

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2016

Renata Hromková

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Rozvoj zdravotní gramotnosti prostřednictvím mateřských center

Renata Hromková

Vedoucí práce: MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D.

Studijní program: Učitelství pro střední školy

Studijní obor: Učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů pro základní školy a střední školy pedagogika - výchova ke zdraví

2015

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra pedagogiky

Zadání DIPLOMOVÉHO ÚKOLU
akademický rok 2015/2016

Jméno a příjmení studenta: Renata Hromková
Studijní program: Učitelství pro střední školy
Studijní obor: Učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů pro
základní školy a střední školy pedagogika -
výchova ke zdraví
Název tématu práce v českém jazyce: Rozvoj zdravotní gramotnosti
prostřednictvím mateřských center

Název tématu práce v anglickém jazyce: The development of health literacy
through mother's centers

Pokyny pro vypracování:

Vedoucí práce: MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D.

Předpokládaný rozsah diplomové práce:

Datum zadání práce:

Předběžný termín odevzdání práce:

V Praze dne:

.....
vedoucí katedry

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Rozvoj zdravotní gramotnosti prostřednictvím mateřských center pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 1. 3. 2016

.....
podpis

Poděkování:

Ráda bych touto cestou vyjádřila svoje poděkování MUDr. Bc. Rostislavu Čevelovi, Ph.D. za jeho cenné připomínky, trpělivost a ochotu při vedení mé diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat Mgr. Rut Kolínské, která mi vyšla maximálně vstříc a umožnila mi přístup ke všem potřebným informacím a pomohla mi cennými radami a také MUDr. Haně Zamrazilové Ph.D. z endokrinologického ústavu za pomoc se statistickým zpracováním dat.

NÁZEV:

Rozvoj zdravotní gramotnosti prostřednictvím mateřských center

AUTOR:

Renata Hromková

KATEDRA (ÚSTAV)

Katedra pedagogiky

VEDOUCÍ PRÁCE:

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D.

ABSTRAKT

Světová zdravotnická organizace definuje zdravotní gramotnost jako „...poznávací a společenské dovednosti, které určují motivaci a schopnost lidí získávat, pochopit a využít zdravotní informace k podpoře svého zdraví.“ V současnosti dochází k velkému rozvoji informací i v této oblasti, ale tyto informace bývají často neodborné a protichůdné. Mateřská centra se svými programy jsou vhodným místem pro rozvoj zdravotní gramotnosti. Od roku 1992, kdy u nás vzniklo první mateřské centrum došlo k velkému rozvoji těchto organizací. Nyní zastřešující organizace Síť mateřských center, která má na svých stránkách heslo: „Ruka, která hýbe kolébkou, hýbe celým světem.“, sdružuje více než 330 mateřských center. Toto heslo lze přetransformovat v rovině zdravotní gramotnosti „zdravá rodina = zdravá společnost“. Klienty mateřských center se stávají často již ženy gravidní a návštěvnost se týká především rodin s malými dětmi přes prarodiče, což je vhodné prostředí pro primární prevenci v oblasti komplexního přístupu ke zdraví.

YMCA v České republice má ve svém znaku červený rovnostranný trojúhelník, který symbolizuje rovnováhu a harmonický rozvoj duše, ducha a těla, což je v souladu s definicí zdraví dle WHO. Cílem této práce je vytvořit vhodné materiály (pracovní listy,

brožury, DVD aj.) dle požadavků klientů mateřských center a klientů YMCA Praha, tak aby byly v souladu s názory odborníků v oblasti zdravotní gramotnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní gramotnost, mateřské centrum, zdraví.

TITLE:

The development of health literacy through mother's centers

AUTHOR:

Renata Hromková

DEPARTMENT:

Department of Education

SUPERVISOR:

MUDr. Bc. Rostislav Čevela, Ph.D.

ABSTRACT:

The World Health Organization defines health literacy as "... the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of people to access, understand and use health information to support their health." At present there is a great development of information in this area, but this information is often improper and contradictory. Maternity centers with their programs, which are suitable for the development of health literacy. Since 1992, when the birth of the first in our maternity center has been a great development of these organizations. Now, the covering organization of Mothers' Centers Network, which has a motto on its website: "The hand that moves the cradle moves the world.", Brings together more than 330 maternity centers. This password can be transformed in a plane Health Literacy "Healthy Family = healthy society". Clients maternity centers become often the women already pregnant and traffic concerns mainly families with young children through grandparents, which is a suitable environment for primary prevention in a holistic approach to health.

YMCA in the Czech Republic has in its emblem the red equilateral triangle , which symbolizes balance and harmonious development of the soul , spirit and body, which is

consistent with the definition of health by the WHO. The aim of this work is to develop suitable materials (handouts, brochures , DVDs etc.) According to the requirements of clients maternity centers and YMCA clients so that they are consistent with the views of experts in health literacy.

KEYWORDS

health literacy, parent center, health .

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD | 7 |
| 1. TEORETICKÁ ČÁST | |
| 1.1. Mateřská centra | 9 |
| 1.1.2. Síť mateřských center | 10 |
| 1.1.3. Historie mateřských center v České republice | 13 |
| 1.1.4. Založení a rozvoj mateřských center | 15 |
| 1.1.5. Přínosy mateřských center | 19 |
| 1.1.6. Mateřské centrum a jeho role v pro-rodinné politice | 20 |
| 1.1.7. Mateřské centrum a jeho role v občanské společnosti | 22 |
| 1.1.8. Mateřské centrum a jeho role v propojení profesního a rodinného života ženy | 23 |
| 1.1.9. Mateřské centrum a jeho role v preventivní činnosti | 25 |
| 1.2. Zdravotní gramotnost - definice | 27 |
| 1.2.1. Zdravotní gramotnost - modely | 31 |
| 1.2.2. Zdravotní gramotnost - role | 38 |
| 1.2.3. Zdravotní gramotnost - rozvoj | 39 |
| 1.3. Vymezení pojmu zdraví a jeho definice | 43 |
| 1.3.1. Determinanty zdraví | 46 |
| 1.3.2. Sociální determinanty zdraví | 50 |
| 2. PRAKTICKÁ ČÁST | |
| 2.1. Cíl práce a výzkumné otázky | |
| 2.1.1. Cíl výzkumu | 54 |
| 2.1.2. Hypotézy práce | 54 |
| 2.2. Metodika výzkumu | 55 |
| 2.2.1. Metody, techniky sběru dat a popis zkoumaného souboru | 55 |
| 2.2.2. Použité statistické metody | 56 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 3. | VÝSLEDKY VÝZKUMU | |
| 3.1. | Pojem zdravotní gramotnost | 57 |
| 3.2 | Zdravotní gramotnosti v oblastech | |
| 3.2.1. | Zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče | 61 |
| 3.2.2. | Zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí | 63 |
| 3.2.3. | Zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví | 65 |
| 3.2.4. | Edukační materiál pro rozvoj zdravotní gramotnosti | 66 |
| 4. | DISKUZE | 86 |
| 5. | ZÁVĚR | 93 |
| 6. | SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ | 95 |
| 7. | PŘÍLOHA | 101 |

ÚVOD

Ve své diplomové práci se věnuji problematice zdravotní gramotnosti a možnosti jejího šíření speciálně prostřednictvím Sítě mateřských center a organizace YMCA v České republice. Dlouhá léta funguji jako dobrovolník a později také jako zaměstnanec prvního mateřského centra YMCA Praha v České republice. Mateřská centra začala vznikat spontánně od roku 1992 dle vzoru mateřských center v Německu založených na principu vzájemné pomoci. V současné době je i mnoho komerčních subjektů využívajících tohoto názvu. Občanské sdružení Sít' mateřských center vzniklo v roce 2001 a zastřešuje cca 330 mateřských center, která se hlásí k původní myšlence a dnes i rozšířenému poslání posilování hodnot rodiny a mezigeneračních vztahů, úlohy rodičů, mateřské a otcovské role ve společnosti, právní ochrany rodiny a rovných příležitostí pro všechny a podpory zdravého života ve zdravém prostředí. Mateřská centra vznikala a vznikají ve velkoměstech, menších a malých městech, ale také na vesnicích. Provozovatelé mateřského centra jsou často jejich přímými uživateli, kteří si i sami určují náplň svých aktivit dle svých přání, a tím jsou mateřská centra ve svých aktivitách pestrá.

Tato práce volně navazuje na moji bakalářskou práci, ve které jsem zmapovala centra v České republice a nabídku jejich služeb. Mateřská centra vytváří bezpečný a otevřený prostor pro setkávání se a zároveň též prostor pro posilování role rodiny v dnešní společnosti. Současní klienti mateřských center mají ale vyšší požadavky než jejich předchůdci před dvaceti lety a požadují i aktivity na poli vzdělávacím, kulturním a sportovním. Zde shledávám vhodný prostor pro rozvoj zdravotní gramotnosti.

Sít' mateřských center má na svých stránkách heslo: „Ruka, která hýbe kolébkou, hýbe celým světem.“, které lze přetransformovat v rovině zdravotní gramotnosti „zdravá rodina = zdravá společnost“. Klienty mateřských center se stávají často již ženy gravidní a návštěvnost se týká především rodin s malými dětmi přes prarodiče, což je vhodné prostředí pro primární prevenci v oblasti komplexního přístupu ke zdraví.

YMCA v České republice má ve svém znaku červený rovnostranný trojúhelník, který symbolizuje rovnováhu a harmonický rozvoj duše, ducha a těla, což je v souladu s

definicí zdraví dle WHO. YMCA Praha kromě tří mateřských center provozuje také dva nízkoprahové kluby, takže její klientela je velice pestrá od rodin s malými dětmi, přes adolescenty až k seniorům (prarodiče).

Cílem této práce je vytvořit vhodné materiály (pracovní listy, brožury, DVD aj.) dle požadavků klientů mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a klientů Rodinného centra Haštalská YMCA Praha tak, aby byly v souladu s názory odborníků v oblasti zdravotní gramotnosti.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1. 1. Mateřská centra

Co jsou mateřská centra?

Na stránkách zastřešující organizace Sítě mateřských center se můžeme dočíst:

Mateřské centrum nabízí bezpečné zázemí dětem, matkám, otcům, rodičům i prarodičům ke sdílení, vzájemné podpoře a spolupráci. Mateřská centra provozují neziskové organizace. Nezáleží na šíři programů a služeb, velikosti ani na názvu centra, ale na dodržování know-how MC, jehož nositelkou je Sít MC a členská centra zaštiťuje garancí, která je pro ně zavazující.

Základním posláním mateřských center je primární prevence patologických jevů v rodině ve společnosti:

- nabízejí veřejný a bezpečný prostor pro rodinu
- umožňují prevenci sociálního vyloučení
- podporují vícegenerační soužití

Sociální práce mateřských center spočívá na principu svépomocných skupin – na:

- vzájemném naslouchání
- vzájemném poradenství
- vzájemném učení a učení se
- na vzájemné svépomoci

Společenství v mateřských centrech motivuje k aktivní účasti na životě komunity:

- ke zlepšování životních podmínek komunity
- k integraci odlišných
- k podílu na rozhodování (<http://www.materska-centra.cz/>)

„Princip fungování mateřských center je vlastně strašně jednoduchý: umět se včas spojit s lidmi – v tomto případě s matkami – které mají také malé děti a obdobné problémy a tohoto svého „handicapu“ využít k zorganizování krásné komunity, skupiny lidí, kteří se rádi scházejí, pomáhají si, rozumějí si a je jim spolu dobře. A jejich dětem také.“ (KOLÍNSKÁ, 1995).

Matoušek v slovníku sociální práce uvádí, že mateřské centrum je svépomocné komunitní středisko provozované sdružením matek. Hlavním smyslem aktivit mateřského centra je prevence izolovanosti matek během mateřské dovolené (MATOUŠEK, 2003).

Důležitým aspektem vzniku mateřských center je, že mateřská centra u nás vznikala spontánně od roku 1992 dle vzoru mateřských center v Německu. Žádná instituce ani organizace neiniciovala tuto aktivitu. Ve Španělsku podobný typ organizace vznikl na popud španělské katolické církve (<http://www.cofzaragoza.com/>).

1.1.2. Síť mateřských center

Od roku 1999 dochází k velkému nárůstu vznikajících mateřských center a z tohoto důvodu je v roce 2002 založena Síť mateřských center jako zastřešující organizace, která se snaží koordinovat, propagovat a rozšiřovat hnutí mateřských center a také usiluje o zapojení do mezinárodních organizací. Úkolem Sítě je také posilovat hodnoty rodiny, mezigeneračních vztahů, úlohy rodičů, mateřské a otcovské role ve společnosti, podporu právní ochrany rodiny, mateřství a rovných příležitostí pro všechny a také podpora zdravého života ve zdravém prostředí (VÝROČNÍ ZPRÁVA SÍŤE MATEŘSKÝCH CENTER, 2009).

Poslání Sítě MC :

- propojuje
 - jednotlivá centra (cca 300 v ČR)
 - organizace – státní i nestátní, doma i v zahraničí
 - odborníky a odbornice
 - zprostředkovává spojení s firmami i médii
- prosazuje a posiluje občanský život komunity
 - hodnoty rodiny a mezigeneračních vztahů
 - mateřskou a otcovskou roli v rodině a společnosti
 - právní ochranu rodiny
 - rovné příležitosti pro všechny
 - zdravý život ve zdravém prostředí
 - roli MC v systému předškolní péče

- podporuje začínající i zavedená mateřská centra spolupráci v jednotlivých krajích
- mapuje aktivity svých členů, názorovou škálu, zpětnou vazbu trendy v péči o rodiny včetně zahraničních příležitosti pro své členy a pro rodiny obecně možnosti, jak nápady snadno sdílet
- vyhledává a šíří příklady dobré praxe: v mateřských centrech – služby pro rodinu v organizacích – podpora rodiny ve firmách – péče o zaměstnance, podpora zaměstnanosti žen
- inspiruje k rozvoji a šíření nových dobrých nápadů k obnově a zachování tradic (<http://www.materska-centra.cz/>)

Dne 4. 3. 2011 došlo k rozkolu uvnitř Sítě mateřských center a ke vzniku nové sekce - **Unie Center pro rodinu a komunitu**. Na jejich internetových stránkách se můžeme dočíst, že Unie center pro rodinu a komunitu sdružuje komunitní, rodinná a jinak zvaná centra pro rodinu a podporuje jejich iniciativy pro zvyšování kvality v různých oblastech společenského života a přijímá vůdčí roli v transformaci mateřských a rodinných center na centra komunitní, poskytující profesionální služby v sociální a vzdělávací oblasti. (<http://www.uniecenter.cz/>).

Unie Center pro rodinu a komunitu. Je zapojena do projektu Národní strategie Zdraví 2020. Vláda ČR odsouhlasila akční plány, které mají napomoci řešit zejména otázku zdravotní prevence široké populace. Centra by podle plánu měla mít možnost získat akreditaci pracoviště poskytující služby v oblasti pohybové gramotnosti a pohybových aktivit (díky zázemí i spolupráci s kvalifikovanými lektory). Opatření má vést k vyšší profesionalizaci služeb v oblasti podpory pohybu nabízených v centrech a otevření možnosti čerpat příspěvky ze zdravotních pojišťoven na úhradu služeb využívaných klienty centra. Příprava prováděcích opatření (tvorba registru poskytovatelů služeb pro podporu pohybových aktivit, certifikace lektorů pohybových aktivit a gramotnosti apod.) by měla proběhnout během roku 2016, následně by systém měl být funkční (<http://www.uniecenter.cz/>)

Unie Center pro rodinu a komunitu spolupracuje s mnoha odborníky např. FFUK, Národní síť podpory zdraví, a vytvořila projekt Finanční a zdravotní gramotnosti pro veřejnost. Projekt podpořený programem Vzdělávání pro konkurenceschopnost a Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy reaguje na dva palčivé problémy současné společnosti: nezdravé zadlužování a nízkou finanční gramotnost na straně jedné a nezdravý životní styl a stoupající obezitu a nadváhu občanů na straně druhé.

Síť mateřských center podobný projekt zatím nemá vypracovaný. Součástí této diplomové práce je zjistit povědomí koordinátorů mateřských center o zdravotní gramotnosti a možnosti šíření právě jejich prostřednictvím a vytvoření podkladů pro program na rozvoj zdravotní gramotnosti při zachování principů mateřských center. Mateřská centra soustředěná do Sítě mateřských center stále alespoň částečně pracují na principu sounáležitosti, dobrovolnosti a občanské spolupráce.

Síť mateřských center

Mezinárodní spolupráce se snaží šířit myšlenku mateřských center dál a Síť mateřských center spolu s německými kolegyněmi založila mezinárodní síť MC MINE. Matky v mateřských centrech se snaží zlepšovat životní podmínky rodin s dětmi, proto byly přizvány ke spolupráci v Huairou komisi a staly se členem celosvětového sdružení svépomocných ženských skupin GROOTS. Mezinárodní spolupráce umožňuje Síti mateřských center prezentovat práci mateřských center v zahraničí na setkáních se spolupracujícími organizacemi nebo na velkých projektech, zejména ve spolupráci s OSN jako je World Urban Forum, Unites Cities, Expo a podobně. (<http://www.materska-centra.cz/>)

Vize Sítě mateřských center (Síť MC), která vznikla z potřeby dlouholeté neformální spolupráce mateřských center (MC), spočívá na dvou provázaných idejích:

1. Síť MC jako záruka kvality know-how MC a trvale udržitelné existence MC v ČR
2. Společnost přátelská rodině (VÝROČNÍ ZPRÁVA SÍTĚ MATEŘSKÝCH CENTER, 2014).

Činnost, hlavní myšlenky a základní programy mateřských center jsou přijímány pozitivně a v současné době existuje na území České republiky cca 600 MC. Provést přesnou statistiku je téměř nemožné. Mateřské centrum, jako subjekt nemá svoji ochrannou známku a pod tímto názvem je možno nalézt i subjekty ryze komerční. Mnohá z nich se nehlásí k žádné zastřešující organizaci a některá jsou členy jiných sdružení. Mateřská centra, která alespoň částečně zachovávají původní myšlenku svépomoci se nejvíce, více než polovina, sdružují pod Sítí MC (HROMKOVÁ, 2012). Základní poslání mateřských center spočívá, dle dokumentů Sítě mateřských center v primární prevenci patologických jevů v rodině a ve společnosti. (VÝROČNÍ ZPRÁVA SÍTĚ MATEŘSKÝCH CENTER, 2014).

1.1.3. Historie mateřských center v České republice

Historie mateřských center v České republice by se dala rozdělit do dvou základních fází. V prvním období dochází k rozvoji myšlenek mateřských center a k jejich vzniku na celém území České republiky. Toto období trvá od roku 1990 do roku 2002. V roce 2002 byla v Praze zakladatelkou prvního mateřského centra Mgr. Rut Kolínskou založena zastřešující organizace Sít' mateřských center. V roce 2011 došlo k odštěpení a vytvoření nové organizace, která již není založena na principech původních mateřských center - **Unie Center pro rodinu a komunitu.**

Historie mateřských center a historie Sítě mateřských center je zaznamenána v tabulce č. 1., která vychází z výročních zpráv Sítě mateřských center a jiných jejich dokumentů:

Tabulka č. 1

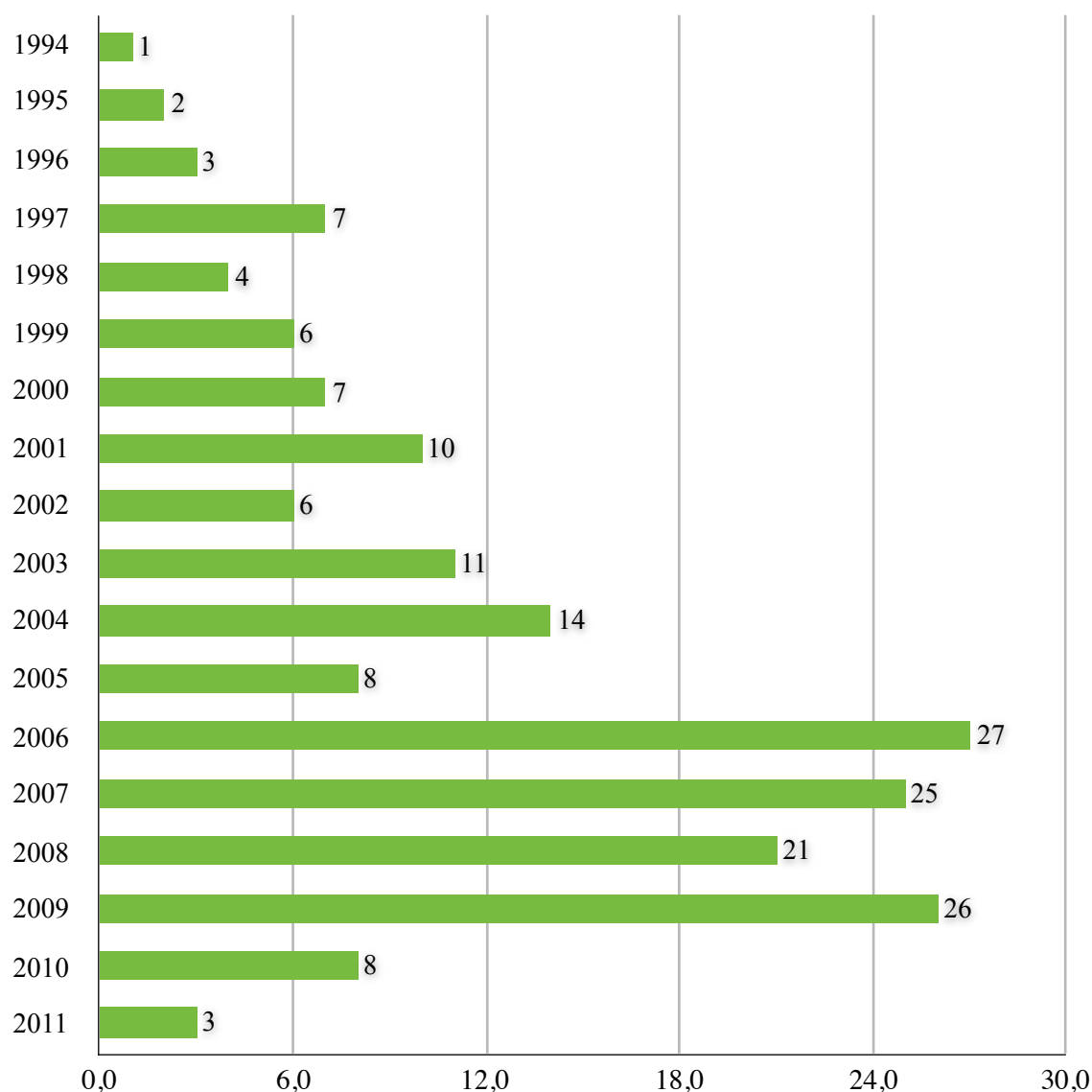
Zdroj: Historie Sítě mateřských center. www.materska-centra.cz a Výroční zprávy Sítě mateřských center z let 2005 - 2014.

| rok | důležité události |
|-------------|--|
| 1990 | první informace o mateřských centrech v Německu |
| 1991 | exkurze Pražských matek do Mnichova, 1. seminář o zakládání MC |
| 1992 | vznik I. MC v YMCA Praha |
| 1993 | účast na spolkovém kongresu MC v Mnichově |
| 1995 | 2. seminář Jak začít |
| 1996 | účast na spolkovém kongresu MC ve Stuttgartu |
| 1997 | 1. kongres MC v ČR |
| 1998 | 3. seminář Jak začít |
| 1999 | členství v HUIROU Komisi OSN, 78 MC v ČR |
| 2000 | účast na Expo, členství v GROOTS, NY, 101 MC v ČR |
| 2001 | účast na GWIA, Habitat OSN, zasedání HUIROU Komise v New Yorku, 101 MC v ČR |
| 2002 | založení Sítě MC v ČR, Dubajská cena pro MINE – evropská síť MC |
| 2003 | 2. celorepublikový kongres pod záštitou vládního zmocněnce pro lidská práva Jana Jařaba, R. Kolínská - mezinárodní titul Žena Evropy |
| 2004 | účast na konferenci Safety City v Barceloně |
| 2005 | projekt: MPSV, Nizozemského království, holanské nadace Bernard van Leer Foundation), 119 MC v ČR |
| 2006 | Projekt – Rozvoj profesionálních služeb MC v ČR – podpora MPSV a další projekty financované sociálním fondem EU, 189 MC v ČR |
| 2007 | Rozvoj profesionálních služeb Sítě MC v krajích ČR – podpora MPSV a další projekty např. rovné příležitosti, 246 MC |
| 2008 | Mezinárodní projekt The Grassroots Women´s International Academy, další projekty financované z prostředků EU, 289 MC |
| 2009 | The Grassroots Women´s International Academy, 313 MC v ČR |
| 2010 | projekty financované z EU a MPSV, 338 MC v ČR |
| 2011 | projekty financované z EU a MPSV, 350 MC v ČR |
| 2012 | projekty financované z EU a MPSV, 350 MC v ČR |
| 2013 | profesní rekvalifikace Chůva pro děti do zahájení povinné školní docházky |
| 2014 | programy sociálních služeb, projekty MPSV |

1.1.4. Založení a rozvoj mateřských center

Mateřská centra jsou klasickou ukázkou aktivit občanské společnosti. K největšímu rozvoji mateřských center došlo v letech 2006 až 2009, kdy v těchto letech přibylo až 27 center za rok a úhrnem v tomto období činil nárůst 99 MC. V následujících dvou letech MC přibylo pouze 11, viz graf č. 1..(HROMKOVÁ, 2012)

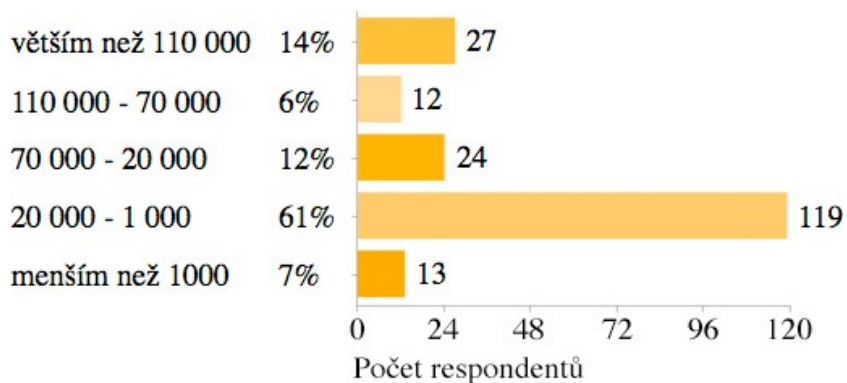
Graf 1: Rok založení MC. *Zdroj: bakalářská práce Hromková 2012*



Myšlenka mateřských center se šířila od r 1992, kdy pod ochranou YMCA Praha vzniklo 1. mateřské centrum. Mateřská centra vznikají ve velkých i menších městech,

ale i obcích menších než 1 000 obyvatel (7 %). Nejvíce mateřských center je ve městech od 1 000 do 20 000 obyvatel (62 %)..(HROMKOVÁ, 2012)

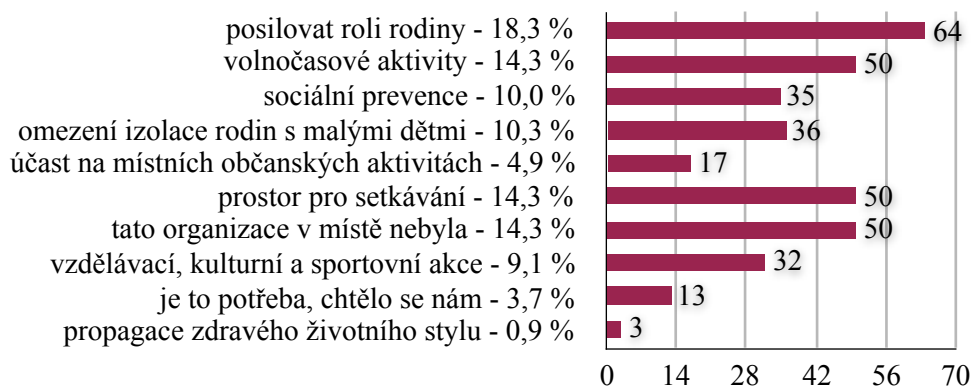
Graf 2: Umístění MC dle počtu obyvatel



Zdroj: bakalářská práce Hromková 2012

Důvodem k založení mateřského centra byla prvotně potřeba setkávání (14,3 %) a snaha o aktivní naplnění volného času (14,3 %) a také důraz na vzdělávací, kulturní a sportovní akce (9,1 %). Mateřská centra při svém zakládání hrála roli sociálně preventivní, jak svými aktivitami pro děti, tak i programem pro celé rodiny a snahou o posílení role rodiny ve společnosti a omezení izolovanosti rodin a především matek s malými dětmi (HROMKOVÁ, 2012)

Graf 3: Důvod založení MC



Zdroj: bakalářská práce Hromková 2012

Primárními zakladatelkami jsou ženy na rodičovské dovolené (Zákoník práce č. 262/2006 Sb, § 191), které často zapojují i svoji rodinu, své blízké a svoje další kamarádky. Žena zde nejen prožívá své mateřství, uvědomuje si důležitost rodiny, ale prostřednictvím mateřského centra může ovlivňovat i veřejné záležitosti (spolupráce s dalšími neziskovými organizacemi, partnerskými organizacemi v zahraniční a státní správou a samosprávou) (KOLÍNSKÁ, 2003).

Dle studie Hany Pudelské mateřská centra většinou zakládají ženy se středním a vysokoškolským vzděláním, kdy období péče o děti není z hlediska profese pro ně zcela omezující, ale naopak zůstávají činné a obohacují si své rozhledy. (PUDELSKÁ, www.tretipatro.cz).

Od roku 1992, kdy vzniklo I. mateřské centrum se výrazně proměnila skladba klientů. V současné době se snižuje zájem o otevřenou hernu (otevřený, bezpečný prostor pro setkávání) a zvyšuje se zájem o vzdělávací, kulturní a sportovní akce (z 9,1 % na 19,3 %). Oproti počátkům by mateřská centra měla být také nositeli tradic (2,4 %) a pomáhat při podpoře zdravého životního stylu (3,6 %) (HROMKOVÁ, 2012).

K proměně došlo i u zajišťovatelů služeb, kdy dnešní mateřská centra již nejsou založena čistě na dobrovolnické práci, ale ze 70 % využívají služeb placených zaměstnanců. Počet placených zaměstnanců se pohybuje od max. 5 (70,6 %) až po velké

organizace, které zaměstnávají až 30 zaměstnanců (1,5 %). Zaměstnanci těchto mateřských center pracují na základě různých typů smluv. Mateřská centra mohou být vhodným místem, kde ženy na mateřské dovolené mohou skloubit profesní dráhu a péči o děti a jiné rodinné aktivity (HROMKOVÁ, 2012).

Křížová v Práce a péče uvádí, že pokud je v rodině malé dítě žena mu denně věnuje 5,5 až 7,5 hod, což snižuje její šance na trhu práce a zvyšuje její frustraci v profesním životě. Ze statistik dále vyplývá, že pro věkovou kategorii 20 - 49 let má rodičovství negativní dopad pouze pro ženy a také, že plně 2/3 svých každodenních činností vykonávají ženy bezplatně, zatímco muži dělají pouze placenou práci. U žen ve věku 20 až 49 let, které mají děti, dochází v rámci EU k propadu v zaměstnanosti (61 %). Ve srovnání se ženami ve stejné věkové kategorii, které děti nemají (76 %), tento rozdíl činí plných 15 % (KŘÍŽKOVÁ, 2008).

Na provozu mateřských center se stále významnou rolí podílejí také dobrovolníci. Dobrovolníci se v těchto centrech nacházejí jak registrovaní, tak neregistrovaní dle zákona o dobrovolnické službě (z.č. 198/ 2002 Sb.). Mezi dobrovolníky můžeme nalézt jak manžele/partnery, tak i prarodiče a starší sourozence. (HROMKOVÁ, 2012)

Mateřská centra mohou v současné době nabídnout vhodnou alternativu k finančně náročným volnočasovým aktivitám. Mateřská centra stále zůstávají jako významný prvek občanské společnosti, který se aktivně účastní na posilování hodnot rodiny, úlohy rodičů a také mezigeneračních vztahů. Svými činnostmi pozitivně ovlivňují vnímání rodiny a její nenahraditelné úlohy ve společnosti. (HROMKOVÁ, 2012).

1.1.5. Přínosy mateřských center

Přínos MC pro ženy:

- umožňuje ženám plně prožít své mateřství,
- vyjít ze společenské izolace a navázat nové kontakty,
- díky neformálnímu charakteru dává ženám pocit bezpečí,
- umožňuje ovlivňovat veřejné záležitosti,
- poskytuje ženám prostor pro seberealizaci, profesní orientaci a posiluje jejich sebevědomí,
- pomoc a příprava pro návrat na trh práce.

Přínos MC pro muže:

- aktivace a upevňování otcovské role,
- posilování otcovských kompetencí,
- alternativní seberealizace,
- získání nových dovedností.

Přínos MC pro celé rodiny:

- alternativní služby pro rodinu,
- včasné pojmenování problémů a hledání jejich řešení,
- výuka tolerance a předcházení xenofobie,
- vícegenerační soužití,
- integrace cizinců.

Přínos MC pro děti:

- přirozené společenství vrstevníků,
- prostředí uzpůsobené pro děti (bezpečné a vlídné),
- vidí matku i v jiné roli než v domácnosti,
- vhodné návyky pro prožívání volného času,
- příprava na pobyt v kolektivu (mateřské školy),

- kreativní programy k rozvíjení jejich osobnosti,
- spoluvytvářejí budoucí pohled na hodnoty (dobrovolná práce, občanská společnost).

Přínos MC pro společnost:

- rozvoj občanské společnosti,
- pomoc při vytváření modelu širší zdravé funkční rodiny,
- přispívá k rozvoji občanské společnosti,
- prevence kriminality,
- budoucí generace je ovlivněna svými aktivními rodiči a samy pak jsou ochotni pomáhat jiným,
- součást neziskového sektoru,
- vhodné vytváření zdravých vztahů především v anonymním prostředí,
- pomáhají vytvářet vhodné podmínky i pro přistěhovalce a menšiny,
- spolupráce s kraji a obcemi na realizaci rodinné koncepce (KOLÍNSKÁ, 2011).

1.1.6. Mateřské centrum a jeho role v pro-rodinné politice

Téměř každá společnost hlásá, že rodina je základ státu. Komunistický režim, tak jako mnoho jiných věcí i toto heslo zneužil ve svůj prospěch a znevážil tím jeho hodnotu. Po „sametové revoluci“ se role rodiny ještě více proměnila, tak jako celá naše společnost na principu otevírajících se nůžek.

Nejprve bych se ráda zastavila nad pojmem rodina. Definovat slovo rodina je velice obtížné, protože záleží na úhlu pohledu - sociologický, psychologický, demografický, právní, pedagogický atd.

Podle psychologického slovníků je rodina „*společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí*“ (HARTL, HARTLOVÁ, 2000)

Další možnou definici rodiny můžeme najít v knize Psychologie rodiny, kde její autorka Irena Sobotková cituje Kramera a to takto: „*Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených*

transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde např. O nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.” (SOBOTKOVÁ, 2001).

V knize Sociální psychologie můžeme nalézt další možnou definici rodiny: *„Rodina je primárním nositelem kultury, poskytuje základ norem a hodnot dané společnosti. Vede dítě ke společenskému životu v prostředí, ve kterém vyrůstá, učí ho orientovat se ve světě symbolů”* (VÝROST, SLAMĚNÍK, 2010).

Základní funkce univerzální lidské rodiny jsou dle Langmeiera a Krejčířové tyto:

Reprodukční funkce - rodina stále zůstává základní jednotkou plození nové generace.

Funkce hospodářská - dnes je tato funkce oslabena a rodina se stává převážně spotřební jednotkou. Další funkcí je funkce emocionální, při které rodina poskytuje emoční uspokojení všem svým členům. Nedílnou součástí emocionální funkce rodiny je i její funkce sociálně podpůrná. A další funkcí je socializační funkce, kdy rodina uvádí dítě rozhodujícím způsobem do lidské společnosti (LANGMAIER, KREJČÍŘOVÁ, 2009).

Současnou rodinu také charakterizuje :

- větší závislost na státu,
- větší nezávislost na okruhu příbuzných,
- větší nezávislost manželů na rodině.

Muži i ženy, dospělí i děti organizují svůj soukromý život v rámci následující duality: požadují větší skupinovou i osobní nezávislost a zároveň se dostávají do větší závislosti na veřejné sféře (DE SINGY, 1999).

Hamplová v sociologickém časopisu uvádí, že zdraví, kvalita života i osobní pohoda souvisí s rodinným stavem, což dokumentují dnes už stovky studií publikovaných v rozsáhlém spektru

odborných časopisů a knih. (HAMPLOVÁ,2012).

Hodačová a kol. ve Vztahu rodiny a životní spokojenosti dětí otištěné v Československé psychologii uvádějí, že nejvyšších hodnot spokojenosti dosahovaly děti

z úplných rodin, které uvedly, že komunikace s oběma rodiči je snadná nebo velmi snadná (HODAČOVÁ, 2015).

Mateřské centrum nabízí bezpečné zázemí dětem, matkám, otcům, rodičům i prarodičům ke sdílení, vzájemné podpoře a spolupráci. (<http://www.materska-centra.cz/>).

1.1.7. Mateřské centrum a jeho role v občanské společnosti

V kapitole 1.1.4. jsem uvedla, že mateřská centra vznikala z vlastní iniciativy matek na mateřské dovolené a tím se profilují jako klasická ukázka občanské aktivity. Rakušanová v Povaze občanské společnosti v České republice v kontextu střední Evropy uvádí: „*Pojem občanská společnost označuje prostor mezi oblastní privátních zájmů a státem. Jedná se o oblast dobrovolného sdružování mimo sféru trhu, státu i soukromého života, v níž si uvědomujeme společnou provázanost našeho světa.*“ (RAKUŠANOVÁ, 2007).

Doležalová v České vědě a školství mezi státním a nestátním sektorem, mezi minulostí a budoucností uvádí, že spolčování v teoretické rovině může mít podobu korporativní, jehož podstatou je spolčování na principu povinného členství na základě určitého charakteristického znaku a především na monopolním postavení v dané oblasti. Odpovídá cechovnímu zřízení. Ale může také mít podobu asociativní, kdy se sdružují lidé dobrovolně. Je to nepochybně základní prvek moderního spolkového života, je to princip samosprávný a demokratický (DOLEŽALOVÁ 2008).

Holčík v Zdravotní gramotnost - Závěrečná zpráva o řešení programového projektu podpořeného Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR, uvádí, že vědomí potřeby soudržnosti nabylo na významu v 19. st. v souvislosti s obecným růstem individualismu. Bezprostřední účast občanů na rozhodování o nejdůležitějších aspektech běžného života patří k základním prvkům demokratických tradic. Společenstvím (community) v této souvislosti obvykle rozumíme skupinu lidí, institucí nebo národů uvědomujících si, co je jim společné (hodnoty, tradice, kultura, cíle apod.), a v tomto smyslu usměrňujících své jednání. Jde tedy o konkrétní humánní

skupiny s charakteristickým sociálním chováním. Taková společenství se výrazně uplatňují jak v životě jedinců, tak i existenci celé společnosti. Hrají důležitou roli i ve zdravotní péči. Patří to k samozřejmým sociálním tradicím vyspělých demokratických zemí, že ve společnosti působí mnoho nejrůznějších dobrovolných organizací podílejících se na uspokojování základních potřeb občanů, usnadňujících rychlou reakci na nastalé obtíže a umožňující styk a spolupráci občanů s mnoha oficiálními institucemi. Soudržnost lidí a jejich vstřícná aktivita je důležitým sociálním kapitálem. Výzkumy ukázaly, že pro zdraví celého společenství je důležitá důvěra mezi lidmi, ochota pomoci ostatním i důvodné očekávání, že v případě nouze jedinec nebude ponechán na pospas osudu (HOLČÍK, 2005).

1.1.8. Mateřské centrum a jeho role v propojení profesního a rodinného života ženy

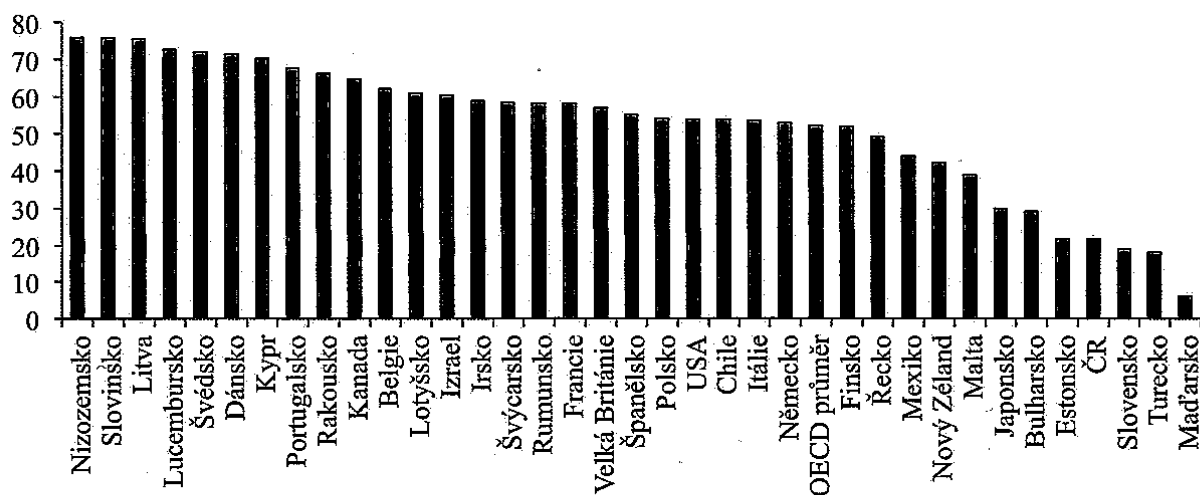
Křížová v Práce a péče uvádí, že pokud je v rodině malé dítě, žena mu denně věnuje 5,5 až 7,5 hod., což snižuje její šance na trhu práce a zvyšuje její frustraci v profesním životě. Ze statistik dále vyplývá, že u žen ve věku 20 až 49 let, které mají děti, dochází v rámci EU k propadu v zaměstnanosti (61 %). Ve srovnání se ženami ve stejné věkové kategorii, které děti nemají (76 %), tento rozdíl činí plných 15 % (KŘÍŽKOVÁ, 2008).

Haisová v Quo vadis femina? uvádí hlavní důvody aktivní angažovanosti matek mezi něž patří zejména výchova dětí a mateřská (HAISOVÁ, 2007).

V Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele od Hamplové můžeme nalézt paradox české společnosti. Zatímco v případě matek dětí ve školním věku patříme mezi země s nejvyšší mírou zaměstnanosti, v případě matek s dětmi do tří let věku naopak vynikáme výjimečně nízkou mírou ekonomické aktivity viz graf. (HAMPLOVÁ, 2015).

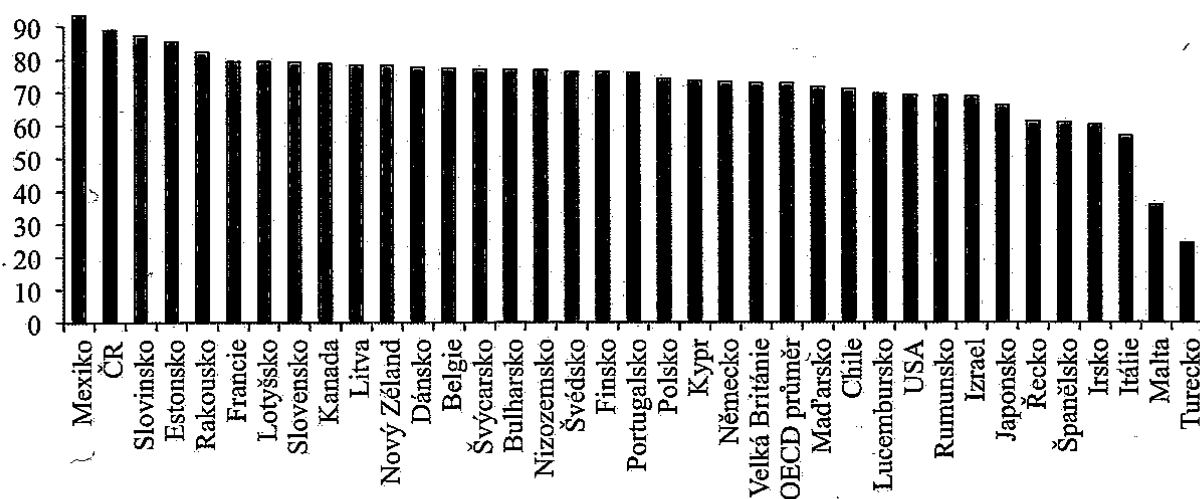
Graf 4: Zaměstnanost matek dětí ve věku 0-2 roky a věku 6 - 14 let

Graf: Zaměstnanost matek dětí ve věku 0–2 roky v zemích OECD v procentech



Zdroj: OECD

Graf: Zaměstnanost matek dětí ve věku 6–14 let v zemích OECD v procentech



Zdroj: OECD

Zdroj: Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele, Hamplová, 2015

Dne 29. 11. 2014 nabyl účinnosti zákon č. 247/2014 Sb., o poskytování služby péče o dítě v dětské skupině a o změně souvisejících zákonů. Tento zákon upravuje podmínky, za nichž je poskytována služba péče o dítě v dětské skupině a podmínky pro získání oprávnění k poskytování služby péče o dítě v dětské skupině (<http://www.mpsv.cz/>). Dětská skupina se tak může stát vhodnou alternativou k státní školce. Mateřská centra mohou právě tyto dětské skupiny ve svých prostorách podporovat a dle dotazníkového šetření, které bylo prováděno v rámci mé bakalářské práce, se projevil zájem o tento typ aktivit. Dětské skupiny se mohou svým necelodenním a ne-celotýdenním působením specializovat na postupnou socializaci malých dětí. Zároveň v centrech mohou aktivně působit ženy např. pedagožky, které díky této činnosti zůstávají aktivní ve svém povolání (HROMKOVÁ, 2012).

Weidnerová a Matějů v Hodnotovém kontextu volby mezi kariérou a domácností v Sociologickém časopisu vytvářejí tři kategorie žen, přičemž většinová (okolo 60 %) kategorie je tvořena ženami „adaptivními“, které se snaží kombinovat role matky a profesionálky. Tato skupina žen má kariéru převážně neplánovanou. Jejich případná úspěšná kariéra je výrazně ovlivněna vnějšími okolnostmi a podmínkami (WEIDNEROVÁ, MATĚJŮ, 2015).

