

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST SENIORŮ

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: Sociologie-Andragogika

Autor: Naďa Marková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Olomouc 2018

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „*Zdravotní gramotnost seniorů*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.

Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat paní PhDr. Mgr. Naděždě Špatenkové, Ph.D., za její trpělivost, ochotu a cenné rady, které věnovala vedení mé bakalářské diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ivaně Olecké a panu Mgr. Davidu Fiedorovi, Ph.D., za poskytnutí cenných rad k mému kvantitativnímu výzkumu.

Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Nad'a Marková</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	<i>Sociologie – Andragogika</i>
Obor obhajoby práce:	<i>Andragogika</i>
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2018

Název práce:	Zdravotní gramotnost seniorů
Anotace práce:	Bakalářská diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností seniorů. Cílem této práce je analyzovat úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví, konkrétně v její doméně životního stylu u posluchačů Univerzity třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci. Teoretická část se zabývá vymezením zdravotní gramotnosti jako dílčí součástí funkční gramotnosti, samotným vymezením pojmu zdravotní gramotnosti, včetně jejích metod a měřících technik. Následně je v teoretické části popsána konkrétní oblast zdravotní gramotnosti, tedy oblast podpory zdraví se zvláštním zřetelem na životní styl. Empirická část je tvořena analýzou dat z dotazníkového šetření a interpretace jejich výsledků. Výzkum prokázal, že na většinu otázek, které se týkaly schopnosti nalézt, pochopit a posoudit informace týkající se životního stylu odpovídali respondenti, že je to pro ně docela snadné, což odkazuje na poměrně vysokou úroveň zdravotní gramotnosti v této oblasti.
Klíčová slova:	zdravotní gramotnost, senioři, podpora zdraví, životní styl, gerontagogika, funkční gramotnost
Title of Thesis:	Health literacy for seniors
Annotation:	This bachelor thesis is focused on health literacy of the elderly. The main goal of this thesis is to analyze the level of health literacy in the field of health promotion, more specifically in its domain of lifestyle of the attendants of the University of the third age at

	<p>the Palacky University Olomouc. The theoretic part is focused on defining health literacy as a component of functional literacy, on defining of the term health literacy, including its methods and measurement techniques. Subsequently, the theoretic part describes concrete field of the health literacy – the field of health promotion, with particular attention to lifestyle. The empiric part contains the data analysis, which are based on a questionnaire and the followed interpretation of its results. The research has shown, that respondents responded on most of the questions, which concerned the ability of finding, understanding and considering informations related to lifestyle, that it was rather easy for them, which refers to a relatively high level of health literacy in this area.</p>
Keywords:	health literacy, seniors, health promotion, lifestyle, elderly education, functional literacy
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha č. 1 – Dotazník
Počet literatury a zdrojů:	51
Rozsah práce:	68 s. (88 880 znaků s mezerami)

Obsah

Anotace	4
Obsah.....	6
Úvod.....	8
1. Zdravotní gramotnost a zdraví	10
1.1 Zdravotní gramotnost v kontextu funkční gramotnosti.....	12
1.2 Význam zdravotní gramotnosti	14
2. Rozvoj zdravotní gramotnosti	18
2.1 Rozvoj zdravotní gramotnosti seniorů.....	19
2.2 Oblasti zdravotní gramotnosti.....	23
3. Modely zdravotní gramotnosti.....	30
4. Měření zdravotní gramotnosti.....	32
5. Kvantitativní výzkum	35
5.1 Cíl výzkumu.....	35
5.2 Hypotézy	35
5.3 Výzkumný soubor	35
5.4 Technika sběru dat	36
5.5 Tvorba dotazníku	36
5.6 Výzkum.....	38
5.7 Analýza dat.....	38
5.7.1 Prediktor pohlaví.....	42
5.7.2 Prediktor nejvyššího dosaženého vzdělání	44
5.7.3 Prediktor finanční deprivace	48
5.8 Diskuze.....	51
Závěr.....	53

Použitá literatura:	55
Seznam obrázků, grafů a schémat	61
Seznam obrázků	61
Seznam grafů	61
Seznam tabulek.....	62
Seznam zkratek.....	63
Seznam příloh	64
Příloha č. 1	65

Úvod

Zdravotní gramotnost, její podpora a rozvoj jsou čím dál aktuálnějšími tématy. Jednoduše můžeme říct, že zdravotní gramotnost znamená schopnost porozumět a využívat zdravotnické informace s ohledem na své zdraví. V této bakalářské diplomové práci se budeme zabývat zdravotní gramotností u seniorů. Tato populace byla vybrána vzhledem k tomu, že právě u seniorů je zaznamenána nízká úroveň zdravotní gramotnosti. Také vzhledem k demografickým údajům, můžeme říct, že seniorů v České republice neustále přibývá a neustále se zvyšuje jejich naděje na dožití. Jelikož se jedná o heterogenní populaci, budeme se v praktické části zaměřovat pouze na posluchače univerzity třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci. Vzhledem k rozsahu jednotlivých oblastí zdravotní gramotnosti se výzkumně zaměříme na doménu životního stylu, která spadá do jedné ze tří hlavních oblastí zdravotní gramotnosti, a to do oblasti podpory zdraví. Cílem této práce je analyzovat úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví, konkrétně v její doméně životního stylu u posluchačů Univerzity třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci.

K napsání této bakalářské diplomové práce mě motivovaly mé předchozí seminární práce v rámci univerzity, ve kterých jsem se zaměřovala na skupinu seniorů. Toto téma mi bylo velmi blízké, neboť již dříve jsem srovnávala teorie „úspěšného“ a „zdravého“ stárnutí.

První kapitola se zabývá objasněním samotného pojmu zdraví, aby bylo zřejmé, co se snaží zdravotní gramotnost zlepšovat. Následuje teoretické ukotvení zdravotní gramotnosti ve vztahu k funkční gramotnosti a gramotnosti jako takové. Jelikož je zdravotní gramotnost považována za dílčí součást funkční gramotnosti, můžeme ji řešit v kontextu andragogiky, respektive gerontagogiky, která se právě zvyšováním funkční gramotnosti

u seniorů zabývá. Následně se práce zabývá významem zdravotní gramotnosti se zvláštním důrazem na význam zdravotní gramotnosti u seniorů.

Druhá kapitola se zabývá historickým vývojem zdravotní gramotnosti, možnostmi rozvíjení zdravotní gramotnosti u seniorů a popisem konkrétních oblastí zdravotní gramotnosti, kterým se později věnuje empirická část.

Třetí a čtvrtá kapitola se věnují nejznámějším modelům zdravotní gramotnosti, které byly vytvořeny pro názornější pochopení tohoto komplexního pojmu, a nejpoužívanějším měřicím technikám, které jsou používány pro zjištění úrovně zdravotní gramotnosti.

Poslední, pátá kapitola je kapitolou empirickou, která obsahuje hypotézy, charakteristiku výzkumného souboru, techniku sběru dat, popis tvorby dotazníku, výzkum, analýzu dat a diskuzi, ve které jsou výzkumné hypotézy porovnány s analyzovanými daty.

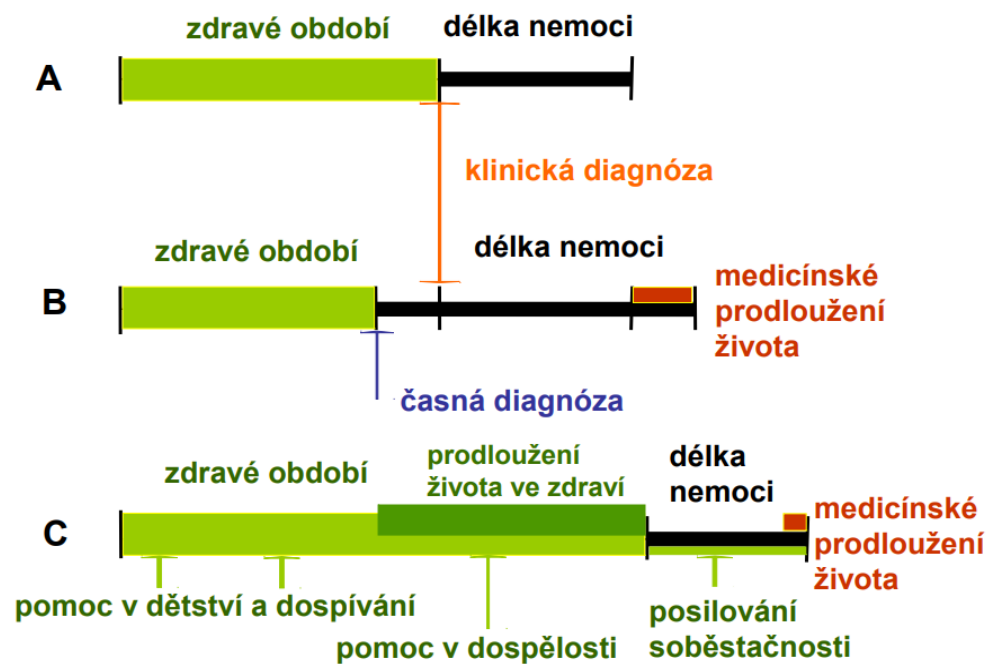
1. Zdravotní gramotnost a zdraví

Pokud se chceme zabývat zdravotní gramotností, je důležité nejdříve vymezit pojem zdraví, aby bylo patrné, k čemu rozvíjení zdravotní gramotnosti směřuje. Definice pojmu zdraví existuje celá řada. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody, a nejen pouhou absenci nemoci či vady (WHO, 2018). Z této definice je patrné, že zdraví je definováno jako pojem komplexní, a tedy i pojem poměrně široký. Komplexnost tohoto pojmu se odráží také ve zdravotní gramotnosti. Holčík považuje zdravotní gramotnost za významný pojem, který umožňuje lidem získávat, využívat a hodnotit informace tak, aby pozitivně ovlivnili své zdraví (Holčík, 2010, s. 5). Dále zdůrazňuje, že důležité nejsou pouze základní informace, které se týkají zdraví, ale také informace o okolnostech, které souvisí se zdravím a péči o něj (Holčík, 2010, s. 7). Podobné stanovisko zastává také Kebza, který tvrdí, že ke zdraví nelze přistupovat jako k izolovanému jevu, neboť člověk je vždy v interakci s okolním prostředím (Kebza, 2005, s. 9). Zdraví je tedy ovlivňováno v rámci interakce s prostředím. Faktory, které zdraví ovlivňují, nazýváme determinanty zdraví.

Jednotlivé determinanty zdraví jsou navzájem propojeny. Jedná se o biologické, psychologické a sociální faktory, které společně s charakterem životního prostředí ovlivňují zdraví jednotlivců. Je tedy důležité, aby kromě faktorů, které přímo ovlivňují zdraví jednotlivce, byl kladen důraz také na širší sociální determinanty zdraví (Zdraví 2020, 2014, s. 62). V roce 1974 byla zveřejněna tzv. LaLondova zpráva, která analyzovala vývoj zdravotního stavu obyvatel Kanady, a která upozorňuje na 4 hlavní determinanty zdraví (Kučera & Havelková, 2005, s. 89). Marková (2012, s. 7) uvádí, že tyto 4 determinanty ovlivňují zdraví v následující míře: zdravotnické služby (10–15 %), biologické danosti (10–15 %), životní prostředí (15–20 %) a životní

styl (50–60 %). Uvedená procenta ukazují přibližný podíl jednotlivých determinant na celkovém zdraví jednotlivce. Je tedy patrné, že zdraví je minimálně z poloviny ovlivněno životním způsobem jednotlivce, proto se dané oblasti budeme podrobněji věnovat v podkapitole 2.2.

Pro přesnější zdůraznění toho, proč se musíme zabývat pojmem zdraví, uvádíme níže Obrázek č. 1. Tento obrázek znázorňuje, jak může zdravotní gramotnost pozitivně ovlivňovat zdraví člověka a prodloužit tzv. zdravé období jeho života.



Obrázek č. 1: Význam zdravotní gramotnosti (Holčík, 2015, s. 44)

Abychom mohli v následující podkapitole poukázat na vztah mezi funkční a zdravotní gramotností, musíme si dále konkrétněji vysvětlit pojem zdravotní gramotnost. Na základě definice (Center for Health Care Strategies Inc., 2013, s. 1) se zdravotní gramotnost týká dovedností, které jednotlivec potřebuje k správné participaci v systému zdravotní péče a zachování dobrého zdraví. Mezi tyto dovednosti patří čtení, psaní, počítání a komunikace se zdravotnickými pracovníky. Světová zdravotnická organizace uvádí tuto definici: *„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 (WHO, 1998, s. 10).* Je tedy patrné, že obě definice kladou důraz na dovednosti, které přispívají k udržení a zlepšování zdraví jednotlivců.

1.1 Zdravotní gramotnost v kontextu funkční gramotnosti

Ze dvou výše uvedených definic vyplývá, že zdravotní gramotnost je dílčí součástí funkční gramotnosti, neboť funkční gramotnost klade důraz na pochopení a využívání informací stejně jako zdravotní gramotnost, která tyto informace specifikuje podle své oblasti zájmů. Abychom mohli dále zdravotní gramotnost zařadit do širšího kontextu, je důležité, poukázat nejdříve na samotný pojem gramotnost. Jak uvádí Holčík (2010, s. 152): *„S pojmem gramotnost, který původně znamenal schopnost číst, psát a počítat, se postupně začaly spojovat další dovednosti.“* Je tedy zřejmé, že s postupným vývojem tohoto pojmu se začaly objevovat pojmy nové. Tento fakt potvrzuje Rabušicová, která uvádí, že s pojmem gramotnost se začala vyskytovat další přídavná jména. Uvádí však také, že často lze o správnosti těchto spojení pochybovat (Rabušicová, 2002, s. 22). Ačkoli je možné o smyslu těchto spojení pochybovat, Holčík uvádí, že vzhledem k historickému vývoji se začaly objevovat pojmy jako gramotnost cizojazyčná, finanční, počítačová,

občanská a pro nás stěžejní gramotnost zdravotní (Holčík, 2010, s. 152). Podle Špatenkové a Sýkorové (2016, s. 42) můžeme také uvést, že jednotlivé obsahy těchto pojmů se mohou navzájem ovlivňovat. Zejména nízká finanční gramotnost u seniorů, kteří jsou objektem našeho zájmu, s sebou přináší také nízkou zdravotní gramotnost. V rámci úsporných opatření senioři velmi často nedodržují správné stravovací návyky a nevyužívají sociálních služeb, a to i přes to, že by to vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebovali.

Na konci 70. let se objevuje také termín funkční zdravotní gramotnost. Definice tohoto pojmu byla přijata na Valném shromáždění UNESCO v roce 1978 (Rabušicová, 2002, s. 18). Autoři se shodují, že v této definici funkční gramotnosti se již neklade důraz pouze na znalosti jako čtení a psaní, ale také na participaci ve světě informací. Ve stále složitějším světě je velmi důležité těmto informacím rozumět a využívat je způsobem, který usnadňuje integraci člověka do společnosti (Rabušicová, 2002, s. 10-11; Mareš, Průcha & Walterová, 2001, s. 67). S tímto tvrzením souhlasí také Veteška, který dále uvádí, že funkční gramotnost je třeba rozvíjet v průběhu celého života, a že její absence způsobí pouhé přijetí informací, ale nevyvolá kýženou změnu v chování a jednání (Veteška, 2016, s. 223). Je třeba dodat, že pojem funkční gramotnost se pojí výhradně s dospělou populací, obvykle se jedná o jedince starší 15 let (Rabušicová, 2002, s. 19). V kontextu této bakalářské diplomové práce bude zdravotní gramotnost zvažována v souvislosti se seniory, respektive osobami staršími padesáti let, neboť jak je uvedeno v další podkapitole, jedná se o populaci, která se velmi často vykazuje nízkou zdravotní gramotností. A aby mohla být úroveň zdravotní gramotnosti zvyšována, je nezbytné nejdříve analyzovat její současnou úroveň.

V případě funkční gramotnosti Rabušicová uvádí, že pro její úspěšné rozvíjení musí být splněny dvě podmínky. První podmínkou je poskytnutí minimálně pětiletého základního vzdělání celé dětské populace. To proto, aby jim bylo umožněno získat základní gramotností dovednosti, kterými

jsou čtení, psaní a počítání. Druhou podmínkou je existence programů pro vzdělávání dospělých. Nejčastěji se pak tyto programy zaobírají doplňováním základního vzdělání, ale mohou se týkat také dalšího formálního či neformálního vzdělávání (Rabušicová, 2002, s. 165). V této souvislosti Holčík poukazuje na to, že úroveň zdravotní gramotnosti nepochybně závisí na gramotnosti obyvatelstva a celkové úrovni vzdělanosti. Nicméně také uvádí, že nízká gramotnost a vzdělanost nemusí nutně znamenat nízkou zdravotní gramotnost. Stejně tak lidé s vysokým vzděláním mohou mít problémy s porozuměním informacím, které se týkají jejich zdraví, jako lidé se vzděláním nízkým (Holčík, 2010, s. 161). Spojitost mezi úrovní dosaženého vzdělání a funkční gramotností ukazují výsledky výzkumu v České republice. Měření funkční gramotnosti probíhalo v oblasti numerické, literární a dokumentové gramotnosti a účastnili se respondenti dospělé populace. Průměrný výkon v testech rostl poměrně spolehlivě se zvyšujícím se vzděláním (Rabušicová, 2002, s. 102).

1.2 Význam zdravotní gramotnosti

Osournová tvrdí, že zdravotní gramotnost se v USA dostává stále více do popředí zájmu a stále více na ní v současnosti záleží. Je to dáno tím, že pacientům se dostává méně času k osobnímu kontaktu s poskytovateli zdravotních služeb a je na ně společně s jejich rodinnými příslušníky a pečovateli často kladena zodpovědnost za řádné splnění mnoha zdravotních úkolů. Pacienti se také stávají aktivními konzumenty a nikoli pouze pasivními příjemci zdravotní péče a léčby. Autorka dále uvádí, že pokud budou pacienti a jejich rodiny schopni se starat sami o sebe, pomůže to snížit náklady na zdravotní péči (Osbourne, 2013, s. 3). Holčík (2010, s. 147) s Osournovou souhlasí ve tvrzení, že pacienti i jejich rodiny by měli přebírat zodpovědnost za své zdraví, tvrdí však, že tato odpovědnost musí být podporována také školami, organizacemi a institucemi. Kickbusch a kol.

(2013, s. 9-10) také uvádí, že zdravotní gramotnost nesouvisí pouze s odpovědností jednotlivců, politiků a zdravotnických pracovníků, ale přechází více hranic, profesí a odvětví. Jako příklad uvádí, že zainteresovanými stranami jsou vzdělavatelé dospělých, obchodní a akademická komunita, zprávy, elektronická média a také organizace založené na víře.

Holčík dále uvádí, že v České republice není zdravotní gramotnosti věnována odpovídající pozornost a není ani dostatečně využívána na rozdíl od jiných zemí Evropy a světa (Holčík, 2010, s. 147). Tento fakt potvrzuje také Kučera (2017, s. 13-15), který uvádí, že v roce 2014 došlo k šetření zdravotní gramotnosti v České republice, které mohlo být srovnáno s osmi zeměmi Evropy, neboť v roce 2014 byly zveřejněny výsledky systematického šetření zdravotní gramotnosti v osmi evropských zemích. Výsledky ukázaly, že zhruba 60 % dospělé populace v ČR vykazuje neadekvátní nebo problematickou zdravotní gramotnost a ve srovnání s osmi evropskými zeměmi (Rakousko, Řecko, Polsko, Bulharsko, Holandsko, Irsko, Španělsko, Německo) se umístilo na předposledním místě před Bulharskem. Je tedy zřejmé, že vzhledem k tomuto nelichotivému výsledku musí být na zdravotní gramotnost v České republice kladen důraz, a to nejen na úrovni jednotlivce, ale také na úrovni institucí a organizací. Holčík ve svých knihách (2010, s. 147-148; 2009, s. 10-11) dále uvádí několik tezí, které objasňují, proč je důležité rozvíjet zdravotní gramotnost. Uvádí, že nízká zdravotní gramotnost na společenské úrovni vede k ekonomickým ztrátám a způsobuje rozdíly v úrovních zdraví mezi sociálními skupinami. Zatímco vysoká zdravotní gramotnost podporuje zdravou společnost a obecnou kulturu, neboť podporuje zdravý životní styl, rozvoj pozitivních vztahů a vědomí sounáležitosti. Vysoká zdravotní gramotnost také zvyšuje celkovou úroveň zdravotního stavu populace. Na individuální úrovni posiluje zdravotní

gramotnost sebedůvěru jednotlivce, jeho důstojnost a svébytnost. Jednotlivec se stává aktivním v rozhodování o svém zdraví, čímž podporuje demokracii.

Holčík také uvádí, že je důležité, aby se zdravotní gramotnost stala součástí výchovy dětí, neboť čím dříve si děti osvojí potřebné znalosti, dovednosti a návyky, tím větší bude přínos pro jejich zdraví v celém životě (Holčík, 2010, s. 147). Je ovšem důležité nezapomínat na důležitost zdravotní gramotnosti i u ostatních skupin obyvatelstva, a to především u skupiny, na kterou se upírá náš zájem, tedy u skupiny seniorů. Kickbusch a kol. (2013, s. 7) podotýká, že lidé s nižší zdravotní gramotností, jsou právě senioři a migranti. Proto jsme se v této bakalářské diplomové práci rozhodli analyzovat úroveň zdravotní gramotnosti v doméně životního stylu, který spadá do oblasti podpory zdraví právě u seniorů.

Z výše uvedeného vyplývá, že je nezbytné, zdravotní gramotnost u seniorů zvyšovat. Podle Osnovy evropské zdravotní politiky sociální a zdravotní politika v Evropě výrazně ovlivnila prodloužení naděje dožití u mužů i u žen. Čím dál více lidí se dožívá věku 65 let a více, což znamená, že rychle narůstá počet starších osob v populaci. Odhaduje se, že v roce 2050 bude více než čtvrtina obyvatel světa starší 65 let (Zdraví 2020, 2014, s. 77). Prodloužení naděje dožití u mužů i u žen se opravdu zvyšuje. Podle ČSÚ se ženy narozené v roce 2016 dožijí 82,1 let, zatímco ženy narozené v roce 2015 mají naději dožití 81,4 let. Muži narození v roce 2016 mají naději dožití 76,2 let, zatímco muži narození v roce 2015 mají naději na dožití 75,8 let (Statistická ročenka České republiky, 2017, s. 142). V porovnání s Evropou se daná čísla v České republice budou lišit. Podle Čevely a Čeledové bude v roce 2050 v České republice počet seniorů nad 65 let dosahovat 30 % obyvatelstva. Dále poukazují, že velmi výrazně se zvýší počet lidí nad 80 let, ti budou tvořit 10 % populace (Čevela a Čeledová, 2014, s. 22). Procentuální zastoupení seniorů nad 65 let v roce 2016 udává ČSