



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

socio.factor
sociální firma | výzkum a vzdělávání | služby

VÝZKUM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝCH LOKALITÁCH

Tento materiál vznikl za finanční podpory Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost v rámci projektu „Systémové zajištění sociálního začleňování“, registrační číslo projektu CZ.03.2.63/0.0./0.0/15_030/0000605.

SOCIOFACTOR S.R.O.

2018



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

socio.factor
sociální firma | výzkum a vzdělávání | služby

VÝZKUM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V SOCIÁLNĚ VYLOUČENÝCH LOKALITÁCH

SocioFactor s.r.o.

Ostrava 2018



Obsah

Úvod	2
1 Metodologie.....	4
2 Výsledky kvantitativního výzkumu	8
2.1 Základní sociodemografické údaje respondentů	8
2.1.1 Struktura vzorku	8
2.2 Výsledky analýzy.....	10
2.2.1 Zdravotní stav	10
2.2.2 Dlouhodobé zdravotní problémy	12
2.2.3 Omezení aktivit ze zdravotních důvodů	13
2.2.4 Využívání zdravotních služeb.....	14
2.2.5 Doprovod k lékaři	15
2.2.6 Kouření	16
2.2.7 Pití alkoholu.....	18
2.2.8 Pohyb.....	24
2.2.9 Stravování.....	25
2.2.10 Kompetence v oblasti zdravotní péče, prevence nemoci a podpory zdraví	30
3 Shrnutí kvalitativního dotazování.....	46
3.1 Analýza dat a kategorie zdravotní gramotnosti	46
3.1.1 Kategorie „Informace“	48
3.1.2 Kategorie „Léčba“	49
3.1.3 Kategorie „Péče a prevence“	51
3.1.4 Kategorie „Porozumění souvislostem“	52
Závěr	54
Literatura.....	56
Seznam grafů, obrázků a tabulek.....	57



Úvod

Zdravotní gramotnost je konceptem, kterému věnuje Světová zdravotnická organizace a jednotlivé státy EU v posledních deseti letech rostoucí pozornost. Význam zdravotní gramotnosti v Evropě a světě narůstá a stává se nepostradatelným nástrojem tzv. zdravé společnosti

Důvodem je, že zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život a je pokládána za vhodný nástroj k rozvoji a podpoře zdravé společnosti. Zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život každého člověka. Zdraví je důležitým životním cílem, ke kterému by měla společnost směřovat, protože zdraví a zdravotní péče je právem všech občanů.

Na konci roku 2014 v rámci přípravy implementační strategie programu Zdraví 2020 v ČR proběhl výzkum zdravotní gramotnosti také v Česku, byl realizován Státním zdravotním ústavem. Zmíněné sociologické šetření navázalo na srovnávací výzkum, který proběhl v osmi zemích EU, přičemž byla použita napříč státy i stejná metodika. Reprezentativního šetření se v Česku zúčastnilo celkem 1 037 osob starších 16 let, napříč všemi kraji. Zdravotní gramotnost byla zjišťována v oblastech zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Z porovnání zdravotní gramotnosti v jednotlivých oblastech vyplynulo, že nejhorší situace je ve sféře podpory zdraví, naopak poměrně slušná úroveň je v porozumění a orientaci v oblasti zdravotní péče¹.

V české národní strategii implementace programu Zdraví 2020 je zdravotní gramotnost uvedena jako jedno z klíčových průřezových témat, které prostupuje všemi oblastmi zdravotní péče, prevence a podpory zdraví. To vychází z předpokladu, že zdravotně gramotný člověk má větší šanci na dlouhověkost a život ve zdraví, což je zejména důležité brát na zřetel u jednotlivců a rodin v sociálně vyloučených lokalitách, kde zdraví navíc ovlivňují determinanty jako chudoba, nefunkčnost rodin, nízké formální vzdělání, vysoká nezaměstnanost, etnicita, sdílená kultura, hodnoty a životní způsoby. Z dlouhodobého pozorování se ukazuje, že tyto proměnné přispívají k horšímu zdravotnímu stavu a jsou úzce provázány se sníženou zdravotní gramotností².

Zdravotní gramotnost označuje znalosti lidí, jejich motivace a kompetence získat, porozumět, použít a vyhodnotit zdravotně relevantní informace tak, aby byli v každodenním životě schopni posoudit a rozhodnout se, pokud jde o zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví v zájmu udržení a zlepšení kvality života. Je to důležitá schopnost, jež zvyšuje vliv jedinců na své vlastní zdraví a posiluje jejich schopnost přijímat osobní díl odpovědnosti na svém zdravotním stavu. Stručně řečeno, zdravotně gramotný je člověk, který je schopný o svém zdraví kvalifikovaně rozhodovat.

Pro úspěšné uplatnění zdravotní gramotnosti v každodenním životě je potřeba splnit tři základní podmínky, které lze jednoduše definovat schématem „chci – umím – mohu“. V první řadě je nezbytná

¹ Kučera, Z., Pelikán, J., Šteflová, A. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR: Výsledky komparativního reprezentativního šetření, 2016.

² Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014.



vnitřní motivace jedince, který musí chtít. Avšak pouze chtít nestačí, je nutné, aby jedinec disponoval základními znalostmi, přiměřenými ke svému věku, které umí najít, rozumí jim a dokáže vyhodnotit "

jejich využití vzhledem k situaci. Součástí je pochopitelně i schopnost chovat se v souladu s těmito znalostmi. V neposlední řadě je nutné, aby byly vytvořeny takové podmínky, aby jedinec mohl své znalosti a schopnosti v každodenním životě uplatnit.

V souladu s českou národní strategií implementace programu Zdraví 2020 byl realizován i předkládaný „Výzkum zdravotní gramotnosti v sociálně vyloučených lokalitách ČR“, jehož cílem bylo zjištění stavu zdravotní gramotnosti v sociálně vyloučených lokalitách a pojmenování konkrétních slabých míst a překážek v oblasti zdravotní gramotnosti, kterým lidé v sociálním vyloučení čelí.

Předkládaná zpráva z výzkumu je členěna do tří hlavních kapitol, kdy první z nich vymezuje metodologické postupy práce, druhá analýzu kvantitativních dat a třetí shrnuje kvalitativní zjištění.

V první kapitole je rozpracován metodologický postup, v rámci kterého byla využita kombinace kvantitativní a kvalitativní metody. Realizovaný výzkum vychází z modelu zdravotní gramotnosti WHO 2013 a to tak, aby bylo možno výstupy za určitých podmínek komparovat s ostatními realizovanými výzkumy zdravotní gramotnosti, především však se studií stavu zdravotní gramotnosti většinové populace provedenou v roce 2014.

Druhá kapitola obsahuje výsledky kvantitativního výzkumu provedeného ve všech Sociálně vyloučených lokalitách (dále jen SVL) dle zadání Agentury pro sociální začleňování (dále jen ASZ), a to na vzorku 301 respondentů. Použitý dotazník vycházel z klíčových kategorií zdravotní gramotnosti a byl uzpůsoben tak, aby byl pro respondenty srozumitelný. Vznikal postupně na základě pilotáže v prostředí vyloučených lokalit.

Třetí kapitola shrnuje výsledky kvalitativního výzkumu, který byl realizován prostřednictvím individuálních rozhovorů s vybranými zástupci obyvatel SVL v již zmíněných lokalitách dle zadání ASZ.



1 Metodologie

Vzhledem k požadavku zadavatele, že by zvolená metodologie měla umožnit srovnání se stavem zdravotní gramotnosti většinové populace, jsme se rozhodli vyjít při sestavování nástrojů sběru dat z modelu zdravotní gramotnosti WHO 2013. Jak jsme již uvedli výše, tento se jevil díky svému nastavení a míře obecnosti jako vhodný pro vymezení kategorií a proměnných. Následující obrázek popisuje klíčové kategorie a dimenze zdravotní gramotnosti.

Obr. 1: Model zdravotní gramotnosti WHO 2013

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

Cílem *Výzkumu zdravotní gramotnosti v sociálně vyloučených lokalitách ČR* bylo zjistit statisticky vyčíslitelné úrovně zdravotní gramotnosti populačního vzorku minimálně 300 osob ze sociálně vyloučených lokalit, vybraných kvótní metodou z více sociálně vyloučených lokalit všech tří regionálních center ASZ (dále jen RC), která byla zřízena pro lepší prostorové ukotvení organizace a přístup do jednotlivých lokalit. Jednotlivá RC jsou vymezena jako regionální centrum střed, západ a východ, kdy každé z nich působí v konkrétní části republiky a společně pak spadají pod Úřad vlády České republiky. Statistické výsledky doplnil kvalitativní výzkum. Kombinace obou přístupů, kvantitativního šetření všeobecné zdravotní gramotnosti a kvalitativního šetření zacíleného na konkrétní oblasti frekventovaných zdravotních problémů, měla za cíl zjistit úroveň znalosti systému zdravotní péče a prevence nemocí osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách.

Je třeba současně brát v úvahu zjištění, že při porovnání s jinými státy v některých oblastech česká populace zaostává a vykazuje nižší míru gramotnosti. To se týká zejména schopnosti získávat informace týkající se zdraví a zdravotního stavu a vyhodnocovat je. Rozdíly tak nemusí být mezi základním souborem české populace a výběrovým souborem obyvatel SVL tak velký, protože už tak je gramotnost české populace v mnoha ohledech nízká, a to v porovnání s již zmiňovanými výzkumy zdravotní gramotnosti provedenými ve vybraných státech EU a v České republice. Výsledky reprezentativního šetření zdravotní gramotnosti v České republice jasně ukazují že, celková zdravotní gramotnost, v porovnání s průměrem osmi zemí EU je nižší a Česká republika zaostává především za zeměmi, které v této oblasti představují špičku, tj. Nizozemsko, Irsko, Německo a Polsko; na druhou stranu je celkově vyšší než v Bulharsku a, překvapivě, podobná situaci v Rakousku³.

Dále je v textu popsán postup provedených výzkumných prací při zjišťování zdravotní gramotnosti v sociálně vyloučených lokalitách.

Úvodní přípravy

S ohledem na požadavek komparovatelnosti byla nejprve provedena předpilotáž dotazníku bez zásahů v prostředí obyvatel vyloučených lokalit, aby bylo zřejmé, jak dotazníku obyvatelé SVL rozumí. V této původní podobě komentovalo dotazník pět osob. Celkový rámec dotazníku respondenti akceptovali, přičemž se vyčlenily části, kterým respondenti zcela rozuměli a části, s nimiž měli potíže. Jako nejnáročnější pasáž se projevila pasáž „zmrzlinová“, která ověřovala porozumění informacím uvedených na obalech potravin. Nakonec byla ponechána k další pilotáži, a to s ohledem na úplnost dimenzí zdravotní gramotnosti. Tato pasáž zjišťovala úpravu dotazníku nejen tak, aby byl pro respondenty pochopitelný a srozumitelný pro ale také aby byl „uživatelsky příjemný“. Dlouhé pasáže tedy byly rozděleny na několik kratších a pro úplnost některých zjištění týkajících se zdravého životního stylu byly přidány otázky ke stravování.

Pilotáž v RC východ

Po prvním „předpilotním“ šetření vznikl dotazník, který byl následně předložen k pilotáži v sociálně vyloučených lokalitách v RC východ. Pilotáž byla provedena na vzorku 30 osob. Následně došlo k ověření průběžných úprav dotazníku a korekcím.

Při výběru vzorku respondentů pro pilotní studii byl respektován strukturovaný přístup, který se zakládal na tzv. vzorkování. Diskutovány byly vlivy různých proměnných na zdravotní gramotnost plynoucích z výsledků výzkumu v české populaci z roku 2014. Na základě toho byl vzorek pro pilotáž rozčleněn podle tří kritérií, podle nichž byli respondenti vybíráni.

³ Kučera, Z., Pelikán, J., Šteflová, A. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR: Výsledky komparativního reprezentativního šetření, 2016.



Jednalo se o:

- věk (18 – 30 let, 31 – 49 let, 50 a více let)
- pohlaví (muži, ženy)
- velikost obcí, v nichž jsou lokality ASZ (do 10.000 obyvatel, nad 10.000 obyvatel)

Tabulka č. 1: Vzorkování pro pilotáž

Věk	Pohlaví	Velikost obcí
18–30let	Muži	Nad 10 tis. (30 SVL)
31–49let	Ženy	Pod 10 tis. (26 SVL)
50 a více let		

Současně bylo přihlédnuto k tomu, aby byla v pilotním vzorku zajištěna co největší variabilita. Respondenti byli vybíráni podle uvedeného klíče.

Pilotní ověření dotazníku provedli výzkumníci mající zkušenost s pilotáží a výzkumy v sociálně vyloučených lokalitách. Nejednalo se o pouhý sběr dat, ale současně byla vyhodnocována adekvátnost otázek a prováděny úpravy dotazníku. Tazatelé reagovali na nejasnosti a obtíže respondentů a vytvářeli alternativní způsoby otázek a vyhodnocovali nejen znění otázek, ale i celkovou dramaturgii dotazníku.

Následně bylo zpracováno písemné zhodnocení pilotního ověření dotazníku, kde bylo označeno, kterým otázkám respondenti (ne)rozuměli, případně měli potíže na ně reagovat. Na tato zjištění navazovaly návrhy na korekce dotazníků. Nakonec byla vytvořena a odsouhlasena konečná podoba dotazníku včetně detailních instrukcí pro tazatele.

Současně se ukázalo, že nejvhodnějším způsobem tvorby kvalitativních dat budou průvodní individuální polostrukturované rozhovory. Otázka zdraví v SVL má značný individuální rozměr a lidé ji vztahují ke své konkrétní životní situaci a neradi o otázkách zdraví hovoří před ostatními (je nutná potřeba vytvořit intimní atmosféru), což vylučuje možnost provádět skupinové rozhovory.

Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření nebylo možno provést pouze za pomoci běžného kvótního výběru, které vychází ze znalosti základního souboru (chybí znalost charakteristik populace SVL). Proto byly vytvořeny tři kvóty, které odrážely především typy sociálně vyloučených lokalit. Jednalo se o následující kvóty:

- Q1 Tři oblasti regionálních center (geografický aspekt)
- Q2 Obyvatelé v lokalitách ASZ (počty jsou známé, poskytl je ASZ)
- Q3 Lokality podle velikosti obcí (vychází z předpokladu, že charakteristika obce, v níž se SVL nachází, ovlivňuje podoby sociálního vyloučení a známe strukturu sídel v ČR).

V následující tabulce je uvedena distribuce respondentů na základě těchto kvót.

Tabulka č. 2: Kvóty pro výběr respondentů



Q1 regionální centra	Q2 obyvatelé v lokalitách	Q3 velikost obce
RC střed	30 osob	Nad 10tis. (30SVL)
RC východ	129 osob	Pod 10 tis. (26 SVL)
RC západ	141 osob	

Výběr místa oslovení respondentů byl proveden náhodně. Ze seznamu SVL, který poskytla ASZ, byla náhodně vybrána obec, v níž byla dále náhodně vylosována konkrétní lokalita. Do ní vstoupili tazatelé a podle kvótní tabulky vyhledali příslušný počet respondentů. Muselo jít o respondenta, který v dané lokalitě bydlel. ASZ následně výzkumníkům zpřístupnila lokality, které vycházely z typologie lokalit zpracované ASZ (typologii lokalit přikládáme v příloze). Poté byly vybrány lokality ve všech třech oblastech dle kritéria Q1 a to včetně konkrétních ulic a počtu respondentů, kteří byli osloveni, a to tak, aby bylo zachováno procentuální rozdělení počtu osob v jednotlivých regionálních centrech ASZ.

Sběr dat byl prováděn vyškolenými tazateli v období od července až do října 2018, v předem vymezených lokalitách včetně konkrétních počtů osob v každé lokalitě. Dotazníky byly distribuovány v papírové podobě (PAPI – Paper Aided Personal Interview), při vyplňování dotazníku docházelo k přímému kontaktu tazatele a respondenta a odpovědi respondenta byly zaznamenávány do tištěného formuláře dotazníku. Tazatelé byli instruováni, aby souběžně kontrolovali validitu získávaných dat.

V každé lokalitě byli předem kontaktováni místní zaměstnanci ASZ, kteří byli informováni o plánovaném sběru dat a někteří z nich tazatelům vypomohli v prvotní orientaci při vstupu do lokality. Celkem bylo sesbíráno 308 dotazníků, z toho 301 vstoupilo do analýzy. Vyřazeno bylo několik dotazníků pro jejich nevěrohodnost a nekonzistentní vyplnění.

Kvalitativní výzkum s vybranými respondenty byl prováděn souběžně s kvantitativním dotazníkovým šetřením v totožných lokalitách. Rozhovory navazovaly na dotazník. Byl v nich kladen důraz na témata povědomí o systému zdravotní péče a prevence nemocí a další, která souvisí s životem ve vyloučeném prostředí. Počet rozhovorů se řídil teoretickou saturací, bylo provedeno 23 rozhovorů.



2 Výsledky kvantitativního výzkumu

V této části jsou postupně představeny základní sociodemografické údaje, kterými jsou pohlaví, vzdělání a věk.

2.1 Základní sociodemografické údaje respondentů

2.1.1 Struktura vzorku

Z použitého výzkumného vzorku 301 osob, uvedlo 299 státní příslušnost ČR a pouze dva SR (nicméně uvedli, že se dlouhodobě zdržují na území ČR a v dané lokalitě žijí).

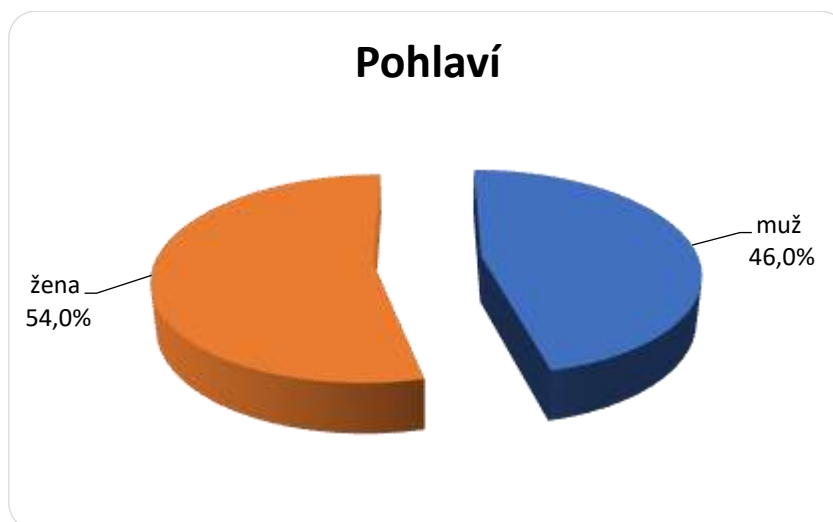
Následující tabulka uvádí zastoupení respondentů podle pohlaví, vzdělání a věku.

Tabulka č. 3: Základní sociodemografické ukazatele

		N	%
Pohlaví	Muž	139	46,2 %
	Žena	162	53,8 %
Vzdělání	Nedokončené základní vzdělání	17	5,6 %
	Základní	123	40,9 %
	Vyučen, středoškolské vzdělání bez maturity	97	32,2 %
	Středoškolské vzdělání s maturitou	56	18,6 %
	Vyšší odborné vzdělání	3	1,0 %
	Vysokoškolské vzdělání	5	1,7 %
	Věk	16-29	66
30-44		101	33,6 %
45-59		75	24,9 %
60 a víc		59	19,6 %

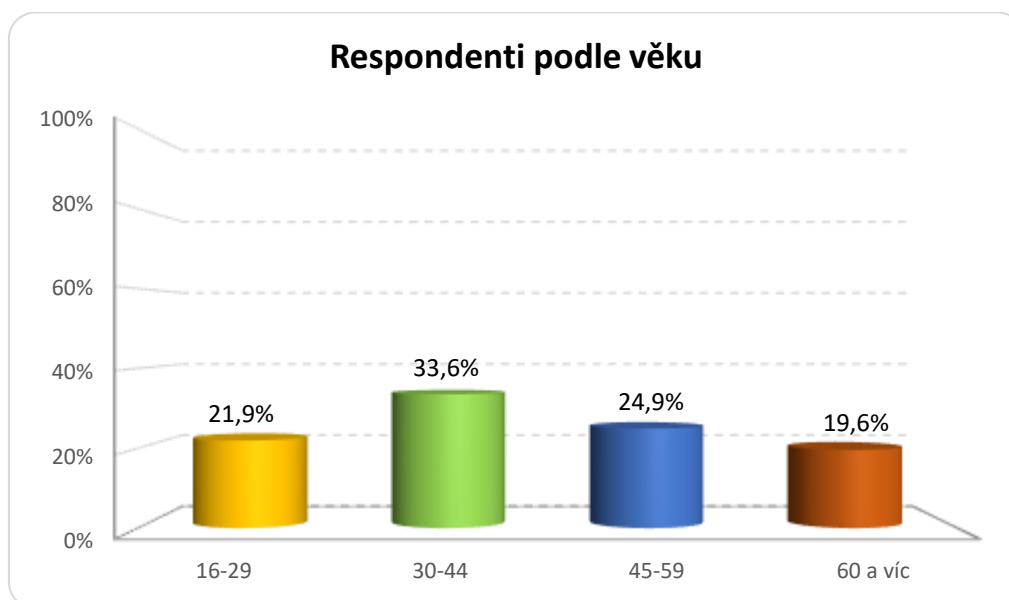
Snaha o vyrovnané oslovení respondentů podle pohlaví a věku vedlo k tomu, že ve vzorku bylo zastoupeno 46 % mužů a 54 % žen.

Graf 1: Pohlaví respondentů



V kategorii 16 až 29 let byla oslovena více než pětina respondentů (21,9 %), v kategorii 30 až 44 let přibližně třetina respondentů (33,6 %), v kategorii 45 až 59 let téměř čtvrtina respondentů (24,9 %) a v kategorii 60 a více let přibližně pětina respondentů (19,6 %).