1.1.9. Mateřské centrum a jeho role v preventivní činnosti

Kolínská ve výroční zprávě Sítě mateřských center uvádí: „Proměna českého státu a české společnosti po „sametové revoluci“ v roce 1989 se zaměřila na řešení následků sociálních problémů a ani po 25 letech nedokázala zacílit svoji pozornost na prevenci, která je ve své podstatě ekonomicky daleko výhodnější. A právě proto se mateřským centřům, jejichž podstata spočívá v primární prevenci, navzdory téměř čtvrtstoletému působení v ČR zatím nepodařilo získat plošnou stabilní podporu své existence. A to celkem z prostého důvodu, totiž že přínos primární prevence je u nás stále velmi podceňován. (VÝROČNÍ ZPRÁVA 2014).

Ministerstvo zdravotnictví ve svém Akčním plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020 upozorňuje na důležitou roli v preventivní činnosti a

v rozvoji zdravotní gramotnosti na Komunitní projekty (např. Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví, příklady dobré praxe) (Ministerstvo zdravotnictví, 2015). V tomto bodě mohou sehrát významnou roli právě mateřská centra.

Břicháček a Habermannová v Uvedení do studia psychologie zdraví upozorňují, že zdravotní stav jedince není záležitostí jen izolovaného člověka. Je spoluurčovaný jeho sociálním prostředím i strukturou a dynamikou jeho sociálních vztahů a rolí.

- Chování jedince se může měnit a výchovou vést k postupnému snižování rizikových momentů, které poškozují zdraví.
- Účelně volené programy změn chování jedince jsou většinou finančně nenáročné a ekonomicky výhodnější než později často náročné léčení již vzniklých nemocí.
- Programy bývají účinnější, jestliže jsou aplikovány ve skupinách, ve kterých se účastníci mohou vzájemně napodobovat, posilovat, kontrolovat a vyměňovat si zkušenosti.
- Velký význam má včasná prevence již od dětského věku.
- O významu rodiny, jak pro spokojenost jednotlivých členů, tak pro zdravý vývoj dítěte, není pochybnost. Řádné vzdělání je jednou z šancí, jak zvyšovat kvalitu života v 21. století. Mnohé speciální otázky psychologie zdraví řeší různá občanská sdružení. Spolupráce s nimi je jednou z cest aplikace tohoto oboru (BŘICHÁČEK, HABERMANNOVÁ, 2008).

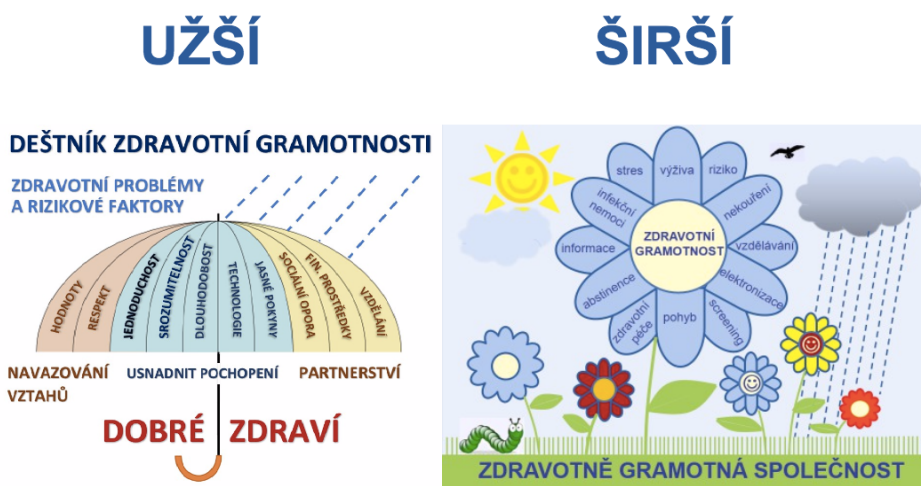
Holčík v rozhovoru pro Zdravotnictví a medicína - zdraví.e15.cz zdůrazňuje, že naším zájmem musí být široce pojímaná **zdravotní gramotnost** – schopnosti lidí rozhodovat se v běžném každodenním životě pro zdraví. Zdraví vzniká v rodinách, ve školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí a stárnou. Tam musí být těžiště péče o zdraví (HOLČÍK, 2011)

1.2. Zdravotní gramotnost - definice

Holčík v Sociální gerontologii připomíná, že vznikla celá řada definic zdravotní gramotnosti od zcela úzkých, vycházejících z role pacienta jako zákazníka a konzumenta, až po definice širší a obsáhlejší, stavějící na aktivní účasti občanů v péči o zdraví (HOLČÍK, 2014).

Obrázek 1: Pojetí zdravotní gramotnosti

POJETÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI



Zdroj: Holčík: Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví

České zdravotnické fórum na svých stránkách uvádí **definici** zdravotní gramotnost, tak jak jí definuje Světová zdravotnická organizace jako: Kognitivní a sociální schopnosti, které určují motivaci a způsobilost jednotlivců k tomu, aby si dokázali získat přístup k informacím, porozumět jim a využívat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.

Za základní determinanty zdraví se obvykle označuje životní styl, životní prostředí, zdravotnictví a genetický základ. Významné jsou i sociální determinanty zdraví. Není ovšem sporu o tom, že hlavní determinantou zdraví jsou lidé jako

jednotlivci, skupiny i celá společnost, se všemi svými organizacemi, institucemi a veřejnou správou. Důležitá je i kultura a tradice, a zejména hodnoty, kterých si společnost váží a které hodlá bránit a i rozvíjet (<http://www.czf.cz/clanek/ckz-podpora-zg>).

Zvírotsky v Úvodu do zdravotní gramotnosti pro pedagogy zmiňuje americkou monografii „Advancing Health Literacy“, v které její autoři definují zdravotní gramotnost jako: „...široký okruh dovedností a kompetencí, jež lidé rozvíjí v průběhu života s cílem získat, zpracovat, hodnotit a používat zdravotní informace a koncepty, což jim následně umožňuje poučené rozhodování, omezování zdravotních rizik a zvyšování kvality života.“(ZVÍROTSKÝ, 2009)Obr. 2. Rozvojové systémy pro zdravotní gramotnost.

Obr. 2. Rozvojové systémy pro zdravotní gramotnosti



Zdroj: Holčík: Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví

Holčík v Systému péče o zdraví a zdravotní gramotnost připomíná, že Ratzan uvedl, že první, kdo použil termín zdravotní gramotnost, byl v roce 1974 Simonds. Jeho pojetí zdravotní gramotnosti se však značně lišilo od toho nynějšího. Přišel s požadavkem na doplnění osnov. Soudil, že žáci by měli být „gramotní“, pokud jde o

zdraví, obdobně jako jsou „gramotní“, co se týče historie a vědy. Další vývoj pojmu zdravotní gramotnosti však doložil, že zdravotní gramotnost nespočívá jen v doplnění osnov, v zavedení dalšího předmětu nebo v jiném dílčím proškolení (HOLČÍK, 2010).

Kučera v článku Češi neumějí hledat a správně chápat informace o zdraví zmiňuje také program „Zdraví 2020“, kde se můžeme dočíst, že „zdravotní gramotnost je slibný akční koncept, který věnuje pozornost dynamické interakci osob a životního prostředí, v němž lidé žijí a pracují, (...) je zaměřena na rozšiřování znalostí a dovedností, které vedou ke zlepšení zdraví, a to včetně schopnosti orientovat se v komplexním systému zdravotní a sociální péče a postarat se o své zdraví.“ (KUČERA, 2015)

V dostupné literatuře lze najít celou řadu definic, které jsou výsledkem diskuze probíhající v odborném tisku zhruba od začátku 90. let. Poměrně jednoduchou definici podalo Centrum pro strategii zdravotní péče (Center for Health Care Strategies): „Zdravotní gramotnost je schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací.“ Poněkud širší definici podal United States Department of Health and Human Services (USDHHS), podle níž zdravotní gramotnost je: „schopnost získat, interpretovat a rozumět základním zdravotním informacím i službám a dovednost využít takové informace a služby ke zlepšení zdraví.“(HOLČÍK, 2010).

Obr. 3 Pojetí zdravotní gramotnosti



Zdroj: Holčík: Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví

Holčík na semináři Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví uvádí, že se jedná o schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti (HOLČÍK, 2015).

Na stránkách Českého zdravotnického fóra můžeme nalézt i připomenutí, že zdravotní gramotnost je definovaná jako schopnost lidí se rozhodovat pro zdraví v každodenním životě a týká se nejen jednotlivců a rodin. Každé rozhodnutí vlády a všech orgánů veřejné správy má ty nebo ony zdravotní důsledky. Když se to podcení a navazující zdravotní nesnáze se stávají předmětem práce nemocnic, jedná se ve svém

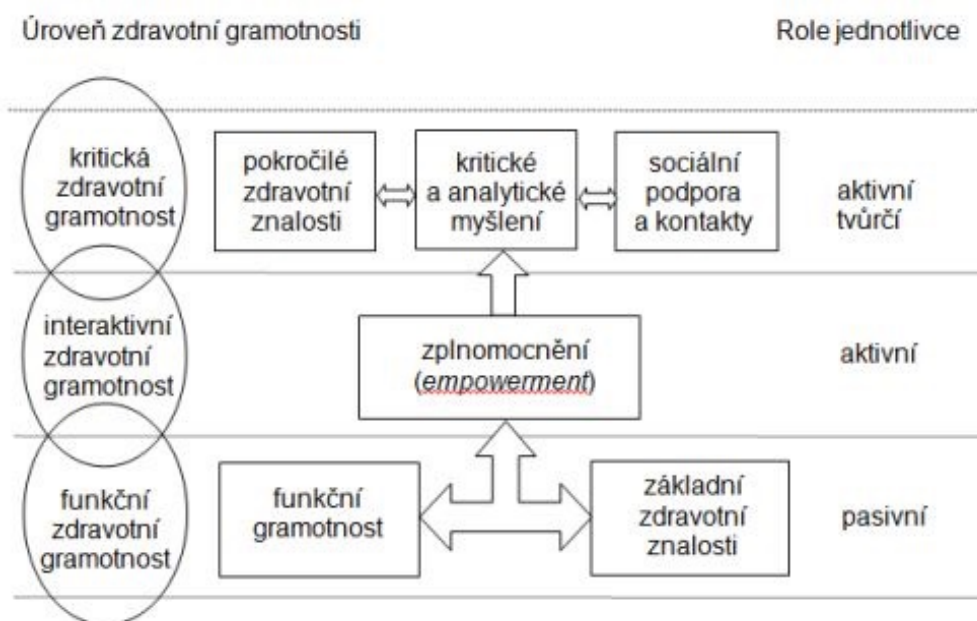
důsledku o plýtvání vzácnými společenskými zdroji (<http://www.czf.cz/clanek/ckz-podpora-zg>).

Falcóm v Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud uvádí další definici zdravotní gramotnosti, podle které je zdravotní gramotnost založena na gramotnosti obecné a zahrnuje motivaci, znalosti a dovednosti lidí, přístup pochopit, vyhodnotit a použít informace o zdraví v rozhodování (FALCÓM, 2012).

1.2.1. Zdravotní gramotnost - modely

Holčík v Sociální gerontologii připomíná, že k nejčastěji citovaným modelům zdravotní gramotnosti patří Nutbeamův model z roku 2000, který spočívá v představě tří úrovní zdravotní gramotnost viz obrázek č. 5 (HOLČÍK, 2014).

Obr. 4. Základní struktura zdravotní gramotnosti



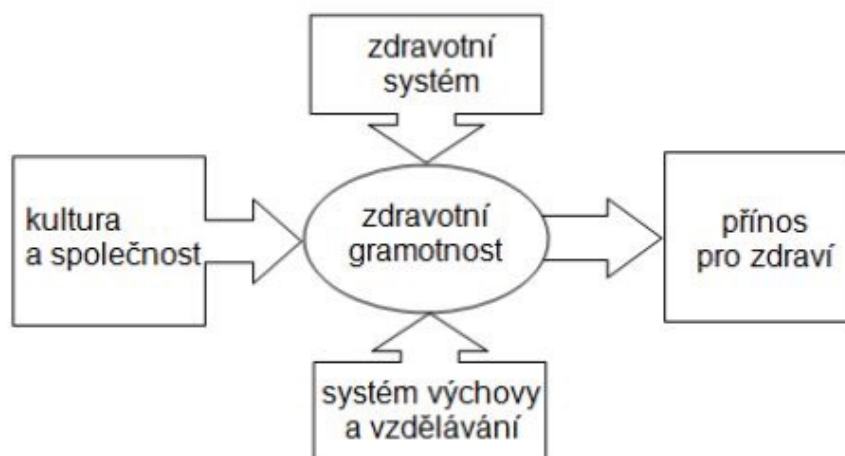
Zdroj: Holčík: Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.

Základní typy zdravotní gramotnosti:

- A. Funkční zdravotní gramotnost** – se týká výsledku tradiční zdravotní výchovy spočívající v poskytování informací o zdravotních rizicích a o tom, jak si počínat ve zdravotnickém systému. Takový přístup nevyžaduje oboustrannou komunikaci, neposiluje samostatnost osob a nerozvíjí jejich schopnost řešit samostatně nestandardní zdravotní problémy. Cílem je rozšířit a prohloubit znalosti lidí o zdravotních rizikových faktorech.
- B. Interaktivní zdravotní gramotnost**– do značné míry obsahuje nové zaměření zdravotní výchovy v posledních 20 letech. Záměrem je zde rozvíjet schopnosti (dovednosti) lidí jednat samostatně, zejména posílit jejich motivaci a odpovědnost při respektování pokynů. Jde především o rozvoj svébytnosti a samostatnosti při rozhodování, o upevňování vnitřní motivace ke zlepšení zdraví. Patří sem zdravotně - výchovné programy orientované na konkrétní problémy některých populačních skupin např. svépomocné skupiny pacientů. Zdravotnický personál by zde měl působit spíše jako konzultant nabízející možnost volby.
- C. Kritická (tvůrčí) zdravotní gramotnost** – rozvíjí u jedinců takové schopnosti, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. Tento typ zdravotní gramotnosti se váže především k poskytování informací a rozvíjení komunikace o zdraví. Tato oblast zdravotní gramotnosti nabízí vhodné prostředí pro občanská sdružení a iniciativy např. mateřská centra, která jednají poměrně samostatně, navrhují a posuzují organizační a politickou realizovatelnost opatření ovlivňující sociální, ekonomické a další determinanty zdraví a životního prostředí a ve svém důsledku zlepšují zdraví lidí. (HOLČÍK, 2014, 2015).

V sociální gerontologii Holčík uvádí také okolnosti, které ovlivňují zdravotní gramotnost, kterými jsou především zdravotní systém a výchova i vzdělávání spolu s obsáhlým souhrnem kulturních, sociálních a ekonomických i politických okolností, viz obrázek č. (HOLČÍK, 2014).

Obr. 5. Základní struktura zdravotní gramotnosti



Zdroj: Holčík: Sociální gerontologie

Kučera v Čechách neumí hledat a správně chápat informace o zdraví uvádí také model, který byl v r. 2014 využit při první systematické studii zdravotní gramotnosti v osmi zemích Evropské unie (Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Španělsko, Irsko, Nizozemsko a Polsko), která se opírala o operacionalizaci sofistikovaného modelu zdravotní gramotnosti, zveřejněného v publikaci WHO „Health Literacy. The Solid Facts“ z roku 2013. Model zahrnuje tři základní dimenze zdravotní gramotnosti (zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví) a čtyři kroky získávání a zpracování informací (schopnost získat informace, pochopit je, vyhodnotit je a rozhodnout se na jejich základě). Tato základní tabulka byla posléze operacionalizována do podoby baterie otázek. Na základě odpovědí pak byly vytvořeny standardizované škály tří dimenzí zdravotní gramotnosti, a nakonec škála celkové zdravotní gramotnosti. Odpovědi na čtyřpoložkových Likertovských škálách byly zpracovány do standardizovaných indexů (nabývajících hodnot 1-50):

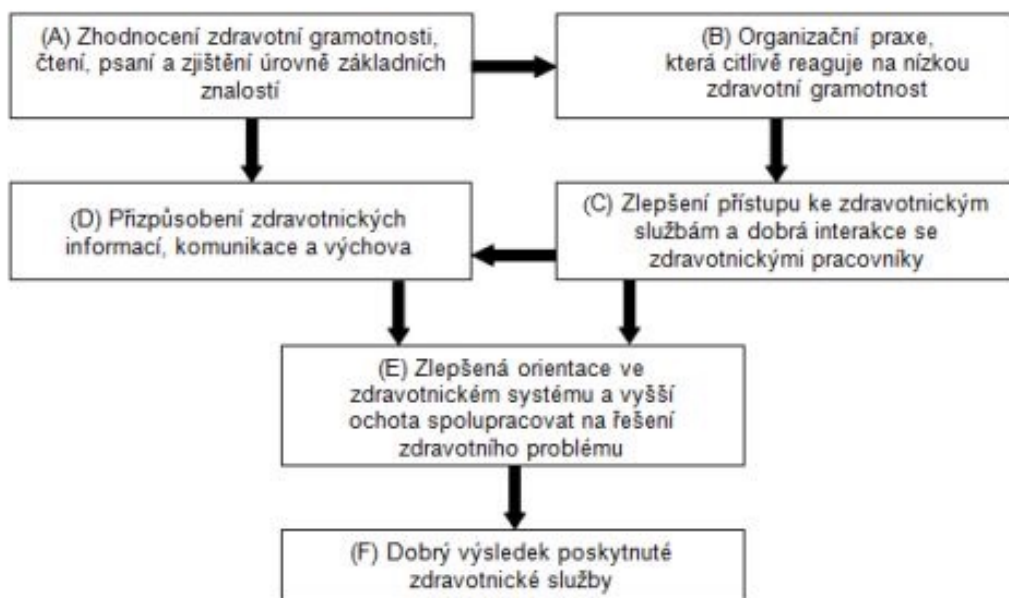
- zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče

- zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí
- zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví a
- zdravotní gramotnosti celkové (KUČERA, 2015).

Vyčítalová v Informační gramotnosti ve zdravotnictví se zaměřením na rozvoj informační gramotnosti pacientů připomíná, že pacient byl dříve chápán jako pasivní příjemce zdravotní péče a dnes se mění vztah mezi lékařem a pacientem z paternalistického na partnerský. Uvádí také model zdravotní gramotnosti dle Antona, viz obrázek č. (VYČÍTALOVÁ, 2012).

Holčík v Systému péče o zdraví a zdravotní gramotnost uvádí model od Nutbeamena, který upozornil, že na zdravotní gramotnost můžeme pohlížet jako na hrozbu nebo riziko, je-li nízká, a jako na přednost nebo přínos, je-li vysoká. Na nízkou zdravotní gramotnost, jak již bylo uvedeno, je nutné reagovat ve zdravotnických zařízeních a pomoci těm, kteří se sami nedokáží v potřebné míře orientovat. Model zdravotní gramotnosti chápané jako riziko je uveden na obrázku č. 6 (HOLČÍK, 2010).

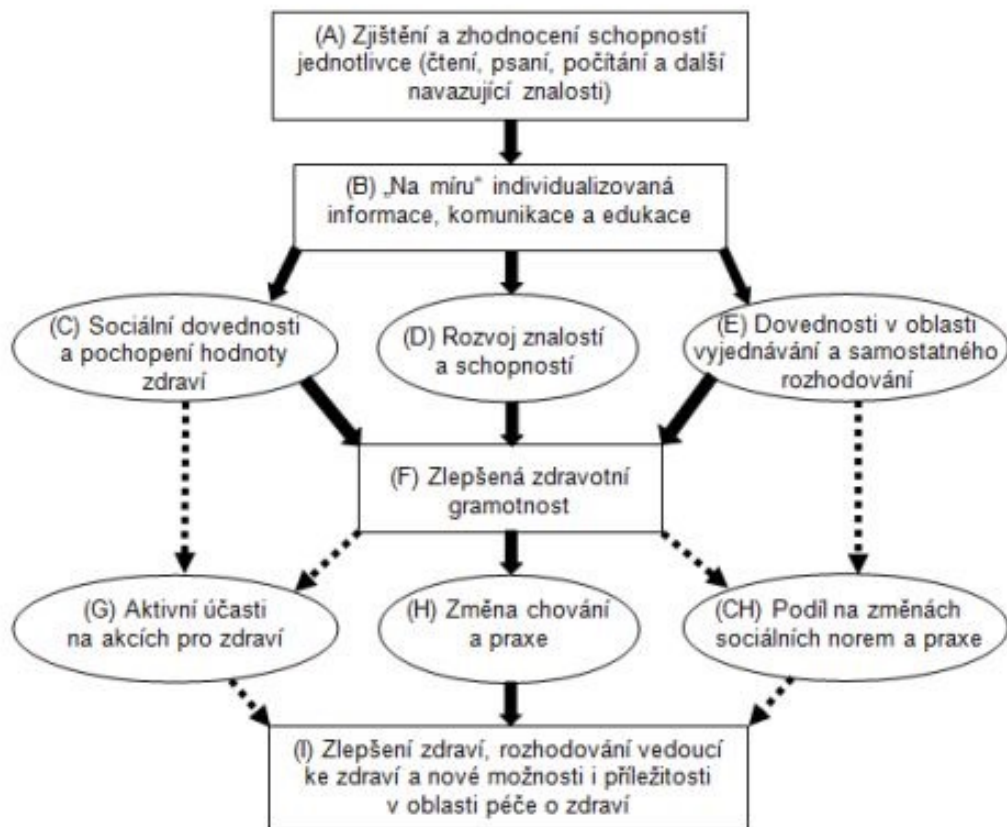
Obr. 6. Model zdravotní gramotnosti chápaný jako riziko



Zdroj: Holčík: Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.

Druhý model pojímající zdravotní gramotnost jako přínos, se uplatní dle Holčíka zejména v široce chápané péči o zdraví, na níž se podílejí všichni občané a odborníci z různých oblastí. Zdravotní gramotnost je zde chápána jako prostředek umožňující lidem lépe reagovat na všechny determinanty zdraví, a tím příznivě ovlivňovat vlastní zdravotní osud. Dle tohoto modelu se zdravotní gramotnost týká výraznější účasti lidí na sociálních aktivitách, na rozhodování o záležitostech každodenního života. Tento model je znázorněn na obr. č. 7 (HOLČÍK, 2010).

Obr. 7. Model zdravotní gramotnosti chápané jako přínos



Zdroj: Holčík: Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.

Holčík uvádí v Systému péče o zdraví a zdravotní gramotnost další významný model zdravotní gramotnosti, který vychází z rozdělení zdravotních informací podle

amerického ministerstva zdravotnictví (United States Department of Health and Human Services) na tři základní skupiny:

- a. **Osobní zdravotní dimenze** - informace přispívají k ochraně a upevňování zdraví jedince a k jeho rozhodování v systému zdravotnických služeb.
- b. **Zdravotní dimenze** - informace jsou určeny pracovníkům ve zdravotnictví a týkají se převážně kvality a hospodárnosti poskytovaných zdravotnických služeb
- c. **Populační dimenze** - informace jsou dostupné široké občanské veřejnosti a informují o možnostech, jak zlepšit zdraví (HOLČÍK, 2010).

Vzhledem k tomu, že zdravotní gramotnost je úzce provázána s některými dalšími aktivitami, bývají v oblasti péče o zdraví sestavovány tabulky, které umožňují bližší srovnání typu aktivit, cílového zaměření, materiálů a konkrétní činnosti a úkolů. (HOLČÍK, 2015).

Tabulka 2: Kategorie základních zdravotních aktivit a vybrané příklady

| Zdravotní aktivita | Zaměření | Příklad materiálů | Příklad úkolů |
|---|---|--|--|
| Podpora zdraví | Udržování a zlepšování zdraví | Články v novinách, brožury, letáky Grafy, tabulky, informace na potravinách (složení, doba trvanlivosti apod.) | Plán zdravé životosprávy, výroba a prodej potravin |
| Ochrana zdraví | Zdravotní bezpečnost zajišťovaná jedincem i společenskými strukturami | Zdravotní bezpečnost zajišťovaná jedincem i společenskými strukturami Články v novinách Informace o zdravotních rizicích a o možnostech ochrany Zprávy o kvalitě vody a ovzduší Referendum | Výběr zdravotně nezávadného zboží Užívání ochranných pomůcek Hlasování |
| Prevence nemocí | Realizace preventivních opatření Zjišťování časných stádií nemocí | Využití médií Pozvánky na očkování a preventivní vyšetření a oznámení jejich výsledků | Zjišťování rizikových faktorů Zajištění očkování a realizace screeningových vyšetření |
| Zdravotnické služby | Hledání zdravotnické pomoci a kontakt s poskytovateli zdravotnických služeb | Chorobopis Recepty Instrukce při propuštění Letáky a brožury obsahující pokyny pro nemocné | Popis a zhodnocení symptomů Pokyny k užívání léků (druh, množství a čas) |
| System navigace (pohyb pacienta ve zdravotnickém systému) | Dostupnost potřebných zdravotnických služeb Pochopení práva na zdravotní péči | Materiály umožňující základní orientaci Formuláře žádostí Přehledy práv a nároků, odpovědnost a informovaný souhlas | Znalost adresy vhodných zdravotnických zařízení Uplatnění žádosti o dávky v nemoci Poskytnutí informovaného souhlasu |

Zdroj: Holčík: Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.

1.2.2. Zdravotní gramotnost - role

Proč podporovat zdravotní gramotnost?

České zdravotnické fórum uvádí, že zdravotní gramotnost je:

- pomáhá lidem nacházet a využívat informace a posílit vliv na své vlastní zdraví
- součástí základní výbavy pro život
- jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví
- významnou součástí sociálního kapitálu
- nespornou ekonomickou prioritou
- jedním z důležitých předpokladů cesty ke zdraví
- důležitým činitelem v rozvoji demokracie
- důležitým nástrojem rozvoje osobnosti
- cennou součástí obecné kultury

Skutečný význam zdravotní gramotnosti se naplní až tehdy, když se s jejími principy a metodami seznámí co nejvíce lidí, když získané poznatky uplatní v praxi a když dále budou stavět na nových poznacích a průběžně získávaných zkušenostech (<http://www.czf.cz/clanek/ckz-podpora-zg>).

Holčík doplňuje, že zdravotní gramotnost se bezprostředně váže na rozvoj osobnosti každého člověka. Je jistě potřebné a užitečné zdokonalovat komplikované a povětšinou nákladné medicínské technologie. Jejich dopad však nesplní očekávání, pokud nebudou provázeny zájmem občanů o zdraví, sdílenou odpovědností rostoucího počtu lidí, rodin, škol, organizací i institucí za zdraví a posilováním schopností rozhodovat pro zdraví v běžném životě (HOLČÍK, 2010).

Zdravotní gramotnost národa na stránkách CZEDMA uvádí, že zdravotní gramotnost osvobozuje. Znat, chápat a rozumět dává možnost přijímat správná rozhodnutí. S dostatečným přísunem důvěryhodných informací lidé budou znát význam zdravého životního stylu, nebudou zanedbávat preventivní prohlídky u lékaře a v případě vlastních zdravotních problémů nebudou odkládat vyšetření. Zdravotně gramotný člověk má mnohem větší šanci na šťastný život ve zdraví. (<http://www.czedma.cz/zdravotni-gramotnost-naroda.html>).

Holčík na své přednášce dne 11.2. 2015 uvedl, že jádrem zdravotní gramotnosti je pochopení hodnoty zdraví, zájem o zdraví, odpovědnost za zdraví a schopnost rozhodovat pro zdraví (HOLČÍK, 2015).

Flecha v La alfabetización en salud a el empoderamiento de las comunidades připomíná, že lidé s nízkou úrovní vzdělání a nedostatečnou zdravotní gramotností v podstatně menší míře využívají preventivních zdravotních programů, jako například očkování proti chřipce a Pneumokoku, a ženy méně často docházejí na mamografii. Kromě toho tito lidé mají větší pocit, že jejich zdraví je špatné a je větší pravděpodobnost aby byli hospitalizováni. Tato nerovnost představuje významnou překážku zejména pro pacienty s chronickými onemocněními (FLECHA, 2013).

Piřha v přednášce „Velká iluze českého školství“, přednesené 2. dubna 2008 na zahájení Pedagogických dnů na Univerzitě Hradec Králové, upozorňuje na to, že bez potřebného množství vědomostí člověk dost dobře nemůže přemýšlet, protože nemá o čem a novou informaci nemá kam zařadit a s čím srovnávat (PIŘHA, 2008).

1.2.3. Zdravotní gramotnost - rozvoj

Zdravotní fórum ve svém článku Cesta ke zdraví - Proč podporovat zdravotní gramotnost připomíná, že ve společenském kontextu je zdraví stále nedoceňováno. Je zřejmé, že konkurenční schopnost je v současné době do značné míry podmíněna zdravím a vzděláním lidí. Proto lze doporučit, aby zdravotní gramotnost lidí byla považována za jednu z priorit a její rozvoj byl provázen odpovídajícím zájmem i odpovědností všech společenských struktur (<http://www.czf.cz/clanek/ckz-podpora-zg>).

Ministerstvo zdravotnictví ve svém Akčním plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020 vyzdvihuje, že rozvoj zdravotní gramotnosti je nástrojem realizace programu Zdraví 2020 v České republice a východiskem Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost je jedním z významných faktorů ovlivňujících jak úroveň a rozložení zdravotního stavu obyvatel, tak i účinnost, hospodárnost a kvalitu péče o zdraví a výsledky i dopad činnosti zdravotnictví.

Zdravotní gramotnost je nepostradatelným nástrojem i charakteristikou zdravé demokratické společnosti:

- a) Strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti (příprava strategického dokumentu Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti)
- b) Informace (kvalita a dostupnost, portál zdravotní gramotnosti).
- c) Výchova a vzdělávání (školy, školská zařízení, celoživotní vzdělávání, pedagogičtí pracovníci).
- d) Výzkum a hodnocení (mezinárodně srovnatelná metodika, HIA, EIA, SIA).
- e) Média (věrohodnost a kvalita informací, vzdělávání novinářů).
- f) Komunitní projekty (např. Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví, příklady dobré praxe). (Ministerstvo zdravotnictví, 2015).

Zdraví se týká všech a stojí za to, bychom se o ně zajímali a našli i naplnili svůj díl odpovědnosti za své zdraví i za rozvoj zdraví ve společnosti, ve které žijeme.

1. Vážít si sám sebe a respektovat ostatní.
2. Zajímat se o zdraví.
3. Hájit a naplňovat své právo spolurozhodovat o svém zdraví i o zdraví a zdravotních podmínkách společnosti, v níž žijeme.
4. Vážít si vzdělání, věrohodných informací a ověřených zkušeností.
5. Neváhat, poradit se o zdraví i o zdravotních nesnázích s lidmi, kteří tomu rozumějí.
6. Dbát na pravidelné kontroly v lékařských ordinacích a u stomatologů.
7. Najít a unést svou odpovědnost za své zdraví a za zdraví svých blízkých.
8. Chovat se slušně a vyhledávat slušnou společnost.
9. Investice do zdraví jsou zdravé investice.
10. Nenechat se omezit dílčími pokyny a najít si svou cestu ke zdraví a životní radosti (<http://www.czf.cz/clanek/ckz-podpora-zg>).

Holčík v Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost zdůrazňuje, že zdravotní gramotnost by měla u všech občanů zvyšovat vědomí, že existuje mnoho rozdílných zdrojů informací; přístup k široké škále informačních zdrojů, rad a doporučení, která

jsou dostupná prostřednictvím mnohých vzdělávacích metod a forem (vizuální, poslechové, hmatové), literárních stylů a jazyků (imigranti by měli mít, pokud možno, k dispozici text v rodném jazyce), ve formě příběhů, her, videoprogramů, internetu, komunikace v podpůrných skupinách apod.; schopnost rozeznávat kvalitu a správnost poskytovaných informací; znalost a chápání zdravotních problémů, terapie, vedlejších účinků a dalších nestranných informací o existujících možnostech s cílem dojít ke skutečně informovanému souhlasu pacienta a k přiměřené a odpovědné spotřebě zdravotnických služeb. Gramotnost souvisí i s mírou aktivní účasti na veřejném životě a se stupněm životního uspokojení. V tomto smyslu je gramotnost i zdravotní gramotnost významným předpokladem úspěšného vývoje celého státu . Zdravotní gramotnost je dynamickým konceptem. Občané by si měli průběžně osvojovat nové informace a pomíjet překonané poznatky. Plná aktivní účast jednotlivců a jejich přijatá odpovědnost za zdraví je důležitou determinantou zdraví celé populace. (HOLČÍK, 2010).

Vyčítalová v informační gramotnosti ve zdravotnictví se zaměřením na rozvoj zdravotní informační gramotnosti pacientů uvádí, že programy pro rozvoj informační gramotnosti ve zdravotnictví se zaměřením na cílovou skupinu pacientů v současné době vznikají zejména ve vyspělých zemích, jako je USA [Shipman, 2009], Kanada [Kloda, 2006], Velká Británie [Marshall, 2006], Austrálie [Yates, 2009], Singapur [Mokhar, 2006], Polsko [Kisilowska, 2008], Slovinsko [Tržan-Herman, 2010] atd., ale také v zemích třetího světa, jako je např. Etiopie [Bayissa, 2009]. Kromě výše popsaných národních iniciativ se rozvíjejí i iniciativy na půdě mezinárodních organizací [Mezinárodní federace, 2011] a také iniciativy založené na spolupráci jednotlivých univerzit z různých zemí světa (VYČÍTALOVÁ, 2012).

Kučera ve Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření, zdůvodňuje rozvoj zdravotní gramotnosti takto:

1. Z vyšší úrovně zdravotní gramotnosti v populačních skupinách profitují celé společnosti.
2. Omezená zdravotní gramotnost významně ovlivňuje zdraví.
3. Omezená zdravotní gramotnost souvisí se sociálním gradientem a může dále prohloubit existující nerovnosti.
4. Osvojování návyků a schopností zdravotní gramotnosti je celoživotní proces.
5. Schopnosti a kompetence spojené se zdravotní gramotností jsou podmíněny kontextem, kulturou a prostředím.
6. Omezená zdravotní gramotnost je spojena s vysokými náklady zdravotnického systému (3-5% zdravotnického rozpočtu v Kanadě). (KUČERA, 2015).

V sociální gerontologii je zdravotní gramotnost pojímána jako důležitá součást péče o zdraví a poukazuje se zde na některé zásady při jejím rozvoji:

- právo na zdravotní gramotnost - tak jak je garantovaná dostupnost zdravotní péče, měla by být zajištěna i dostupnost zdravotní gramotnosti
- politická odpovědnost za zdravotní gramotnost - ta by se měla stát trvalou součástí zdravotní politiky státu
- nutnost investic do zdravotní gramotnosti - vytváření partnerství, mezirezortní spolupráce, návaznost veřejného a soukromého sektoru
- vytváření podpůrného prostředí
- posílení možností rozvíjet zdravotní gramotnost - zdravotní gramotnost by se měla stát nejen součástí školních osnov, ale i důležitým úkolem celoživotního vzdělávání
- využívání nových informačních a komunikačních technologií
- zdravotní gramotnost je prioritou péče o zdraví- pomocí zdravotní gramotnosti by měla být snížena nerovnost ve zdraví
- zdravotní gramotnost by se měla stát jednou z priorit výzkumu (HOLČÍK, 2014).

1.3. Vymezení pojmu zdraví a jeho definice

Zvírotský v Úvodu do zdravotní gramotnosti pro pedagogy upozorňuje na etymologii slova zdraví. V řečtině, latině i některých dalších jazycích původně znamenalo totéž co „celek“. Slovanské jazyky odkazují ke slovu „pevný“ (ZVÍROTSKÝ, 2009).

Nad pojmem zdraví se také zamýšlí Holčík ve Zdraví jako osobní a společenská hodnota a uvádí, že pro zdraví je typická celistvost a velká významová šíře. Anglické slovo zdraví „health“ vzniklo ze staroanglického „hale“, mající bezprostřední vztah k pojmu „whole“ (celý, zdravý), podobně německé slovo „heil“ znamená celek i zdravit (HOLČÍK, 2012).

J.P. Ondok v Bioetika, biotechnologie a biomedicína cituje Ashley a O'Rourke, kteří shrnují různé varianty modelů zdraví:

1. **Medicínský přístup** - v tomto pojetí je zdraví oproštěno od negativních faktorů, které postihují člověka somaticky i psychicky.
2. **Preventivní model** - se zaměřuje na preventivní péči chránící integritu tělesného i duševního stavu člověka.
3. **Humanitární model** - rozšiřuje oblast péče směrem k obecným lidským právům a zahrnuje do ní i péči o zdravé životní prostředí, strategii proti hladovění, proti týrání apod.
4. **Ekonomický model** - nazírá na nemoc jako na faktor snižující ekonomickou výkonnost člověka (např. ztráta pracovního času, oslabení jeho schopnosti apod.)
5. **Biologický systémový model** - chápe zdraví člověka jako dobrou adaptaci na prostředí v tom stupni, jakého je individuum schopno.
6. **Filosofický model** - chápe zdraví a péči o něj jako úsilí o optimální stav seberealizace člověka.
7. **Ekologický model** - do něho zahrnuje také aspekty přežití lidstva jako živočišného druhu, tj. celé lidské populace.
8. **Model 3. světa** - soustřeďuje pozornost při vymezení pojmu zdraví k potřebám všeobecné sociální spravedlnosti.

9. **Model plánovaného zdraví** (H.C. Blum), kterým je: status bytosti člověka, v němž individuum využívá nejlépe kapacit, které má, a jedná způsobem, který tyto kapacity maximalizuje (ONDOK, 2005).

Zvírotský uvádí rozdělení dle chorvatské socioložky Gordany Cejan-Letice, která založila svůj přehled na existenci několika klíčových dichotomií:

1. ideální definice oproti normativním definicím
2. bio-medicínské definice oproti socio-medicínským definicím
3. laické definice oproti profesionálním definicím
4. statické definice oproti dynamickým definicím
5. strukturálně-funkcionální definice oproti adaptačním definicím (ZVÍROTSKÝ, 2009).

Křivohlavý v Psychologii zdraví uvádí toto rozdělení teorií zdraví:

1. **Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly** - zdraví je zde považováno za určitý druh síly, která je dynamického charakteru a pomáhá člověku v životě zdolávat různé těžkosti
2. **Zdraví jako metafyzická síla** - zdraví jako vnitřní síla, jako něco, co člověku umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je zdraví samo, umožňuje realizaci vyšších hodnot
3. **Salutogeneze** - celkový - holistický přístup k životu. Antonovsky naznačil tři základní aspekty tohoto zdroje zdravotní síly: smysluplnost + vidění zvládnutelnosti úkolů + schopnost chápat dění, v němž se člověk nachází.
4. **Zdraví jako schopnost adaptace** - schopnost upravit prostředí nebo změnit vlastní způsob života. Dle Dubose je zdraví: „schopnost pozitivně reagovat na různé výzvy životního prostředí (života), tj. na nepříznivé situace, s nimiž se člověk v životě setkává“.

5. **Zdraví jako schopnost dobrého fungování** - T. Parsons - „Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individuua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován“.
6. **Zdraví jako zboží** - zdraví jako zboží na trhu - dá se koupit, ztratit nebo dodat
7. **Zdraví jako ideál** - do této kategorie patří také definice WHO: „Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Holčík v systému péče o zdraví a zdravotní gramotnost uvádí další rozdělení:

1. **Zdraví jako proces** - zdraví je dynamický děj podmíněný mnoha okolnostmi. Tuto dynamiku naplňuje Burešova definice: „Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí“.
2. **Zdraví jako hodnota** - Sigerist napsal: „Zdraví není jen prostá nepřítomnost nemoci, je to něco kladného, radostný vztah k životu a ochotné přejímání odpovědnosti, kterou život vkládá na jedince“.
3. **Zdraví jako norma** - Jako k normě lze přistupovat i k určité výši zdravotní gramotnosti, k typu chování nebo ke schopnosti pečovat o své zdraví.
4. **Zdraví jako bohaté sociální vztahy** - těšit se spolu se svými blízkými ze všeho, co zdravý a plný lidský život přináší.
5. **Zdraví jako činnost** - Být soběstačný a pokud možno i užitečný ostatním.
6. **Zdraví jako psychosociální pohoda** - důraz je kladen na individuální spokojenost, možnost do uspokojivé míry ovlivňovat svůj osud, na radost ze života a na celkovou životní pohodu (HOLČÍK, 2010).

Machová ve Výchově ke zdraví cituje definici zdraví dle WHO: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (MACHOVÁ, 2009).

B.H. Marcus ve své knize Psychologie aktivního způsobu života - motivace lidí k pohybovým aktivitám uvádí, že zdraví je stav člověka s tělesnými, sociálními a

psychologickými dimenzemi, z nichž každá je charakterizována pozitivní a negativní krajností. Pozitivní zdraví je spojováno s potěšením ze života a schopností vydržet zvýšený nárok, negativní je spojováno s nemocí a v extrému se smrtí (MARCUS, 2010).

Křivohlavý v Psychologii zdraví vytvořil vlastní definici: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

Olišárová, Tóťová a Brabrová v Determinantech zdraví u migrantů uvádí, že Světové zdravotnické shromáždění roku 1977 ve své rezoluci (Zdraví pro všechny do roku 2000) definovalo zdraví jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život (OLIŠÁROVÁ, TÓTOVÁ, BRABCOVÁ, 2014).

Payne udává, že nejvhodnějším vymezením pro zdraví z pohledu somatického a psychického vychází z předpokladu vyjádřeného pojmy adaptabilita, resilience, coping či hardiness (PAYNE, 2015).

1.3.1. Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou dle Čeledové a Čevely faktory, tedy příčiny a podmínky, které působí komplexně na zdraví člověka. Zdraví člověka je tak složitě podmíněno (determinováno) kladným i záporným působením souboru vnějších a vnitřních podmínek (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010).

Zdraví je ovlivňováno řadou faktorů, tzv. determinant, které společně utvářejí zdravotní stav člověka a ovlivňují kvalitu jeho života.

Tyto faktory můžeme dělit z několika hledisek:

A. **Podle směru působení** - faktory zevní a faktory vnitřní

Mezi faktory zevní ovlivňující zdraví můžeme zařadit vlivy životního prostředí, nesprávnou lékařskou péči, sociální faktory apod.

Mezi faktory vnitřní patří např. dědičné vlivy a nesprávný životní styl

B. **Z hlediska ovlivnitelnosti** - faktory ovlivnitelné a faktory neovlivnitelné

Mezi faktory neovlivnitelné můžeme zařadit to, co nemůžeme přímo ovlivnit např. osobní anamnéza, rodinná anamnéza, věk, pohlaví apod.

Mezi faktory ovlivnitelné řadíme ty faktory, které souvisí s životním stylem člověka. Velkou měrou ovlivňuje zdraví člověka také jeho socioekonomický status, společenské postavení z hlediska hmotného zabezpečení, který bychom mohli zařadit také mezi faktory ovlivnitelné.

C. **Podle původu** - biologické (bakterie, viry, genetika) a chemické (chemické látky ze životního a pracovního prostředí) a fyzikální (různá záření elektrosmog).

D. **Z komplexního hlediska** - genetika a zdravotní péče a životní styl a faktory prostředí (KASTNEROVÁ, 2011).

Blahušová ve Wellness Fitness uvádí následující dimenze

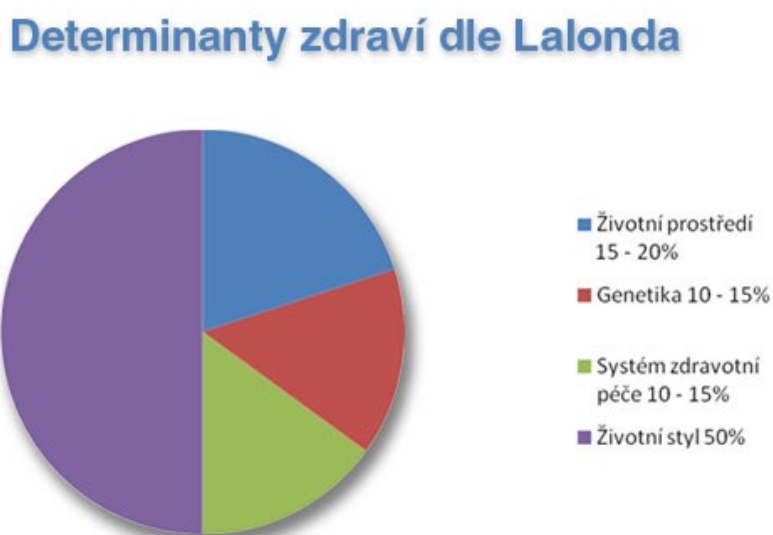
1. **Fyzická** - zahrnuje všechny fyzické aspekty naší existence, které mohou působit na kvalitu života. Jsou to zejména: tělesná zdatnost, zdravá výživa, kontrola a ovlivňování hmotnosti, prevence kardiovaskulárních, nádorových a jiných onemocnění. Patří sem také další rizikové faktory, jako jsou alkohol, tabák a drogy, které mohou zapříčinit předčasné úmrtí a nesčetná onemocnění.
2. **Spirituální** - je chápána jako rozvoj vnitřní osobnosti, vlastního duševna. Spirituální zdraví zahrnuje životní zkušenosti a jejich odraz v hledání smyslu vlastního života. Pro každého je tato dimenze jedinečná a jedná se o schopnost určit skutečný zdroj hodnoty a víry v sebe sama.
3. **Emocionální** - je definována jako soubor všech emocionálních stavů, které identifikují a definují, kdo jsem. Emocionální uvědomění je poznání vlastních pocitů a stejně tak i pocitů ostatních lidí. Je to schopnost radovat se ze života, přizpůsobit se změnám a umět se vypořádat se stresem.
4. **Sociální** - vzájemný vztah s jinými lidmi. Zahrnuje schopnost rozumět si s ostatními lidmi a chápat jejich odlišnost.
5. **Mentální** - zahrnuje intelektuální a tvůrčí aspekty, schopnost učit se a měnit v závislosti na nových zkušenostech a informacích, ale také radost ze získávání nových znalostí a zkušeností (BLAHUŠOVÁ, 2005).

Základní determinanty ovlivňující zdraví člověka :

DIAMANTOVÝ MODEL PŘÍČIN NEMOCÍ

1. **Životní styl** - životní styl, osobní chování: 50 - 60 %.
2. **Genetický základ** - genetické a konstituční faktory, věk: 10 - 15 %.
3. **Socioekonomické prostředí** - životní prostředí: 20 - 25 %.
4. **Zdravotní péče služby**: 10 - 15 % (ČEVELA, ČELEDOVÁ, 2009).

Obr. 8. Determinanty zdraví dle Lalonda



Zdroj: <http://www.malkol.cz/clanek/zdravi-jako-ekonomicka-velicina-C27.html>

Drbal s Benckem v kapitole “Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života” v díle “Kvalita života a zdraví” na základě nových vědeckých informací připomínají pravděpodobné procentuální změny v diamantovém modelu zdraví, který byl seskupen kanadským ministrem zdravotnictví Lalondem počátkem 70. let. Výraznou změnu hraje pojetí času a prostoru . Nové objevy v oblasti genetiky pozměňují deseti až patnácti procentní vliv genetiky. Vliv genetiky se stává komplikovanějším a přináší s sebou problémy odborné, etické, sociální a ekonomické. Z též příčin zaujímáme nové postoje také k prostředí, jako determinantě zdraví. Vytvářejí se nové situace, na které není člověk dispozičně a adaptačně připraven. Není vždy

schopen patřičně reagovat na všechny proměny přírodního a sociálního prostředí, na kvalitativně i kvantitativně nové impulzy a stresory, ani na modifikaci v charakteru, rozsahu a validitě jejich projekce do potenciálu zdraví. Patnácti procentní vliv zdravotnické péče nezrcadí vliv dnešní moderní medicínské péče. Rozvoj nových poznatků, metod a technologií i potenciální možnosti jejich aplikaci na poli teorie a praxe, v oblasti diagnostiky, terapie i prevence. V těchto nových podmínkách se také mění pohled na způsob života, na životní styl. Zdůrazňuje se vlastní aktivní podíl, vlastní odpovědnost a povinnost získávat si odborné kvalifikované informace. Byl popsán zásadní podíl pohybových aktivit na dynamické stabilitě “homeostatického triumviátu”, tvoření hormonální, imunitní a nervovou soustavou, i její příznivé působení na posílení psychosomatického potenciálu a na prevenci mnoha patologií. Mění se pohled i na sexuální chování a na změněný přístup k návykovým látkám (od alkoholu k měkkým a tvrdým drogám).(DRBAL, BENCKO).

Ministerstvo zdravotnictví ve svém Akčním plánu č. 12 - rozvoje zdravotní gramotnosti uvádí, že Zdravotní gramotnost je ovlivnitelnou determinantou zdraví. Existují metody, kterými lze na nepříznivou stávající situaci reagovat. Pasivita v této oblasti vede k ekonomickým škodám , které v České republice dosahují v jednom roce 12 miliard Kč (Ministerstvo zdravotnictví, 2015).

Krejčí v “Adequate movement regime and bio-sycho-social determinants of active life style” uvádí čtyři oblasti zdraví:

1. Sociální zdraví
2. Tělesné zdraví
3. Duchovní zdraví
4. Duševní zdraví (KREJČÍ, 2010).

Zdraví je dle Krejčí jedním z důležitých předpokladů plného a kvalitního lidského života, je významnou humánní hodnotou individuální i sociální. Důležité je posilování sebedůvěry, důstojnosti a samostatnosti daného člověka. Krejčí sestavila “kontinuum transformace “Self” ve smyslu podpory a rozvoje zdraví:

1. Uvolnění
2. Pohybová aktivnost
3. Výživa
4. Preventivní lékařská péče
5. Profesionální salutogeneze (KREJČÍ, 2011).

1.3.2. Sociální determinanty zdraví

Kebza na Národním semináři k projektu EU DETERMINE, uvádí jedno z možných rozdělení determinantů na:

- protektivní
- rizikové (reverzibilita) (KEBZE, 2010).

Šteflová na téže konferenci upozorňuje na prohlášení WHO Komise zaměřené na sociální determinanty zdraví, kde se tvrdí, že sociální determinanty zdraví, které jsou hlavní příčinou špatného zdraví a způsobují nespravedlivé rozdíly ve zdraví, a to jak mezi zeměmi, tak i uvnitř jednotlivých zemí (ŠTEFLOVÁ, 2010).

Brabcová a Vacková potvrzují důležitost sociálních determinant zdraví, kdy v Koncepci deseti sociálních determinant zdraví upozorňují, že sociální a ekonomické prostředí signifikantně ovlivňují zdraví jednotlivců, a to nejen krátkodobě, ale po celý jejich život. Uvádějí také Dalstry et al. nebo Huismana et al., kteří dokládají, že lidé, kteří zaujímají vyšší socioekonomickou pozici ve společnosti, jsou zdravější než ti, kdo jsou na sociálním žebříčku níže. Uvádějí také Marmota a jeho výzkumnou zprávu – „Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post, tzv. „Marmot Review“, která zkoumala sociální podmínky a jejich vliv na zdraví z pohledu celého života běhu (od prenatálního vývoje až po důchodový věk). V této zprávě Marmot dochází k závěru, že ve zdraví existují cíle, mezi které patří

- zajistit každému dítěti ten nejlepší start do života;
- umožnit dětem, dospívajícím a dospělým plně využít svých schopností, a tak jim poskytnout kontrolu nad vlastním životem;
- zajistit spravedlnost v zaměstnání a dobré pracovní podmínky pro všechny;

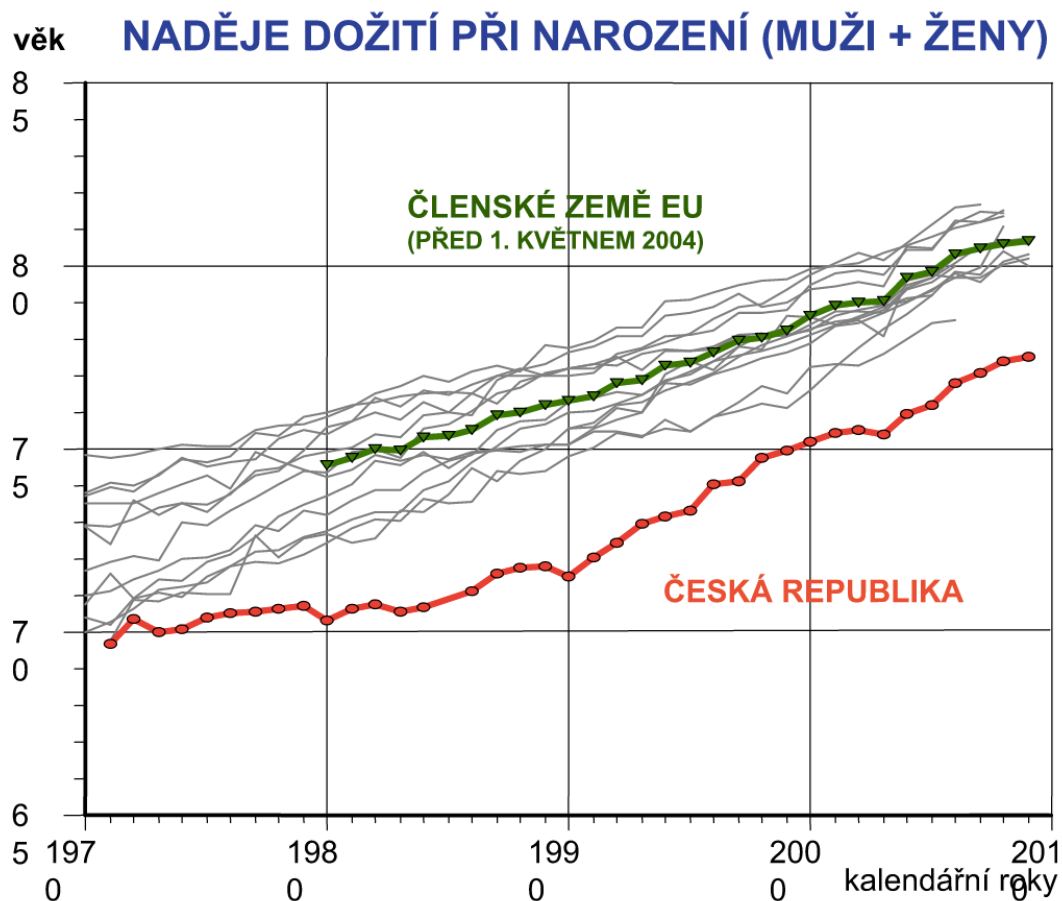
- dosáhnout zdravého životního standardu napříč celou populací
- vytvořit efektivní systém komunitní péče;
- zesílit roli a dopad preventivních zdravotních opatření (BRABCOVÁ, VACKOVÁ 2013).

Holčík na konferenci „STÁŘÍ SPOJUJE 2014“ uvádí základní sociální determinanty zdraví:

1. Zdraví souvisí se sociálním gradientem.
2. Stres poškozuje zdraví.
3. Zdravotní a sociální podmínky v dětství ovlivňují další zdravotní osud jedince.
4. Chudoba a sociální izolace zkracuje život.
5. Problémy na pracovišti (v rodině) zvyšují riziko nemocí.
6. Jistota zaměstnání zlepšuje zdraví, nezaměstnanost je příčinou nemocí a předčasných úmrtí.
7. Sociální opora a sociální kontakty zlepšují zdraví.
8. Spotřeba alkoholu, cigaret a drog je ovlivňována sociálním prostředím.
9. Zdravé potraviny jsou politickým problémem
10. Zdravá doprava, to je chůze, jízda na kole a dobrá veřejná doprava.

Holčík na této konferenci také uvádí graf Naděje dožití při narození.

Graf. 4: Naděje dožití při narození (muži + ženy)



Hajduchová s Urbanem v Sociálních determinantech zdraví u romské populace citují Wilkinsona a Marmota, kteří za tyto determinanty považují dětství, sociální gradient, sociální vyloučení, sociální oporu, stres, závislosti, výživu, práci, nezaměstnanost a dopravu a zasazují je do kontextu vlivu na zdraví (HAJDUCHOVÁ, URBAN, 2014).

Holčík v Systému péče o zdraví a zdravotní gramotnost upozorňuje na národní zdravotní strategie, která byla přijata koncem 90. let ve Švédsku. Byla založena na jedenácti cílech:

- zajistit účast občanů vedoucí ke konkrétním zdravotním výsledkům
- ekonomické a sociální zabezpečení
- vhodné podmínky během dětství a dospívání

- zdravější pracovní podmínky
- zdravé životní prostředí a bezpečné zboží
- zdravotnické služby aktivně podporující zdraví
- účinná ochrana proti přenosným nemocem
- bezpečný sex a dobré reprodukční zdraví
- růst tělesné aktivity
- zdravá výživa a bezpečné potraviny
- snížit spotřebu tabáku a alkoholu, zamezit drogové závislosti a omezit škodlivé dopady nadměrného používání hracích automatů.

Vzhledem k tomu, že sociální determinanty zdraví a zejména úroveň vzdělání výrazně ovlivňují zdravotní osudy jedince, je vhodné uvažovat o souboru takových metod, které by úzce navazovaly na běžné vzdělávací aktivity, plně by respektovaly životní podmínky lidí a pomáhaly by lidem se správně rozhodovat i převzít svou část odpovědnosti za své vlastní zdraví (HOLČÍK, 2010).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1.1. Cíl výzkumu

Heslo Sítě mateřských center - „Ruka, která hýbe kolébkou, hýbe celým světem“ - „zdravá ruka vytváří zdravou rodinu a ta se podílí na zdravé společnosti“.

Cílem této diplomové práce bylo:

1. Zjistit, popsat a porovnat znalosti pojmu zdravotní gramotnost u koordinátorů mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a řadových členů rodinného centra Haštalská YMCA Praha.
2. Zjistit, popsat a porovnat zdravotní gramotnost u koordinátorů mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a řadových členů rodinného centra Haštalská YMCA Praha.
3. Zjistit, popsat a porovnat požadované informace, které by měly být obsaženy na případném webu zdravotní gramotnosti.
4. Vypracovat některé materiály dle požadavků koordinátorů mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a řadových členů rodinného centra Haštalská YMCA Praha.

2.1.2. Hypotézy práce

Hlavní hypotéza:

Výzkumný problém byl formulován takto: Předpokládáme, že se zdravotní gramotnost koordinátorů mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a řadových členů rodinného centra Haštalská YMCA Praha v daném souboru neliší. “

Pracovní hypotézy byly formulovány takto:

- H1 Předpokládám rozdíl znalosti pojmu zdravotní gramotnost u koordinátorů mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a mezi řadovými členy rodinného centra Haštalská YMCA Praha.
- H2 Předpokládám rozdíl zdravotní gramotnost u koordinátorů mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a mezi řadovými členy rodinného centra Haštalská YMCA Praha.
- H3 Předpokládám rozdíl v požadavcích na informace týkajících se webu zdravotní gramotnosti u koordinátorů mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a mezi řadovými členy rodinného centra Haštalská YMCA Praha.

2.2. Metodika výzkumu

Výzkum byl koncipován jako meziskupinový kvantitativní experiment. Základ výzkumu tvořil dotazník monitorující :

- znalost samotného pojmu zdravotní gramotnost
- představu, které informace patří do oblasti zdravotní gramotnosti
- požadavek na plánovaný web zdravotní gramotnosti, které informace by měl obsahovat.

2.2.1. Metody, techniky sběru dat a popis zkoumaného souboru

Pro sběr dat sloužil dotazník, který jsem sestavila ve spolupráci s Mgr. Rut Kolínskou - prezidentkou Sítě mateřských center. Dotazník se skládal ze tří částí, které obsahovaly mimo poslední otázky uzavřené odpovědi.

Dotazník byl distribuován dvěma skupinám:

- koordinátorky mateřských center organizovaných Sítí mateřských center

- účastnice akcí organizovaných Rodinným centrem Haštalská, YMCA Praha

Koordinátorky mateřských center byly osloveny prostřednictvím vedení Sítě mateřských center, které požádalo krajské koordinátorky o jejich další distribuci. Na tuto první výzvu reagovalo pouze 18 koordinátorek. V dalších měsících se konaly akce na ústředí, kde jsem mohla požádat o vyplnění dotazníků a také jsem osobně oslovovala další koordinátorky. Návratnost dotazníků byla 187 z celkového počtu 289 tj. 64,7%. Dotazník mohly koordinátorky vyplnit prostřednictvím internetového dotazníku.

Dotazník účastnicím akcí organizovaných Rodinným centrem Haštalská, YMCA Praha byl předáván osobně v tištěné podobě při účasti na daných akcích. Návratnost tohoto dotazníku u pravidelných akcí byla 94 % a u jednorázových akcí (Týden zdraví 64 % a u jednorázových akcích cílených na děti 40%). Dotazník vyplnilo 92 dotazovaných tvořených :

- účastníky pravidelných akcí
- rodiči a prarodiči dětí ze školičky Sovičky - 26 respondentů
- cvičenek pohybových celoročních kursů - 23 respondentů
- účastníky jednorázových akcí - týden pro zdraví - 25 respondentů
- masopust, den dětí - 18 respondentů

2.2.2. Použité statistické metody

Pro účely této diplomové práce byl využit test Fisherův teoretický test a chí-kvadrát. Jako statisticky významný výsledek je $P < 0,05$ (směrodatná odchylka).

Pro zpracování dat byly použity počítačové programy Microsoft Office Excel 2007 a NCSS 2004 (Kaysville, UT, USA).

3. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výsledky výzkumu jsou seskupeny dle uspořádání v dotazníku, který respondenti vyplňovali.

3.1. Pojem zdravotní gramotnost

1. Znáte pojem zdravotní gramotnost

1 = ano absolvovala jsem školení zdravotní gramotnosti

2 = ano pojem znám a plně rozumím jeho obsahu

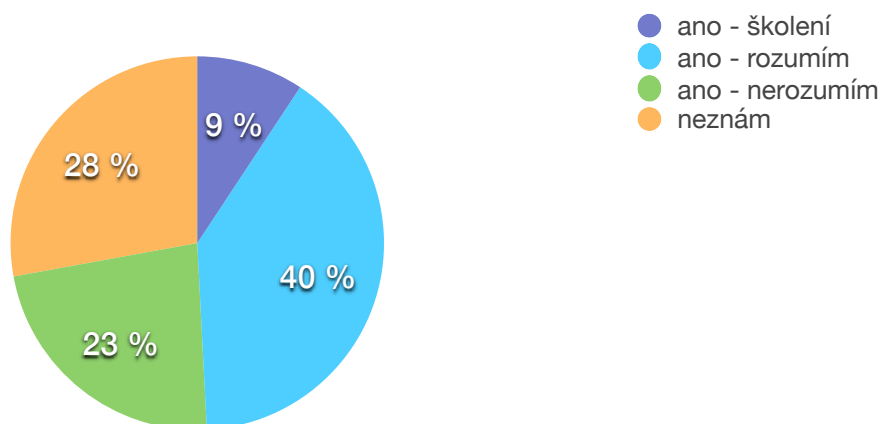
3 = ano pojem znám - slyšela jsem jej, ale neumím si pod ním nic představit

4 = nikdy jsem jej neslyšela a neznám jej

Graf. 1 : Znalost pojmu zdravotní gramotnost - centrum 1 - koordinátorky MC

Dvě koordinátorky na tuto otázku nedopověděly, a z tohoto důvodu byly tyto dotazníky z analýzy vyloučeny.

| ZDRAV. GRAMOTNOST | CENTRUM 1 |
|-------------------|-----------|
| ano - školení | 17 |
| ano - rozumím | 73 |
| ano - nerozumím | 42 |
| neznám | 51 |



Zdroj: Vlastní výzkum

U koordinátorek porozumění pojmu zdravotní gramotnost (školení + pojmu rozumím) tvoří 49 %.

Graf 2: Znalost pojmu zdravotní gramotnost - centrum 2 - klienti MC

Haštalská

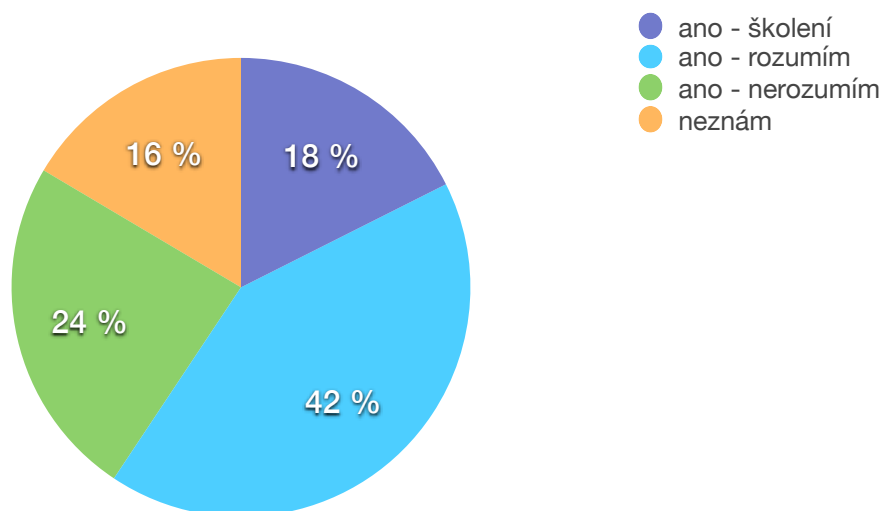
1 = ano absolvovala jsem školení zdravotní gramotnosti

2 = ano pojem znám a plně rozumím jeho obsahu

3 = ano pojem znám - slyšela jsem jej, ale neumím si pod ním nic představit

4 = nikdy jsem jej neslyšela a neznám jej

| ZDRAV. GRAMOTNOST | CENTRUM 2 |
|-------------------|-----------|
| ano - školení | 16 |
| ano - rozumím | 38 |
| ano - nerozumím | 22 |
| neznám | 15 |



Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti Rodinného centra Haštalská odpovídali na znalost pojmu zdravotní gramotnost (školení + pojmu rozumím) pozitivně v 60 %.

Graf 3: Znalost pojmu zdravotní gramotnost - centrum 1 - centrum 2

0 = nezapočítání – vyhodila jsem z analýzy

1= ano absolvovala jsem školení zdravotní gramotnosti

2 = ano pojem znám a plně rozumím jeho obsahu

3 = ano pojem znám- slyšela jsem jej, ale neumím si pod ním nic představit

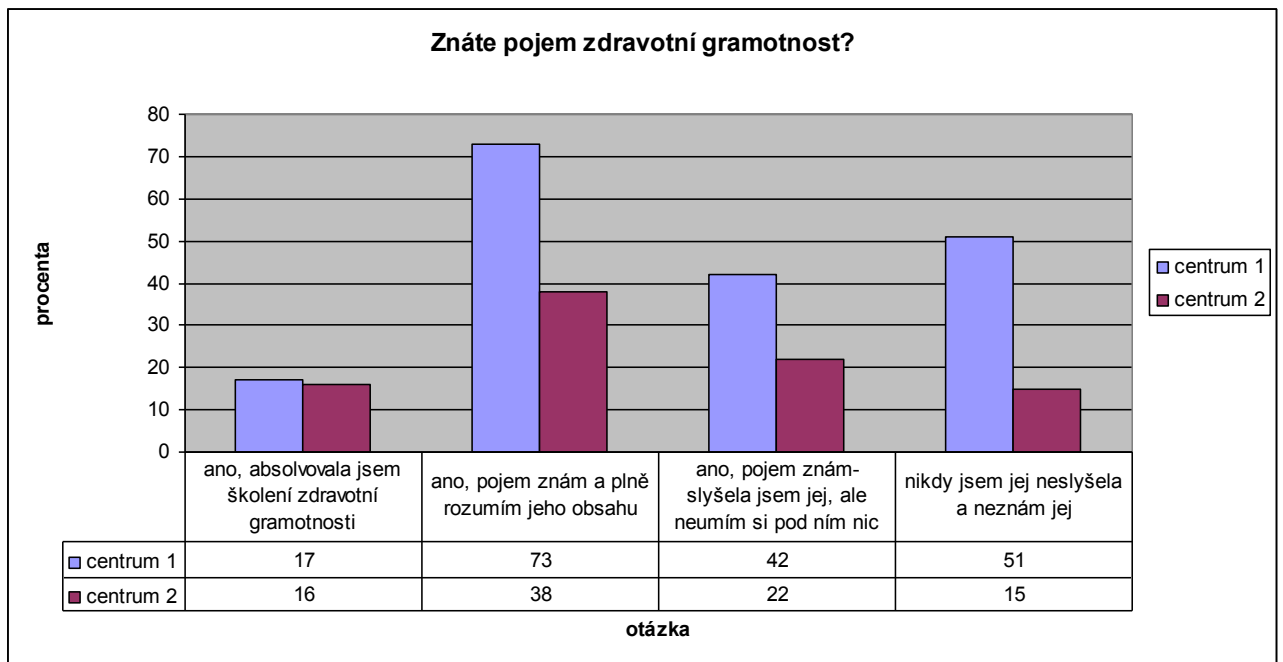
4 = nikdy jsem jej neslyšela a neznám jej

| zdravotní gramotnost | centrum 1 | centrum 2 | Total |
|-----------------------------|------------------|------------------|--------------|
| 1 | 17 | 16 | 33 |
| 2 | 73 | 38 | 111 |
| 3 | 42 | 22 | 64 |
| 4 | 51 | 15 | 66 |
| total | 183 | 91 | 274 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 6.832479 | |
| Degrees of Freedom | 3 | |
| Probability Level | 0.077433 | Accept H0 |



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: centrum 1 koordinátorky MC (bylo jich 183) se v zastoupení jednotlivých odpovědí neliší od centra 2 klienti Rodinného centra Haštalská XMCA Praha (těch bylo 91). Tzn. obě centra odpovídala stejně. Nedá se např. říci, že by v jednom centru častěji uváděli, že pojem neznají, než ve druhém.

3. 2. Zdravotní gramotnost podle Vás znamená, že máte dostatečné znalosti v oblasti (možno více variant).

3. 2. 1. Zdravotní gramotnosti podle Vás znamená, že máte dostatečné informace v oblasti (možno více variant): v oblasti zdravotní péče

Pro použití Chí- kvadrátu došlo k malému zastoupení v jednotlivých skupinách, ale pro použití Fisherova testu je soubor příliš velký, z tohoto důvodu jsem rozdělila na 2 skupiny:

1.

