

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2021

Bc. Veronika Vesková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Zdravotní gramotnost u těhotných žen

Bc. Veronika Vesková

Diplomová práce

2021

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Veronika Vesková**  
Osobní číslo: **Z18238**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Téma práce: **Zdravotní gramotnost u těhotných žen**  
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

1. HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
2. KICKBUSCH, I. et al. Health Literacy: the solid facts, Copenhagen: WHO [online]. 2013 [cit. 2019-11-12]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
3. KUČERA, Z. et al. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*. 2016, **155**(5), s. 233 – 241. ISSN 1803-6597.
4. POWERS BJ, et al. Can this patient read and understand written health information? *JAMA*. 2010, **304**(1), 76-84.
5. *Zdravotní gramotnost dospělých*. Praha: Národní síť podpory zdraví, 2016.

Vedoucí diplomové práce: **doc. Petra Mandysová, MSN, Ph.D.**  
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2018**  
Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2021**

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.** v.r.  
děkanka

L.S.

**Mgr. Helena Poláčková** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. března 2021

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem „Zdravotní gramotnost u těhotných žen“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí univerzity Pardubice č. 7/2019 pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím digitální knihovny univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne

Veronika Vesková v.r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala vedoucí práce paní docentce Petře Mandysové, Ph.D., MSN za vedení mé práce, za trpělivost, cenné rady, vstřícnost při konzultacích a vypracovávání diplomové práce. Mé poděkování patří též všem respondentkám, které byly ochotné se výzkumu zúčastnit, protože bez nich by tato práce nevznikla. Také bych velice ráda poděkovala nemocničnímu zařízení, které umožnilo daný výzkum provádět na gynekologicko-porodnickém oddělení. A největší poděkování patří společnosti Pfizer, Inc. za povolení využití dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005), bez kterého by tato diplomové práce nevznikla.

Poznámka: The Newest Vital Sign™ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005): Informace týkající se povolení k využití dotazníku je k dispozici na [www.pfizerpcoa.com](http://www.pfizerpcoa.com).

## **ANOTACE**

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku zdravotní gramotnosti u těhotných žen. Teoretická část práce popisuje historii, definice a význam zdravotní gramotnosti. Dále je zaměřena na oblasti zdravotní gramotnosti, modely, úrovně zdravotní gramotnosti a její související faktory. Tato část práce se věnuje i roli sestry neboli porodní asistentky při podpoře zdravotní gramotnosti, péči v prenatálním období a také hodnocení zdravotní gramotnosti a její úroveň v České republice. Hlavním cílem práce je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u těhotných žen pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005). Výzkumné šetření bylo provedeno na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici Jihočeského kraje, zúčastnilo se ho 50 respondentek, které se nacházely od 37. týdne těhotenství do 42. týdne těhotenství. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že 58 % těhotných žen má adekvátní zdravotní gramotnost.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Gramotnost, nástroje zdravotní gramotnosti, prenatální péče, těhotenství, zdravotní gramotnost.

## **TITLE**

Health Literacy In Pregnant Women

## **ANNOTATION**

The diploma thesis focuses on health literacy in pregnant women. The theoretical part describes the history, definition and importance of health literacy. It also concentrates on the areas of health literacy, models, levels of health literacy and its related factors. This part also deals with prenatal care and describes the role of a nurse (or midwife) in supporting health literacy. Next, it evaluates the level of health literacy in the Czech Republic. The main aim of this thesis is to determine the level of health literacy in pregnant women using the questionnaire "The Newest Vital Sign™" (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005). The research was conducted at the gynaecology and obstetrics department in a South Bohemian hospital. 50 respondents at 37 to 42 weeks of pregnancy participated in the research. The research established that that 58 % of pregnant women have adequate health literacy.

## **KEYWORDS**

Literacy, health literacy tools, prenatal care, pregnancy, health literacy.



## **OBSAH**

Úvod.....	12
Cíl práce.....	13
I Teoretická část.....	14
1 Zdravotní gramotnost.....	15
1.1 Historie a vývoj zdravotní gramotnosti.....	15
1.2 Definice zdravotní gramotnosti.....	16
1.3 Význam zdravotní gramotnosti.....	17
1.4 Oblasti zdravotní gramotnosti.....	18
1.4.1 Podpora zdraví.....	18
1.4.2 Prevence nemocí.....	24
1.5 Modely a úrovně zdravotní gramotnosti.....	26
1.6 Související faktory zdravotní gramotnosti.....	27
1.6.1 Vzdělávání v České republice.....	28
1.7 Role sestry/ porodní asistentky při podpoře zdravotní gramotnosti u těhotných žen.....	29
1.8 Prenatální péče.....	30
1.9 Poskytovatelé péče.....	33
2 Hodnocení zdravotní gramotnosti.....	36
2.1 Zdravotní gramotnost a její úroveň v České republice a ve světě.....	37
2.2 Současný stav poznání v České republice.....	41
II Výzkumná část.....	43
3 Výzkumné cíle a Výzkumné otázky.....	44
3.1 Metodika výzkumu.....	44
3.2 Průzkumný design.....	44
3.3 Příprava výzkumu.....	45
3.4 Pilotní studie.....	45
3.5 Výzkumný soubor.....	46

3.6	Použité nástroje ke sběru dat.....	46
3.6.1	Nástroj „The Newest Vital Sign TM“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) .....	46
3.6.2	Doplňující otázky k výzkumu.....	48
3.7	Postup sběru údajů .....	48
3.8	Analýza dat.....	49
4	Prezentace získaných údajů .....	52
4.1	Charakteristika výzkumného souboru.....	52
4.1.1	Výsledky k průzkumné otázce č. 1: „Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti u těhotných žen zjišťovaná pomocí české verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)? “ .....	53
4.1.2	Výsledky k průzkumné otázce č. 2: Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a věkem? .....	56
4.1.3	Výsledky k průzkumné otázce č. 3: Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání? .....	57
4.1.4	Výsledky k průzkumné otázce č. 4: Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a počtem let školní docházky? .....	58
4.1.5	Výsledky k průzkumné otázce č. 5 Jaký je rozsah porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost, jaké jsou jejich subjektivní znalosti? .....	59
4.1.6	Výsledky k průzkumné otázce č. 6 Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost? .....	60
5	Diskuze .....	62
5.1	Doporučení pro praxi .....	67
6	Závěr .....	68
	Použitá literatura .....	69
	Seznam příloh .....	78

## SEZNAM GRAFŮ, OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 Přehledná interpretace hodnot korelačního koeficientu (Chráška, 2016).....	50
Tabulka 2: Bodové hodnocení doplňujících otázek.....	51
Tabulka 3: Přeměna nominálních proměnných (vzdělání).....	51
Tabulka 4 Parita respondentek.....	52
Tabulka 5 Vzdelání respondentek.....	52
Tabulka 6 Otázka č. 1 .....	53
Tabulka 7 Otázka č. 2 .....	54
Tabulka 8 Otázka č. 3 .....	54
Tabulka 9 Otázka č. 4 .....	54
Tabulka 10 Otázka č. 5 .....	55
Tabulka 11 Otázka č. 6 .....	55
Tabulka 12 Vyhodnocení „The Newest Vital Sign TM“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) .....	56
Tabulka 13 Korelační matice ve vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem respondentek .....	57
Tabulka 14 Korelační matice vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání .....	58
Tabulka 15 Korelační matice vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti a počtem let školní docházky .....	59
Tabulka 16 Zdroje.....	59
Tabulka 17 Porozumění zdravotnickým informacím .....	60
Tabulka 18 Využití zdravotnických informací pro podporu svého zdraví .....	60
Tabulka 19 Získaný počet bodů.....	60
Tabulka 20 Korelační matice ve vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti a porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost .....	61

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

BMČ – Bibliographia medica Čechoslovaca

CTG – kardiokografie

FAS – fetální alkoholový syndrom

HBsAG – Hepatitis B surface Antigen

HIV – Human Immunodeficiency Virus

ČGPS – Česká gynekologická a porodnická společnost

ČR – Česká republika

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

METER – Medical Term Recognition Test

NVS - „The Newest Vital Sign™“ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

oGTT – orálně glukózotoleranční test

PHLAT – The Parental Health Literacy Activities Test

REALM – Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine

REALM-R – Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine – revised

REALM-SF – Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine – short form

SAHL-S&E – Short Assessment of Health Literacy – Spanish and English

SALHSA\_50 – Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults

SILS – Single Item Literacy Screener

S-TOFHLA – Short Test of Functional Health Literacy in Adults

TOFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults

tt – týden těhotenství

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

WRAT – Wide Range Achievement Test

## ÚVOD

Pro diplomovou práci bylo zvoleno téma „Zdravotní gramotnost u těhotných žen“, protože zdravotní gramotnost patří mezi aktuální problém společnosti a nízká zdravotní gramotnost představuje pro těhotnou ženu velký rizikový faktor.

Zdravotní gramotnost znamená umět interpretovat, získat, pochopit hlavní zdravotnické informace, služby a schopnost je využít pro zlepšení svého zdraví (Holčík, 2010). Podle posledního výzkumu zdravotní gramotnosti výsledky ukazují na to, že v ČR je zdravotní gramotnost nízká a ta vede ke zvýšeným nákladům na zdravotní péči a výrazně ovlivňuje zdravotní stav jedince. Oproti tomu vysoká úroveň zdravotní gramotnosti je prospěšná pro celou společnost (Čeledová, Holčík, 2017).

Práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část diplomové práce se skládá ze dvou hlavních kapitol. V první kapitole jsou popsány základní informace o zdravotní gramotnosti a role sestry či porodní asistentky při podpoře zdravotní gramotnosti. Ve druhé kapitole je popsáno hodnocení zdravotní gramotnosti a její úroveň v České republice. Druhá část diplomové práce je věnována analýze dat výzkumného šetření, vyhodnocení vymezených cílů a výzkumných otázek.

Průzkumný soubor se skládá z 50 těhotných žen. Byla zvolena metoda získávání dat pomocí nástroje „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Šetření bylo prováděno od prosince 2019 do února 2020 a věk respondentek se pohyboval od 18 do 46 let.

## CÍL PRÁCE

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda dotazník „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) se jeví jako vhodný nástroj pro využívání v praxi. Dalším cílem je zmapovat, jakou úroveň zdravotní gramotnosti mají těhotné ženy, a to za pomoci předběžné české verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Dotazník „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) se objevil ve více než 25 recenzovaných studiích, používá se k hodnocení zdravotní gramotnosti obyvatelstva od rodičů malých dětí až po starší a aplikuje se na rozšířenou škálu zdravotních podmínek (Hubbard, 2011). Dílčím cílem je zjistit, zda úroveň zdravotní gramotnosti souvisí s věkem. Dalším důležitým cílem je zjistit, zda úroveň zdravotní gramotnosti souvisí se vzděláním a počtem let školní docházky. Posledním cílem je zjistit vztah mezi mírou porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost a úrovní zdravotní gramotnosti.

# **I TEORETICKÁ ČÁST**

Teoretická část diplomové práce se skládá ze dvou hlavních kapitol. První kapitola se zabývá zdravotní gramotností, její historií, definicí a významem. Dále popisuje oblasti zdravotní gramotnosti, modely, úrovně, související faktory zdravotní gramotnosti a role sestry či porodní asistentky při podpoře zdravotní gramotnosti. Také popisuje prenatální péči v těhotenství. Druhá část se týká hodnocení zdravotní gramotnosti a její úroveň v České republice.

# 1 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Zdravotní gramotnost pojednává o tom, že zdravotní informace jsou věcně správné a lidem pochopitelné, oznamují se různými metodami, jedná se o rozhovory, psané materiály atd. Zdravotní gramotnost obsahuje slovo gramotnost, které má mnoho lidí spojeno s absencí základní gramotnosti (zejména čtení), ale tato domněnka je nesprávná. Populace má obtíže s neporozuměním zdravotnickým informacím vzhledem ke gramotnosti v souvislosti s výší vzdělání, zdravotnímu postižení, věku, kultuře, jazyku atd. (Osborne, 2013).

## 1.1 Historie a vývoj zdravotní gramotnosti

Od pradávna usilovala populace o to, aby mohla ovlivňovat své zdraví. Někdy se lidem dařilo, ale jindy naopak jejich snaha příliš zdraví neprospěvala. Dříve dodržovali lidé vyzkoušené tradice, které se týkaly osobní hygieny v souvislosti s tehdejší způsobem života. Kořeny zdravotní gramotnosti zde najdeme již ve výchově. Převážná část výchovného úsilí byla zaměřována na zdraví a na možnosti zvládnutí závažných zdravotních problémů tehdejší doby. Do konce 19. století toho medicína nemohla nabídnout mnoho, ale díky rychlému nárůstu nových lékařských poznatků došlo kolem druhé poloviny 20. století ve zdravotní výchově k velkému pozitivnímu vývoji. Povedlo se zlepšit péči o zdraví dětí v rodinách, a to především co se týče infekčních onemocnění. Zdravotní výchova se zaměřila na oblast chronických onemocnění ovlivněných špatným stylem života a bylo poukázáno na to, že když lidé změní své chování a postoj k životu, jejich zdraví selepší. Bohužel bylo zjištěno, že úspěšnost zdravotních programů byla zaznamenána pouze u vyšších vzdělaných vrstev populace žijících v poměrném dostatku, ale u sociálně slabších neměla tak velký úspěch. Příhodnější byly zdravotní programy, které byly zaměřeny na širokou veřejnost a na její sociální situaci. Tak vznikla oblast Health Promotion – „podpora zdraví“, která byla součástí společenských programů a zaměřovala se na široké publikum. Díky tomu se roku 1986 uskutečnila první mezinárodní konference o podpoře zdraví v Ottawě, která reagovala na rostoucí hnutí v oblasti veřejného zdraví po celém světě a určila principy a činnosti na jeho podporu (Holčík, 2010; Kickbusch et al., 2013).

Návrh zdravotní gramotnosti se objevil v literatuře kolem roku 1974, a to v souvislosti se zdravotní výchovou a vývojem norem zdravotní gramotnosti ve školním prostředí. Ratzan (2001) uvedl, že v roce 1974 použil termín zdravotní gramotnosti Simonds, ale jeho koncepce se velmi odlišovala od té současné. O zmiňovaný koncept se však zvýšil zájem teprve



v polovině 90. let. Poprvé se krátký přehled zdravotní gramotnosti objevil v roce 1997 v oblasti podpory zdraví v knize Kickbuscha a později v glosáři o zdraví, který zhotovil Nutbeam (1998). V něm prohlásil, že zdravotní gramotnost je zásadním výsledkem působení v oblasti výchovy ke zdraví, jež by měla být součástí rozsáhlejšího pojetí podpory zdraví, za kterou by měla být společnost odpovědná. Posléze se gramotnost stávala předmětem výzkumných projektů a v literatuře se nachází množství různých definic (Holčík, 2010; Mayagah, Wayne, 2009, Ratzan, 2001).

## 1.2 Definice zdravotní gramotnosti

Nejznámější definice zdravotní gramotnosti podala Světová zdravotnická organizace (WHO). Zdravotní gramotnost byla definována jako souhrn společenských a kognitivních dovedností, vymezujících motivaci a způsobilost jednotlivce získat přístup k informacím, pochopit je, porozumět jim a být schopen využít je ke svému rozvoji a k podpoře a zachování si dobrého zdraví (WHO, 2020).

Zdravotní gramotnost byla definována podle WHO v roce 1998, jako dosažení úrovně znalostí, dovedností a ustavení ke zlepšení zdraví populace přeměnou životních podmínek a osobního životního stylu. Závisí na obecných úrovních gramotnosti a špatná zdravotní gramotnost může ovlivnit zdraví lidí snížením osobního, kulturního, sociálního vývoje (WHO, 1998).

Zdravotní gramotnost byla definována jako dovednost konat zdravá rozhodnutí v souvislosti každodenního života, ať už v domácnosti, v komunitě, na politické scéně, v pracovním prostředí, ve zdravotnickém systému, v nákupním centru (na trhu), jedná se o taktickou strategii pro zesílení postavení společnosti, která zvyšuje jejich zdraví, dovednosti získávat informace a převzít za ně odpovědnost (Kickbusch, Maag, Wait, 2006).

H. Osborne (2013) ve své knize *Health literacy from A to Z* uvádí, že používá pracovní definici zdravotní gramotnosti, která se týká výsledků. Zdravotní gramotnost je sdílená zodpovědnost mezi pacienty (nebo kýmkoliv, kdo informace o zdraví získává) a poskytovateli (nebo kýmkoliv, kdo předává informace o zdraví, stojí na začátku komunikace). Ke správnému porozumění musí obě strany komunikovat, tak, aby se pochopily, poté dochází k naprostému rozvoji a využití zdravotní gramotnosti (Osborne, 2013).

Strohou definici uvedlo Centrum pro strategii zdravotní péče (Center for Health Care Strategies), a to že zdravotní gramotnost je způsobilost umět číst, chápat a činit na bázi zdravotních informací (Center for Health Care Strategies, 2013).

Nutbeam (2000) uvedl, že zdravotní gramotnost je míra, do jaké jsou jednotlivci schopni zpracovat, získat, porozumět základním zdravotním informacím a služby nutné k přijetí odpovídajících zdravotnických rozhodnutí (Nutbeam, 2000).

European Commission definovala zdravotní gramotnost, jako dovednost filtrovat, číst, porozumět zdravotnickým informacím za cílem vytvoření zdravých mínění (European Commusison, 2007).

Yost a jeho kolektiv (2009) uvedl, že zdravotní gramotnost je dovednost číst, rozumět tištěným materiálům, které souvisejí se zdravím, interpretovat a identifikovat informace prezentované v grafické podobě a provádět aritmetické výpočty, operace za cílem přijímání rozhodnutí o zdraví a péči o něj (Yost et al., 2009).

### **1.3 Význam zdravotní gramotnosti**

Proč je v dnešní době zdravotní gramotnost tak podstatná? Na tuto otázku je nalézáno mnoho odpovědí. Protože pacienti musejí rychle vstřebat a pochopit zdravotnické informace, vzhledem k tomu, že lékaři či sestry mívají čím dál méně času, a to z toho důvodu, že v čekárnách je čím dále více pacientů a dochází tak ke zkracování hospitalizací. U všech pacientů se ale očekává, že budou společně se svými rodinnými příslušníky či jejich pečovateli náležitě vykonávat veškerou škálu činností souvisejících se zdravím. Tyto úkony, do nichž řadíme např. používání nových technologií nebo užívání léčivých přípravků podle vytyčených plánů, jsou komplikované a pro někoho až neznámé. Obsahují mnoho dat, která jim zdravotní pracovník poskytl, a proto jsou pacienti považováni častěji za aktivního spotřebitele, nežli za pasivního příjemce terapie a péče, a právě proto by měli být i aktivními studenty. Obvykle je také na pacientech požadováno, aby dělali klíčová rozhodnutí v oblasti svého zdraví. Takto vysoký stupeň péče o sebe a své zdraví požaduje velkou dávku zdravotní gramotnosti (Hamplová, 2019).

Krátce řečeno, vyžaduje zdravotní gramotnost motivaci, dovednosti a zkušenosti lidí získat si přístup k informacím, porozumět jim, hodnotit a využívat ty, které souvisejí se zdravím a s jejich pomocí mít kontrolu nad vlastním zdravím. Dále jde o schopnost umět se rozhodovat v každodenním životě o zdravotní péči, prevenci nemocí a podpoře zdraví se záměrem udržení nebo zlepšení kvality života. Zdravotně gramotný jedinec je ten, který je schopen o svém zdraví plnohodnotně rozhodovat, umí využívat získané poznatky ve prospěch svého zdraví a nést za

ně zodpovědnost, a který dodržuje zásady zdravého životního stylu. (Hamplová, 2019; Kickbusch et al., 2013; Janovská, 2017).

## **1.4 Oblasti zdravotní gramotnosti**

WHO rozděluje zdravotní gramotnost do tří oblastí, které mají vliv na zdraví. Patří sem:

1. podpora zdraví, kam zařazujeme důležité poznatky související se zdravotním životním systémem a životním prostředím,
2. prevence nemocí, která zahrnuje prevenci infekčních chorob, neinfekčních onemocnění, úrazů, a především postoj k medicíně založený na důkazech,
3. zdravotní péče obsahující kompetence ošetrovatelské péče a naléhavou první pomoc (Hamplová, 2019).

### **1.4.1 Podpora zdraví**

Podpora zdraví se stala zásadní součástí zvyšování imunity proti chorobám a prevence nemocí, zvyšuje celkovou úroveň zdraví, a to právě posilováním fyzické, psychické a sociální pohody. Peněžní prostředky, hmotné a technické vybavení zdravotnické péče nejsou nejvýznamnějším pramenem zdravotní péče, nejdůležitějším zdrojem je sám člověk, jeho přístup k životu a jeho snaha efektivně, aktivně se zúčastňovat péče o zdraví. Veškerá populace tvoří hospodářské a sociální předpoklady pro svůj život. Hlavní role v podpoře zdraví přísluší ženám/matkám, na jejichž vzdělání a úrovni zdravotní gramotnosti velmi záleží, protože se starají o výživu celé rodiny, pečují o děti, vytvářejí každodenní hygienické návyky, a to vzhledem ve vztahu ke zdraví (Machová, Kubátová, 2015).

