statistická hypotéza: Četnosti jednotlivých odpovědí na otázku ohledně nejpreferovanější podoby dalšího vzdělávání budou rozdílné.

Nulová hypotéza: Četnosti jednotlivých odpovědí na otázku ohledně nejpreferovanější podoby dalšího vzdělávání budou stejné.

Alternativní hypotéza: Četnosti jednotlivých odpovědí na otázku ohledně nejpreferovanější podoby dalšího vzdělávání budou rozdílné.

Nulovou hypotézu budeme testovat na hladině významnosti 0,05.

podoby dalšího vzdělávání	zcela nepreferované	spíše nepreferované	spíše preferované	zcela preferované	součet
návštěvy v hodinách kolegů	30	36	31	6	103
vzdělávání spojené se setkáváním s kolegy z jiných škol	16	38	45	4	103
interní vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory	5	9	65	24	103
samostudium	14	24	39	26	103
vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže)	8	21	48	26	103
interní vzdělávání ve škole zajišťované pracovníky školy	16	29	49	9	103
otevřené vzdělávání ve škole pro skupinu učitelů, rodičů, žáků	16	31	44	12	103
teoretická četnost	25,75	25,75	25,75	25,75	

chitest	test na hladině alfa=0,05	bodové skóre	pořadí	podoba vzdělávání
0,000105276	H0 můžeme zamítnout	219	7.	návštěvy v hodinách kolegů
3,49641E-09	H0 můžeme zamítnout	243	6.	vzdělávání spojené se setkáváním s kolegy z jiných škol
7,30956E-19	H0 můžeme zamítnout	314	1.	interní vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory
0,00642016	H0 můžeme zamítnout	283	3.	samostudium
4,43777E-07	H0 můžeme zamítnout	298	2.	vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže)
7,52385E-08	H0 můžeme zamítnout	257	5.	interní vzdělávání ve škole zajišťované pracovníky školy
1,51545E-05	H0 můžeme zamítnout	258	4.	otevřené vzdělávání ve škole pro skupinu učitelů, rodičů, žáků

Závěr: S pravděpodobností 95% jsou četnosti odpovědí na danou otázku rozdílné, přičemž učitelé vybírají za nejpreferovanější podobu dalšího vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti interní vzdělávání ve škole zajišťované externími lektory, následně vzdělávání mimo školu (semináře, kurzy, stáže), dále samostudium, dále otevřené vzdělávání ve škole pro skupinu učitelů, rodičů, žáků, následně interní vzdělávání ve škole zajišťované pracovníky školy, dále vzdělávání spojené se setkáváním s kolegy z jiných škol a na posledním místě učitelé vybírají podobu návštěv v hodinách kolegů.