0 = nezapočítání – vyhodila jsem z analýzy

1 = schopnost získat informace z oblasti medicíny

2 = porozumět a pochopit jejich smysl + interpretovat a vyhodnotit medicín.

Informace (tzn. odpověď 2+3 dohromady)

4 = schopnost činit poučená rozhodnutí

A dále kombinace odpovědí...

| zdravotní péče | centrum 1 počet | centrum 1 % | centrum 2 počet | centrum 2 % |
|----------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| 1 | 12 | 16,44 | 3 | 27,27 |
| 2+3 | 49 | 67,12 | 5 | 45,45 |
| 4 | 12 | 16,44 | 3 | 27,27 |

Výsledek hodnocení 1: Fisherův test

Exact probability: 0.39099608

2.

Dále bylo Fischerovým testem hodnoceno extra:

1. respondenty, kteří zaškrtnuli jen jednu odpověď,
2. respondenty, kteří zaškrtnuli kombinaci odpovědí.

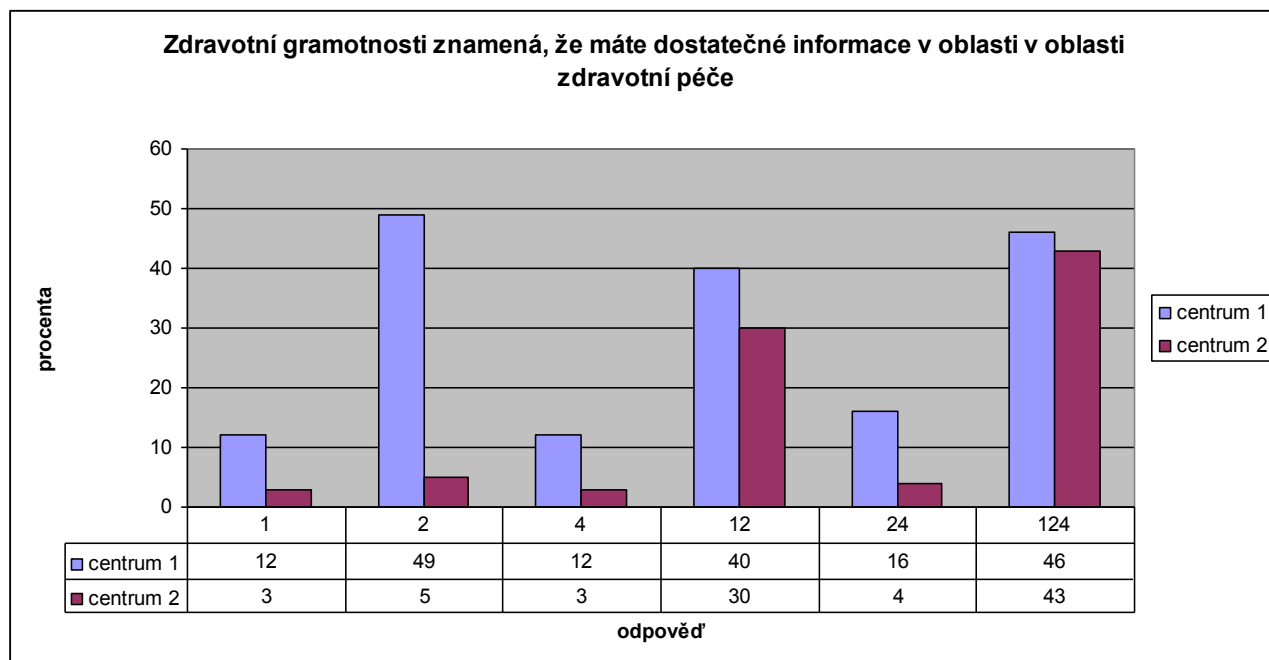
| zdravotní péče | centrum 1 počet | centrum 1 % | centrum 2 počet | centrum 2 % |
|----------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| 12 | 40 | 39,22 | 30 | 38,96 |
| 24 | 16 | 15,69 | 4 | 5,19 |
| 124 | 46 | 45,10 | 43 | 55,84 |

Výsledek hodnocení 2 - Fisherův test

Exact probability: 0.06197917

Centrum 1 a 2 se ve frekvenci odpovědí se statisticky neliší. Výsledek je hraniční (p se blíží k 0,05).

Graf 4: Zdravotní gramotnost znamená, že máte dostatečné znalosti v oblasti zdravotní péče



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Centrum 1 - koordinátorky MC a 2 (klienti RC Haštalská) se ve frekvenci odpovědí statisticky neliší – tedy, v obou centrech je stejné zastoupení těch, co jsou schopné získat informace nebo pochopit a interpretovat informace nebo činit poučená rozhodnutí.

3. 2. 2. Zdravotní gramotnosti podle Vás znamená, že máte dostatečné informace v oblasti (možno více variant): v oblasti prevence nemocí:

0 = nezapočítání – vyhodila jsem z analýzy

1 = schopnost získat informace o rizik. faktorech

2 = porozumět a pochopit jejich smysl + interpretovat a vyhodnotit tyto informace (tzn. odpověď 2+3 dohromady)

4 = schopnost posoudit relevanci těchto informací

1.

| prevence nemocí | centrum 1 počet | centrum 1 % | centrum 2 počet | centrum 2 % |
|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| 1 | 19 | 39,58 | 1 | 7,69 |
| 2 | 22 | 45,83 | 12 | 92,31 |
| 4 | 7 | 14,69 | 0 | 0 |

Výsledek hodnocení 1: Fisherův test

Exact probability: 0.01258978

2.

Dále bylo Fischerovým testem hodnoceno extra :

1. respondenty, kteří zaškrtnuli jen jednu odpověď,
2. respondenty, kteří zaškrtnuli kombinaci odpovědí.

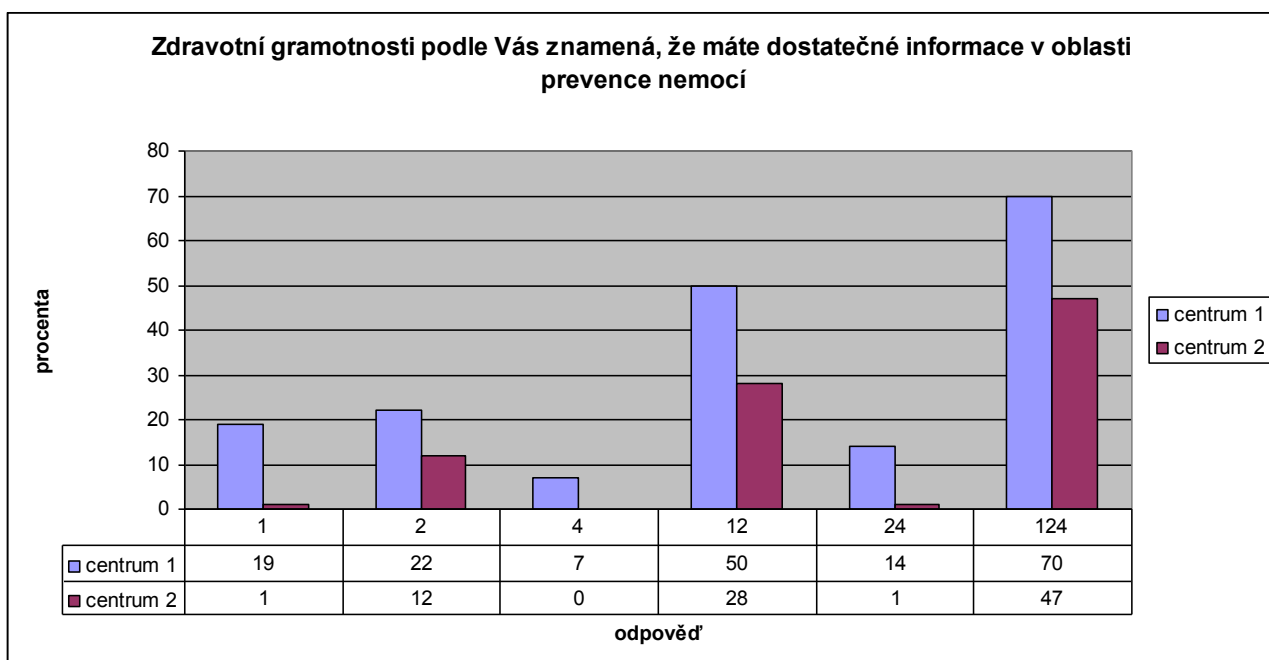
| prevence nemocí | centrum 1 počet | centrum 1 - % | centrum 2 - počet | centrum 2 - % |
|-----------------|-----------------|---------------|-------------------|---------------|
| 12 | 50 | 39,22 | 28 | 38,96 |
| 24 | 14 | 15,69 | 1 | 5,19 |

| prevence nemocí | centrum 1 počet | centrum 1 - % | centrum 2 - počet | centrum 2 - % |
|-----------------|-----------------|---------------|-------------------|---------------|
| 124 | 70 | 45,10 | 47 | 55,84 |

Výsledek hodnocení 2 - Fisherův test

Exact probability: 0.02908774

Graf 5: Zdravotní gramotnost znamená, že máte dostatečné znalosti v oblasti prevence nemocí.



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Centrum 1 (koordinátorky MC) a 2 (klienti RC Haštalská) se ve frekvenci odpovědí statisticky neliší – tedy, v obou centrech je stejné zastoupení těch, co jsou schopné získat informace nebo pochopit a interpretovat informace nebo činit poučená rozhodnutí

3. 2. 3. Zdravotní gramotnosti podle Vás znamená, že máte dostatečné informace v oblasti (možno více variant): v oblasti podpory zdraví:

0 = nezapočítání – vyhodila jsem z analýzy

1 = schopnost získat informace o rizik. faktorech

2 = porozumět a pochopit jejich smysl + interpretovat a vyhodnotit tyto informace (tzn. odpověď 2+3 dohromady)

4 = schopnost posoudit relevanci těchto informací

1.

| prevence nemocí | centrum 1 počet | centrum 1 % | centrum 2 počet | centrum 2 % |
|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| 1 | 28 | 39,58 | 3 | 7,69 |
| 2 | 30 | 45,83 | 7 | 92,31 |
| 4 | 11 | 14,69 | 3 | 0 |

Výsledek hodnocení 1: Fisherův test

Exact probability: 0.48134021

2.

Dále bylo Fischerovým testem hodnoceno extra :

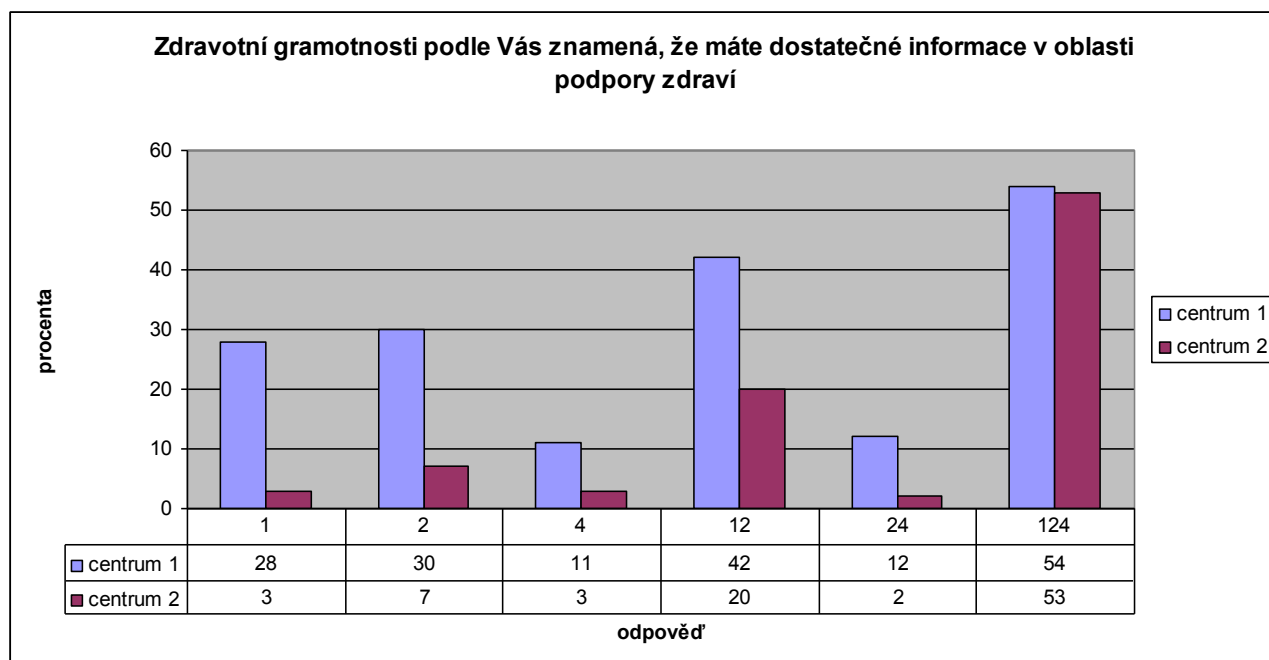
1. respondenty, kteří zaškrtnuli jen jednu odpověď,
2. respondenty, kteří zaškrtnuli kombinaci odpovědí.

Výsledek hodnocení 2: Fisherův test

| prevence nemocí | centrum 1 počet | centrum 1 % | centrum 2 počet | centrum 2 % |
|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|
| 12 | 42 | 38,89 | 20 | 26,67 |
| 24 | 12 | 11,11 | 2 | 2,67 |
| 124 | 54 | 50,00 | 53 | 70,67 |

Exact probability: 0.00828356

Graf 6: Zdravotní gramotnost znamená, že máte dostatečné znalosti v oblasti podpory zdraví.



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Centrum 1 (koordinátorky MC) a 2 (kineti RC Haštalská) se ve frekvenci odpovědí statisticky neliší – tedy, v obou centrech je stejné zastoupení těch, co jsou schopné získat informace nebo pochopit a interpretovat informace nebo činit poučená rozhodnutí.

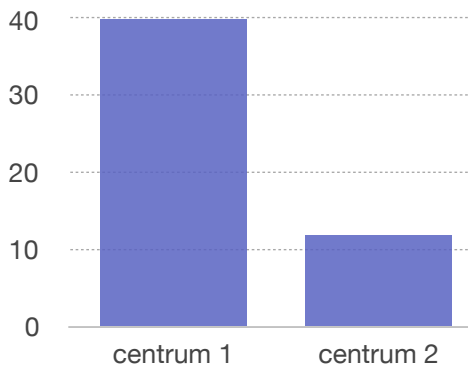
6.2. 4. Edukační materiál pro rozvoj zdravotní gramotnosti

Na webu zdravotní gramotnosti by jste přivítala informace z oblasti (možno více variant).

Hodnotila jsem jednotlivé odpovědi, ačkoliv mohlo být zaškrtnuto více odpovědí. To ale vytváří značné množství variant (vzhledem k tomu, že je možno vybírat z 18 možností, stává toto hodnocení značně složité).

1. Zdravé návyky v těhotenství

Graf 7: Zdravé návyky v těhotenství



| Těhotenství | centrum 1 | centrum 2 |
|-------------|-----------|-----------|
| počet | 40 | 12 |
| % | 21,6 | 13,1 |

centrum

| tehotenství | 1 | 2 | Total |
|-------------|-----|----|-------|
| 0 | 145 | 79 | 224 |
| 1 | 40 | 12 | 52 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

Chi-Square Statistics Section

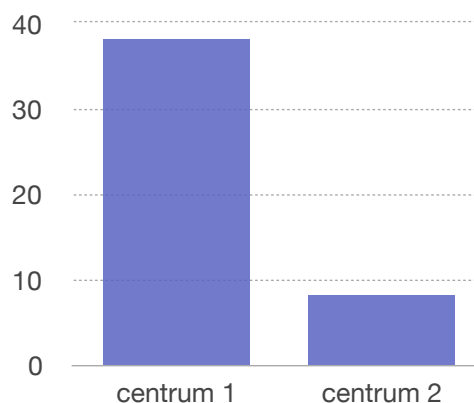
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 2.838058 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.092055 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení proti sobě jen jedné odpovědi v rámci otázky 1 - se dle výše uvedeného typu testování se neprokázal statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 - koordinátorky mateřských center a centrem 2 - klienti Rodinného centra Haštalská.

2. Laktační poradna

Graf 8: Laktační poradna



| Laktač. poradna | centrum 1 | centrum 2 |
|-----------------|-----------|-----------|
| počet | 38 | 8 |
| % | 20,5 | 8,8 |

centrum

| laktace | 1 | 2 | Total |
|--------------|-----|----|-------|
| 0 | 147 | 83 | 230 |
| 1 | 38 | 8 | 46 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

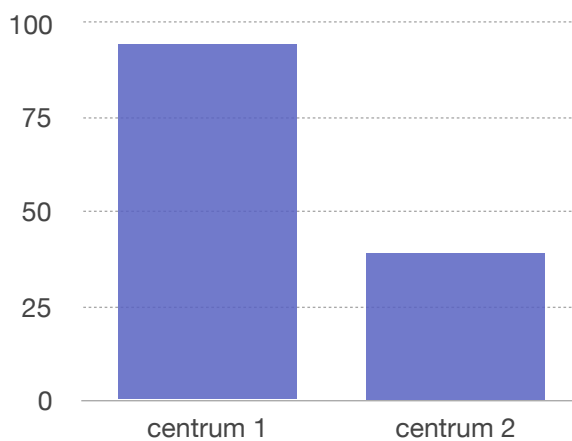
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 6.062655 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.013807 | Reject H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení proti sobě jen jedné odpovědi v rámci otázky 2 - se dle výše uvedeného typu testování se neprokázal statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 - koordinátorky mateřských center a centrem 2 - klienti Rodinného centra Haštalská.

3. Cvičení s dětmi

Graf 9 : Cvičení s dětmi



| cv. s dětmi | centrum 1 | centrum 2 |
|-------------|-----------|-----------|
| počet | 94 | 39 |
| % | 50,8 | 42,9 |

| cv_s_detmi | 1 | 2 | Total |
|--------------|-----|----|-------|
| 0 | 91 | 52 | 143 |
| 1 | 94 | 39 | 133 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

Chi-Square 1.545502

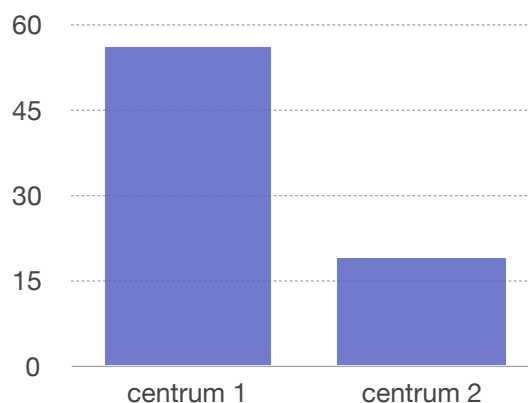
Degrees of Freedom 1

Probability Level 0.213801 **Accept H0**

Výsledek: Při hodnocení proti sobě jen jedné odpovědi v rámci otázky 3 - nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 - koordinátorky mateřských center a centrem 2 - klienti Rodinného centra Haštalská.

4. Cvičení v těhotenství

Graf 10 : Cvičení v těhotenství



| cv. v těhotenství | centrum 1 | centrum 2 |
|-------------------|-----------|-----------|
| počet | 56 | 19 |
| % | 30,2 | 20,9 |

| cv_tehot_ | 1 | 2 | Total |
|--------------|-----|----|-------|
| 0 | 129 | 72 | 201 |
| 1 | 56 | 19 | 75 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

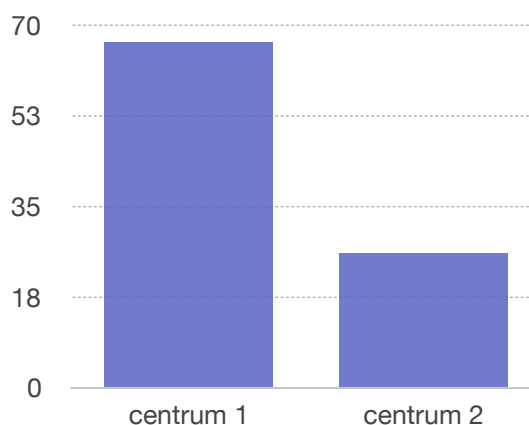
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 2.718331 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.099202 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení proti sobě jen jedné odpovědi v rámci otázky 4 - nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 - koordinátorky mateřských center a centrem 2 - klienti Rodinného centra Haštalská.

5. Cvičení po porodu

Graf 11: Cvičení po porodu



| cv. po porodu | centrum 1 | centrum 2 |
|---------------|-----------|-----------|
| počet | 67 | 26 |
| % | 36,2 | 28,6 |

| cv_poporodu | 1 | 2 | Total |
|-------------|-----|----|-------|
| 0 | 118 | 65 | 183 |
| 1 | 67 | 26 | 93 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

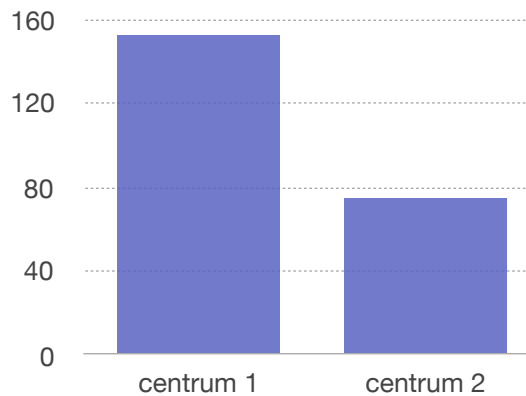
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 1.595582 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.206530 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Pokud hodnotím proti sobě jen jednu odpověď v rámci otázky 5 – pak statistika říká, že se neliší v odpovědi na tuto otázku koordinátory (centrum 1) a klientky (centrum 2).

6. Cvičení pro zdravá záda

Graf 12: Cvičení pro zdravá záda



| cv. na záda | centrum 1 | centrum 2 |
|-------------|-----------|-----------|
| počet | 152 | 75 |
| % | 82,2 | 82,4 |

| cv_záda | 1 | 2 | Total |
|--------------|-----|----|-------|
| 0 | 33 | 16 | 49 |
| 1 | 152 | 75 | 227 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

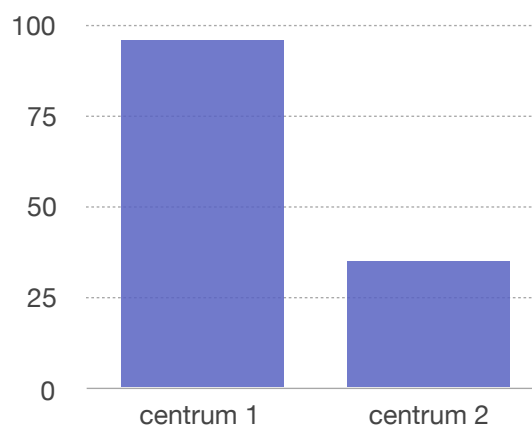
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 0.002725 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.958366 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 6 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

7. Cvičení pro vyšší věk

Graf 13: Cvičení pro vyšší věk



| cv. pro vyšší věk | centrum 1 | centrum 2 |
|-------------------|-----------|-----------|
| počet | 96 | 35 |
| % | 51,9 | 38,5 |

| cv_vyssi_vek | 1 | 2 | Total |
|--------------|-----|----|-------|
| 0 | 89 | 56 | 145 |
| 1 | 96 | 35 | 131 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

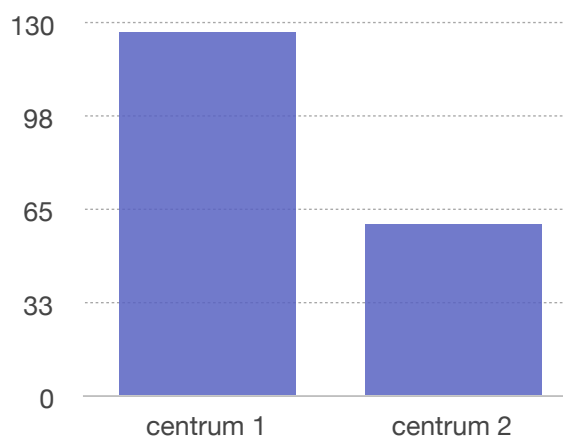
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 4.412226 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.035682 | Reject H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 7 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

8. Zdravé stravování pro děti

Graf 14: Zdravé stravování pro děti



| jídlo dětí | centrum 1 | centrum 2 |
|------------|-----------|-----------|
| počet | 127 | 60 |
| % | 68,6 | 65,9 |

| | centrum | | |
|--------------|---------|----|-------|
| jídlo_deti | 1 | 2 | Total |
| 0 | 58 | 31 | 89 |
| 1 | 127 | 60 | 187 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

Chi-Square 0.205730

Degrees of Freedom 1

Probability Level 0.650135 Accept H0

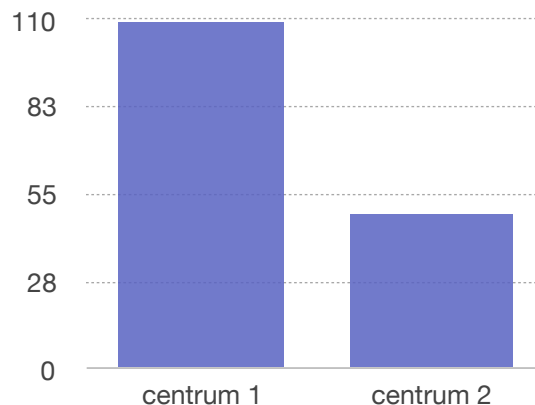
Counts Section

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 8 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

9. Zdravé stravování pro rodiče

Graf 15: Zdravé stravování pro rodiče



| jídlo rodiče | centrum 1 | centrum 2 |
|--------------|-----------|-----------|
| počet | 109 | 49 |
| % | 58,9 | 53,8 |

centrum

| jídlo_rodice | 1 | 2 | Total |
|--------------|-----|----|-------|
| 0 | 76 | 42 | 118 |
| 1 | 109 | 49 | 158 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

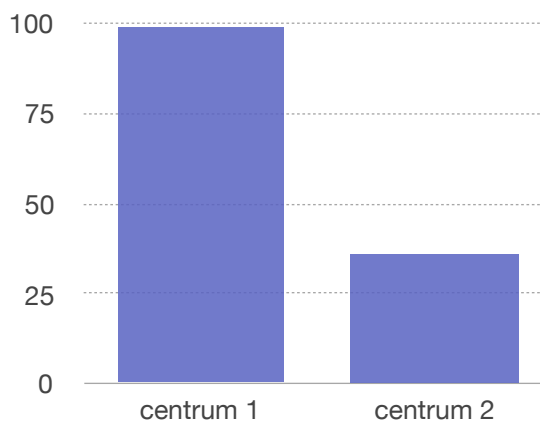
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 0.641317 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.423234 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 9 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

10. Psychická podpora

Graf 16: Psychická podpora



| psych. podpora | centrum 1 | centrum 2 |
|----------------|-----------|-----------|
| počet | 99 | 36 |
| % | 53,5 | 39,6 |

| psych_podpora | | 1 | 2 | Total |
|---------------|-----|----|-----|-------|
| 0 | 85 | 55 | 140 | |
| 1 | 99 | 36 | 135 | |
| 10 | 1 | 0 | 1 | |
| Total | 185 | 91 | 276 | |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

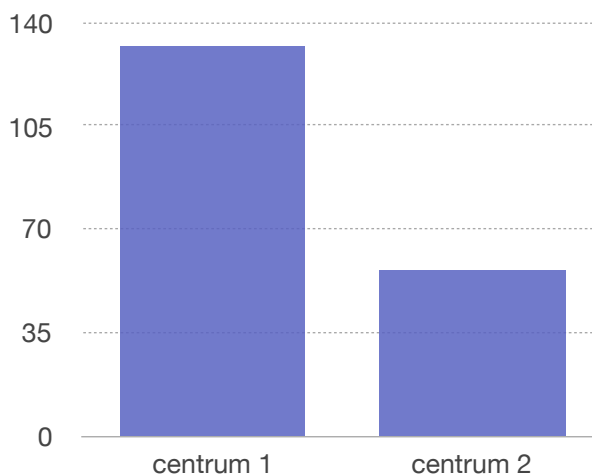
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 5.445757 | |
| Degrees of Freedom | 2 | |
| Probability Level | 0.065685 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 10 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

11. Relaxační techniky

Graf 17: Relaxační techniky



| relax. techniky | centrum 1 | centrum 2 |
|-----------------|-----------|-----------|
| počet | 132 | 56 |
| % | 71,4 | 61,5 |

centrum

| relax_ | 1 | 2 | Total |
|--------|-----|----|-------|
| 0 | 53 | 35 | 88 |
| 1 | 132 | 56 | 188 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

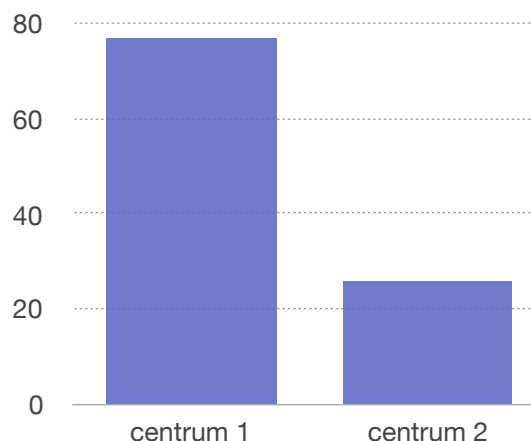
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 2.704429 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.100070 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 11 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

12. Informace ohledně povinného očkování

Graf 18: Informace ohledně povinného očkování



| očkování | centrum 1 | centrum 2 |
|----------|-----------|-----------|
| počet | 77 | 26 |
| % | 41,6 | 28,6 |

| centrum ockování | 1 | 2 | Total |
|---------------------|-----|----|-------|
| 0 | 108 | 65 | 173 |
| 1 | 77 | 26 | 103 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

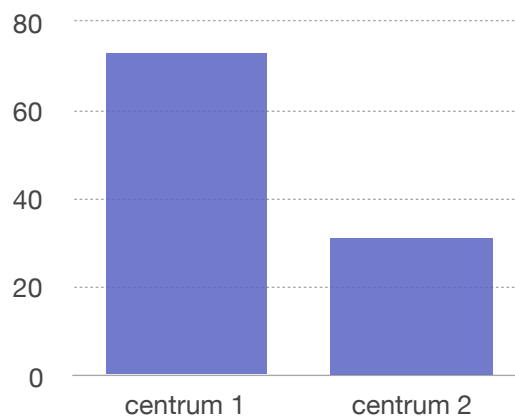
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 4.440918 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.035087 | Reject H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 11 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

13. Informace o možnostech preventivního vyšetření hrazené pojišťovnou

Graf 19: Informace o možnostech preventivního vyšetření hrazené pojišťovnou



| pojišťovny | centrum 1 | centrum 2 |
|------------|-----------|-----------|
| počet | 73 | 31 |
| % | 39,5 | 34 |

centrum

| prevence_VZP | 1 | 2 | Total |
|--------------|-----|----|-------|
| 0 | 112 | 60 | 172 |
| 1 | 73 | 31 | 104 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

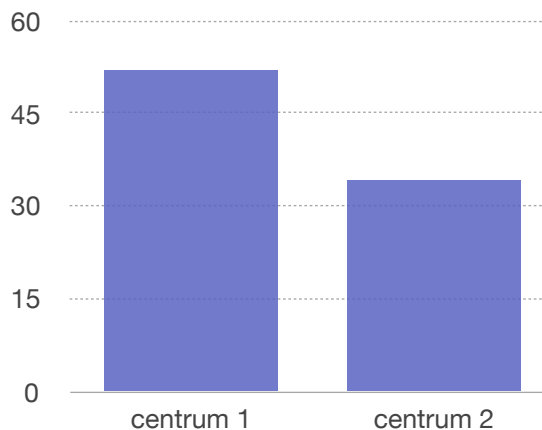
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 0.755624 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.384701 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Pokud hodnotím proti sobě jen jednu odpověď v rámci otázky 13 – pak statistika říká, že se neliší v odpovědi na tuto otázku koordinátory a klientky.

14. Sociální dovednosti

Graf 20 : Sociální dovednosti



| soc. dovednosti | centrum 1 | centrum 2 |
|-----------------|-----------|-----------|
| počet | 52 | 34 |
| % | 28,1 | 37,4 |

| soc_dovednost | | 1 | 2 | Total |
|---------------|-----|----|-----|-------|
| 0 | 133 | 57 | 190 | |
| 1 | 52 | 34 | 86 | |
| Total | 185 | 91 | 276 | |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

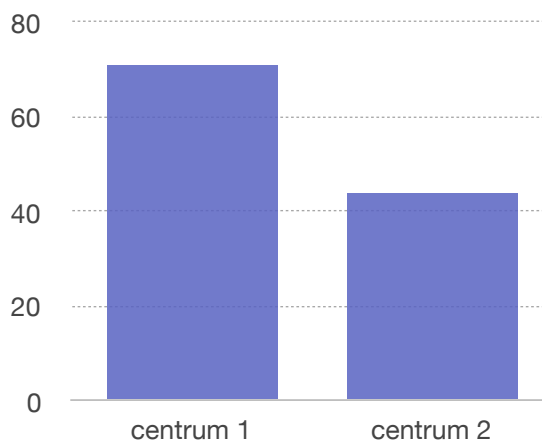
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 2.435448 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.118620 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 14 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

15. Důraz na vlastní odpovědnost

Graf 21: Důraz na vlastní odpovědnost



| odpovědnost | centrum 1 | centrum 2 |
|-------------|-----------|-----------|
| počet | 71 | 44 |
| % | 38,4 | 48,4 |

centrum

| odpovědnost | 1 | 2 | Total |
|-------------|-----|----|-------|
| 0 | 114 | 47 | 161 |
| 1 | 71 | 44 | 115 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

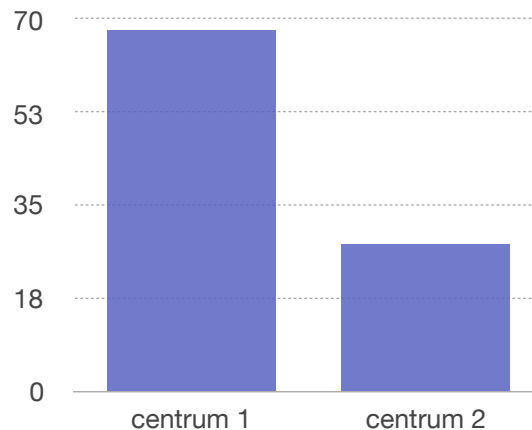
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 2.496167 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.114124 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 15 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

16. Základní informace o dětských nemocech

Graf 22 : Základní informace o dětských nemocech



| dětské nemoci | centrum 1 | centrum 2 |
|---------------|-----------|-----------|
| počet | 68 | 28 |
| % | 36,8 | 30,8 |

centrum

| det_nemoci | 1 | 2 | Total |
|------------|-----|----|-------|
| 0 | 117 | 63 | 180 |
| 1 | 68 | 28 | 96 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

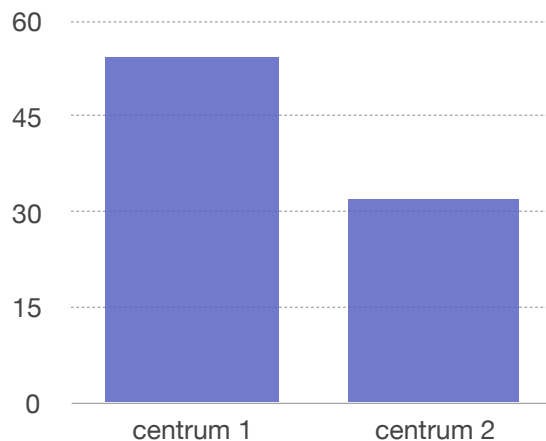
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 0.963992 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.326183 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 16 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

17. Informace ohledně spirituálního zdraví

Graf 23: Informace ohledně spirituálního zdraví



| spirituál. zdraví | centrum 1 | centrum 2 |
|-------------------|-----------|-----------|
| počet | 54 | 32 |
| % | 29,1 | 35,1 |

| spirt_zdravi | 1 | 2 | Total |
|--------------|-----|----|-------|
| 0 | 131 | 59 | 190 |
| 1 | 54 | 32 | 86 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

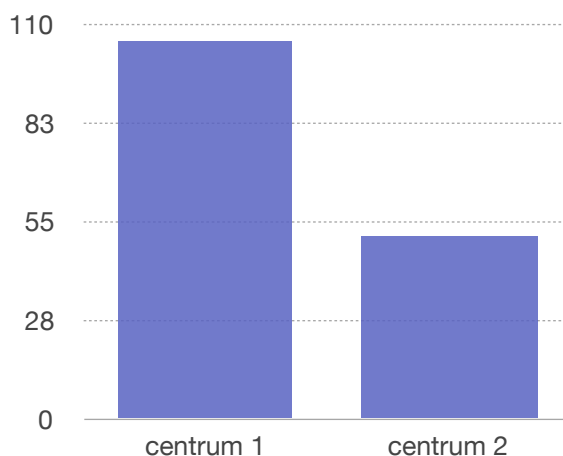
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 1.015406 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.313611 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 17 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

18. Informace o složení potravin - čeho si všítat na obalu

Graf 24: Informace o složení potravin - čeho si všítat na obalu



| potraviny | centrum 1 | centrum 2 |
|-----------|-----------|-----------|
| počet | 105 | 51 |
| % | 56,8 | 56,0 |

| potraviny | 1 | 2 | Total |
|-----------|-----|----|-------|
| 0 | 80 | 40 | 120 |
| 1 | 105 | 51 | 156 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

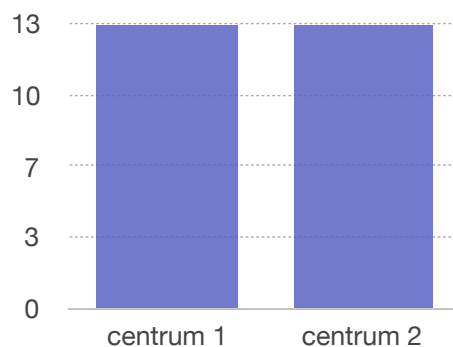
| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 0.012611 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.910586 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 18 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

19. Jaké informace bych ráda našla na webu zdravotní gramotnosti (jiné)

Graf 25: Jaké informace bych ráda našla na webu zdravotní gramotnosti (jiné)



| jiné | centrum 1 | centrum 2 |
|-------|-----------|-----------|
| počet | 13 | 13 |
| % | 7,0 | 14,3 |

| | | | |
|--------------|----------|----------|--------------|
| jiné | 1 | 2 | Total |
| 0 | 172 | 78 | 250 |
| 1 | 13 | 13 | 26 |
| Total | 185 | 91 | 276 |

The number of rows with at least one missing value is 0

Chi-Square Statistics Section

| | | |
|--------------------|----------|-----------|
| Chi-Square | 3.766388 | |
| Degrees of Freedom | 1 | |
| Probability Level | 0.052292 | Accept H0 |

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledek: Při hodnocení jen jedné odpovědi v rámci otázky 18 – pak nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi centrem 1 (koordinátorky) a centrem 2 (klienti Rodinného centra Haštalská).

4. DISKUZE

Hlavním cílem celé diplomové práce bylo zjistit, popsat a porovnat znalosti v orientaci ohledně problematiky zdravotní gramotnosti u převážně žen pohybujících se v prostředí mateřských center. Tyto zjištěné údaje budou dále použity na tvorbu edukačních materiálů pro tuto skupinu lidí.

Tato cílová skupina byla záměrně vybrána z důvodu dobré budoucí potenciality rozvoje zdravotní gramotnosti dle hesla Sítě mateřských center: „Ruka, která hýbe kolébkou, hýbe celým světem“.

Edukační programy v oblasti zdraví a zdravotní gramotnosti se zaměřují na ovlivnitelné faktory, což dle mnoha autorů (BLAHUŠOVÁ, FIALOVÁ, HOLČÍK, MACHOVÁ,, KASTNEROVÁ aj.) znamená zaměření na životní styl, jako na dobrovolné a zodpovědné chování v daných životních situacích.

Ve své diplomové práci se zabývám zjištěním, popsáním a porovnáním znalostí v problematice zdravotní gramotnosti - pojmu, informací a požadavků na edukační programy orientované na problematiku zdravotní gramotnosti u dvou skupin:

První skupinu tvořily koordinátorky (vedoucí) mateřských center sdružovaných Sítí mateřských center. Z celkového počtu 289 center návratnost dotazníku byla pouhých 64,7 % tj. 187 vyplněných dotazníků, z toho u dvou dotazníků chyběly některé odpovědi a z důvodu statistického zpracování byly z výzkumu vyřazeny. Mateřská centra jsou založena v různých místech naší republiky a nejen v městech ale i na vesnicích a koordinátoři mají různé kvalifikace a vzdělání (HROMKOVÁ).

Druhá skupina byla tvořena klienty Rodinného centra Haštalská YMCA Praha. Toto centrum bylo založeno jako první v České republice a stále je centrem vzorovým. Dotazníky vyplnilo celkem 92 klientů tohoto centra, z toho téměř polovina jsou pravidelnými návštěvníky tohoto centra. Toto centrum pravidelně pořádá opakovaně týdny zdraví, na kterých přednáší odborníci v problematice komplexního přístupu ke zdraví s důrazem na vlastní odpovědnost.

Dotazník byl rozdělen na tři hlavní části:

První část měla za úkol zmapovat samotné povědomí o termínu zdravotní gramotnost.

U koordinátorek porozumění pojmu zdravotní gramotnost (školení + pojmu rozumím) tvoří 49 % a u klientů rodinného centra 60%. Koordinátorky se účastnily školení ohledně zdravotní gramotnosti pouze v 9 %, kdežto školením o zdravotní gramotnosti prošlo 18% klientů Rodinného centra. Pojem neznalo 16% klientek a až 28% koordinátorek. Možným vysvětlením by mohlo být, že klienti tohoto centra většinou dosahují převážně vysokoškolského vzdělání, kdežto požadavek na nutné kvalifikační předpoklady u koordinátorů není. Centra mohou být malá, s nízkým počtem klientů a vznikají i na vesnicích, kde mohou být jiné sociální statusy. Klienti Rodinného centra Haštalská pocházejí často z bilinguálního či dokonce čistě cizojazyčného prostředí a tudíž je možné, že znalosti ohledně zdravotní gramotnosti čerpají odjinud. Ze statistického hlediska, se ale odpovědi koordinátorů a klientů ohledně znalosti pojmu zdravotní gramotnost neliší a tím se přímá H_0 .

Druhá část pojem zdravotní gramotnosti rozvedla do třech oblastí: zdravotní péče, prevence nemocí a oblast podpory zdraví. Zde mohli respondenti dle svého uvážení zatrhnout více variant, čímž pro statistické vyhodnocení vzniká velké množství variant. Pro použití metody Chí - kvadrátu byly počty v jednotlivých skupinách příliš malé, ale zároveň pro použití Fisherova testu byl soubor příliš velký. Z tohoto důvodu jsem při vyhodnocování rozdělila data do dvou skupin: na ty co zaškrtnly pouze jednu odpověď a ty co zaškrtnly kombinaci odpovědí.

V oblasti zdravotní péče koordinátorky častěji oproti klientům uváděly porozumění v 67,12 % oproti 45,45% u klientů. U porozumět a interpretovat činí rozdíl u koordinátorů ke klientům o 10% více (koordinátoři 15,7% a klienti 5%). Koordinátorky a klienti Rodinného centra se ale ve frekvenci svých odpovědí statisticky neliší - tedy, v obou centrech je stejné zastoupení těch, které jsou schopné získat informace nebo pochopit a interpretovat informace nebo činit poučená rozhodnutí. Tudíž lze přijmout H_0 .

V oblasti prevence nemocí se frekvence odpovědí, které byly uvedeny pouze jednou mezi koordinátory a klienty statisticky liší ($p = 0,0125$) - tedy v obou měřených skupinách je odlišné zastoupení těch, kteří jsou schopni získat informace nebo pochopit a interpretovat informace nebo posoudit relevanci informací. Toto je v tomto bodě při zatrnutí pouze jedné odpovědi dané např. tím, že koordinátorky častěji uváděly, že jsou schopny posoudit relevanci informací v oblasti prevence nemocí 14, 58% (7 x), kdežto klienti tento bod uvedli pouze jednou. Právě skupina klientů, ale častěji zatrhla možnost více odpovědí (vyhodnocení 2). Z pohledu statistiky se zastoupení koordinátorů a klientů Rodinného centra, kteří jsou schopni získat informace nebo pochopit a interpretovat informace nebo činit poučená rozhodnutí statisticky neliší a přímá se H_0 .

V oblasti podpory zdraví při uvádění pouze jedné odpověděly odpovídaly koordinátorky a klienti, tak že se tyto odpovědi statisticky neliší. Při možnosti uvést více odpovědí, ale dochází k tomu, že se frekvence odpovědí statisticky liší (p menší než 0,05) - tedy v obou centrech je odlišné zastoupení těch, co jsou schopné získat, pochopit a interpretovat informace nebo pochopit, interpretovat zaujmout poučený názor informace nebo získat, pochopit, interpretovat a zaujmout poučený názor. Např. v Rodinném centru je o 20 % více těch, které zaškrtnly všechny odpovědi. V celkovém statistickém vyhodnocení zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví se odpovědi koordinátorek a klientů ve frekvenci odpovědí statisticky neliší – tedy, v obou centrech je stejné zastoupení těch, co jsou schopné získat informace nebo pochopit a interpretovat informace nebo činit poučená rozhodnutí a tudíž se přímá H_0 .

Při vyhodnocení bodu 2 dotazníku, který se pokusil monitorovat zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a v oblasti podpory zdraví se odpovědi koordinátorek a klientů Rodinného centra ze statistického hlediska neliší a tím se přímá H_0 .

Třetí část dotazníku byl pro tuto práci stěžejní. Na základě této práce by měl být vytvořen edukační program podporující rozvoj zdravotní gramotnosti v oblastech, kteří samy aktéři výzkumu považují z jejich hlediska za důležité. Mateřská (rodinná centra) se věnují převážně rodinám s malými dětmi, ale jsou navštěvována i prarodiči, jejich důležitým principem je i akcent na dobrovolnost. Dle mé bakalářské práce jsou aktivity směřovány převážně na předškolní děti (z celkové činnosti 53%), akce pro celé rodiny tvoří 70%. Dle výzkumu této bakalářské práce byl zájem o přednášky a semináře vyšší než 50%. V odpovědích koordinátorek se odráží zaměření jejich konkrétního rodinného centra a v odpovědích klientů jejich osobní zájmy. V této části bylo uvedeno 18 oblastí, které jsou pro ně zajímavé, a které byly vybrány na základy porady s prezidentkou Síť mateřských center Mgr. Rut Kolínskou na základě konzultace s krajskými koordinátory. Poslední otázka byla otevřená a měla doplnit oblast, která je pro ně zajímavá, ale daný dotazník ji nemá uvedenou.

1. Zdravé návyky v těhotenství - koordinátorky uváděly tuto odpověď častěji v 21,6% oproti klientům - 13,1%. Přesto tyto odpovědi se statisticky neliší a H_0 se přímá.
2. Laktační poradna - i zde platí, že koordinátorky mohou mít v nabídce své činnosti také aktivity pro období těhotenství, proto tuto poradnu by přivítalo 20,5% koordinátorů, kdežto klienti o tuto službu mají zájem pouze v 8,8 %. Statistika ale říká, že se statisticky odpovědi koordinátorů a klientů neliší a H_0 se přímá.
3. Cvičení s dětmi - zde se odpovědi koordinátorů a klientů téměř nelišily, protože 50,8% koordinátorů a 42,9 % klientů by mělo o tyto informace zájem, H_0 se přímá. Pokud bych tento dotazník sestavovala znova tuto otázku byl posunula až za cvičení v době těhotenství a cvičení po porodu, čímž by byl utvořen přehlednější blok ohledně doby kolem narození dítěte.
4. Cvičení v těhotenství - odpověď koordinátorek a klientů se lišila o necelých 10% (30,2 % koordinátorky a 20,9 % klienti). Zde opět platí zaměření center

a tudíž zájem o tuto problematiku. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.

5. Cvičení po porodu - by rádo 36,2% koordinátorek a 28,6 % klientek. Některá centra mohou být zaměřena na práci s klientkami v období kolem porodu a po porodu. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
6. Cvičení na bolavá záda - uváděly koordinátorky v 82,2 % a klientky v 82,4 %. O tento typ informací byl dle dotazníku největší zájem. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
7. Cvičení pro vyšší věk - koordinátorky odpovídaly v 51,9 % a klientky v 38,5 %. Zde může platit, že koordinátorky by rády nabídly vhodnou aktivitu i pro prarodiče. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
8. Zdravé stravování pro děti - tento typ informací by přivítaly koordinátorky v 68,6 % a klienti v 65,9 %. Zde je patrné, že hlavní cílovou skupinou těchto center jsou převážně děti a jejich rodiče by tento typ informací přivítali. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
9. Zdravé stravování pro rodiče (dospělí) - i v této otázce byl nadpoloviční zájem o typ těchto informací (koordinátorky 58,9% a klienti 53,8%). Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
10. Psychická podpora - u koordinátorů byl o tuto problematiku zájem nadpoloviční (53,5%) , kdežto klienti by o tento typ informací stáli v 39,6 %. Důvodem rozdílu může být to, že samy koordinátorky vykonávají svoji činnost v rámci pracovní činnosti (různé typy smluv a úvazků) a více vnímají potřebu psychické podpory. Ze statistického hlediska se ale odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
11. Relaxační techniky - tato doba je hektická a o tento typ informací měly koordinátorky zájem v 71,4 % a klienti v 61,5 %. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.

12. Informace ohledně povinného očkování - by přivítalo 41,6% koordinátorek a 28,6% klientek. Koordinátorky mohou více vnímat potřebnost důsledného informování, byť jen formou nástěnky, v jejich centru v této oblasti. Z osobních rozhovorů při předávání dotazníků jsem postřehla zájem o informace ohledně možnosti rozdělení očkovacích vakcín nebo možnosti jiného typu očkování z pohledu klientů a jejich dětí. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
13. Informace o možnostech preventivního vyšetření hrazené pojišťovnou - byl zájem pod 40% (koordinátorky uváděly v 39,5% a klienti v 34 %). Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
14. Sociální dovednosti - jako důležitý vnímali více klienti - 37,4 %, kdežto koordinátorky uváděly pouze 28,1%. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
15. Důraz na vlastní odpovědnost - více vnímali klienti 48,4 % a koordinátorky uváděly v 38,4%. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
16. Základní informace o dětských nemocech - zájem o tento typ informací byl pod 40% (koordinátorky 36,8% a klienti 30,8%). Koordinátorky mohou více vnímat potřebnost důsledného informování, byť jen formou nástěnky, v jejich centru v této oblasti. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
17. Informace ohledně spirituálního zdraví- zájem o tento typ informací byl pod 40% (koordinátorky 29,1% a klienti 35,1%). Mírně vyšší zájem o informace ohledně spirituálního zdraví u klientů může být dát tradicí seminářů o spirituálním zdraví v rámci aktivit Týdne zdraví. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.
18. Informace o složení potravin - čeho si všimnout na obalu - o tento typ informací byl nadpoloviční zájem jak u koordinátorů (56,8%) , tak u klientů

56,0%. Ze statistického hlediska se odpovědi na tuto otázku neliší a H0 se přímá.

19. Jiné - tato otázka byla otevřená a respondenti tuto otázku nemuseli vyplnit.

Této možnosti využilo pouze 7% koordinátorek a 14,3% klientek. Jejich přání se dají shrnout do požadavků ohledně alternativního způsobu stravování, léčení, cvičení apod.

Pokud by se měly vytvářet edukační materiály dle nadpolovičního zájmu alespoň u jednoho z respondentů (koordinátorky a klienti) tak by tyto informace měly být zaměřeny především na:

- cvičení pro zdravá záda
- cvičení ve vyšším věku
- zdravé stravování pro děti
- zdravé stravování pro rodiče
- psychická podpora
- relaxační techniky.
- informace ohledně složení potravin

V současné době jsou vytvořeny materiály pro cvičení na bolavá záda a na cvičení ve vyšším věku. Tato DVD byla součástí mých prací na Jihočeské univerzitě. Jsou to dvě DVD, a každé obsahuje tři dvacetiminutové bloky cvičení vytvořené ve spolupráci s odborníky (KREJČÍ, KASTNEROVÁ, CHVÁLOVÁ).

Problematiku informací ohledně správného stravování řešíme s odborníky z endokrinologického ústavu. Pokoušíme se získat grant na rozvoj této oblasti zdravotní gramotnosti, aby tyto odborníci nemuseli svoji aktivitu vytvářet pouze jako dobrovolníci.

Problematika psychické podpory a relaxačních technik je ve stádiu shánění dotací, aby jsme mohli alespoň přispět na tuto činnost odborníkům, kteří nám přislíbili pomoc (HLAVÁČOVÁ, ŠTINDLOVÁ, VRZÁČKOVÁ).

5. ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit, popsat, analyzovat a srovnat znalosti v oblasti zdravotní gramotnosti u koordinátorů (vedoucích) mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a běžných klientů prvního mateřského centra v České republice v rodinném centru Haštalská YMCA Praha. Tyto informace jsou důležité pro tvorbu edukačních materiálů v oblasti zdravotní gramotnosti, které mohou být distribuovány prostřednictvím Sítě mateřských center a organizace YMCA.

Myšlenka mateřských center se šířila od r. 1992 a ta vznikala prakticky v každém městě. V současné době jsou mateřská centra sdružována také Sítí mateřských center. Princip působení těchto center vhodně vystihuje jejich heslo: „Ruka, která hýbe kolébkou, hýbe celým světem“. Takto koncipovaná centra jsou tudíž vhodným prostředím pro rozvoj zdravotní gramotnosti, kdy mohou rodiče a prarodiče být vhodným příkladem pro své děti a vnoučata v odpovědném přístupu k vlastnímu zdraví.

V teoretické části je popsána nejen historie mateřských center, ale také jejich vývoj a současný stav. Mateřská centra již nejsou založena na čistě dobrovolnické práci, ale ze 70% využívají služeb placených zaměstnanců a jejich klienti si přejí kvalitní služby, které ale splňují princip nízkoprahovosti (především ve smyslu nízké ceny). Většina mateřských center není registrovanou sociální službou dle zákona O sociálních službách, ale fungují jako významný pozitivní prvek občanské společnosti, který se aktivně účastní na posilování významných hodnot rodiny, mezigeneračních vztahů a zdravého prostředí pro komplexní rozvoj dětí.

V teoretické části jsou podrobně popsány modely, pojetí, systém, typy, úrovně zdravotní gramotnosti a okolnosti, které zdravotní gramotnost ovlivňují. Ohledně znalosti zdravotní gramotnosti je kladen důraz na aktivní přístup, který mateřská centra svými principy, hlavními myšlenkami dostatečně naplňují.

V praktické části je popsáno výzkumné šetření, které využilo dotazníkové metody, které bylo distribuováno dvěma skupinám respondentů: koordinátorkám (vedoucím) mateřských center organizovaných Sítí mateřských center a skupině klientů Rodinného centra Haštalská YMCA Praha. Dotazník se skládal ze tří částí: znalost samotného pojmu zdraví, který byl u u obou skupin téměř nadpoloviční. Prostřední část dotazníku se zaměřila na hlubší pochopení znalosti zdravotní gramotnosti. Jsem si vědoma, že tato část je složitěji sestavena a mohla činit problémy při jejím vyplňování.

Poslední třetí část měla zjistit, jaký typ informací je považován koordinátorkami mateřských center a klienty Rodinného centra za přínosný. Dle těchto zjištěných údajů budou tyto informace sestaveny do jednotlivých edukačních materiálů. Dle dotazníku byl nejvyšší zájem (více než 50%) o techniky cvičení na bolavá záda, pro vyšší věk, relaxační techniky, techniky podpory psychického zdraví a problematiku správného stravování.

Na semináři „Zdravotní gramotnost jako součást programu zdraví 2020“ pořádaného Společností pro sociální lékařství v Praze dne 20. 4. 2016 zazněla potřeba tvorby center pro rozvoj zdravotní gramotnosti. Mateřská centra jsou vhodným prostředím, kde by tato centra mohla vzniknout.

6. SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

LITERATURA

BLAHUŠOVÁ, Eva. 2005. *Wellness, fitness*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 233 s. ISBN 80-246-0891-X.

BŘICHÁČEK Václav, HABERMANNOVÁ Markéta.2008. *Uvedení do studia psychologie zdraví*. in. Studie z psychologie zdraví. Praha: Ermat, 257 s. ISBN 978-80-87178-00-3.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA . 2010. *Výchova ke zdraví, vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 126 str. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEVELA Rostislav, ČELEDOVÁ Libuše, DOLANSKÝ Hynek. 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. vyd. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.

ČEVELA Rostislav, HOLČÍK Jan, 2014. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 237 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

DE SINGLY, F. 1999. *Sociologie současné rodiny*.. 1. vyd. Praha: Portál, 128 s. ISBN 80-7178-249-1.

DOBRÝ Lubomír et al. 2011. *Zdravotní benefity pohybových aktivit, Monitorování, intervence, evaluace*. 1 vyd. Praha: Karolinum, 300 s. ISBN 978-80-2000-8.

DOLEŽALOVÁ Antonie. 2008. *Česká věda a školství mezi státním a nestátním sektorem, mezi minulostí a budoucností*. Praha 21.01.2008. In.: Financování vědy a budoucnost českých nadací. Praha: Nadace „Nadání Josefa, Marie a Zdeňky Hlávkových“ 2008, s.51-65. ISBN 80-86729-45-1.

DRBAL CTIBOR, BENCKO VLADIMÍR. 2005. *Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života*, in Kvalita života a zdraví. 1. vyd. Praha: Triton,. 628 s. ISBN 80-7254-657-0.

HAISOVÁ,M. *Quo vadis femina?*. 2007. 1.vyd. Praha: Petr Novák – Gimli, 277 s. ISBN 978-80-903966-0-9.

HAMPLOVÁ Hana. 2015. *Proč potřebujeme rodinu, práci a přátele*. Šťěstí ze sociologické perspektivy, 1. vyd. Praha: Fortuna Libri. 214 s. ISBN 978-80-7321-947-5.

- HARTL, P. - H. HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HOLČÍK JAN, 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. MU 2010, Brno, 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0 .
- KASTNEROVÁ Markéta. 2012. *Poradce zdravého životního stylu*. 1. vyd. České Budějovice: Nová Forma, 378 s. ISBN 978-80-7543-250-4.
- KASTNEROVÁ Markéta. 2011. *Poradce pro výživu*. 1. vyd. České Budějovice: Nová Forma, 377 s. ISBN 978-80-7453-177-4.
- KOLÍNSKÁ, R. 1995. *Mateřská centra*. 1. vyd. Praha: Pražské matky, 174 s. ISBN 80-901864-0-8.
- KŘÍŽKOVÁ, A. a kol. 2005. *Kombinace pracovního a rodinného života v ČR, politiky, čas, peníze a individuální, rodinné a firemní strategie*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 90 s. ISBN 80-7330-077-X.
- KREJČÍ MILADA: 2010. *Adequate movement regime and bio-psycho-social determinants of active life style*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 191 s. ISBN 978-80-7394-239-7.
- KREJČÍ Milada. 2011. *Podpora zdraví v adekvátních pohybových režimech*. In: Hendl, Jan -Zdravotní benefity pohybových aktivit, Monitorování, intervence, evaluace. 1. vyd. Praha: Karolinum. 300 s. ISBN 978-80-246-2000-8.
- KŘIVOHLAVÝ Jan. 2009. *Psychologie zdraví*, 3. vyd. Praha: Portál, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- LANGMEIER, J. - D. KREJČÍŘOVÁ. 2009. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada,368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MACHOVÁ Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ et al. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada, 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MARCUS Bess a H. FORSYTH LEIGHANN H. 2010. *Psychologie aktivního způsobu života, Motivace lidí k pohybovým aktivitám*. 1. vyd. Praha: Portál, 224s. ISBN 978-80-7367-654-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, s. 105. ISBN

978-80-7367-368-0.

ONDOK JOSEF PETR. 2005. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vyd. Praha: Triton, 214 s. ISBN 80-7254-486-1.

RAKUŠANOVÁ, P. 2007. *Povaha občanské společnosti v České republice v kontextu střední Evropy*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 140 s. ISBN 978-80-7330-122-4.

SOBOTKOVÁ, I. 2001. *Psychologie rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál. 176 s. ISBN 80-7178-559-8.

VÝROST, J. - I. SLAMĚNÍK, 2010. *Sociální psychologie*, 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 2010. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

ZVÍROTSKÝ Michal. 2009. *Úvod do zdravotní gramotnosti pro pedagogy*. Praha: Karolinum, 80 s. ISBN 978-80-7290-431-0.

OSTATNÍ ZDROJE

BRABCOVÁ Iva, VACKOVÁ Jitka. 2013, *Koncepce deseti sociálních determinant zdraví*, in. Kontakt - odborný a vědecký časopis pro zdravotně speciální otázky, Jihočeská univerzita České Budějovice, 2013/4, [cit. 2015-11-14]. Dostupné z <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2013/1084-koncepce-deseti-socialnich-determinant-zdravi>, ISSN 1804-7122.

FLECHA Ainoa, SANMAMED Fernandez. 2013. *La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. Diálogo igualitario entre los profesionales de la salud a la comunidad*.

in Scripta Nova, Revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Universidad de Barcelona. ISSN: 1138-9788.

HAJDUCHOVÁ Hana, URBAN David, 2014, *Sociální determinanty zdraví u romské populace*, in Kontakt - odborný a vědecký časopis pro zdravotně speciální otázky, Jihočeská univerzita České Budějovice, 2014/3, [cit. 2015-11-14]. Dostupné z <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2013/1084-koncepce-deseti-socialnich-determinant-zdravi>, ISSN 1804-7122.

- HAMPLOVÁ Dana .2012. *Zdraví a rodinný stav: dvě strany jedné mince?* in sociologický časopis, Review 48:737-755.ISSN 2336-128X .
- HODAČOVÁ Lenka a kol. 2015. *Vztah rodiny a životní spokojenosti dětí.* in Československá psychologie, 2015/4, ISSN 0009-062X.
- HOLČÍK Jan. 2015. *Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví*, Praha 11.2. 2015 seminář.
- HOLČÍK Jan. 2005. *Zdravotní gramotnost - Závěrečná zpráva o řešení programového projektu podpořeného Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR*, 2003 - 2005, Brno - Masarykova univerzita.
- HOLČÍK Jan. 2012. *Zdraví jako osobní a společenská hodnota*, [online 2012-01-11] in Projekt Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost, Inovace studijního programu Všeobecné lékařství se zaměřením na primární péči a praktické lékařství, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci [cit. 2015-11-11]. Dostupný z http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php.
- HOLČÍK Jan. 2011. *Když uvažuji o zdraví jsem romantik, in zdravotnictví*, in medicína [online 2011-03-02] [cit. 2015-11-11]. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/rozhovory/predstavujeme/445786> , 2.3. 2011
- HOLČÍK Jan, 2014. *Sociální determinanty zdraví v průběhu lidského života* in, Konference „STÁŘÍ SPOJUJE 2014“ 18. června 2014, Praha, [cit. 2015-11-14]. Dostupné z <https://docs.google.com/presentation/d/1ItpovCpY1JjIRG61yQBb7Uhd7IHnKbsBIDyhHuafl3U/edit?pli=1#slide=id.p72>
- HROMKOVÁ Renata, 2012, *Mateřská centra v České republice v sociálním kontextu*, Bakalářská práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
- CHUDÍK Karel. 2014. *Zdraví jako ekonomická veličina*, [online 2014-09-21] in Malcol. cz - zdravotní potřeby [cit. 2015-11-11]. Dostupný z <http://www.malkol.cz/clanek/zdravi-jako-ekonomicka-velicina-C27.html>.
- KEBZA Vladimír, 2010, *Psychologické, sociální a ekonomické determinanty zdraví*, Národní seminář k projektu EU DETERMINE, konaný ve Státním zdravotním ústavu

23.2.2010, [cit. 2015-11-14]. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/socialne-ekonomicke-determinanty-zdravi>.

KOLÍNSKÁ, R. 2011. *Prorodinné aktivity mateřských center*; konference Rodinná politika v centru pozornosti krajů a obcí, KÚ Vysočina, Jihlava, 31.3. 2011, prezentace.

Výroční zprávy Sítě mateřských center 2005 - 2014.

KUČERA Zdeněk. 2015. *Češi neumějí hledat a správně chápat informace o zdraví* in <http://www.tribune.cz/clanek/36042-vyzkum-cesi-neumeji-hledat-a-spravne-chapat-informace-o-zdravi>.

KUČERA Zdeněk. 2015, *Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření*, [online 2015-06-18] [cit. 2015-11-13]. Dostupné z <http://www.szu.cz/u>.

OLIŠÁROVÁ Věra, TÓTOVÁ Valérie, BRABCOVÁ Iva, 2014, *Determinanty zdraví imigrantů*, in Kontakt 2014/3 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ISSN 1804-7122.

PUDELSKÁ, H. 2012. *Závěrečná práce kursu řízení neziskových organizací. Fenomén mateřských center v České republice*, [online][cit. 1.4. 2012] Dostupné www.tretipatro.cz/index.php?cmd=page&id=22 Tiskové prohlášení Unie center pro rodinu a komunitu k 20. výročí hnutí mateřských center, [online] [cit. 27.3.2012] Dostupné z <http://www.czlobby.cz> Unie center pro rodinu a komunitu [online] [cit. 1. 4. 2012], Dostupné z <http://www.uniecenter.cz>.

PÍTHA Petr. 2008. přednáška *Velká iluze českého školství* Hradec Králové 2.4. 2008.

PAYNE Jan. 2015. *Analýzy informovaného konsenzu a jeho role v moderní medicíně*, Praha: Časopis lékařů 2/2015, 59-64. ISSN 008-7335.zdravotně .

ROMERO María Falcón, RIUZ-CABELLO Aurelio Luna. 2012. *Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud* in Revista de comunicación y Salud. vol. 2, n° 2, pp. 1-2, 2012, Editado por INICyS (Instituto Internacional de Comunicación y Salud) ISSN: 2173-1675 (electrónico).

ŠTEFLOVÁ Alena, 2010, *Socio-ekonomické determinanty zdraví v politice WHO*, Národní seminář k projektu EU DETERMINE, konaný ve Státním zdravotním ústavu

23.2.2010, [cit. 2015-11-14]. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/socialne-ekonomicke-determinanty-zdravi>.

VYČÍTALOVÁ, Anna. 2012. *Informační gramotnost ve zdravotnictví se zaměřením na rozvoj informační gramotnosti pacientů*. Knihovna [online]. 2012, roč. 23, č. 2, s. 5-21 [cit. 2015-11-06]. Dostupný z WWW: <<http://knihovna.nkp.cz/knihovna122/vycit.htm>>. ISSN 1801-3252.

WEIDNEROVÁ Simona, MATĚJŮ Petr. 2015. *Hodnotový kontext volby mezi kariérou a domácností: mezinárodní srovnání*, in Sociologický časopis, 2015, Vol. 51, No. 4: 637–666, ISSN 2336-128X .

Zdravotní gramotnost národa. [cit. 2015- 10.11.] Dostupný z <http://www.czedma.cz/zdravotni-gramotnost-naroda.html>.

Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020, Ministerstvo zdravotnictví 2015, [cit. 2015-11-12]. Dostupné z <http://www.mzcr.cz/>.

Zdraví 2020- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, 2014, Ministerstvo zdravotnictví ČR. [cit. 2015-11-14]. Dostupné z <http://www.liberec.cz/files/dokumenty/odbory/odbor-strategickeho-rozvoje-dotaci/pp/narodni-strategie-zdravi.pdf>

7. PŘÍLOHA

DOTAZNÍK

Vážené krajské koordinátorky prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku. Dotazník je vytvořen pro moji diplomovou práci a zároveň by měl tvořit základ pro vytvoření Webu o zdravotní gramotnosti, který bude zprostředkován díky Síti mateřských center a organizaci YMCA Praha.

Děkuji za Váš čas a ochotu zapojit se do průzkumu o zdravotní gramotnosti, jehož výsledky nám budou velmi pomocné v tvorbě funkčního webu, na kterém i Vy v budoucnu najdete co nejvíce informací pro Vaši práci.

Renata Hromková - YMCA Praha

1. Znáte pojem zdravotní gramotnost

- ano absolvovala jsem školení zdravotní gramotnosti
- ano pojem znám a plně rozumím jeho obsahu
- ano pojem znám- slyšela jsem jej, ale neumím si pod ním nic představit
- nikdy jsem jej neslyšela a neznám jej

2. Zdravotní gramotnost podle Vás znamená, že máte dostatečné informace v oblasti (možno více variant):

- | | |
|----------------------------------|---|
| <u>v oblasti zdravotní péče</u> | - schopnost získat informace |
| | - porozumět a pochopit jejich smysl |
| | - interpretovat a vyhodnotit medicín. informace |
| | - schopnost činit poučená rozhodnutí |
| <u>v oblasti prevence nemocí</u> | - schopnost získat informace o rizik. faktorech |
| | - porozumět a pochopit jejich smysl |
| | - interpretovat a vyhodnotit tyto informace |

v oblasti podpory zdraví

- schopnost posoudit relevanci těchto informací
- schopnost získat nové zdravotně relevantní informace
- porozumět a pochopit jejich smysl
- interpretovat a vyhodnotit tyto informace
- schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

3. Na webu zdravotní gramotnost bych přivítala informace z oblasti (možno více variant):

- zdravé návyky v těhotenství
- laktační poradna
- cvičení s dětmi
- cvičení v době těhotenství
- cvičení po porodu
- cvičení pro zdravá záda
- cvičení i ve vyšším věku
- zdravé stravování pro děti
- zdravé stravování pro rodiče
- psychická podpora
- relaxační techniky
- informace ohledně povinného očkování
- informace o možnostech preventivního vyšetření hrazené pojišťovnou
- sociální dovednosti
- důraz na vlastní odpovědnost
- základní informace o dětských nemocech
- informace ohledně spirituálního zdraví
- informace o složení potravin - čeho si na obalu všímat
- jiné.....