#### ***Zdravý životní styl***

Můžeme ho formulovat jako shrnutí každodenních zvyků a vzorců chování jedince, které evidentně kladně ovlivňují jeho celkové zdraví. Na zdraví má podíl jeho způsob života, a to až z 60 %. Každá osoba si vytváří svůj životní styl, který je veden dosahováním cílů a potřeb vystihujících osobnost daného jedince. Rozhodování o životním stylu je ovlivnitelné rodinnými tradicemi, zvyklostmi, výchovou, sociálním zařazením ve společnosti, finanční situací, místem, kde žije, zdravotním stavem. Obzvláště závisí na věku jedince, vzdělání, zaměstnání, rase, orientaci, pohlaví a postavení ve společnosti. Zdravotně gramotný jedinec má představu o tom, co znamenají spojení být zdravý a správný životní styl. Dobře ví, jaký může mít dopad na jeho zdraví, pokud nebude dodržovat všechno podstatné pro správný styl života, uvědomuje si, že

jeho životospráva, denní režim, tělesná aktivita a duševní hygiena závisí pouze na jeho volbě a zodpovědnosti. Správně zvolený životní styl je důležitý především pro ženy během těhotenství, neboť snižuje výskyt možných komplikací (Machová, Kubátová, 2015; Švamberk Šauerová, 2018; Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

### **Výživa v těhotenství**

Výživa v těhotenství by měla být lehká, dobře stravitelná, vydatná a obsahující dostatečné množství všech potřebných minerálů a vitamínů, měla by zahrnovat mnoho ovoce, zeleniny, málo tuků, sladkostí. Na začátku těhotenství, a to přibližně do prvního trimestru, může žena jíst stejně jako před početím, ale měla by se vyhýbat nejen hladovění, ale i přejídání. Při špatně zvolené životosprávě může docházet k intrauterinní růstové retardaci plodu, malé porodní hmotnosti, hypertrofii, preeklampsii, můžou se projevit změny zdraví v důsledku nedostatku vitamínu A, železa a jódu a další různá onemocnění, jako jsou například těhotenský diabetes, kardiovaskulární onemocnění a porodní komplikace. Doporučený kalorický příjem během těhotenství se pohybuje okolo 2400 kilokalorií. Pro uspokojivý růst plodu je podstatný přísun bílkovin alespoň 1,3 g/kg denně, vápníku 1200 mg denně, hořčíku 300–400 mg denně, železa okolo 80 mg denně a jódu. Také se doporučuje užívat kyselinu listovou ve formě tablet, která je potřebná pro růst plodu a placenty a pro dobrou krevetvorbu a syntézu DNA. Žena by měla konzumovat ryby a drůbeží maso, ostatním druhům masa by se měla raději vyhýbat. Měla by jíst bílé jogurty, tvaroh a vypít minimálně jeden litr mléka za den. Dále je nutno respektovat pitný režim, který obstarává látkovou výměnu a odvádění škodlivých a odpadních látek z těla. Příjem tekutin by měl být nejméně okolo 1,5 litru za den. Pokud je pitný režim nepřiměřený, může docházet k únavě, podrážděnosti, ke snížení fyzické činnosti, k dehydrataci a také se může projevit zácpa. Nejvhodnějším nápojem je pitná voda, ale těhotná může popíjet i minerální vody, ve kterých jsou zastoupeny vápník a magnezium. Zdravotně gramotná těhotná žena ví, jaké jsou doporučené dávky výživových hodnot během těhotenství, zná potravinovou pyramidu a skládá si svůj jídelníček podle ní. Ví, kolik kilogramů by během těhotenství měla přibrat, a je schopna si tuto hmotnost pohlídat. Má pojem o tom, jak by se mělo stravovat dítě nebo senior, o které pečuje, je schopna zajistit jim správnou výživu, aby netrpěli podváhou či nadváhou. Má obecný rozhled o minerálech, vitamínech a potravinách, které zajistí dostatečnou výživu. Preferuje nápoje, které neobsahují velké množství cukrů, alkohol během doby těhotenství neužívá. Respektuje principy stravovacího režimu během celého dne, umí připravit nebo zajistit stravu pro sebe nebo pro osoby, o které se stará (Hájek, Čech, Maršál, 2014; Hronek, Barešová, 2012; Šulcová, 2017; Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

## **Tělesná aktivita**

Těhotná žena by si během těhotenství měla svoji tělesnou aktivitu udržovat, ale ne ji stupňovat. Svoji fyzickou aktivitu by měla zkontrolovat se svým obvodním lékařem, který by ji měl schválit. Vhodné cvičení přispívá ke zvládnutí zvýšených požadavků na organismus během těhotenství a v průběhu šestinedělí pomáhá k rychlému návratu k výchozím tělesným rozměrům. Během těhotenství se doporučuje plavání, chůze, těhotenské cvičení, těhotenská gymnastika, jóga a turistika, naopak zcela nevhodné je takové cvičení, které je provázeno otřesy těla, a to jízda na koni, skákání přes švihadlo, volejbal a atletika. Těhotná s dostatečným přehledem ví, jak je pohybová aktivita důležitá pro zdraví, uvědomuje si ohrožení svého zdraví, ale i plodu při nadbytečném pohybu, snaží se uplatňovat správné držení těla, při sedavé práci se snaží zařídit si svůj pracovní režim tak, aby měla dostatek pohybu, je si vědoma toho, že tělesná aktivita je významná pro psychickou pohodu těla, jestliže onemocní, respektuje nařízení lékaře. Upřednostňuje chození pěšky, jízdu na kole před jízdou dopravním prostředkem, vede k pohybové aktivitě blízké osoby, o které se stará, uvědomujeme si svou fyzickou zdatnost a přijímá rady týkající tělesné aktivity vhodné pro její věk a stav, ve kterém se nyní nachází (Suchánek, 2013; Roztočil et al., 2017).

## **Denní režim**

Těhotná žena by měla dbát na dostatek spánku, který by měl být pravidelný. Měla by spát alespoň 8 hodin v místnosti, kde je teplota okolo 18 °C. Z tohoto důvodu by neměla chodit na noční směny a zvedat těžké předměty nad 5 kg. Co se týká zaměstnání, můžou těhotné ženy, které nevykonávají náročnou práci, pracovat až do nástupu na mateřskou dovolenou, tedy do 32. až 34. týdne těhotenství. Ženy, které jsou zaměstnány v prostředí nepovoleném podle zákoníku práce a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, a to v místech s výskytem toxických látek, vibrací, záření, přebytku prachu, by pracovat neměly. Pokud těhotná pracuje ve škodlivém prostředí, musí zaměstnavatel zabezpečit její přechod do prostředí, které ji neohroží. Během dne by neměla dlouho stát na jednom místě, protože by mohlo docházet k fyziologické venózní stázi dolních končetin. Těhotná by měla dbát na pravidelné vyprazdňování močového měchýře, které je prevencí vzniku asymptomatické bakteriurie. V těhotenství se také může vyskytovat časté močení neboli polakisurie, které je dáno tlakem dělohy na močový měchýř. Dále se k těhotenským potížím řadí zácpa, proto by měla těhotná jíst stravu bohatou na dostatek vlákniny a pít čaje s projímavým účinkem. Nevhodné je se koupat v horké vodě, protože by docházelo k přehřátí organismu, naopak přiměřené je každodenní sprchování vlažnou vodou

a během sprchy provádět masáž prsu a povytahovat bradavky, aby byly uzpůsobeny ke kojení. Zdravotně gramotný jedinec ví, jak by měl být rozvržen jeho denní režim aktivit, aby byl prospěšný zdraví. V nemoci a únavě si upraví svůj denní režim tak, aby byl přínosem pro zdraví, při akutním onemocnění dodržuje režimová opatření, snaží se spát alespoň 8 hodin a respektuje fyziologické nezbytnosti těla ve vztahu ke spánku (Roztočil et al., 2017; Hájek, Čech, Maršál, 2014; Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

### **Duševní pohoda**

Pro těhotnou ženu je velice zásadní cítit se v pořádku i po psychické stránce. Bylo dokázáno, že ženy, které bývají opuštěné a žijí ve špatných životních podmínkách, mívají více těhotenských, porodních a poporodních komplikací. To, aby těhotenství proběhlo harmonicky, záleží na řadě faktorů, a to na okolnostech, ve kterých žena žije, a především s kým, na rodinném stavu, rodinných poměrech, finanční situaci, vzdělání, bytových podmínkách a obdobných vlivech. Každá žena by měla být připravena na změny, které ji v těhotenství můžou potkat. Důležitá je informovanost těhotných, aby se předešlo úzkosti a strachu. Žena musí mít v ordinaci svého gynekologa, jemuž plně důvěřuje, nebo u porodní asistentky, kterou si vybrala ke svému porodu, pocit jistoty a bezpečí. V dnešní době si ženy porodnici, ve které budou rodit, vybírají samy, a tím předcházejí strachu a úzkosti z neznámého prostředí. V tomto zdravotnickém zařízení si mohou domluvit schůzku s porodní asistentkou, která zde pracuje, a mohou si porodní sál prohlédnout. Zdravotně gramotný jedinec ví, co pro tělo a jeho zdraví znamená pojem duševní pohoda, chápe jeho hlavní rysy, spojitosti, které na duševní hygienu působí, například společenské, domácí, pracovní prostředí, temperament, zdravotní a finanční stav. Snaží se nezanedbávat rodinné vztahy a pracovat na nich, stejně jako na vztazích se svými blízkými. Váží si přání, životních plánů blízkých osob a nezasahuje do jejich rozhodnutí, plánuje si svoji profesní kariéru a snaží se vyhovět všem svým přáním. Pokud by se vyskytl případ týrání, šikany, úzkosti, je takový člověk schopen vyhledat si pomoc a také doporučit pomoc osobám blízkým nebo osobám, o které pečuje (Dušková, Hermannová, Janíková, Saloňová, 2019; Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

Zdravotně gramotný by měl umět navázat a zachovat přátelství a partnerský poměr, dále formulovat své názory, stanoviska, city a ovládat negativní emoce (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

## Návykové chování

Následkem rizikových faktorů a působením vnějších účinků prostředí může docházet k poškození nebo dokonce k úmrtí embrya v děloze. Mezi nebezpečné faktory řadíme kouření, alkohol, drogy a některé léky. Rychle se dělicí buňky embrya jsou velmi vnímavé vzhledem k vnějším nepřejícím vlivům a záleží na tom, v jakém stádiu se zárodek nachází, a tím jsou jejich účinky rozdílné. Nejvíce je embryo ohroženo do 17. dne od oplodnění, kdy může dojít k potratu neboli zaniknutí. Ale k narušení plodu vnějšími vlivy může docházet i v pozdějších týdnech těhotenství, může dojít k předčasnému porodu, k extrauterinní růstové retardaci a mnoha dalším komplikacím. Proto je nutno každou pacientku při zjištění těhotenství v ordinaci gynekologa upozornit na rizika kouření, užívání alkoholu a drog. Gynekolog nebo porodní asistentka poučí ženu o možnosti nežádoucích účinků na průběh těhotenství a na její plod (Gregora, Velemínský, 2017).

Cigarety patří k jedné z nejvyužívanějších podob tabáku, jsou rozšířeny po celém světě a v České republice množství kuřáků stále stoupá. Cigaretový kouř představuje nejrozsáhlejší ničivý produkt současnosti, zahrnuje chemické látky, které mají špatný vliv na zdraví, užívání cigaret působí negativně na reprodukci. Pokud žena zjistí, že je těhotná, měla by kouření omezit, nebo s ním úplně přestat. Kouření omezuje fetoplacentární perfuzi, a tím zesiluje nebezpečí potratu. U žen, které užívaly v těhotenství nikotin, se v pupečnickové krvi plodu nacházejí zvýšené hladiny nikotinu, kotininu, olova, karboxyhemoglobinu a dalších látek. Je prokázáno, že u kuřáček se 1,4krát častěji rozvíjejí problémy během těhotenství a při porodu, 1,2krát častěji dochází ke zhoršení stavu plodu a děti kuřáček mívají syndrom náhlého úmrtí a 1,9krát vyšší výskyt nízké porodní hmotnosti (Gregora, Velemínský, 2017; Hájek, Čech, Maršál, 2014; Šídová, Šťastná, 2015).

Alkohol, který patří mezi nejčastěji používanou legální sociálně tolerovanou drogu, může svým působením narušit ovum a spermii ještě před oplodněním, po oplození proniká placentární bariérou a má toxický vliv na plod. Nebezpečné je užívání alkoholu na začátku těhotenství, kdy je plod nejvíce náchylný kvůli vnějším vlivům. Při užívání alkoholu se může projevit fetální alkoholový syndrom (FAS), který je popisován nepravidelnostmi centrálního nervového systému, kraniofaciálními abnormalitami a prenatalním a postnatalním růstovým deficitem (což jsou různé vrozené vývojové vady a mentální retardace). Studie uvádějí, že užívání dvou sklenic piva nebo vína denně negativně na plod nepůsobí, naopak vyšší množství vede k řadě komplikací jako například k intrauterinní růstové retardaci a k FAS, dále u větších dětí k poruše

učení a chování, k sociálním obtížím a nižší schopnosti dobře se rozhodovat (Gregora, Velemínský, 2017; Binder, Vavřínková, 2011).

Drogově závislé ženy ve většině případů své těhotenství neplánují, převážně nemenstruují a domnívají se, že otěhotnět nemůžou. Výskyt těhotných žen závislých na drogách neustále stoupá, v ČR užívají těhotné nejčastěji heroin, pervitin, marihuanu, s kokainem se potkáváme zřídka. Při prvním setkání s těhotnou ženou se musíme dozvědět, na jaké droze je závislá. Těžce závislé zjistí své těhotenství, až když přicházejí bolesti břicha nebo začínají cítit pohyby, do prenatalní péče nedocházejí, a pokud ano, potom nepravidelně, proto nemají všechna potřebná vyšetření, která jsou povinná v těhotenství podstoupit. U drogově závislých těhotných žen se vyskytují časté záněty žil, hepatitidy, HIV, syfilis a jiné pohlavně přenosné nemoci. Každou drogově závislou těhotnou motivujeme k pravidelnému docházení do poradny ke gynekologovi a snažíme se ji přesvědčit, aby se začala léčit (Gregora, Velemínský, 2017; Binder, Vavřínková, 2011).

Těhotenství a užívání léků? Před užíváním volně prodejných léků by se vždy měla těhotná žena poradit s lékárníkem, nebo se svým lékařem. U léků na předpis by ji měl vždy lékař ujistit, že může daný lék užívat, aniž by záporně ovlivňoval těhotenství a plod. Co se týká užívání bylinných směsí, je nutno se zaměřit na to, aby neobsahovaly alkohol. Nejvíce nebezpečné období je první trimestr, blastogeneze do 17. dne po oplození, kdy embryo buď zanikne, nebo se obnoví, jak bylo uvedeno výše. V období organogeneze od 17. do 55. dne se negativní, teratogenní působení léků projevuje úplně a vznikají vrozené vývojové vady. V období fetálním se rozvíjejí při špatném podání léku defekty funkční a behaviorální. Po celé těhotenství je možno užívat na bolest např. *Acylpyrin*, *Aspirin*, *Olfen*, na nachlazení např. *Paralen plus*, *Modafen*, *Strepsils plus*, na zácpu např. *List senny*, na nevolnost např. *Kinedryl*, na zažívací potíže např. *Iberogast* (Belišová, 2014; Hájek, Čech, Maršál, 2014).

Poučená těhotná umí poznat užívání návykových látek u lidí, o které se stará, ale i u svých blízkých a ví, jak najít odbornou pomoc. Ona sama zavrhuje používání škodlivých látek a návykové chování a uvědomuje si nebezpečí legálních i nelegálních návykových látek (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

### **Péče o prostředí**

Těhotná žena musí často pečovat o své blízké, i co se týče péče o prostředí. Tam, kde se svými blízkými bydlí, udržuje chod domácnosti, stará se o čistotu, bezpečí, ale nedělá nic sama, snaží se o to, aby se rodinní příslušníci do péče o domácnost plně zapojovali. Napomáhá chodu



domácího prostředí sledováním zdravotních a hygienických podmínek, např. sleduje pokojovou teplotu, kvalitu vzduchu a hlasitost aparátů. Dopřává soukromí příslušníkům domácnosti, tak aby měli klid na spánek, odpočinek, studium, práci a hygienu, pečuje o děti, komunikaci a stravování, proto se snaží nakupovat každý den kvalitní, přirozené, trvanlivé potraviny, které jsou převážně vyrobeny v České republice. V zaměstnání respektuje zásady hygieny, ochrany životního prostředí, a především bezpečnosti ochrany zdraví při práci a umí se ve svém zaměstnání plně orientovat. Při návštěvě veřejného prostoru je činná a umí se podílet na společných aktivitách, plánuje pro své členy rozmanité aktivity a zajišťuje jejich chod a pravidelnost (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

### **1.4.2 Prevence nemocí**

Prevence úzce souvisí s podporou zdraví, zaměřuje se na skupinu humánních činností na oblast společenskou, právní, zdravotní a oblast životního prostředí. Každá oblast má svá specifika, ale jsou vzájemně provázány. Cílem prevence je předcházet nemocem a napomáhat poklesu počtu nemocných. Obecně řečeno, je tedy důležité zabránit počátku choroby anebo včas zaznamenat její počátek a zabrzdit vývoj nemoci. Prevence se podle času rozděluje na primární, sekundární a terciární. Primární úzce souvisí s podporou zdraví, terciární a sekundární jsou spíše věcí lékařů. Primární prevenci rozdělujeme na specifickou a nespecifickou. Specifická se zaměřuje na určitou chorobu nebo odstraňování nebezpečí, naopak nespecifická je zaměřována na činnosti směřující k otužování, zdravému životnímu stylu a ke zdravotní výchově. Důležitá je edukace jedinců nebo skupin v oblasti ochrany a podpory zdraví, očkování, zdravotní prevence. Sekundární prevence se týká rozpoznání rizikových faktorů zdraví, zjišťování změn zdraví a příznaků nemocí, rozpoznání včasné diagnózy a zahájení správné léčby. Pomocí preventivních prohlídek dochází ke zjištění raného stádia choroby. V těhotenství jde o prenatální péči, která dokáže odhalit různé nemoci. Terciární prevence se zaměřuje na dlouhodobé nemoci, orientuje se na následky onemocnění, snaží se zmenšit progres nemoci a znemožnit ztrátu soběstačnosti. Prevence je mířena na pacientky, které se nacházejí v pokročilém stádiu nemoci, kdy je aplikována léčba, provádí se rehabilitace a usiluje se o navrácení i zachování kvality života. Zdravotně gramotný jedinec se snaží vychovávat své děti k prevenci v péči o zdraví. Měl by se orientovat na základní hygienu, měl by vědět o základních hygienických zvyklostech, směřovat a vést své děti k určitým návykům a plně pečovat i o sebe. Také těhotná žena zvládá sama se rozhodovat při výběru preventivní prohlídky i vhodného léčivého výkonu, a to jak pro sebe, tak

i své blízké, kteří se nemohou rozhodovat sami (Kukla et al., 2016; Machová, Kubátová, 2015; Šulcová, 2017; Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

U prevence neinfekčního onemocnění si je vědoma, že zdravý životní styl je první volbou v tom, čím se řídí, je vzorem pro své blízké a děti, které k tomuto stylu vede, pravidelně dochází na preventivní prohlídky ke gynekologovi, k praktickému lékaři a zubaři. Pokud se jí zeptáme, jak se tito obvodní lékaři jmenují, umí je vyjmenovat. Je si stoprocentně jistá, u jaké pojišťovny je pojištěna, umí si udělat samovyšetření prsu a pravidelně každý měsíc se samovyšetřuje. Co se týká infekčních onemocnění, ví, kdy má přijít na řádné očkování, tento termín si hlídá. Zná rizika pohlavně přenosných nemocí a ví, jak jim může předcházet. Kontroluje očkovací průkaz svých dětí a ví, kdy má s nimi a na jaký druh očkování, přijít k lékaři. Chrání sebe, ale i své blízké proti infekčním chorobám, proti kterým nelze očkovat. V těhotenství je buněčná imunita mírně ovlivňována a potlačována, studie udávají, že u těhotných dochází ke zmenšení množství T-lymfocytů, a proto někdy není průběh některých nemocí lehký. Infekce se k plodu nejčastěji šíří hematogenně, transplacentárně a ascendentní cestou z pochvy a cervixu, dále lymfogenně a per kontinuitatem. Záleží na tom, v jakém týdnu těhotenství dojde k infekci, která může zasáhnout plodové obaly, placentu, plod, anebo jen cervix nebo samotný uterus. Syfilis je pohlavně přenosné onemocnění, kterému můžeme předcházet, protože její prevence se řadí mezi rutinní vyšetření. Představuje pro plod obrovské nebezpečí, může dojít k intrauterinnímu úmrtí, potratu anebo se dítě narodí se stopami infekce. Kromě toho se můžeme potkat s toxoplazmózou, cytomegalovirovou infekcí, zarděnkami, HIV, kapavkou, chlamydiovou infekcí a s různými typy žloutenky a mnoha dalšími nemocemi (Binder, Vavřínková, 2011; Procházková et al., 2016; Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

Program Zdraví 2020 se zabývá zlepšením zdraví všech věkových kategorií, potlačením nerovností v oblasti zdraví a zesílením role veřejného zdravotnictví. Zdravotní gramotnost je jedním z určujících činitelů, které pomáhají určit správný typ zdravého chování, a do určité míry zpracovává dovednosti, které se tvoří od počátku našeho vývoje, tedy již od dětství (Zdraví 2020: Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století, 2014). Světová zdravotnická organizace (WHO) věnuje významu slova zdravotní gramotnost velkou pozornost a konstatuje, že tyto faktory mají vliv na zdravotní gramotnost nejen celé společnosti, ale i na jedince, a souvisí se společenskou, hospodářskou, ale i kulturní úrovní národa. Nízká zdravotní gramotnost je totiž významným rizikovým faktorem (Mojžišová et al., 2017; Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

## 1.5 Modely a úrovně zdravotní gramotnosti

Modely zdravotní gramotnosti jsou myšlenkové konstrukce, byly vytvořeny proto, aby ulehčily pochopení základních komponentů zdravotní gramotnosti, vztahů mezi lidmi, úrovní zdravotní gramotnosti, některé spojitosti, možnosti měření a hodnocení zdravotní gramotnosti (Čeleva, Čeledová, 2014; Holčík, 2010).

Mezi nejvíce zmiňovaný model v literatuře patří Nutbeamův model z roku 2000 (Nutbeam, 2000), který se dělí na tři úrovně zdravotní gramotnosti, a to na *funkční, interaktivní a kritickou zdravotní gramotnost*.

**Úroveň 1:** Funkční zdravotní gramotnost – týká se výsledku obvyklé zdravotní výchovy založené na sdělení skutečných informací o zdravotních rizicích a na tom, jak používat zdravotnický systém. Cíle jsou zaměřeny na zlepšení znalostí lidí ohledně zdravotních rizik, zdravotnických služeb a na správné dodržování různých opatření. Tyto přístupy obvykle nevyžadují interaktivní komunikaci a ani nepomáhají vývoji dovedností a samostatnosti. Ale tento přístup je v řadě případů efektivní a pomáhá ke zlepšení zdraví jak populace, tak i jednotlivců, role jednotlivce je pasivní. Jako je účast na preventivních prohlídkách a různých očkování. Nástroje, které používá zdravotnický personál v této oblasti jsou informační letáky, tradiční vzdělávání pacientů a brožury (Nutbeam, 2000).

**Úroveň 2:** Interaktivní zdravotní gramotnost – odráží výsledky přístupu ke zdravotní výchově, které byly vyvinuty v průběhu 20 let. Cílem je se zaměřit na rozvoj osobních dovedností v pomocném prostředí. Přístup ke vzdělání je zaměřen na zlepšení osobních schopností jednat nezávisle na znalostech, na posílení motivace a sebevědomí. Bohužel nelze vyhovět všem radám zdravotnického personálu, ale jde spíše tedy o rozvoj samostatnosti při rozhodování a zpevnění motivace v úsilí se podílet na zlepšení svého zdraví. Má to tedy individuální prospěch nežli populační, role jednotlivce je aktivní. Řadí se sem některé zdravotně výchovné programy na konkrétní problémy skupin obyvatelstva (Nutbeam, 2000).

**Úroveň 3:** Kritická zdravotní gramotnost – rozvíjí dovednosti individuálního chování, sociálních, politických činností, jejichž významem je se podílet na založení příznivého sociálního prostředí, může být spojen s přínosem pro populaci spolu s výhodami pro jednotlivce. Obsahem výchovy ke zdraví je poskytování informací a rozvíjení komunikace, dále se zaměřuje na rozvoj dovedností zkoumající politickou činnost, organizační možnosti s cílem

řešit sociální, ekonomické, enviromentální determinanty zdraví a životního prostředí, v následku zlepšit zdraví lidí. Role jednotlivce je aktivní a tvůrčí (Nutbeam, 2000).

Výše uvedeného rozdělení ukazuje na to, že nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti je tedy kritická úroveň zdravotní gramotnosti, je ale nutné, aby se rozvíjely všechny tři úrovně v souvislosti se stávajícími dovednostmi lidí i místními podmínkami. Jedná se relativně složitý proces, který by se neměl přecházet. Každá definice či model zdravotní gramotnosti je jen zjednodušení, bazíruje pouze na některých aspektech zdravotní gramotnosti a pomíjí jiné (Čeleva, Čeledová, 2014).

Holčík (Holčík, 2010) uvádí ve své knize Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost následující důležitý model dle amerického ministerstva zdravotnictví (United States Department of Health and Human Services), který ukazuje na rozčlenění zdravotnických informací na tři skupiny a to:

- A. Osobní zdravotní dimenzi – jedná se o informace pro jednotlivce, které pomáhají k upevňování zdraví, k ochraně a rozhodování v systému zdravotnických služeb,
- B. Zdravotnická dimenze – v této skupině, jsou informace dostupné pro zdravotnický personál a vztahují se hlavně na zlepšení a zvýšení kvality a hospodárnosti zdravotnických služeb,
- C. Populační dimenze – informace jsou přístupné pro širokou populaci a obsahují data o zdravotním stavu veřejnosti, o typech, jak vylepšit své zdraví a o determinantech zdraví (Holčík, 2010).

Tento výše uvedený model se zabývá zájmy odlišných skupin, které ale nejsou jednoznačně izolované a v každodenním životě se zcela jistě překrývají (Holčík, 2010).

## **1.6 Související faktory zdravotní gramotnosti**

Obsah pojmu zdravotní gramotnost se pro jedince v různých obdobích života mění. Rozlišujeme tak čtyři věkové skupiny:

Do první kategorie patří dítě ve věku cca 7 let, které se nachází na počátku povinné školní docházky. Dětem začíná pravidelnější režim, musí se více osamostatnit a být zodpovědné za sebe, svou hygienu a každodenní řád.

1. Adolescence a mladá dospělost se pohybuje ve věku od 15 do 25 let, ale věková hranice bývá definována v každém zdroji jinak. Mladý dospělý začíná přejímat zodpovědnost

za své zdraví, za své chování a svou osobu, osamostatňuje se a probíhá u něj zakončení tělesného, duševního a společenského vývoje.

2. Za dospělého považujeme jedince ve věkové kategorii od 26 let přibližně do 64 let. V tomto období je člověk odpovědný nejen sám za sebe, ale také za své příbuzné, o které se stará, tedy o rodiče, děti a další.
3. Do čtvrté skupiny řadíme osoby starší 65 let. Tuto skupinu nazýváme starší dospělí neboli senioři. V této životní etapě se připravujeme na stáří, snažíme se udržet si soběstačnost, dobrou funkci zdraví a kondici (Janovská, 2017).

### 1.6.1 Vzdělávání v České republice

Tato podkapitola byla do diplomové práce vložena z toho důvodu, že vzdělávání bude posuzováno i v praktické části, kde bude srovnáván dosažený stupeň vzdělání s úrovní zdravotní gramotnosti.

- A. Základní stupeň vzdělání – povinné základní vzdělání – školní docházka je dána zákonem po dobu 9 let, tedy školních let. Přičemž žák může navštěvovat základní školu, pouze do dosažení 17 let. Základního vzdělání dosáhne žák, který zdárně splnil vzdělávací plán základního vzdělávání na základní škole, na nižším stupni osmiletého nebo šestiletého gymnázia či v osmiletém programu konzervatoře, Základní vzdělání získá po dokončení povinné školní docházky.
- B. Střední stupeň vzdělání – může jej absolvovat pouze žák, který dokončil základní vzdělání. Dělí se na několik stupňů:
  - střední vzdělání – tento stupeň získá žák, který dokončil vzdělávací plán v rozmezí 1 až 2 let formou prezenčního vzdělání, které končí závěrečnou zkouškou, dokumentem o absolvování se stává vysvědčení o závěrečné zkoušce,
  - střední vzdělání s výučním listem – toto studium žák splnil, pokud dokončil vzdělávací plán v délce 2 až 3 let prezenčního typu, nebo programu sníženého vzdělání s dosažením středního studia s výučním listem. Končí také závěrečnou zkouškou a závěrečným dokumentem je vysvědčení o závěrečné zkoušce a výuční list.
  - střední vzdělání s maturitní zkouškou – žák studium splnil, jestliže absolvoval studijní plán v rozsahu 4 let prezenčního typu vzdělávání, nebo šestiletého/osmiletého gymnázia, nebo plán nástavbového studia v délce 2 let, nebo

sníženého studia s maturitní zkouškou. Tento stupeň končí maturitní zkouškou a dokladem o jejím absolvování je maturitní vysvědčení.

- C. Vyšší stupeň odborného vzdělání – trvá po dobu 3 let, počínaje odbornou praxí, u oboru zdravotnického 3,5 let studia, student ukončuje absolutoriem a dosáhne stupně vyššího odborného vzdělání, jako diplomovaný specialista a má za svým jménem zkratku DiS. (Česko, 2004a).
- D. Vysokoškolské vzdělání – bakalářský studijní program – studium trvá nejméně 3 a nejdéle 4 roky včetně praxe, končí státní závěrečnou zkouškou a obhajobou bakalářské práce, absolvent obdrží titul „bakalář“ (před jménem se uvádí zkratka Bc., jestliže získal titul v oblasti umění uvádí BcA.).
- E. Vysokoškolské vzdělání – magisterský studijní program – na tento program může nastoupit žák, který úspěšně ukončil bakalářský studijní program, studium může trvat minimálně 1 rok a nanejvýš 3 roky, je rovněž ukončeno státní závěrečnou zkouškou s obhajobou diplomové práce. V případě že nenavazuje studijní program na bakalářský, je doba studia 4 až 6 let. Pokud se týká program všeobecné medicíny, zubního, veterinárního lékařství a veterinární hygieny, je ukončen státní rigorózní zkouškou. Student, který zdárně ukončí toto studium, získá opět titul, a to podle toho, jaký obor studoval.
- F. Vysokoškolské vzdělání – doktorský studijní program – studium je individuální, trvá minimálně 3 roky a je ukončeno státní závěrečnou zkouškou a obhajobou disertační práce. Studenti, kteří tento program ukončí, získávají titul „doktor“ (za jménem se uvádí Ph.D.) (Česko, 2019).

## **1.7 Role sestry/ porodní asistentky při podpoře zdravotní gramotnosti u těhotných žen**

Zdravotně gramotný jedinec umí z pohledu ošetrovatelské péče rozlišit lehké nachlazení od vážného onemocnění, ví, v jakém případě si má dojít ke svému lékaři, má přehled v hlavních skupinách volně prodejných léků. Pokud se jedná o jakékoliv onemocnění, umí rozpoznat, kdy tělo potřebuje odpočinek, a tím respektuje požadavky léčebného řádu a je uvážlivý vzhledem ke své rekonvalescenci. Umí rozpoznat odlišnosti, které vznikají u jednotlivých zdravotních problémů, a to jak u sebe, tak u svých blízkých, má znalosti v oblasti fungování lidského těla. Jestliže není zdravý a trpí závažnějším onemocněním, plně respektuje svůj stav a spolupracuje s lékařem a zdravotní sestrou. V domácí lékárně má prostředky a léčiva, která je vhodné

aplikovat s ohledem na věk a životní styl rodinných příslušníků. K chorým nemocným přistupuje vždy se snahou pomoci a s empatií. V jakémkoliv případě je schopen vyhledat odbornou lékařskou pomoc a ví, kde se nachází nejbližší poliklinika. Při stanovení diagnózy naslouchá svému lékaři, řídí se stanoveným léčebným postupem, po přečtení příbalového letáku u léků, které užívá, si na sobě nebo na svých blízkých dokáže všimnout vlivu nežádoucích účinků. V případě, že svému lékaři nebo zdravotní sestře nerozumí, je schopen požádat je o nové vysvětlení nebo objasnění nejasných informací o svém zdravotním stavu nebo stavu svých blízkých (Zdravotní gramotnost dospělých, 2016).

Těhotenství a zdravotní gramotnost. Během těhotenství může docházet ke zvyšování rizika úmrtnosti a mohou se projevit problémy související s těhotenstvím a porodem. Během prenatalních prohlídek je důležité na ženy apelovat, aby zkorigovaly všechny nevídané faktory, které by mohly způsobit nežádoucí účinky vyvolávané těhotenstvím. Studie dokazují, že zlepšení informovanosti těhotných žen vede ke snížení komplikací během těhotenství a porodu, ale také během šestinedělí. Edukace těhotných vede ke snižování počtu nemocí, obtíží, avšak i k významné podpoře zdraví. Zdravotní gramotnost těhotných je velice důležitá, a to, protože těhotná nemusí mít vždy zkušenost se systémem zdravotní péče. Ženy, které mají nízkou zdravotní gramotnost, nemusejí ihned pochytit nové informace a porozumět pokynům lékaře nebo porodní asistentky. Protože se zdravotní systém v průběhu let stále mění a jeho vývoj jde kupředu, může mít negativní dopad na plod a zdraví ženy skutečnost, že tomuto systému nerozumí (Solhi et al., 2019).

## **1.8 Prenatální péče**

V prenatalním období má velký vliv nastávající matka, jež svými rozhodnutími a zvyky působí pozitivně, nebo negativně jak na duševní, tak i na tělesné zdraví svého plodu, ale i na pozdější život dítěte. Před časem publikované studie odhalily, že špatně prožité prenatální období, to znamená nedocházení do prenatalní poradny, špatná péče o zdraví a nedodržování doporučení lékařů a porodních asistentek, přispívá k pozdějšímu vzniku metabolických nebo kardiovaskulárních nemocí. Na předcházení těmto rizikům už v prenatalním období má v dnešní době velký podíl systém zdravotní péče o těhotnou ženu a plod. Prenatální péče tedy znamená profesionální a specializovanou složku péče o zdraví, reflektuje rozvíjející se obor a způsobilost společnosti zaopatřit komplexní přístup (Wilhemová, Hrubá, 2013). Cílem porodní asistentky je napomáhat těhotné ženě v péči o zdraví, ulehčit fyziologický průběh

těhotenství i porodu a podporovat náležitý vývoj plodu. Prenatální péče by se měla týkat nejen zdravotní péče, ale také výchovy a vzdělávání budoucích matek (Bašková, 2015).

Podle doporučeného postupu zásad dispenzární péče v těhotenství, zařazujeme ženu podle prvního vyšetření registrujícím gynekologem, a to na podkladě jejího současného klinického nálezu a získané anamnézy do následných skupin. První skupinou jsou těhotné ženy s nízkým rizikem, které navštěvují prenatální poradnu do 34. týdne těhotenství v období 4 až 6 týdnů a od 34. týdne těhotenství do termínu porodu jedenkrát za 1 až 2 týdny. Druhou skupinu tvoří těhotné ženy s přesně určeným konkrétním rizikem, u nichž je frekvence návštěv zcela individuální a spočívá na rozsahu laboratorních, konziliárních vyšetření, a to podle charakteru a důležitosti klinického stavu těhotné. Těhotná může být do této skupiny zařazena již při prvním vyšetření, nebo kdykoliv v průběhu těhotenství na základě laboratorních a klinických výsledků, které určují dané nebezpečí (Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2018).

Během poskytování prenatální péče se dělí klinická a laboratorní vyšetření na pravidelná a nepravidelná. Pravidelná se provádějí při každé návštěvě, naopak nepravidelná se vykonávají pouze v určitém týdnu těhotenství (Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2018).

### **Pravidelná vyšetření**

Při každé návštěvě v poradně pro těhotné ženy se při pravidelných vyšetřeních doplňují anamnestické údaje. Anamnéza je nedílnou součástí každého vyšetření, kdy porodní asistentka získává podstatné údaje, které jsou důležité pro jednotlivý diagnostický eventuálně léčebný postup. Obzvláště u těhotné pomáhá prenatální vyšetření včas odhalit fyzické a psychické odchylky, které mohou zkomplikovat jak těhotenství, tak i samotný porod. Porodní asistentka musí mít na ženu dostatek času, aby od ní mohla zjistit všechny potřebné informace, ptá se na komplikace, které se vyskytly během tohoto těhotenství, na výsledky vyšetření, která se rutinně vykonávají podle doporučeného postupu u těhotných, na osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, kde nás zajímají především rodiče a sourozenci jak u těhotné, tak u otce dítěte. Zjišťují se různé vrozené vývojové vady, kardiovaskulární onemocnění atd., gynekologické operace, které žena podstoupila, porodní asistentka se ptá i na ostatní operace a úrazy, kde ji především zajímá poškození pánve, které by mohlo negativně ovlivnit průběh porodu. Poté je důležitá znalost průběhu všech předchozích těhotenství a porodů. Sestra zjišťuje počet živě narozených dětí, jejich pohlaví, míry, váhy, zda jsou zdraví, jak probíhalo šestinedělí a kolik měsíců, či roků žena kojila. Dále ji zajímá užívání léčebných přípravků a samozřejmě termín



porodu, pokud už ho žena má určený svým gynekologem (Bašková, 2015). Dále se během pravidelných vyšetření kontroluje hmotnost, měří se krevní tlak, dělá se zevní vyšetření a chemické vyšetření moči (kontroluje se bílkovina, pH, krev a cukr). Podle rozhodnutí lékaře se dělá bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre a od 24. týdne těhotenství detekce známek vitality plodu (Hájek, Čech, Maršál, 2014).

### **Nepravidelná vyšetření**

Nepravidelná vyšetření se vykonávají jen v určitém týdnu těhotenství. Do 14. týdne těhotenství se mimo jiných pravidelných vyšetření zakládá těhotenská průkazka. Průkaz slouží k zaznamenávání všech významných údajů o těhotné a plodu, představuje pomyslnou knížечku. Prázdné kolonky vyplňuje buď gynekolog, nebo porodní asistentka. Česká republika musí mít průkazku jednotnou, pouze se liší různé typy. Každou těhotnou ženu musí porodní asistentka upozornit, že průkaz funguje jako občanský a musí jej mít stále u sebe. Kdyby se stal jakýkoliv úraz či dopravní havárie, aby zdravotníci věděli, že je žena těhotná a jak její těhotenství probíhá, a usnadnilo se stanovení diagnózy. Těhotná je poučena, aby si všechny záznamy do průkazu ukládala (Pařízek, 2015). Ženě je navržen screening nejběžnějších morfologických a chromosomálních vrozených vad plodu, měl by být upřednostňován biochemický a ultrazvukový screening v I. trimestru, tedy kombinovaný, který ale pojišťovna neproplácí (Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2018).

Do 14. týdne těhotenství se provádí laboratorní vyšetření, a to určení krevní skupiny a Rh faktoru, hematokritu, počtu leukocytů, erytrocytů, trombocytů, hladiny hemoglobinu, screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek, serologické vyšetření HIV, HBsAg, protilátek proti syfilis a glykémie nalačno (Marešová, Fiala, 2018). Poté se vykonává ultrazvukové vyšetření (Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2019c). Poté se provádí další ultrazvukové vyšetření, a to ve 20. – 22. tt. Může se také dělat již v rozmezí 18. – 23. tt, které se řadí mezi velmi důležité úkony s detailní charakteristikou morfologií plodu (Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2019b; Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2019c).

Od 24. až do 28. tt se dělá test orálně glukozotoleranční (oGTT) na detekci gestačního diabetu mellitu. Další péče záleží na tom, v jaké skupině se těhotná nachází, zda se jedná o nízké, nebo zvýšené riziko. Prenatální péči obstarává její gynekolog, nad rozsah dispenzární prenatální péče by měl provést UZ vyšetření ve 36. – 37. tt k prokázání normálního růstu plodu, u zvýšeného

rizika zajišťuje perinatologické centrum (Rortočil et al., 2017; Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2019a).

Ve 28. t. gravidity se provádí aplikace anti-D-globulinu u Rh negativních žen. Jako předporodní dávka IgG anti-D se aplikuje 250 µg (Lubušký et al., 2013). Ve 28. – 34. tt se vykonává laboratorní vyšetření s určením počtu leukocytů, erytrocytů, trombocytů, hematokritu, hladiny hemoglobinu, serologické zjištění na syfilis (Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2018). Znovu se musí provést ultrazvukový screening plodu ve 30. – 32. t. gravidity, který musí posoudit počet plodů, jejich polohu, vitalitu, biometrii, která je shodná, jako u UZ ve 20. – 22. tt, umístění placenty a množství plodové vody (Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS), 2019c). Ve 35. – 38. tt se stanovuje odhalení vagino-rektálních streptokoků skupiny B ve vagíně, pokud je výsledek pozitivní, je důležitá profylaxe antibiotiky při odtoku plodové vody, či nástupu děložní činnosti (Měchurová, Vlk, Unzeitig, 2013). V neposlední řadě se provádí také kardiokografický non-stress test (CTG), může se uskutečňovat ve 38., 39. tt a nejpozději od 40. t. gravidity (Marešová, Fiala, 2018).

## 1.9 Poskytovatelé péče

Lékař-gynekolog, porodník, tento okruh spadá do hlavního lékařského oboru. Zásadním cílem je prevence, brzká diagnostika, terapie nemocí reprodukčního systému pacientky, rehabilitace, dispenzarizace a zdravotní výchova. Gynekolog se stará o ženu, určuje diagnostiku, terapii, prevenci různých onemocnění. Lékař, který získal způsobilost v okruhu gynekologie a porodnictví, je způsobilý k samostatnému výkonu pro následné intervence v průběhu fyziologického, patologického průběhu těhotenství, porodu, v etapě po porodu, pro prevenci, odhalení nemocí, terapii ženských orgánů a prsu jak v ambulanci, tak v nemocničním zařízení. Vykonává konzilia pro další odvětví a může se zúčastnit výchovy budoucích lékařů v oboru, které vykonává. Plní další povinnosti v oborech gynekologie a porodnictví, ale potřebným předpokladem je získání další kvalifikace v oborech perinatologie, fetomaternální medicína, urogynekologie, onkologie a reprodukčního lékařství (Andrésová, Slezáková, 2013 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019a, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2019b).

Ve zdravotnických zařízeních, zejména specializovaných na gynekologii, porodnictví se na poskytování ošetrovatelské péče o těhotnou a rodičku podílí porodní asistentka (absolventka vysoké školy tříletého bakalářského studia (Andrésová, Slezáková, 2013). Kromě toho může výkon povolání porodní asistentky dále vykonávat osoba, jež dokončila tříleté studium v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, jestliže započala první

ročník studia nejpozději v roce 2003/2004, dále absolventka střední zdravotnické školy v oboru porodní asistentka nebo ženská sestra, a to v případě, že vzdělání prvního ročníku započalo ve vyučovací roce 1996/1997 (Česko, 2004b).

Podle vyhlášky č. 55/2011 Sb. porodní asistentka bez odborného dohledu a bez stanovení způsobu léčení poskytuje základní ošetrovatelskou péči těhotné, rodičí a ženě v průběhu šestinedělí (to znamená šest týdnů po porodu). Dává rady ohledně životosprávy v těhotenství, přípravy na porod, během kojení, ošetřování novorozence, ale také o antikoncepci. Edukuje maminku ohledně péče o novorozence a správné techniky kojení. Stará se o ženu při fyziologickém těhotenství, diagnostikuje těhotenství, navrhuje a provádí vyšetření nezbytná k pozorování fyziologického těhotenství. Dává také rady ohledně případných komplikací a pokud nastane riziko, a tudíž žena spadá do patologického těhotenství, předá těhotnou do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví. Během kontrol sleduje stav plodu v děloze, pozoruje u těhotné nebo plodu případné patologie, jež požadují zákrok lékaře, a pomáhá mu při zásahu, při absenci lékaře koná naléhavá opatření. Přípravuje těhotnou k porodu, stará se o ni ve všech porodních dobách, může vést fyziologický porod, provádět mimo jiné nástřih hráze, v neodkladných situacích může vést i porod koncem pánevním a může ošetřovat porodní poranění. Přebírá, dohlíží, umisťuje léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a manipuluje s nimi. Také se stará o ženu se zahynulým plodem ve vyšším stupni těhotenství, dále může poskytnout první pomoc v případě resuscitace novorozence bez lékařské indikace, a jeho ošetření, pod vedením lékaře s odbornou způsobilostí může pomáhat při komplikovaném porodu, asistovat při gynekologických výkonech, ale také instrumentovat při porodu na operačním sále (Česko, 2011).

Během získávání informací o těhotné ženě je důležitý rozhovor. Je to řízená a plánovaná komunikace orientovaná na sběr anamnézy a monitoring aktuálního stavu, porodní asistentka musí tedy znát zásady správné komunikace, vyjadřuje se srozumitelně a klade dostatečně hlasitě cílené otázky, které přizpůsobí věku, dovednostem a klinickému stavu ženy. Při rozhovoru v prenatální poradně identifikuje problémy a potřeby ženy a rozpoznává jejich ne/funkčnost (Dušová, Hermannová, Majdyšová, 2019). Stejně důležité jako rozhovor je i pozorování, kterým stanovuje zevní projevy chování dané osoby. Jestliže má být pozorování stoprocentní, musí být promyšlené, uspořádané a úmyslné a jeho výsledky je nutno náležitě zapsat. V práci porodní asistentky se obvykle sleduje stav vědomí, celkový stav pacientky, soběstačnost, objektivní příznaky a odezva nemocné pacientky na léčbu. Porodní asistentka musí mít dostatek specializovaných znalostí, aby mohla získané údaje odhodnotit a případně určit jejich

důležitost, proto pozoruje pacientku při všedních aktivitách. Musí si však dávat pozor na to, aby pozorování nebylo potlačeno vlastními stanovisky a vztahem k pacientce (Tóthová, 2014).

## 2 HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

K hodnocení zdravotní gramotnosti existuje stále více nástrojů a některé jsou vytvořeny v několika jazycích jiné pro speciální populaci či diagnostiku (Osborne, 2013).

### **Nástroje pro hodnocení gramotnosti:**

**REALM**– Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine („rychlé hodnocení gramotnosti dospělých v medicíně“). Tento nástroj se zaměřuje na poznání psaných slov, přesněji řečeno na dovednost správného přečtení daných slov, zabere přibližně 2 až 7 minut. Požaduje od pacienta, aby přečetl 66 slov od primitivních po složitá, může tedy získat celkem 66 bodů, pokud ale nepřečte slovo správně, odebere se jeden bod. Počet získaných bodů zjistí skóre pacienta, který se může umístit na úrovni 3. třídy, 4. – 6. třídy, 7. – 8. třídy a 9. třídy a více. Existuje i rychlejší varianta **REALM-SF** – Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine – short form („rychlé hodnocení gramotnosti dospělých v medicíně – kratší forma“), skládá se pouze ze 7 slov. REALM byl nedávno přepracován na variantu **REALM-R** – Rapid Estimate of Adults Literacy in Medicine – revised, zkrácen ze 66 slov na 8 slov a zabere pouze 2 minuty (Collins et al., 2012; Mandysová, 2016; Mpofu, Oakland, 2010; Osborne, 2013).

**SAHL-S&E** – Short Assessment of Health Literacy – Spanish and English („test krátkého hodnocení zdravotní gramotnosti“). Je vytvořen v anglickém a španělském jazyce, skládá se z rozpoznání slov, je podobný testu REALM (Lee et al., 2010).

**METER** – Medical Term Recognition Test („test poznání lékařských termínů“). Je to krátký test, který je nezávislým měřítkem gramotnosti. Pacienti obdrží seznam slov a požádají o kontrolu těch slov, která rozeznají jako reálná slova. Tento test se svou rychlostí podání přibližuje testu REALM (Osborne, 2013).

**TOFHLA** – Test of Functional Health Literacy in Adults („test funkční gramotnosti dospělých“). Nepoužívá se jenom k prověření schopnosti číst a správně artikulovat, vyslovovat slova, ale k posuzování porozumění zdravotnickým informacím. K jeho dokončení je potřeba přibližně 22 minut. Tento test obsahuje text, ve kterém chybí 5 až 7 slov, a pacient musí tato slova doplnit z uvedených možností. Výsledek se pohybuje od 0–100 bodů, podle skóre jsou rozděleny do skupin gramotnosti (neadekvátní 0–53 bodů, hraniční 54–66 bodů, adekvátní 67–100 bodů). Byla vytvořena i zkrácená verze, a to **S-TOFHLA**, která měla zdravotníkům pomoci a trvala přibližně 7 minut (Griffin et al., 2010; Mandysová, 2016).

**WRAT** – Wide Range Achievement Test („test širokého úspěchu“). Využívá se u lidí od 5 do 74 let, trvá přibližně okolo 3 až 5 minut. Test je založen na dovednosti rozpoznání 100 slov, která jsou uvedena na papíře, a jsou seřazena od nejprimitivnějších po obtížná. Pacient má na začátku 100 bodů, ale pokud slovo přečte nesprávně, bod se odečítá, a v případě, že nedokáže přečíst první 3 slova, test se ukončuje. Tento test byl již několikrát pozměněn a předělán (Mandysová, 2016; Mpofu, Oakland, 2010).

**NVS** – „The Newest Vital Sign<sup>TM</sup>“ (NVS) (test nejnovějších fyziologických funkcí) Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005). Byl vytvořen Barrym D. Weissem, MD a jeho kolektivem. Byl stanoven k okamžitému vyhodnocení dovedností pacienta v oblasti zdravotní gramotnosti, aby bylo zřejmé, jak je pacient schopen porozumět zdravotním informacím, podle nichž může lékařský pracovník či sestra konat, komunikovat. Byl vyvinut v anglickém a španělském jazyce a má koeficient spolehlivosti 0,76. Autor vysvětloval, že jiné nástroje pro hodnocení gramotnosti jsou příliš dlouhé a zaberou příliš mnoho času a nejsou vhodné pro běžné použití, a navíc jsou jen v anglickém jazyce. Tento test zabere pouze pár minut. Byl použit při výzkumu zdravotní gramotnosti u těhotných žen a v praktické části je popsán do většího detailu (Arizona Health Sciences Center, 2005; Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

## **2.1 Zdravotní gramotnost a její úroveň v České republice a ve světě**

Na začátku byla udělána rešeršní strategie. V první fázi byla zvolena klíčová slova (která jsou uvedena v anotaci) v anglickém, slovenském a českém jazyce a vymezeno časové období od roku 2009 do současnosti. Pro vyhledávání rešeršní strategie byly zvoleny dvě metody. První z nich se specializovala na rešerši Národní lékařské knihovny, kde bylo nalezeno 20 knižních zdrojů a 5 kapitol z knih v českém jazyce. Odborné články psané česky a slovensky byly hledány v elektronických zdrojích databáze BMČ (Bibliographia medica Českoslovac) a nalezeno bylo 58 článků v českém jazyce a 25 článků ve slovenském jazyce. Ze zahraničních databází Medline Complete a CINAHL Plus with Full text bylo dohledáno 109 záznamů. Druhá metoda byla použita za pomoci on-line databází Theses, Medvik, Google Scholar, PubMed, kam byla rovněž zadávána klíčová slova. Bylo nalezeno velké množství záznamů, ale některé neodpovídaly tématu práce, proto do této diplomové práce nebyly zařazeny. Celkem bylo využito 81 zdrojů, z toho bylo 53 v českém jazyce, v anglickém jazyce bylo 27 a 1 byl ve slovenském jazyce.

Výzkum zdravotní gramotnosti proběhl v České republice v roce 2014, byl zprostředkován Státním zdravotním ústavem (SZÚ) v kooperaci Ministerstvem zdravotnictví ČR a Kanceláři

WHO ČR, jeho výsledky byly představeny v roce 2015 ve Vídni. Probíhal metodou dotazníkového šetření i v 8 zemích Evropské unie, a to v Bulharsku, Irsku, Nizozemsku, Německu, Polsku, Rakousku, Řecku a Španělsku (Kučera, Pelikan, Štefllová, 2016).

Systematická studie zdravotní gramotnosti byla zkoumána ve třech oblastech (ve zdravotní péči, v prevenci nemocí a v podpoře zdraví). V každé z osmi zemí EU se zúčastnilo 1000 respondentů starších 15 let, kteří vyplňovali dotazník o 90 položkách (Kučera, Pelikan, Štefllová, 2016). V České republice se ve všech krajích výzkumu zúčastnilo 1037 respondentů starších 15 let (Šimůnková, Vojtíšková, 2015). Výběr byl uskutečněn pomocí kvótního výběru, podle pohlaví, vzdělanosti, věku, kraje a velikosti obce. Dotazníkové šetření trvalo zhruba kolem 40 minut, sběr dat probíhal osobním dotazováním v domácnosti prostřednictvím počítače (CAPI) (Kučera, 2017).

Porovnání celkové zdravotní gramotnosti s ostatními 8 zeměmi EU, kde se Česká republika (CZ) umístila na předposledním místě, za ní je pouze Bulharsko (BG), které zaujímá poslední místo (Kučera, Pelikan, Štefllová, 2016). Velká část dotazovaných v CZ měla podprůměrnou úroveň zdravotní gramotnosti (Šimůnková, Vojtíšková, 2015). Naopak vrchol s adekvátní zdravotní gramotností prezentují Nizozemsko (NL) 37,1 %, Irsko (IE) 35,2 %, Německo (DE – Severní Porýní – Vestfálsko) 34,5 % a Polsko (PL) 34,5 %. Rakousko (AT) se svými 32 % se velmi blížilo CZ, která měla jen 31,8 % adekvátní gramotnosti. Řecko (EL) a Španělsko (ES) také dopadly lépe (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015).

Při výzkumném šetření celkové zdravotní gramotnosti bylo zjištěno, že obyvatelstvo České republiky prokazuje téměř v 60 % (přesně 59,4 %) neadekvátní nebo problematickou celkovou zdravotní gramotnost, z toho 19,1 % vykazuje neadekvátní zdravotní gramotnost a až 40,3 % prokazuje problematickou zdravotní gramotnost, což je více než polovina zkoumaného vzorku a což znamená velký problém české populace. Zbýlých 40,60 % prokazovalo buď dostatečnou, nebo excelentní zdravotní gramotnost (Kučera, Pelikan, Štefllová, 2016).

Porovnáním čtyř sfér zdravotní gramotnosti u 1037 dotazovaných byla v České republice zjištěna nejlepší úroveň porozumění informacím zaměřeným na oblast zdravotní péče, naopak nejhůře dopadla oblast podpory zdraví (Hamplová et al., 2015). V oblasti gramotnosti zdravotní péče uspěla více než polovina, přesně tedy 50,50 % dotazovaných s dostatečnou nebo excelentní gramotností, naopak 49,5 % respondentů prokázalo neadekvátní nebo problematickou gramotnost. To tedy znamená, že jen polovina respondentů v ČR umí získat, pochopit a vyhodnotit informace, které se vztahují ke zdravotní péči. Hůře dopadla gramotnost

v oblasti prevence nemocí, kde více než polovina respondentů (54,6 %) dosáhla neadekvátní nebo problematické gramotnosti, prokázala tedy neschopnost získat informace, využít je a zhodnotit a umět předcházet danému onemocnění. Naopak nejhůře jsme na tom v oblasti podpory zdraví, kde si pouze 35,70 % dotazovaných umí své zdraví zachovat a posílit (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

Při tomto výzkumu bylo zjištěno, že zdravotní gramotnost je omezena demografickými a socioekonomickými proměnnými, zejména vzděláním, věkem, peněžní situací, sociálním statutem, ale také faktorem, který ovlivňuje zdravotní chování, a to tělesnou aktivitou a hmotností. Nejvíce působí na gramotnost věk, jenž je v ČR nejtypičtějším ukazatelem z výše porovnávaných zemí EU, důležité je tedy věnovat čas a prostor zdravotní gramotnosti u seniorů. Nejvyšší frekvence návštěvnosti lékaře, jak se jeví v ČR, svědčí o tom, že nepřímá úměra mezi zdravotní gramotností a frekvencí návštěv je obzvláště silná a bylo tedy konstatováno, že jediným východiskem, jak tuto frekvenci zmenšit, je zesílit zdravotní gramotnost (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

Mojžíšová, Dvořáčková a Kajanová ve svém výzkumu popsaném v článku Vybrané aspekty zdravotní gramotnosti u klientů ohrožených chudobou (Mojžíšová et al., 2017) mapovaly faktory, které ovlivňují zdravotní gramotnost u lidí, kteří se ocitli ve složité sociální situaci a mají nárok dostávat dávky státní sociální podpory. Výzkumu se zúčastnili 2 muži a 7 žen, kteří byli obyvateli Jihočeského kraje. Zjistili základní faktory, které ovlivňují zdravotní gramotnost. Jednalo se o zdroje informací, které měli jedinci k dispozici v období zdravotních problémů, dále finanční situaci, která se prohloubila v souvislosti s výdaji na léčbu, ale také v souvislosti s možností prevence. Poté u respondentů identifikovali potřebu rychlého uspokojení okamžitých potřeb při zdravotních obtížích bez použití zdravotnických služeb (Mojžíšová et al., 2017).

V období od listopadu 2015 do května 2016 probíhal výzkum na téma: „Vliv zdravotní gramotnosti na přijetí očkování proti chřipce a černému kašli: průřezová studie španělských těhotných žen“ ve Valencii u žen, které porodily. Do studie bylo zahrnuto 119 žen, jejich průměrný věk byl  $32,3 \pm 5,5$  let. Z nich 52 % žen byly prvorodičky. Také zjišťovali nejvyšší dosažené vzdělání, kdy základní vzdělání mělo 40 žen, střední školu 42 zúčastněných a vysokou školu 37 respondentek. Úroveň zdravotní gramotnosti ve výzkumu hodnotili pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005) a pomocí SALHSA\_50 a SILS. Vyhodnocením dotazníku NVS zjistili, že 13 žen mělo nedostatečnou



zdravotní gramotnost a získalo (0-1 bod), 38 respondentek mělo omezenou zdravotní gramotnost a dostalo (2-3 body) a adekvátní zdravotní gramotnost (4-6 bodů) mělo 68 žen. A u dotazníku NVS nebyl zjištěn žádný statistický významný rozdíl mezi ženami, které přijaly nebo odmítly očkování (Castro-Sánchez-E et al., 2018).

V roce 2011 byl udělán systematický přehled zdravotní gramotnosti, kde dva recenzenti vybrali nezávislé studie, které porovnávaly výsledky rozdílů v měřených úrovních zdravotní gramotnosti nebo v počtu. Články byly v anglickém jazyce dohledány pomocí databází MEDLINE, CINAHL, PsycINFO, ERIC a Cochrane Library od roku 2003 do února roku 2011, bylo vyhledáno 96 relevantních studií ve 111 článcích z toho bylo 98 článků o zdravotní gramotnosti, 22 o počítání a 9 o obou. Přezkum ukázal, že nízká zdravotní gramotnost je spojena s větším počtem hospitalizovaných, s hojnějším vyživáním pohotovostní péče, s horší schopností prokázat patřičné užívání léků, s malým příjmem mamografického screeningu, vakcín proti chřipce a u starších osob horší celkový zdravotní stav a vyšší úmrtnost (Berkman et al., 2011).

Nejnovější výzkum, který se týkal porodnictví a byl dohledán, byl proveden od listopadu 2017 do května 2018 ve dvou porodnicích přiléhajících k jižní oblasti Valencie ve Španělsku. Výzkum se zaměřil na to, aby analyzoval vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti, která byla zjišťována pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005) u žen během ranného šestinedělí a užívání tabáku během těhotenství. Studie se zúčastnilo 193 žen, které byly v časném šestinedělí (tedy do 48 hodin po porodu). U respondentek byly zjišťovány sociodemografické proměnné (věk, země původu, rodinný stav, povolání, vzdělání a povolání a vzdělání jejich partnerů) a porodnické charakteristiky (gestační stáří, parita, typ porodu a porodnická rizika). Jejich průměrný věk byl 32,9 let, 103 žen byly prvorodičky, a 29,5 % (57) respondentek kouřilo během těhotenství průměrně 7,2 cigaret denně na začátku těhotenství. Průměrné skóre dotazníku NVS bylo 3,7 bodů z toho 9,3 % respondentek mělo neadekvátní zdravotní gramotnost, 32,5 % žen mělo omezenou gramotnost a 58 % dotazovaných mělo adekvátní zdravotní gramotnost. Bylo zjištěno, že čím je vyšší úroveň vzdělání, tím je i vyšší úroveň zdravotní gramotnosti. Dále, že ženy, které nekouřily, měly vyšší zdravotní gramotnost než ženy, které tabák užívaly. A respondentky, které neměly rizikové těhotenství, měly vyšší zdravotní gramotnost než těhotné s vysokým rizikem. Z této studie vyplývá, že nízká úroveň zdravotní gramotnosti je spojena s užíváním tabáku (Vila-Candel et al., 2020).

Dotazník „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005) byl přeložen i do slovenštiny, kde byl využit u 140 respondentů, studentů gymnázia, sester a u pacientů, kteří byli v ambulanci praktického lékaře. Jejich minimální věk musel být 17 let. Výzkum proběhl v roce 2010. Ze všech respondentů 54 získalo 6 bodů, 29 získalo 5 bodů, 24 získalo 4 body, 14 získalo 3 body, 10 získalo 2 body, 6 respondentů získalo 1 bod a 0 bodů získali pouze 3 zúčastnění. Z toho nejvyššího průměrného skóre dosáhla skupina studentů gymnázia a sester. Naopak nejnižší skóre měli pacienti, kteří navštěvovali ambulanci všeobecného lékaře pro dospělé (Dingová, Jakubcová, 2011).

## **2.2 Současný stav poznání v České republice**

V České republice nebyla nalezena žádná studie, která by zkoumala zdravotní gramotnosti pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005) u těhotných žen. Proto je důležité se této problematice více věnovat.

Ale Kocmanová (2020) ve své diplomové práci na téma Zdravotní gramotnost u žen podstupujících gynekologickou operaci, použila k výzkumu dotazník „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005). Výzkumu se zúčastnilo 63 žen, které podstupovaly gynekologickou operaci a 65 % žen mělo adekvátní gramotnost, 32 % respondentek mělo omezenou gramotnost a pouze 3 % žen mělo vysokou pravděpodobnost omezené gramotnosti (Kocmanová, 2020).

Zdravotní gramotnosti u těhotných se zabývala také Wilhelmová ve své disertační práci na téma Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. Zkoumala zdravotní gramotnost u žen během šestinedělí. Do výzkumu bylo zařazeno 360 žen. Během své studie zjistila, že velké množství šestinedělek není v kondici, na své těhotenství se připravovala pouze čtvrtina žen a na mateřství pouze jen třetina žen. Zjistila, že častěji kouří ženy, které mají nižší vzdělání a šestinedělky, které mají kouření ve své rodinné anamnéze. Dále vyzkoumala, že nepřímo úměrné je BMI a těhotenský přírůstek hmotnosti k nejvyššímu dosaženému vzdělání a respondentky, které navštěvovaly obsáhlý prenatální kurz byly lépe připravené na porod i na šestinedělí. Zdravotní gramotnost respondentek byla přímo úměrná jejich dosaženému vzdělání (Wilhelmová, 2014).

Olecká a Ivanová v článku na téma Zdravotní gramotnost matek prvorodiček v prvním půlroce mateřství, zjišťovaly, jaká je zkoumaná zdravotní gramotnost prvorodiček v prvním půlroce mateřství. Hledaly v databázích Scopus a Web of Science v období od července do srpna 2015.

Bylo vyhledáno 31 studií, z toho bylo analyzováno pouze 17 a z toho 11 byly studie kvantitativního typu, které sbíraly data formou rozhovorů (hloubkové, semistrukturované rozhovory) a také kombinace rozhovoru a focus group. K získávání zdravotní gramotnosti používaly testy k měření: REALM, TOFHLA, WRAT-3, SASH, PHLAT, NVS. Kvalitativní studie byly poměrně vysoké a studie se skládala ze vzorku více než 20 respondentů. Zjistily, že nejvíce výzkumníky v oblasti zdravotní gramotnosti zajímalo téma získání si dovedností a znalostí. V České republice chybí výzkumy, které se zabývají potřebami prvorodiček. Dále zjistily, že se používají existující nástroje ke měření zdravotní gramotnosti, než by se vyvíjely nové. Také, že není jednoznačně prokázána přímá souvislost mezi zdravím dítěte a vyšší úrovní zdravotní gramotnosti matky (Olecká, Ivanová, 2016).

Jak již bylo psáno výše, nebyla nalezena žádná studie v ČR, která by zkoumala zdravotní gramotnost u těhotných žen pomocí dotazníku NVS (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005). Proto se druhá část této diplomové práce zabývá zdravotní gramotností u těhotných žen a je zjišťovaná pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign<sup>TM</sup>“ (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005).

## II VÝZKUMNÁ ČÁST

### 3 VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

**Cíl 1:** Zjistit zdravotní gramotnost u těhotných žen, a to za pomoci české verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

**Průzkumná otázka 1:** Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti u těhotných žen zjišťovaná pomocí české verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)?

**Cíl 2:** Zjistit, zda úroveň zdravotní gramotnosti souvisí s vybranými demografickými charakteristikami (věkem, vzděláním, počtem let školní docházky).

**Průzkumná otázka 2:** Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem?

**Průzkumná otázka 3:** Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání?

**Průzkumná otázka 4:** Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a počtem let školní docházky?

**Cíl 3:** Zjistit vztah mezi mírou porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost a úrovní zdravotní gramotnosti.

**Průzkumná otázka 5:** Jaký je rozsah porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost, jaké jsou její subjektivní znalosti?

**Průzkumná otázka 6:** Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost?

#### 3.1 Metodika výzkumu

K výzkumu diplomové práce bylo zvoleno kvantitativní šetření formou standardizovaného dotazníku. K dotazníku byly přidány doplňující otázky. Odpovědi na doplňující otázky byly získány formou krátkého rozhovoru nahrávaného na diktafon.

#### 3.2 Průzkumný design

Jedná se o kvantitativní šetření. Podstatou kvantitativního výzkumu je statisticky popsat typ závislosti mezi dvěma proměnnými, změřit sílu této závislosti a najít, jak jsou proměnné mezi sebou závislé a proč. Tento typ výzkumu pracuje s větším souborem respondentů, využívá

metodu dotazníku, rozhovoru a analýzy dat. Jeho výstupem jsou často tabulky a grafy založené na statické analýze dat (Kutnohorská, 2009; Punch, 2008). Naše údaje byly zjišťovány pomocí dotazníku a doplňující informace byly zjišťovány ústně. Dotazník by měl mít logickou strukturu, kterou by měl výzkumník dodržovat a používat otázky s uzavřeným počtem variant odpovědí. Mezi jeho výhody patří rychlost rozhovoru, snadné zpracování a jednoduché zaznamenávání odpovědí.

### **3.3 Příprava výzkumu**

Před samotným začátkem výzkumného šetření byla vyplněna, vytisknuta a podána žádost o provedení výzkumu v rámci diplomové práce v nemocnici v Jihočeském kraji na oddělení gynekologicko-porodnickém. Výzkum probíhal na porodní ambulanci tohoto lůžkového oddělení, která je součástí nemocnice, kde mimo jiné probíhala také pilotáž. Nejdříve byla žádost schválena vrchní sestrou gynekologicko-porodnického oddělení, poté následovalo schválení vedoucí práce a vedoucí Katedry porodní asistence a zdravotně sociální práce Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Také byl připraven informovaný souhlas s výzkumem. Při oslovení respondentka dostala dva jeho výtisky k přečtení a pokud souhlasila a chtěla se výzkumného šetření zúčastnit, informované souhlasy podepsala, jeden si ponechala a druhý odevzdala. Informovaný souhlas se nachází v Příloze A.

### **3.4 Pilotní studie**

Pilotáž ověřuje výzkum po stránce věcné, prověřuje stanovené otázky z hlediska obsahu, předpovídá následující průběh výzkumu, řeší komplikace spojené s tazateli a s vybraným vzorkem (Kutnohorská, 2009). Znamená to tedy realizaci výzkumu na malé skupině respondentů, kde zjistíme, zda se vyplatí provádět výzkum ve větším měřítku, jinými slovy určíme, zdali jsou získané údaje svým způsobem pozoruhodné a použitelné. Jestliže se ukáže, že nejsou, dotazování je ukončeno. V pilotní studii dále ověřujeme, zda respondent naší položené otázky plně rozuměl, abychom si ověřili, že budeme zkoumat to, co zkoumat chceme (Chromý, 2014). Pilotáž byla provedena v období září až říjen 2019 u 13 těhotných žen. Získané údaje nebyly do následujícího výzkumu začleněny, protože některé informace, které byly zjišťovány v pilotáži, se na nakonec ukázaly jako zbytečné a nebyly využity. U dotazníku NVS (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) se žádný problém nevyskytl. Pilotní studii bylo potvrzeno, že respondentky rozumějí doplňkovým otázkám i standardizovanému dotazníku, a proto je možno dále ve výzkumu pokračovat. Pilotáž v našem výzkumu považujeme za velmi

přínosnou. Doplňující otázky pro pilotní studii se nacházejí v Příloze B. Získaná data v pilotním výzkumu najdeme v Příloze C, D, E.

### **3.5 Výzkumný soubor**

Získávání dat probíhalo od září 2019 do února 2020 na porodnické ambulanci gynekologicko-porodnického oddělení v nemocnici v Jihočeském kraji. Do zkoumaného souboru byly záměrným výběrem vybrány těhotné ženy od 37. týdne těhotenství do 42. týdne těhotenství, navštěvující porodnickou ambulanci. Bylo osloveno 60 těhotných žen, ale 10 z nich odmítlo účast. Všech 50 těhotných žen poskytlo úplné údaje, žádná z nich neúplné údaje neposkytla, tak nemusely být respondenty ze zpracování dat vyřazeny. Daný týden těhotenství jsme zjistili z těhotenské průkazky podle data poslední menstruace nebo podle data z ultrazvuku. Ženy, které byly zařazeny do výzkumného šetření, musely s výzkumem souhlasit a podepsat informovaný souhlas a též být ve stabilním stavu. Do výzkumu nebyly zařazeny ženy, které se nacházely v první, druhé anebo třetí době porodní, a to z toho důvodu, že by jejich data mohla být ovlivněna porodními bolestmi, podanými analgetiky atd. a to by jim mohlo zamezit se soustředit.

### **3.6 Použité nástroje ke sběru dat**

#### **3.6.1 Nástroj „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)**

Jako nástroj ke sběru dat ve výzkumu byl použit standardizovaný dotazník přeložený do českého jazyka „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Držitelem autorských práv tohoto dotazníku je firma Pfizer Inc. (“PFIZER”). Nástroj „The Newest Vital Sign™“ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) byl poskytnut k překladu do českého jazyka za účelem tohoto výzkumu Univerzitě Pardubice s tím, že diplomová práce mohla být dokončena po tomto datumu. Nikdo jiný nesmí nástroj „The Newest Vital Sign™“ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) použít. Dotazník mohl být použit pouze v papírové podobě, nikoli elektronicky, a proto není uveden v přílohách. Na dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) musel být uveden text Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved (Všechna práva vyhrazena).

„The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) je vytvořen z výživových hodnot uvedených na nádobě na zmrzlinu a skládá se ze dvou archů. Těhotná

žena obdržela část s vytištěnou výživovou tabulkou, která je součástí dotazníku. Zde byly napsány výživové hodnoty zmrzliny, byla poučena, aby si je prostudovala, byla upozorněna, že se může na vytištěnou výživovou tabulku stále odkazovat, a to tak často, jak bude potřebovat, a i během odpovědi na otázky.

Po prostudování výživových hodnot zmrzliny byly ústně položeny otázky, které byly napsány na druhé části archu dotazníku, které respondentka neviděla. Těhotná žena měla tolik času, kolik potřebovala, a to z toho důvodu, aby se mohla obrátit na vytištěnou výživovou tabulku. Nebyl tudíž přesně dán maximální čas pro zodpovězení otázek. Průměrná doba, která byla nutná k zodpovězení otázek, trvala okolo 3 minut. Tento arch nástroje sloužil k zaznamenávání získaných odpovědí, na kterém bylo zobrazeno 6 otázek, u každé otázky byla napsána správná odpověď, políčko pro zaškrtnutí správné odpovědi (buď ANO nebo NE). Na konci byl klíč k vyhodnocení dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Klíč k vyhodnocení dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) je zobrazen níže. Pokud respondentka zodpověděla na danou otázku správně, bylo zaškrtnuto políčko ANO, naopak pokud odpověděla nesprávně, či odpověď nevěděla, bylo zaškrtnuto políčko NE. Za každou správnou odpověď dostala respondentka 1 bod, jestliže odpověděla nesprávně, či odpověď neznala, dostala 0 bodů. Součástí pokynů, které byly u dotazníku k dispozici bylo, že pokud dotazovaná neuměla odpovědět, stačilo říct: „*Pojďme na další otázku.*“ Záznamový arch se správnými odpověďmi jsme dotazovaným nesměli ukazovat, protože by to mohlo ovlivnit hodnocení. Během dotazování jsme na odpovědi nereagovali, ale v případě, kdy se respondentka zeptala, stačilo říct: „*Neukážu Vám správné odpovědi, pokud neskončíte, ale zatím si vedete dobře. Ted' pojďme na další otázku.*“ U všech respondentek nebylo podkládáno všech 6 otázek, protože v případě, že dotazovaná odpověděla na otázku č. 5 špatně, otázka č. 6 nebyla pokládána. U všech respondentek probíhalo dotazování za stejných podmínek.

První otázka dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) se týkala počtu kilokalorií, musela dotazovaná tedy vypočítat počet kilokalorií celého balení zmrzliny. V druhé otázce musela spočítat počet gramů sacharidů. Třetí otázka se týkala výpočtu počtu gramů nasycených mastných kyselin. Ve čtvrté otázce musela spočítat procenta kilokalorií. Pátá otázka se již výpočtu netýkala, spočívala hledají odpovědi v textu. Šestá otázka také spočívala v hledání odpovědi v textu.



**Klíč k vyhodnocení „The Newest Vital Sign™“ (NVS)** (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

Jak již bylo uvedeno výše, dotazník se skládal z 6 otázek, za každou správnou odpověď získala respondentka 1 bod, maximální počet bodů byl tedy 6.

Pokud získala:

- 0–1 bod naznačovalo vysokou pravděpodobnost ( $\geq 50\%$ ) omezené gramotnosti,
- 2–3 body naznačovalo možnost omezené gramotnosti,
- 4–6 bodů téměř vždy vypovídalo o adekvátní gramotnosti (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

Podrobné informace k vyhodnocování jednotlivých otázek jsou společně s výsledky zobrazeny v části prezentace získaných údajů pro přehlednost.

### **3.6.2 Doplnující otázky k výzkumu**

K dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) byly sestaveny doplňující otázky, a to formou rozhovoru, který byl nahráván na diktafon. Jednalo se o strukturovaný rozhovor, u kterého se postupuje podle předem připravených otázek, dodržuje se jejich přesné znění a pořadí. Tazatel nesmí ovlivňovat respondenta svými postoji a názory, musí působit nestranně, nesmí ho kritizovat ani komentovat (Kutnohorská, 2009). Z těhotenské průkazky byly zjištěny základní údaje (rok narození, věk, týden těhotenství, gravidita respondentky). Data z těhotenské průkazky byly převedeny do tabulky a nachází se v Příloze G. Poté byly během rozhovoru položeny tyto otázky: *„Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Kolik let jste studovala? Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů? Z jakých zdrojů? Porozuměla jste všem těmto informacím? Do jaké míry jste tyto informace využila pro podporu svého zdraví?“* Informace ohledně vzdělání se nacházejí v Příloze H a údaje týkající se zjišťování informací ohledně těhotenství se nalézají v Příloze I.

### **3.7 Postup sběru údajů**

Prvním krokem bylo oslovení těhotné ženy, která přišla do porodnické ambulance na prenatalní prohlídku. Po prohlédnutí její těhotenské průkazky dále zjištění, v jakém týdnu těhotenství se nyní nachází. Pokud splňovala podmínky pro zařazení do výzkumného šetření a nacházela se od 37. týdne do 42. týdne těhotenství, byla oslovena s dotazem, zda by souhlasila se svojí účastí

ve výzkumném šetření. Nezbytností bylo, aby žena, která souhlasila s účastí na průzkumu, podepsala informovaný souhlas. Každá respondentka byla ujištěna, že účast je dobrovolná a všechny údaje budou anonymizovány. Jestliže respondentka informovaný souhlas podepsala, přešlo se k výzkumu, který se skládal se dvou částí. Použité nástroje jsou popsány v Podkapitole použité nástroje ke sběru dat. První část výzkumu začínala rozhovorem, který byl nahráván na diktafon a po přepsání získaných dat byly rozhovory smazány. V druhé části byl k ověřování zdravotní gramotnosti použit nástroj, tedy standardizovaný dotazník „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005), získaná data byla zaznamenána do záznamového archu dotazníků.

### 3.8 Analýza dat

Získaná data, která byla získána ze standardizovaného dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a doplňujícího rozhovoru, byla zpracována pomocí tabulek v programu Microsoft Office Excel 2016 a stanovené hypotézy byly testovány v programu STATISTICA 12. Byl využit Spearmanův koeficient pořadové korelace. Část získaných dat během výzkumu byla zobrazeny popisnou (deskriptivní) statistikou. To je shrnutí dat, které zobrazuje přehledné informace o měřených jevech. Byl zjišťován průměr, minimum, maximum, medián a směrodatná odchylka. Dále byly k zobrazení použity tabulky četností, kde je vyobrazena četnost a relativní četnost (Chrátka, 2016).

Nejdříve byly stanoveny pracovní hypotézy, ze kterých byly utvořeny nulové hypotézy a alternativní hypotézy. Nulová hypotéza pomocí statistických termínů tvrdí, že mezi proměnnými, které zkoumáme, není žádný vztah, naopak alternativní hypotéza tvrdí, že mezi testovanými proměnnými vztah existuje. Pro testování byla zvolena hladina významnosti  $\alpha = 5$ , tedy 5 %. Statistickou významnost koeficientu, tedy i testované závislosti, můžeme určit pomocí jeho p-hodnoty. Když je nižší než zvolená hladina významnosti 5 %, můžeme považovat závislost měřenou koeficientem jako statisticky významnou. Intenzitu korelační závislosti pak dává přímo hodnota koeficientu (Hebák et al., 2013; Chrátka, 2016).

Hypotézy byly testovány pomocí korelačního koeficientu. Spearmanův korelační koeficient se může použít, v případě, kdy se má rozhodnout, jak na sobě těsně závisí dvě proměnné, které byly změřeny pomocí ordinálního měření. Spearmanův korelační koeficient se využívá pro měření síly závislosti, založený na pořadí jedinců uspořádaných podle velikosti vzhledem ke dvěma sledovaným veličinám, tedy se nejedná o spojité proměnné. Měří tedy asociaci dvou proměnných vyžadující neparametrické testování. Může nabývat hodnot z intervalu  $<-1;1>$ ,

znaménko pak signalizuje směr, plus přímou a mínus nepřímou korelaci. Hodnoty korelačního koeficientu blízké nule vypovídají o tom, že pořadí jsou nahodile zpřeházená a mezi sledovanými veličinami není závislost, tedy žádný vztah. Čím více se hodnota koeficientu blíží hodnotě -1 nebo 1, tím je vztah mezi jevy těsnější. Jestliže je koeficient korelace kladný, znamená to, že vyšším hodnotám u jednoho měřeného jevu zodpovídají též snáze vyšší hodnoty u jevu druhého a současně nižším hodnotám u prvního jevu zodpovídají též nižší hodnoty u druhého jevu. Pokud je výsledek korelace záporný, vypovídá to o tom, že jevy, které byly porovnávány, mají opačný vztah, to tedy znamená, že vysokým hodnotám jedné proměnné vypovídají spíše nízké hodnoty druhé proměnné a opačně (Hebák et al., 2013), (Chráška, 2016). Chráška, 2016 uvádí, že ve výzkumech se převážně pracuje s koeficienty korelace, které mají absolutní hodnotu minimálně 0,40 a uvádí pro přehlednou, přibližnou interpretaci těsnosti vypočítaného korelačního koeficientu tabulku (Tab. 1).

**Tabulka 1 Přehledná interpretace hodnot korelačního koeficientu (Chráška, 2016)**

Koeficient korelace	Interpretace
$r = 1$	Naprostá závislost (funkční závislost)
$1,00 > r \geq 0,90$	Velmi vysoká závislost
$0,90 > r \geq 0,70$	Vysoká závislost
$0,70 > r \geq 0,40$	Střední (značná) závislost
$0,40 > r \geq 0,20$	Nízká závislost
$0,20 > r \geq 0,00$	Velmi slabá závislost
$r = 0$	Naprostá nezávislost

Součástí výzkumu byl standardizovaný dotazník „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005), doplněn rozhovorem s doplňujícími otázkami, jak je popsáno v podkapitole použité nástroje ke sběru dat. Formou rozhovoru byly položeny také tyto dvě uzavřené otázky: „Porozuměla jste všem těmto informacím? Do jaké míry jste tyto informace využila pro podporu svého zdraví?“. Tím byla zkoumaná i subjektivně zjištěná zdravotní gramotnost. V obou uzavřených otázkách měly respondentky na výběr z pěti možností. Odpovědi byly bodově ohodnoceny od jednoho bodu do pěti bodů, poté došlo k sečtení bodů

z obou otázek, tím pádem dotazovaná mohla získat maximální počet bodů 10 (Tab. 2). Získané počty bodů byly porovnány pomocí korelačního Spearmanova koeficientu s úrovní zdravotní gramotností získané pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

**Tabulka 2: Bodové hodnocení doplňujících otázek**

Porozumění získaným informacím		Využití informací pro podporu svého zdraví	
Odpověď	Počet bodů	Odpověď	Počet bodů
Rozhodně ano	5	100 %	5
Spíše ano	4	75 %	4
Nevím	3	50 %	3
Spíše ne	2	25 %	2
Rozhodně ne	1	0 %	1

Dále byly převedeny nominální proměnné na číselné proměnné z toho důvodu, aby bylo možno testovat v programu STATISTICA 12. (Tab. 3)

**Tabulka 3: Přeměna nominálních proměnných (vzdělání)**

Základní	1
Střední s výučním listem	2
Střední s maturitní zkouškou	3
Vyšší odborné	4
Vysokoškolské – bakalářské studium	5
Vysokoškolské – magisterské studium	6

## 4 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této kapitole jsou představeny výsledky výzkumného šetření.

### 4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Celkem bylo získáno ke zpracování údajů 50 respondentek. Nejmladší dotazované bylo 18 let, naopak nejstarší bylo 46 let, průměrný věk respondentek činil 30,54 let plus minus 5,68 let. Výzkumného šetření se zúčastnilo 22 (44 %) žen, které byly těhotné poprvé a 56 % žen, činily ženy vícerodičky (Tab. 4). Získána data se nachází v Příloze G.

**Tabulka 4** Parita respondentek

Parita	I.	II.	III.	IV.	V.	VII.
N=50	22	13	9	3	2	1
n (%)	(44,00)	(26,00)	(18,00)	(6,00)	(4,00)	(2,00)

Legenda: I. – Primipara, II. – Secundipara, III. – Tercipara, IV – Quintipara, VII. – Septipara

V tabulce 5 jsou informace o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentek. Z 50 (100 %) získalo 24,00 % respondentek nejvyšší dosažené vzdělání střední školu s maturitou a vysokoškolské bakalářské studium Data viz Příloha H.

**Tabulka 5** Vzdělání respondentek

Vzdělání	N=50 n (%)
Základní	8 (16,00)
Střední s výučním listem	6 (12,00)
Střední s maturitní zkouškou	12 (24,00)
Vyšší odborné	2 (4,00)
Vysokoškolské – bakalářské studium	12 (24,00)
Vysokoškolské – magisterské studium	10 (20,00)

Dále bylo zjišťováno u respondentek, kolik let celkově studovaly, 9, 11 a 17 let studovaly 4 (8 %) respondentek, 12 let - 6 (12 %) dotazovaných, 13, 16 a 18 let studovaly 7 (14 %) žen, 14 let - 3 (6 %), 15 let pouze 1 respondentka, 19 let 5 (10 %) a 20 let jen 2. Průměrný počet let studia činil 14,81, minimální počet let studia byl 9 let a maximálně dotazované ženy studovaly 20 let, směrodatná odchylka činila 3,21 let, medián celkového počtu let studia činil 15,50 let. Získaná data ohledně počtu let studia se nachází v Příloze H.

#### 4.1.1 Výsledky k průzkumné otázce č. 1: „Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti u těhotných žen zjišťovaná pomocí české verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)?“

##### 4.1.1.1 Vyhodnocení dotazníku české verze „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)

**Otázka č. 1** *Pokud sníte celé balení, kolik kilokalorií sníte?*

Správná odpověď, při této otázce byla 1000 kilokalorií. Pokud tedy respondentka odpověděla správně, získala 1 bod, jestliže odpověď byla jiná, získala 0 bodů (Tab. 6).

**Tabulka 6 Otázka č. 1**

Odpověď	Správná	Špatná
N=50	20	30
n (%)	(40,00)	(60,00)

**Otázka č. 2** *Pokud máte povoleno ke svačině sníst 60 g sacharidů, kolik zmrzliny byste si mohla dát?*

U této otázky byla správná odpověď 1 šálek (anebo jakékoliv množství menší než jeden šálek), půl balení, ale jestliže respondentka odpověděla 2 porce, měli jsme se zeptat: *Kolik by to bylo zmrzliny, pokud byste ji odměřovala do misky?* Za správnou jsme považovali i odpověď 2 porce (Tab. 7).

**Tabulka 7 Otázka č. 2**

Odpověď	Správná	Špatná
N=50	37	13
n (%)	(74,00)	(26,00)

Na otázku č. 2 odpovědělo správně 37 žen. Z toho na základní otázku odpovědělo 1 šálek pouze 5 (13,51 %) respondentek, 21 (56,76 %) dotazovaných odpovědělo na základní otázku 2 porce, pak jim byla položena doplňující otázka. Na tu odpověděly 1 šálek a pak bylo 11 (29,73 %) těhotných, který odpověděly na základní otázku 2 porce, ale bohužel na doplňující otázku už neznaly odpověď.

**Otázka č. 3** *Lékař Vám doporučit snížit obsah nasycených mastných kyselin ve stravě. Obvykle každý den sníte 42 g nasycených mastných kyselin, včetně jedné porce zmrzliny. Pokud přestanete jíst zmrzlinu, kolik gramů nasycených mastných kyselin byste pak každý den zkonsumovala?*

Ve třetí otázce byla správná odpověď 33 g, stejné jako u ostatních otázek. Jestliže respondentka odpověděla správně, získala jeden bod, pokud ne, dostala nula bodů (Tab. 8).

**Tabulka 8 Otázka č. 3**

Odpověď	Správná	Špatná
N=50	17	33
n (%)	(34,00)	(66,00)

**Otázka č. 4** *Pokud běžně jíte 2500 kilokalorií denně, kolik procent z denního příjmu kilokalorií sníte v jedné porci zmrzliny?*

U otázky č. 4, byla správná odpověď 10 %, výsledky k této otázce jsou zobrazeny v tabulce (Tab. 9).

**Tabulka 9 Otázka č. 4**

Odpověď	Správná	Špatná
N=50	21	29
n (%)	(42,00)	(58,00)

### **Otázka č. 5** *Je pro Vás bezpečné jíst tuto zmrzlinu?*

U této otázky byla správná odpověď *ne*, pokud respondentka odpověděla správně, mohla pokračovat na další, poslední otázku. Pro ostatní dotazované, které odpověď nevěděly, dotazník byl ukončen a vyhodnocen. Vyhodnocení výsledků na otázku č. 5 se nachází v tabulce (Tab. 10).

**Tabulka 10** Otázka č. 5

Odpověď	Správná	Špatná
N=50	44	6
n (%)	(88,00)	(12,00)

### **Otázka č. 6** Proč ne?

Tato otázka byla položena jen respondentkám, který odpověděly na otázku č. 5 správně, jak jsme zmínili výše. Vyhodnocení na tuto otázku se nachází v tabulce (Tab. 11).

**Tabulka 11** Otázka č. 6

Odpověď	Správná	Špatná
N=44	39	5
n (%)	(88,64)	(11,36)

### **Hodnocení dotazníku české verze „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)**

Vyhodnocením dotazníku NVS bylo zjištěno, že nejnižší počet bodů, tedy minimum, byl 1,00 bod, z toho vyplývá, že žádná respondentka nezískala 0 bodů, maximální počet bodů byl 6,00 bodů a medián celkového počtu bodů činil 4,00. Hodnocení dotazníku NVS bylo shrnuto do tabulky (Tab. 12) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Veškerá data sesbíraná během výzkumu týkající se „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005), se nachází v Příloze F.



**Tabulka 12 Vyhodnocení „The Newest Vital Sign TM“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)**

Úrovně gramotnosti	N=50 n (%)
0-1 bod naznačovalo vysokou pravděpodobnost ( $\geq 50\%$ ) omezené gramotnosti	9 (18,00)
2-3 body naznačovalo možnost omezené gramotnosti	12 (24,00)
4-6 bodů téměř vždy vypovídalo o adekvátní gramotnosti	29 (58,00)

#### **4.1.2 Výsledky k průzkumné otázce č. 2: Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a věkem?**

##### **Testovaná hypotéza č. 1, vázána k průzkumné otázce č. 2**

Pracovní hypotéza: Věk má vliv na úroveň zdravotní gramotnosti.

$H_0$ : Vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem těhotných žen je nulový.

$H_A$ : Vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem těhotných žen není nulový (je statisticky významný).

Testování bylo provedeno v programu STATISTICA, byl testován vztah mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti. Vztah mezi věkem a nejvyšším dosaženým počtem bodů dotazníku NVS nebyl testován, protože všem respondentkám nebyla položena poslední otázka. Hladina významnosti pro testování byla zvolena 5 %. Těsnost vztahu mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti je zhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu „ $r_s$ “ = 0,086 za velmi slabou (Tabulka přibližné těsnosti korelačního koeficientu je uvedena v metodice v analýze dat). Z toho vyplývá, že věk nemá na úroveň zdravotní gramotnosti vliv. Z p-hodnoty vyplývá, že přijímáme nulovou hypotézu (tedy vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a věkem je nulový, protože  $p > \alpha$  a alternativní hypotézu zamítáme (Tab. 13).

**Tabulka 13 Korelační matice ve vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem respondentek**

Proměnná	Hodnota – Spearmanova koeficientu	p – hodnota
Věk x Úroveň zdravotní gramotnosti	0,086	0,554

Interpretace výsledků:

Mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti zjišťované pomocí standardizované dotazníku NVS nebyl prokázán statisticky významný vztah (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Test byl proveden na hladině významnosti 5 %.

#### **4.1.3 Výsledky k průzkumné otázce č. 3: Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání?**

##### **Testovaná hypotéza č. 2, vázaná k průzkumné otázce č. 3**

Pracovní hypotéza: Úroveň nejvyššího dosaženého vzdělání má vliv na úroveň zdravotní gramotnosti.

H<sub>0</sub>: Vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání je nulový.

H<sub>A</sub>: Vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání není nulový (je statisticky významný).

Spearmanova korelace, která byla provedena v programu STATISTICA 12 byla zhodnocena na hladině významnosti 5 %, jako statisticky významná, bylo to doloženo červeným zbarvením korelačního koeficientu. Těsnost vztahu mezi úrovní zdravotní gramotností a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání je zhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu „r<sub>s</sub>“ = 0,624 za střední (Tabulka přibližné těsnosti korelačního koeficientu je uvedena v metodice v analýze dat). Z toho vyplývá, čím vyšší vzdělání tím vyšší úroveň zdravotní gramotnosti. Potvrdila se tak hypotéza, že existuje vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání. Z toho vyplývá, že nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní, protože  $p < \alpha$ , a to udává, že mezi zkoumanými jevy je vztah (Tab. 14).

**Tabulka 14 Korelační matice vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání**

Proměnná	Hodnota – Spearmanova korelačního koeficientu	p – hodnota
Úroveň nejvyššího dosaženého vzdělání x Úroveň zdravotní gramotnosti	0,624	0,000

Interpretace výsledků

Mezi úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání a úrovní zdravotní gramotnosti zjišťované pomocí standardizovaného dotazníku NVS, byl prokázán statisticky významný vztah (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Test byl proveden na hladině významnosti 5%.

#### **4.1.4 Výsledky k průzkumné otázce č. 4: Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a počtem let školní docházky?**

**Testovaná hypotéza č. 3, vázaná k průzkumné otázce č. 4**

Pracovní hypotéza: Počet let školní docházky má vliv na úroveň zdravotní gramotnosti.

H<sub>0</sub>: Vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a počtem let školní docházky je nulový.

H<sub>A</sub>: Vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a počtem let školní docházky není nulový (je statisticky významný).

Spearmanova korelace, která byla provedena v programu STATISTICA 12 byla zhodnocena na hladině významnosti 5 %, jako statisticky významná, bylo to doloženo červeným zbarvením korelačního koeficientu. Těsnost vztahu mezi úrovní zdravotní gramotností a počtem let školní docházky je zhodnocena podle Spearmanova korelačního koeficientu „r<sub>s</sub>“= 0,552 za střední (Tabulka přibližné těsnosti korelačního koeficientu je uvedena v metodice v analýze dat). Potvrdila se tak hypotéza, že existuje vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a počtem let školní docházky. Z toho vyplývá, že nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní, protože  $p < \alpha$  (Tab. 15).

**Tabulka 15 Korelační matice vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti a počtem let školní docházky**

Proměnná	Hodnota – Spearmanův koeficient	p – hodnota
Počet let školní docházky x Úroveň zdravotní gramotnosti	0,552	0,000

Interpretace výsledků

Mezi počtem let školní docházky a úrovní zdravotní gramotnosti zjišťované pomocí standardizovaného dotazníku NVS, byl prokázán statisticky významný vztah (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Test byl proveden na hladině významnosti 5 %.

#### 4.1.5 Výsledky k průzkumné otázce č. 5 Jaký je rozsah porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost, jaké jsou jejich subjektivní znalosti?

K průzkumné otázce se vázaly doplňující otázky, který byly respondentkám položeny během výzkumu. Sesbíraná data týkající se doplňujících otázek jsou uvedena v Příloze I a Příloze J. První otázka zněla: „Čerpala jste informace z nějakých zdrojů?“. Při této otázce byly těhotné ženy dotazovány, zda čerpaly zdravotnické informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů. Z celkové počtu (n=50), odpověděly ano 47 (94 %) těhotných a ne pouze 3 (6 %) respondentky. Ženám, které odpověděly na první otázku ne, další otázky nebyly pokládány.

Druhá položka zněla „Z jakých zdrojů?“. Tato otázka byla položena pouze 47 respondentkám. Nejčastěji uváděly internet, gynekolog, knihy a časopisy (Tab. 16). (Poznámka: Tabulka 16- Součet procent nedává 100 % z důvodu možnosti více odpovědí. Odpovědi respondentek na otevřenou otázku byly roztrženy do těchto pěti kategorií.)

**Tabulka 16 Zdroje**

Odpověď	Internet	Gynekolog	Knihy, časopisy	Příbuzní, známí	Kurzy, školy
N=47	31	17	15	12	5
n (%)	(65,96)	(36,17)	(31,91)	(25,53)	(10,64)

Třetí otázka byla „Porozuměla jste všem těmto informacím?“. Tato otázka byla pokládána pouze ženám, které odpověděly na první otázku *Ano*, jak již je psáno výše. Nejvíce žen odpovědělo rozhodně ano a spíše ano (Tab. 17).

**Tabulka 17 Porozumění zdravotnickým informacím**

Odpověď	Rozhodně ano (5*)	Spíše ano (4*)	Nevím (3*)	Spíše ne (2*)	Rozhodně ne (1*)
N=47	22	21	1	3	0
n (%)	(46,81)	(44,68)	(2,13)	(6,38)	(0,00)

\*čísla uvedená v závorkách značí počet bodů, který respondentka mohla při zodpovězení získat

Čtvrtá položka zněla „Do jaké míry jste tyto informace využila pro podporu svého zdraví?“. Z celkového počtu 47 respondentek odpovědělo nejvíce na tuto otázku, že využily informace na 75 % (Tab. 18).

**Tabulka 18 Využití zdravotnických informací pro podporu svého zdraví**

Odpověď	100 % (5*)	75 % (4*)	50 % (3*)	25 % (2*)	0 % (1*)
N=47	8	15	7	4	13
n (%)	(17,02)	(31,91)	(17,89)	(8,51)	(26,67)

\* čísla uvedená v závorkách značí počet bodů, který respondentka mohla při zodpovězení získat

Minimální počet po sečtení bodů ze třetí a čtvrté otázky byly 3 body, naopak maximální počet byl 10 bodů, průměrný počet bodů činil 7,34 bodů, medián byl 8,00 bodů a směrodatná odchylka činila 1,67 bodů. V tabulce 19 je zobrazeno kolik respondentek získalo určitý počet bodů. Získaná data se nachází v Příloze K.

**Tabulka 19 Získaný počet bodů**

Počet bodů	10	9	8	7	6	5	3
N=47	4	8	13	8	5	8	1
n (%)	(8,51)	(17,02)	(27,66)	(17,02)	(10,64)	(17,20)	(2,13)

#### 4.1.6 Výsledky k průzkumné otázce č. 6 Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost?

Hypotéza č. 4, vázaná na průzkumnou otázku č. 6

Pracovní hypotéza: Úroveň zdravotní gramotnosti má vliv na porozumění informací o zdraví pro laickou veřejnost.

H<sub>0</sub>: Vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost je nulový.

H<sub>A</sub>: Vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a porozuměním informacím o zdraví pro laickou není nulový (je statisticky významný).

Testování bylo provedeno v programu STATISTICA 12. Úroveň zdravotní gramotnosti byla porovnána s porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost (součtem bodů dvou posledních otázek tázané při doplňujícím rozhovoru (Tab. 2) vysvětleno v analýze dat. Podle Spearmanova korelačního koeficientu neexistuje žádná závislost mezi porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost a úrovní zdravotní gramotnosti. Nepotvrdila se tak hypotéza, že existuje vztah mezi zdravotní gramotností a porozuměním zdravotnickým informacím pro laiky. Z toho vyplývá, že přijímáme nulovou hypotézu. Tedy vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost je nulový, protože  $p > \alpha$  ( $p > 0,757$ ) a alternativní hypotézu zamítáme. Potřebná data k tomuto testování se nacházejí v Příloze F a v Příloze J.

**Tabulka 20 Korelační matice ve vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti a porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost**

Proměnná	Hodnota – Spearmanův koeficient	p – hodnota
Míra porozumění x Úroveň zdravotní gramotnosti	0,040	0,757

#### Interpretace výsledků

Vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti zjišťované pomocí standardizovaného dotazníku NVS (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a porozuměním laickým zdravotnickým informacím byl prokázán statisticky nevýznamný. Test byl proveden na hladině významnosti 5 %.

## 5 DISKUZE

Tato diplomová práce je věnována zdravotní gramotnosti u těhotných žen, vzhledem k tomu, že tato oblast v České republice je v současnosti málo prozkoumaná. Ve výzkumné části je zdravotní gramotnost u těhotných žen zjišťována pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005), který byl přeložen do českého jazyka a poskytnut vedoucí práce. Tohoto výzkumného šetření se zúčastnilo 50 respondentek.

**Průzkumná otázka 1:** Jaká je úroveň zdravotní gramotnosti u těhotných žen zjišťovaná pomocí české verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)?

V prvním cíli byla zjišťována zdravotní gramotnost u těhotných žen pomocí české verze dotazníku. Výsledky dopadly uspokojivě, protože více jak polovina respondentek (29 (58 %)) získala 4-6 bodů a téměř vždy to vypovídalo o adekvátní zdravotní gramotnosti. Výsledky, které ukazují na možnost omezené gramotnosti při získání 2-3 bodů mělo 12 (24 %) respondentek a pouze 9 dotazovaných (18 %) získaly 0-1 bod, a to naznačovalo vysokou pravděpodobnost ( $\geq 50$  %) omezené gramotnosti. Nejtěžší byla pro těhotné otázka č. 3, kde měly vypočítat počet gramů nasycených mastných kyselin v jedné porci zmrzliny. Pouze 17 dotazovaných uvedlo správnou odpověď. Naopak nejsnadnější byla otázka č. 5, kde respondentky musely hledat odpověď v poskytnuté nutriční tabulce zmrzliny. Z celkového počtu správnou odpověď uvedlo 44 (88 %) těhotných. Nejdéle dotazované přemýšlely nad otázkou č. 1, kde musely vypočítat počet kilokalorií, když by snědly celé balení zmrzliny, musely v textu najít počet porcí zmrzliny, které balení obsahuje a vynásobit počtem kilokalorií obsažené v jedné porci zmrzliny.

V období od července do srpna 2013 probíhal výzkum porodnických pacientek pomocí dotazníku NVS, který prováděl klinický lékárník nebo studentský lékárník pod dohledem lékárníka v rámci klinické praxe. Výzkumu se zúčastnilo 140 respondentů, jejich průměrný věk byl 27 let. Celé věkové rozmezí respondentů bylo od 16 let do 49 let, z toho 64 % respondentů bylo ve věku od 21 let do 30 let. Průměrné skóre dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) bylo 3 a 49 % respondentů mělo skóre  $\leq 3$  (2-3 bodů), což naznačuje omezenou gramotnost. Oproti této diplomové práci mělo omezenou gramotnost pouze 24 % těhotných. Pacientky do věku 21 let měly vyšší podíl omezené gramotnosti (78,9 %) v porovnání se staršími respondenty. Autoři tohoto výzkumu uvádějí, že NVS je rychlý a snadno se používá a mohl by se využívat ke běžnému screeningu zdravotní gramotnosti v porodnické klinice (Ragland, Payakachat, 2015).

V roce 2017 Brangan, Ivanišič, Rafaj a Rowlands testovali zdravotní gramotnost u pacientů v nemocnici pomocí ověřené chorvatské verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Do výzkumu bylo zahrnuto 100 pacientů, z toho bylo 55 % žen, 44 % nad 65 let, 59 % bylo v důchodu, 58 % mělo středoškolské vzdělání. Uvádí, že průměrná doba dokončení nástroje NVS byla 4,2 minuty. Z celkové počtu respondentů jich 31 % získalo 3 body, vyskytuje se u nich tedy možnost omezené zdravotní gramotnosti. Nejjednodušší byla pro dotazované otázka č. 5, kde museli respondenti hledat odpověď v textu. I v této diplomové práci byla tato otázka pro respondentky nejjednodušší. Naopak výsledky uvádějí, že nejtěžší byla otázka č. 1, kdy správně odpovědělo pouze 24 % dotazovaných. Z výsledků je také zřejmé, že 59 ze 76 dotazovaných, kteří odpověděli na otázku č. 1 nesprávně, uváděli 250 kilokalorií. V této diplomové práci nad otázkou č. 1, kde musely ženy vypočítat počet kilokalorií balení zmrzliny, těhotné nejdéle přemýšlely, ale nejtěžší byla pro ně otázka č. 3, kde musely vypočítat počet gramů nasycených mastných kyselin. Adekvátní zdravotní gramotnost mělo 42 % pacientů, odpovědi ukazující na možnost omezené zdravotní gramotnosti mělo 51 % a 7 % respondentů mělo vysokou pravděpodobnost omezené zdravotní gramotnosti. Výsledky vyhodnocení nástroje NVS však nelze 100 % srovnávat, protože tento výzkum se týkal jak mužů, tak i žen, zatímco v této diplomové práci se zkoumala zdravotní gramotnost pomocí NVS pouze u těhotných žen (Brangan et al., 2018).

**Průzkumná otázka 2:** Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem?

Druhým cílem bylo zjistit vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a věkem respondentek. Z popisné statistiky bylo zjištěno, že nejmladší dotazované bylo 18 let, nejstarší bylo 46 let, průměrný věk činil 30,54 let plus minus 5,68 let. Úroveň zdravotní gramotnosti byla získaná pomocí české verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Testováním pomocí Spearmanova korelačního koeficientu na hladině významnosti 5 % nebyl prokázán statisticky významný vztah, protože p-hodnota byla 0,554. Těsnost vztahu mezi věkem a úrovní zdravotní gramotností byla posouzena za velmi slabou. Z tohoto testování lze usoudit, že věk na úroveň zdravotní gramotnosti získané pomocí dotazníku nemá vliv, a tedy neznamená, že čím bude dotazovaná starší, bude mít vyšší úroveň zdravotní gramotnosti.

Ve výzkumu, který byl realizovaný Státním zdravotním ústavem v rámci spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a Kanceláře WHO v ČR, bylo zjištěno, že čím je dotazovaný starší, tím je zjevnější snížení hodnot celkového skóre zdravotní gramotnosti. Rozdíly mezi úrovní zdravotní gramotnosti mezi ženami a muži nebyly ve výzkumu nalezeny. Při použití



nástroje NVS bylo zjištěno, že souvisí s věkem dotazovaných. S rostoucím věkem úroveň zdravotní gramotnosti hodnocená pomocí NVS narůstala (do 50 let a poté klesala). Nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti byla zjištěna ve věku mezi 30 a 50 rokem života (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

**Průzkumná otázka 3:** Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání?

V další průzkumné otázce spadající do druhého cíle, bylo zkoumáno, zda existuje vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání. Z popisné statistiky bylo zjištěno, že vysokoškolské vzdělání, jak bakalářské, tak i magisterské, mělo 22 (54 %) respondentek, nejméně jich mělo vzdělání vyšší odborné a 8 (16 %) z celkového počtu 50 (100 %) dotazovaných mělo vzdělání základní. Pomocí Spearmanova korelačního koeficientu byl zjištěn tento vztah za statisticky významný již na první pohled, a to díky červenému zbarvení korelačního koeficientu. Korelační koeficient „ $r_s$ “= 0,624 vyšel kladný, jednalo se tedy o vztah přímé úměry. Těsnost vztahu mezi úrovní zdravotní gramotnosti zjištěné pomocí dotazníku a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání, byla posouzena jako střední. Potvrdilo se, že existuje vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a úrovní nejvyššího dosaženého vzdělání, protože p-hodnota byla 0,000. Je možné tedy říct, že čím bude vyšší dosažené vzdělání, tím bude vyšší úroveň zdravotní gramotnosti zjištěné pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005).

Vila-Candel; Navarro-Illana; Mena-Tudela; Pérez-Ros; Castro-Sánchez; Soriano-Vidal; Quesada ve své studii Vliv zdravotnické gramotnosti na užívání tabáku během těhotenství u španělských žen zjistili, že čím je vyšší úroveň vzdělání, tím je i vyšší úroveň zdravotní gramotnosti (Vila-Candel et al., 2020). Ukazují tedy na skutečnost, že úroveň dosaženého vzdělání je silným činitelem zdravotní gramotnosti, který ovlivňuje její úroveň. Toto zjištění je v souladu s touto diplomovou prací, kde také bylo zjištěno, že čím je vyšší úroveň zdravotní gramotnosti, tím je vyšší i úroveň dosaženého vzdělání (Vila-Candel et al., 2020). (Podrobnější popis studie se nachází v podkapitole Zdravotní gramotnost a její úroveň v České republice a ve světě).

V roce 2017 Brangan, Ivanišič, Rafaj a Rowlands zkoumali zdravotní gramotnost v nemocnici u pacientů za použití chorvatské verze nástroje „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Při výzkumu také zjistili, že byla pozorována pozitivní souvislost

mezi úrovní zdravotní gramotnosti a úrovní vzdělání. Ukázalo se, že respondenti, kteří měli vyšší dosažené vzdělání, měli podstatně vyšší skóre NVS. Žádný pacient, který měl vysokou úroveň vzdělání neměl tedy nízkou zdravotní gramotnost. Toto zjištění je také v souladu s touto diplomovou prací, kde bylo zjištěno, že čím vyšší dosažené vzdělání bude respondentka mít, tím bude i vyšší úroveň zdravotní gramotnosti (Brangan et al., 2018).

**Průzkumná otázka 4:** Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a počtem let školní docházky?

Ve druhém cíli, ve čtvrté průzkumné otázce bylo zjišťováno, jestli existuje vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti získané pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a počtem let školní docházky. Z popisné statistiky bylo zjištěno, že minimální počet let studia činil 9 let, maximální počet let studia byl 20 let, průměrný počet let studia byl 14,81 let, medián 15,50 let a směrodatná odchylka činila 3,21 let. Pomocí Spearmanovy korelace byl tento vztah vyhodnocen na hladině významnosti 5 % za statisticky významný. Korelační koeficient byl červeně zbarvený. Díky jeho hodnotě „ $r_s$ “ = 0,552 považujeme těsnost vztahu za střední. P-hodnota byla 0,000 a tím se potvrdila hypotéza, že existuje vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a počtem let školní docházky. Lze tedy říci, že čím větší počet let školní docházky, tím lepší úroveň zdravotní gramotnosti.

**Průzkumná otázka 5:** Jaký je rozsah porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost, jaké jsou jejich subjektivní znalosti?

V dalším cíli byl zkoumán rozsah porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost a jejich subjektivní znalosti. Respondentkám byly položeny čtyři otázky. Na první otázku, zda čerpaly informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů, odpověděla skoro většina respondentek ano – celkem 47 (94 %) a ne pouze 3 respondentky. Už tím, že dotazované si dokázaly získat přístup k informacím ohledně těhotenství, naznačovalo, že určitou úroveň zdravotní gramotnosti mají. Definice zdravotní gramotnosti totiž říká, že gramotný člověk je ten, kdo je schopen si získat přístup k informacím, porozumět jim a využít je pro podporu svého zdraví (WHO, 2020). Ve druhé otázce respondentky, které odpověděly na první otázku ano, odpovídaly, z jakých zdrojů čerpaly informace ohledně těhotenství. Nejvíce respondentek (31 (65,96)) uvedlo, že si většinou hledaly informace ohledně těhotenství na internetu. V dnešní době tento způsob hledání informací ohledně svého zdravotního stavu využívá velká část populace. Druhá nejčastější odpověď byla gynekolog, dále knihy, časopisy, příbuzní, známí, kurzy a školy. Třetí otázka byla, zda respondentky porozuměly všem těmto informacím. Mohly

si vybrat z pěti možností, každá odpověď byla bodově ohodnocena od 5 bodů do 1 bodu. Odpověď rozhodně ano (5) uvedlo 22 (46,81 %) dotazovaných, druhou nejčastější možností bylo spíše ano (4), to odpovědělo 21 (44,68 %) těhotných, odpověď nevím (3) uvedla pouze jedna respondentka a spíše ne (2) odpověděly 3 dotazované. Čtvrtá otázka zněla: „*Do jaké míry jste tyto informace využila pro podporu svého zdraví?*“. Respondentky si vybíraly odpověď z pěti možností, odpovědi byly také bodově ohodnoceny, a to od 5 do 1 bodu. Nejvíce dotazovaných tedy 15 (31,91 %) uvedlo odpověď, že využily získané informace na 75 %, využití informací na 100 % využilo 8 těhotných, odpověď 50 % uvedlo 7 (17,89 %) respondentek, 4 těhotné odpověděly, že získané informace využily na 25 % a na 0 % informace nevyužilo až 13 (26,67 %). Tato odpověď (využití získaných informací na 0 %) byla vcelku překvapivá.

**Průzkumná otázka 6:** Jaký je vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti a porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost?

Posledním cílem bylo zjistit, zda existuje vztah mezi úrovní zdravotní gramotnosti zjištěné pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) a porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost. Z popisné statistiky bylo zjištěno porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost (součtem bodů dvou posledních otázek tázané při doplňujícím rozhovoru). Nejmenší počet bodů (3 body) získala 1 respondentka, naopak nejvyšší počet bodů (10 bodů) získaly 4 dotazované, 9 bodů získalo 8 těhotných, 8 bodů mělo 13 respondentek, 7 bodů dostalo 8 těhotných žen, 6 bodů mělo 5 žen a 5 bodů získalo 8 respondentek. Podle testování Spearmanova korelačního koeficientu neexistuje žádná závislost mezi porozuměním informacím pro laickou veřejnost a úrovní zdravotní gramotnosti zjišťované pomocí dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005). Alternativní hypotéza se nepotvrdila a zamítá se, protože p-hodnota je 0,757. Přijímá se hypotéza nulová – vztah mezi úrovní zdravotní gramotností a porozuměním informacím o zdraví pro laickou veřejnost je nulový.

## 5.1 Doporučení pro praxi

Z výsledků tohoto výzkumného šetření bylo zjištěno, že více jak polovina těhotných žen měla adekvátní gramotnost, ale stále 42 % žen spadalo do kategorie nízká nebo střední gramotnost. Proto je důležité zdravotní gramotnost nejen u těhotných žen, ale u celé populace České republiky zvyšovat. Také z toho důvodu, že ve výzkumném šetření, kde se porovnávala v této oblasti Česká republika s osmi různými zeměmi světa, se ČR umístila na předposledním místě (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

Pro praxi by bylo vhodné se více zaměřit na informovanost těhotných žen. Edukovat těhotné ženy by měla porodní asistentka či gynekolog ihned při jejich prvním kontaktu v prenatalní poradně. Vhodné by bylo zavedení edukačních seminářů, které by vedla vyškolená porodní asistentka a byly by hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tím by byly přístupné i pro sociálně slabší skupiny žen, které by si je jinak nemohly dovolit. Během těchto seminářů by bylo vhodné edukovat i partnera, protože podpora ze strany rodiny může zlepšit zdravotní gramotnost a tím mít příznivé účinky na zdraví. Semináře by bylo vhodné dělat podle úrovně zdravotní gramotnosti, která by mohla být zjištěna pomocí dotazníku NVS. Těhotné by na seminářích byly seznámeny s těhotenstvím, s vyšetřovacími metodami, které budou muset podstoupit, s porodem a s péčí v oblasti šestinedělí. Dále by byly edukovány v oblasti prevence rizikových návyků, v oblasti zdravých návyků, v oblasti zdraví a v oblasti související se zdravotní gramotností.

## 6 ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zaměřovala na zdravotní gramotnost u těhotných žen. Skládala se z teoretické a praktické části. V teoretické části byli čtenáři seznámeni se základními informacemi, které se týkaly zdravotní gramotnosti a těhotenství, také s hodnocením zdravotní gramotnosti a její úrovní v České republice a ve světě. Pro praktickou část bylo zvoleno kvantitativní šetření metodou standardizovaného anonymního dotazníku české verze „The Newest Vital Sign<sup>TM</sup>“ (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005), který byl poskytnut vedoucí této práce. Výzkumné šetření bylo provedeno v nemocnici Jihočeského kraje a zúčastnilo se ho 50 těhotných žen.

Prvním cílem bylo zjistit zdravotní gramotnost u těhotných žen, a to za pomoci české verze výše uvedeného dotazníku. Vyhodnocení dotazníku NVS bylo uspokojivé, protože více jak polovina, tedy 58 % žen mělo adekvátní gramotnost, 24 % respondentek mělo omezenou gramotnost a bohužel 18 % těhotných mělo vysokou pravděpodobnost omezené gramotnosti. Vyhodnocením dotazníku NVS byl první cíl splněn. Avšak je důležité stále úroveň zdravotní gramotnosti u těhotných žen zvyšovat.

Druhým cílem, bylo zjistit, zda úroveň zdravotní gramotnosti souvisí s vybranými demografickými charakteristikami (věkem, vzděláním, počtem let školní docházky). Vyhodnocením bylo zjištěno, že věk nemá na gramotnost vliv, oproti vzdělání a počtu let školní docházky. Bylo zjištěno, že čím vyšší úroveň vzdělání nebo čím více let odchozené školní docházky dotazovaná měla, tím byla i vyšší úroveň zdravotní gramotnosti. I tento cíl byl splněn.

Posledním cílem bylo zjistit, jaký je vztah mezi mírou porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost a úrovní zdravotní gramotnosti. Bylo zjištěno, že neexistuje žádný vztah mezi mírou porozumění informacím o zdraví pro laickou veřejnost a úrovní zdravotní gramotnosti. Vyhodnocením získaných odpovědí byl tento cíl splněn.

Nástroj „The Newest Vital Sign<sup>TM</sup>“ (NVS) (Powers et al., 2010, Weiss et al., 2005) se jeví jako vhodný pro používání hodnocení zdravotní gramotnosti v praxi, protože jeho používání je rychlé, přesné a jeho podání zabere jen pár minut. Také byl již validován v některých dalších zemích světa.

## POUŽITÁ LITERATURA

1. ANDRÉSOVÁ, M. a L. SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4341-7.
2. Arizona Health Sciences Center. University of Arizona Researcher Develops New Tool for Rapid Assessment of Health Literacy Skills [online]. Tucson: University of Arizona. 2005 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <https://pfe-pfizercom-prod.s3.amazonaws.com/health/NVS-release-120605-English.pdf>
3. BAŠKOVÁ, M. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
4. BELIŠOVÁ, M. *Průvodce těhotenstvím: léky v těhotenství, zdravá výživa, vitamíny a minerály, co s sebou do porodnice*. 3. aktualiz. vyd. Brno, 2014: Česká lékárna holding.
5. BERKMAN, ND., SHERIDAN, SL., DONAHUE, KE., HALPERN, DJ., CROTTY, K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011, 155:97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005> PMID: 21768583 4.
6. BINDER, T. a B. VAVŘINKOVÁ. *Těhotná v ordinaci negynekologa*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 9788020425188.
7. BRANGAN, S., IVANIŠIĆ, M., RAFAJ, G., ROWLANDS, G. Health literacy of hospital patients using a linguistically validated Croatian version of the Newest Vital Sign screening test (NVS-HR). *PLoS ONE* [online]. 2018, 3(2): e0193079. [cit. 2020-01-12]. DOI: 10.1371/journal.pone.0193079. Dostupné z: [https://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=WOS&search\\_mode=GeneralSearch&qid=3&SID=C45Ty66vRueUUR9b4qe&page=1&doc=1](https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=3&SID=C45Ty66vRueUUR9b4qe&page=1&doc=1)
8. CENTER FOR HEALTH CARE STRATEGIES. Inc.: Fact sheet. What is health literacy? CHCS 2013. Princeton, NJ, USA. Dostupné z: [https://www.chcs.org/media/CHCS\\_Health\\_Literacy\\_Fact\\_Sheets\\_2013.pdf](https://www.chcs.org/media/CHCS_Health_Literacy_Fact_Sheets_2013.pdf)
9. COLLINS, S. A. et al. Health literacy screening instruments for eHealth applications: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics* [online]. 2012, 45(3), 598–607 [cit. 2020-01-12]. DOI: 10.1016/j.jbi.2012.04.001. ISSN 15320464. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1532046412000548>

10. ČELEDOVÁ, L. a J. HOLČÍK. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3809-6.
11. ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
12. ČESKO. Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2019, částka 39 [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-111#cast4>
13. ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004a, částka 190. ISSN 1211-1244.
14. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. 2004b, částka 30 [cit. 2020-02-01] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
15. ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 482–543. ISSN 1211-1244.
16. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS). Zásady dispenzární péče v těhotenství. *Sbírka doporučených postupů* [online]. 2018, č. 1 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-01-zasady-dispenzarni-pecce-v-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>
17. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS). Gestáční diabetes mellitus. *Sbírka doporučených postupů* [online]. 2019a, č. 5 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-05-gestastacni-diabetes-mellitus-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>
18. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS). Podrobné hodnocení morfologie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20.–22. týdnu těhotenství. *Sbírka doporučených postupů* [online]. 2019b, č. 4 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-04-podrobne-hodnoceni-morfologie-plodu-pri-ultrazvukovem-vysetreni-ve-20-22-tydnu-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>

www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-04-podrobne-hodnoceni-morfologie-plodu-pri-uz-vysetreni-ve-20-22-tydnu-tehotenstvi-dp-cgps-clj-jep-revize.pdf

19. Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS). Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče. *Sbírka doporučených postupů* [online]. 2019c, č. 3 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-03-pravidelna-uz-vysetreni-v-prubehu-prenatalni-pece-dp-cgps-clj-jep-revize.pdf>
20. DINGOVÁ, M. a T. JAKUBCOVÁ, Zdravotná gramotnost – nový pojem pre ošetrovateľskú prax. Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie. *Osetrovateľstvo*. 2011, 1(1), 34–41. ISSN 1338-6263. Dostupné také z: [http://www.osetrovatelstvo.eu/\\_files/2011-01/34-zdravotna-gramotnost-novy-pojem-pre-osetrovatelsku-prax.pdf](http://www.osetrovatelstvo.eu/_files/2011-01/34-zdravotna-gramotnost-novy-pojem-pre-osetrovatelsku-prax.pdf)
21. DUŠOVÁ, B., M. HERMANNOVÁ a V. MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.
22. EUROPEAN COMMISSION. *Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. Brussels, 2007.
23. GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 9788024755793.
24. GRIFFIN, J. M. et al. Variation in Estimates of Limited Health Literacy by Assessment Instruments and Non-Response Bias. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2010, 25(7), 675–681 [cit. 2020-02-12]. DOI: 10.1007/s11606-010-1304-2. ISSN 0884-8734. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881963/>
25. HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.
26. HAMPLOVÁ L. et al. Problematika zdravotní gramotnosti v České republice. In: *Sborník z 10. vědecké konference s mezinárodní účastí – vzdělávání ve zdravotnictví*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, Palestra, 2015. s. 49-56. ISBN 978-80-905728-2-9.
27. HAMPLOVÁ, L. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0568-7.
28. HEBÁK, P. et al. *Statistické myšlení a nástroje analýzy dat*. První vydání. Praha: Informatorium., 2013. ISBN 978-80-7333-105-4.



29. HOLČÍK, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD, 2010. ISBN 9788073921293.
30. HRONEK, M. a H. BAREŠOVÁ. *Strava těhotných a kojících*. Praha: Forsapi, 2012. ISBN 978-80-87250-20-4.
31. HUBBARD, M.D., Richard C. The Newest Vital Sign: A Health Literacy Assessment Tool. *Pfizer* [online]. 2011 [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: [https://www.pfizer.com/files/health/nvs\\_flipbook\\_english\\_final.pdf](https://www.pfizer.com/files/health/nvs_flipbook_english_final.pdf)
32. CASTRO-SÁNCHEZ, E., VILA-CANDEL, R., SORIANO-VIDAL, FJ., NAVARRO-ILLANA, E., DÍEZ-DOMINGO, J. Influence of health literacy on acceptance of influenza and pertussis vaccinations: a cross-sectional study among Spanish pregnant women. *BMJ Open*. [online]. 2018, **8** (7) e022132 [cit. 2020-01-12]. DOI: 10.1136 / bmjopen-2018-022132. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6042548/pdf/bmjopen-2018-022132.pdf>
33. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada Pedagogika (Grada), 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.
34. CHROMÝ, J. *Práce s empirickými daty: Příručka pro studenty Bc. studia ČJL* [online]. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2014 [cit. 2020-03-01]. ISBN 978-80-246-2801-1. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=g4AwDwAAQBAJ&pg=PA17&dq=p%C5%99edv%C3%BDzkum&hl=cs&sa=X&ved=0ahUKEwiTvsGh4oPoAhVO3qQKHZNvDHUQ6AEIOzAC#v=onepage&q=p%C5%99edv%C3%BDzkum&f=false>
35. JANOVSÁ, K. Zdravotní gramotnost podle věkových skupin. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti: situační dokument* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú., 2017 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: [http://www.uzg.cz/doc/Situacni\\_dokument\\_UZG.pdf](http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf)
36. KICKBUSCH, I., D. MAAG a S. WAIT. *Navigation Health: the role of health literacy* [online]. 2006 [cit. 2020-15-04]. Dostupné z: <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>
37. KICKBUSCH, I. et al. *Health literacy: the solid facts* [online]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 2013 [cit. 2019-10-09]. ISBN 978-92-

- 890-00154. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
38. KOČMANOVÁ, Z. *Zdravotní gramotnost u žen podstupujících gynekologickou operaci* [online]. Pardubice, 2020 [cit. 2020-12-23]. Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76346/KocmanovaZ\\_ZdravotniGramotnost\\_PM\\_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/76346/KocmanovaZ_ZdravotniGramotnost_PM_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Diplomová práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce doc. Petra Mandysová, MSN, Ph.D.
39. KUČERA, Z., J. PELIKAN a A. ŠTEFLOVÁ. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*. 2016, **155**(5), 233–241. ISSN 1803-6597. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/zdravotni-gramotnost-obyvatel-cr-vysledky-komparativniho-reprezentativniho-setreni-59024/download?hl=cs>
40. KUČERA, Z. *Zdravotní gramotnost v České republice* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, 2017 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: [http://www.uzg.cz/doc/12\\_prezentace.pdf](http://www.uzg.cz/doc/12_prezentace.pdf)
41. KUKLA, L. et al. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3874-1.
42. KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 9788024727134.
43. LEE, S. Y. D. et al. Short assessment of health literacy–Spanish and English: A comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health Services Research* [online]. 2010, **45**(4), 1105–1120 [cit. 2020-01-12]. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01119.x. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910571/>
44. LUBUŠKÝ, M. et al. Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen. *Česká gynekologie* [online]. 2013, **78**(2), 132–133 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-doporuceni-k-provadeni-prevence-rhd-aloimunizace-u-rhd-negativnich-zen.pdf>
45. MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 9788024753515.
46. MANDYSOVÁ, P. *Příprava na edukaci v ošetrovatelství*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2016. ISBN 9788073959715.

47. MAREŠOVÁ, P. a L. FIALA. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4852-1.
48. MAYAGAH, K. and M. WAYNE. Working document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap" [online]. Nairobi, Kenya: WHO, 26-30 October 2009 [cit. 2019-10-09]. Dostupné z: [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1\\_Inner.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf)
49. MĚCHUROVÁ, A., R. VLK a V. UNZEITIG. 3. Diagnostika a léčba streptokoků skupiny b v těhotenství a za porodu – doporučený postup *Česká gynekologie* [online]. 2013, 78(supplementum), 11–14 [cit. 2020-01-12]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-diagnostika-a-lecba-streptokoku-skupiny-b-v-tehotenstvi.pdf>
50. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2015. ISBN 978-80-85047-9.
51. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Vzdělávací program specializačního oboru GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ – vlastní specializovaný výcvik* [online]. Praha: MZ ČR, 2019a [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=37363&typ=application/pdf&nazev=Gynekologie\\_a\\_porodnictvi\\_Vestnik\\_MZ\\_2019\\_specializovany\\_vycvik.pdf](http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=37363&typ=application/pdf&nazev=Gynekologie_a_porodnictvi_Vestnik_MZ_2019_specializovany_vycvik.pdf)
52. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Vzdělávací programy 2019 – LÉKAŘI*. *Mzcr.cz* [online]. 2019b, 13. 2. 2019 [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vzdelavaci-programy-2019-lekari\\_16799\\_3992\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vzdelavaci-programy-2019-lekari_16799_3992_3.html)
53. MOJŽÍŠOVÁ, A., D. DVOŘÁČKOVÁ, a. KAJANOVÁ. Vybrané aspekty zdravotní gramotnosti u klientů ohrožených chudobou. *Kontakt*. 2017, **19**(3), 213–218. DOI: 10.1016/j.kontakt.2017.06.002.
54. MPOFU, E. a T. OAKLAND. *Rehabilitation and health assessment: applying ICF guidelines*. New York: Springer, 2010. ISBN 978-0-8261-5734-8.
55. NUTBEAM D. Health promotion glossary. *Health Promont Int*. 1998, **1**(1): 113-27.

56. NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promont Int.* 2000, **15**(3): 259-67.
57. OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K. Health literacy of primiparae in the first six months of maternity: review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery.* 2016, **7**(3):494–503.
58. OSBORNE, H. *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message.* 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 978-1-4496-0053-2.
59. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti.* 5. vyd. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-214-5.
60. POWERS BJ, et al. Can this patient read and understand written health information? *JAMA.* 2010, **304**(1):76-84.
61. PROCHÁZKA, M. et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence.* Olomouc: AED – Olomouc, 2016. ISBN 9788090628007.
62. PUNCH, K. *Základy kvantitativního šetření.* Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073673819.
63. RAGLAND, D., PAYAKACHAT, N. Health Literacy in Obstetric Patients: A Pharmacist's Experience with The Newest Vital Sign. *Pharmacy (Basel)*, 2015, **3**(4):372-378. DOI:10.3390/pharmacy3040372. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5597114/pdf/pharmacy-03-00372.pdf>
64. RATZAN, S. C. Health literacy: communication for the public good. *Health Promontion International* [online]. Jun 2001, vol. 16, iss. 2, 2001 [cit. 2020-15-04]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article/16/2/207/653452>
65. ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví.* 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. ISBN 9788024757537.
66. SOLHI, M. et al. Effect of Health Literacy Education on Self-Care in Pregnant Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *I JCBN M*, 2019, **7**(1), 2–12. DOI: 10.30476/IJCBNM.2019.40841. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6311206/pdf/IJCBNM-7-2.pdf>

67. SUCHÁNEK, P. Režim těhotné ženy a jeho vliv na dítě. *Farmi news*. 2013, **13**(1), 42–43. ISSN 1214-5017. Dostupné také z: <http://www.edukafarm.cz/casopis-farminews-archiv>
68. ŠÍDOVÁ, M. a L. ŠŤASTNÁ. Kouření v těhotenství. *Adiktologie*. 2015, **15**(2), 164–172. ISSN 12133841. Dostupné také z: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=3cfe60e4-06fc-4223-8387-f40b077303a7%40pdc-v-sessmgr05>
69. ŠIMŮNKOVÁ, M. a J. VOJTÍŠKOVÁ. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. *Practicus pro praktické lékaře zdarma* [online]. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 2015, **14**(9), 34-35 [cit. 2020-01-02]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2015-09/34-Zdravotni-gramotnost-v-CR-je-nizka.pdf>
70. ŠULCOVÁ, M. Veřejné zdravotnictví. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně. 2017.“
71. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0470-3. “
72. TÓTHOVÁ, V. *Ošetřovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 9788073877859.“
73. VILA-CANDEL, R., NAVARRO-ILLANA, E., MENA-TUDELA, D., PÉREZ-ROS, P., CASTRO-SÁNCHEZ, E., SORIANO-VIDAL, FJ., QUESADA, JA. Influence of Puerperal Health Literacy on Tobacco Use during Pregnancy among Spanish Women: A Transversal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020, **17**(8):2910. [online]. [cit. 2020-11-11]. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082910>. Dostupné z: [file:///C:/Users/Hp/Downloads/ijerph-17-02910%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Hp/Downloads/ijerph-17-02910%20(1).pdf)
74. *Zdraví 2020: Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*, 2014. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-48-6.“
75. *Zdravotní gramotnost dospělých*. Praha: Národní síť podpory zdraví, 2016.
76. WEISS BD et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005, **3**(6):514-522. Zdroj: NVS

77. WHO. Health Promontion Glossary. Geneva: *WHO* [online].1998 [cit. 2020-15-04]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
78. WHO. Track 2: Health literacy and health behaviour. *Who.int* [online]. © 2020 [cit. 2019-10-09]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
79. WILHELMOVÁ, R. Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. [online]. Brno, 2014. [cit. 2020-12-21]. Disertační práce. Masarykova Univerzita Lékařská fakulta Ústav preventivního lékařství. Vedoucí práce Prof. MUDr. Drahoslava Hrubá, CSc. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/paib2/Dizertacni\\_prace\\_R.Wilhelmova.pdf](https://is.muni.cz/th/paib2/Dizertacni_prace_R.Wilhelmova.pdf).
80. WILHEMOVÁ, R. a D. HRUBÁ. Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen. *Praktická gynekologie*. 2013, **17**(3), 244–251. ISSN 1211-6645. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/prakticka-gynekologie-clanek/determinanty-zdravotni-gramotnosti-tehotnych-zen-41821>
81. YOST KJ. Et al. Bilingual health literacy assessment using the talking touchscreen/la Pantalla Parlanchina: development and pilot testing. *Patient Educ Couns*. 2009, **75**(3): 295-301,

Poznámka: The Newest Vital Sign™ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005): Informace týkající se povolení k využití dotazníku je k dispozici na [www.pfizerpcoa.com](http://www.pfizerpcoa.com).

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Informovaný souhlas .....	79
Příloha B Doplnující otázky v pilotním výzkumu, které byly po proběhnutí pilotního výzkumu vyřazeny.....	81
Příloha C Podrobné výsledky dotazníku „The Newest Vital Sign™“(NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) získané při pilotním výzkumu.....	82
Příloha D Doplnující otázky při pilotním výzkumu .....	84
Příloha E Doplnující otázky při pilotním výzkumu.....	86
Příloha F Podrobné výsledky dotazníku „The Newest Vital Sign™“(NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) .....	89
Příloha G Údaje zjišťované z těhotenské průkazky.....	94
Příloha H Údaje ohledně vzdělání u respondentek.....	96
Příloha I Údaje, týkající se zjišťování informací ohledně těhotenství.....	100
Příloha J – Čerpání informací ze zdrojů .....	103
Příloha K Získaný počet bodů při tázaní doplňujících otázek .....	105

## **Příloha A Informovaný souhlas**

Já \_\_\_\_\_ (napsat jméno, příjmení a datum narození) souhlasím, že se zúčastním výzkumného šetření na téma zdravotní gramotnost u těhotných žen pomocí české verze dotazníku „The Newest Vital Sign™“, který zjišťuje úroveň zdravotní gramotnosti. Toto výzkumné šetření je součástí diplomové práce.

Zdravotní gramotnost je schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, pochopit je, porozumět jim a využít je ke svému rozvoji a zachování dobrého zdraví. Tento dotazník vznikl v USA a byl přeložen do mnoha jazyků. Nejprve Vám bude předložena tabulka výživových údajů na běžné potraviny, poté se Vám položíme 6 jednoduchých otázek vztahujících se k těmto údajům. Z Vaší těhotenské průkazky, popřípadě z dokumentace budeme zjišťovat základní informace (věk, daný týden těhotenství).

Další součástí výzkumného šetření bude rozhovor, při kterém se budeme ptát na Vaše vzdělání, počet let studia, zda jste čerpala informace o těhotenství z nějakých zdrojů a z jakých a jak jste následně informacím porozuměla a využila je pro podporu svého zdraví. Rozhovor bude zaznamenáván na diktafon, po jeho následném přepsání bude vymazán.

Veškeré údaje budou prezentovány anonymně. Souhlasím, aby mé výsledky byly využity pro účel tvorby diplomové práce a aby byly případně publikovány a prezentovány na odborných a vědeckých konferencích a seminářích.

Informace o povaze a cíli výzkumu mi byly srozumitelně předány. Měla jsem prostor vznést otázky, na které mi byla poskytnuta srozumitelná odpověď.

Potvrzuji, že má účast na výzkumném šetření je dobrovolná. Můžu kdykoliv dobrovolně od výzkumu odstoupit, a to bez oznámení důvodu. Bude stačit ústní sdělení výzkumníkovi, že od šetření odstupuji.

Dne: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_



Kontaktní osoba:

Jméno: Veronika

Příjmení: Vesková

Pozice: student

Telefon: +420 725 919 414

Email: [st57262@student.upce.cz](mailto:st57262@student.upce.cz)

**Příloha B Doplnující otázky v pilotním výzkumu, které byly po proběhnutí pilotního výzkumu vyřazeny**

S kým bydlíte?

Máte nějaké sourozence? Pokud ano, kolik?

Když jste vyrůstala, žily Vaši rodiče spolu?

Řešila jste získané informace ohledně těhotenství s někým? Pokud ano, s kým?

**Příloha C Podrobné výsledky dotazníku „The Newest Vital Sign™“(NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005) získané při pilotním výzkumu**

Iniciály respondentek	Otázka č. 1 (Počet bodů)	Otázka č. 2 (Počet bodů)	Otázka č. 3 (Počet bodů)	Otázka č. 4 (Počet bodů)	Otázka č. 5 (Počet bodů)	Otázka č. 6 (Počet bodů)	Celkový počet bodů	Kategorie ZG
1.OZ	1000 kcal (1 b)	Půl balení (1 b)	33 g (1 b)	250 g (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>5 b</b>	<b>4-6</b>
2.LD	1000 kcal (1 b)	Jeden šálek (1 b)	33 g (1 b)	10% (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>6 b</b>	<b>4-6</b>
3.LČ	250 kcal (0 b)	Celé balení (0 b)	51 g (0 b)	Nevím (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>2 b</b>	<b>2-3</b>
4.SS	250 kcal (0 b)	Dvě porce (1 b)	33 g (1 b)	10% (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>5 b</b>	<b>4-6</b>
5.KH	1000 kcal (1 b)	Dvě a půl porce (0 b)	Nevím (0 b)	10% (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>4 b</b>	<b>4-6</b>
6.EM	120 kcal (0 b)	Osm porcí (0 b)	9 g (0 b)	12% (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>2 b</b>	<b>2-3</b>
7.RK	1000 kcal (1 b)	Jeden šálek (1 b)	33 g (1 b)	10% (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>6 b</b>	<b>4-6</b>
8.ZR	1000 kcal (1 b)	Dvě porce, jedna miska (1 b)	51 g (0 b)	5% (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>4 b</b>	<b>4-6</b>
9.HK	2000 kcal (0 b)	60 g (0 b)	9 g (0 b)	1,50% (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>2 b</b>	<b>2-3</b>
10.MP	1000 kcal (1 b)	2 porce, Čtvrt šálku (1 b)	Stále 42 g, místo zmrzliny si zbytek nahradím (0 b)	10% (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>5 b</b>	<b>4-6</b>

Iniciály respondentek	Otázka č. 1 (Počet bodů)	Otázka č. 2 (Počet bodů)	Otázka č. 3 (Počet bodů)	Otázka č. 4 (Počet bodů)	Otázka č. 5 (Počet bodů)	Otázka č. 6 (Počet bodů)	Celkový počet bodů	Kategorie ZG
11.ZS	500 kcal (0 b)	Jedna porce (0 b)	Nevím (0 b)	Nevím (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>2 b</b>	<b>2-3</b>
12.VH	250 kcal (0 b)	¼ poloviny z půl šálku (0 b)	51 g (0 b)	10% (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>3 b</b>	<b>2-3</b>
13.DS	1 kcal (0 b)	Dva šálky (0 b)	33 g (1 b)	10% (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	<b>4 b</b>	<b>4-6</b>

Legenda:

Zkratky: **kcal** – kilokalorie, **b** – bod, **g** – gram, **ZG** – zdravotní gramotnost.

Kategorie zdravotní gramotnosti, vyhodnocení dotazníku „The Newest Vital Sign™“ (NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005):

**0-1** - naznačuje vysokou pravděpodobnost ( $\geq 50\%$ ) omezené gramotnosti,

**2-3** - naznačuje možnost omezené gramotnosti,

**4-6** - téměř vždy vypovídá o adekvátní gramotnosti.

### Příloha D Doplnující otázky při pilotním výzkumu

Iniciály respondentek	Věk	Rok narození	Týden těhotenství	Po kolikáté jste těhotná?	S kým bydlíte?	Máte nějaké sourozence? A kolik?	Když jste vyrůstala, žily Vaše rodiče spolu?
1.OZ	27	1991	37+0	Po první – primipara	S partnerem	Ano, mám jednoho sourozence	Ano
2.LD	34	1985	37+4	Po druhé – secundipara	S manželem	Ne, nemám	Ano
3.LČ	20	1999	39+2	Po první – primipara	S maminkou a sourozencem	Ano, mám jednoho	Ne, jsou rozvedení
4.SS	28	1991	38+0	Do druhé – primipara, první těhotenství bylo zamlklé	S manželem	Ano, dvě nevlastní sestry	Ne, jsou rozvedení, ale žila jsem v úplné rodině, rozvedly se, když jsem odešla z domu
5.KH	25	1994	40+0	Po první – primipara	S partnerem	Jednu sestru	Ano
6.EM	20	1999	37+3	Po první – primipara	S maminkou a sourozenci	Dvě sestry mám	Ano
7.RK	30	1988	40+0	Po první – primipara	S manželem	Mám jednu sestru	Ano
8.ZR	34	1985	39+0	Po druhé – secundipara	S manželem	Mám dvě straší vlastní sestry	Ano
9.HK	32	1987	37+0	Po první – primipara	Sama	Mám dvě sestry, jednu vlastní a druhou nevlastní	Moji rodiče se rozvedly, když mi byly dva roky a s vlastním otcem se nevidám
10.MP	35	1984	37+0	Po třetí – secundipara, jedno těhotenství byl potrat	S manželem	Jednu sestru	Od malička byly rozvedení, ale vidám se s mamkou i tatškou
11.ZS	26	1993	37+5	Po druhé – secundipara	S partnerem	Mám čtyři sourozence, tři jsou od mamky a jeden o tatky	Ne, ale vidám se s mamkou i tatškou

Iniciály respondentek	Věk	Rok narození	Týden těhotenství	Po kolikáté jste těhotná?	S kým bydlíte?	Máte nějaké sourozence? A kolik?	Když jste vyrůstala, žily Vaše rodiče spolu?
12.VH	34	1986	38+0	Po třetí – secundipara - jednou jsem potratila	S manželem	Mám čtyři sourozence	Ano
13.DS	32	1987	37+2	Po šesté – mám 4 děti a jednou jsem potratila	Sama s dětmi	Mám pět sourozenců, z toho jedna sestra umřela a dvě jsou vlastní	Ne, moje mamka umřela

### Příloha E Doplnující otázky při pilotním výzkumu

Iniciály respondentek	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?	Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů?	Z jakých zdrojů?	Porozuměla jste všem těmto informacím?	Využila jste tyto informace pro podporu svého zdraví?	Řešila jste získané informace s někým? A s kým?
1.OZ	Vysokoškolské	18	Ano	Z knihy mateřství a těhotenství a z internetu	Ano	Ano	Ano, s kamarádkou
2.LD	Vysokoškolské	18	Ano	Z knihy hypnoporod a aktivní porod	Ano, ale vstřebat vědomě, bylo složitější	Ano, cvičím, připravuji se na porod, aby byl, co nejpřirozenější, uvolňovací dýchací techniky	Ano, byla sem na individuální schůzce s paní, co má sama 4 děti a poskytuje porodní přípravu, konzultovala sem to s ní. A pak ještě s kamarádkami, ale zkušenosti jejich jsem vědět nechtěla
3.LČ	Základní	9	Ano	Modrý koník na internetu, články na e-mimino	Ano	Ne	Řešila jsem to s kamarádkou, která byla těhotná a párkrát jsem se radila s panem doktorem
4.SS	Střední s maturitou	16	Ano	Informace jsem čerpala z vysoké školy nutričního terapeuta	Ano	Ano	Neřešila jsem to s nikým

Iniciály respondentek	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?	Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů?	Z jakých zdrojů?	Porozuměla jste všem těmto informacím?	Využila jste tyto informace pro podporu svého zdraví?	Řešila jste získané informace s někým? A s kým?
5.KH	Vysokoškolské	18	Ano	Od svého lékaře, z internetu	Většinou ano, ale co mě zajímalo nebylo na internetu, to byly jenom články, co byly pouze pro odborníky	Ano, hlavně, co by se mělo jíst, ohledně výživy	Ano s lékařem a s mamkou
6.EM	Základní	13	Ani moc ne	Z internetu	Asi ano	Ne	S nikým
7.RK	Vysokoškolské	18	Ano	Z internetu	Ano	Ne	S doulou, kterou budu mít u porodu
8.ZR	Střední s maturitou	14	Ano	Po rodině, příbuzných, z časopisů, ale jelikož rodím po druhé, spoustu informací vím	Určitě ano	Ano, ohledně těhotenské cukrovky, jídelníček jsem si sháněla na internetu	Určitě jsem řešila s kamarádkami, s neteří, který nedávno porodila a s doktorem
9.HK	Střední s maturitou	14	Ani moc ne	Od lékaře, neležela jsem v knihách, na internetu jsem se dívala jenom na těhotenskou kalkulačku	Něčemu ano, ale co sem nevěděla mi pan doktor vysvětlil	Ano	S mamkou a ségrami



Iniciály respondentek	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?	Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů?	Z jakých zdrojů?	Porozuměla jste všem těmto informacím?	Využila jste tyto informace pro podporu svého zdraví?	Řešila jste získané informace s někým? A s kým?
10.MP	Vysokoškolské	18	Ano	Z internetu, z knížek, z časopisů	Myslím si, že ano	Ano, při přípravě na porod, při stravováním při sportování	S dulou a s bylinkářkou
11.ZS	Základní	12	Ano	Z internetu, od lékaře	Ano	Teď třeba piju malinovník, abych, co nejdřív porodila	Ano s partnerem, ale nejsem na to upnutá, nehrotím to
12.VH	Střední s maturitou	13	Ano	S kamarádkou, sousedkou a když byl problém koukala jsem na google, ale moc internetu nevěřím	Ano	Ano	S manželem
13.DS	Základní	10	Ano	z internetu a dívala jsem se, jak se velký plod v určitém týdnu	Ano	Ne	S kamarádkou

**Příloha F Podrobné výsledky dotazníku „The Newest Vital Sign™“(NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005)**

Iniciály respondentek	Otázka č. 1 (Počet bodů)	Otázka č. 2 (Počet bodů)	Otázka č. 3 (Počet bodů)	Otázka č. 4 (Počet bodů)	Otázka č. 5 (Počet bodů)	Otázka č. 6 (Počet bodů)	Celkový počet bodů	Kategorie ZG
1.HS	700 kcal (0 b)	- (0 b)	5 g (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	2	2-3
2.JN	1000 kcal (1 b)	2 porce (1 b)	33 g (1 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
3.AL	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	6	4-6
4.DN	250 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
5.TK	1000 kcal (1 b)	2 porce (1 b)	31 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
6.PH	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	1 % (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
7.NL	- (0 b)	8 porcí (0 b)	33 g (1 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	3	2-3
8.SV	250 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
9.BJ	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	125 % (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
10.SM	250 kcal (0 b)	5 porcí (0 b)	- (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	3	2-3
11.PN	250 kcal (0 b)	30 porcí (0 b)	30 g (0 b)	250 % (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	2	2-3
12.BŘ	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	37 g (0 b)	250 % (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
13.EM	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	6	4-6

Iniciály respondentek	Otázka č. 1 (Počet bodů)	Otázka č. 2 (Počet bodů)	Otázka č. 3 (Počet bodů)	Otázka č. 4 (Počet bodů)	Otázka č. 5 (Počet bodů)	Otázka č. 6 (Počet bodů)	Celkový počet bodů	Kategorie ZG
14.DB	1000 kcal (1 b)	2 porce (1 b)	2 g (0 b)	250 % (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
15.TS	1000 kcal (1 b)	2 porce (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	6	4-6
16.KT	40 kcal (0 b)	12 porcí (0 b)	40 g (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Protože obsahuje cukr (0 b)	1	0-1
17.MT	- (0 b)	- (0 b)	42 g (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Protože obsahuje cukr (0 b)	1	0-1
18.MV	1800 kcal (0 b)	1,5 balení (0 b)	- (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	2	2-3
19.EK	120 kcal (0 b)	2 porce (1 b)	1 porce (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
20.VN	500 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	- (0 b)	5 % (0 b)	Ano (0 b)	- (0 b)	1	0-1
21.ON	250 kcal (0 b)	2 porce (1 b)	2 g (0 b)	15 % (0 b)	Ano (0 b)	- (0 b)	1	0-1
22.PM	250 kcal (0 b)	2 porce (1 b)	- (0 b)	10 % (1 b)	Ano (0 b)	- (0 b)	2	2-3
23.ŽZ	250 kcal (0 b)	4 porce (0 b)	120 g (0 b)	20 % (0 b)	Ne (1 b)	- (0 b)	1	0-1
24.VF	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	6	4-6
25.IT	150 kcal (0 b)	Půl šálku (0 b)	4,5 g (0 b)	- (0 b)	Ano (0 b)	- (0 b)	0	0-1
26.VH	20 % (0 b)	12 g (0 b)	9 g (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	- (0 b)	1	0-1

Iniciály respondentek	Otázka č. 1 (Počet bodů)	Otázka č. 2 (Počet bodů)	Otázka č. 3 (Počet bodů)	Otázka č. 4 (Počet bodů)	Otázka č. 5 (Počet bodů)	Otázka č. 6 (Počet bodů)	Celkový počet bodů	Kategorie ZG
27.PK	120 kcal (0 b)	Půl balení (1 b)	31 g (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	3	2-3
28.MK	2000 kcal (0 b)	2 porce (1 b)	33 g (1 b)	Celé balení (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
29.VK	250 kcal (0 b)	30 g (0 b)	8 g (0 b)	40 % (0 b)	Ne (1 b)	Protože obsahuje latexové rukavice (0 b)	1	0-1
30.LBS	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	31 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
31.LP	1000 kcal (1 b)	2 porce (1 b)	30 g (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
32.PJ	250 kcal (0 b)	2 porce (1 b)	- (0 b)	- (0 b)	Ano (0 b)	- (0 b)	1	0-1
33.MK	820 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-5
34.PB	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	9 g (0 b)	240 % (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
35.ZK	250 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	31 g (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	3	2-3
36.MK	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	6	4-6
37.HMB	2000 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	31 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
38.BM	2000 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	o 9 g míň (0 b)	2000 % (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	3	2-3
39.MP	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	6	4-6

Iniciály respondentek	Otázka č. 1 (Počet bodů)	Otázka č. 2 (Počet bodů)	Otázka č. 3 (Počet bodů)	Otázka č. 4 (Počet bodů)	Otázka č. 5 (Počet bodů)	Otázka č. 6 (Počet bodů)	Celkový počet bodů	Kategorie ZG
40.NT	2000 kcal (0 b)	2 porce (1 b)	9 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
41.ZH	2000 kcal (0 b)	Půl šálku (0 b)	9 g (0 b)	120 % (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	2	2-3
42.JH	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	32 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
43.IO	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	6	4-6
44.PG	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	- (0 b)	Ano (0 b)	- (0 b)	3	2-3
45.MH	- (0 b)	1 lžíci (0 b)	Zmrzlina obsahuje mastné kyseliny (0 b)	- (0 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	2	2-3
46.RS	250 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	2 % z 9 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6
47.BM	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	42 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
48.IP	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	40 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	5	4-6
49.ZK	1000 kcal (1 b)	1 šálek (1 b)	33 g (1 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	6	4-6
50.KL	200 kcal (0 b)	1 šálek (1 b)	9 g (0 b)	10 % (1 b)	Ne (1 b)	Arašídový olej (1 b)	4	4-6

Legenda:

Zkratky: **kcal** – kilokalorie, **b** – bod, **g** – gram, **ZG** – zdravotní gramotnost.

Kategorie zdravotní gramotnosti, vyhodnocení dotazníku „The Newest Vital Sign™“(NVS) (Powers et al., 2010; Weiss et al., 2005):

**0-1** - naznačuje vysokou pravděpodobnost ( $\geq 50$  %) omezené gramotnosti,

**2-3** - naznačuje možnost omezené gramotnosti,

**4-6** - téměř vždy vypovídá o adekvátní gramotnosti.

**Příloha G Údaje zjišťované z těhotenské průkazky**

Iniciály respondentek	Rok narození	Věk	Týden těhotenství	Gravidita
1.HS	1988	31	37+0	I.
2.JN	1986	33	41+0	II.
3.AL	1978	41	38+2	II.
4.DN	1988	31	38+0	I.
5.TK	1986	33	40+0	I.
6.PH	1986	33	40+1	I.
7.NL	1997	22	40+3	I.
8.SV	1988	31	41+1	I.
9.BJ	1987	33	39+0	II.
10.SM	1991	28	40+0	I.
11.PN	1987	32	38+0	III.
12.BŘ	1993	26	40+2	I.
13.EM	1982	38	39+4	III.
14.DB	1988	32	38+1	II.
15.TS	1987	32	40+0	II.
16.KT	1997	22	38+2	II.
17.MT	1999	21	40+0	I.
18.MV	1982	38	37+6	I.
19.EK	1988	31	40+0	I.
20.VN	1985	34	38+0	III.
21.ON	1993	26	38+2	I.
22.PM	1973	46	39+0	V.
23.ŽZ	1989	30	39+0	VII.
24.VF	1992	27	38+0	I.
25.IT	1987	32	40+1	II.
26.VH	2001	18	38+0	I.
27.PK	1996	23	40+0	I.
28.MK	1997	22	37+6	III.
29.VK	1983	36	37+6	V.
30.LBS	1977	42	41+0	III.
31.LP	1988	31	40+0	III.
32.PJ	1984	35	40+3	IV.
33.MK	1991	28	39+3	II.
34.PB	1986	33	37+2	III.
35.ZK	1983	36	39+0	IV.
36.MK	1994	25	40+2	I.
37.HMB	1992	27	38+1	III.
38.BM	1996	24	37+5	I.
39.MP	1991	28	40+0	I.
40.NT	1993	26	38+0	II.
41.ZH	1990	30	41+0	I.
42.JH	1981	38	40+1	II.
43.IO	1989	30	37+0	II.
44.PG	1989	30	41+0	I.
45.MH	1981	38	37+0	IV.

Iniciály respondentek	Rok narození	Věk	Týden těhotenství	Gravidita
46.RS	1988	31	38+1	II.
47.BM	1991	29	38+0	I.
48.IP	1988	32	37+1	II.
49.ZK	1988	32	41+4	III.
50.KL	1996	24	40+1	I.



## Příloha H Údaje ohledně vzdělání u respondentek

Iniciály respondentek	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?	Shrnutí
1.HS	Střední bez maturity – výuční list	12	9 let základní škola, 3 roky střední bez maturity
2.JN	Vysokoškolské	18	9 let základní školu, 4 roky střední s maturitou, 5 let magisterské studium
3.AL	Vysokoškolské	17	8 let základní škola, 4 roky gymnázium, 5 let magisterské studium
4.DN	Vysokoškolské	18	5 let základní škola, 8 let gymnázium, 3 roky bakalářské studiu, 2 roky magisterské studiu
5.TK	Vysokoškolské	19	9 let základní školu, 4 roky střední s maturitou, 4 roky diplomovaný specialista s bakalářem, 2 roky magisterské studium
6.PH	Vysokoškolské	18	9 let základní školu, 5 let střední s maturitou (protože jsem byla na zahraničním pobytu), 4 roky bakalářské a magistra stále studuji
7.NL	Střední bez maturity – výuční list	12	9 let základní škola, 3 roky střední bez maturity
8.SV	Vysokoškolské	16	9 let základní školu, 4 roky střední s maturitou, 3 roky bakalářské
9.BJ	Vysokoškolské	18	9 let základní školu, 4 roky střední s maturitou, 3,5 let vyšší odborné vzdělání, 1,5 let bakalářské
10.SM	Střední bez maturity – výuční list	12	9 let základní škola, 3 roky střední bez maturity
11.PN	Základní	11	9 let základní škola, 2 roky střední s maturitou – ukončena ze zdravotních důvodů
12.BŘ	Vysokoškolské	16	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky bakalářské studium
13.EM	Vysokoškolské	18	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 5 let magisterské studium
14.DB	Vyšší odborné (Dis.)	16	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky vyšší odborné

Iniciály respondentek	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?	Shrnutí
15.TS	Střední s maturitou	13	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou
16.KT	Základní	11	9 let základní škola, 2 roky střední bez maturity – ukončeno z důvodu těhotenství
17.MT	Základní	11	9 let základní škola, 2 roky střední bez maturity – nedodělala
18.MV	Vysokoškolské	17	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky diplomovaný specialista, 1 rok bakalářské studium
19.EK	Střední s maturitou	13	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou
20.VN	Vyšší odborné (Dis.)	17	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 4 roky vyšší odborné
21.ON	Střední s maturitou	14	9 let základní škola, 3 roky střední bez maturity, 2 roky nástavba s maturitou
22.PM	Vysokoškolské	20	9 let základní, 6 let konzervatoř, 5 let magisterské studium
23.ŽŽ	Základní	9	9 let základní škola
24.VF	Vysokoškolské	20	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 4 roky bakalářské studium, 3 roky magisterské studium
25.IT	Střední bez maturity – výučný list	12	9 let základní, 3 roky střední bez maturity
26.VH	Základní	9	9 let základní škola
27.PK	Střední s maturitou	13	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou
28.MK	Základní	9	9 let základní škola
29.VK	Základní	9	9 let základní škola
30.LBS	Vysokoškolské	16	8 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 4 roky bakalářské studium
31.LP	Vysokoškolské	19	9 let základní škola, 4 roky gymnázium, 3 roky bakalářské studium, 3 roky druhé bakalářské studium
32.PJ	Základní	11	9 let základní škola, 2 roky střední bez maturity, ukončila jsem kvůli těhotenství
33.MK	Vysokoškolské	16	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky bakalářské studium

Iniciály respondentek	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?	Shrnutí
34.PB	Střední s maturitou	13	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou
35.ZK	Střední s maturitou	13	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou
36.MK	Střední s maturitou	16,5	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 2 roky střední škola jiný obor, 1,5 roku bakalářské studium
37.HMB	Vysokoškolské	19	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 6 let bakalářské studium
38.BM	Střední s maturitou	14	9 let základní škola, 5 let střední s maturitou
39.MP	Střední s maturitou	15	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 2 roky bakalářské studium – nedokončila jsem
40.NT	Střední s maturitou	13	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou
41.ZH	Střední bez maturity – výučný list	12	9 let základní, 3 roky střední bez maturity
42.JH	Vysokoškolské	19	8 let základní škola, 5 let střední s maturitou, 6 let magisterské studium
43.IO	Vysokoškolské	16	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky bakalářské studium
44.PG	Střední s maturitou	13	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou
45.MH	Vysokoškolské	19	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky vyšší odborné vzdělání, 3 roky bakalářské studium
46.RS	Vysokoškolské	18	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky bakalářské studium, 2 roky magisterské studium
47.BM	Vysokoškolské	16	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky bakalářské studium
48.IP	Střední s maturitou	14	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 1 rok jazyková škola
49.ZK	Vysokoškolské	18	9 let základní škola, 4 roky střední s maturitou, 3 roky bakalářské studium, 2 roky magisterské studium

Iniciály respondentek	Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	Kolik let jste studovala?	Shrnutí
50.KL	Střední bez maturity – výučný list	12	9 let základní, 3 roky střední bez maturity

**Příloha I Údaje, týkající se zjišťování informací ohledně těhotenství**

Iniciály respondentek	Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů?	Z jakých zdrojů?	Porozuměla jste všem těmto informacím?	Do jaké míry jste tyto informace využila pro podporu svého zdraví?
1.HS	Ano	Z internetu, od kamarádky	Rozhodně ano	75 %
2.JN	Ano	Z internetu	Rozhodně ano	75 %
3.AL	Ano	Z internetu	Spíše ano	75 %
4.DN	Ano	Z internetu, z knih	Spíše ano	75 %
5.TK	Ano	Z internetu, od přátel, od gynekologa	Spíše ano	75 %
6.PH	Ano	Z internetu, od přátel, od rodičů, od gynekologa	Rozhodně ano	25 %
7.NL	Ano	Z internetu, od gynekologa, z brožur v čekárně gynekologa	Spíše ano	0 %
8.SV	Ano	Z internetu, od gynekologa, z kurzu jemné zrození	Rozhodně ano	75 %
9.BJ	Ano	Z knih, od gynekologa	Rozhodně ano	50 %
10.SM	Ano	Z internetu, od gynekologa	Spíše ano	75 %
11.PN	Ano	Od gynekologa	Spíše ano	50 %
12.BŘ	Ano	Z předporodního kurzu, z internetu	Rozhodně ano	75 %
13.EM	Ano	Z internetu, od gynekologa, od přátel	Spíše ne	0 %
14.DB	Ano	Z internetu, od gynekologa	Spíše ano	75 %
15.TS	Ano	Od gynekologa, od kamarádek	Rozhodně ano	75 %
16.KT	Ne	-	-	-
17.MT	Ano	Z knihy mateřství, od gynekologa	Spíše ano	0 %
18.MV	Ano	Z internetu, z centra umělého oplodnění	Spíše ne	100 %
19.EK	Ano	Z knih o hypnorození, od kamarádů	Spíše ne	50 %
20.VN	Ano	Z časopisů, ze školy, od sestry	Rozhodně ano	0 %
21.ON	Ano	Z předporodního kurzu	Rozhodně ano	0 %
22.PM	Ano	Z knihy Zdravé těhotenství a přirozený porod	Spíše ano	75 %
23.ŽŽ	Ano	Od sestry	Rozhodně ano	50 %

Iniciály respondentek	Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů?	Z jakých zdrojů?	Porozuměla jste všem těmto informacím?	Do jaké míry jste tyto informace využila pro podporu svého zdraví?
24.VF	Ano	Z internetu	Spíše ano	0 %
25.IT	Ano	Z knih Hypnoporod, Aby porod nebolel, z internetu, od dudy	Rozhodně ano	100 %
26.VH	Ne	-	-	-
27.PK	Ano	Od gynekologa	Nevím	100 %
28.MK	Ano	Z internetu	Spíše ano	0 %
29.VK	Ano	Z knih, časopisu Maminka	Rozhodně ano	100 %
30.LBS	Ano	Z knih, z internetu	Rozhodně ano	50 %
31.LP	Ano	Ze školy	Spíše ano	0 %
32.PJ	Ano	Z internetu	Spíše ano	0 %
33.MK	Ano	Z internetu	Rozhodně ano	0 %
34.PB	Ano	Od gynekologa	Spíše ne	50 %
35.ZK	Ano	Z internetu	Rozhodně ano	25 %
36.MK	Ano	Z internetu. od kamarádky	Spíše ano	100 %
37.HMB	Ano	Z knih Orgasmický porod, Aby porod nebolel, z kurzu o hypnoporodu	Rozhodně ano	100 %
38.BM	Ano	Z internetu, z předporodního kurzu	Spíše ano	75 %
39.MP	Ano	Z knih, z alternativních porodů, od přímých národů, z kultur Nový Zéland, Bali	Rozhodně ano	0 %
40.NT	Ano	Z internetu – emimino	Spíše ano	100 %
41.ZH	Ano	Z internetu, od gynekologa, od sestry	Rozhodně ano	75 %
42.JH	Ano	Z internetu., z knih	Rozhodně ano	100 %
43.IO	Ano	Z internetu, od gynekologa	Spíše ano	75 %
44.PG	Ne	-	-	-
45.MH	Ano	Z internetu – emimino, modrý koník	Rozhodně ano	0 %
46.RS	Ano	Z knih o mateřství	Rozhodně ano	25 %
47.BM	Ano	Od kamarádek, z internetu, z knih	Spíše ano	50 %
48.IP	Ano	Z internetu, od sestry	Rozhodně ano	25 %
49.ZK	Ano	Z internetu – weby pro maminky	Spíše ano	75 %

Iniciály respondentek	Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů?	Z jakých zdrojů?	Porozuměla jste všem těmto informacím?	Do jaké míry jste tyto informace využila pro podporu svého zdraví?
50.KL	Ano	Z internetu, od gynekologa	Spíše ano	0 %

Legenda: Pokud respondentka odpověděla na otázku: Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů? NE, další otázky jí nebyly pokládány.

## Příloha J – Čerpání informací ze zdrojů

Iniciály respondentek	Internet	Gynekolog	Knihy, časopisy	Známí, přátelé	Kurzy, školy
1.HS	Ano	-	-	Ano	-
2.JN	Ano	-	-	-	-
3.AL	Ano	-	-	-	-
4.DN	Ano	-	Ano	-	-
5.TK	Ano	Ano	-	Ano	-
6.PH	Ano	Ano	-	Ano	-
7.NL	Ano	Ano	Ano	-	-
8.SV	Ano	Ano	-	-	Ano
9.BJ	-	Ano	Ano	-	-
10.SM	Ano	Ano	-	-	-
11.PN	-	Ano	-	-	-
12.BŘ	Ano	-	-	-	Ano
13.EM	Ano	Ano	-	Ano	-
14.DB	Ano	Ano	-	-	-
15.TS	-	Ano	-	Ano	-
17.MT	-	Ano	Ano	-	-
18.MV	Ano	Ano	-	-	-
19.EK	-	-	Ano	Ano	-
20.VN	-	-	Ano	Ano	-
21.ON	-	-	-	-	Ano
22.PM	-	-	Ano	-	-
23.ŽZ	-	-	-	Ano	-
24.VF	Ano	-	-	-	-
25.IT	Ano	-	Ano	-	-
27.PK	-	Ano	-	-	-
28.MK	Ano	-	-	-	-
29.VK	-	-	Ano	-	-
30.LBS	Ano	-	Ano	-	-
31.LP	-	-	-	-	Ano
32.PJ	Ano	-	-	-	-
33.MK	Ano	-	-	-	-
34.PB	-	Ano	-	-	-
35.ZK	Ano	-	-	-	-
36.MK	Ano	-	-	Ano	-
37.HMB	-	-	Ano	-	-
38.BM	Ano	-	-	-	Ano
39.MP	-	-	Ano	-	-
40.NT	Ano	-	-	-	-
41.ZH	Ano	Ano	-	Ano	-
42.JH	Ano	-	Ano	-	-
43.IO	Ano	Ano	-	-	-
45.MH	Ano	-	-	-	-
46.RS	-	-	Ano	-	-
47.BM	Ano	-	Ano	Ano	-



Iniciály respondentek	Internet	Gynekolog	Knihy, časopisy	Známí, přátelé	Kurzy, školy
48.IP	Ano	-	-	Ano	-
49.ZK	Ano	-	-	-	-
50.KL	Ano	Ano	-	-	-

Legenda: V tabulce se nacházejí jen respondenty, které odpověděly na otázku: Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů? ANO.

**Příloha K Získaný počet bodů při tázání doplňujících otázek**

Iniciály respondentek	Porozumění zdravotnickým informacím – počet bodů	Využití získaných informací pro podporu svého zdraví – počet bodů	Součet bodů
1.HS	5	4	9
2.JN	5	4	9
3.AL	4	4	8
4.DN	4	4	8
5.TK	4	4	8
6.PH	5	2	7
7.NL	4	1	5
8.SV	5	4	9
9.BJ	5	3	8
10.SM	4	4	8
11.PN	4	3	7
12.BŘ	5	4	9
13.EM	2	1	3
14.DB	4	4	8
15.TS	5	4	9
17.MT	4	1	5
18.MV	2	5	7
19.EK	4	3	7
20.VN	5	1	6
21.ON	5	1	6
22.PM	4	4	8
23.ŽZ	5	3	8
24.VF	4	1	5
25.IT	5	5	10
27.PK	3	5	8
28.MK	4	1	5
29.VK	5	5	10
30.LBS	5	3	8
31.LP	4	1	5
32.PJ	4	1	5
33.MK	5	1	6
34.PB	2	3	5
35.ZK	5	2	7
36.MK	4	5	9
37.HMB	5	5	10
38.BM	4	4	8
39.MP	5	1	6
40.NT	4	5	9
41.ZH	5	4	9
42.JH	5	5	10
43.IO	4	4	8
45.MH	5	1	6
46.RS	5	2	7

Iniciály respondentek	Porozumění zdravotnickým informacím – počet bodů	Využití získaných informací pro podporu svého zdraví – počet bodů	Součet bodů
47.BM	4	3	7
48.IP	5	2	7
49.ZK	4	4	8
50.KL	4	1	5

Legenda: V tabulce se nacházejí jen respondentky, které odpověděly na otázku: Čerpala jste informace ohledně těhotenství z nějakých zdrojů? ANO.