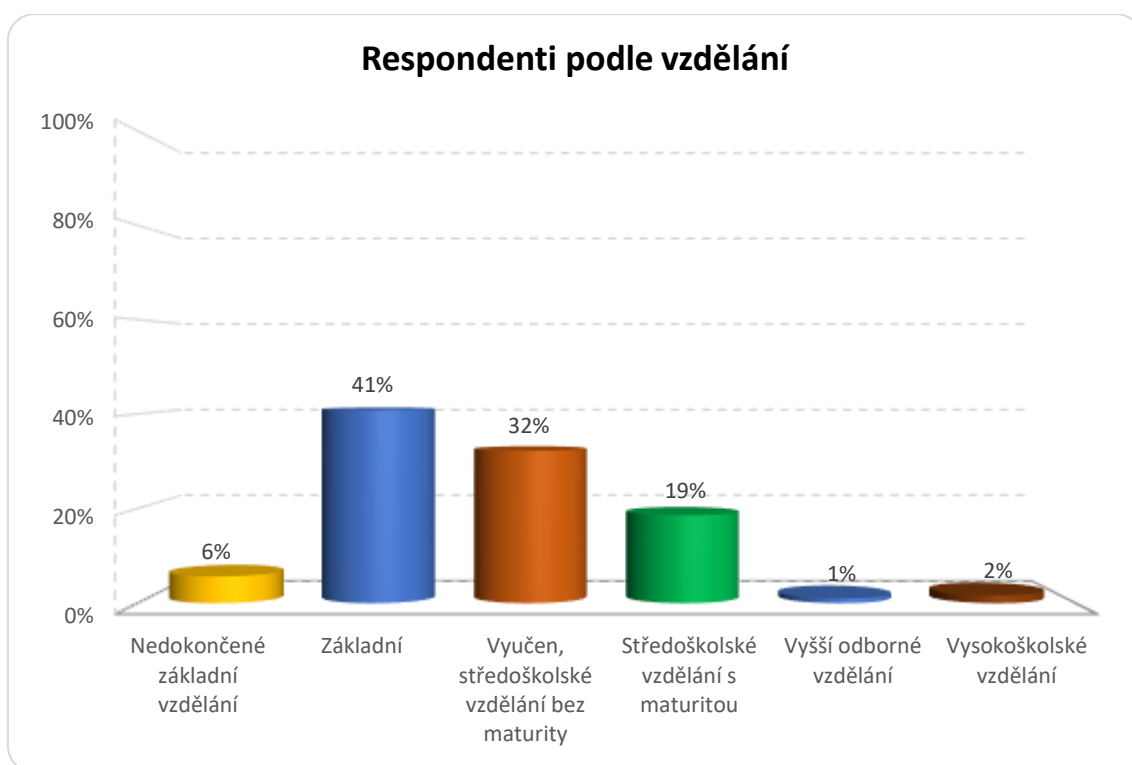
Graf 2: Věkové rozložení respondentů



Nejčastěji zastoupeni byli dotázaní se základním vzděláním, jednalo se o více než dvě pětiny oslovených (41 %). Téměř pětina respondentů uvedla středoškolské vzdělání bez maturity či vyučení (32 %) a téměř pětina středoškolské vzdělání s maturitou (19 %). Méně než desetina dotazovaných uvedla, že má

neukončené základní vzdělání (6 %) a 3 % z dotazovaných uvedly, že mají vyšší vzdělání – vyšší odborné uvedlo 1 % respondentů a vysokoškolské 2 % respondentů.

Graf 3: Vzdělání respondentů



Rovněž byla respondentům položena na otázka znějící: „Když se bavíte s blízkými příbuznými nebo přáteli, používáte přitom některá romská slova?“. Tato otázka měla alespoň rámcově odrážet etnické pozadí respondentů. Více než dvě třetiny oslovených odpověděly (68 %) na otázku záporně a téměř třetina kladně (32 %). Podle vizuálního posouzení tazatelů byla etnicita zastoupena mnohem větším poměrem.

2.2 Výsledky analýzy

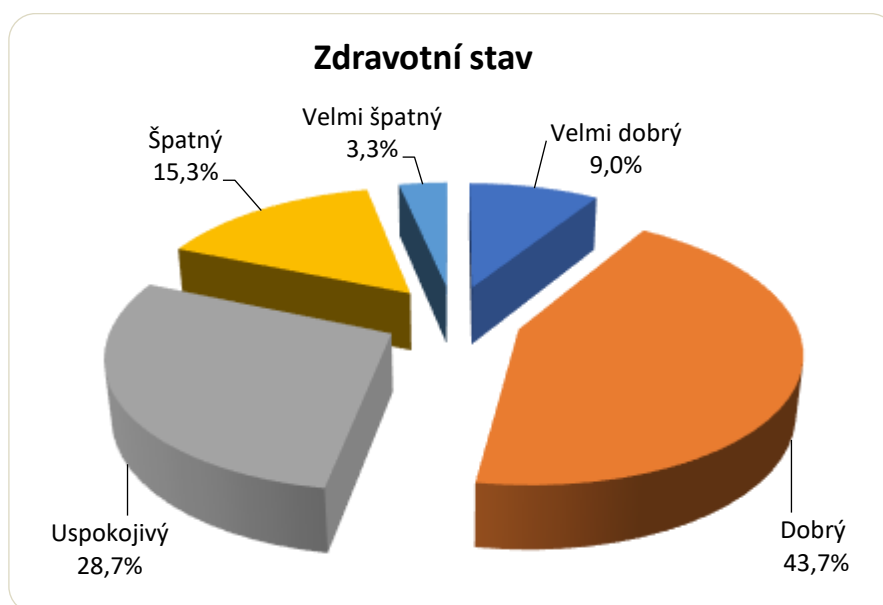
Dále jsou představeny výsledky analýzy podle jednotlivých oblastí a témat.

2.2.1 Zdravotní stav

Na otázku „jaký je váš zdravotní stav“ téměř desetina respondentů uvedla, že je jejich zdravotní stav velmi dobrý (9 %) a více než dvě pětiny dotazovaných uvedly, že jejich zdravotní stav je dobrý

(43,7 %). Za uspokojivé své zdraví pokládá téměř třetina dotazovaných (28,7 %). Za špatný označila svůj zdravotní stav téměř šestina respondentů (15,3 %) a pouze 3,3% ho vnímají jako velmi špatný. Z toho plyne že, více než polovina respondentů označuje svůj zdravotní stav za „lepší“ (52,7 %) a pouze necelá pětina za „horší“ (18,6 %).

Graf 4: Zdravotní stav



Nejlépe hodnotili svůj zdravotní stav respondenti ve věkové kategorii 30 – 44 let, kdy téměř polovina označila svůj zdravotní stav jako velmi dobrý (48,1 %) a téměř dvě pětiny jako dobrý (39,7 %). Oproti tomu nejhůře svůj zdravotní stav hodnotili respondenti ve věkové kategorii 45 – 59 let, kdy přibližně dvě pětiny ho pokládají za špatný (39,1 %) nebo velmi špatný (40 %).

Vztah mezi zdravotním stavem a pravidelným cvičením se příliš neprokázal. Pouze ti, jež uváděli, že je jejich stav velmi dobrý, nejčastěji zmiňovali, že cvičí. Téměř třetina z nich cvičí denně (29,6 %) nebo několikrát týdně (29,6 %). Avšak u respondentů, jež označují svůj zdravotní stav jako dobrý, převažovala odpověď, že necvičí vůbec, a to u více než tří pětín oslovených (61,8 %). Respondenti, kteří svůj zdravotní stav považují za uspokojivý, příliš nevyhledávají cvičení a více než dvě třetiny z nich (68,6 %) uvedly, že vůbec necvičí. Taktéž ti, jež uváděli, že je jejich zdravotní stav špatný, nejčastěji odpovídali, že necvičí vůbec, což uvedly více než dvě třetiny z nich (69,6%). Stejně tomu bylo i v případě těch, jež pokládali svůj zdravotní stav za velmi špatný, i zde tři pětiny dotazovaných (60 %) uvedly, že vůbec necvičí.

Zajímavý je vztah mezi zdravotním stavem a kouřením. Z respondentů, kteří v současné době kouří, považuje více než třetina svůj zdravotní stav za dobrý (38,9 %) a méně než třetina za uspokojivý (31,1 %). Za špatný pokládá svůj zdravotní stav pouze necelá pětina kuřáků (17,9 %) a za velmi špatný pouze 3,7 % z nich. Oproti tomu téměř desetina kuřáků (8,4 %) označila svůj zdravotní stav za velmi dobrý. Když se podíváme na odpovědi nekuřáků, tak šestina označila svůj zdravotní stav jako velmi

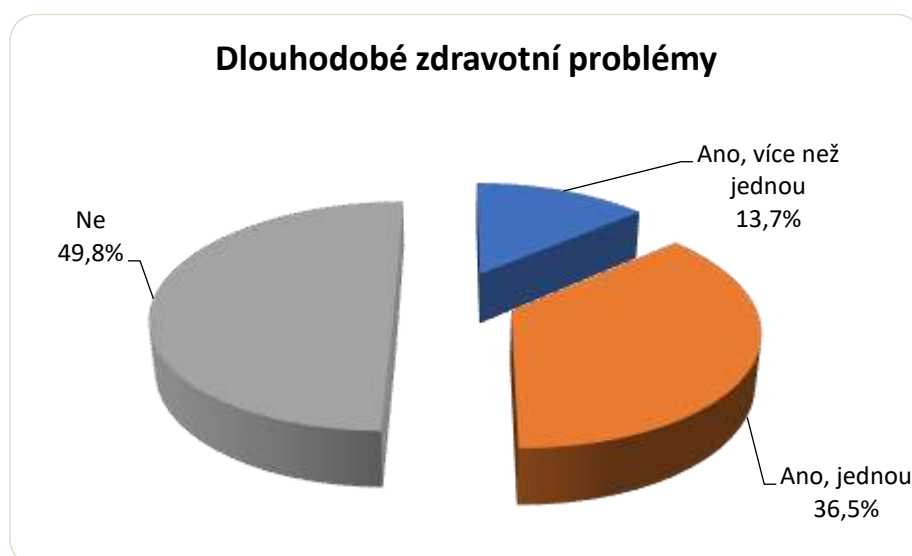
dobry (15,8 %) a téměř polovina jako dobrý (45,6 %). Téměř třetina nekuřáků označila svůj zdravotní stav jako uspokojivý (28,1 %) a desetina jako špatný (13 %). Nikdo z nekuřáků neoznačil svůj zdravotní stav za velmi špatný.

Při zkoumání souvislosti mezi pitím alkoholu a aktuálním zdravotním stavem nebyly zaznamenány žádné statisticky významné souvislosti. Respondenti uváděli odpovědi téměř shodně bez ohledu na to, zda za poslední rok pili nějaký alkoholický nápoj či nikoliv.

2.2.2 Dlouhodobé zdravotní problémy

Na otázku „trpíte nějakou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem“ téměř polovina dotazovaných (49,8 %) uvedla, že netrpí žádnou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem. Více než třetina respondentů uvedla, že trpí jednou dlouhodobou nemocí (36,5 %) a více než desetina více než jednou dlouhodobou nemocí (13,7 %).

Graf 5: Dlouhodobé zdravotní problémy



Co se týče vztahu mezi zdravotními problémy a věkem, tak se ukázalo, že téměř tři čtvrtiny respondentů (72,4 %), jež netrpí žádnou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem, jsou mladší 45 let. Jako nejvíce nemocná se ukázala věková skupina 45 – 59 let, kde téměř polovina respondentů trpí více než jednou nemocí (46,3 %) a přibližně třetinu trápí jedno onemocnění (32,1 %). Osoby starší 60 let uváděly, že častěji trpí jednou nemocí, což se týká více než dvou pětín oslovených (42,4 %).

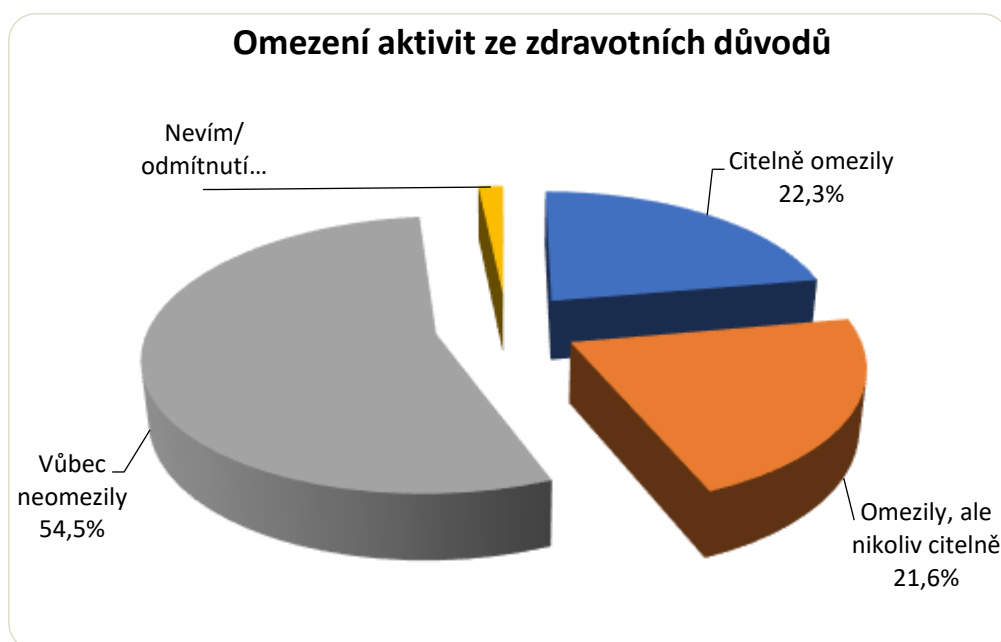
Otázka vztahu mezi dlouhodobými zdravotními problémy a cvičením ukázala, že lidí trpících nějakou chorobou nebyli schopni cvičit (90 %). Avšak není jasné, zda nemohli cvičit, protože trpí nějakým onemocněním nebo je tomu naopak a jsou nemocní, protože necvičí.

Mezi osoby trpící více než jednou dlouhodobou nemocí či zdravotním problémem se zařadili jednak ti, jež jsou v současné době v důchodu, a to invalidním (12,5 %) nebo starobním (27,5 %). Téměř třetina z této skupiny osob trpících více než jednou dlouhodobou nemocí či zdravotním problémem uvedla, že jsou v současnosti nezaměstnaní (30 %). Jednu dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém pak nejčastěji udávaly osoby zaměstnané na plný úvazek (30,8 %).

2.2.3 Omezení aktivit ze zdravotních důvodů

Na otázku „jak vaše zdravotní problémy v průběhu posledních šesti měsíců omezily aktivity, které obvykle děláte“ více než polovina dotazovaných (54 %) odpověděla, že jejich aktivity nejsou ze zdravotních důvodů nijak omezeny. Více než pětina dotazovaných uvedla, že jsou jejich aktivity ze zdravotních důvodů omezeny, ale nikoli citelně (22 %) a opět více než pětina dotázaných (22 %) uvedla, že běžné aktivity jsou ze zdravotních důvodů omezeny citelně. A 2 % z celkového počtu respondentů se nedokázala k otázce vyjádřit nebo na otázku odmítla odpovědět.

Graf 6: Omezení aktivit ze zdravotních důvodů



Omezení svých aktivit ze zdravotních důvodů nejcitelněji pocítila skupina respondentů ve věku 44 až 59 let. Více než dvě pětiny těchto osob uvedly, že pocíťují citelné omezení (42,7 %) a více než čtvrtina pocíťuje omezení nikoliv však citelné (28 %).

Mezi omezením aktivit ze zdravotních důvodů a dalšími proměnnými neexistuje žádný statisticky významný vztah.

2.2.4 Využívání zdravotních služeb

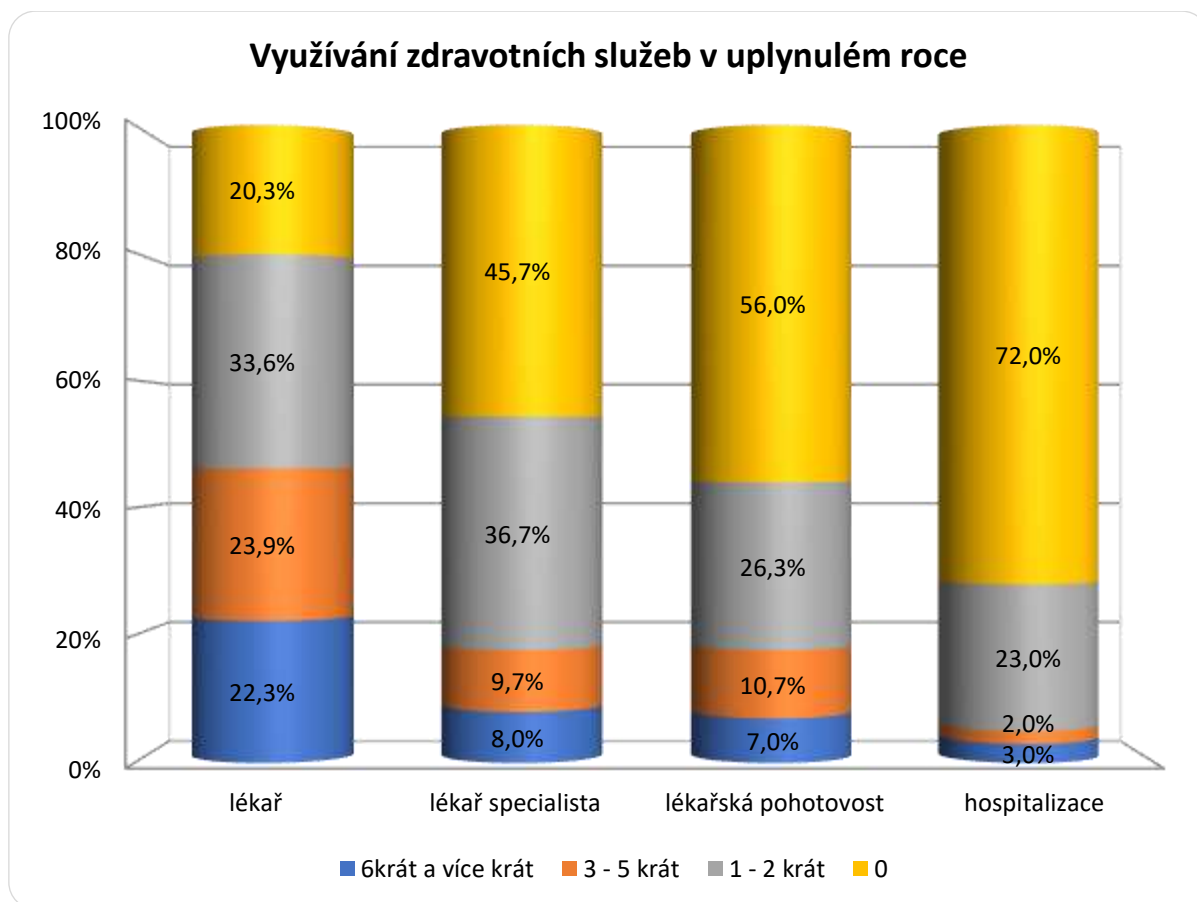
Dále se výzkum zaměřil na využívání zdravotních služeb dotázanými. Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že nejvíce využívanou zdravotní službou jsou služby praktického lékaře, kterého v uplynulém roce alespoň jednou navštívili více než čtyři pětiny respondentů (79,2 %). Více než třetina navštívila lékaře 1 až 2krát (34,5 %), bezmála čtvrtina 3 až 5krát (24,6 %) a přibližně pětina 6krát a častěji (20,1 %). Pouze pětina dotázaných nebyla u lékaře v uplynulém roce ani jednou (20,8 %).

Lékaře specialistu v uplynulém roce navštívilo méně respondentů než praktického lékaře, ale i přesto se jednalo o více než polovinu ze všech dotazovaných (53,8 %). Více než třetina z nich navštívila lékaře specialistu 1 až 2krát (37,2 %), téměř desetina 3 až 5krát (9,8 %) a 6krát a více navštívilo specializovaného lékaře pouze 6,8 % dotazovaných. Méně než polovina respondentů nebyla v průběhu uplynulého roku u žádného lékaře specialisty (46,3 %).

Ještě méně z dotazovaných během uplynulého roku navštívilo lékařskou pohotovost, a to méně než polovina respondentů (42,6 %). Více než čtvrtina z nich navštívila lékařskou pohotovost 1 až 2krát (27,1 %), více než desetina 3 až 5krát (11 %) a pouze 4,5 % dotázaných bylo během uplynulého roku na pohotovosti 6krát a více. A více než polovina dotazovaných (57,5 %) v uplynulém roce nenavštívila lékařskou pohotovost.

Nejméně dotazovaných uvedlo, že bylo za poslední rok hospitalizováno, učinila tak necelá třetina z nich (27,5 %). Téměř čtvrtina dotazovaných (23,2 %) uvedla, že byla v uplynulém roce hospitalizovaná 1 až 2krát, 2 % respondentů byly hospitalizovány 3 až 5krát a 2,3 % dotázaných 6krát a více. Téměř tři čtvrtiny respondentů nebyly v uplynulém roce nikde hospitalizovány (72,5 %).

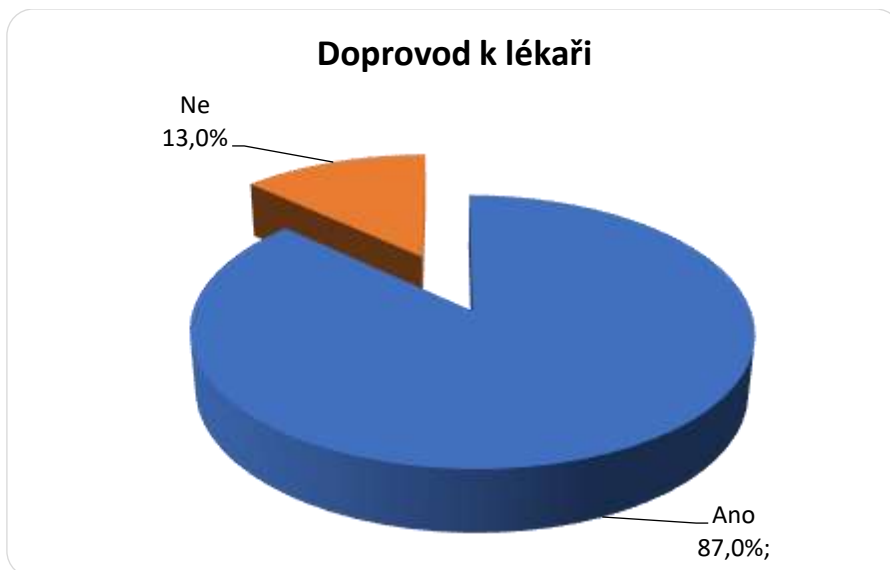
Graf 7: Využívání zdravotních služeb



2.2.5 Doprovod k lékaři

Na otázku „máte člena rodiny nebo přítele (přítelekyni), který by Vás mohl (a) v případě potřeby doprovodit k lékaři“ více než čtyři pětiny dotazovaných (87 %) odpověděly kladně.

