

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**  
**Katedra antropologie a zdravotní výchovy**

**Bakalářská práce**

Andrea Fečková

Speciální pedagogika pro 2. stupeň základních škol a pro střední školy

Výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

**Kvalita života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti**

Olomouc 2016

vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Kvalita života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti“ vypracovala samostatně s využitím uvedených literárních pramenů a dalších zdrojů.

V Olomouci dne .....

.....

Andrea Fečková

## **Poděkování**

Děkuji mé vedoucí bakalářské práce PaedDr. et. Mgr. Marii Chráskové Ph.D., za její odborné vedení, ochotu, vstřícnost a cenné rady při zpracovávání této bakalářské práce.

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	6
<b>1 CÍLE PRÁCE</b> .....	7
1.1 Hlavní cíl práce.....	7
1.2 Dílčí cíle práce.....	7
<b>2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ</b> .....	8
2.1 Vymezení pojmů gerontologie, geriatrie a gerontopedagogika.....	8
2.2 Jak porozumět pojmům stárnutí a stáří.....	9
2.2.1 Co je stárnutí?.....	9
2.2.2 Co je stáří?.....	10
2.3 Periodizace vyššího věku.....	11
2.4 Změny ve stáří .....	13
2.4.1 Tělesné změny.....	13
2.4.2 Změny psychiky .....	14
2.4.3 Změny sociální.....	15
2.5 Potřeby ve stáří.....	17
2.6 Co je pojem aktivní stárnutí.....	21
2.7 Příprava na stáří.....	21
<b>3 ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST</b> .....	22
3.1 Zdraví .....	22
3.1.1 Základní determinanty zdraví.....	22
3.1.1.1 Životní styl .....	23
3.1.2 Teorie zdraví.....	23
3.2 Zdravotní gramotnost a její vymezení.....	24
3.2.1 Význam rozvoje zdravotní gramotnosti:.....	25
3.2.2 Modely zdravotní gramotnosti.....	26
3.2.3 Nízká zdravotní gramotnost a její důsledky.....	28
3.2.4 Stárnutí populace a zdravotní gramotnost.....	28
<b>4 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	29
4.1 Všeobecné a stručné vymezení kvality života.....	29
4.2 Rozsah pojmu kvality života.....	29
4.3 Dimenze kvality života.....	30
4.4 Dimenze kvality života za účelem měření.....	30

4.5 Kvalita života související se zdravím .....	32
<b>5 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>33</b>
5.1 Metodologie šetření.....	33
5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	33
5.3 Zpracovávání získaných dat.....	34
5.4 Výzkumné problémy.....	34
5.5 Výzkumné předpoklady.....	35
<b>6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>36</b>
6.1 Demografické údaje.....	36
6.2 Analýza výsledků kvality života.....	39
6.3 Analýza výsledků zdravotní gramotnosti.....	50
<b>7 DISKUSE</b> .....	<b>61</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>63</b>
<b>SOUHRN</b> .....	<b>64</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>65</b>
<b>REFERENČNÍ SEZNAM</b> .....	<b>66</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b> .....	<b>68</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>69</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>70</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>72</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>73</b>

# ÚVOD

Problematika stáří a jak žít život ve stáří jsou diskutovanými tématy a to nejen u nás v České republice. Důvodem je prodlužující se délka života lidí seniorského věku a tím roste počet seniorů v populaci. Stáří je nezvratnou součástí vývojových etap člověka a je na každém z nás, jak se na tuto etapu života připraví. Obrovskou hodnotou u člověka je zdraví. Tuto hodnotu si dle mého názoru asi úplně nejvíce uvědomují nemocní lidé a právě staří lidé. Pro kvalitní život ve stáří je jedním z důležitých předpokladů být alespoň přiměřeně zdravý. Starat se o své zdraví je nezbytné v každém věku. Zvyšování zdravotní gramotnosti je vhodným řešením, jak pečovat o své zdraví a přispívat k jeho udržování.

Tato práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabýváme problematikou stárnutí a stáří, zdravím a zdravotní gramotností a v neposlední řadě kvalitou života. Praktická část je zaměřena na výzkumné šetření v rámci města Česká Třebová. Byly vybrány dvě skupiny seniorů. Senioři žijící ve vlastní domácnosti a senioři žijící v Domově pro seniory. Celkem se účastnilo 60 respondentů. Cílem bylo porovnat kvalitu života těchto dvou skupin, a zjistit, jak si senioři počínají v oblasti zdravotní gramotnosti. Použila jsem kvantitativní metodu výzkumu. Pro výzkumné šetření byly zvoleny dva dotazníky. Dotazník zaměřený na zdravotní gramotnost, který obsahuje 9 otázek, přičemž u dvou posledních otázek jsou podotázky, a dotazník kvality života SQUALA. Podmínkou bylo, že každý respondent vyplní oba dotazníky.

# 1 CÍLE PRÁCE

## 1.1 Hlavní cíl práce

- Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit kvalitu života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti.

## 1.2 Dílčí cíle práce

- Zjistit kvalitu života seniorů žijících v domácím prostředí a v Domově pro seniory.
- Zjistit, jak jsou senioři se svým zdravím a fyzickou soběstačností v této etapě života spokojeni.
- Jaký mají senioři vztah ke zdravé výživě a k pohybovým aktivitám.
- Jak senioři rozumí svému lékaři a kdo v případě nemoci rozhoduje o jejich terapii.
- Zjistit, zda si senioři zjišťují informace o potravinách a o lécích, které užívají.

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Tato kapitola je zaměřená na problematiku stárnutí a stáří. Vysvětluje základní pojmy spojené s touto problematikou, periodizaci vyššího věku, změny ve stáří, potřeby ve stáří, pojem aktivní stárnutí a stručně charakterizuje přípravu na stáří.

### 2.1 Vymezení pojmů gerontologie, geriatrie a gerontopedagogika

Stárnutí je v lidském životě důležitý děj, a proto je předmětem mezinárodních studií (Dienstbier, 2009, s. 18). Stárnutím a stářím se zabývá mnoho oborů a vědních disciplín, jako je gerontologie, geriatrie a gerontopedagogika.

Pojem gerontologie je odvozen z řeckého gerón – starý člověk a logos – nauka (Pacovský, 1990, s. 15). Nejedná se o samostatnou vědní disciplínu, ale multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří, je členěna do tří proudů:

- gerontologie experimentální (biologická) – zaměřuje se na otázky proč a jak živé organismy stárnou;
- gerontologie sociální – zabývá se vzájemným vztahem starého člověka a společnosti;
- gerontologie klinická (v širším slova smyslu geriatrie) – zabývá se zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří (Mühlpachr, 2004, s. 10-11).

Pojem geriatrie v širším slova smyslu klinická gerontologie je odvozen z řeckých slov gerón (stařec) a iatros (léčím). V užším slova smyslu je v některých státech (např. Česká republika, Slovensko, Španělsko, Irsko, Velká Británie) samostatným specializačním lékařským oborem, který vychází z vnitřního lékařství a zabývá se kromě všeobecné interní problematiky také problémy rehabilitačními, psychiatrickými, neurologickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí (praktický lékař) i sociálními službami. Jádrem tohoto oboru není dlouhodobé ošetrovatelství, ale zachování a také obnova soběstačnosti a rozvoj specifického geriatrického režimu (Mühlpachr, 2004, s. 11).

Gerontologie a geriatrie patří k mladým vědním oborům. „*Prehistorický člověk, ale i většina lidí ve středověku se stáří nedožili. Ještě v 17. století se dožilo pětadesátilet*



*1 % populace a do 19. století se číslo zvýšilo na 4 %. Ve dvacátém století ve vyspělých zemích tvořila populace do 65 let přibližně 70 % obyvatelstva a odhaduje se, že v našem 21. století bude 30 – 40 % populace sestávat z osmdesátníků a starších“ (Dienstbier, 2009, s. 18). Z těchto údajů lze vyvodit, že se délka lidského života stále prodlužuje.*

Gerontopedagogika v užším slova smyslu je chápána, jako pedagogická disciplína, zabývající se výchovou a vzděláváním seniorů. Jde o vzdělávání ve stáří a ke stáří (Mühlpachr, 2004, s. 11).

*„Gerontopedagogika v širším slova smyslu je prezentována jako teoreticko empirická disciplína zabezpečující komplexní péči, pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb (mezi něž patří i ony vzdělávací potřeby) v nemedicínské dimenzi, ale paralelně s ní. Lze jí však chápat jako multioborovou disciplínu, ve které se prolínají poznatky především ze sociální práce, lékařství, psychologie, sociologie, andragogiky a práva“ (Mühlpachr, 2004, s. 11).*

## **2.2 Jak porozumět pojmům stárnutí a stáří**

Pro porozumění pojmům „co je stárnutí“ a „co je stáří“ a rozdílům mezi nimi uvedu vymezení těchto pojmů od některých autorů.

### **2.2.1 Co je stárnutí?**

Jaro Křivohlavý (2011, s. 19) píše, že na otázku, kdy začíná člověk stárnout není jednoznačná odpověď. Na jedné straně se setkáváme s postojem, který chápe stárnutí jako biologický děj, který probíhá plynule celým životem. Tento postoj nám říká, že stárnutí začíná početím. Na druhé straně je chápáno stárnutí jako to, co se vztahuje k pozdější fázi životního běhu.

Zdeněk Dienstbier (2009, s. 8) uvádí že: *„Můžeme připustit, že je stárnutí*

*normální, které závisí na přibývajícím věku, a patologické, kterému napomáháme vlastní nekázní, ignorováním zásad zdravého životního stylu nebo které je urychlováno v důsledku nemoci nebo působením škodlivých faktorů prostředí, ve kterém žijeme nebo pracujeme.“*

Mühlpachr (2004, s. 22) o stárnutí píše že: „*Je to proces individuální, který probíhá se značnou interindividuální variabilitou (každý člověk stárne do určité míry svým tempem) danou nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem.“*

Pacovský (1990, s. 30) uvádí, že: „*stárnutí je velmi složitý multifaktoriální děj. Je výslednicí vzájemného působení genetických podmínek (daných druhově i individuálně) a faktorů zevního prostředí.“*

Tři teorie stárnutí dle Pacovského a Heřmanovské:

1. „*teorie o působení zevních vlivů (ekologické podmínky, vliv bakterií a virů aj.)*
2. *teorie o působení vnitřních vlivů (genetický program, hromadění omylů při proteinové syntéze, specifické metabolické změny příčné vazby)*
3. *teorie porušené integrace a organizace“* (Pacovský, Heřmanovská, 1981; in Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 203).

## 2.2.2 Co je stáří?

Mlýnková (2011, s. 13) píše, že: „*Stáří je vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života jedince.“*

Pacovský (1990, s. 29) uvádí: „*Stáří je tedy poslední ontogenetickou vývojovou etapou. Souvisí se všemi předcházejícími fázemi, každá z nich vtiskla stáří svou pečeť, zanechala tu stopy. Současně však má stáří svá biologická specifika, která je zásadně odlišují od jiných vývojových stádií.“*

Mühlpachr (2004, s. 18) uvádí že: „*Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a jednotné vymezení*

*a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými. “*

## 2.3 Periodizace vyššího věku

### Kalendářní stáří (chronologické stáří)

Jednoduše řečeno, je to údaj o tom, jak je člověk starý (Stuart-Hamilton, 1999, s. 19). Kalendářní věk nemusí vůbec odpovídat biologickému věku (Mlýnková, 2011, s. 14). Komise expertů ze Světové zdravotnické organizace se v 60. letech minulého století ve svém doporučení přidržela patnáctileté periodizace lidského života a za hranici stáří byl označen věk 60 let. Ten byl také v roce 1980 akceptován OSN. V hospodářsky vyspělých státech se posouvá hranice stáří k věku 65 let a to v souvislosti s prodlužující se délkou života ve stáří, poklesem kardiovaskulární morbidity ve středním věku a zlepšováním i funkční zdatnosti seniorů (Mühlpachr, 2004, s. 20). V literatuře jsou uvedena různá členění vyššího věku. Zde uvádím některé z nich:

Světová zdravotnická organizace WHO stáří členění člení na období :

60 až 74 let – rané stáří;

75 až 89 let – vlastní stáří;

90 let a více – dlouhověkost (Mlýnková, 2011, s. 14).

Mühlpachr (2004, s. 21) se dále zmiňuje, že se v poslední době stále častěji uplatňuje tento typ členění:

65 až 74 let – mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit a seberealizace);

75 až 84 let – staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika a atypický průběh chorob);

85 let a více – velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti i zabezpečení).

Bromley rozděluje vyšší věk na:

56 až 65 let – předdůchodový věk;

65 až 70 let – věk uvolňování aktivit;

70 až 75 let – stáří;

75 a výše – věk senility (Křivohlavý, 2002, s. 137).

Člověk stárne postupně i přechody mezi jednotlivými obdobími jsou nezřetelné, a právě proto se v poslední době také užívá označení 50+, 60+, 70+ atd. variantou je 50plus, 60plus, 70plus atd. Tato označení jsou vyhovující jak z praktických, tak i společenských důvodů (Haškovcová, 2010, s. 21).

### biologické stáří

V případě biologického stáří se uvádí, že je podmíněné zdatností, vitalitou a zdravím seniora (Mlýnková, 2011, s. 14).

### Sociální stáří

Mühlpachr (2004, s. 19-20) píše, že se jedná o období vymezené kombinací několika sociálních změn, či také splněním určitého kritéria, tím je nejčastěji penzionování. Sociální stáří je dáno změnou rolí, ekonomickým zajištěním i způsobem života. V souvislosti se sociálním stářím lze hovořit o sociální periodizaci života, která lidský život člení do věků:

- První věk je předproduktivní – období dětství a mládí, charakterizované vývojem, růstem, vzděláváním, přípravou na profesi, získáváním znalostí a zkušeností;
- Druhý věk je produktivní – období dospělosti, je to období biologické, sociální a pracovní produktivity;
- Třetí věk je postproduktivní – stáří, jde o období poklesu zdatnosti a odpočinku;
- Čtvrtý věk – je někdy používán k označení fáze závislosti. Toto označení je však nevhodné, vzniká dojem, jako by byla nesoběstačnost stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. Odporuje to konceptu úspěšného stárnutí i představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

## 2.4 Změny ve stáří

Ve vyšším věku v organismu člověka dochází k mnoha změnám, které s sebou nese stáří a kterým se vyhnout nelze. Projevují se však značnými individuálními rozdíly. I jejich nástup je časově různorodý, souvisí s genetickými dispozicemi, životním stylem člověka i jeho zlozvyky apod. Všechny tyto změny vzájemně spolu souvisí a také se i ovlivňují (Mlýnková, 2011, s. 20). Ve stáří se změny projevují v tělesné, psychické i sociální oblasti.

### 2.4.1 Tělesné změny

Tělesné buňky mají omezenou délku života. Uvádí se, že v sedmiletých obdobích tyto buňky umírají a jsou nahrazovány novými buňkami. Výjimkou je však nervový systém, kde jsou odumřelé buňky trvale ztraceny a bez náhrady. O regenerační funkci organismu někteří vědci uvádějí, že od 30. roku života člověka, se regenerační funkce organismu každoročně snižuje až o 1 % a také, že je mnohem vážnější tento výpadek v celém souhrnu než v jednotlivých orgánech (Dienstbier, 2009, 19-20).

Biologické stárnutí značí změny organismu, ty probíhají na fyziologické úrovni. Tyto změny postihují tělesné tkáně i orgány, neprobíhají však u každého člověka stejně, jsou determinovány jak genetickými dispozicemi, tak i životním stylem (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 19). Uvedeme si výčet některých důležitých biologických změn ve stáří:

- změny v pohybovém systému – tělesná výška se snižuje, vazivo se stává méně pružné, chrupavky tuhnou, dochází k úbytku svalové hmoty a k poklesu svalové síly, kosti řidnou a stávají se křehčími, páteř se více ohýbá a starý člověk se hrbí;
- změny v kardiovaskulárním systému – klesá vitální kapacita plic, srdce přečerpává menší množství krve a dochází ke snížení průtoku krve orgány, snižuje se elasticita cév a může se objevit hypertenze, snižuje se elasticita tkání a tepen;
- změny v trávicím systému – množství trávicích šťáv se snižuje, játra a slinivka břišní jsou méně výkonné;
- změny pohlavních orgánů a vylučovacího systému – pokles pohlavní činnosti, u žen dochází k poklesu dělohy, u mužů dochází k zbytnění prostaty, pokles očišťovací

a koncentrační schopnosti ledvin, poruchy funkce močového měchýře;

- změny v nervovém systému – nerovnoměrně se snižuje počet neuronů, biochemické změny v neuronech, které mají vliv na rychlost vedení vzruchů, změny hlubokého čítí se projevují v poruchách chůze a rovnováhy, přibývají poruchy spánku (především délka a kvalita spánku);
- změny smyslových orgánů – dochází ke zhoršenému vnímání signálů z okolí prostřednictvím smyslových orgánů, zhoršuje se zrak, sluch, snižují se i chuťové, čichové a hmatové schopnosti (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 20-22).

