

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

u vybraných
skupin obyvatelstva
JIHOČESKÉHO KRAJE



SYLVA BÁRTLOVÁ
A KOLEKTIV

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

u vybraných
skupin obyvatelstva
JIHOČESKÉHO KRAJE



SYLVA BÁRTLOVÁ
A KOLEKTIV

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Bártlová, Sylva

Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje / Sylva Bártlová a kolektiv. -- 1. vydání. -- Praha : Grada Publishing, a.s., 2018. -- 176 stran
Anglické resumé

ISBN 978-80-271-2201-1 (vázáno)

37.03:613 * 614.2 * 613 * 613:37.03 * (437.319) * (048.8:082)

- zdravotní gramotnost -- Česko

- zdravotní péče -- Česko

- péče o zdraví -- Česko

- výchova ke zdraví -- Česko

- Jihočeský kraj (Česko : 2000-)

- kolektivní monografie

613 - Hygiena. Lidské zdraví [14]

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Sylva Bártlová a kolektiv

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST U VYBRANÝCH SKUPIN OBYVATELSTVA JIHOČESKÉHO KRAJE

Kolektiv autorů:

doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D.; Mgr. František Dolák, Ph.D.;
Mgr. et Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.; Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.;
PhDr. Andrea Hudáčková, Ph.D.; Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.; Mgr. Jiří Kaas, Ph.D.;
doc. PhDr. Alena Kajanová, Ph.D.; Mgr. David Kimmer, Ph.D.; Mgr. Alena Machová;
Mgr. Jana Maňhalová, Ph.D.; Mgr. Dita Nováková, Ph.D.; Mgr. Lucie Rolantová, Ph.D.;
Mgr. Zuzana Řimnáčová; PhDr. Věra Stasková, Ph.D.; Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.;
Mgr. Radka Šulistová, Ph.D.; Mgr. et Bc. Jitka Tamáš Otásková

Recenzenti:

PhDr. Zdeněk Kučera, *Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú., Praha*
MUDr. Mgr. Petr Struk, *Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú., Praha*

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2018

Cover Photo © depositphotos.com, 2018

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2018

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 7093. publikaci

Odpovědní redaktori Zuzana Straková a Jan Vitoň, Zdravotně sociální fakulta JU

v Českých Budějovicích

Sazba a zlom Jan Šístek

Počet stran 176

1. vydání, Praha 2018

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Financováno Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích účelově vázanými prostředky pro rozvoj vědy a výzkumu: ZGO2016_001 „Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje“.



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

ISBN 978-80-271-2414-5 (ePub)

ISBN 978-80-271-2413-8 (pdf)

ISBN 978-80-271-2201-1 (print)

Obsah

Předmluva	9
1 Úvod (Sylvia Bártlová)	11
2 Metodologie, výběrové soubory, jejich reprezentativnost, charakteristika a zpracování dat (Sylvia Bártlová)	15
2.1 Metodologie	15
2.2 Cílové skupiny – výběr a počet respondentů	16
2.3 Zpracování dat	20
2.4 Metodologické omezení výzkumného šetření	21
3 Zdravotní gramotnost dětí ve věku 12–18 let v Jihočeském kraji (Dita Nováková, Alena Machová)	23
3.1 Teoretické vymezení	23
3.2 Zdravotní gramotnost z hlediska zdravotní péče	26
3.3 Zdravotní gramotnost z hlediska podpory zdraví	29
3.4 Schopnost nalézt, pochopit a využít informace	31
3.5 Celková zdravotní gramotnost	33
3.6 Závěr	35
4 Zdravotní gramotnost dospělé populace Jihočeského kraje (Jiří Kaas, David Kimmer, Radka Šulistová, Věra Stasková)	37
4.1 Dospělá populace	37
4.2 Úroveň zdraví a životní styl	38
4.3 Schopnost nalézt, pochopit a využít informace	41
4.3.1 Schopnost nalézt informace	41
4.3.2 Schopnost pochopit informace	44
4.3.3 Schopnost posoudit a využít informace	47
4.4 Celková zdravotní gramotnost a její vztah k vybraným ukazatelům	48
4.5 Závěr	51
5 Zdravotní gramotnost u seniorů Jihočeského kraje (Hana Hajduchová) ...	53
5.1 Zdravotní gramotnost seniorů a její vztah k vybraným ukazatelům	53
5.2 Zdravotní gramotnost seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb	56
5.2.1 Souvislost mezi zdravotní gramotností a subjektivně pociťovaným zdravotním stavem	56
5.2.2 Souvislost mezi zdravotní gramotností a dlouhodobou nemocí – chronickým onemocněním a vlivem zdravotních problémů na aktivity	57
5.2.3 Souvislost mezi zdravotní gramotností a čerpáním zdravotních služeb	58

5.3	Zdravotní gramotnost z hlediska prevence nemocí v seniorské populaci	60
5.4	Zdraví ve stáří a podpora zdraví	62
5.5	Vztah zdravotní gramotnosti a eHEALTH	64
5.6	Závěr	66

6	Zdravotní gramotnost chudých (u občanů pod hranicí chudoby) (Zuzana Řimnáčová)	69
6.1	Teoretická východiska	69
6.1.1	Měření hranice chudoby	70
6.1.2	Chudí a zdraví	71
6.1.3	Extrémní chudoba	72
6.2	Zdravotní gramotnost z hlediska různých proměnných	72
6.2.1	Zdravotní gramotnost z hlediska věku, pohlaví a sociálně ekonomických faktorů	72
6.2.2	Zdravotní gramotnost z hlediska zdravotní péče a prevence nemocí	74
6.2.3	Zdravotní gramotnost celkově	77
6.3	Závěr	78
7	Zdravotní gramotnost u romské populace (Jana Maňhalová, Lucie Rolantová)	79
7.1	Teoretické vymezení romské populace	79
7.2	Hodnota zdraví pro Romy	80
7.3	Základní orientace ve zdravotní gramotnosti Romů	82
7.4	Zdravotní gramotnost z hlediska zdravotní péče	85
7.5	Zdravotní gramotnost z pohledu prevence nemocí a podpory zdraví	89
7.6	Zdravotní gramotnost z hlediska věku, pohlaví a socioekonomických faktorů	91
7.7	Závěr	92
8	Porovnání zdravotní gramotnosti u vybraných cílových skupin Jihočeského kraje (Sylva Bártlová, Lenka Šedová, Radka Šulistová, Dita Nováková, Alena Kajanová)	95
8.1	Závěr	101
9	Zdravotní gramotnost a ošetřovatelství (Jiří Kaas)	103
9.1	Zdravotní gramotnost v profesi sestry	103
9.2	Posuzování zdravotní gramotnosti v ošetřovatelství	105
9.3	Zdravotní gramotnost a ošetřovatelské vzdělávání	105
9.4	Závěr	107
10	Přístup pacientů k možnostem zlepšení zdravotní gramotnosti v některých oblastech z pohledu odborné veřejnosti (František Dolák, Andrea Hudáčková, Ivana Chloubová, Jitka Tamáš Otásková)	109
10.1	Úvod	109
10.2	Systém zdravotní péče v České republice	110
10.3	Preventivní prohlídky jako možnost rozvoje zdravotní gramotnosti	114

10.3.1	Všeobecná preventivní prohlídka dětí a dorostu	120
10.3.2	Zubní preventivní prohlídka dětí a dospělých	125
10.3.3	Gynekologická preventivní prohlídka	126
10.3.4	Zdravotník jako zdroj informací	127
10.4	Závěr	132
11	Etický rozměr zdravotní gramotnosti (<i>Ondřej Doskočil</i>)	133
12	Závěr a doporučení (<i>Sylva Bártlová</i>)	143
	Literatura	147
	Souhrn	167
	Summary	169