Graf 8: Doprovod k lékaři

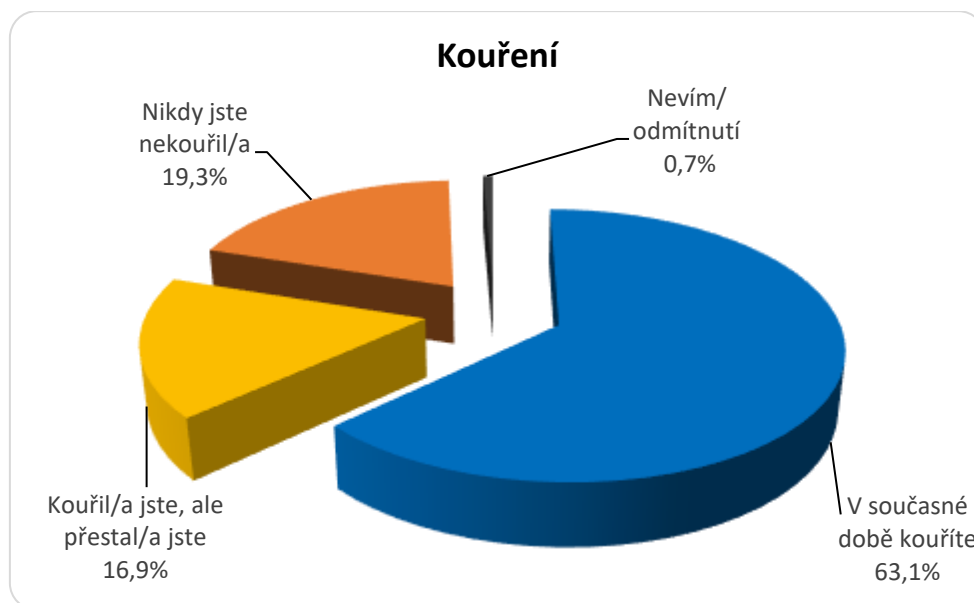


Při dalším zkoumání souvislosti mezi doprovodem k lékaři a dalšími proměnnými nebyly zjištěny žádné statisticky významné vztahy. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy s ohledem na pohlaví, věk, vzdělání i příjem respondentů.

2.2.6 Kouření

Pokud jde o kouření, tak čtyři pětiny z dotazovaných mají s kouřením zkušenost (80 %). Na otázku „kouříte... cigarety, doutníky, dýmku“ více než tři pětiny respondentů (63,1 %) odpověděly, že ano a zbylá necelá pětina dotazovaných kouřila, ale již s tím přestala (16,9 %). Bezmála pětina dotazovaných uvedla, že nikdy nekouřila (19,3 %) a 0,7 % dotazovaných na otázku odmítla odpovědět.

Graf 9: Kouření



U respondentů jež uvedli, že kouří, se vzorek z hlediska pohlaví rozdělil téměř na polovinu, na 52,1 % mužů a 47,9 % žen. U těch, jež uvedli, že kouřili, ale přestali, mírně převažovaly ženy, a to v poměru 43,1 % mužů ku 56,9 % žen. Ovšem ve skupině respondentů, jež uvedli, že nikdy nekouřili, výrazně převažovaly ženy, kterých byly více než dvě třetiny (70,7 %) oproti bezmála třetině mužů (29,3 %).

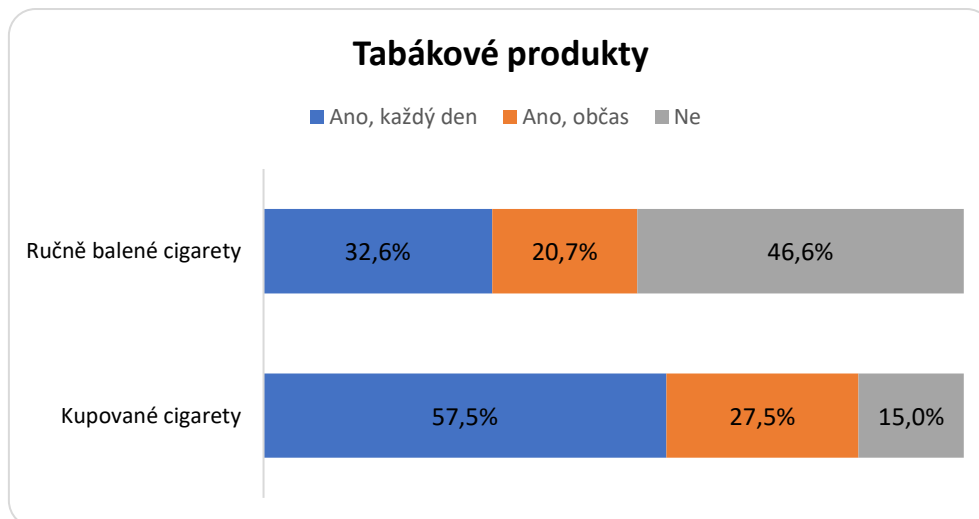
Co se týče nejvyššího dosaženého vzdělání, tak ve skupině respondentů, jež kouří, převažovali ti, kteří uvedli, že mají základní vzdělání. Jednalo se o téměř polovinu z celkového počtu kuřáků (48,4 %). A u nekuřáků převažovali ti, jež uvedli středoškolské vzdělání s maturitou. Jednalo se o více než dvě pětiny všech nekuřáků (43,1 %).

Při zkoumání souvislostí mezi kouřením a pitím alkoholu nebyly zaznamenány žádné statisticky významné vztahy mezi proměnnými. Respondenti uváděli odpovědi téměř shodné bez ohledu na to, zda kouřili či nikoliv. Obdobně tomu bylo i u zkoumání vztahu kouření ke způsobu stravování a ke sportu.

2.2.6.1 Preferované tabákové produkty

U respondentů, kteří uvedli, že kouří, téměř tři pětiny kouří kupované cigarety (57,5 %). Více než čtvrtina kuřáků uvedla, že kouří kupované cigarety jen občas (27,5 %) a šestina dotázaných kupované cigarety nekouří vůbec (15 %). Ručně balené cigarety každý den kouří třetina dotázaných kuřáků (32,6 %), občas kouří více než pětina respondentů kuřáků (20,7 %) a téměř polovina ručně balené cigarety nekouří vůbec (46,6 %).

Graf 10: Tabákové produkty



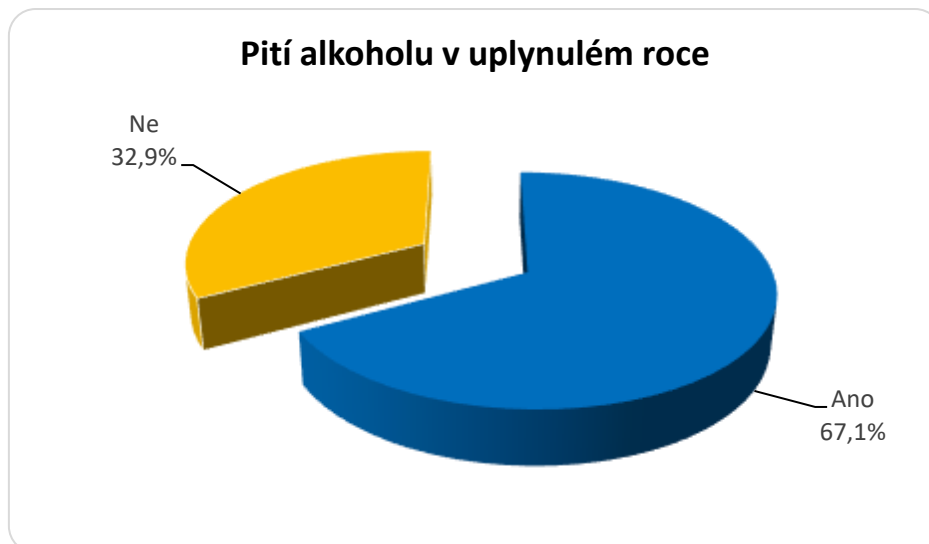
Při dalším zkoumání souvislosti mezi preferovaným tabákovým výrobkem a dalšími proměnnými nebyly zaznamenány žádné statisticky významné vztahy. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy podle pohlaví, věku, vzdělání i příjmů respondentů.

2.2.7 Pití alkoholu

2.2.7.1 Pití alkoholu v uplynulém roce

Na otázku „pil (a) jste během posledního roku nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo...) více než dvě třetiny dotazovaných (67,1 %) odpověděly kladně. Pouze necelá třetina dotázaných uvedla, že alkohol nepila (32,9 %).

Graf 11: Pití alkoholu v uplynulém roce



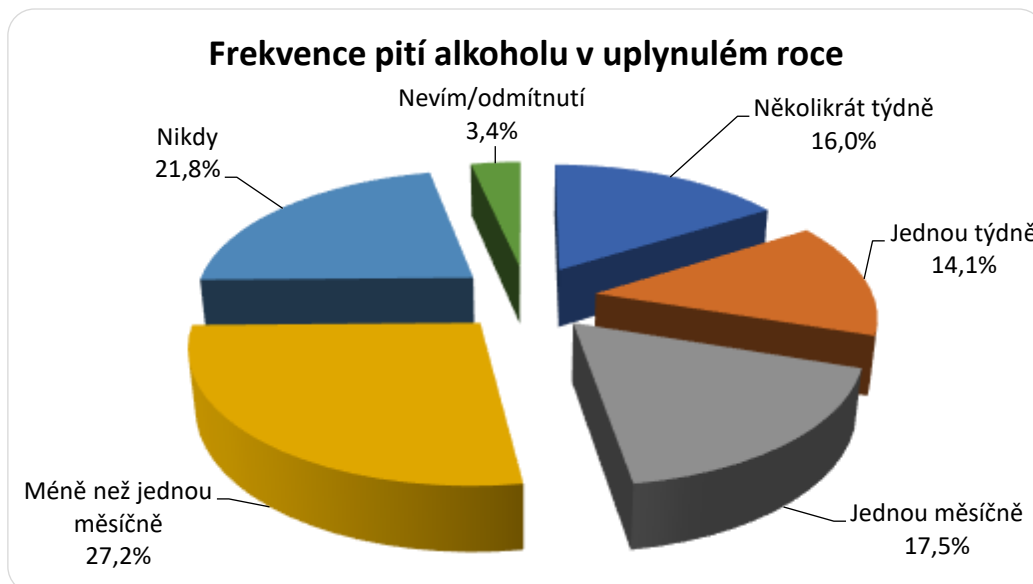
Při zkoumání pití alkoholu v souvislosti s pohlavím se respondenti, kteří v uplynulém roce pili alkohol, rozdělili na dvě přibližně stejné kategorie. 54,5 % byli muži a 45,5 % byly ženy. Významnější rozdíl jsme zaznamenali u skupiny těch, jež nepijí, kde více než dvě třetiny respondentů byly ženy (70,4 %) a více než čtvrtina muži (29,6 %).

Při dalším zkoumání souvislosti mezi pitím alkoholu a dalšími proměnnými jsme nezaznamenali žádné statisticky významné vztahy. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy podle věku, vzdělání, zaměstnání i příjmů respondentů.

2.2.7.2 Frekvence pití alkoholu v uplynulém roce

Na otázku „jak často jste během posledního roku měl pět a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti“ odpověděla šestina respondentů, že několikrát týdně (16 %) a přibližně stejný počet respondentů, že jednou týdně (14,1 %). Necelá pětina (17,5 %) respondentů, kteří v uplynulém roce pili alkohol, uvedla, že vypili pět a více sklenic alkoholu jednou měsíčně a více než čtvrtina respondentů méně než jednou měsíčně (27,2 %). Více než pětina dotázaných (21,8 %) v uplynulém roce nevypila pět a více sklenic alkoholu. Na otázku nedokázaly odpovědět 3,4 % respondentů.

Graf 12: Frekvence pití alkoholu v uplynulém roce



Při zkoumání souvislosti mezi frekvencí pití alkoholu v uplynulém roce a dalšími proměnnými nebyly zaznamenány žádné statisticky významné vztahy. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy podle věku, vzdělání, zaměstnání i příjmů respondentů.

2.2.7.3 Pití alkoholu v uplynulém měsíci

Na otázku „pil jste nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo...) během posledního měsíce“ více než čtyři pětiny (87,4 %) dotazovaných, kteří pili alkohol tento rok, uvedli, že pili alkohol i v uplynulém měsíci. Více než desetina respondentů, kteří pili alkohol v uplynulém roce, nepila alkohol v posledních 30 dnech (12,6 %).

Graf 13: Pití alkoholu v uplynulém měsíci



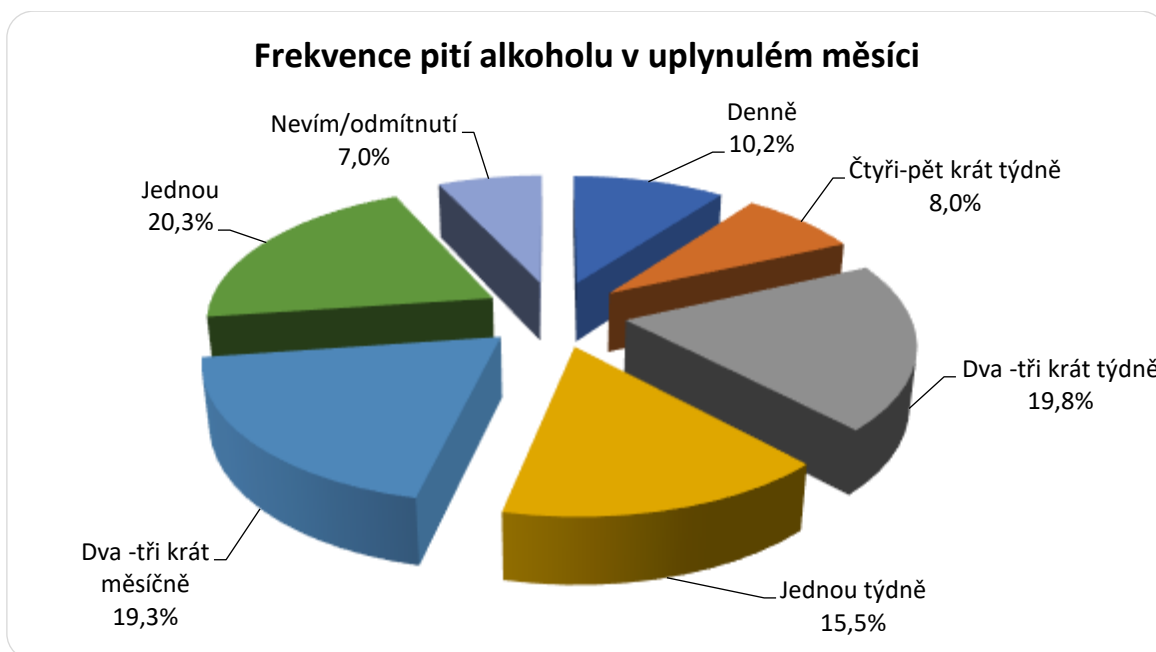
Kategorie respondentů, jež pili alkohol v posledním měsíci, vykazovala obdobné charakteristiky jako kategorie respondentů, kteří uvedli, že pili alkohol v uplynulém roce. Kategorie těch, jež uvedli, že pili, se rozdělila na dvě části. Mírně převažovali muži (57,2 %) ve srovnání s ženami (42,8 %). Naopak v kategorii respondentů, kteří alkohol v uplynulých 30 dnech nepili, výrazně převažovaly ženy, kterých byly více dvě třetiny (69,2 %), oproti necelé třetině mužů (30,8 %).

Při dalším zkoumání souvislostí mezi pitím alkoholu v uplynulých 30 dnech a dalšími proměnnými nebyl zaznamenán žádný statisticky významný vztah. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy podle věku, vzdělání, zaměstnání i příjmů respondentů.

2.2.7.4 Frekvence pití alkoholu v uplynulém měsíci

Z dotazovaných, kteří pili alkohol v posledních 30 ti dnech, na otázku „kolikrát jste v průběhu posledního měsíce pil nějaký alkoholický nápoj“ přibližně desetina dotázaných uvedla, že alkohol pila denně (10,2 %). Čtyři až pětkrát týdně pilo alkohol 8 % respondentů a pětina dotázaných (19,7 %) uvedla, že alkohol pila dva až třikrát týdně. Přibližně šestina respondentů pila alkohol jednou týdně (15,5 %) a necelá pětina dva až třikrát měsíčně (19,3 %). Jednou za celých 30 dní si alkohol dopřála více než pětina dotazovaných (20,3 %) a 7 % respondentů nevědělo či na otázku nechtělo odpovědět.

Graf 14: Frekvence pití alkoholu v uplynulém měsíci

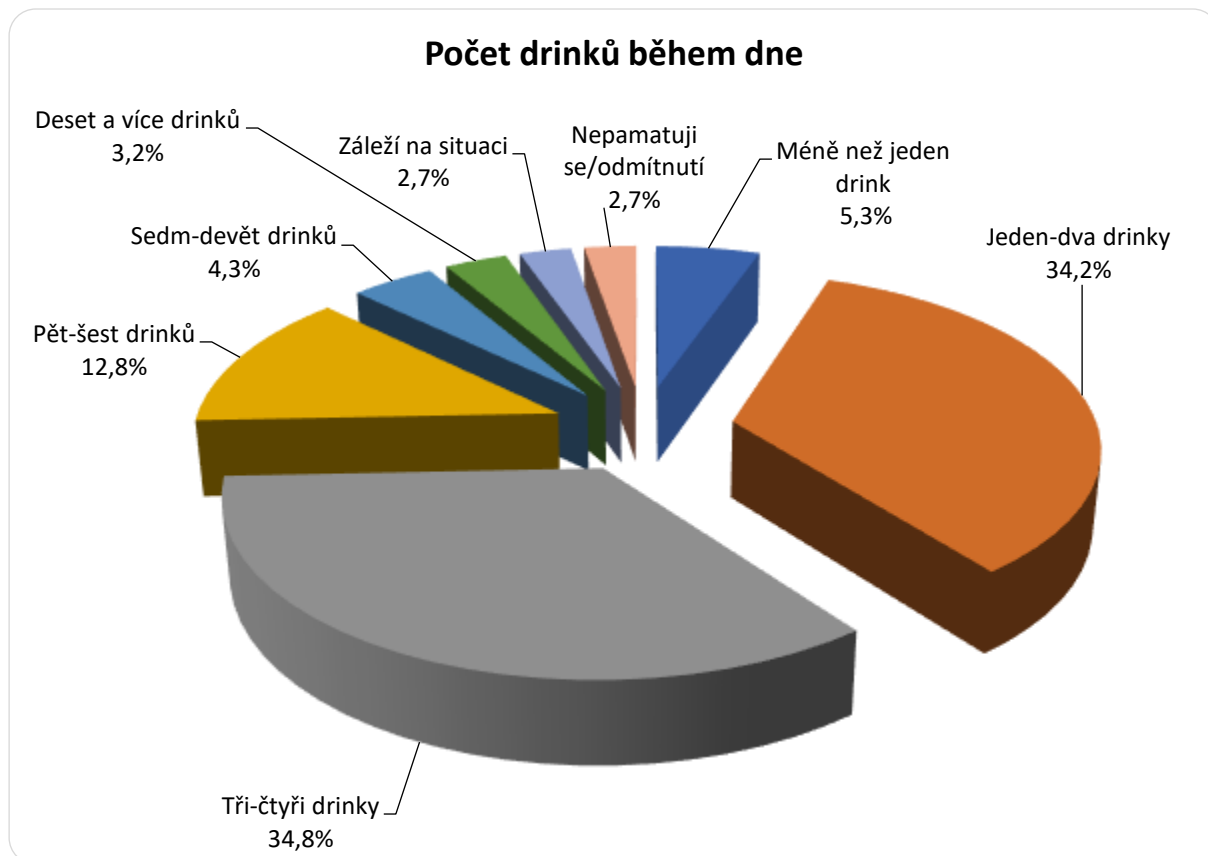


Při zkoumání souvislosti mezi frekvencí pití alkoholu v uplynulém měsíci a dalšími proměnnými nebyl zaznamenán žádný statisticky významný vztah. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy podle věku, vzdělání, zaměstnání i příjmů respondentů.

2.2.7.5 Počet drinků během dne

Na otázku „kolik ´drinků´ obvykle vypijete během dne, kdy pijete alkoholické nápoje“ více než třetina dotazovaných odpověděla, že si nejčastěji dávali tři až čtyři drinky (34,8 %), případně jeden až dva drinky (34,2 %). Více než desetina respondentů konzumovala pět až šest drinků (12,8 %). Během jedné příležitosti vypilo sedm až devět drinků 4,3 % respondentů a 3,2 % dotazovaných vypila deset a více drinků. Méně, než jeden drink uvedlo 5,3 % respondentů a 2,7 % sdělily, že konzumace je záležitostí situace. Zbýlých 2,7 % dotazovaných uvedlo, že si nepamatují nebo nechtějí na otázku odpovědět.

Graf 15: Počet drinků během dne



V počtu vypitých drinků během dne ženy uváděly, že vypijí méně než muži. Ženy převažovaly v kategoriích konzumujících méně než jeden drink a jeden až dva drinky, a to v poměru tři ku dvěma (60 % ku 40 %). Oproti tomu v kategorii deset a více drinků dominovali muži, kdy z celkového počtu dotázaných byly více než čtyři pětiny právě muži (83,3 %). Pouze jednu šestinu (16,7 %) představovaly ženy.

Při zkoumání vzájemného vztahu mezi počtem vypitých drinků a rodinným stavem jsme došli k závěru, že se jako výjimka jeví pouze kategorie svobodných respondentů. Více než třetina z nich uvedla, že při jedné příležitosti vypije tři až čtyři drinky (38,4 %). U všech ostatních kategorií nejvíce respondentů uvedlo, že při jedné příležitosti vypije jeden až dva drinky. U skupiny ženatý/vdaná to byly téměř dvě pětiny (39,3 %) dotázaných, u rozvedených více než třetina (37 %) a u kategorie vdovec/vdova dokonce více než dvě třetiny oslovených (66,7 %).

Zkoumáním vzájemného vztahu mezi počtem vypitých drinků při jedné příležitosti a frekvencí pití v posledním měsíci se ukázalo, že respondenti, jež uváděli, že v posledním měsíci pili pouze při jedné příležitosti, vypili jeden až dva drinky. Jednalo se o více než dvě pětiny z nich (44,7 %). Také ti,

jež uváděli, že pijí denně v necelé třetině případů (31,6 %), uvedli, že vypili jeden až dva drinky. U všech ostatních kategorií převažovala odpověď tři až čtyři vypité drinky.