Zevnějšek člověka se celkově změní. Kůže ztrácí svou pružnost, ztenčuje se a tvoří se vrásky. Vlasy a chlupy řídnou a mění barvu (šednou a vypadávají) Chlupy na některých místech jako je nos, uši, obočí naopak houstnou (Dienstbier, 2009, s. 26). Základním znakem nemoci v období stáří je polymorbidita, to znamená, že starý člověk trpí současně větším počtem různých, zpravidla chronických onemocnění (Vágnerová, 2000, s. 448)

## 2.4.2 Změny psychiky

Vágnerová psychické změny v období stáří shrnuje tak, že závisí jak na biologických, tak na sociokulturních vlivech. Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika a způsob, jakým na ně starý člověk reaguje, jsou individuálně rozdílné (Vágnerová, 2000, s. 451). „*Ve stáří se často mění osobnost. Psychiatrická zkušenost říká, že se člověk někdy stává karikaturou sebe samého, že se projeví nepěkné vlastnosti a sklony, které v mládí a ve středním věku dokázal tlumit, držet je na uzdě, případně projevovat přijatelným způsobem*“ (Říčan, 2006, s. 340).

Marie Vágnerová (2000, s. 454) uvádí, že: „*Starý člověk hůře chápe nové situace, obtížněji se čemukoliv novému učí, a proto se všemu novému hůře přizpůsobuje*“. Často se u starých lidí vyskytují psychogenní neurozy, ke kterým vede zvýšená duševní citlivost, zranitelnost, relativní bezbrannost, závislost, stresy a také závažné ztráty v životě seniora (Říčan, 2006, s. 339).

I v oblasti psychiky platí, že všechny změny nesměřují vždy k horšímu, naopak. Často se např. zvyšuje vytrvalost, zvláště v monotónní tělesné i také duševní činnosti.

Většinou se také stupňuje trpělivost i pochopení pro motivy jednání stejně starých anebo jen málo mladších lidí. Starý člověk projevuje větší stálost ve svých názorech i ve svých vztazích a ve svém jednání je obezřetnější a opatrnější (Pacovský, 1990, s. 40).

Nezměněna zůstává slovní zásoba, jazykové dovednosti, způsob vyjadřování myšlenek a intelekt (Mlýnková, 2011, s. 24).

Jaro Křivohlavý uvádí tyto změny v kognitivní oblasti:

- „s rostoucím věkem rostou i obtíže lidí přijímat nové podněty;
- je oslabena schopnost tvořit nové spoje (asociovat naučené s novým);
- ji snížena adaptabilita (schopnost přizpůsobit se novým věcem);
- je snížena flexibilita (schopnost měnit stávající pojetí a způsob života);
- je snížena schopnost přepracovat osvojené vzory chování (stereotypy, zvyky) a pevně zaujímané postoje;
- je zvýšena fixace (soustředění se na to, co bylo již dříve zažito);
- je zvýšena integrace (zažitý postoj soustředěného komplexu vědění)“ (Křivohlavý, 2002, s. 142-143).

Nejčastější psychiatrickou poruchou ve stáří je demence. Jedná se o skupinu chorob, které jsou charakterizovány globální poruchou intelektových schopností jedince se současným narušením několika funkcí jako je paměť, řeč, abstraktní myšlení a soudnost. Ve skupině 65–75letých závažnější demencí trpí 5-7 % u 85letých již 20 % osob (Dienstbier, 2009, s. 114).

### 2.4.3 Změny sociální

I v sociální oblasti nalezneme změny. Staří lidé bývají ve větší míře izolováni ve svém soukromí a mají méně sociálních kontaktů. Dochází k větší koncentraci na sebe, rodinu a známé v nejbližším okolí (Vágnerová, 2000, s. 459).

Ve stáří se také zvyšuje strach z opuštění. Riziko izolace a samoty starých lidí

mohou ovlivnit různé faktory:

- sociální situace – vyšší pravděpodobnost ztráty partnera. Ovdovělý člověk pak často žije sám;
- fyzický stav – možnosti sociálního kontaktu limituje snížená hybnost, smyslové postižení, ale i jakákoliv závažnější nemoc;
- psychický stav – úbytek kompetencí, změny osobnosti, deprese, demence ztěžují nebo zcela eliminují jakýkoliv přijatelný sociální kontakt (Vágnerová, 2000, s. 460-461).

Právě komunikace je důležitou součástí sociálního kontaktu mezi lidmi. Prostřednictvím komunikace se člověk dorozumívá s ostatními lidmi. I v komunikaci se seniory nalezneme zásadní změny. Marie Vágnerová uvádí specifické znaky komunikace starých lidí:

- staří lidé často trpí nedoslýchavostí. Na poslech se musí více soustředit, nerozumí přesně sdělení, nebo nezachytí všechny informace. Komunikace pro ně z tohoto důvodu může být tak náročná, že se jí mohou vyhýbat;
- komunikaci zatěžuje pomalost, typická pro staré lidi. Senior často potřebuje delší dobu na zpracování informace i na vyjádření odpovědi. Pomalost nepředstavuje tak velký problém ve vzájemné komunikaci starých lidí ve větší míře však narušuje kontakt s mladší generací;
- v důsledku poruch paměti staří lidé mají potíže ve vybavení potřebných slovních výrazů;
- mají tendenci opakovat svá sdělení, dokonce i přesto, že jim druhý člověk porozuměl a jejich informaci akceptoval;
- komunikace se skupinou lidí je pro starého člověka obtížnější, jelikož vyžaduje větší soustředěnost než komunikace jen s jedním člověkem. Hluk a šum, který bývá při takových setkáních ztěžuje i slyšení. Starý člověk se nechce znovu opakovaně ptát, a tak často ani neví, o čem kdo mluví;
- tendence komunikovat prostřednictvím tělesných potíží. Činí tak proto, že se jim nedaří upoutat jiným způsobem pozornost (Vágnerová, 2000, s. 461-463).



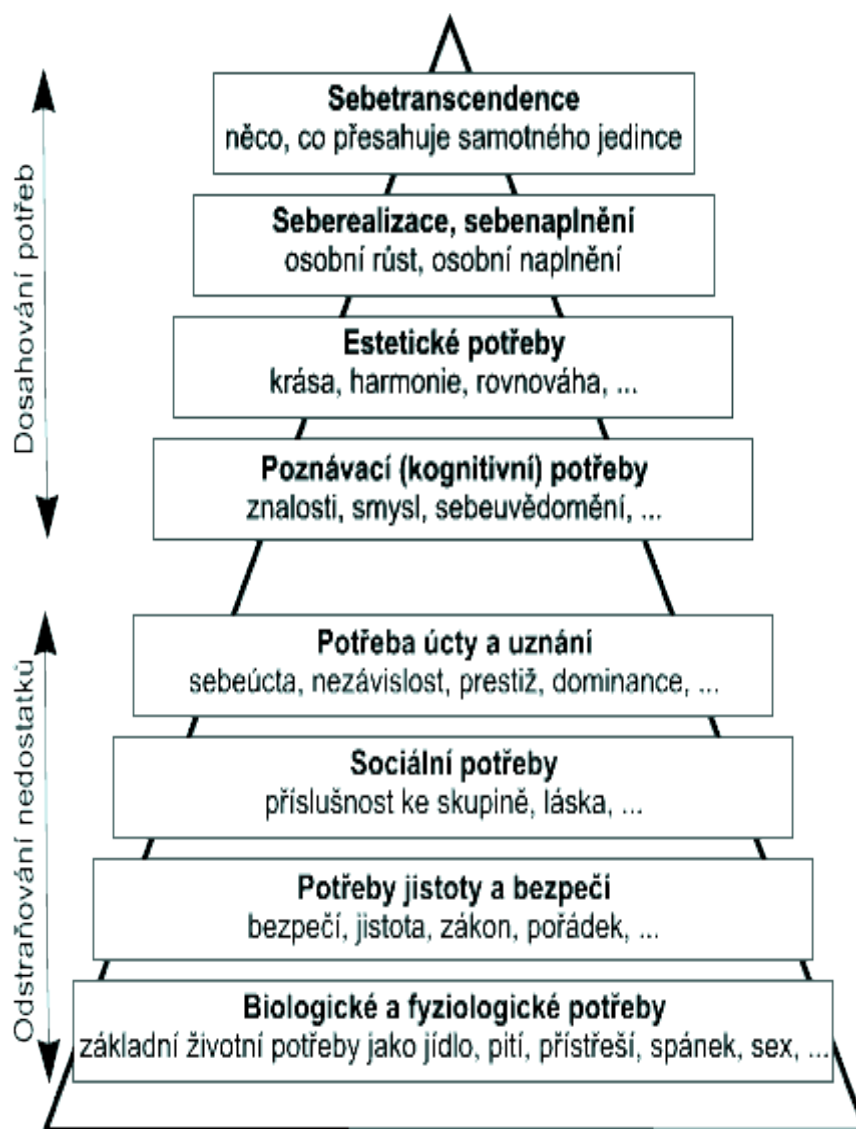
## 2.5 Potřeby ve stáří

Pojem „potřeba“ můžeme vysvětlit „jako základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu (nedostatku) v biologické či sociální dimenzi bytí“ (Nekonečný, 1995, s. 125; in Dvořáčková, 2012, s. 38). Co se týká potřeb ve stáří Marie Vágnerová (2000, s. 457) ve své knize uvádí, že: „Stáří je charakteristické poklesem potřeby změny (resp. alespoň ochoty nevyhnutelnou změnu akceptovat) a vzestupem potřeby jistoty a stability. Prožívání změn daných stářím a adaptace na toto období je spojena s větší koncentrací na vlastní potřeby.“ Dvořáčková (2012, s. 40) píše, že dostatečným způsobem uspokojovat životní potřeby je člověku vlastní v každém věku. Buď si potřeby zajistí sám, anebo je závislý na pomoci druhých lidí. Zejména se jedná o období raného dětství a pak o seniorský věk – stáří.

Je řada teorií lidských potřeb, v této práci se zmíníme o třech a to o Maslowově hierarchii potřeb, domu životních potřeb a o struktuře životních vývojových potřeb.

Uvádí se, že pravděpodobně nejznámější teorii týkající se lidských potřeb vytvořil americký psycholog A. H. Maslow a to ve 40. letech 20. století. Jde o psychologickou motivační teorii, která je založena na pořadí naléhavosti a také na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují (Říčan, 2007, s. 232-233; in Dvořáčková, 2012, s. 40).

Základní potřeby Maslow uvádí od nejnižších po ty nejvyšší a často je tento systém ilustrován ve formě pyramidy (obrázek 1), kde v základě jsou potřeby fyziologické, výše pak potřeba bezpečí, lásky, sounáležitosti a přijetí, nad nimi je dále potřeba uznání (potřeba nezávislosti, síly, respektu ze strany druhých lidí, pozornosti, uznání apod.). Směrem k vrcholu se nachází potřeba seberealizace (touha člověka stát se více a více tím, čím se může stát) a na vrcholu nalezneme kognitivní potřeby vědět/znát, rozumět/pochopit (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008, s. 23-24; in Dvořáčková, 2012, s. 40-41).



Obrázek 1. Hierarchie lidských potřeb

(Převzato z: HÁJEK, M., [http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow\\_hierarchy.gif](http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif), upraveno)

Dům životních potřeb – Chloubová 1992 (obrázek 2) vychází z filozofie A. H. Maslowa a jeho hierarchicky uspořádaných potřeb. Tento svůj dům si sám člověk „staví“ již od narození (CHLOUBOVÁ, H., [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf), s. 22).

## Potřeby člověka

sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebepečení	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc	submise
láska	sounáležitost	důvěra	komunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživy	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

Obrázek 2. Dům životních potřeb (Chloubová 1992)

(Zpracováno dle: CHLOUBOVÁ, H., [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf), s. 23)

Potřeby se mění v jednotlivých věkových obdobích. Jiné potřeby má dítě předškolního věku a jiné školního věku, zcela jiné potřeby mají dospělí lidé či senioři. U seniorů nacházíme v popředí hodnotové orientace potřeb zdraví, klid, bezpečí a spokojenost. Je to jako by se senior vracel z výšek Maslowovy pyramidy (obrázek 1) k jejím základům. Ani dům životních potřeb (obrázek 2) není u seniora tak vysoký, to znamená méně pater a méně místností, jelikož potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně satureovány (Mlýnková, 2011, s. 48).

Vágnerová dělí strukturu vývojových potřeb do šesti oblastí a to potřeba stimulace správnými podněty, potřeba smysluplného světa, potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými, potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti, potřeba identity a uznání vlastního „Já“ sebou i druhými, potřeba smysluplného světa (Vágnerová 2000; in Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 57-58). Následně si tuto strukturu vývojových potřeb více přiblížíme:

1. potřeba stimulace správnými podněty - od početí do smrti. Pro celý lidský organismus je prioritní dostávat správné podněty a to na správném místě, ve

správném čase, v přiměřeném množství a kvalitě;

2. potřeba smysluplného světa - správné životní podněty vedou k tomu, aby člověk poznal sám sebe i prostředí, ve kterém žije, a věděl, k čemu získané poznatky může využít;
3. potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými – souvisí s potřebou smysluplného světa;
4. potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti - lidé mají potřebu někam patřit, mít své role v rodině, v práci. Ve stáří přibývají sociální změny a ztráty, které jsou seniory mnohdy obtížně přijímány. Změny a ztráty ve stáří uvádí tabulka 1;

Tabulka 1. Změny a ztráty ve stáří

ZMĚNY	ZTRÁTY
pracovní role	ztráta pracovního kolektivu a navyklých pracovních činností v závislosti na čase
role otec - matka - prázdné hnízdo	odchod dětí
společenská role – odchod do důchodu	sociální izolace
rozvod – nemoc – smrt partnera	osamělost/samota
bydlení - odchod do nemocnice, do domova důchodců	soukromí, vlastní domov
snížení fyzických sil	neschopnost sebepéče – závislost na druhých
změna fyzického vzhledu	ochota něco nového si koupit, zkrášlit svůj obličej i tělo, jít do společnosti
smyslové funkce	okamžitá orientace a jednání

(Zpracován dle: Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 69)

5. potřeba identity a uznání vlastního „Já“ sebou i druhými - životní ztráty, sociální omezení a nemoc, to vše pozmění chápání vlastního životního obrazu. Obraz života u starých lidí zásadně mění ztráta autonomie (zahrnuje omezení schopnosti být sám sebou, omezené možnosti volit svobodně místo, čas, osoby, činnosti i nečinnosti s druhými lidmi) i ztráta kontroly nad svým životem (omezení vlivu na vykonané činnosti a také snížení míry zodpovědnosti za svá rozhodnutí);

6. potřeba smysluplného světa - je potřeba, aby se senior měl na co těšit (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 58- 70; Dvořáčková 2012, 45- 47 ).

Klevetová a Dlabalová (2008, s. 35) píše, že právě motivace je hybnou pákou lidského chování, která nás nutí uspokojovat vlastní potřeby.

## 2.6 Co je pojem aktivní stárnutí

*„Pojem aktivní stárnutí byl poprvé použit Světovou zdravotnickou organizací koncem 90. let 20. století. Jedná se o zvyšování příležitostí ke zdraví, participaci a ochraně tak, aby byla podpořena kvalita života v průběhu stárnutí. Aktivní stárnutí umožňuje lidem rozvíjet jejich fyzický, sociální a duševní potenciál během životního cyklu. Záměrem aktivního stárnutí je prodloužit naději na zdravý život a jeho kvalitu pro všechny lidi. Koncept aktivního stárnutí předpokládá mimo jiné i zvýšení účasti seniorů na formálním trhu práce“ (Bočková, Hastrmanová, Havrdová, 2011, s. 81).*

## 2.7 Příprava na stáří

Člověk je za své stáří odpovědný, příprava na stáří je považována za celoživotní úkol (Pacovský, 1990, s. 55). Zahrnuje například zdravý životní styl, podporu zdraví, podporu tělesných a duševních aktivit s přiměřenou psychohygienou a relaxací apod. Příprava na stáří bývá rozlišována:

- dlouhodobou – celoživotní;
- střednědobou – asi od 45 let;
- krátkodobou – 2 až 3 roky před penzí (Mühlpachr, 2004, s. 133).

## 3 ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Účelem této kapitoly je ujasnit si pojmy zdraví, životní styl a zdravotní gramotnost.

### 3.1 Zdraví

Pochopení pojmu zdraví je základním předpokladem pro přípravu a realizaci opatření vedoucích ke zlepšení zdraví člověka. Každý člověk by měl směřovat ke svému zdraví, rozvíjet svou zdravotní gramotnost a rozhodovat se tak, aby volil jednání příznivé pro své zdraví (Holčík, 2010, s. 13).