Předmluva

Tato publikace vznikla díky projektu financovanému Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity účelově vázanými prostředky pro rozvoj vědy a výzkumu (číslo: ZGO2016_001) v letech 2016 až 2018. Cílem výzkumu bylo popsat úroveň zdravotní gramotnosti ve vybraných skupinách obyvatelstva Jihočeského kraje. Jeho smyslem je vymezit potřebu zdravotní gramotnosti z různých hledisek – věku, genderu – pohlaví, socioekonomického statusu. Práce na projektu probíhala přesně podle předem stanoveného harmonogramu. V prvním roce řešení výzkumného projektu jednotlivé týmy provedly rešerše domácí i zahraniční literatury, bylo realizováno kvalitativní šetření. Kvalitativní fáze výzkumu byla uskutečněna prostřednictvím hloubkových rozhovorů u cílových skupin – kódováním nebo kategorizací dat v programu Atlas.ti. Výstupem kvalitativní fáze výzkumu byla analýza dat, jež přispěla k upřesnění hypotéz, řady otázek sociodemografických i otázek zdraví a nemoci, které souvisejí s problematikou zdravotní gramotnosti. Na základě kvalitativního šetření byly publikovány články a členové týmů se účastnili řady domácích i zahraničních konferencí. Byl získán standardizovaný dotazník HLSQ-EU (47 otázek) a zkrácený (16 otázek) EU Zdravotní gramotnost. Členové jednotlivých týmů provedli šetření na malém vzorku informantů a zpracovali protokoly jak k širší verzi dotazníku, tak i k užší, jež byly využity k lepší srozumitelnosti jednotlivých otázek. Ve standardizovaném dotazníku byly uvedeny jako pokyny pro tazatele jednotlivých týmů. Na základě zkušeností s oběma typy dotazníků jsme se rozhodli pro převzetí užší formy dotazníku (HLSQ – 16 otázek). Probíhala příprava, pilotní ověření a úprava výzkumného nástroje – dotazníku. Jednotlivé týmy zpracovaly další sociodemografické otázky a otázky týkající se zdraví a nemoci do definitivní podoby dotazníku, připraveného pro řízené rozhovory. Dotazníky jednotlivých týmů obsahují 33–36 otázek. Vedoucí jednotlivých týmů obdrželi zkontrolované dotazníky, rozpis vymezení cílových skupin a byli připraveni k realizaci kvantitativního šetření, každý tým na vzorku 300 respondentů.

Kvantitativní výzkum probíhal ve druhém roce řešení projektu. Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Účast respondentů ve výzkumu byla dobrovolná a vycházela z jejich informovaného souhlasu. Vlastní šetření neobsahovalo žádné sporné etické otázky. Odmítnutí odpovědí na jednotlivé otázky nepřekročilo hladinu statistické významnosti.

Ve třetím roce řešení projektu některé týmy dokončovaly sběr dat (tým dětí a adolescentů a tým zdravotníků), publikovaly články v databázovaných časopisech a prezentovaly výsledky projektu na konferencích. Všechny týmy pracovaly na přípravě a kompletaci monografie.

V knize, kterou čtenáři dostávají do rukou, jsou předkládány informace, jež popisují jednotlivé cílové skupiny a jejich zdravotní gramotnost v rámci Jihočeského kraje.

Věřím, že předložený text přispěje k bližšímu pochopení zdravotní gramotnosti u cílových skupin dětí a adolescentů, dospělých, seniorů, chudých, Romů a poodhalí i náhled zdravotníků na tuto problematiku.

Sylva Bártllová
hlavní řešitelka projektu

1 Úvod

Sylva Bártlová

Zdravotní gramotnost je schopnost získávat, přečíst, pochopit a využít zdravotní informace, tak aby člověk mohl správně rozhodovat o svém zdraví (Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti, 2014). V současné době je zdravotní gramotnost důležitou prioritou agendy EU (Sørensen et al., 2015). Je jí míněna míra, v jaké mají jednotlivci schopnost si zajistit, pojmout a pochopit zdravotní informace a služby, tak aby se mohli správně rozhodnout ohledně svého zdraví (Institute of Medicine, 2004).