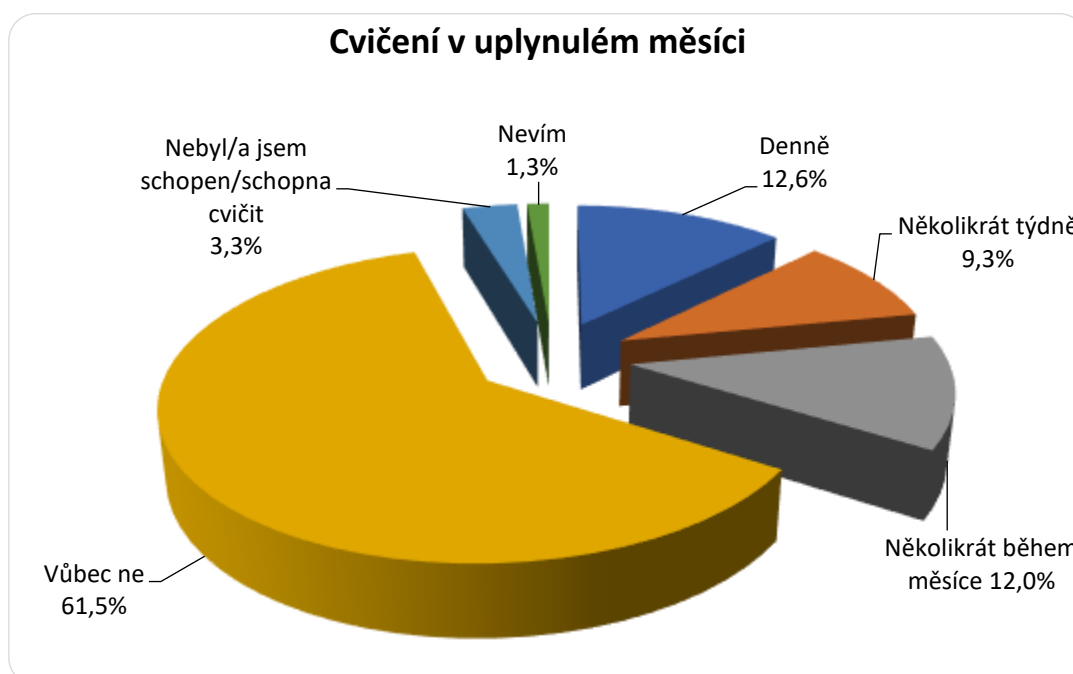
Při dalším zkoumání souvislosti mezi počtem vypitých drinků při jedné příležitosti a dalšími proměnnými nebyla nalezen žádný statisticky významný vztah. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy podle věku, vzdělání i příjmů respondentů.

2.2.8 Pohyb

2.2.8.1 Cvičení v uplynulém měsíci

Na otázku „jak často během posledního měsíce jste cvičil (a) 30 nebo více minut“ téměř dvě třetiny respondentů uvedly, že v posledních 30 dnech necvičily vůbec (64,8 %). Více než třetina dotazovaných uvedla kladný vztah ke cvičení (33,9 %). Více než desetina respondentů odpověděla, že cvičí denně (12,6 %), další bezmála desetina dotázaných několikrát týdně (9,3 %) a více než desetina dotázaných několikrát během měsíce (12 %). Přibližně jedno procento (1,3 %) respondentů nedokázalo na otázku odpovědět.

Graf 16: Cvičení v uplynulém měsíci



Vztah ke cvičení mají převážně respondenti, jež uvedli, že je jejich zdravotní stav velmi dobrý. Téměř třetina z nich uvedla, že v posledních 30 dnech cvičila denně (29,6 %) a stejně velká kategorie uvedla, že cvičila několikrát týdně (29,6 %). Téměř dvě třetiny respondentů, jež označily svůj zdravotní stav

za dobrý, uvedly, že v posledních 30 ti dnech necvičily vůbec (61,8 %). Stejně tomu bylo i v případě respondentů, jež pokládají svůj zdravotní stav za uspokojivý. Více než dvě třetiny uvedly, že v posledním měsíci vůbec necvičily (68,6 %) a dvě třetiny z těch, jež označily svůj zdravotní stav za špatný, také vůbec necvičily (69,6 %).

Co se týče vztahu ke cvičení v souvislosti s dosaženým vzděláním, více než dvě pětiny respondentů, jež uvedly, že v uplynulém měsíci cvičily denně, dosáhly základního vzdělání (42,1 %). Stejná kategorie respondentů se základním vzděláním taktéž převažovala v kategorii cvičení několikrát týdně, kde činili více než jednu třetinu všech dotazovaných (35,7 %). Mezi těmi, jež cvičili několikrát během uplynulého měsíce, bylo nejvíce respondentů se středoškolským vzděláním bez maturity či s vyučením. Byly jich téměř tři pětiny (58,5 %).

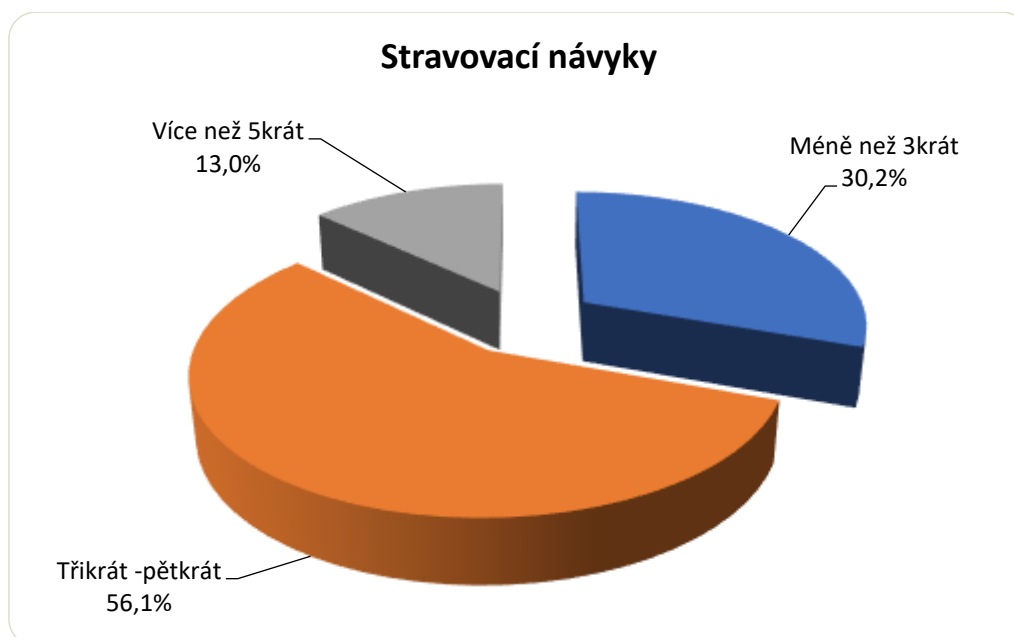
Při dalším zkoumání nebyly zjištěny žádné souvislosti mezi cvičením a dalšími proměnnými.

2.2.9 Stravování

2.2.9.1 Stravovací návyky

Na otázku „kolikrát denně jíte“, více než polovina dotazovaných (56,8 %) odpověděla, že jí tři až pětkrát denně. Méně než třikrát denně jí méně než třetina dotazovaných (30,2 %) a zbylých 13 % uvedlo, že jí více než pětkrát denně.

Graf 17: Stravovací návyky



Při zkoumání vztahu mezi stravovacími návyky a pohlavím respondentů jsme zaznamenali pouze výraznější rozdíl u těch respondentů, kteří se stravují méně než třikrát denně. Téměř tři pětiny

respondentů tvořily ženy (59,3 %) a více než dvě pětiny respondentů byli (40,7 %) muži. V ostatních kategoriích bylo rozdělení odpovědí z hlediska pohlaví přibližně napůl.

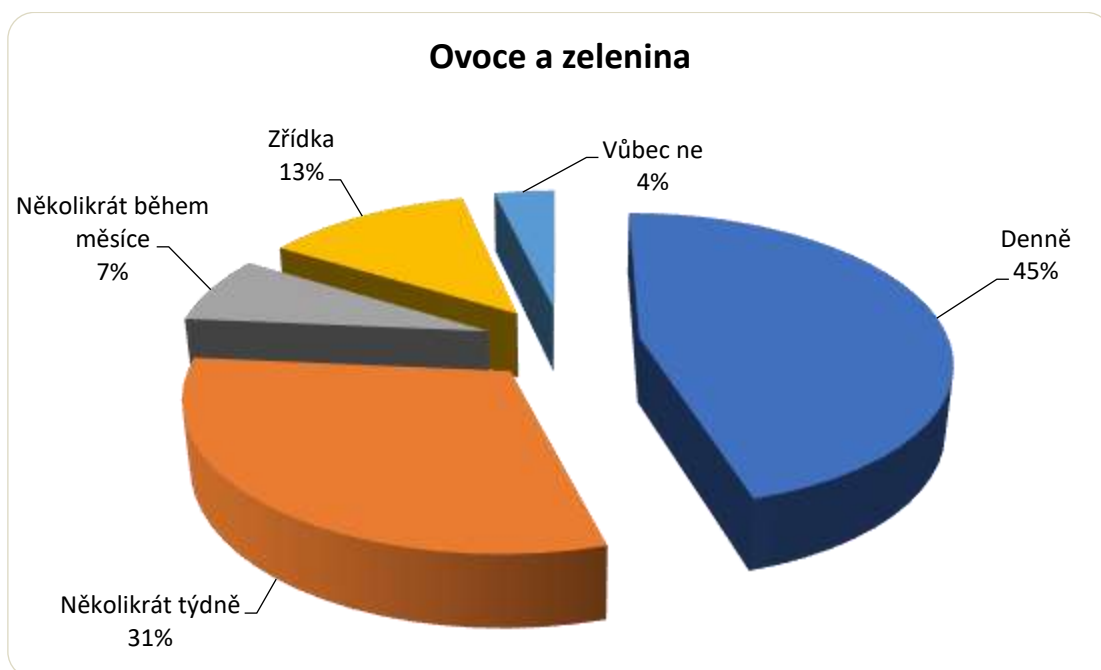
Při srovnávání stravovacích návyků v souvislosti s věkem platí, že ve všech věkových kategoriích nejčastěji respondenti odpovídali, že se stravují třikrát až pětkrát denně. Ve všech ostatních kategoriích se počet jídel objevoval ve zhruba stejném poměru ve všech věkových kategoriích, pouze ve věkové kategorii nad 60 let jen jeden respondent odpověděl, že se stravuje více než pětkrát denně.

V souvislosti se stravovacími návyky a tím, zda si respondenti myslí, že jejich způsob stravování je zdravý, se ukázalo, že téměř dvě třetiny respondentů, které se stravují méně než třikrát denně, uvedly, že jejich životní styl není zdravý (62,6 %). U těch respondentů, jež odpovídali, že se stravují třikrát až pětkrát denně a těch, jež se stravují více než pětkrát denně, dominoval názor, že jejich způsob stravování je zdravý, a to více než u poloviny respondentů u obou uvedených kategorií.

2.2.9.2 Konzumace ovoce a zeleniny

Co se týče pravidelné konzumace ovoce a zeleniny, téměř polovina dotazovaných (45,5 %) na otázku „jak často jíte čerstvé ovoce a zeleninu“ uvedla, že denně. Bezmála třetina respondentů odpověděla, že ji konzumuje několikrát týdně (30,9 %). Přibližně desetina dotazovaných uvedla, že jí zeleninu zřídka (12,6 %) nebo několikrát během měsíce (7,3 %). A pouze 3,7 % respondentů uvedly, že ji nejí vůbec.

Graf 18: Ovoce a zelenina



Při zkoumání vztahu mezi konzumací ovoce a zeleniny a pohlavím se ukázalo, že ženy byly ze tří pětín zastoupeny v kategoriích denních konzumentů (60,6 %) a více než dvě třetiny žen ji konzumovaly několikrát během měsíce (68,2 %). Zatímco muži převažovali v kategorii několikrát týdně, kde se jich ke konzumaci ovoce přihlásily přibližně tři pětiny (60,2 %).

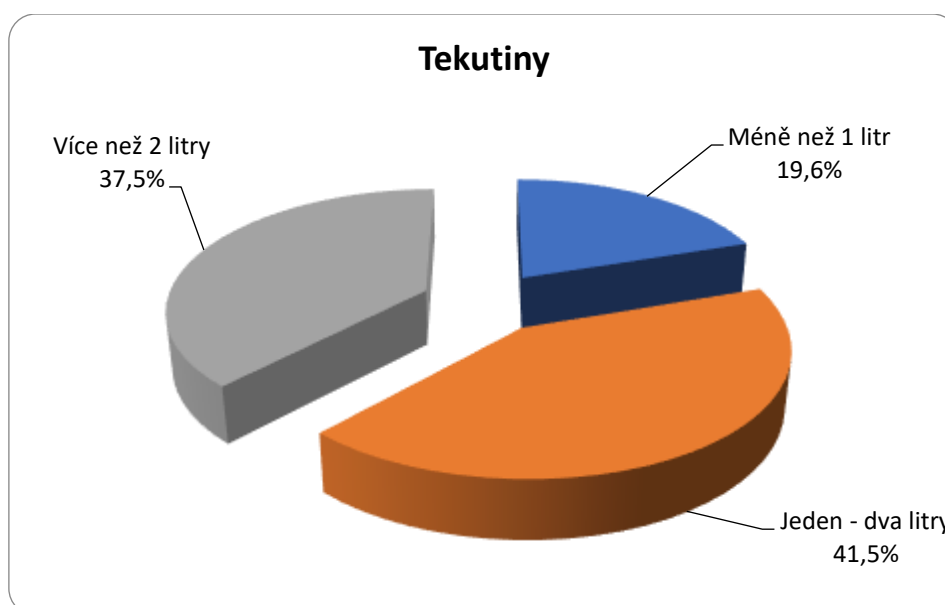
Z hlediska věku respondentů platí, že denně konzumuje ovoce nejvíce skupina respondentů ve věku 30 až 44 let, která tvoří přibližně dvě pětiny (40,1 %) z celkového počtu těch, jež konzumují ovoce a zeleninu denně. Respondenti ve zbývajících věkových kategoriích jsou zastoupeni pětinou z celkového počtu.

Jiné významné souvislosti konzumací ovoce a zeleniny a dalšími proměnnými se neukázaly. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy podle vzdělání i příjmů respondentů.

2.2.9.3 Tekutiny

Na otázku „kolik zhruba vypijete za den tekutin, vyjma kávy a alkoholu“ uvedla více než třetina dotázaných, že spotřebuje více než dva litry (37,5 %). Jeden až dva litry tekutiny denně vypijí více než dvě pětiny (41,5 %) dotazovaných. Zbývá přibližně pětina respondentů uvedla, že pije méně než litr denně (19,6 %).

Graf 19: Tekutiny



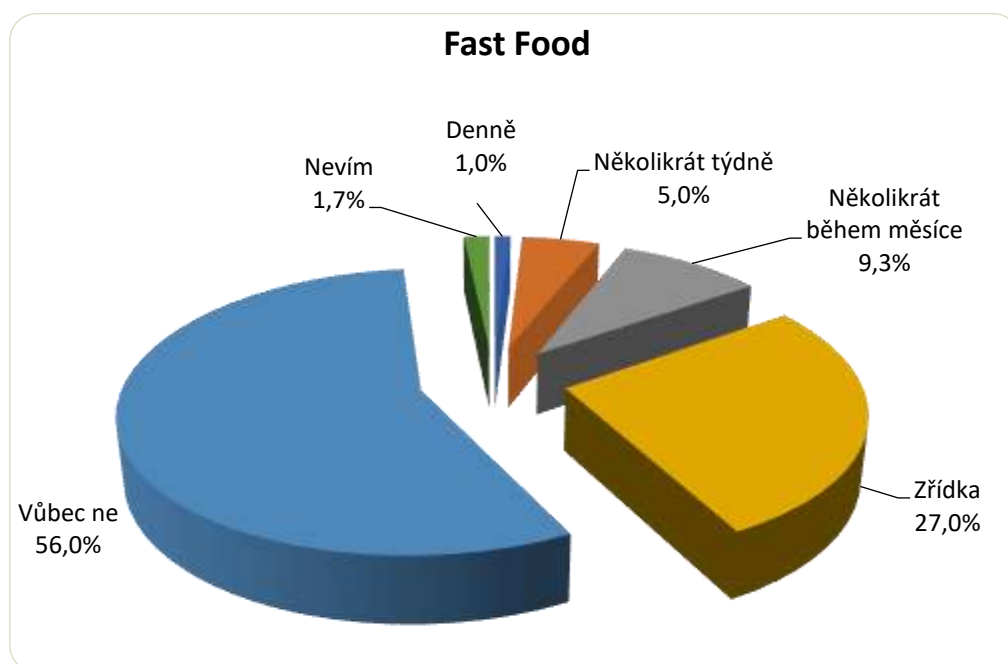
Odpovědi na otázku týkající se pití tekutin (vyjma kávy a alkoholu) ukázaly, že ženy pijí méně než muži, protože u odpovědi „méně než jeden litr“ převažovaly ženy, kterých byly více než dvě třetiny (66,9 %).

Převažovaly tak ve srovnání s přibližně třetinou mužů (33,1 %). Oproti tomu u odpovědi konzumace více než dvou litrů byla situace obrácená ve prospěch mužů. Jednalo se o bezmála tři pětiny respondentů (59,3 %) ve srovnání s ženami, kterých byly přibližně dvě pětiny (40,7 %). Ostatní analyzované vztahy se neukázaly jako statisticky významné.

2.2.9.4 Stravování ve fast foodu

Na otázku „jak často se stravujete ve fast foodu? (např. McDonald, KFC, Burger King, atd.)“ více než polovina dotazovaných (56 %) odpověděla, že vůbec nenavštěvuje fast food a více než čtvrtina respondentů fast food navštěvuje zřídka (27 %). Méně než jedna desetina respondentů (9,3 %) navštěvuje fast food několikrát během měsíce a 5 % dotazovaných uvedlo, že návštěvy se odehrají několikrát do týdne. Jedno procento dotazovaných dokonce uvedlo, že se ve fastfoodu stravuje denně. Zbývající 1,7 % dotázaných na otázku nedokázaly na otázku odpovědět.

Graf 20: Stravování ve fast foodu



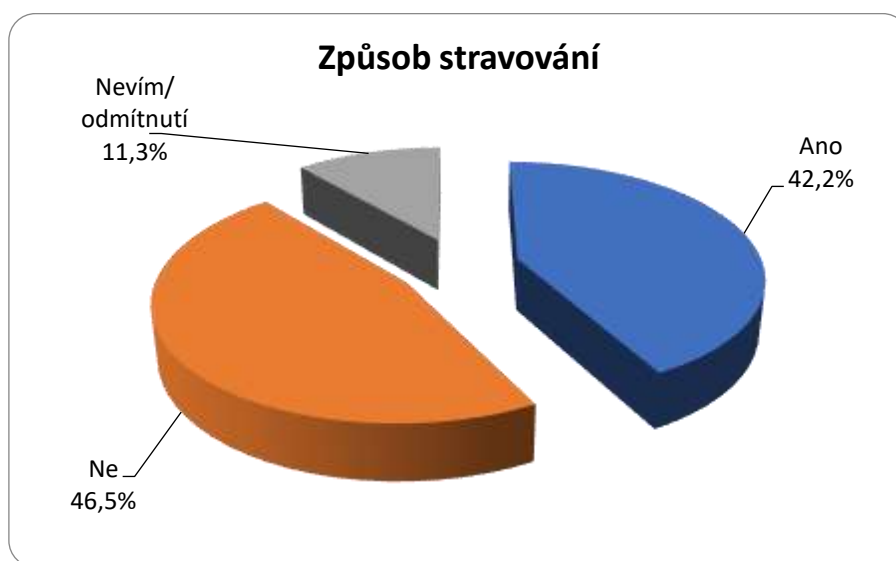
Respondenti, jež odpověděli, že se stravují ve fast foodu, patřili většinou do mladší věkové kategorie. Denní návštěvy nenalzáme u respondentů starších 44 let. U odpovědi několikrát týdně převažovali respondenti ve věku 16 až 29 let, kterých byla více než polovina (53,3 %). Stejně tak tomu bylo i v případě odpovědi několikrát během měsíce, kde rovněž polovina respondentů (50 %) byla ve věku 16 až 29 let. Zřídka se ve fast foodu stravují respondenti ve věku 30 až 44 let (48,1 %). Přibližně třetina těch, jež uvedli, že se v fast foodu nestravují vůbec, patřila do věkové kategorie 45 až 59 let (32,1 %) a stejné procento náleželo k respondentům starším 60 let (32,1%).

Návštěvy fast foodu a jejich četnost souvisí s místem trvalého pobytu dotazovaných. Z analýzy vyplynulo, že místo bydliště situované ve větších městech současně znamená větší příležitosti k návštěvám fast foodů a tedy i s častější konzumací jimi produkované stravy. Také měsíční příjem respondentů má vliv na četnost návštěv fast foodu. Více než dvě pětiny (43,5 %) respondentů, jež uvedly výši příjmů do 14 tisíc, se ve fast foodu vůbec nestravují. Žádné další souvislosti nebyly zjištěny, odpovědi byly rovnoměrně rozloženy podle pohlaví, věku a vzdělání respondentů.

2.2.9.5 Způsob stravování

Z odpovědí na otázku „myslíte si, že váš způsob stravování je zdravý“ je zřejmé, že téměř polovina respondentů pokládá svůj způsob stravování za nezdravý (46,5 %). Oproti tomu přibližně čtyři desetiny dotázaných (42,2 %) ho považují za zdravý. Zbývá více než desetina respondentů (11,3 %) nedokázala nebo odmítla na otázku odpovědět.

Graf 21: Způsob stravování



Při zkoumání vztahu způsobu stravování s dalšími proměnnými se ukázalo, že svůj způsob stravování jako nezdravý označují spíše lidé ve „středním věku“. Ve věkové skupině 30 až 44 let se vyjádřila více než polovina respondentů, že považují způsob stravování za nezdravý (52,5 %). Současně více než třetina (37,6 %) ho pokládá za zdravý. Téměř desetina respondentů (9,9 %) nedokázala na otázku odpovědět. U respondentů ve věku 45 až 59 let je situace obdobná. Svůj způsob stravování pokládá za nezdravý také přibližně polovina respondentů (50,7 %), zatímco za zdravý pouze více než třetina dotázaných (37,3 %). Více než desetina respondentů (12 %) nedokázala na otázku odpovědět.

Oproti tomu respondenti „nejmladší“ a „nejstarší“ nahlíží na své stravování častěji jako na zdravé. U kategorie respondentů ve věku 16 až 29 let se v souvislosti se svým stravováním vyjádřila kladně polovina respondentů (50 %). Za nezdravý způsob stravování pokládají více než dvě pětiny (42,4 %).

Na otázku nedokázalo odpovědět 7,6 % respondentů. Ve věkové kategorii nad 60 let téměř polovina respondentů (47,5 %) označila svůj způsob stravování za zdravý a více než třetina za nezdravý (35,6 %). Avšak téměř pětina respondentů v této věkové kategorii na otázku týkající se způsobu stravování nedokázala odpovědět (16,9 %).

Při dalším zkoumání vztahů mezi způsobem stravování a dalšími proměnnými jsme nezaznamenali žádné statisticky významné souvislosti. Odpovědi byly rovnoměrně rozloženy v rámci všech zkoumaných proměnných.

2.2.10 Kompetence v oblasti zdravotní péče, prevence nemoci a podpory zdraví

Vzhledem k poměrně velkému počtu otázek týkajících se kompetencí v oblasti zdravotní péče, prevence nemoci a podpory zdraví byla pro vyhodnocení použita faktorová analýza. Jedná se o vícerozměrnou statistickou metodu, jejíž podstatou je rozbor struktury vzájemných závislostí proměnných na základě předpokladu, že jsou tyto závislosti důsledkem působení určitého menšího počtu v pozadí stojících nezměřitelných faktorů, které jsou nazývány společné faktory. Cílem faktorové analýzy je redukce počtu proměnných a odhalení struktury vztahů mezi proměnnými. Dále uvádíme výsledky této analýzy. Z odpovědí dotazovaných vyplynulo, že některé otázky se promítly do více kompetencí a jiné byly z důvodu výskytu statisticky nevýznamných vztahů vyřazeny.

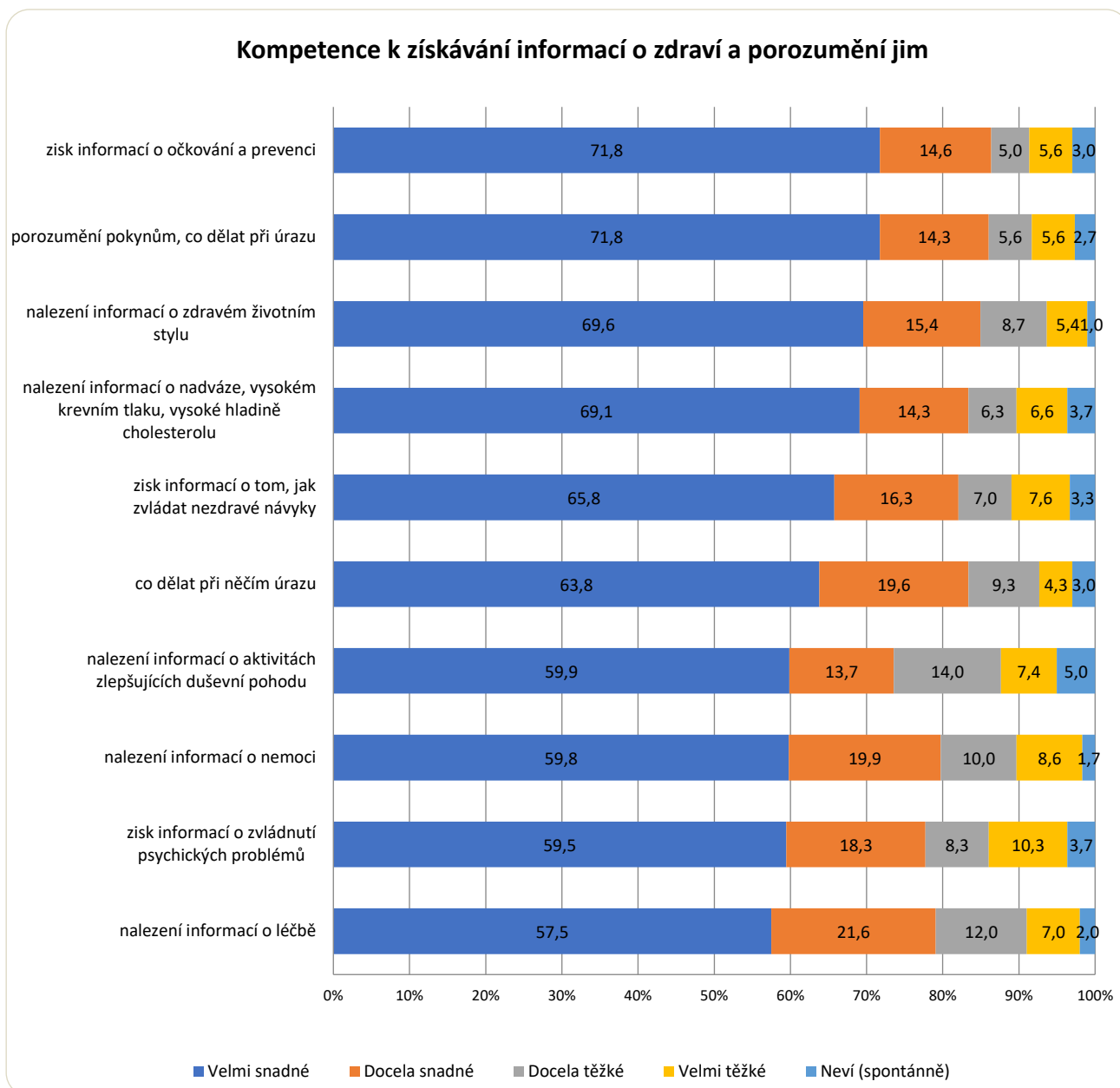
Původních 47 otázek bylo seskupeno do osmi společných faktorů, které propojují otázky dle následujících kompetencí:

- Kompetence k získávání informací o zdraví a porozumění
- Kompetence k získávání informací o zdraví z médií, zhodnocení jejich hodnověrnosti a porozumění
- Kompetence k získávání informací od lékaře a lékárníka a porozumění
- Kompetence k provedení aktivních změn týkajících se zdraví a zdravého životního stylu
- Kompetence k porozumění doporučení týkajících se zdraví
- Kompetence zaměřené na ochranu zdraví
- Kompetence k posouzení životních podmínek ve vztahu ke zdraví
- Kompetence k porozumění důležitosti prevence a očkování

2.2.10.1 Kompetence k získávání informací o zdraví a porozumění jim

Nejdříve uvádíme přehled kompetencí k získávání informací o zdraví a porozumění jim v grafické podobě, dále tyto výsledky v textu popisujeme.

Graf 22: Kompetence k získávání informací o zdraví a porozumění jim



V oblasti kompetencí k získávání informací o zdraví a porozumění jim více než dvě třetiny dotazovaných (71,8 %) uvedly, že je pro ně velmi snadné získat informace o očkování a preventivních vyšetřeních, která by měli absolvovat a více než desetina dotazovaných to pokládá za docela snadné (14,6 %). Oproti

tomu docela těžké se zdá 5,0 % respondentů získat informace o očkování a preventivních vyšetřeních, která by měli absolvovat, 5,6 % dotázaných to považuje dokonce za velmi těžké. Na tuto otázku nedokázaly odpovědět 3 % dotazovaných.

Více než dvě třetiny respondentů uvedly (71,8 %), že je pro ně velmi snadné porozumět pokynům co dělat, když se někomu něco vážného stane a více než desetina dotazovaných to pokládá za docela snadné (14,3 %). Naopak za docela těžkou považuje tuto situaci 5,6 % respondentů a stejný počet uvedl, že je velmi těžké pokynům porozumět (5,6 %). Na otázku neodpovědělo 2,7 % respondentů.

Více než dvě třetiny dotazovaných uvedly, že je pro ně velmi snadné nalézt informace o aktivitách jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa (69,6 %) a více než desetina dotazovaných (15,4 %) to pokládá za docela snadné. Oproti tomu jako za docela těžké považuje nalézání informací o aktivitách jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa 8,7 % dotazovaných a pouze 5,4 % toto shledává jako velmi těžké. Odpovědět nedokázalo pouze 1% ze všech dotazovaných.

Podle více než dvou třetin dotazovaných (69,1 %) je velmi snadné získat informace o problémech jako je nadváha, vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina cholesterolu a pro více než desetinu dotázaných je to docela snadné (14,3 %). Za docela těžké pokládá získávání informací o problémech jako je nadváha vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina cholesterolu 6,3 % dotázaných a za velmi těžké to považuje 6,6 % dotazovaných. Na otázku nedokázalo odpovědět 3,7 % dotazovaných.

Pro téměř dvě třetiny dotazovaných (65,8 %) je velmi snadné získat informace o tom, jak zvládat nezdravé návyky jako je kouření, nízká tělesná aktivita a nadměrné pití a téměř pětina dotazovaných uvedla, že je to docela snadné (16,3 %). 7 % dotazovaných považuje získání těchto informací za docela těžké a 7,6 % dotazovaných se to dokonce jeví jako velmi těžké. Jak získat informace o tom, jak zvládat nezdravé návyky jako je kouření, nízká tělesná aktivita a nadměrné pití neví 3,3% dotazovaných.

Téměř dvě třetiny respondentů ví co dělat, když se někomu něco vážného stane (63,8 %), a pětina dotazovaných pokládá řešení této situace za docela snadné (19,6 %). Téměř desetina respondentů neví co dělat, když se někomu něco vážného stane a takovouto situaci pokládá za docela těžkou (9,3 %). Pro pouhých 4,3 % respondentů je zvládnutí takovéto situace velmi těžké. Na otázku nedokázaly odpovědět 3 % respondentů.

Podle téměř tří pětín respondentů (59,9 %) je velmi snadné nalézt informace, které zlepší jejich duševní pohodu a podle více než desetin respondentů je to taktéž docela snadné (13,7 %). Více než desetina dotázaných považuje za docela těžké vyhledat informace ke zlepšení duševní pohody (14%) a velmi těžké je tyto informace nalézt pro 7,4 % respondentů. Zbýlých 5 % respondentů nedokázalo na otázku odpovědět.

Téměř tři pětiny dotazovaných shledávají za velmi snadné najít informace o nemoci, kterou mají (59,8 %), téměř pětina uvedla, že je to docela snadné (19,9 %). Pro desetinu dotazovaných (10 %) je vyhledání informací o nemoci, kterou mají, docela těžké a 8,6 % dotazovaných to pokládá za velmi těžké. Odpovědět nedokázalo pouze 1,7 % dotazovaných.



Méně než tři pětiny dotazovaných uvedly, že je pro ně velmi lehké zjistit, kde získat informace týkající se zvládnání psychických problémů jako je stres nebo deprese (59,5 %) a téměř jedna pětina oslovených (18,3 %) to považuje za docela lehké. Oproti tomu pro 8,3 % respondentů je získávání informací týkajících se zvládnání psychických problémů jako je stres nebo deprese docela těžké a pro přibližně desetinu dotazovaných dokonce velmi těžké (10,3 %). Odpovědět nedokázaly 3,7 % dotazovaných.

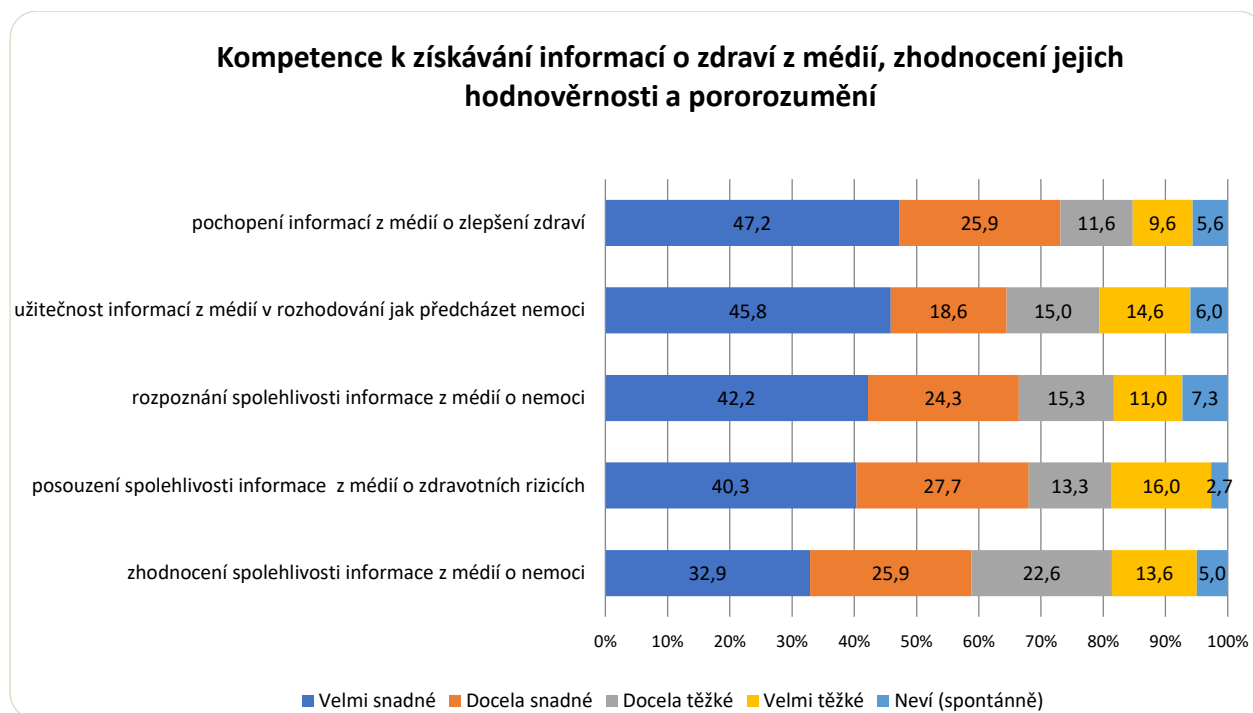
Nejméně respondentů považovalo za velmi lehké nalézt informace, jak léčit svou nemoc, ale i přesto se jedná o více než polovinu respondentů (57,5 %). Více než pětina respondentů to pokládá za docela lehké (21,6 %). Za docela těžké považuje nalezení informací jak léčit svou nemoc více než desetina respondentů (12 %) a současně 7 % dotázaných uvedlo, že je to pro ně velmi těžké. Na otázku nedokázaly odpovědět 2 % respondentů.

Z odpovědí je tedy patné, že s problémem s informacemi o zdraví a porozumění jim se potýká méně než desetina dotázaných. Většina respondentů nalezení informací označuje spíše za velmi snadné, případně za docela snadné. Z rozhovorů provedených s participanty z řad dotazovaných se ukázalo, že informace o zdravotním stavu, různých vyšetřeních či léčbě nemoci, si většinou participanti vyhledávají na internetu nebo se informují u svého lékaře, případně se obracejí na ostatní členy rodiny či známé. Taktéž uváděli, že nalézt informace pro ně není problém, ale ne vždy to znamená, že se jimi taktéž ve svém životě řídí.

2.2.10.2 Kompetence k získávání informací o zdraví z médií, zhodnocení jejich hodnověrnosti a porozumění

Dále uvádíme přehled kompetencí k získávání informací o zdraví z médií, zhodnocení jejich hodnověrnosti a porozumění v grafické podobě, poté tyto výsledky v textu popisujeme.

Graf 23: Kompetence k získávání informací o zdraví z médií, zhodnocení jejich hodnověrnosti a porozumění



Kompetence týkající se získávání informací z médií byly pokládány za snadné hodnoceny u menšího počtu respondentů než kompetence k získávání informací o zdraví a porozumění. Méně než polovina dotazovaných (47,2 %) se vyjádřila, že je pro ně snadné pochopit informaci z médií o tom jak zlepšit své zdraví a více než čtvrtina dotazovaných (25,9 %) to označila za docela snadné. Oproti tomu více než desetina dotázaných považuje pochopení informací z médií za docela těžké (11,6 %) a téměř desetina dotazovaných dokonce za velmi těžké (9,6 %). Na otázku nedokázalo odpovědět 5,6 % dotazovaných.

Méně než polovina dotazovaných (45,8 %) uvedla, že jim informace z médií pomáhají se rozhodnout, jak se lépe chránit před nemocemi a téměř jedna pětina to označila za docela snadné (18,3 %). Avšak pro více než desetinu dotazovaných (15 %) je toto rozhodování s pomocí informací z médií docela těžké nebo dokonce velmi těžké (14,6 %). Zda jim informace z médií pomohou se rozhodnout, jak se lépe chránit před nemocemi, neví 6 % dotazovaných.

Dvě pětiny respondentů uvedly, že je pro ně snadné posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích spolehlivé (42,2 %), pro necelou čtvrtinu je to docela snadné (24,3 %). Posoudit spolehlivost je docela těžké pro více než desetinu dotazovaných (15,3 %) nebo velmi těžké (11 %). Zbýlých 7,3 % dotazovaných uvedlo, že neví, zda dokáže posoudit spolehlivost informace v médiích.

Podobně se respondenti vyjadřovali i u otázky týkající se zhodnocení spolehlivosti informací z médií, které se týkají zdravotních rizik. Přibližně dvě třetiny dotázaných uvedly, že je to pro ně velmi lehké (40,3 %) a téměř třetina (27,7 %) uvedla, že je to docela lehké. Více než desetina respondentů pokládá zhodnocení spolehlivosti informací z médií, které se týkají zdravotních rizik, za docela těžké (13,3 %) nebo za velmi těžké (16 %). Otázku nezodpovědělo 2,7 % respondentů.

Přibližně třetina dotazovaných (32,9 %) uvedla, že je pro ně velmi snadné zhodnotit spolehlivost informace o nějaké nemoci v médiích, více než čtvrtina dotazovaných uvedla (25,9 %), že je to docela snadné. Oproti tomu více než pětina dotazovaných považuje zhodnocení spolehlivosti informací o nějaké nemoci v médiích za docela těžké (22,6 %) a více než desetina respondentů (13,3 %) za velmi těžké. Zbýlých 5 % dotazovaných se k otázce nevyjádřilo.

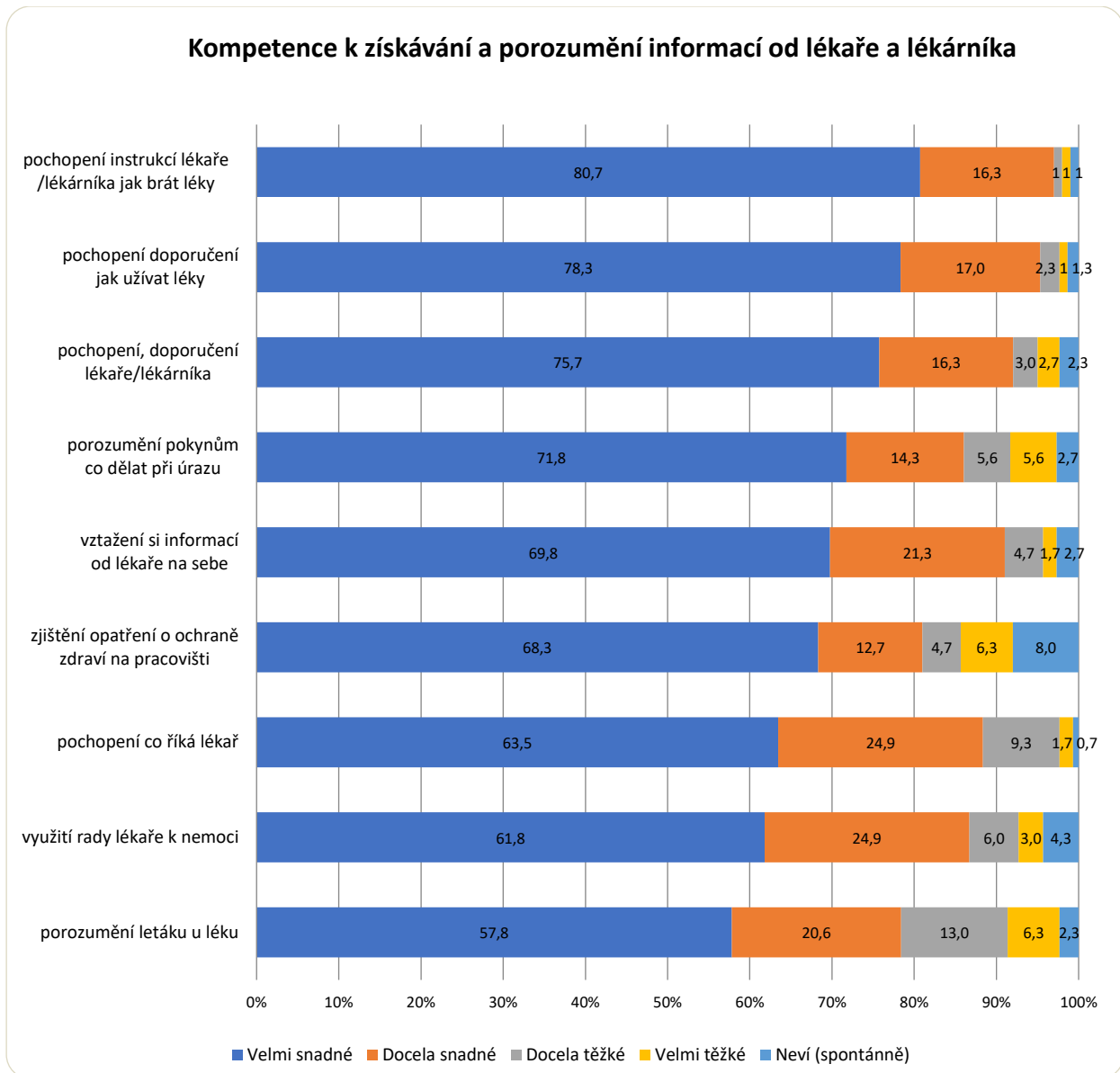
Z odpovědí je patrné, že porozumění informacím z médií již není pro respondenty tak snadné jako zhodnocení informací, které si sami vyhledají nebo zjistí. Navíc z návazných rozhovorů vyplynulo, že informací týkajících se zdraví, zdravého životního stylu i nezdravých návyků je v médiích poměrně hodně (někdy až moc), ale dotazovaní zmiňovali, že je neumějí či nechtějí selektovat. Daleko věrohodnějším zdrojem informací je pro ně konkrétní osoba, která jim v jejich situaci poradí (lékař, člen rodiny, přítel, aj.).

2.2.10.3 Kompetence k získávání informací od lékaře a lékárníka a porozumění

Následuje přehled kompetencí k získávání informací od lékaře a lékárníka v grafické podobě, poté výsledky v textu popisujeme.



Graf 24 Kompetence k získávání informací od lékaře a lékárníka a porozumění



V oblasti kompetencí k získávání a porozumění informací od lékaře nebo lékárníka se respondentům jako nejsnadnější jeví pochopení užívání léků dle pokynů lékaře nebo lékárníka. Pro více než čtvrtinu respondentů (80,7 %) je to velmi snadné a pro téměř pětinu respondentů je to docela snadné (16,3 %). Pochopit, jak brát léky je docela těžké pro 1 % respondentů a velmi těžké taktéž pro 1 % respondentů. Otázku nedokázalo zodpovědět 1 % respondentů.

Téměř čtvrtina dotazovaných uvedly, že je pro ně velmi snadné pochopit doporučení, jak užívat léky (78,3 %) a pro téměř pětinu dotazovaných (17 %) je to docela snadné. Jako docela těžké je pro

2,3 % dotazovaných pochopit doporučení, jak užívat léky a jako velmi těžké je to pro 1 % dotazovaných. Možnost označit, že neví, využilo 1,3 % dotazovaných.

Více než tři čtvrtiny dotazovaných uvedly, že je pro ně velmi snadné pochopit, co jim doporučuje lékař nebo lékárník (75,7 %). Méně než pětina dotazovaných porozumění pokládá za docela snadné (16,3 %). Docela těžké pochopit, co doporučuje lékař nebo lékárník, je pro 3 % dotazovaných a pouze 2,7 % dotazovaných uvedlo, že je to pro ně velmi těžké. Na otázku nedokázaly odpovědět 2,3 % dotazovaných.

V případě, že se někomu něco vážného stane, porozumět pokynům co dělat, je velmi snadné pro více než dvě třetiny dotazovaných (71,8 %) a pro více než desetinu dotazovaných (14,3 %) je porozumění pokynům docela snadné. Za docela těžké pokládá porozumění 5,6 % dotazovaných a stejný počet dotazovaných (5,6 %) označilo porozumění za velmi těžké. Na otázku neodpovědělo 2,7 % z celkového počtu dotazovaných.

Více než dvě třetiny dotazovaných (69,8 %) uvedly, že je velmi snadné je posoudit, jak se informace vztahují na ně, a více než pětina dotazovaných (21,3 %) sdělila, že je to docela snadné. Naopak 4,7 % dotazovaných se to jeví jako docela těžké a 1,7 % dotazovaných jako velmi těžké. Otázku nezodpovědělo 2,7 % respondentů.

Co se týče opatření, které chrání zdraví na pracovišti, tak dozvědět se o nich se jako velmi snadné jeví více než dvěma třetinám respondentů (68,3 %). Více než desetina respondentů to považuje za docela snadné (12,7 %). 4,7 % respondentů odpovědělo, že dozvědět se o opatřeních, které chrání zdraví na pracovišti, pokládá za docela těžké, a 6,3 % respondentů uvedlo, že je to velmi těžké. Téměř desetina respondentů (8 %) uvedla, že neví jak na otázku odpovědět.

Téměř dvě třetiny dotazovaných (63,5 %) uvedly, že je pro ně velmi snadné pochopit, co jim říká lékař a přibližně čtvrtina dotazovaných to označila za docela snadné (24,9 %). Pro necelou desetinu dotazovaných je naopak docela těžké pochopit, co jim lékař nebo lékárník říká (9,3 %) a pro 1,7 % dotazovaných je to velmi těžké pochopit. Na otázku neodpovědělo 0,7 % dotazovaných.

Více než tři pětiny respondentů (61,8 %) pokládají za velmi snadné využít rady lékaře k jejich nemoci a téměř čtvrtina to považuje za docela snadné (24,9 %). Pro 6 % respondentů je docela těžké využít rady lékaře k jejich nemoci a pro 3 % respondentů je to velmi těžké. 4,3 % respondentů nevědělo, jak na otázku odpovědět.

Příbalovému letáku rozumí větší polovina dotazovaných, přičemž téměř tři pětiny dotázaných (57,8 %) porozumění označuje za velmi snadné a pětina dotazovaných za docela snadné (20,6 %). Pro více než desetinu respondentů (13 %) je docela těžké příbalovému letáku porozumět a pro méně než desetinu (6,3 %) je porozumění velmi těžké. Zbýlých 2,3% dotazovaných neví, jak odpovědět.

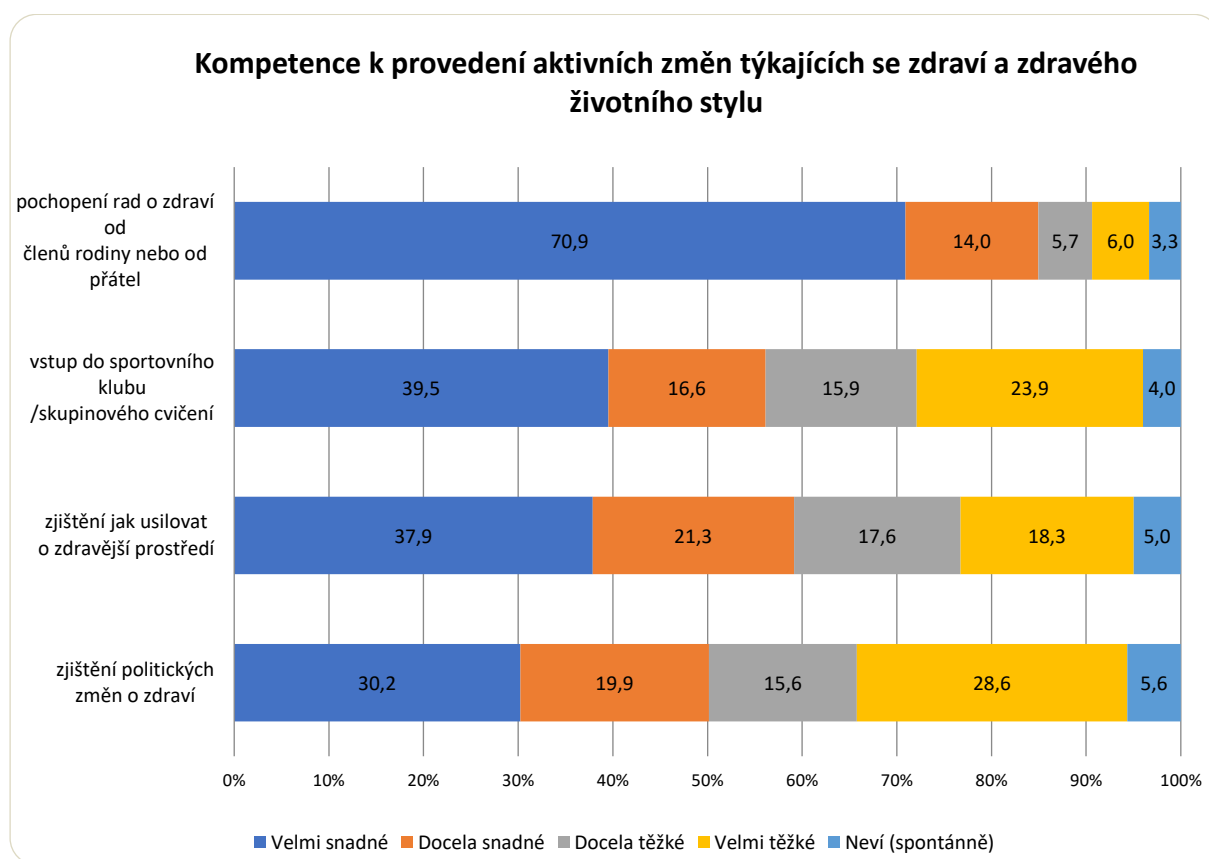
V návazných rozhovorech respondenti uváděli, že rozumí tomu, co jim říká lékař i lékárník a v případě, že ne, tak se zeptají. Navíc uváděli, že důvěřují svému lékaři. Příbalový leták většina respondentů čte, ale někteří uváděli, že kdyby měli brát v potaz všechny vedlejší účinky, které jsou v letáku uvedené, tak že by nemohli brát žádné léky. Ale že vzhledem k tomu, že jim lék předepsal lékař, kterému

důvěřují, tak ho užívají. Několik participantů také zmínilo, že se jim stalo, že v lékárně požádali o jiný lék, než jim předepsal lékař, respektive o stejný lék, ale od jiné firmy, a to z důvodu nižšího doplatku.

2.2.10.4 Kompetence k provedení aktivních změn týkajících se zdraví a zdravého životního stylu

Dále se text zabývá přehledem kompetencí k provedení změn týkajících se zdraví a zdravého životního stylu.

Graf 25: Kompetence k provedení aktivních změn týkajících se zdraví a zdravého životního stylu



V oblasti změn týkajících se zdraví a zdravého životního stylu se jako velmi snadné jeví více než dvěma třetinám dotazovaných (70,9 %) pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo do přátel. Dalšíh 14 % dotazovaných to považuje za docela snadné. Docela těžké je pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo do přátel pro 5,7 % dotazovaných a pouze 6 % dotazovaných uvedlo, že je pro ně pochopení velmi těžké. Tento fakt ostatně vyplývá i z rozhovorů, kdy participanti uváděli, že se obracejí pro rady zejména ke členům rodiny nebo přátelům.



Téměř dvě pětiny dotazovaných (39,5 %) označily za velmi snadné vstoupit do sportovního klubu či se zapojit do skupinového cvičení a téměř pětina uvedla, že je vstoupení poměrně snadné (16,6 %). Docela těžké je vstoupit do sportovního klubu či se zapojit do skupinového cvičení pro téměř pětinu dotazovaných (15,9 %) a velmi těžké pro téměř čtvrtinu dotazovaných (23,9 %). Na otázku neodpověděly 4 % dotazovaných.

Zjistit, jak by se dalo usilovat o zdravější prostředí k životu, je snadné pouze pro více než třetinu dotazovaných (37,9 %). Více než čtvrtina respondentů uvedla, že je to pro ně docela snadné (21,3 %). Téměř pětina dotazovaných se domnívá, že je docela těžké zjistit, jak by se dalo usilovat o zdravější prostředí k životu (17,6 %) a téměř pětina respondentů to pokládá dokonce za velmi těžké (18,3 %). Otázku nezodpovědělo 5 % respondentů.

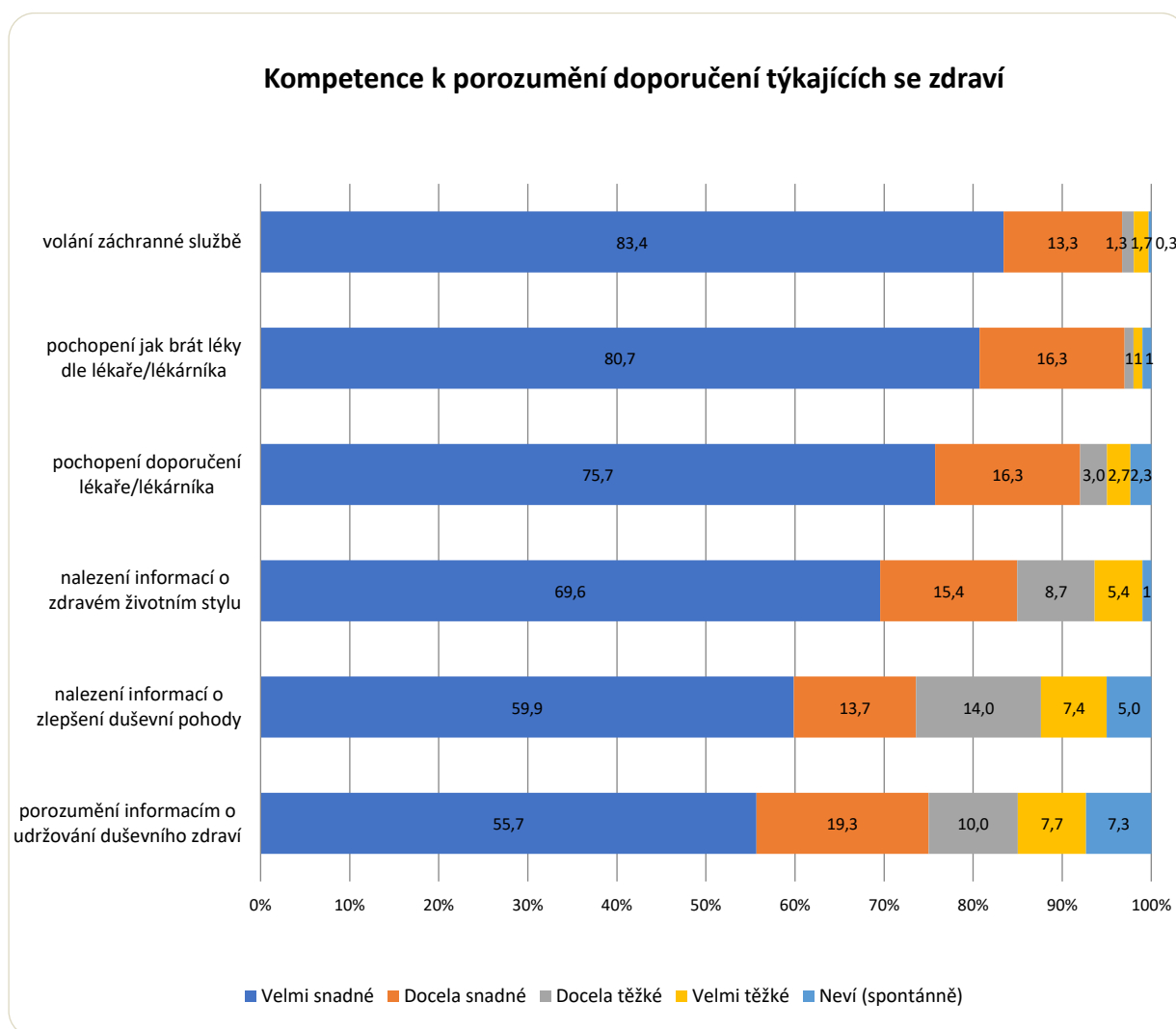
Méně než třetina dotazovaných uvedla, že je pro ně velmi snadné dozvědět se o politických změnách týkajících se zdraví (30,2 %) a přibližně pětina respondentů uvedla, že je to pro ně docela snadné (19,9 %). Téměř pětina respondentů to pokládá za docela těžké (15,6 %) a více než čtvrtina dotazovaných označila možnost dozvědět se o politických změnách týkajících se zdraví za velmi těžkou (28,6 %). Zbývajících 5,6 % dotazovaných na otázku neodpovědělo.

Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že kompetence týkající se aktivní změny životního stylu jako je například vstup do sportovního klubu nebo skupinového cvičení, případně aktivní usilování o změnu prostředí, ve kterém respondenti žijí, je oproti jiným oblastem považováno za poměrně těžké. Respondenti považují pochopení rad od přátel či členů rodiny za poměrně snadné. Toto opět koresponduje s výpověďmi participantů v rozhovorech, které se týkaly toho, že pro participanty není těžké problém týkající se zdraví a zdravého životního stylu pochopit, ale je daleko obtížnější aktivně provést potřebnou změnu.

2.2.10.5 Kompetence k porozumění doporučení týkajících se zdraví

Dále se text věnuje kompetencím k porozumění doporučení, které se týkají zdraví. Nejdříve je opět uvedeno grafické znázornění výsledků.

Graf 23: Kompetence k porozumění doporučení týkajících se zdraví



Mezi kompetencemi, které se týkají porozumění doporučením týkajících se zdraví, převládá schopnost zavolat záchrannou službu, když se něco stane. Více než čtyři pětiny respondentů považují přivolání záchranné služby za velmi snadné (83,4 %) a více než desetina respondentů (13,3 %) za docela snadné. Naopak za docela těžké přivolání považuje 1,3 % respondentů a za velmi těžké 1,7 % respondentů. 0,3 % respondentů nedokázalo na otázku odpovědět.

Pochopit, jak brát léky, když to doporučí lékař nebo lékárník, je velmi snadné pro přibližně čtyři pětiny dotazovaných (80,7 %) a další téměř pětina dotázaných (16,3 %) označila pochopení za docela snadné. Docela těžké je pochopit, jak brát léky pro 1 % dotazovaných a pro stejný počet z nich je to velmi těžké (1 %). Zanedbatelné procento 0,3 % dotazovaných na otázku neodpovědělo.

Více než tři čtvrtiny respondentů (75,7 %) chápou, co doporučuje lékař nebo lékárník a je to pro ně velmi snadné. Téměř pětina dotázaných (16,3 %) označila pochopení za docela snadné. Pouze pro 3 % respondentů je docela těžké pochopit, co jim lékař nebo lékárník doporučuje a pro 2,7 % je to velmi těžké. Na otázku neodpovědělo 2,3 % respondentů. Toto, jak již bylo zmíněno u předchozí kompetence k získávání informací od lékaře a lékárníka a porozumění, je v souladu s tím, co zaznělo i v kvalitativních rozhovorech. Pokud lidé doporučení nerozumějí, ptají se znovu (případně tak dlouho, pokud neporozumí).

Nalézt informace o aktivitách jako je cvičení, zdravé potraviny nebo výživa je velmi snadné pro více než dvě třetiny dotazovaných (69,6 %). Více než desetina dotazovaných (15,4 %) pokládá nalezení informací za docela snadné. Pro necelou desetinu dotazovaných je těžké nalézt informace o aktivitách jako je cvičení, zdravé potraviny nebo výživa (8,7 %) a 5,4 % dotazovaných to dokonce považuje za velmi těžké. Pouze 1 % respondentů na otázku neodpovědělo.

Nalézt informace o aktivitách týkajících se zlepšení duševní pohody se jeví jako velmi snadné téměř třem pětinám respondentů (59,9 %). Více než desetina respondentů (13,7 %) nalezení informací pokládá za docela snadné. Pro jednu šestinu respondentů se nalezení informací o aktivitách týkajících se zlepšení duševní pohody jeví jako docela těžké a 7,4 % respondentů označilo nalezení informací za velmi těžké. Na otázku neodpovědělo 5 % respondentů.

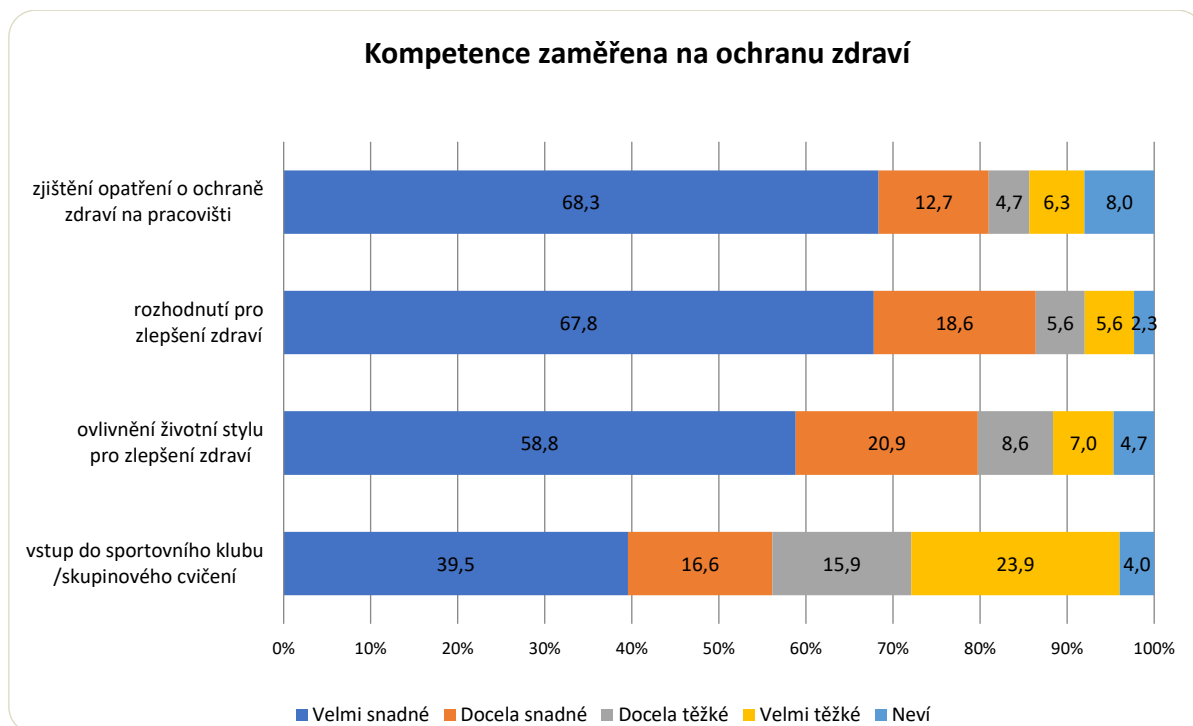
Porozumět informacím o tom, jak si duševní zdraví udržet, je velmi snadné pro více než polovinu dotazovaných (55,7 %), pro téměř pětinu dotazovaných je to docela snadné (19,3 %). Desetina respondentů označila porozumění informacím o tom, jak si udržet duševní zdraví, za docela těžké (10 %) a méně než desetina respondentů za velmi těžké (7,7 %). Na otázku neodpovědělo 7,3 % dotazovaných.

Z výše uvedených odpovědí vyplývá, že jako těžší se respondentům jeví porozumění doporučením týkající se duševního zdraví, a naopak nejvíce rozumí tomu, co jim říká jejich lékař či lékárník. Což ostatně potvrzují i výpovědi participantů v kvalitativních rozhovorech. Ti uvedli, že pokud něčemu v oblasti zdraví nerozumí, tak se zpravidla ptají svého lékaře, který jim to vysvětlí takovým způsobem, aby tomu porozuměli.

2.2.10.6 Kompetence zaměřené na ochranu zdraví

Dále je pozornost věnována kompetencím zaměřeným na ochranu zdraví.

Graf 27: Kompetence zaměřené na ochranu zdraví



V rámci kompetencí zaměřených na ochranu zdraví se jako velmi snadné jeví více než dvěma třetinám dotazovaných (68,3 %) dozvědět se o opatřeních, která chrání jejich zdraví na pracovišti a více než desetině dotazovaných (12,7 %) se to zdá docela snadné. Pouze 4,7 % dotazovaných pokládají za docela těžké se dozvědět o opatřeních a 6,3 % dotazovaných označilo, že je to pro ně velmi těžké. Téměř jedna desetina z celkového počtu respondentů (8 %) na tuto otázku nedokázala odpovědět.

Dokázat udělat rozhodnutí pro zlepšení svého zdraví je považováno za velmi snadné více než dvěma třetinami respondentů (67,8 %) a necelá pětina respondentů souhlasí s tím, že přijmout rozhodnutí pro zlepšení je docela snadné (18,6 %). Pouze 5,6 % respondentů označilo učinění rozhodnutí za docela těžké a stejný počet (5,6 %) rozhodnutí pokládá za velmi těžké. Zbylé 2,3 % respondentů na otázku odpověděly s tím, že neví.

Ovlivnit životní styl, tak aby to prospělo vlastnímu zdraví, považují za velmi snadné téměř tři pětiny dotazovaných (58,8 %). Přibližně pětina ovlivnění pokládá za docela snadné (20,9 %). Naopak pro 8,6 % dotazovaných je ovlivnění životního stylu docela těžké a pro 7 % dokonce velmi těžké. Zbylých 4,7 % dotazovaných na otázku odpovědělo, že neví.

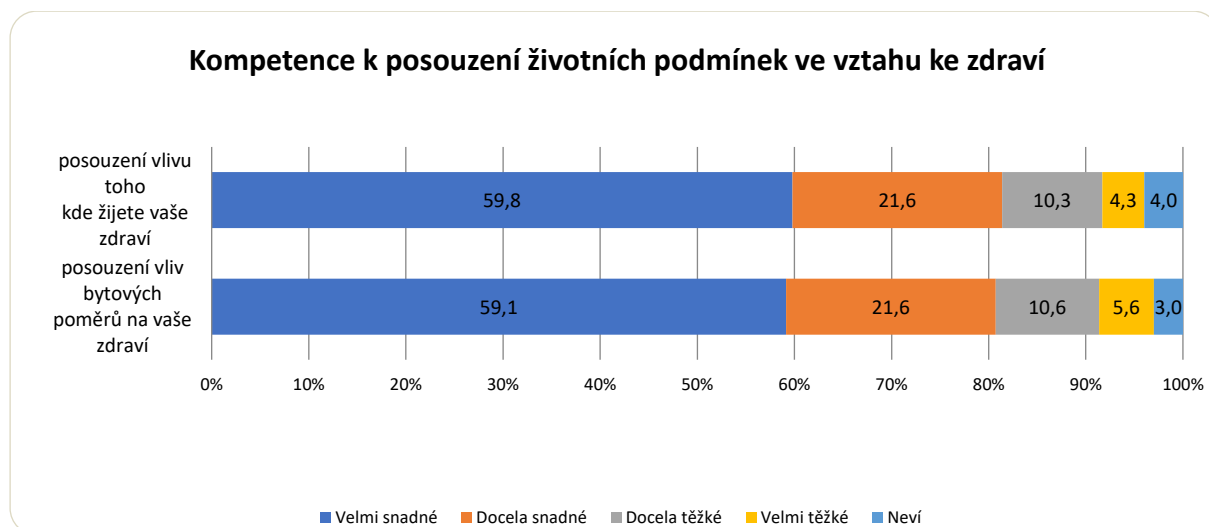
Pouze téměř dvě pětiny respondentů (39,5 %) pokládají vstup do sportovního klubu nebo skupinového cvičení za velmi snadný a více než desetina ho označila za docela snadný (16,6 %). Naopak více než desetina dotázaných vstoupení do sportovního klubu nebo se zapojení se do skupinového cvičení pokládala za docela těžké (15,9 %) a téměř čtvrtina (23,9 %) svůj vstup pokládala za velmi těžký. Na otázku nedokázaly odpovědět 4 % respondentů.

Z těchto odpovědí se opět ukazuje, že není obtížné se o opatřeních týkajících se ochrany zdraví dozvědět, ale daleko těžší je aplikovat je do běžného života a změnit navyklý životní styl, což vyplynulo nejen z dotazníkového šetření, ale i z kvalitativních rozhovorů s participanty.

2.2.10.7 Kompetence k posouzení životních podmínek ve vztahu ke zdraví

Následující pasáž se věnuje kompetencím k posouzení životních podmínek ve vztahu ke zdraví.

Graf 28: Kompetence k posouzení životních podmínek ve vztahu ke zdraví



Posoudit životní podmínky ve vztahu ke zdraví jsou dotazovanými vnímány spíše jako snadné. Posoudit, jak místo života ovlivňuje jejich zdraví, dokáží velmi snadno téměř tři pětiny dotazovaných (59,8 %) a docela snadno více než pětina dotazovaných (21,6 %). Více než desetina dotazovaných své posuzování označila za docela těžké (10,3 %) a 4,3 % dotazovaných dokonce za velmi těžké. 4 % dotazovaných nevěděly, jak na otázku odpovědět.

Posoudit, zda mají bytové poměry vliv na jejich zdraví, dokáží velmi snadno téměř tři pětiny dotazovaných (59,1 %) a docela snadno více než pětina oslovených (21,6 %). Více než desetina respondentů pokládá posouzení toho, jestli mají jejich bytové poměry vliv na jejich zdraví za docela

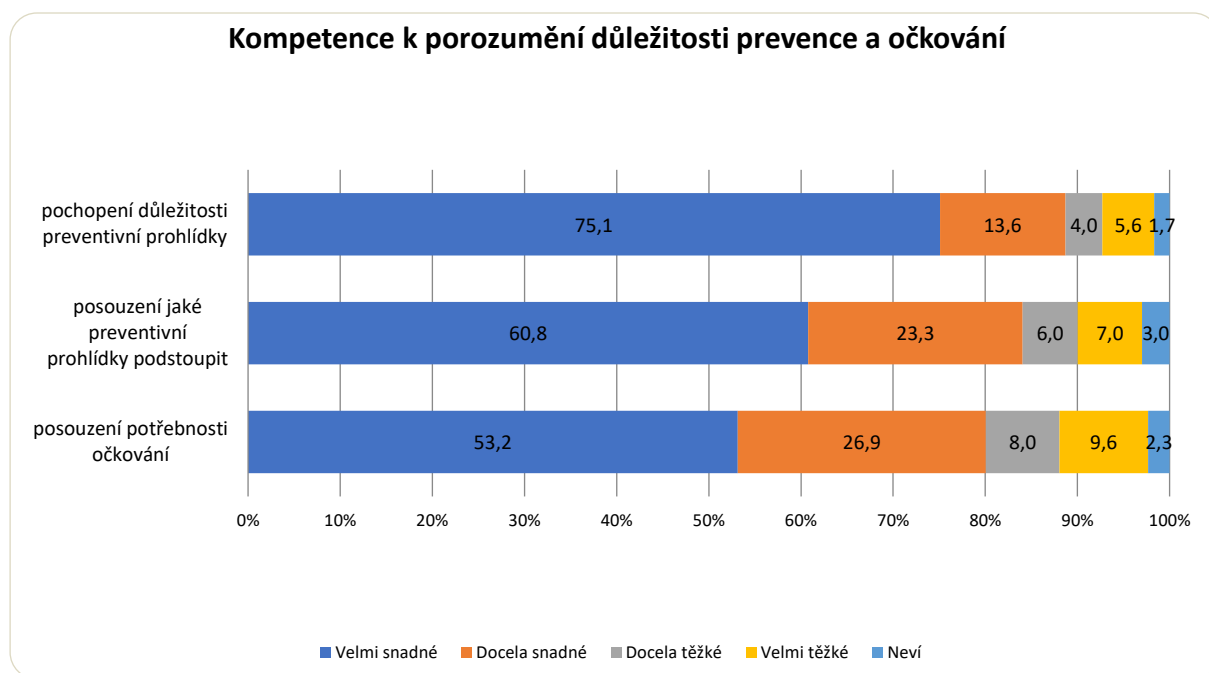
těžké (10,6 %) a 5,6 % dotazovaných za velmi těžké. Na otázku nedokázaly odpovědět 3 % dotazovaných.

Zjištění, že si respondenti uvědomují, že místo jejich žití negativně ovlivňuje jejich zdraví, bylo především patrné z analýzy kvalitativních rozhovorů. Rozhovory probíhaly v prostředí, kde klienti žijí a tráví velkou část svého volného času, a aniž by byli přímo dotazováni, sami toto téma zmiňovali a přikládali mu důležitost. Někteří participanti se ve výpovědích věnovali nevhodným hygienickým podmínkám v bytě, jiní celkově označovali lokalitu, ve které žijí, za z hlediska zdraví nevhodnou až nebezpečnou. Participanti si současně byli vědomi, že vzhledem ke své životní situaci není v jejich silách svou situaci řešit. Šlo tedy spíše o konstatování než o aktivní snahu cokoliv měnit. To provázela značná skepse ohledně změny, kterou by iniciovali. Chybí k ní prostředky a možnosti.

2.2.10.8 Kompetence k porozumění důležitosti prevence a očkování

Poslední oblastí kompetencí se váže k porozumění důležitosti prevence a očkování.

Graf 29: Kompetence k porozumění důležitosti prevence a očkování



Co se týká prevence a očkování, tak přibližně tři čtvrtiny respondentů považují za snadné pochopit, proč jsou pro ně důležité preventivní prohlídky (75,1 %) a více než desetina respondentů (13,6 %) toto pochopení označila za docela snadné. Pouze 4 % respondentů označily pochopení důležitosti preventivní prohlídky za docela těžké a 5,6 % respondentů dokonce za velmi těžké. Zbýlých 1,7 % respondentů nevědělo, jak odpovědět.



Více než tři pětiny dotazovaných dokážou velmi snadno posoudit, které preventivní prohlídky by měli podstoupit (60,8 %), a téměř čtvrtina dotazovaných tomu docela snadno rozumí (23,3 %). Posoudit, které preventivní prohlídky by měli podstoupit, je docela těžké pro 6 % dotazovaných a pro 7 % dotazovaných je posouzení velmi těžké. Na otázku nedokázaly odpovědět 3 % dotazovaných.

Pro více než polovinu dotazovaných je také velmi snadné posoudit, která očkování jsou potřebná (53,2 %) a pro více než čtvrtinu dotazovaných je to docela lehké (26,9 %). Oproti tomu pro 8 % dotazovaných je docela těžké posoudit, která očkování jsou potřebná, necelá desetina dotazovaných se potýká s problémem a posouzení potřebnosti označuje za velmi těžké (9,6 %).

Z kvalitativních rozhovorů vyplynulo, že participanti obvykle považují očkování za důležité a smysluplné. Má se o něj dbát především u dětí, které podle výpovědí ochraňuje před riziky onemocnění. Co se týče očkování sebe samých, tak zde již participanti více váhali. Nebyli si jisti tím, že disponují potřebným očkováním, které by mít měli, a že se nezapomněli nechat přeočkovat. Rovněž se objevil názor, že očkování může být nebezpečné, ale i přesto participantky své děti naočkovat nechaly, protože daly na doporučení dětské lékařky. V rámci očkovacího kalendáře participanti a především participantky – matky menších dětí, kterých se to aktuálně týká, jmenovali některé nemoci, proti kterým „se očkuje“. Ve vztahu k očkování nad rámec povinného participanti obvykle reagovali slovy, že se neočkují spíše z finančních důvodů, než z ideologických. Nicméně kdyby lékař zmínil či apeloval, že je to pro dítě nebo dospělé dobré, tak by s očkováním souhlasili. Zmíněn byl případ očkování proti rakovině děložního čípku u dívek.

3 Shrnutí kvalitativního dotazování

Cílem kvalitativního dotazování bylo navázat na předchozí kvantitativní výzkum a objasnit některá zjištění či poskytnout prostor pro objasnění některých průběžných zjištění, zejména týkající se témat znalosti systému zdravotní péče a prevence nemocí v konkrétních oblastech, ve kterých se dlouhodobě vyskytují nejzávažnější problémy sociálně vyloučených osob.

Scénář rozhovorů

Pro kvalitativní dotazování byla zvolena metoda individuálních rozhovorů, protože z předchozí zkušenosti v rámci pilotáže vyplynulo, že mnohem produktivnější z hlediska tvorby dat je uskutečňovat individuální rozhovory a poskytnout prostor pro avizovanou potřebu intimity ve vztahu k tématu. Otázka zdraví má v SVL značný individuální rozměr a lidé ji vztahují ke své konkrétní životní situaci a zkušenostem, které příliš nechtějí sdílet s ostatními. Proto bylo zapotřebí v rozhovorech vytvořit prostor pro důvěrnější vztah účastníka s výzkumníkem.

Rozhovory byly polostrukturované, zaměřily se především na ty oblasti zkoumaného tématu, které nebyly v dotazníku explicitně vyjádřeny, a rovněž reagovaly na průběžná zjištění a komentáře některých respondentů. Rozšířily vzhled do témat, které byly zmiňovány v dotaznících.

Zhodnocení průběhu / reflexe

Individuální rozhovory probíhaly v lokalitách, které byly předem určeny ASZ a probíhal zde i kvantitativní sběr. Participanti odpovídali kritériím výběru. Z počátku byla zvolena strategie navázání kontaktu s vybraným respondentem prostřednictvím dotazníku, který dále volně přešel v rozhovor. Vzhledem k poměrně velké časové náročnosti vyplnění dotazníku a celkové zátěži jsme se rovněž obraceli na účastníky, kteří pocházeli z blízkého okolí respondentů. Setkali jsme se i s tím, že některé otázky v dotazníku (týkající se sociodemografických dat) vyvolaly u některých respondentů negativní emoce a odmítání. Jakékoliv podezření z možného ohrožení identity se stalo překážkou pro následný rozhovor. Proto byla zvolena strategie oslovování dalších účastníků, kteří dotazník nevyplnili, třeba v případě, že ho odmítli, což se stalo důvodem pro začátek rozhovoru. Tento způsob se osvědčil, protože zde nebylo nutno zmiňovat jakékoliv osobní údaje a účastníci se takto cítili bezpečnější v kvalitativních výpovědích.

3.1 Analýza dat a kategorie zdravotní gramotnosti

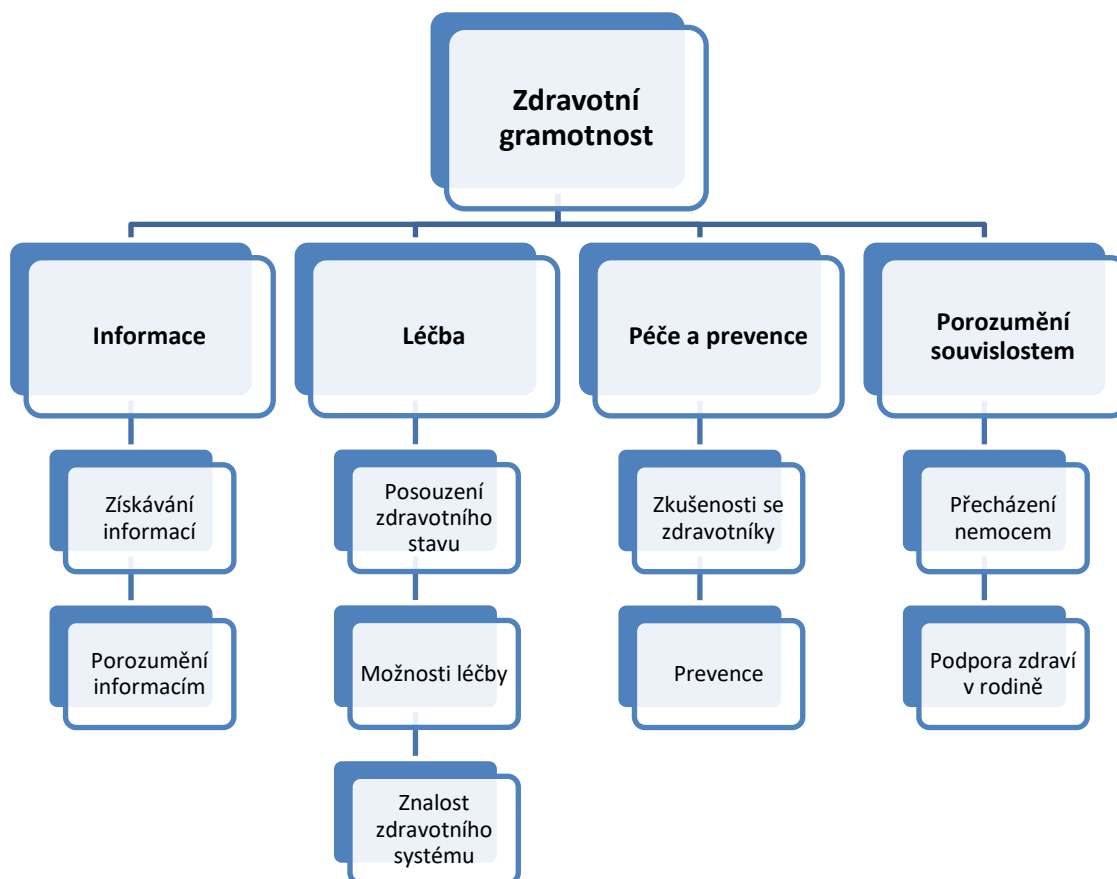
Analýza témat vymezených pro rozhovory si dala za cíl ukázat několik základních dimenzí, které jsou pro zdravotní gramotnost z hlediska účastníků stěžejní a které taktéž účastníci v rozhovoru preferovali a přiřadili jim jistou míru důležitosti a vlastní význam. Níže je popsáno,

jak participantí nahlíží na oblast zdraví a jak rozumí jednotlivým dimenzím zdravotní gramotnosti, které byly pro tento výzkum vypsycifikovány. Reflektujeme skutečnost, že mnozí participantí při rozhovorech reagovali tak, že se snažili rozumět našemu očekávání a opatrně formulovali své výpovědi tak, aby byly v souladu s vytvářením dobrého obrazu o životě lidí v lokalitě. Tato stylizace místy ovlivnila výpovědi, které poukazyvaly na orientaci v otázkách gramotnosti, kterou provází slabiny v neochotě či nemožnosti nějak měnit základní parametry a způsoby svého života.

Při zpracovávání výsledků jsme se rozhodli zvolit postup, který navazuje na předchozí kvantitativní část. Využili jsme kategorizaci a terminologii předdefinovanou užívanou v rámci modelu zdravotní gramotnosti, abychom text udrželi pro čtenáře koherentní. Kategorie, které se ve výpovědích participantů neobjevovaly, jsme samozřejmě nijak nezpracovávali.

Analýza rozhovorů ukázala, jakým způsobem se participantí v systému zdravotní péče orientují, jak nahlíží na zdravotní péči a jak přemýšlí nad prevencí nemocí se zaměřením na některá specifická témata. Dále uvádíme schéma užívaných kategorií, přičemž v centru zůstává zdravotní gramotnost.

Obr. 2: Kategorie zdravotní gramotnosti



3.1.1 Kategorie „Informace“

Základem všeho vědění jsou informace, proto i nás v rámci dotazování zajímalo, zda mají účastníci o svém zdravotním stavu dostatek informací, odkud je čerpají a zda jim rozumí. Ukázalo se, že účastníci informace mají k dispozici a nemají problém si je v případě potřeby zjistit či dohledat. Za základní a nejdůvěryhodnější zdroj pokládají osobu lékaře, kterého se na svůj zdravotní stav ptají a konzultují s ním svou situaci. Osobnost lékaře je podle účastníků klíčová a je vybavena zvláštním statutem. Vedle lékaře je taktéž lékárník považován za velmi důvěryhodnou osobu, které účastníci v souvislosti se svým zdravím důvěřují. I zde je možnost konzultovat, poradit se. V případě, že od lékaře či lékárníka účastníci nedostanou veškeré potřebné informace, tak se snaží je dohledávat na internetu, což zmiňovali především mladší lidé. Pro ně internet představuje možnost, jak si rychle cokoli zjistit nebo ověřit. Problémem internetu však je, což si mnozí účastníci uvědomovali, že je zde informací příliš mnoho, a někdy je z nich člověk zmatený více než před tím, než je začal hledat. V těchto případech je hledání kontraproduktivní. O různosti čtení informací, kvalitě informací a dezinterpretacích se v konverzích nehovořilo. Spíše konverzačním partnerům překážela matoucí mnohost.

Účastník: „*Hledám na internetu, kde na mě pasují vždycky všechny symptomy, tak si říkám, že už tam hledat nebudu...*“

Samozřejmě, že informace týkající se zdraví nestačí pouze získat, ale důležité je jim porozumět, aby člověk mohl dojít k vyléčení či dokázal onemocněním předcházet. I zde hraje důležitou roli osoba lékaře, ke kterému má většina účastníků velmi dobrý vztah a jak vyplývá z jejich výpovědí, když něčemu nerozumí, nebojí se lékaře či lékařky zeptat. Ve výpovědích byl patrný respekt vůči vyšší statusové pozici.

Stejně tak jako mají účastníci navázaný vztah se svým obvodním lékařem, tak uváděli i obdobný vztah s lékárníkem, ke kterému si chodí pro léky. Nejen v menších městech, ale i v těch větších účastníci zmiňovali, že zpravidla navštěvují jednu lékárnou, kde jim lékárník či lékárnice vše vysvětlí, a navíc napíše dávkování léků na krabičky, pro případ, že by to zapomněli. Vědí, kam dojít, které místo je tím důvěryhodným. Poměrně shodné výpovědi se týkaly srozumitelnosti rad lékaře či lékárníka. V případě nepochopení je zde příležitost se doptat, objasnit, co je nejasné. Někteří účastníci sami zmiňovali, že jim někdy pochopení trvá déle, ale že se jim ještě nestalo, že by jim lékař nebo lékárník něco nevysvětlil, když se zeptali.

Účastnice: „*Stalo se, zeptala jsem se znovu a tak dlouho až mi to vysvětlil. Nestydím se za to, chci to vědět.*“

V souvislosti s užíváním léků je zásadní i to, zda uživatelé čtou a rozumí informacím v příbalovém letáku. Pokud účastníci příbalový leták čtou, tak mu i obvykle rozumí. Ti, jež uváděli, že příbalový leták čtou, tak zpravidla proto, že se obávají nežádoucích účinků kvůli svým onemocněním či alergiím. Případné komplikace jsou varováním, které by mělo být vyslyšeno. Naproti tomu jiní účastníci uváděli, že letáky nečtou, protože věří svému lékaři a pokud jim lék předepíše, tak není důvod se letáku dále věnovat. Jiní uváděli jako důvod toho, proč leták

nechtou to, že když se dozví všechny nežádoucí účinky a složení léku, tak je to od užívání léku odradí.

Na rozdíl od informací o vlastním zdravotním stavu (či zdravotním stavu dětí) o které se participanti zajímají, informace týkající se zdravého životního stylu pro ně nejsou příliš důležité. Zdravý životní styl je tématem, které není příliš komentováno. Informace o tom, jak zdravě žít, jak zhubnout či jiné informace týkající se zdravého životního stylu jsou lehce dostupné, protože jich je všude plno. Avšak většinu participantů nezajímají. Někteří sice zmiňovali, že si jsou vědomi, že to, jak žijí, není úplně zdravé, ale současně to komentovali slovy, že nemají motivaci či vůli situaci měnit a pochybovali nad jakoukoliv možností změnit stávající způsob života, který je, jaký je.

Participant: „Potřeboval bych přestat kouřit, informace mám, ale vůli ne.“

3.1.2 Kategorie „Léčba“

V rámci zdravotní gramotnosti je za důležité považováno to, zda a jak je jedinec schopen posoudit vlastní zdravotní stav. Zajímaly nás tedy okolnosti nazírání na vlastní zdravotní stav, hledání řešení a v jakých situacích participanti přestanou spoléhat na svépomoc a vyhledávají lékařskou pomoc. Participanti shodně uváděli, že pokud se jedná o lehčí onemocnění typu nachlazení či bolest hlavy, tak k lékaři zpravidla nechodí. Pokud však obtíže přetrvávají či je omezují ve vykonávání běžných činností, tak lékaře vyhledají. Výjimkou jsou zdravotní potíže dětí. Pokud jsou nemocné děti, tak participanti neváhají a zamíří k lékaři ihned. Výjimkou jsou pouze situace, kdy je zřejmé, že děti jsou „nemocné“, aby nemusely jít do školy, v tom případě návštěva lékaře není nutná. Je potřeba z hlediska rodiče rozlišit, zdali je nemoc skutečná nebo předstíraná.

Zajímaly nás samozřejmě i konkrétní situace, ve kterých se participanti ocitají a jakým způsobem je řeší. Ptali jsme se tedy na situaci, kdy se participant necítí dobře, má kupříkladu horečku nebo je mu zle od žaludku a co v takovém případě dělá ve dne nebo v noci. U této otázky všichni uváděli poměrně shodně v souladu s předchozími výpověďmi, že pokud se nejedná o trvalejší indispozici nebo něco „vážnějšího“, tak se snaží léčit doma, svépomocí. Participanti uváděli, že doma mají k dispozici běžně dostupné léky, kterými si léčí nachlazení či nevolnost a většinou se nemoc snaží vyležet. K lékaři jdou až v situaci, kdy nemoc přetrvává, či se stav nezlepšuje, případně když potřebují zůstat doma na nemocenské. Pakliže jsme se na stejnou otázku ptali v souvislosti s dětma, tak zde zazněla stejná odpověď jako u předchozí otázky. V takové situaci participanti na nic nečekají a navštíví lékaře, případně pohotovost. Péče o zdraví dětí je přednější.

Participantka: „S dětma chodím k lékaři dříve než se sebou, tam nechci nic zanedbat.“

Součástí zdravotní gramotnosti jedince je i schopnost reagovat v nenadálých situacích týkajících se ohrožení zdraví, proto jsme se dotazovali i na mimořádné situace, kdy se stane nějaký úraz.



Participantů poměrně shodně uváděli, že je nutné vyhledat lékařskou pomoc, a to jak pro sebe, tak pro děti. Někteří to komentovali slovy, že k lékaři nebo na pohotovost se vydávají sami. Jiní spíše preferovali zavolat si rychlou lékařskou pomoc. Ta je přivolávána v momentech, které účastníci označují za krizové.

V rámci léčby nemoci je samozřejmě důležité nejen to, zda jde nemocná osoba k lékaři, ale také zda bere léky, které jí byly předepsány. U osob ze SVL nás zajímalo, jaký mají postoj k užívání léků, zda akceptují to, co jim předepíše lékař a zda mají na to si léky, či nějaké nadstandardní služby, zaplatit.

Účastníci uváděli, že se snaží si zaplatit vše, co je nutné a co jim předepíše lékař. Ale pokud nemají finance, tak se raději omezují u sebe než u dětí. Taktéž se vícekrát objevil popis situace, kdy byl účastníkovi lékařem předepsaný drahý lék a na jeho žádost to buďto lékař změnil na jiný nebo pak v lékárně mu lékárník na jeho žádost vydal takový, který byl levnější (tzn. lék se stejným účinkem od jiné firmy). Zájem o tyto levnější varianty je zcela evidentní. Účastníci si kupují často pouze ty léky, jež nutně potřebují a příliš se nezabývají různými vitamíny, doplňky stravy aj. Jedná se o nadstandard, o který není zájem. Pokud se ale jedná o léky pro děti, tam panovala opět shoda – uhradí se vše, co lékař doporučí a předepíše.

Specifickou situací je návštěva zubaře, kterou provází zpoplatnění v mnohem větší míře ve srovnání se službami jiných lékařů. Zajímali jsme se o situace, kdy je potřeba platit za ošetření. Ukázalo se, že návštěvy zubaře nejsou pro obyvatele SVL prioritou a mnoho z nich k zubaři nechodí vůbec. Často byl mezi důvody uváděn strach se zubaře a taky to, že zde není žádný vnější tlak, který by člověka nutil k pravidelnému docházení. Ti, kteří více či méně pravidelně zubaře navštěvují, zpravidla vyžadují pouze vyšetření hrazené pojišťovnou a odmítají nadstandardní výkony, které jsou hrazené. Levné řešení jsou součástí strategií, jak si poradit se zdravotním problémem. Takže namísto korunky či umělého zubu je jednodušší si zub nechat vytrhnout.

Účastnice: „*Měla jsem platit 5 tisíc za opravu zubu, tak jsem si ho raději nechala vytrhnout.*“

Jsou ale účastníci, kteří do lékařské péče neváhají investovat, nemají problém si služby zubaře zaplatit a raději si připlatí za bílou plombu nebo za injekci proti bolesti. Tato paralelní interpretace se opírá o náhled na prospěšnost vkladu financí do svého chrupu, nebo utlumení bolesti. Jednalo se většinou o osoby mladšího věku, kde se objevoval další důvod zájmu o péči: mladí lidé nechtějí mít tak „škaradé zuby“ jako jejich rodiče. Nejednalo se tedy o stimul týkající se zdraví, ale spíše vzhledu.

V souvislosti s léčením různých onemocnění nás zajímalo, jak se účastníci orientují ve zdravotním systému a zda ví, jakého specialistu navštívit v případě určitých specifických problémů. Ptali jsme se proto na vybrané specializace, a to konkrétně neurologa, kožního lékaře a psychiatra. Největší potíže měli účastníci s hodnocením práce neurologa, mnozí neodkázali říct, co za problémy by museli mít, aby je jejich obvodní lékař k neurologovi poslal. Ti, jež mají sami nějaké neurologické problémy, odpovídali na základě vlastní zkušenosti a vcelku pochopitelně tuto službu komentovali. V případě kožního lékaře a psychiatra již účastníci neměli problémy s vymezením problémů, které by je k těmto specialistům zavedly. Někteří

z nich pak uváděli své konkrétní zdravotní problémy, se kterými tyto specialisty navštěvují. Jednalo se však o témata, které jsme nechtěli v rozhovorech dále rozvíjet.

3.1.3 Kategorie „Péče a prevence“

Další důležitá kategorie vztahující se k celkové zdravotní gramotnosti se týká okolností, jak je o jedince v rámci systému pečováno, jaká existují možná preventivní opatření pro udržení jeho dobrého zdravotního stavu a jak k těmto opatřením jedinec přistupuje.

V oblasti péče jsme zjišťovali, jak participanti hodnotí péči zdravotníků. Odpovědi byly hodně situačně podmíněné. Participanti příliš nezobecňovali, spíše své zkušenosti vykládali na pozadí konkrétních příběhů a situací. Nejlépe hodnocenou a akceptovanou osobou byl obvodní nebo dětský lékař, k němuž participanti docházejí, znají ho a mají s ním zpravidla dobrý vztah. Horší zkušenosti měli někteří z pohotovosti, kde je lékař nebo sestra dle jejich slov „odbyli“. Ukazovalo se, že bližší znalost lékaře v praxi znamená i větší spokojenost s obdrženou radou či službou. Taktéž v nemocnici se k některým participantům chovali nehezky, což nejčastěji zmiňovaly ženy, které měly zkušenost z porodnice, kde často funguje systém, že jsou ženy romského etnika dávány na jeden pokoj, který ony samy pak označují jako „romský“. I přes některé negativní zkušenosti se zdravotnickým personálem však většina participantů uvedla, že se spíše jednalo o jednorázovou záležitost, kterou oni sami neklasifikovali jako diskriminaci či formu rasismu. Je třeba uvést, že paleta zkušeností byla pestrá, což mnohým participantům bránilo vytvářet si nějaké jednoznačné stereotypní hodnocení obdržené péče.

Participantka: *„Spíše to bylo tím, že ten člověk je nepříjemný, a ne že já jsem Romka.“*

V rámci prevence bylo zjišťováno, co si participanti myslí o očkování a preventivních prohlídkách. Otázka očkování je v současné společnosti poměrně kontroverzním tématem, které rozděluje populaci minimálně na zastánce a odpůrce očkování. Participanti považují očkování za důležité, ale mnozí tvrdí, že preferují pouze očkování povinná. Ta jim přijdou jako nutná a současně užitečná. Ostatní patří k nadstandardu, bez kterého se dá bez potíží obejít. Provází to i představa obav z možných komplikací, ale také neochota uhradit cenu očkování, která bývá poměrně vysoká.

Participantka: *„Já jsem na veškeré očkování s dětma chodila, na ty povinné. U těch nepovinných jsem se ptala lékaře na vedlejší účinky, jeho názor, a když to bylo dobré a já jsem na to měla, tak jsem je naočkovala.“*

U žádného z oslovených participantů se neobjevil názor, který by signalizoval zcela odmítavý postoj vůči očkování. Spíše o tom, asi i v souvislosti s aktuální debatou, která se vede, participanti přemýšleli. Jednoznačné postoje se ukazovaly výhradně v souvislostmi s dětma. K očkování dospělých, například proti chřipce či klíšťové encefalitidě, se participanti vyjadřovali jako o něčem nepotřebném, nad čím nemá ani smysl uvažovat. Povědomí o tom, co je potřeba u dětí očkovat, měly většinou ženy a spíše ty, jež aktuálně mají děti v mladším věku. Ty se staršími



děti si nepamatovaly přesně, co se očkuje a kdy. Nicméně skoro všichni dotázaní dokázali vyjmenovat alespoň nějaké nemoci, proti kterým se očkuje.

S preventivními prohlídkami je to dle slov většiny participantů „trochu komplikovanější“. Byly zmiňovány návštěvy lékařů za účelem preventivních prohlídek. Někteří participanti uváděli, že na prevenci chodí k obvodnímu lékaři, jiní přidávali ještě zubaře a ženy gynekologa. Nicméně opravdu pravidelnou prevenci u všech výše zmiňovaných lékařů patřila spíše k okrajovému tématu. Participanti spíše uváděli občasné návštěvy v případě objevivších se obtíží, mnohdy se zdálo, že jsou návštěvy lékařů zaměřovány právě za preventivní prohlídky. Nejméně „oblíbený“ pak je zubní lékař, kterému je lepší se vyhýbat, což má na oblast prevence pravděpodobně značné dopady.

V rozhovorech byla diskutována také možnost bezplatného vyšetření prsu, děložního hrdla a tlustého střeva, což je součást preventivních programů nabízených od určitého věku všem. Někteří participanti uvedli, že již na nějakém z těchto vyšetření byli, ale většinou šli proto, že je tam poslal lékař z důvodů nějakých aktuálních obtíží. Nešlo tedy o klasické vyšetření v rámci preventivního programu. Někteří participanti zmiňovali, že kdyby jim to někdo tyto možnosti nabídl a byly by bezplatné, tak by o tom případně uvažovali. Jedna z participantek uvedla, že má zrovna pozvánku na vyšetření tlustého střeva doma, ale že se zatím neodhodlala na vyšetření objednat. Druhá raději na prohlídku k lékaři nepůjde, protože se aspoň nedozví, že je nemocná.

Participantka: *Šla bych, ale strach mi to nedovoluje. Říkám si, když tam nepůjdu, tak se to nedozvím. Mám strach tak nejdu. Někdo jde jen na preventivku a zjistí mu plno nemocí.*

3.1.4 Kategorie „Porozumění souvislostem“

Ze zprávy OECD⁴ týkající se zdravotního profilu ČR vyplývá, že nejčastější příčinou smrti jak u žen (50 % všech úmrtí), tak u mužů (42 %) jsou kardiovaskulární onemocnění. Druhou nejčastější příčinou smrti je rakovina, která způsobuje 23 % všech úmrtí žen a 28 % všech úmrtí mužů. Nemoci trávicí soustavy a endokrinního systému jsou ve srovnání s průměrem EU také velmi častou příčinou úmrtí, zvláště pak diabetes. V rámci rozhovorů jsme se tedy zaměřili také na uvědomování si zdravotního rizika týkajícího se těchto chorob.

Participantů jsou přesvědčeni, že nemocem jako je cukrovka, žaludeční vředy, vysoký tlak a rakovina se předejít nedá. Jsou věcí osudu. Tyto nemoci máme v sobě a záleží na tom, jak se vyvinou.

U cukrovky, žaludečních vředů a vysokého tlaku někteří participantů zmiňovali, že záleží na tom, jakým způsobem člověk žije. A když žije zdravě, tak se to možná zčásti ovlivnit dá. Uváděně

⁴ <https://socialnipolitika.eu/2018/03/zdravotni-profil-ceske-republiky-2017/>



ilustrační příklady ale spíše vypovídají o tom, že mnozí známí nebo členové rodiny, kteří žili zdravým způsobem, tak se stejně nemoci nevyhnuli: „žili zdravě a stejně byli nemocní“.

Participantka: „Prý to ovlivňuje i to co jíte a tak, ale já tomu moc nevěřím. Moje ségra nekouří, nesnáší cigarety a je nemocná na plíce. Já kouřím od 17 ti let a není mi nic... tak jak tomu máte věřit? Kouřila jsem i v těhotenství a všechno zdravý, všechno v pohodě. Hodně jsem se omezovala, když jsem kojila, aby je nebolelo břicho. Jednoho kluka, když jsem kojila, tak když jsem si zapálila, tak měl kakání zelený, ale jinak dobrý.“

Hodnocení rakoviny provázel pesimismus. Podle participantů se jedná o nemoc, kterou nelze nijak ovlivnit a ani se proti ní bránit.

Až na pár výjimek by se tedy participanti dali ve svém přístupu k nemocem a k jejich léčení rozdělit na dvě odlišné kategorie. První z nich tvrdí, že nemoci nijak ovlivnit nejde a je jen otázkou času, kdy se projeví, člověk tomu nezabrání. Tito participanti často uváděli, že k lékaři nechodí, protože se bojí nebo protože si myslí, že to právě z důvodu předurčenosti onemocnění nemá smysl. Objevila se i legitimizace, že Romové to tak zkrátka mají, že k doktorovi nechodí.

Náhled druhé kategorie je jiný. Když se o sebe člověk stará, tak mu lékaři na nemoc přijdou a můžou pomoci. A i kdyby to měl mít dědičné, tak si jedinec pomůže tím, že přijde včas a můžou ho léčit a vyléčit. Tyto kategorie byly názorové a lišily jen svým přesvědčením.

Někteří z participantů dále uváděli, že výše uvedené nemoci mají oni nebo někdo blízký. Avšak stejně jako v předchozím případě, mnozí odpovídali, že při onemocnění někdo blízkého z rodiny si dávají více pozor, protože by to mohlo mít vliv i na ně. Jiní zase tvrdili, že když je nemoc dědičná, tak s tím stejně nelze nic provést, zkrátka člověk onemocní a umře. Je to více věc osudu.

Participant: „Babička měla vysoký tlak, cukrovku, dědeček měl rakovinu plic. Když to máme v rodině, tak tomu stejně nepředejdem, když to přijde, tak to přijde.“

Závěr

Výzkum zdravotní gramotnosti v sociálně vyloučených lokalitách byl proveden ve třech na sebe navazujících fázích, které propojily kvantitativní i kvalitativní metody.

Nejdříve byl proveden kvantitativní výzkum a bylo vyhodnoceno celkem 301 dotazníků získaných od respondentů bydlících v sociálně vyloučených lokalitách. Z výzkumu vyplynulo, že více než polovina dotazovaných pokládá svůj zdravotní stav za dobrý či dokonce velmi dobrý (52,7 %). Pouhá necelá pětina dotázaných je se svým zdravotním stavem nespokojená a považuje ho za špatný či velmi špatný (18,6 %). Nejlépe hodnotili svůj zdravotní stav respondenti ve věkové kategorii 30 až 44 let, nejhůře svůj zdravotní stav hodnotili respondenti ve věkové kategorii 45 až 59 let. Přibližně polovina dotázaných (49,8 %) uvedla, že netrpí žádnou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem. Více než třetina respondentů ale trpí jednou dlouhodobou nemocí (36,5 %) a více než desetina respondentů má více než jednu dlouhodobou nemoc (13,7 %). V návaznosti na toto zjištění pak více než polovina dotazovaných (54 %) uvedla, že jejich aktivity nejsou ze zdravotních důvodů nijak omezeny.

Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že nejvíce využívanou zdravotní službou jsou služby praktického lékaře, kterého v uplynulém roce alespoň jednou navštívily více než čtyři pětiny respondentů (79,2 %). Lékaře specialistu v uplynulém roce navštívilo méně respondentů než praktického lékaře, ale i přesto se jednalo o více než polovinu dotazovaných (53,8 %). Ještě méně respondentů během uplynulého roku navštívilo lékařskou pohotovost, jednalo se o méně než polovinu dotázaných osob (42,6 %). Více než čtvrtina respondentů byla v posledním roce hospitalizována (27,5 %). Více než tři čtvrtiny dotazovaných (87 %) má člena rodiny nebo přítele či přítelkyni, který by je v případě potřeby k lékaři doprovodil.

Z našich zjištění vyplývá, že u respondentů převládá spíše nezdravý životní styl. Pokud jde o kouření a pití alkoholu, tak čtyři pětiny dotazovaných (80 %) mají zkušenost s kouřením a více než dvě třetiny (67,1 %) s konzumací alkoholu. Oproti tomu pouze přibližně třetina dotazovaných uvedla, že má kladný vztah ke cvičení (33,9 %).

Téměř polovina respondentů považuje svůj způsob stravování za nezdravý (46,5 %). Téměř tři pětiny respondentů (56,8 %) se stravují tři až pětkrát denně a téměř polovina dotázaných (45,5 %) jí denně ovoce a zeleninu. Více než polovina dotazovaných (56 %) odpověděla, že vůbec nenavštěvuje fast food. Svůj způsob stravování jako nezdravý označují spíše lidé ve středním věku, patřící do věkových skupin 30 až 44 let a 45 až 59 let.

V rámci šetření byly zjišťovány kompetence respondentů v souvislosti se zdravotní gramotností. Původních 47 otázek bylo seskupeno do osmi společných faktorů, které propojují otázky dle následujících kompetencí: získávání informací o zdraví a porozumění, získávání informací o zdraví z médií, zhodnocení jejich hodnověrnosti a porozumění, získávání informací od lékaře a lékárníka a porozumění, provedení aktivních změn týkajících se zdraví a zdravého životního stylu, porozumění doporučení týkajících se zdraví, zaměření na ochranu zdraví, posouzení životních podmínek ve vztahu ke zdraví a porozumění důležitosti prevence a očkování.



Z odpovědí respondentů je zřejmé že problém s informacemi o zdraví a porozumění jim má méně než desetina všech dotazovaných. Nalezení informací není pokládáno za velký problém. Z rozhovorů vyplývá, že informace, že informace o zdravotním stavu, různých vyšetřeních či léčbě nemoci si většinou lidé vyhledávají na internetu nebo se informují u svého lékaře, příp. se obracejí na ostatní členy rodiny či známé. Vyhledání potřebné informace není považováno za problém, ale ne vždy to znamená, že se jimi taktéž dotázaní ve svém životě řídí.

Porozumění informacím z médií již není pro respondenty tak snadné ve srovnání s informacemi, které si lidé sami vyhledají nebo zjistí. Navíc z rozhovorů vyplynulo, že informací týkajících se zdraví, zdravého životního stylu i nezdravých návyků je v médiích poměrně hodně (někdy až moc), ale dotazovaní zmiňovali, že je neumějí či nechtějí třídít, mnohost informací je matoucí. Daleko věrohodnějším zdrojem informací je konkrétní osoba, která dokáže s ohledem na konkrétní situaci poradit (lékař, člen rodiny, přítel, aj.).

Na kvantitativní výzkum navázal výzkum kvalitativní. Jeho cílem bylo objasnit či doplnit některá zjištění z kvantitativní části. V rozhovorech participanti uváděli, že rozumí tomu, co jim říká lékař i lékárník a v případě, že ne, tak využijí příležitosti se zeptat, čímž se informace vyjasní. Velká důvěra patří vlastním lékařům. Příbalový leták dotázaní čtou, současně zlehčují jmenované vedlejší účinky, které by bránily v braní léků. Předepsaný či doporučený lék lékařem je důvěryhodný, nejsou vůči němu pochyby. Lze jej případně v lékárně po poradě nahradit jiným lékem, který je od jiné firmy a nemusí se na něj tolik doplácet.

Kompetence týkající se aktivní změny životního stylu jako je například vstup do sportovního klubu nebo skupinového cvičení, případně aktivní usilování o změnu prostředí, ve kterém respondenti žijí, je oproti jiným oblastem snižena. Provádění změny je obtížné. Je jednoduché porozumět radám přátel či členů rodiny, pochopit určité věci týkající se zdraví a zdravého životního stylu, ale je daleko problematičtější aktivně provést změnu. Uváděna bývá chybějící vůle a prostředky. Mnohem těžší je také porozumět doporučením týkajících se duševního zdraví, protože jak vyplynulo z rozhovorů, duševní zdraví je oblast, kterou se obyvatelé SVL příliš nezabývají, není pro ně tématem.

Především v kvalitativních rozhovorech participanti reflektovali vztah mezi nízkou kvalitou místa, kde žijí, a negativními vlivy a dopady na jejich zdraví. Problematické byly buď podmínky v bytě (zejména hygiena a nízká kvalita), ale i celkové podmínky lokality, ve které participanti žijí. S ohledem na své malé možnosti vlastní situaci nějak změnit se setkáváme s pesimismem a rezignací na hledání nějakého východiska pro zlepšení zdraví. To se týká rovněž opatření týkajících se ochrany zdraví, pro jejichž naplňování participanti nevidí žádný prostor.

Dotazovaní pokládají očkování za důležité, přičemž dbají především na péči o děti. Přehled o očkování dětí rodiče mají, váhají však nad potřebou očkovat sebe samé, nemají jistotu ohledně toho, jaká očkování by měli mít, případně zdali se nezapomněli nechat přeočkovat. Očkování nad rámec povinného není tématem, protože s sebou nese finanční náklady.



Literatura

Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti (AP č. 12). In: Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Pracovní skupina č. 12. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.

HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU , online publication: <http://www.health-literacy.eu>

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

Kučera, Z., Pelikán, J., Šteflová, A. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR: Výsledky komparativního reprezentativního šetření, 2016.

Národní konference o zdravotní gramotnosti. Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú. [online]. Praha: Nové město, 2017 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf

Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.



Seznam grafů, obrázků a tabulek

Obr. 1: Model zdravotní gramotnosti WHO 2013	4
Tabulka č. 1: Vzorkování pro pilotáž	6
Tabulka č. 2: Kvóty pro výběr respondentů	6
Tabulka č. 3: Základní sociodemografické ukazatele	8
Graf 1: Pohlaví respondentů	9
Graf 2: Věkové rozložení respondentů	9
Graf 3: Vzdělání respondentů	10
Graf 4: Zdravotní stav	11
Graf 5: Dlouhodobé zdravotní problémy	12
Graf 6: Omezené aktivity ze zdravotních důvodů	13
Graf 7: Využívání zdravotních služeb	15
Graf 8: Doprovod k lékaři	16
Graf 9: Kouření	17
Graf 10: Tabákové produkty	18
Graf 11: Pití alkoholu v uplynulém roce	19
Graf 12: Frekvence pití alkoholu v uplynulém roce	20
Graf 13: Pití alkoholu v uplynulém měsíci	21
Graf 14: Frekvence pití alkoholu v uplynulém měsíci	22
Graf 15: Počet drinků během dne	23
Graf 16: Cvičení v uplynulém měsíci	24
Graf 17: Stravovací návyky	25
Graf 18: Ovoce a zelenina	26
Graf 19: Tekutiny	27
Graf 20: Stravování ve fast foodu	28
Graf 21: Způsob stravování	29
Graf 22: Kompetence k získávání informací o zdraví a porozumění jim	31
Graf 23: Kompetence k získávání informací o zdraví z médií, zhodnocení jejich hodnověrnosti a porozumění	34
Graf 24: Kompetence k získávání informací od lékaře a lékárníka a porozumění	36
Graf 25: Kompetence k provedení aktivních změn týkajících se zdraví a zdravého životního stylu	38
Graf 23: Kompetence k porozumění doporučení týkajících se zdraví	40
Graf 27: Kompetence zaměřené na ochranu zdraví	42
Graf 28: Kompetence k posouzení životních podmínek ve vztahu ke zdraví	43
Graf 29: Kompetence k porozumění důležitosti prevence a očkování	44
Obr. 2: Kategorie zdravotní gramotnosti	47