Vladimír Pacovský (1990, s. 61) uvádí, že: *„Zdraví ovlivňuje všechny aspekty života ve vyšším věku. Má však jiné dimenze než v ranných deceniích. V praxi považujeme za zdravého takového geronta, u kterého není přítomna zjevná choroba, který je spokojen s kvalitou svého života, je soběstačný a má neporušenou sociální homeostázu.“*

Nejčastěji citovanou definicí zdraví je jeden z odstavců Ústavy Světové zdravotnické organizace (SZO): *„Zdraví je stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“* Připomíná tři základní aspekty zdraví, a to stránku duševní, tělesnou a sociální (Holčík, 2010, s. 14).

#### 3.1.1 Základní determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou rozděleny na vnitřní a zevní. Mezi determinanty vnitřní se řadí dědičné faktory a mezi determinanty vnější se řadí životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a zdravotnické služby, jejich úroveň a kvalita zdravotní péče (Machová et al., 2009, s. 13). U těchto determinant je uváděn hrubý procentuální odhad jejich vlivu na zdraví člověka. U životního stylu se soudí, že ovlivňuje zdraví téměř ze 40 %, životní prostředí ovlivňuje zdraví zhruba ze 30 %, zdravotnické služby, u nichž se vliv na zdraví odhaduje na 20 % a genetický základ, kde je odhad okolo 10 % (Holčík, 2010, s. 58).

### 3.1.1.1 Životní styl

Životní styl je podle odborníků jednou z determinant, která má nejvyšší vliv na zdraví člověka, a proto si jej více přiblížíme.

Definovat životní styl můžeme takto: „*Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možnosti)*“ (Machová et al., 2009, s. 16).

Rozhodování člověka o jeho chování není zcela svobodné, jelikož je v souladu s rodinnými zvyklostmi, tradicemi společnosti, je limitováno ekonomickou situací společnosti i vlastní, v neposlední řadě také s jeho sociální pozicí. Záleží tedy na temperamentu, věku, vzdělání, zaměstnání, příjmu, pohlaví, hodnotové orientaci a postojích každého člověka i příslušnosti k rase. Pro správné rozhodnutí člověka jsou důležité dostatečné znalosti o tom, co jeho zdraví podporuje a upevňuje, ale také o tom, co mu škodí. Zdraví nejvíce poškozují: kouření, nadměrný konzum alkoholu, zneužívání drog, nesprávná výživa, nízká pohybová aktivita, nadměrná psychická zátěž, rizikové sexuální chování (Machová et al., 2009, s. 16).

### 3.1.2 Teorie zdraví

Existuje řada teorií zdraví. Seedhouse (1995) dělí teorie zdraví na:

- „*Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře (wellness).*
- *Teorie, které chápou zdraví jako „fitness“ – normální dobré fungování.*
- *Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží.*
- *Teorie, které chápou zdraví jako určitý druh „síly“ “ (Křivohlavý, 2001, s. 33).*

Jaro Křivohlavý (2001, s. 33) rozlišuje teorie zdraví podle toho, zda je chápáno zdraví, jako prostředek k určitému cíli, nebo zda je chápáno jako cíl sám o sobě (konečný

stav veškerého našeho snažení).

Teorie zdraví dle Krivohlavého (2001, s. 33-37):

- *„zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly;*
- *zdraví jako metafyzická síla;*
- *salutogeneze – individuální zdroje zdraví;*
- *zdraví jako schopnost adaptace;*
- *zdraví jako schopnost dobrého fungování;*
- *zdraví jako zboží;*
- *zdraví jako ideál.“*

### **3.2 Zdravotní gramotnost a její vymezení**

V literatuře je celá řada definic zdravotní gramotnosti. Velmi významná je definice WHO (1998), která zdravotní gramotnost definuje: *„Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví“* (Holčík, 2010, s. 154). Prezentujme si i některé další definice zdravotní gramotnosti:

- *„Zdravotní gramotnost je schopnost činit správná zdravotní rozhodnutí v kontextu každodenního života“* (Kickbusch, Wait, Maag; in. Holčík 2010, s. 153).
- *„Zdravotní gramotnost znamená více než jen přenos informací. Je to rozvíjení dovedností získat a číst zdravotní informace a úspěšně je využít ve své vlastní situaci, ať už to znamená rozhodnout se pro návštěvu lékaře, nebo zachovávat léčebný režim“* (Rogers; in. Holčík 2010, s. 153).
- *„Pojem zdravotní gramotnosti přesahuje běžné definice, jde rovněž o sdílenou odpovědnost občana nebo pacienta (kohokoli, kdo se seznamuje se zdravotními informacemi) a lékaře anebo jiného zdravotníka nebo poskytovatele zdravotnické služby (nebo toho, kdo je odpovědný za zdravotní komunikaci). K rozvoji*



*a k plnému využití zdravotní gramotnosti dochází vždy, když zdravotníci a občané (pacienti) komunikují tak, že tomu obě zúčastněné strany rozumějí“ (Osborne; in. Holčík 2010, s. 153).*

### **3.2.1 Význam rozvoje zdravotní gramotnosti:**

V této souvislosti Jan Holčík (2010, s. 147-148) uvádí několik tézí:

***„Zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život.“***

Pomocí lidem nacházet i využívat informace, a tak posílit vliv na své vlastní zdraví.

***„Zdravotní gramotnost je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví.“***

Rozvojem zdravotní gramotnosti se zvyšuje celková úroveň zdravotního stavu populace. Systém zahrnuje nejen zdravotnictví, ale také další zdravotní aktivity v ostatních rezortech, organizacích, institucích i v dalších sociálních skupinách.

***„Zdravotní gramotnost je významnou součástí sociálního kapitálu.“***

Nízká zdravotní gramotnost nevede pouze k ekonomickým ztrátám a zvýšenému zdravotnímu riziku, ale je také příčinou značných rozdílů v úrovni zdraví mezi sociálními skupinami.

***„Zdravotní gramotnost je nespornou ekonomickou prioritou.“***

Zlepšení zdraví lidí prostřednictvím zdravotní gramotnosti si vyžaduje mnohem nižší náklady než následné řešení zdravotních problémů.

***„Zdravotní gramotnost je jedním z důležitých předpokladů cesty ke zdraví.“***

Hlavním přínosem zdravotní gramotnosti je, že napomáhá lidem zlepšovat své zdraví.

***„Zdravotní gramotnost přispívá k rozvoji demokracie.“***

Pomocí zdravotní gramotnosti se stává občan aktivním činitelem systému péče o zdraví.

***„Zdravotní gramotnost je důležitým nástrojem rozvoje osobnosti.“***

Zdravotní gramotnost posiluje schopnost občanů rozhodovat o svém zdraví a o životě, zvyšuje jejich sebedůvěru a také upevňuje jejich důstojnost i svébytnost.

***„Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury.“***

Zdravotní gramotnost neovlivňuje pouze jen zdraví lidí. Zdravý životní styl, rozvoj pozitivních vztahů mezi lidmi, tvůrčí přístup k životu, posilování osobní odpovědnosti, to jsou hodnoty, které by se měly stát samozřejmou charakteristikou zdravé společnosti a také její obecné kultury.

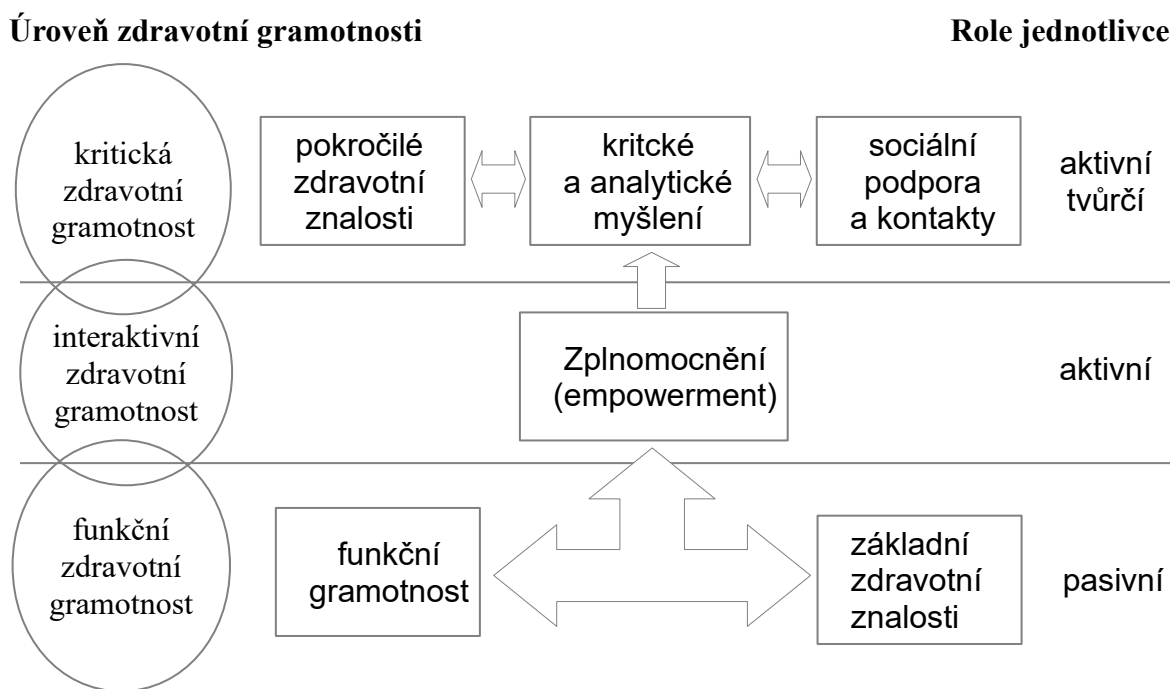
### 3.2.2 Modely zdravotní gramotnosti

*„Modely zdravotní gramotnosti jsou myšlenkové konstrukce, s jejichž pomocí si lze snadněji uvědomit hlavní komponenty zdravotní gramotnosti, jednotlivé hladiny úrovně zdravotní gramotnosti, některé dynamické vazby i možnosti měření a hodnocení zdravotní gramotnosti“ (Holčík, 2010, s. 159).*

Jan Holčík (2010, s. 159-160) ve své knize uvádí a popisuje Nutbeamův model z roku 2000, který obsahuje tři úrovně zdravotní gramotnosti (znázorňuje také obrázek 3):

- **funkční zdravotní gramotnost** – týká se výsledků tradiční zdravotní výchovy. Spočívá v poskytování informací o zdravotních rizicích a o tom, jak si počínat ve zdravotnickém systému. Cílem je u lidí rozšířit i prohloubit znalosti o zdravotních rizikových faktorech a vést je k ochotě přijímat předepsaná opatření. Zařadit zde můžeme například účast na očkování a dodržování harmonogramu preventivních prohlídek;
- **interaktivní zdravotní gramotnost** – záměrem je rozvíjet schopnosti občanů jednat samostatně, zejména posilovat jejich motivaci i odpovědnost při respektování pokynů. Nejde tedy jen o poslušnost, a také snahu vyhovět všem dobře míněným radám zdravotníků, ale také o rozvoj svébytnosti i samostatnosti při rozhodování o upevňování vnitřní motivace ve snaze přispívat ke zlepšení zdraví. Do této úrovně ředíme zdravotně výchovné programy orientující se na konkrétní problematiku některých populačních skupin, jako příklad lze uvést svépomocné skupiny pacientů;
- **kritická zdravotní gramotnost** – rozvíjí takové schopnosti u jedinců, které se týkají jak jejich individuálního chování, tak i sociálně a politicky orientovaných

činností, jejichž smyslem je podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. Obsahem zdravotní výchovy je poskytování informací a rozvíjení komunikace o zdraví.



Obrázek 3. Základní struktura zdravotní gramotnosti (podle Kickbusch)

(Zpracováno dle: Holčík, 2010, s.160)

Jan Holčík (2010, s. 162) uvádí i další model zdravotní gramotnosti, který vychází z dělení zdravotních informací do tří skupin a to podle amerického ministerstva zdravotnictví (United States Department of Health and Human Services). Jedná se o *osobní zdravotní dimenzi* (informace přispívají k ochraně i upevňování zdraví jedince a k jeho rozhodování v systému zdravotnických služeb). Dále *zdravotnickou dimenzi* (informace pro pracovníky ve zdravotnictví týkající se zvyšování kvality a hospodárnosti poskytovaných zdravotnických služeb) a *populační dimenzi* (jedná se o informace dostupné široké občanské veřejnosti. Zahrnují údaje o zdravotním stavu populace, o determinantech zdraví a o možnostech jak zlepšit zdraví).

### **3.2.3 Nízká zdravotní gramotnost a její důsledky**

Jan Holčík (2010, s. 210) ve své knize píše, že studie ze Spojených států dokládají, že ti lidé, kteří mají nízkou zdravotní gramotnost, častěji:

- uvádějí horší zdravotní stav;
- nerozumí ústním ani písemným informacím, které obdrží od zdravotnických pracovníků;
- nedovedou dodržovat léčebný režim a ani jednat podle doporučení lékaře;
- ve zdravotnickém systému se nevyznají a tudíž nedostávají náležité zdravotnické služby;
- více využívají pohotovostní služby, přicházejí pozdě a to je důvod k hospitalizaci;
- preventivní opatření podceňují a zásady zdravé životosprávy nerespektují.

### **3.2.4 Stárnutí populace a zdravotní gramotnost**

Prodlužování lidského věku neznamená pouze nárůst roků, které člověk stráví v nemoci, ale obzvlášť jde o prodloužení doby, kdy je člověk zdravý nebo z důvodu nemoci není vystaven vážnějšímu omezení. Už v současné době některé skupiny starých lidí jeví velmi aktivní zájem o informace, které souvisí se zdravím a také chronickými nemocemi typickými pro vyšší věk. Zdravotní informace a snaha udržet si co nejdéle dobrou zdravotní kondici může vést jednak k rozvoji účinné prevence a jednak ke zvýšení kvality života starých lidí a tím i ke zpomalení růstu nákladů na zdravotnické služby. Zvyšování zdravotní gramotnosti by mělo být celoživotním úsilím člověka a důraz by měl být kladen již od dětství (Holčík, 2010, s. 208).

## 4 KVALITA ŽIVOTA

V posledních dvaceti letech se problematice stáří věnuje značná pozornost i na mezinárodní úrovni („např. *Mezinárodní akční plán OSN k problematice stárnutí z roku 1980, Zásady OSN pro seniory z roku 1991 apod.*“). Současné celospolečenské programy nekladou důraz na další prodlužování života, ale na podporu kvality života v období stáří. Prosazována je koncepce „úspěšného stárnutí“ – nárůst starší populace nutně nemusí znamenat zvýšení počtu osob nemocných a závislých, pokud je společností dostatečně zajištěna prevence vzniku závislosti (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 210).

### 4.1 Všeobecné a stručné vymezení kvality života

*„Kvalita života je kategorie velmi subjektivní a individuální – představuje různé věci pro různé lidi a v různém čase“* (Mühlpachr, 2004, s. 137).

*„WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“* (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 11).

### 4.2 Rozsah pojmu kvality života

Co do rozsahu v pojetí kvality života Křivohlavý (2002, s. 163-164) uvádí, že Engel a Bergsma (1988) popisují tři hierarchicky odlišné sféry:

- makro – rovina - kvalita života v rámci velkých společenských celků;
- mezo – rovina – otázky kvality života v malých sociálních skupin;
- personální rovina – kvalita života individua, kdy si každý člověk hodnotí vlastní kvalitu života;

- fyzická existence – je uváděna jako čtvrtá rovina. Jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí. Získané údaje jsou sice objektivně měřitelné, postrádají však něco, co je podstatné pro hlubší pojetí kvality života. Z tohoto důvodu Bergsma a Engel (1988) při definování kvality života nedoporučují užívání údajů z této roviny.

### 4.3 Dimenze kvality života

Vaňurová, Mühlpachr (2005, s. 17) uvádí, že ke konceptu QOL lze přistupovat ze subjektivního a objektivního hlediska:

- objektivní kvalita života sleduje sociální podmínky života, sociální status člověka, materiální zabezpečení a také fyzické zdraví. Můžeme ji tedy vymezit, jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek ovlivňujících život člověka;
- subjektivní kvalita života zahrnuje to, jak člověk vnímá své postavení ve společnosti v souvislosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem.

### 4.4 Dimenze kvality života za účelem měření

Světová zdravotnická organizace WHO rozlišuje čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. První oblast zahrnuje fyzické zdraví a úroveň samostatnosti (energie, únava, odpočinek, bolest, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat atp.). Druhou oblastí je psychické zdraví a duchovní stránka (sebepojetí, pozitivní a negativní pocity, sebehodnocení, myšlení, paměť, učení, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.). Třetí oblastí jsou sociální vztahy (sociální podpora, osobní vztahy, sexuální aktivita atp.). Čtvrtá oblast zahrnuje prostředí (finanční zdroje, bezpečí, svoboda, dostupnost zdravotní a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získávání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí atp.) (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 18-19).

Ze stejného teoretického vymezení kvality života vychází i QOL Research Unit

v Torontu. Jejich koncepční model kvality života je vytvořen, na rozdíl od na zdraví zaměřené WHO, za účelem měření zohledňujícího jak zdravotní determinanty, tak také spokojenost. Tento koncept zdůrazňuje jedincovy fyzické, psychické a duševní schopnosti, jeho vazby na prostředí i možnosti udržování a zlepšování schopností i vědomostí. Koncept je složen ze tří základních oblastí života, z nichž každá má tři podoblasti. (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 19).

Tabulka 2. Koncepční model kvality života podle QOL Research Unit Toronto

<b>EXISTENCE</b>	<b>KDO JSEM</b>
FYZICKÁ STRÁNKA	fyzické zdraví
	osobní hygiena
	výživa
	cvičení
	péče o vzhled a oblečení
	vzhled
PSYCHICKÁ STRÁNKA	psychické zdraví
	vnímání
	pocity
	sebehodnocení, sebepojetí a sebekontrola
DUCHOVNÍ STRÁNKA	osobní hodnoty
	osobní standard chování
	duchovní hodnoty, vyznání
<b>SOUNÁLEŽITOST</b>	<b>VAZBY NA PROSTŘEDÍ</b>
MÍSTO NA SVĚTĚ	domov
	práce/škola
	sousedství
	užší společnost

MÍSTO MEZI LIDMI	blízcí přátelé
	rodina
	přátelé
	spolupracovníci
	sousedství a užší společnost
MÍSTO VE SPOLEČNOSTI	adekvátní příjem
	zdravotnické a sociální služby
	zaměstnání
	vzdělávací programy
	volnočasové aktivity
	společenské dění a události
<b>ADAPTABILITA</b>	<b>DOSAHOVÁNÍ OSOBNÍCH CÍLŮ, PŘÁNÍ A ASPIRACÍ</b>
KAŽDODENNÍ ŽIVOT	činnosti v domácnosti
	zaměstnání
	škola nebo dobrovolné činnosti
	využívání zdravotnických a sociálních služeb
VOLNÝ ČAS	relaxační činnosti
	činnosti redukující stres
PLÁNY DO BUDOUCNA	činnosti pro udržování nebo zlepšování vědomostí a dovedností
	adaptace na změny

(Zpracováno dle: Vaňurová, Mühlpachr, 2005, 19-20).

## 4.5 Kvalita života související se zdravím

Kvalita života týkající se zdraví je označována jako HRQOL (Health-Related Quality of Life). Jan Holčík (2010, s. 281) ve své knize uvádí, že: „*Jde o pojem zahrnující aspekty celkové kvality života, které souvisejí se zdravím. Na úrovni jednotlivce jde o vnímání svého zdraví a zdravotních problémů, a to včetně jejich determinant a dalších okolností (funkční stav, zdravotní rizika, sociální pozice apod.). Na populační úrovni je žádoucí brát v úvahu zdroje, zdravotní politiku a všechny okolnosti ovlivňující funkční stav populace i to, jak lidé subjektivně vnímají svůj zdravotní stav*“.



## 5 METODIKA PRÁCE

V této části bakalářské práce se budeme věnovat výzkumu. Cílem výzkumu bylo zhodnotit kvalitu života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti.

### 5.1 Metodologie šetření

Pro výzkum jsem použila dva dotazníky: dotazník subjektivní kvality života SQUALA (dále jen „SQUALA“), a dotazník zaměřený na zdravotní gramotnost, který obsahuje 9 otázek, přičemž u dvou posledních otázek jsou podotázky .

Dotazník SQUALA byl vytvořen M. Zannottim ve Francii v roce 1992. Dotazník vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb, proto jsou zařazeny mezi oblasti života i vnitřní hodnoty, jako je prožitek, svoboda, pravda nebo spravedlnost. Původní dotazník obsahuje 23 oblastí, u nichž respondent určuje na pětibodové škále subjektivní důležitost v určité oblasti a spokojenost v této oblasti. Je připojena i otevřená otázka k případnému doplnění (Dragomirecká et al., 2006). Pro náš výzkum byla použita česká verze dotazníku, kterou připravila Eva Dragomirecká a kol. Ta obsahuje 21 oblastí (vynechány dvě oblasti „zajímat se o politiku“ a „mít víru“. Z dotazníku byla dále odstraněna položka „práce“, jelikož výzkum se týká respondentů seniorského věku a všichni tito respondenti jsou již nepracující důchodci. Respondent v dotazníku SQUALA vyplňuje:

- demografické údaje;
- hodnocení důležitosti (od nezbytné po bezvýznamné);
- hodnocení spokojenosti (od zcela spokojen po velmi zklamán).

### 5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkum byl proveden v rámci města Česká Třebová. Pro výzkum bylo vybráno

celkem 60 respondentů z tohoto města. Polovina respondentů (tj. 30) žije v domácím prostředí a další polovina (tj. 30) v Domově pro seniory. V Domově pro seniory byly dotazníky s respondenty vyplňovány osobně. Výběr respondentů byl náhodný, podle ochoty spolupracovat. U seniorů volně žijících byly dotazníky vyplňovány osobně pouze s těmi respondenty, které znám. Zbylé dotazníky byly rozdány dalším osobám a bylo jim vysvětleno, jak mají být vyplněny. Podmínkou bylo, že respondent musí vyplnit oba dotazníky.

### **5.3 Zpracovávání získaných dat**

Získaná data od respondentů byla zpracována v počítačovém programu Microsoft Excel a následně vyhodnocena.

### **5.4 Výzkumné problémy**

#### **Výzkumný problém č. 1**

Jak důležité je pro seniory zdraví a fyzická soběstačnost? Je rozdíl ve spokojenosti se zdravím a fyzickou soběstačností mezi seniory žijícími v domácím prostředí a seniory žijícími v Domově pro seniory?

#### **Výzkumný problém č. 2**

Kdo rozhoduje o terapii v případě nemoci seniorů a jak senioři rozumí informacím od lékaře?

#### **Výzkumný problém č. 3**

Jaký zájem jeví senioři o zdravou výživu?

#### **Výzkumný problém č. 4**

Vyplňují senioři svůj volný čas pohybovými aktivitami?

#### **Výzkumný problém č. 5**

Věnují senioři pozornost příbalovým letákům přiloženým u léků?

## **Výzkumný problém č. 6**

Co ovlivňuje seniory při koupi léků bez lékařského předpisu?

## **5.5 Výzkumné předpoklady**

### **Výzkumný předpoklad VPř1**

Být zdravý a fyzicky soběstačný je pro seniory nezbytné. Zároveň předpokládáme, že senioři žijící v domácím prostředí jsou se svým zdravím a fyzickou soběstačností více spokojeni, než senioři žijící v Domově pro seniory.

### **Výzkumný předpoklad VPř2**

V případě nemoci větší část seniorů nechává o své terapii rozhodovat rodinu, jelikož nerozumí informacím od lékaře.

### **Výzkumný předpoklad VPř3**

Senioři z domácího prostředí jeví větší zájem o zdravou výživu, než senioři žijící v Domově pro seniory.

### **Výzkumný předpoklad VPř4**

Větší část seniorů nevyplňuje svůj volný čas pohybovými aktivitami.

### **Výzkumný předpoklad VPř5**

Větší část seniorů vůbec nevěnuje pozornost přiloženým letákům u léků.

### **Výzkumný předpoklad VPř6**

Při koupi léků bez lékařského předpisu nejvíce seniory ovlivňuje cena léku.

## 6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

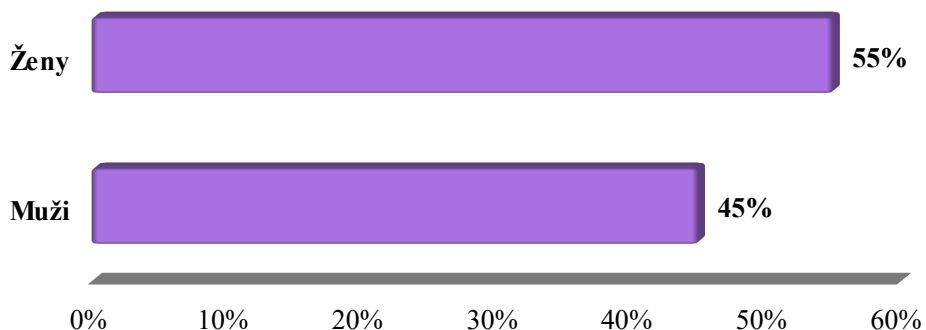
Tato kapitola je zaměřena na analyzování výsledků zjištěných při výzkumném šetření u respondentů seniorského věku. Kapitola je rozdělena na tři části. V první části se zabýváme zjišťováním demografických údajů, ve druhé části analyzujeme kvalitu života seniorů (obsahuje 20 otázek) a třetí část této kapitoly analyzuje zdravotní gramotnost (obsahuje 9 otázek).

### 6.1 Demografické údaje

Tato část nám znázorňuje demografické údaje respondentů. Data byla získána pomocí dotazníku SQUALA (příloha 1).

#### Pohlaví respondentů

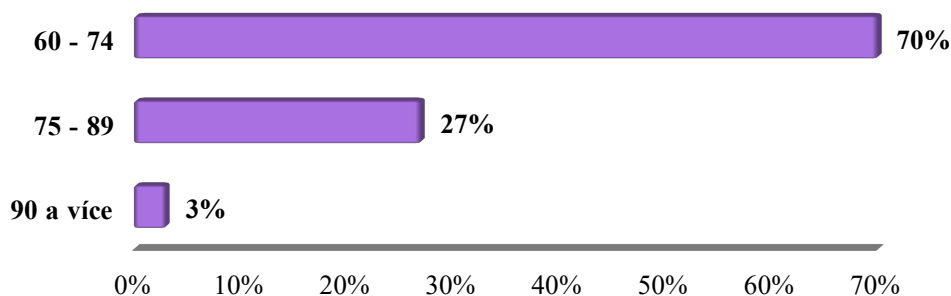
Výzkumného šetření se zúčastnilo více žen seniorského věku než mužů seniorského věku. Rozdíl však není příliš velký. Celkem se zúčastnilo 60 seniorů. Kategorii žen tvoří 33 (tj. 55 %) respondentek a kategorii mužů tvoří 27 (tj. 45 %) respondentů. Senioři žijící ve vlastní domácnosti tvoří skupina respondentů (**16 žen a 14 mužů**), senioři žijící v Domově pro seniory tvoří skupina respondentů (**17 žen a 13 mužů**).



Graf 1. Pohlaví respondentů

### **Věk respondentů**

Co se týká věku, tak nejpočetnější skupinou dotazovaných respondentů jsou senioři v rozmezí 60-74 let v počtu 42 (tj. 70 %) respondentů. Méně početnou skupinu tvoří senioři v rozmezí věku 75-89 let v počtu 16 (tj. 27 %) respondentů a nejméně početnou skupinu tvoří senioři v rozmezí 90 a více let v počtu 2 (tj. 3 %) respondentů. Nejmladšímu respondentovi je 62 let a nejstaršímu respondentovi je 91 let.



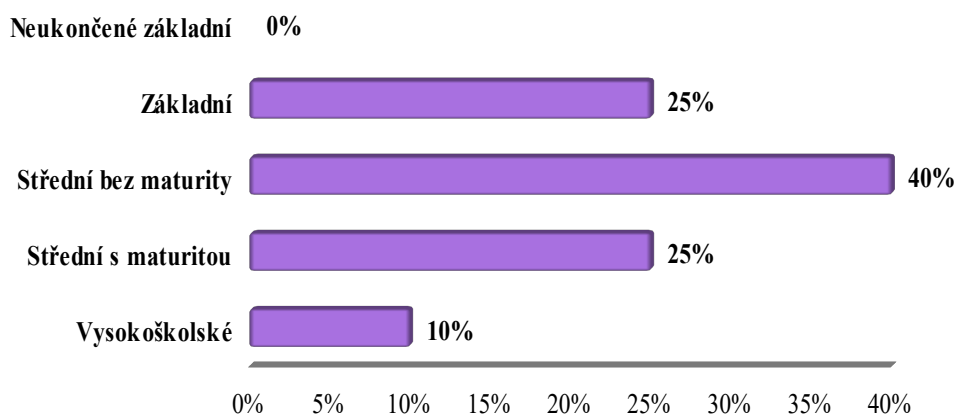
Graf 2. Věk respondentů

### **Bydliště respondentů**

Všichni respondenti žijí ve městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.

### **Ukončené vzdělání respondentů**

Všichni respondenti mají ukončené základní vzdělání. Základní vzdělání má 15 (tj. 25 %) respondentů, 24 (tj. 40 %) respondentů má střední vzdělání bez maturity, 15 (tj. 25 %) respondentů má střední vzdělání s maturitou a 6 (tj. 10 %) respondentů má vysokoškolské vzdělání.



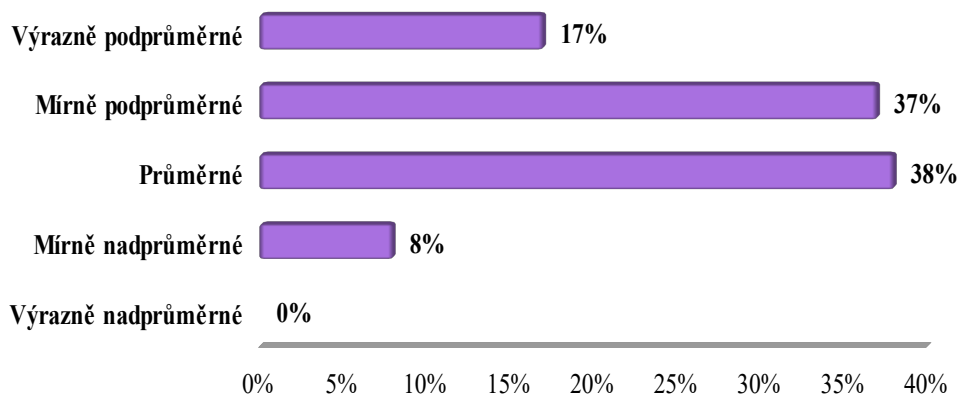
Graf 3. Vzdělání respondentů

### **Zaměstnání respondentů**

100 % zúčastněných respondentů jsou „důchodci (nepracující)“.

### **Hmotné zabezpečení respondentů**

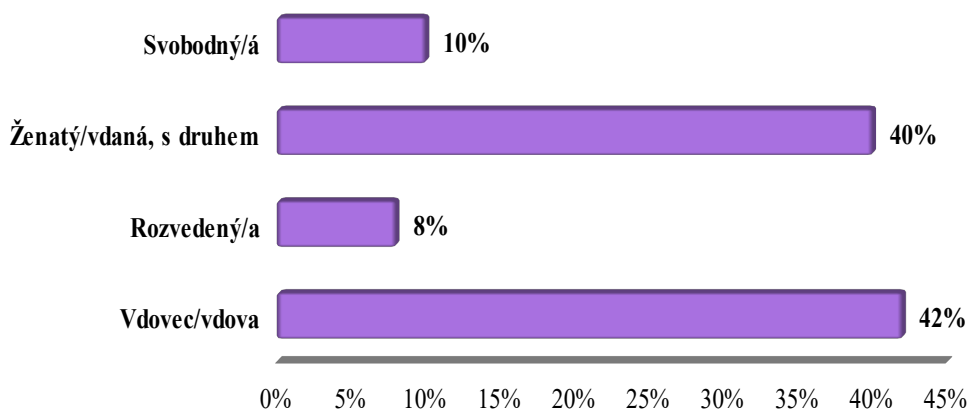
Jako průměrné své hmotné zabezpečení hodnotí 23 (tj. 38 %) respondentů, jako mírně podprůměrné hodnotilo 22 (tj. 37 %) respondentů. Výrazně podprůměrné hmotné zabezpečení hodnotilo 10 (tj. 17 %) dotazovaných respondentů. Mírně nadprůměrné hodnotí své hmotné zabezpečení jen 5 (tj. 8 %) respondentů. Ani jeden z respondentů nehodnotil své hmotné zabezpečení za výrazně nadprůměrné.



Graf 4. Hmotné zabezpečení respondentů

### **Rodinný stav respondentů**

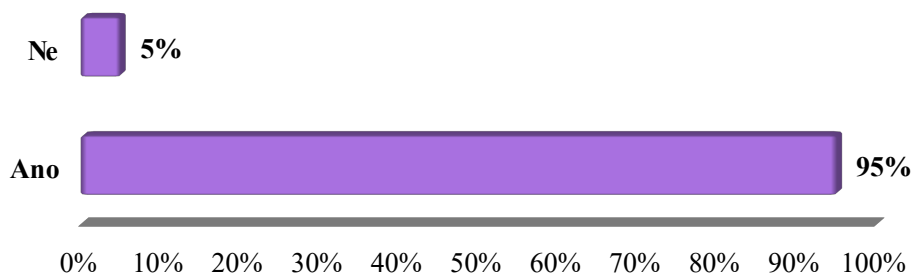
Nejvíce respondentů tvoří vdovci a vdovy tj. 25 (tj. 42 %) respondentů. Ženatý, vdaná, žijící s druhem tvoří 24 (tj. 40 %) respondentů. 6 (tj. 10 %) respondentů je svobodných a 5 (tj. 8 %) je rozvedených.



Graf 5. Rodinný stav

### **Děti respondentů**

57 (tj. 95 %) dotazovaných respondentů má děti. Pouze 3 (tj. 5 %) respondenti děti nemají.



Graf 6. Děti respondentů

## **6.2 Analýza výsledků kvality života**

Zde se zaměříme na analýzu výsledků kvality života získaných pomocí dotazníku SQUALA (příloha 1). Byla hodnocena důležitost a spokojenost v jednotlivých oblastech

života.

### Otázka č. 1: Hodnocení zdraví

Tabulka 3. Zdraví

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	19	63 %	20	67 %	Zcela spokojen	7	23 %	2	7 %
Velmi důležité	11	37 %	10	33 %	Velmi spokojen	3	10 %	3	10 %
Středně důležité	0	0 %	0	0 %	Spíše spokojen	17	57 %	6	20 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	Nespokojen	3	10 %	15	50 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	Velmi zklamán	0	0 %	4	13 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Více respondentů hodnotí důležitost zdraví jako nezbytnou a to 63 % seniorů z domácího prostředí a 67 % seniorů z Domova pro seniory. Zbytek respondentů hodnotí zdraví za velmi důležité. V hodnocení spokojenosti nejvíce senioři z domácího prostředí uvádějí, že jsou spíše spokojeni (57 %). Kdežto polovina seniorů z Domova pro seniory se cítí být se svým zdravotním stavem nespokojena (50 %).

### Otázka č. 2: Hodnocení fyzické soběstačnosti

Tabulka 4. Fyzická soběstačnost

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	17	57 %	16	53 %	Zcela spokojen	8	27 %	2	7 %
Velmi důležité	13	43 %	14	47 %	Velmi spokojen	8	27 %	2	7 %
Středně důležité	0	0 %	0	0 %	Spíše spokojen	13	43 %	10	33 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	Nespokojen	1	3 %	13	43 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	Velmi zklamán	0	0 %	3	10 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Procentuálně více seniorů hodnotilo fyzickou soběstačnost jako nezbytnou, takto odpovědělo 57 % seniorů z domácího prostředí a 53 % seniorů z Domova pro seniory. V hodnocení spokojenosti tvoří největší procento odpovědí u seniorů z domácího prostředí spíše spokojen (43 %) a u seniorů z Domova pro seniory nespokojen (43 %).



### Otázka č. 3: Hodnocení psychické pohody

Tabulka 5. Psychická pohoda

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	15	50 %	11	37 %	Zcela spokojen	8	27 %	3	10 %
Velmi důležité	14	47 %	15	50 %	Velmi spokojen	7	23 %	8	27 %
Středně důležité	1	3 %	4	13 %	Spíše spokojen	10	33 %	16	53 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	Nespokojen	5	17 %	3	10 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Polovina respondentů z domácího prostředí označila psychickou pohodu za nezbytnou. V Domově pro seniory hodnotila polovina respondentů psychickou pohodu za velmi důležitou. Co se týká spokojenosti, větší procento respondentů je spíše spokojeno, uvádí tak 33 % seniorů z domácího prostředí a 53 % seniorů z Domova pro seniory.

### Otázka č. 4: Hodnocení prostředí bydlení

Tabulka 6. Prostor bydlení

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	12	40 %	12	40 %	Zcela spokojen	9	30 %	4	13 %
Velmi důležité	15	50 %	13	43 %	Velmi spokojen	10	33 %	4	13 %
Středně důležité	3	10 %	5	17 %	Spíše spokojen	9	30 %	17	57 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	Nespokojen	2	7 %	5	17 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Prostředí bydlení považují senioři za velmi důležité. Spokojenější jsou v tomto ohledu senioři z domácího prostředí, kteří uvádějí, že jsou velmi spokojeni (33 %). Senioři z Domova pro seniory jsou spíše spokojeni (57 %).

## Otázka č. 5: Hodnocení spánku

Tabulka 7. Spánek

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	16	53 %	15	50 %	Zcela spokojen	4	13 %	1	3 %
Velmi důležité	12	40 %	9	30 %	Velmi spokojen	6	20 %	7	23 %
Středně důležité	2	7 %	6	20 %	Spíše spokojen	12	40 %	8	27 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	Nespokojen	8	27 %	11	37 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	Velmi zklamán	0	0 %	3	10 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, ve stáří se objevují poruchy spánku. Spánek hodnotí 53 % seniorů z domácího prostředí a 50 % seniorů z Domova pro seniory za nezbytný. Zbytek seniorů hodnotí spánek za velmi důležitý nebo středně důležitý. Větší procento seniorů z domácího prostředí je se svým spánkem spíše spokojeno (40 %), kdežto větší procento seniorů z Domova pro seniory je nespokojeno (37 %).

## Otázka č. 6: Hodnocení rodinných vztahů

Tabulka 8. Rodinné vztahy

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	9	30 %	8	27 %	Zcela spokojen	8	27 %	2	7 %
Velmi důležité	21	70 %	10	33 %	Velmi spokojen	10	33 %	4	13 %
Středně důležité	0	0 %	9	30 %	Spíše spokojen	10	33 %	12	40 %
Málo důležité	0	0 %	0	0 %	Nespokojen	0	0 %	8	27 %
Bezvýznamné	0	0 %	3	10 %	Velmi zklamán	2	7 %	4	13 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Nejvíce seniorů označilo rodinné vztahy za velmi důležité, 70 % seniorů z domácího prostředí a 33 % seniorů z Domova pro seniory. Co se týká spokojenosti, tak jsou seniři z domácího prostředí ze 33 % velmi spokojeni a z dalších 33 % spíše spokojeni. Vyšší procento seniorů z Domova pro seniory je spíše spokojeno a to 40 % dotazovaných.

### Otázka č. 7: Hodnocení vztahů s ostatními lidmi

Tabulka 9. Vztahy s ostatními lidmi

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	4	13 %	5	17 %	Zcela spokojen	6	20 %	2	7 %
Velmi důležité	<b>14</b>	<b>47 %</b>	<b>14</b>	<b>47 %</b>	Velmi spokojen	7	23 %	6	20 %
Středně důležité	11	37 %	7	23 %	Spíše spokojen	<b>14</b>	<b>47 %</b>	<b>11</b>	<b>37 %</b>
Málo důležité	1	3 %	0	0 %	Nespokojen	3	10 %	7	23 %
Bezvýznamné	0	0 %	4	13 %	Velmi zklamán	0	0 %	4	13 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Pro seniory jsou vztahy s ostatními lidmi velmi důležité, hodnotilo tak 47 % seniorů z domácího prostředí i 47 % seniorů z Domova pro seniory. V hodnocení spokojenosti jsou respondenti spíše spokojeni, tak odpovědělo 47 % seniorů z domácího prostředí a 37 % seniorů z Domova pro seniory.

### Otázka č. 8: Hodnocení dětí

Tabulka 10. Děti

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	10	33 %	6	20 %	Zcela spokojen	8	27 %	2	7 %
Velmi důležité	<b>14</b>	<b>47 %</b>	<b>11</b>	<b>37 %</b>	Velmi spokojen	<b>11</b>	<b>37 %</b>	4	15 %
Středně důležité	4	13 %	4	13 %	Spíše spokojen	10	33 %	<b>9</b>	<b>33 %</b>
Málo důležité	2	7 %	3	10 %	Nespokojen	1	3 %	4	15 %
Bezvýznamné	0	0 %	6	20 %	Velmi zklamán	0	0 %	8	30 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	27	100 %

Mít děti a vychovávat je, považují respondenti za velmi důležité. 37 % seniorů z domácího prostředí je se svými dětmi velmi spokojeno. Na tuto otázku odpovídalo 27 respondentů z Domova pro seniory, jelikož 3 respondenti děti nemají, nejvíce odpovědi činí „spíše spokojen“ (33 %).

### Otázka č. 9: Hodnocení péče o sebe

Tabulka 11. Péče o sebe

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	12	40 %	6	20 %	Zcela spokojen	6	20 %	0	0 %
Velmi důležité	<b>18</b>	<b>60 %</b>	<b>15</b>	<b>50 %</b>	Velmi spokojen	11	37 %	5	17 %
Středně důležité	0	0 %	3	10 %	Spíše spokojen	<b>12</b>	<b>40 %</b>	<b>10</b>	<b>33 %</b>
Málo důležité	0	0 %	2	7 %	Nespokojen	1	3 %	<b>10</b>	<b>33 %</b>
Bezvýznamné	0	0 %	4	13 %	Velmi zklamán	0	0 %	5	17 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Pro seniory je velmi důležitá péče o sebe. Hodnotila tak polovina seniorů z Domova pro seniory a více jak polovina seniorů z domácího prostředí. Senioři z domácího prostředí jsou v této oblasti spíše spokojeni (40 %). Senioři z Domova pro seniory jsou ze 33 % spíše spokojeni a dalších 33 % dotazovaných je nespokojeno.

### Otázka č. 10: Hodnocení v oblasti lásky

Tabulka 12. Láska

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	13	43 %	4	13 %	Zcela spokojen	7	23 %	0	0 %
Velmi důležité	<b>15</b>	<b>50 %</b>	<b>11</b>	<b>37 %</b>	Velmi spokojen	9	30 %	2	7 %
Středně důležité	2	7 %	10	33 %	Spíše spokojen	<b>11</b>	<b>37 %</b>	6	20 %
Málo důležité	0	0 %	2	7 %	Nespokojen	2	7 %	9	30 %
Bezvýznamné	0	0 %	3	10 %	Velmi zklamán	1	3 %	<b>13</b>	<b>43 %</b>
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Potřeba lásky je pro seniory velmi důležitá. V oblasti lásky jsou senioři z Domova pro seniory velmi zklamáni (43 %). U seniorů z domácího prostředí tvoří více odpovědí, že jsou spíše spokojeni (37 %).

### Otázka č. 11: Hodnocení v oblasti sexuálního života

Tabulka 13. Sexuální život

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	1	3 %	1	3 %	Zcela spokojen	3	10 %	0	0 %
Velmi důležité	3	10 %	0	0 %	Velmi spokojen	5	17 %	0	0 %
Středně důležité	10	33 %	4	13 %	Spíše spokojen	<b>12</b>	<b>40 %</b>	1	3 %
Málo důležité	<b>14</b>	<b>47 %</b>	11	37 %	Nespokojen	6	20 %	9	30 %
Bezvýznamné	2	7 %	<b>14</b>	<b>47 %</b>	Velmi zklamán	4	13 %	<b>20</b>	<b>67 %</b>
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Pro seniory není sexuální život příliš důležitý. Více seniorů z domácího prostředí je se svým sexuálním životem spíše spokojeno (40 %). Oproti tomu senioři z Domova pro seniory jsou velmi zklamáni (67 %).

### Otázka č. 12: Hodnocení odpočinku

Tabulka 14. Odpočinek

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	5	17 %	<b>10</b>	<b>33 %</b>	Zcela spokojen	6	20 %	4	13 %
Velmi důležité	10	33 %	8	27 %	Velmi spokojen	10	33 %	6	20 %
Středně důležité	<b>13</b>	<b>43 %</b>	5	17 %	Spíše spokojen	<b>14</b>	<b>47 %</b>	<b>17</b>	<b>57 %</b>
Málo důležité	2	7 %	4	13 %	Nespokojen	0	0 %	3	10 %
Bezvýznamné	0	0 %	3	10 %	Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Více respondentů z Domova pro seniory hodnotí odpočinek jako nezbytný. Naproti tomu senioři z Domácího prostředí hodnotí odpočinek za středně důležitý. Však obě skupiny seniorů jsou se svým odpočinkem spíše spokojeni. Uvádí tak 47 % seniorů z domácího prostředí a 57 % seniorů z Domova pro seniory.

### Otázka č. 13: Hodnocení v oblasti koníčků

Tabulka 15. Koníčky

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	3	10 %	3	10 %	Zcela spokojen	6	20 %	1	3 %
Velmi důležité	<b>14</b>	<b>47 %</b>	6	20 %	Velmi spokojen	11	37 %	5	17 %
Středně důležité	11	37 %	6	20 %	Spíše spokojen	<b>12</b>	<b>40 %</b>	<b>12</b>	<b>40 %</b>
Málo důležité	1	3 %	5	17 %	Nespokojen	1	3 %	11	37 %
Bezvýznamné	1	3 %	<b>10</b>	<b>33 %</b>	Velmi zklamán	0	0 %	1	3 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

V hodnocení důležitosti koníčků jsou mezi oběma skupinami seniorů velké rozdíly. Zatím, co větší procento seniorů z domácího prostředí hodnotí, že mít koníčky ve volném čase je velmi důležité (47 %), tak větší procento seniorů z Domova pro seniory tuto oblast hodnotí jako bezvýznamnou (33 %). Nicméně se senioři z obou skupin shodují, že jsou v této oblasti spíše spokojeni (40 %).

### Otázka č. 14: Hodnocení pocitu bezpečí

Tabulka 16. Pocit bezpečí

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	8	27 %	8	27 %	Zcela spokojen	5	17 %	3	10 %
Velmi důležité	<b>19</b>	<b>63 %</b>	<b>18</b>	<b>60 %</b>	Velmi spokojen	<b>11</b>	<b>37 %</b>	3	10 %
Středně důležité	3	10 %	0	0 %	Spíše spokojen	10	33 %	<b>19</b>	<b>63 %</b>
Málo důležité	0	0 %	3	10 %	Nespokojen	4	13 %	5	17 %
Bezvýznamné	0	0 %	1	3 %	Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Více než polovina seniorů z obou skupin uvádí, že pocit bezpečí je velmi důležitý. Co se týká spokojenosti, tvoří vyšší procento u seniorů z domácího prostředí odpověď „velmi spokojen“ (37 %) a u seniorů z Domova pro seniory odpověď „spíše spokojen“ (63 %).

### Otázka č. 15: Hodnocení spravedlnosti

Tabulka 17. Spravedlnost

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	6	20 %	4	13 %	Zcela spokojen	3	10 %	5	17 %
Velmi důležité	<b>20</b>	<b>67 %</b>	<b>14</b>	<b>47 %</b>	Velmi spokojen	6	20 %	3	10 %
Středně důležité	4	13 %	3	10 %	Spíše spokojen	<b>12</b>	<b>40 %</b>	6	20 %
Málo důležité	0	0 %	4	13 %	Nespokojen	5	17 %	7	23 %
Bezvýznamné	0	0 %	5	17 %	Velmi zklamán	4	13 %	<b>9</b>	<b>30 %</b>
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

U seniorů je spravedlnost z větší části velmi důležitá, hodnotí tak 67 % seniorů z domácího prostředí a 47 % seniorů z Domova pro seniory. V této životní oblasti jsou senioři z domácího prostředí spíše spokojeni (40 %), senioři z Domova pro seniory jsou naopak velmi zklamáni (30 %).

### Otázka č. 16: Hodnocení svobody

Tabulka 18. Svoboda

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	9	30 %	5	17 %	Zcela spokojen	7	23 %	3	10 %
Velmi důležité	<b>20</b>	<b>67 %</b>	<b>10</b>	<b>33 %</b>	Velmi spokojen	<b>11</b>	<b>37 %</b>	3	10 %
Středně důležité	1	3 %	4	13 %	Spíše spokojen	10	33 %	<b>16</b>	<b>53 %</b>
Málo důležité	0	0 %	3	10 %	Nespokojen	2	7 %	8	27 %
Bezvýznamné	0	0 %	8	27 %	Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Svobodu považují respondenti za velmi důležitou. Větší procento seniorů z domácího prostředí je v této oblasti velmi spokojeno (37 %). Senioři z Domova pro seniory jsou z větší části spíše spokojeni (53 %).

### Otázka č. 17: Hodnocení krásy a umění

Tabulka 19. Krása a umění

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	4	13 %	0	0 %	Zcela spokojen	5	17 %	3	10 %
Velmi důležité	1	3 %	0	0 %	Velmi spokojen	9	30 %	3	10 %
Středně důležité	9	30 %	10	33 %	Spíše spokojen	<b>15</b>	<b>50 %</b>	<b>10</b>	<b>33 %</b>
Málo důležité	<b>14</b>	<b>47 %</b>	5	17 %	Nespokojen	1	3 %	8	27 %
Bezvýznamné	2	7 %	<b>15</b>	<b>50 %</b>	Velmi zklamán	0	0 %	6	20 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Krásy a umění respondenti nepřikládají příliš velkou důležitost. Nejvíce seniorů je v této oblasti spíše spokojeno, odpovědělo tak 50 % seniorů z domácího prostředí a 33 % seniorů z Domova pro seniory.

### Otázka č. 18: Hodnocení pravdy

Tabulka 20. Pravda

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	9	30 %	10	33 %	Zcela spokojen	4	13 %	3	10 %
Velmi důležité	<b>20</b>	<b>67 %</b>	<b>17</b>	<b>57 %</b>	Velmi spokojen	6	20 %	6	20 %
Středně důležité	1	3 %	2	7 %	Spíše spokojen	<b>14</b>	<b>47 %</b>	6	20 %
Málo důležité	0	0 %	1	3 %	Nespokojen	6	20 %	7	23 %
Bezvýznamné	0	0 %	0	0 %	Velmi zklamán	0	0 %	<b>8</b>	<b>27 %</b>
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Více než polovina seniorů z obou skupin hodnotila potřebu pravdy za velmi důležitou. Seniori z domácího prostředí jsou s pravdou spíše spokojeni (47 %). U seniorů z Domova pro seniory jsou některé odpovědi celkem vyrovnané, přesto větší část odpovědí tvoří velmi zklamán (27 %).



### Otázka č. 19: Hodnocení peněz

Tabulka 21. Peníze

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	15	50 %	7	23 %	Zcela spokojen	4	13 %	4	13 %
Velmi důležité	11	37 %	11	37 %	Velmi spokojen	2	7 %	2	7 %
Středně důležité	3	10 %	9	30 %	Spíše spokojen	11	37 %	12	40 %
Málo důležité	1	3 %	2	7 %	Nespokojen	7	23 %	8	27 %
Bezvýznamné	0	0 %	1	3 %	Velmi zklamán	6	20 %	4	13 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Polovina seniorů z domácího prostředí hodnotí peníze za nezbytné. U seniorů z Domova pro seniory je větší procento seniorů, kteří hodnotí peníze za velmi důležité (37 %). V obou skupinách jsou však senioři spíše spokojeni, uvádí tak 37 % seniorů z domácího prostředí a 40 % seniorů z Domova pro seniory.

### Otázka č. 20: Hodnocení jídla

Tabulka 22. Jídlo

	Hodnocení důležitosti					Hodnocení spokojenosti			
	Domácí prostředí		Domov pro seniory			Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%		Četnost	%	Četnost	%
Nezbytné	6	20 %	6	20 %	Zcela spokojen	4	13 %	6	20 %
Velmi důležité	5	17 %	12	40 %	Velmi spokojen	11	37 %	13	43 %
Středně důležité	17	57 %	7	23 %	Spíše spokojen	13	43 %	11	37 %
Málo důležité	1	3 %	5	17 %	Nespokojen	2	7 %	0	0 %
Bezvýznamné	1	3 %	0	0 %	Velmi zklamán	0	0 %	0	0 %
Celkem	30	100 %	30	100 %	Celkem	30	100 %	30	100 %

Jídlo, jako jednu z fyziologických potřeb podle pyramidy A. Maslowa hodnotí senioři žijící v domácím prostředí spíše za středně důležitou. Senioři z Domova pro seniory naopak hodnotí jídlo za velmi důležité. Ze 43 % jsou senioři z domácího prostředí spíše spokojeni. Naopak v Domově pro seniory více odpovědí tvoří „velmi spokojen“ (43 %).

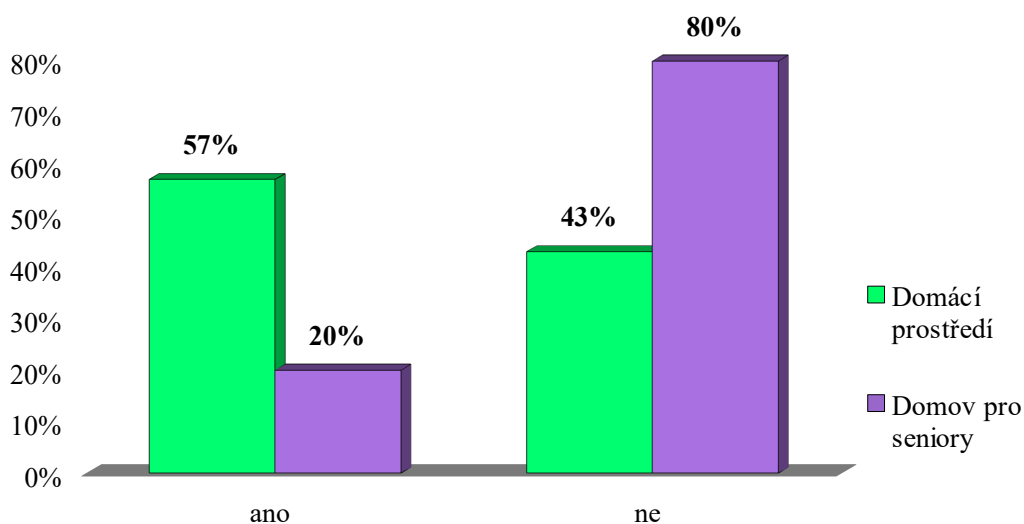
### 6.3 Analýza výsledků zdravotní gramotnosti

V této části se zaměříme na analýzu výsledků z dotazníku zaměřeného na zdravotní gramotnost (příloha 2).

#### Otázka č. 1: Slyšel/a jste někdy o pojmu zdravotní gramotnost?

Tabulka 23. Odpovědi respondentů na otázku č. 1

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Ano	17	57 %	6	20 %
Ne	13	43 %	24	80 %



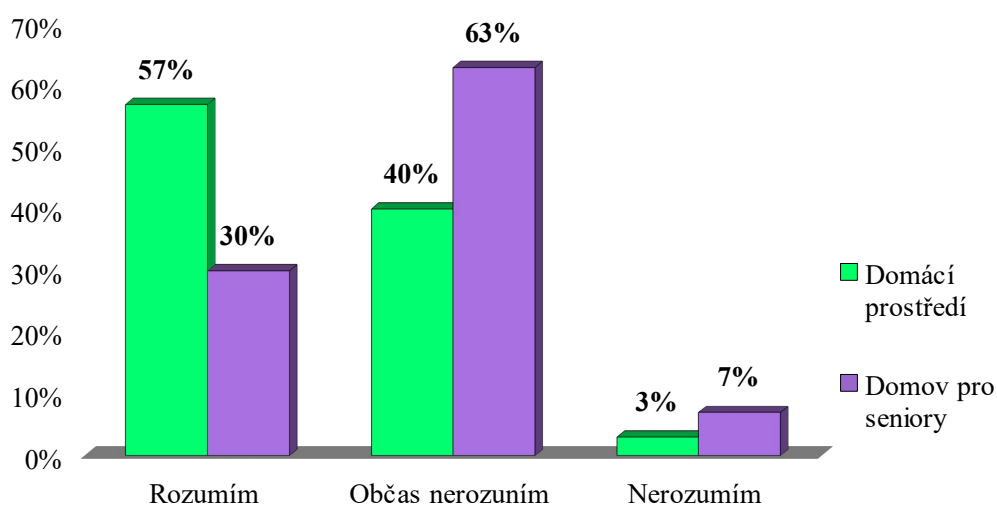
Graf 7. Odpovědi respondentů na otázku č. 1

Při porovnání těchto dvou skupin zjistíme, že o pojmu zdravotní gramotnost slyšelo více seniorů žijících ve vlastní domácnosti celkem 57 % seniorů. Zbýlých 43 % seniorů žijících ve vlastní domácnosti o pojmu zdravotní gramotnost vůbec neslyšelo. V domově pro seniory o pojmu zdravotní gramotnost slyšelo pouze 20 % seniorů a 80 % seniorů tento pojem nikdy neslyšelo.

## Otázka č. 2: Jak rozumíte informacím podávaným svým lékařem?

Tabulka 24. Odpovědi respondentů na otázku č. 2

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Rozumím	17	57 %	9	30 %
Občas nerozumím	12	40 %	19	63 %
Nerozumím	1	3 %	2	7 %



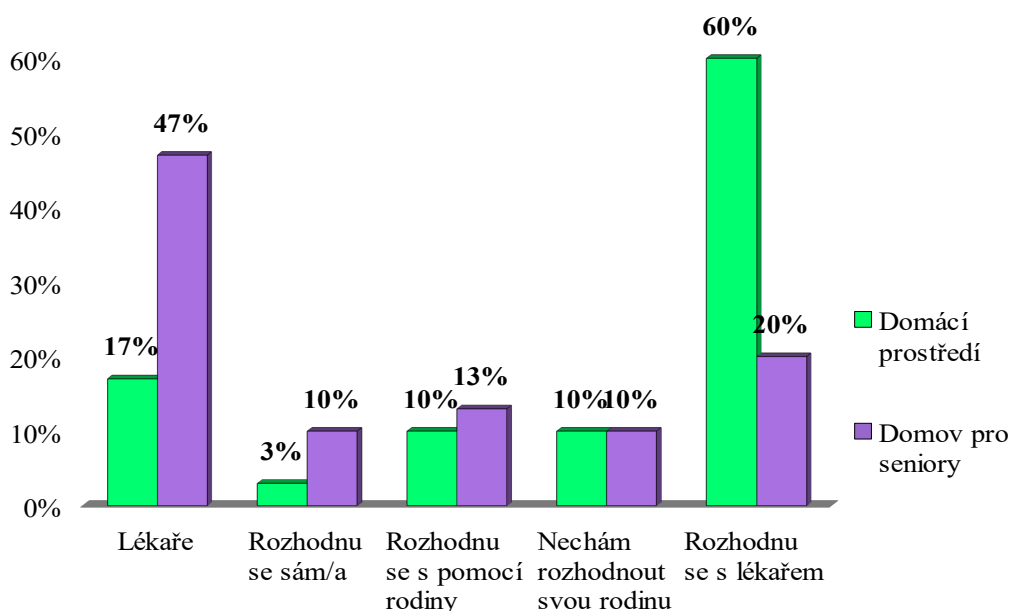
Graf 8. Odpovědi respondentů na otázku č. 2

Nejvíce svému lékaři rozumí respondenti žijící v domácím prostředí 57 % seniorů, jen občas nerozumí 40 % seniorů. Senioři žijící v Domově pro seniory spíše odpovídali, že jen občas nerozumí 63 % a 30 % plně rozumí. Pouze 3 % seniorů žijících v domácím prostředí a 7 % seniorů žijících v Domově pro seniory odpovědělo, že informacím od svého lékaře nerozumí.

### Otázka č. 3: V případě nemoci, nechám o své terapii rozhodovat

Tabulka 25. Odpovědi respondentů na otázku č. 3

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Lékaře	5	17 %	<b>14</b>	<b>47 %</b>
Rozhodnu se sám/a	1	3 %	3	10 %
Rozhodnu se s pomocí rodiny	3	10 %	4	13 %
Nechám rozhodnout svou rodinu	3	10 %	3	10 %
Rozhodnu se s lékařem	<b>18</b>	<b>60 %</b>	6	20 %



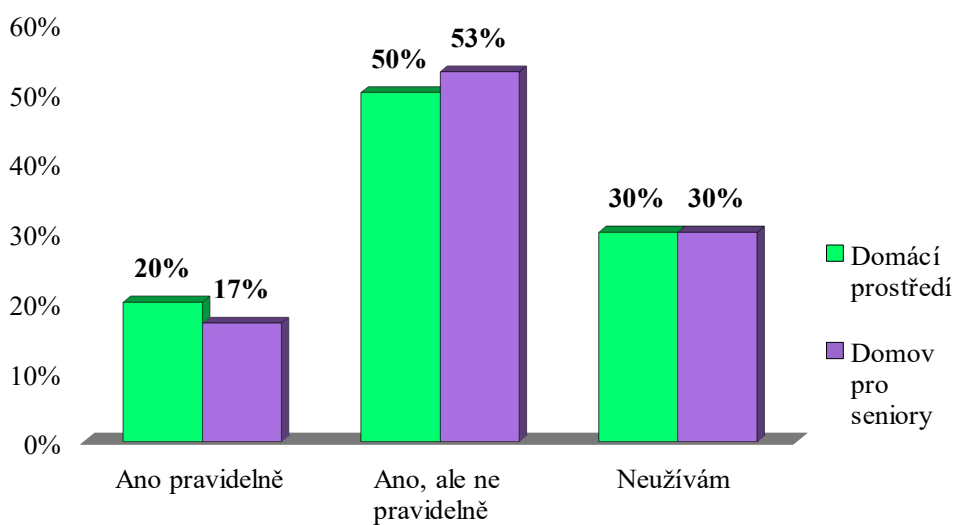
Graf 9. Odpovědi respondentů na otázku č. 3

Z grafu můžeme vidět, že v případě nemoci by se senioři žijící v domácím prostředí o své terapii rozhodli s pomocí lékaře (60 %). Naopak senioři žijící v Domově pro seniory nechají vše spíše na lékaři (47 %). Pouze 10 % seniorů v obou porovnávaných skupinách by nechalo o své terapii rozhodovat svou rodinu a rozhodování by se neúčastnilo. 10 % seniorů žijících v domácím prostředí by se rozhodlo o své terapii s pomocí rodiny i 13 % seniorů z Domova pro seniory by se rozhodlo s pomocí rodiny. Pouze 3 % seniorů z domácího prostředí a 10 % seniorů z Domova pro seniory by se o své terapii chtělo rozhodovat úplně samo.

#### Otázka č. 4: Užíváte doplňky stravy?

Tabulka 26. Odpovědi respondentů na otázku č. 4

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Ano pravidelně	6	20 %	5	17 %
Ano, ale ne pravidelně	<b>15</b>	<b>50 %</b>	<b>16</b>	<b>53 %</b>
Neužívám	9	30 %	9	30 %



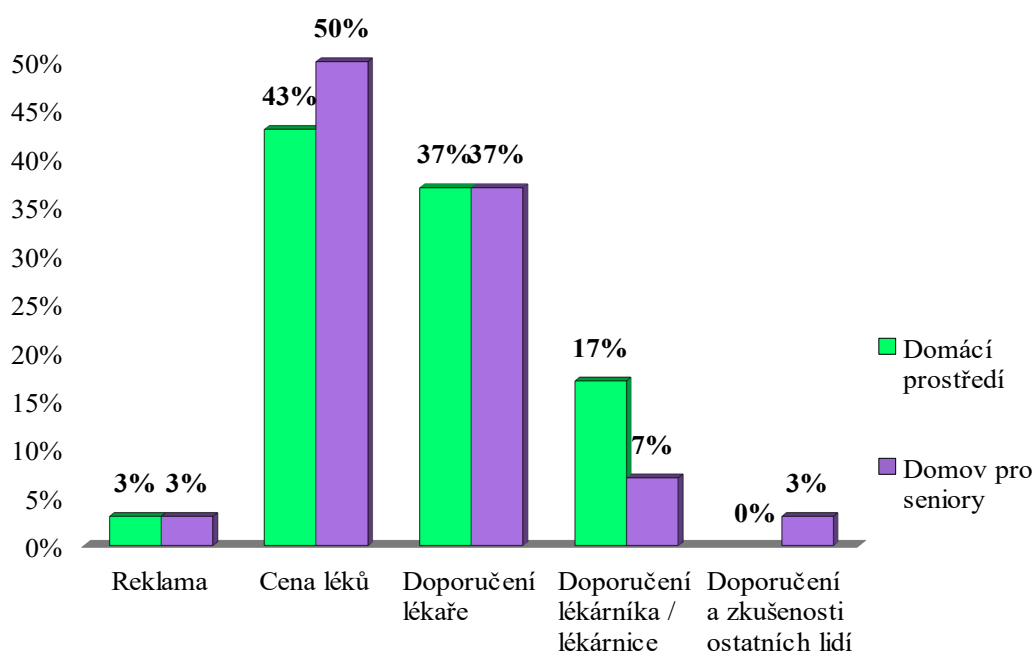
Graf 10. Odpovědi respondentů na otázku č. 4

„Ano, ale ne pravidelně“ odpovědělo 50 % seniorů z domácího prostředí a 53 % seniorů z Domova pro seniory. 30 % v obou porovnávaných skupinách doplňky stravy vůbec neužívá. Pouze 20 % seniorů z domácího prostředí a 17 % seniorů žijících v Domově pro seniory užívá doplňky stravy pravidelně.

## Otázka č. 5: Co Vás při koupi léků (bez lékařského předpisu) nejvíce ovlivňuje?

Tabulka 27. Odpovědi respondentů na otázku č. 5

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Reklama	1	3 %	1	3 %
Cena léků	<b>13</b>	<b>43 %</b>	<b>15</b>	<b>50 %</b>
Doporučení lékaře	11	37 %	11	37 %
Doporučení lékárníka/lékárnice	5	17 %	2	7 %
Doporučení a zkušenosti ostatních lidí	0	0 %	1	3 %



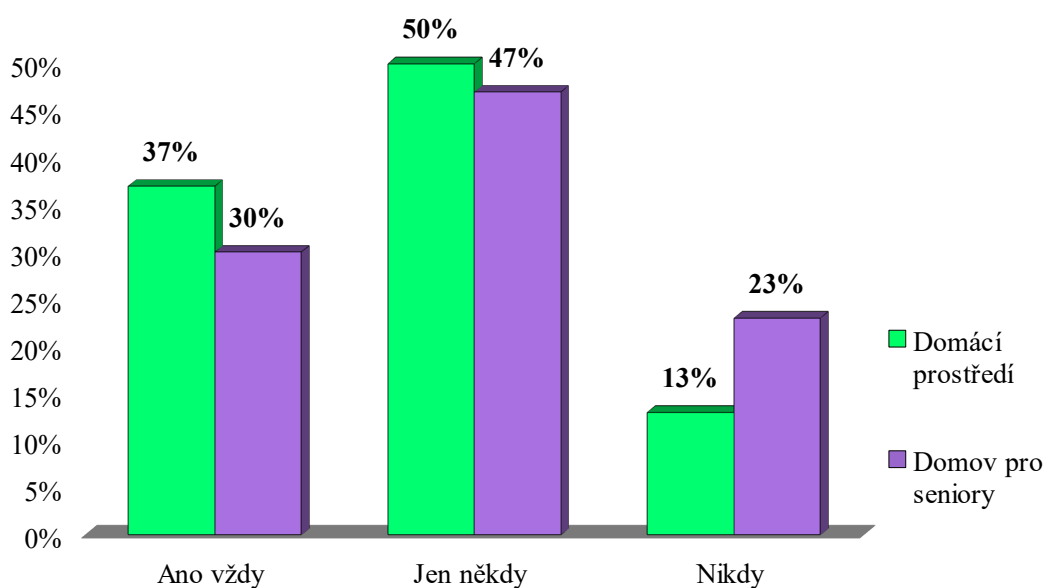
Graf 11. Odpovědi respondentů na otázku č. 5

Při pohledu na tabulku i graf zjistíme, že při koupi léků bez lékařského předpisu staví 43 % seniorů z domácího prostředí a 50 % seniorů z Domova pro seniory na první místo cenu léků. Pouhá 3 % seniorů z obou skupin uvedla, že je nejvíce ze všeho ovlivní reklama. Další senioři nejvíce ovlivňuje doporučení lékaře a to 37 % v obou skupinách. Doporučení lékárníka/lékárnice nejvíce ovlivní 17 % seniorů z domácího prostředí a 7 % seniorů z Domova pro seniory.

## Otázka č. 6: Čtete příbalové letáky umístěné u léků?

Tabulka 28. Odpovědi respondentů na otázku č. 6

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Ano vždy	11	37 %	9	30 %
Jen někdy	<b>15</b>	<b>50 %</b>	<b>14</b>	<b>47 %</b>
Nikdy	4	13 %	7	23 %



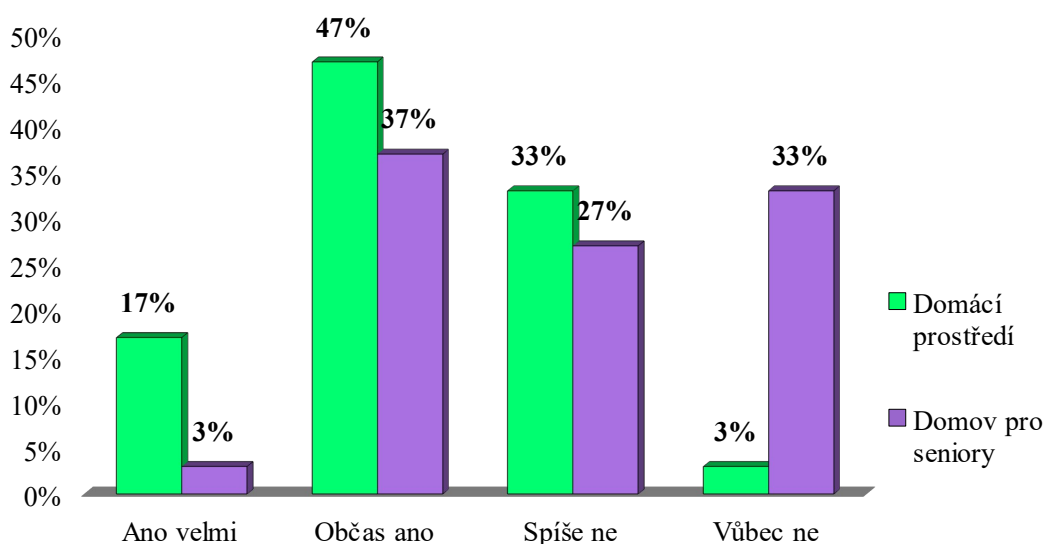
Graf 12. Odpovědi respondentů na otázku č. 6

„Ano vždy“ odpovědělo 37 % seniorů žijících v domácím prostředí a 30 % seniorů žijících v Domově pro seniory. Více seniorů čte příbalové letáky jen někdy a to celých 50 % seniorů z domácího prostředí a 47 % seniorů z Domova pro seniory. Nikdy nečte příbalové letáky u léků 13 % seniorů z domácího prostředí a 23 % seniorů žijících v Domově pro seniory.

## Otázka č. 7: Zajímáte se o zdravou výživu?

Tabulka 29. Odpovědi respondentů na otázku č. 7

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Ano velmi	5	17 %	1	3 %
Občas ano	<b>14</b>	<b>47 %</b>	<b>11</b>	<b>37 %</b>
Spíše ne	10	33 %	8	27 %
Vůbec ne	1	3 %	10	33 %



Graf 13. Odpovědi respondentů na otázku č. 7

Na tuto otázku větší část seniorů odpověděla, že se občas o zdravou výživu zajímají. Procentuálně takto odpovědělo 47 % seniorů z domácího prostředí a 37 % seniorů z Domova pro seniory. Spíše se o zdravou výživu nezajímá 33 % seniorů z domácího prostředí a 27 % seniorů z Domova pro seniory. O zdravou výživu se vůbec nezajímá 33 % seniorů z Domova pro seniory a 3 % seniorů z domácího prostředí. O zdravou výživu se velmi zajímá 17 % respondentů z domácího prostředí a pouze 3 % respondentů z Domova pro seniory.

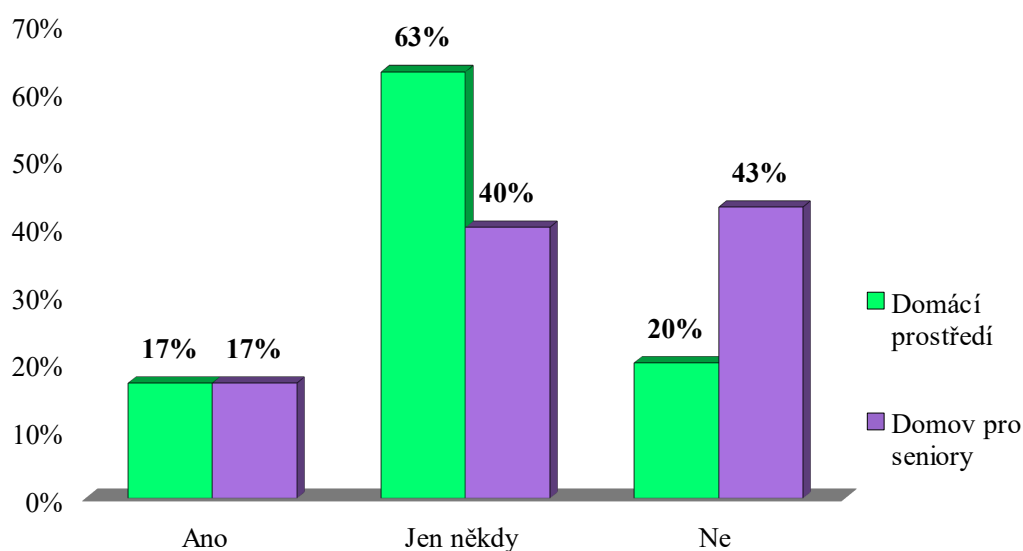


### Otázka č. 8: Čtete etikety umístěné na obalech potravin?

K otázce č. 8: Pokud odpovíte „ano“ nebo „jen někdy“, které údaje Vás na těchto etiketách zajímají?

Tabulka 30. Odpovědi respondentů na otázku č. 8

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Ano	5	17 %	5	17 %
Jen někdy	<b>19</b>	<b>63 %</b>	<b>12</b>	<b>40 %</b>
Ne	6	20 %	13	43 %



Graf 14. Odpovědi respondentů na otázku č. 8

Na otázku, jestli senioři čtou etikety umístěné na potravinách, odpovědělo „ano“ 17 % seniorů jak z domácího prostředí, tak z Domova pro seniory. Jen někdy informace o potravinách čte 63 % seniorů z domácího prostředí a 40 % seniorů z Domova pro seniory. Informace o potravinách nečte 20 % seniorů z domácího prostředí a 43 % seniorů z Domova pro seniory.

Tato otázka měla ještě podotázku. Pokud respondenti čtou nebo jen někdy čtou etikety umístěné na potravinách, které údaje je zajímají. Uvedla jsem příklady pěti možností odpovědí, ze kterých si respondenti mohli vybírat (i více odpovědí) a jako šestá možnost byla, uvést vlastní odpověď. Samozřejmě pokud respondent odpověděl, že etikety na potravinách nečte, tak již na tuto podotázku neodpovídal. Vlastní odpověď uvedli pouze dva respondenti z domácího prostředí, které zajímá u potravin země původu. Nejvíce respondenty zajímá datum spotřeby. Jinak při pohledu na četnost odpovědí na tuto podotázku zjistíme, že senioři z domácího prostředí se více zajímají o to, co je na obalech potravin napsáno. Níže uvádím četnost odpovědí respondentů:

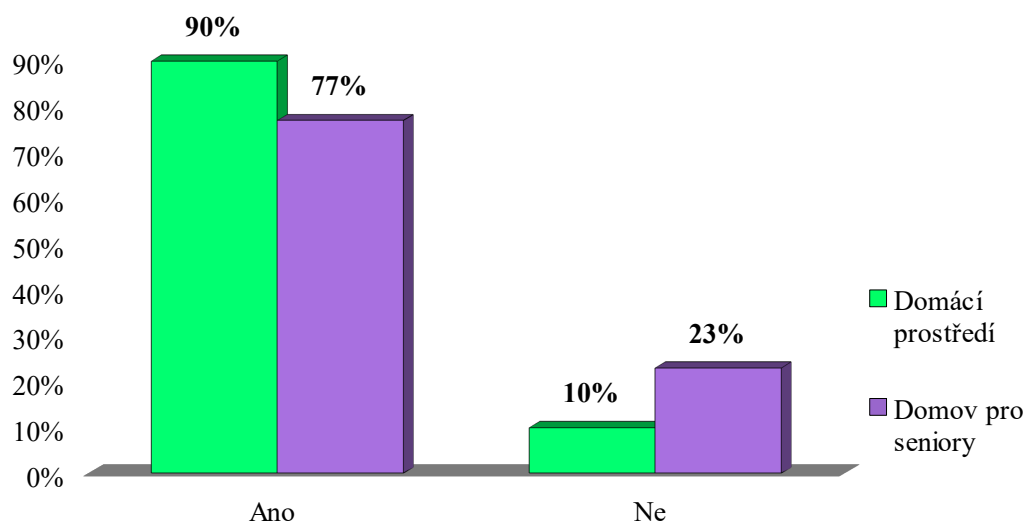
	<b>domácí prostředí</b>	<b>Domov pro seniory</b>
složení potravin	12x	7x
návod na přípravu	6x	0x
výživová hodnota	1x	1x
alergeny v potravině	5x	2x
datum spotřeby	23x	17x
země původu	2x	0x

### Otázka č. 9: Vyplňujete svůj volný čas pohybovými aktivitami?

K otázce č. 9: Pokud odpovíte „ano“, můžete doplnit jakými?

Tabulka 31. Odpovědi respondentů na otázku č. 9

	Domácí prostředí		Domov pro seniory	
	Četnost	%	Četnost	%
Ano	27	90 %	23	77 %
Ne	3	10 %	7	23 %



Graf 15. Odpovědi respondentů na otázku č. 9

Většina respondentů vyplňuje svůj volný čas nějakou pohybovou aktivitou. odpovědělo tak 90 % seniorů z domácího prostředí a 77 % seniorů z Domova pro seniory. Pouze 10 % seniorů z domácího prostředí a 23 % seniorů z Domova pro seniory svůj volný čas nevyplňuje žádnými pohybovými aktivitami. Cílem této otázky bylo zjistit, zda nemají senioři v této etapě života nízkou pohybovou aktivitu. Tato otázka měla ještě podotázku, a ta měla za cíl zmapovat, která ze skupin seniorů (senioři z domácího prostředí a senioři z Domova pro seniory) provozuje více pohybových aktivit a jaké. Proto senioři, kteří

odpověděli „ano“, měli napsat, jaké pohybové aktivity ve svém volném čase provozují. V dotazníku jsem uvedla jako příklad 5 nejběžnějších pohybových aktivit, další aktivity senioři mohli doplnit. Bylo zjištěno, že senioři z domácího prostředí mají více pohybových aktivit, než senioři z Domova pro seniory (důvodem je zdravotní stav). Níže uvádím četnost odpovědí respondentů:

	<b>domácí prostředí</b>	<b>Domov pro seniory</b>
procházky	21x	16x
turistika	5x	2x
jízda na kole	9x	1x
plavání	5x	0x
cvičení	3x	7x
tanec	2x	0x
Nordic walking	2x	0x

## 7 DISKUSE

V této části bakalářské práce budeme vyhodnocovat výzkumné předpoklady a to, zda je můžeme potvrdit anebo vyvrátit.

**Výzkumný předpoklad VPř1: Být zdravý a fyzicky soběstačný je pro seniory nezbytné. Zároveň předpokládáme, že senioři žijící v domácím prostředí jsou se svým zdravím a fyzickou soběstačností více spokojeni, než senioři žijící v Domově pro seniory.** Při pohledu na tabulku č. 3 a 4 zjistíme, že pro více než polovinu seniorů je zdraví a fyzická soběstačnost nezbytná. Dále z těchto dvou tabulek vidíme, že senioři žijící ve vlastní domácnosti jsou se svým zdravím a fyzickou soběstačností více spokojeni, než senioři žijící v Domově pro seniory. **Výzkumný předpoklad VPř1 byl potvrzen.**

**Výzkumný předpoklad VPř2: V případě nemoci větší část seniorů nechává o své terapii rozhodovat rodinu, jelikož nerozumí informacím od lékaře.** Při pohledu na tabulku č. 25 a graf č. 9 zjistíme, že v případě nemoci by jen malá část seniorů nechala o své terapii rozhodovat pouze svou rodinu a to jen 10 % seniorů z domácího prostředí a 10 % seniorů z Domova pro seniory. Zároveň z tabulky 24 a grafu 8 můžeme zjistit, že jen malá část seniorů informacím od svého lékaře vůbec nerozumí a to jen 3 % seniorů z domácího prostředí a 7 % seniorů z Domova pro seniory. Ostatní senioři jen občas nerozumí a nebo svému lékaři plně rozumí. **Výzkumný předpoklad VPř2 nebyl potvrzen.**

**Výzkumný předpoklad VPř3: Senioři z domácího prostředí jeví větší zájem o zdravou výživu, než senioři žijící v Domově pro seniory.** Tabulka č. 29 a graf č. 13 nám ukazují, že senioři žijící v domácím prostředí jeví opravdu o něco větší zájem o zdravou výživu než senioři z Domova pro seniory. **Výzkumný předpoklad VPř3 byl potvrzen.**

**Výzkumný předpoklad VPř4: Větší část seniorů nevyplňuje svůj volný čas pohybovými aktivitami.** Při pohledu na tabulku č. 31 a graf č. 15 vidíme, že větší část svůj volný čas vyplňuje pohybovými aktivitami. Pouhých 10 % seniorů z domácího prostředí a 23 % seniorů z Domova pro seniory odpovědělo, že svůj volný čas z nějakého důvodu pohybovými aktivitami nevyplňuje. **Výzkumný předpoklad VPř4 nebyl**

**potvrzen.**

**Výzkumný předpoklad VPř5: Větší část seniorů vůbec nevěnuje pozornost příloženým letákům u léků.** Při pohledu na tabulku č. 28 a graf č. 12 zjišťujeme, že nemůžeme s úplností tvrdit, že seniori nevěnují příbalovým letákům u léků vůbec pozornost. Procentuálně větší část seniorů příbalové letáky čte než nečte, 37 % seniorů z domácího prostředí a 30 % seniorů z Domova pro seniory. Nikdy nečte příbalové letáky pouze 13 % seniorů z domácího prostředí a 23 % seniorů z Domova pro seniory. Největší část seniorů příbalové letáky u léků čte alespoň někdy, odpovědělo tak 50 % seniorů z domácího prostředí a 47 % seniorů z Domova pro seniory. **Výzkumný předpoklad VPř5 nebyl potvrzen.**

**Výzkumný předpoklad VPř6: Při koupi léků bez lékařského předpisu nejvíce seniory ovlivňuje cena léku.** Při pohledu na tabulku č. 27 a graf č. 11 vidíme, že seniory při koupi léků bez lékařského předpisu opravdu nejvíce ovlivňuje cena léku, odpovědělo tak 43 % seniorů z domácího prostředí a 50 % seniorů z Domova pro seniory. Na druhém místě je doporučení lékaře, kde se obě skupiny seniorů shodují na 37 %. **Výzkumný předpoklad VPř6 byl potvrzen.**

## ZÁVĚR

Stáří je etapa života, které dosáhne jednou každý z nás, nelze se jí vyhnout, lze se pouze na ní připravit a přijmout jí. Tato bakalářská práce je zaměřena na osoby seniorského věku. Účelem bakalářské práce bylo dosažení cíle stanoveného již na začátku této práce a to, zjistit kvalitu života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti.

V teoretické části byla již popsána problematika stárnutí a stáří, zdraví a zdravotní gramotnosti a kvality života. V praktické části jsme se zabývali výzkumným šetřením. Byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu formou dvou dotazníků. Dotazníku zaměřeného na zdravotní gramotnost a dotazníku SQUALA. Porovnávány byly dvě skupiny seniorů z jednoho města a sice senioři žijící v domácím prostředí a senioři žijící v Domově pro seniory. Stanoveno bylo několik výzkumných předpokladů a za pomoci dotazníků jsme ověřovali jejich pravdivost. Výsledky z výzkumného šetření byly zpracovány, vyhodnoceny a pro přehlednost zaznamenány do tabulek a grafů. Závěry z výzkumného šetření jsou zaznamenány v části s názvem diskuse.

Z provedeného výzkumného šetření jsme zjistili mnoho zajímavých informací. Jako například, že senioři žijící v domácím prostředí jsou spokojenější se svou kvalitou života, než senioři žijící v Domově pro seniory. Pro seniory má velkou hodnotu zdraví, ale nejsou s ním až zas tak spokojeni. V rámci analýzy zdravotní gramotnosti bylo významné zjištění, že senioři spíše jeví zájem o pohybové aktivity než o zdravou výživu.

*„Zdraví určitého člověka je co nejužěji propojeno s kvalitou jeho života“ (David Seedhouse; in Křivohlavý, 2002, s. 162).*

## SOUHRN

Bakalářská práce na téma kvalita života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti je rozdělena na dvě části. První část je zaměřena na teoretická východiska problematiky stárnutí a stáří, zdraví, zdravotní gramotnost a kvalitu života. Druhá část je zaměřena na výzkumné šetření. Porovnává dvě skupiny seniorů z města Česká Třebová. První skupinu tvoří senioři žijící v domácím prostředí a druhou skupinou tvoří senioři žijící v Domově pro seniory. V rámci výzkumného šetření byla zjišťována a porovnávána kvalita života a zdravotní gramotnost těchto dvou skupin seniorů. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 60 respondentů. Data byla získávána pomocí dotazníku subjektivní kvality života SQUALA a dotazníku zaměřeného na zdravotní gramotnost. Odpovědi z výzkumného šetření jsou znázorněny pomocí tabulek a grafů s jejichž pomocí lze vyčíst různá specifika zkoumané problematiky.



## **SUMMARY**

The Bachelor thesis on the topic of The quality of life of seniors depending on their health literacy is divided into two parts. The first part is focused on the theoretical basis of the issue of ageing and old age, health, health literacy and quality of life. The second part is focused on the research investigation. It compares two groups of seniors from the town of Česká Třebová. The first group consists of seniors living at their homes and the second group consists of seniors living in Home for the elderly. In the framework of the research investigation quality of life and health literacy of these two groups of seniors was evaluated and compared. The research was attended by 60 of the respondents. Data was acquired using the questionnaire of subjective quality of life SQUALA and the questionnaire focused on health literacy. The answers from the research are illustrated using tables and charts with which you can see the different specifics of the issues examined.

# REFERENČNÍ SEZNAM

## Knižní zdroje

1. BOČKOVÁ, L., HASTRMANOVÁ, Š., HAVRDOVÁ, E. 2011. *50+ aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. Praha: Respekt institut, 95 s. ISBN 978-80-904153-2-4.
2. DIENSTBIER, Z. 2009. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix, 185 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
3. DRAGOMIRECKÁ, E. et al. 2006. *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum, 68 s. ISBN 80-85121-47-6.
4. DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
5. HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
6. HOLČÍK, J. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
7. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
8. KŘIVOHLAVÝ, J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
10. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
11. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

12. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
13. MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
14. MÜHLPACHR, P. 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
15. PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. 136 s. ISBN 80-201-8076-8.
16. ŘÍČAN, P. 2006. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Portál. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
17. STUART-HAMILTON, I. 1999 *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.
18. VÁGNEROVÁ, M. 2000. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 528 s. ISBN 80-7178-274-2.
19. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 145 s. ISBN 80-210-3754-7.

### Internetové zdroje

20. HÁJEK, M. *Motivace lidí*. [online]. [cit. 2015-10-15]. Dostupné z: [http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow\\_hierarchy.gif](http://www.vedeme.cz/images/stories/kapitoly/maslow_hierarchy.gif).
21. CHLOUBOVÁ, H. *Změny potřeb ve stáří* [online]. [cit. 2015-10-15]. Dostupné z: [http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr\\_0502/pdf/22-24.pdf](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf).

## SEZNAM ZKRATEK

OSN	Organizace spojených národů
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
SZO	Světová zdravotnická organizace
CNS	Centrální nervová soustava
QOL	Quality of life (Kvalita života)
HRQOL	Health-Related Quality of Life (Kvalita života týkající se zdraví)
Apod.	A podobně
Např.	Například
Tj.	To je
Atp.	A tak podobně
Resp.	Respektive

## SEZNAM OBRÁZKŮ

<b>Obrázek 1.</b>	Hierarchie lidských potřeb	<b>18</b>
<b>Obrázek 2.</b>	Dům životních potřeb (Chloubová 1992)	<b>19</b>
<b>Obrázek 3.</b>	Základní struktura zdravotní gramotnosti	<b>27</b>

## SEZNAM TABULEK

<b>Tabulka 1.</b>	Změny a ztráty ve stáří	<b>20</b>
<b>Tabulka 2.</b>	Koncepční model kvality života podle QOL Research Unit Toronto	<b>31-32</b>
<b>Tabulka 3.</b>	Zdraví	<b>40</b>
<b>Tabulka 4.</b>	Fyzická soběstačnost	<b>40</b>
<b>Tabulka 5.</b>	Psychická pohoda	<b>41</b>
<b>Tabulka 6.</b>	Prostředí bydlení	<b>41</b>
<b>Tabulka 7.</b>	Spánek	<b>42</b>
<b>Tabulka 8.</b>	Rodinné vztahy	<b>42</b>
<b>Tabulka 9.</b>	Vztahy s ostatními lidmi	<b>43</b>
<b>Tabulka 10.</b>	Děti	<b>43</b>
<b>Tabulka 11.</b>	Péče o sebe	<b>44</b>
<b>Tabulka 12.</b>	Láska	<b>44</b>
<b>Tabulka 13.</b>	Sexuální život	<b>45</b>
<b>Tabulka 14.</b>	Odpočinek	<b>45</b>
<b>Tabulka 15.</b>	Koníčky	<b>46</b>
<b>Tabulka 16.</b>	Pocit bezpečí	<b>46</b>
<b>Tabulka 17.</b>	Spravedlnost	<b>47</b>
<b>Tabulka 18.</b>	Svoboda	<b>47</b>
<b>Tabulka 19.</b>	Kráska a umění	<b>48</b>
<b>Tabulka 20.</b>	Pravda	<b>48</b>
<b>Tabulka 21.</b>	Peníze	<b>49</b>
<b>Tabulka 22.</b>	Jídlo	<b>49</b>

Odovědi respondentů na otázku (tabulka 23 - 31);

<b>Tabulka 23.</b>	Slyšel/a jste někdy o pojmu zdravotní gramotnost?	<b>50</b>
<b>Tabulka 24.</b>	Jak rozumíte informacím podávaným svým lékařem?	<b>51</b>
<b>Tabulka 25.</b>	V případě nemoci nechám o své terapii rozhodovat	<b>52</b>
<b>Tabulka 26.</b>	Užíváte doplňky stravy?	<b>53</b>

<b>Tabulka 27.</b> Co Vás při koupi léků (bez lékařského předpisu) nejvíce ovlivňuje?	<b>54</b>
<b>Tabulka 28.</b> Čtete příbalové letáky umístěné u léků?	<b>55</b>
<b>Tabulka 29.</b> Zajímáte se o zdravou výživu?	<b>56</b>
<b>Tabulka 30.</b> Čtete etikety umístěné na obalech potravin?	<b>57</b>
<b>Tabulka 31.</b> Vyplňujete svůj volný čas pohybovými aktivitami?	<b>59</b>

## SEZNAM GRAFŮ

<b>Graf 1.</b>	Pohlaví respondentů	<b>36</b>
<b>Graf 2.</b>	Věk respondentů	<b>37</b>
<b>Graf 3.</b>	Vzdělání respondentů	<b>38</b>
<b>Graf 4.</b>	Hmotné zabezpečení respondentů	<b>38</b>
<b>Graf 5.</b>	Rodinný stav respondentů	<b>39</b>
<b>Graf 6.</b>	Děti respondentů	<b>39</b>
Odpovědi respondentů na otázku (graf 7 - 15);		
<b>Graf 7.</b>	Slyšel/a jste někdy o pojmu zdravotní gramotnost?	<b>50</b>
<b>Graf 8.</b>	Jak rozumíte informacím podávaným svým lékařem?	<b>51</b>
<b>Graf 9.</b>	V případě nemoci nechám o své terapii rozhodovat.	<b>52</b>
<b>Graf 10.</b>	Užíváte doplňky stravy?	<b>53</b>
<b>Graf 11.</b>	Co Vás při koupi léků (bez lékařského předpisu) nejvíce ovlivňuje?	<b>54</b>
<b>Graf 12.</b>	Čtete příbalové letáky umístěné u léků?	<b>55</b>
<b>Graf 13.</b>	Zajímáte se o zdravou výživu?	<b>56</b>
<b>Graf 14.</b>	Čtete etikety umístěné na obalech potravin?	<b>57</b>
<b>Graf 15.</b>	Vyplňujete svůj volný čas pohybovými aktivitami?	<b>59</b>



## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha 1.** Dotazník kvality života SQUALA

**Příloha 2.** Dotazník

## Příloha 1.

### Dotazník kvality života SQUALA

Pořadové číslo \_\_\_\_\_

ID. Číslo \_\_\_\_\_

Vážená paní, vážený pane,  
cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku vás prosíme, abyste odpověděli, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťujeme, nakolik jste Vy osobně spokojen(a) v různých oblastech života.

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě Nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkujeme za spolupráci na naší výzkumné práci.

#### DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte, prosím, odpovídající položky

1) Pohlaví

Muž.....1

Žena.....2

2) Věk \_\_\_\_\_

3) Bydlíte v:

Obci do 10 000 obyvatel.....1

Měště nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2

Měště nad 50 00 do 100 000 obyvatel.....3

Velkoměště nad 100 000 obyvatel.....4

4) Ukončené vzdělání

Neukončené základní.....1

Základní.....2

Střední bez maturity.....3

Střední s maturitou.....4

Vysokoškolské.....5

**5) Zaměstnání**

- a) Jste soukromník?.....ano – ne
- b) Zaměstnáváte další osoby?..ano – ne
- c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete uveďte jeden z důvodů:

- studující.....1
- mateřská dovolená.....2
- v domácnosti.....3
- důchodce (neprac.).....4
- v invalidním důchodu..... 5
- t.č. nezaměstnaný(á)
  - hledající práci.....6
  - voják zákl. služby.....7
  - jiné.....8

**6) Hmotné zabezpečení**

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné	mírně podprůměrné	průměrné	mírně nadprůměrné	výrazně nadprůměrné
------------------------	----------------------	----------	----------------------	------------------------

**7) Rodinný stav**

- svobodný/á .....1
- ženatý/vdaná, s druhem.....2
- rozvedený/á.....3
- vdovec/vdova.....4

**8) Máte děti?**

ano – ne

pokud ano, pak počet dětí žijících s vámi \_\_\_\_\_

## Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	brzvýznamné
1)být zdravý					
2)být fyzicky soběstačný					
3)cítit se psychicky dobře					
4)příjemné prostředí a bydlení					
5)dobře spát					
6)rodinné vztahy					
7)vztahy s ostatními lidmi					
8)mít a vychovávat děti					
9)postarat se o sebe					
10)milovat a být milován					
11)mít sexuální život					
12)odpočívat ve volném čase					
13)mít koníčky ve volném čase					
14)být v bezpečí					
15)spravedlnost					
16)svoboda					
17)krása					
28)pravda					
19)peníze					
20)dobré jídlo					

**Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?**

## Hodnocení spokojenosti

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	nezbytné	Velmi důležité	Středně důležité	Málo důležité	brzvýznamné
21)zdravý					
22)fyzičká soběstačnost					
23)psychická pohoda					
24)prostředí bydlení					
25)spánek					
26)rodinné vztahy					
27)vztahy s ostatními lidmi					
28)děti					
29)péče o sebe sama					
30)láska					
31)sexuální život					
32)odpočinek					
33)koníčky					
34)pocit bezpečnosti					
35)spravedlnost					
36)svoboda					
37)krása a umění					
38)pravda					
39)peníze					
40)dobré jídlo					

## **Příloha 2.**

### **DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Andrea Fečková a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Právě držíte ve svých rukou dotazník, který je podkladem pro výzkumné šetření k mé bakalářské práci na téma Kvalita života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který Vám nezabere mnoho času. Dotazník je anonymní a údaje v něm obsažené budou použity pouze v mé bakalářské práci.

Velice Vám děkuji za Váš čas, který mi věnujete při vyplňování tohoto dotazníku.

#### **1. Slyšel/a jste někdy o pojmu zdravotní gramotnost?**

- a) ano
- b) ne

#### **2. Jak rozumíte informacím podávaným svým lékařem?**

- a) rozumím
- b) občas nerozumím
- c) nerozumím

#### **3. V případě nemoci, nechám o své terapii rozhodovat:**

- a) lékaře
- b) rozhodnu se sám/a
- c) rozhodnu se z pomoci rodiny
- d) nechám rozhodnout svou rodinu
- e) rozhodnu se s lékařem

**4. Užíváte doplňky stravy?**

- a) ano pravidelně
- b) ano, ale ne pravidelně
- c) neužívám

**5. Co Vás při koupi léků (bez lékařského předpisu) nejvíce ovlivňuje?**

- a) reklama
- b) cena léků
- c) doporučení lékaře
- d) doporučení lékárníka/lékárnice
- e) doporučení a zkušenosti ostatních lidí

**6. Čtete příbalové letáky umístěné u léků?**

- a) ano vždy
- b) jen někdy
- c) nikdy

**7. Zajímáte se o zdravou výživu?**

- a) ano velmi
- b) občas ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne

**8. Čtete etikety umístěné na obalech potravin?**

- a) ano
- b) jen někdy
- c) ne

K otázce č. 8: Pokud odpovíte „ano“ nebo „jen někdy“, které údaje Vás na těchto etiketách zajímají? (*můžete napsat více odpovědí*)

- Například:
- 8a) složení potravin
  - 8b) návod na přípravu
  - 8c) výživová hodnota
  - 8d) alergeny v potravině
  - 8e) datum spotřeby
  - 8f) jiné.....

### **9. Vyplňujete svůj volný čas pohybovými aktivitami?**

- a) ano
- b) ne

K otázce č. 9: Pokud odpovíte „ano“, můžete doplnit jakými? (*můžete napsat více odpovědí*)

- Například:
- 9a) procházky
  - 9b) turistiku
  - 9c) jízda na kole
  - 9d) plavání
  - 9e) cvičení
  - 9f) jiné .....



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Andrea Fečková
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce</b>	PaedDr. et Mgr. Marie Chrásková, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2016

<b>Název práce:</b>	Kvalita života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti.
<b>Název v angličtině:</b>	The quality of life of elderly in relation to their health literacy.
<b>Anotace práce</b>	Bakalářská práce „Kvalita života seniorů v závislosti na jejich zdravotní gramotnosti“ je zaměřena na kvalitu života a zdravotní gramotnost seniorů. V teoretické části bylo cílem nahlédnout do problematiky stárnutí a stáří, zdraví, zdravotní gramotnosti a kvality života. Výzkumným šetřením byla zjišťována a porovnávána kvalita života seniorů a zdravotní gramotnost seniorů žijících v domácím prostředí a seniorů žijících v Domově pro seniory.
<b>Klíčová slova:</b>	Senior, stárnutí, stáří, kvalita života, zdravotní gramotnost.
<b>Anotace v angličtině:</b>	This bachelor thesis „The quality of life of elderly in relation to their health literacy“ is focused on quality of life and health literacy of elderly. The goal of the theoretical part was view into problems of aging and old age, health, health literacy and the quality of life. A research the investigation was established and validated the quality of life of older people and the health literacy of older people living at their home and the elderly living at home for the elderly.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Senior, aging, age, quality of life, health literacy.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha 1. Dotazník kvality života SQUALA Příloha 2. Dotazník
<b>Rozsah práce:</b>	73 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český