Počet studií zacílených na zdravotní gramotnost se během posledních deseti let dramaticky zvýšil (Howard et al., 2005; Britigan et al., 2009; Berkman et al., 2010; Chang, 2011; Frisch et al., 2011). Přesto však existuje difference mezi teoretickým vymezením zdravotní gramotnosti a jejím praktickým využitím. Dle Ishikawa a Yano (2008) jsou vědecké důkazy o vlivu zdravotní gramotnosti na pacientovo zdraví a chování v době nemoci stále omezené. Naopak dle Safeera a Keenana (2005) vede nedostatečná zdravotní gramotnost k nižšímu přístupu ke zdravotní péči, k nedodržování instrukcí od lékaře a k nesprávnému užívání léků. U pacientů s nedostatečnou zdravotní gramotností je vyšší pravděpodobnost hospitalizace než u pacientů, kteří mají vyšší úroveň zdravotní gramotnosti. Pacienti rozumí lékařským informacím lépe, pokud se na ně mluví pomalu, používána je jednodušší slovní zásoba a je jim podáváno omezené množství informací (Safeer, Keenan, 2005).

V českém zdravotnickém prostředí je poměrně málo výzkumných studií zabývajících se problematikou zdravotní gramotnosti. V současné době existují práce zaměřené na tuto problematiku publikované Holčíkem et al. (2001, 2005, 2009, 2010, 2017a, b), v roce 2015 byly publikovány výsledky studie zdravotní gramotnosti v České republice (Kučera, 2015; Kučera et al., 2016).

Výzkum zdravotní gramotnosti a jeho monitorování se objevuje v USA v 90. letech minulého století. Nejznámějšími nástroji ke zjišťování zdravotní gramotnosti je REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) a TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adult). Oba nástroje se snažily správně interpretovat text, který obsahoval zdravotní obsah (Weiss et al., 2005; Kučera, 2017).

Komplexnějším nástrojem ke zjišťování zdravotní gramotnosti je test HALS (Health Activity Literacy Scale), který se zabývá zdravotní gramotností v pěti rovinách: podpora zdraví, ochrana zdraví, prevence nemoci, péče o zdraví a jeho udržování a provádění zdravotnickým systémem (Weiss et al., 2005; Kučera, 2017).

Nedávno se objevil další nástroj na zjišťování zdravotní gramotnosti, a to „Newest Vital Sign“ (NVS), který na základě 6 otázek zjišťuje, zda respondent je schopen vyvodit z údajů o nutričních hodnotách informace, které by měly význam pro jeho zdraví (Weiss et al., 2005; Kučera, 2017).

Výsledky první systematické studie zdravotní gramotnosti v osmi zemích Evropské unie (Rakousko, Německo, Řecko, Španělsko, Irsko, Nizozemsko a Polsko včetně České republiky) byly zveřejněny v roce 2014 (Sørensen et al., 2015). Ve druhé polovině roku 2014 bylo realizováno šetření Státním zdravotním ústavem (SZÚ) s finanční

podporou MZ ČR a České kanceláře WHO (Kučera, 2015; Kučera et al., 2016). Byla využita stejná metodika jako v původní studii, zdravotní gramotnost byla zjišťována v oblastech zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví. Do reprezentativního výběru obyvatel ČR starších 15 let bylo zahrnuto celkem 1 037 respondentů ze všech krajů. Z šetření zdravotní gramotnosti vyplynulo, že Česká republika ve všech složkách zdravotní gramotnosti zaostává za nejlepšími zeměmi EU. Zvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve schopnosti získat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat se v intencích těchto informací (Kučera, 2015; Kučera et al., 2016).

Různé studie objevily řadu podskupin populace, které mají nízkou úroveň zdravotní gramotnosti. K těmto skupinám patří senioři, rasové a etnické menšiny, osoby s omezeným vzděláním a imigranti. K dalším skupinám patří osoby žijící pod hranicí chudoby, bezdomovci a vězni (Kirsch et al., 1993; Greenberg et al., 2001; Schwartzberg et al., 2005).

Mnohé studie ukázaly, že osoby s omezenou gramotností mají omezené znalosti o svých zdravotních problémech. Abychom citovali několik příkladů již provedených výzkumů: hypertonici s omezenou gramotností, měřenou podle TOFHLA, méně často vědí, že pohyb a snížení hmotnosti mohou snížit krevní tlak a diabetici s omezenou gramotností jsou méně informováni o symptomech hypoglykemie. Obdobně těhotné ženy s omezenou gramotností, měřené podle REALM, méně často vědí o škodlivých účincích kouření. Jiné studie ukázaly, že astmatici s omezenou gramotností méně často vědí, jak používat inhalátor, a že mnoho pacientů s omezenou gramotností nechápe význam běžně používaných lékařských obrátů jako screeningový test (preventivní vyšetření), krev ve stolici a mamograf (Bernhardt et al., 2005, s. 24).

Není překvapivé, že několik studií prokázalo, že osoby s omezenou gramotností, ať už povšechnou, nebo zdravotní, uvádějí horší zdravotní stav než jejich gramotnější protějšky, i když upravíme jiné sociodemografické proměnné, které ovlivňují zdravotní stav. Některé studie použily pro určení zdravotního stavu vlastní hlášení pacientů a zjistily, že osoby s omezenou gramotností častěji uvádějí, že jejich zdraví je špatné. Například: omezená zdravotní gramotnost, měřená nástrojem TOFHLA, se pojila se špatně uváděným zdravotním stavem u celkové populace, jakož i u pacientů se specifickými zdravotními problémy jako např. HIV infekce (Bernhardt et al., 2005, s. 24).

Jiné studie použily specifická měření zdravotního stavu a také našly souvislost mezi gramotností a zdravím. Jedna studie např. zjistila, že v socioekonomicky homogenní skupině diabetiků v programu Medicaid měli pacienti s omezenou gramotností nemoc méně často pod kontrolou než pacienti s lepší gramotností. Jiná studie, která porovnávala dospělé navštěvující kurz pro získání diplomu GED (general education development – rozvoj všeobecného vzdělání) a dospělé navštěvující základní kurz (kurz základního vzdělávání), za použití standardizovaného nástroje na hodnocení zdravotního stavu zjistila, že osoby s nejnižší gramotností byly více fyzicky i psychicky nemocné než jejich vzdělanější protějšky. Špatná zdravotní gramotnost, měřená podle REALM, se také pojí s pokročilejším stavem nemoci, jak ukazují diagnózy pacientů s rakovinou prostaty, kteří mají nízký příjem (Bernhardt et al., 2005, s. 25).

Monografie vychází z výzkumného projektu Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje (ZGO2016_001). Cílem této studie je poukázat na některá specifika jednotlivých cílových skupin týkající se zdravotní gramotnosti v Jihočeském kraji a provést srovnání zdravotní gramotnosti jednotlivých cílových

skupin u dětí a adolescentů, dospělé populace, seniorů, občanů žijících pod hranicí chudoby a Romů žijících v domácím prostředí. Šetření bylo realizováno za využití kvalitativních a kvantitativních metod. Smyslem výzkumu bylo vymezit potřebu zdravotní gramotnosti z různých hledisek – věku, genderu – pohlaví, socioekonomického statusu a popsání kompetencí zdravotnických pracovníků v oblasti zdravotní gramotnosti se zaměřením na péči o zdraví ve vybraných skupinách obyvatelstva. Na šetření se podílelo 6 týmů, které byly zaměřeny na děti a adolescenty, dospělé, seniory, Romy, občany pod hranicí chudoby a zdravotníky v primární zdravotní péči (lékaře a všeobecné sestry).

Hlavní řešitelkou projektu byla za Zdravotně sociální fakultu Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích doc. PhDr. Sylva Bártlová, Ph.D. Vedoucími jednotlivých týmů byli: Mgr. František Dolák, Ph.D., doc. PhDr. Alena Kajanová, Ph.D., Mgr. Dita Nováková, Ph.D., Mgr. Lenka Šedová, Ph.D., Mgr. Radka Šulistová, Ph.D., a další členové jednotlivých týmů. Výzkumná zjištění z tohoto projektu se stala podkladem pro sestavení této monografie.

Struktura monografie vychází z rámce zadání projektu – úvodní část je věnována popisu projektu, následující kapitola je zaměřena na metodologii, výběr cílových skupin a zpracování dat. Další kapitola se zabývá zdravotní gramotností dětí ve věku 12–18 let v Jihočeském kraji. Třetí kapitola je věnována zdravotní gramotnosti u dospělých. Následující kapitola se zabývá problematikou zdravotní gramotnosti u seniorů. Šestá kapitola osvětluje problematiku zdravotní gramotnosti chudých (u občanů pod hranicí chudoby). Kapitola sedmá se zaměřuje na problematiku zdravotní gramotnosti u Romů. Další, osmá kapitola porovnává zdravotní gramotnost u vybraných cílových skupin Jihočeského kraje. Následující kapitola pojednává o možnostech zlepšení zdravotní gramotnosti z pohledu odborné veřejnosti (lékařů a sester). Následuje kapitola, která se věnuje podílu práce všeobecných sester na zvyšování zdravotní gramotnosti. Poslední kapitola je zaměřena na etický rozměr zdravotní gramotnosti a následuje závěr a doporučení.

2 Metodologie, výběrové soubory, jejich reprezentativnost, charakteristika a zpracování dat

Sylva Bártlová

2.1 Metodologie

Cílem výzkumu bylo popsat úroveň zdravotní gramotnosti ve vybraných skupinách obyvatelstva Jihočeského kraje. Šetření bylo realizováno s pomocí kvalitativních a kvantitativních metod. Smyslem výzkumu bylo vymezit potřebu zdravotní gramotnosti z různých hledisek – věku, genderu – pohlaví, socioekonomického statusu a popsání kompetencí zdravotnických pracovníků v oblasti zdravotní gramotnosti se zaměřením na péči o zdraví ve vybraných skupinách obyvatelstva. Vzhledem k tomu, že ke zdravotní gramotnosti je třeba přistupovat diferencovaně, rozhodli jsme se zaměřit na děti a adolescenty, dospělé, seniory, Romy, občany pod hranicí chudoby a zdravotníky (lékaře a všeobecné sestry). Odbornou veřejnost (lékaře a sestry) jsme zvolili proto, že se domníváme, že každý medicínský obor i ošetrovatelství může výrazně přispět ke zlepšení zdravotní gramotnosti. Na šetření se proto podílelo 6 týmů, které byly zaměřeny na uvedené cílové skupiny.

Kvalitativní fáze výzkumu byla realizována prostřednictvím hloubkových rozhovorů u cílových skupin – kódováním nebo kategorizací dat v programu Atlas.ti. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a následně doslovně přepsány pomocí programu Transcriber. Při analýze transkripce rozhovorů byla použita metoda otevřeného kódování. Přepsané rozhovory byly rozděleny pomocí programu Atlas.ti – na jednotky (slova, věty, slovní spojení). Veškeré kódy, které vznikly z otevřeného kódování, byly seskupeny podle podobnosti nebo vnitřní souvislosti do tříd, kategorií a podkategorií. Následně byly jednotlivé kategorie odpovědí uspořádány do přehledných schémat (sítí). Velikost výzkumného souboru byla dána ochotou participantů zapojit se do šetření a teoretickou saturací dat. Šlo o záměrný výběr technikou „sněhové koule“ (snowball sampling). Výstupem kvalitativní fáze výzkumu byla analýza dat, jež přispěla k upřesnění hypotéz, řady otázek sociodemografických i otázek zdraví, nemoci, které souvisejí s problematikou zdravotní gramotnosti.

Kvantitativní výzkum byl koncipován jako sociologický dle projektu a s využitím výzkumných instrumentů, zpracovaných Zdravotně sociální fakultou Jihočeské univerzity. Šlo o rozhovor, jehož struktura byla odvozena od standardizovaného dotazníku určeného k identifikaci zdravotní gramotnosti obyvatelstva Evropské unie HLS-EU-Q16 (Evropský dotazník pro průzkum zdravotní gramotnosti) doplněného o několik otázek sociodemografického charakteru, hodnocení subjektivního zdravotního stavu a zdravotního chování. Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face) v období od 1. 1. do 30. 5. 2017.

Účast respondentů ve výzkumu byla dobrovolná a vycházela z jejich informovaného souhlasu. Vlastní šetření neobsahovalo žádné sporné etické otázky. Odmítnutí odpovědí na jednotlivé otázky nepřekročilo hladinu statistické významnosti. Jednotlivé týmy měly k dispozici standardizovaný dotazník HLSQ-EU (47 otázek) a zkrácený (16 otázek) EU Zdravotní gramotnost. V rámci rozsáhlé pilotážní studie byla zjišťována srozumitelnost jak u dotazníku, jehož jádrem byla baterie 47 položek, tak rovněž u kratší verze dotazníku – 16 položek. Jednotlivé týmy realizovaly šetření na malém vzorku informantů a zpracovaly protokoly jak k širší verzi dotazníku, tak i k užší, jež byly využity k lepší srozumitelnosti jednotlivých otázek. Ve standardizovaném dotazníku byly uvedeny jako pokyny pro tazatele jednotlivých týmů. Na základě zkušeností s oběma typy dotazníků bylo rozhodnuto převzít užší formu dotazníku (HLSQ – 16 otázek). Jednotlivé týmy zpracovaly další sociodemografické otázky a otázky týkající se zdraví a nemoci do definitivní podoby dotazníku, připraveného pro řízené rozhovory. Dotazníky jednotlivých týmů obsahovaly 33–36 otázek. Použitý instrument obsahoval 16 položek, v rámci kterých byly zkoumanému subjektu předkládány konkrétní činnosti či dovednosti. Vzhledem k tomu, že se jednalo o jednorozměrnou Rasch-škálu (one-dimenzional Rasch-scale), byl výpočet proveden na základě určení jedné hodnoty stupnice zdravotní gramotnosti pro každou osobu. Index, charakterizující zdravotní gramotnost (HL score), je prostým součtem bodů přidělených odpovědím označujících činnost jako velmi snadnou a docela snadnou. Výsledná škála pro krátký dotazník měla tak 16 stupňů v rozmezí od 0 do 16. Na bázi této stupnice byly definovány 3 základní úrovně zdravotní gramotnosti: 1) neadekvátní zdravotní gramotnost (0–8 bodů); 2) problematická zdravotní gramotnost (9–12 bodů); 3) dostatečná zdravotní gramotnost (13–16 bodů). Jednotlivé týmy zpracovaly další otázky sociodemografické a otázky týkající se zdraví a nemoci do definitivní podoby dotazníku, připraveného pro řízené rozhovory. Nevylučovala se však možnost analyzovat i jednotlivé položky dotazníku zdravotní gramotnosti, pokud byla cílem výzkumu detailní analýza konkrétních ukazatelů zdravotní gramotnosti. Aby bylo možné vypočítat souhrnný koeficient zdravotní gramotnosti, bylo nezbytné vyloučit odpověď „nevím“ a chybějící odpovědi a výpočet provádět pouze na základě čtyř kategorií, vyjadřujících hodnocení dané teze (odpovědi „velmi snadné“, „docela snadné“, „docela těžké“ a „velmi těžké“). Respondenti byli osloveni s pomocí účelového výběru v kombinaci se snowball technikou.

Jednalo se o jednorozměrnou Rasch-škálu, výpočet byl proveden na základě určení jedné hodnoty stupnice zdravotní gramotnosti pro každou osobu.

Struktura rozhovoru byla odvozena od standardizovaného dotazníku určeného k identifikaci zdravotní gramotnosti obyvatelstva Evropské unie HLS-EU-Q16 (Evropský dotazník pro průzkum zdravotní gramotnosti) doplněného o několik otázek sociodemografického charakteru, hodnocení subjektivního zdravotního stavu a zdravotního chování. HLS-EU-Q16 je krátkou verzí dotazníku HLS-EU-Q47.

2.2 Cílové skupiny – výběr a počet respondentů

Sběr dat byl realizován formou strukturovaného rozhovoru, který realizovali proškolení tazatelé. Účastníci výzkumu byli před zahájením seznámeni s cíli výzkumu, poté měli možnost účast ve výzkumu odmítnout.

V rámci výzkumu zdravotní gramotnosti bylo provedeno šetření u 1 698 respondentů následujících cílových skupin v Jihočeském kraji:

- 1) děti a adolescenti (302 respondentů);
- 2) dospělá populace (303 respondentů);
- 3) senioři (326 respondentů);
- 4) občané žijící pod hranicí chudoby (300 respondentů);
- 5) Romové (301 respondentů);
- 6) zdravotníci – lékaři a sestry (166 respondentů).

ad 1) Cílová skupina dětí a adolescentů

Východiskem pro konstrukci výběrového souboru dětí a adolescentů byl základní soubor populace Jihočeského kraje ve věku 12–18 let (40 264 osob). Velikost výběrového souboru tvořilo 302 respondentů. Výběrový soubor byl konstruován jako reprezentativní z hlediska pohlaví a věku a jeho struktura se v těchto ukazatelích statisticky významně nelišila od struktury základního souboru (ČSÚ, 2016). Výběr respondentů pro terénní šetření byl kombinací náhodného a kvótního výběru. Nejprve byly náhodným způsobem vybrány volební okrsky, v nich formou náhodné procházky domácnosti. Pokud byl v domácnosti přítomen respondent odpovídající požadovaným charakteristikám, byl osloven, v opačném případě tazatel navštívil vedlejší domácnost. Sběr dat u této cílové skupiny výrazně ztížil informovaný souhlas rodičů, kteří měli obavy ze zveřejňování osobních údajů. Index zdravotní gramotnosti dětí a adolescentů byl vypočítán pouze z dat těch respondentů, kteří odpověděli na všechny otázky ($N = 229$).

Výzkumný soubor z hlediska pohlaví tvořilo 52 % chlapců a 48 % dívek. Z města bylo 56 % respondentů a 44 % z venkova.

Věkové rozložení: 12 let (15 % respondentů), 13 let (14 % respondentů), 14 let (15 % respondentů), 15 let (14 % respondentů), 16 let (14 % respondentů), 17 let (14 % respondentů), 18 let (14 % respondentů).

Na základní školu chodilo 59 % respondentů, 13 % respondentů dosáhlo středního vzdělání bez maturity/učební obor, 28 % středoškolské s maturitou, jeden respondent neodepověděl.

ad 2) Cílová skupina dospělé populace

Východiskem pro konstrukci výběrového souboru dospělých byl základní soubor populace Jihočeského kraje ve věku 18–64 let (404 801 osob). Velikost výběrového souboru tvořilo 303 respondentů. Výběrový soubor byl konstruován jako reprezentativní z hlediska pohlaví a věku a jeho struktura se v těchto ukazatelích statisticky významně nelišila od struktury základního souboru (ČSÚ, 2016). Výběr respondentů pro terénní šetření byl kombinací náhodného a kvótního výběru. Nejprve byly náhodným způsobem vybrány volební okrsky, v nich formou náhodné procházky domácnosti. Pokud byl v domácnosti přítomen respondent odpovídající požadovaným charakteristikám, byl osloven. v opačném případě tazatel navštívil vedlejší domácnost. Index zdravotní gramotnosti dospělých byl vypočítán pouze z dat těch respondentů, kteří odpověděli na všechny otázky ($N = 251$).

Z hlediska pohlaví tvořilo soubor 51,49 % mužů a 48,51 % žen, z hlediska věku tvořily soubor následující věkové kategorie: 18–24 let (11,88 %), 25–34 let (20,13 %), 35–44 let (26,73 %), 45–54 let (20,13 %) a 56–64 let (21,12 %).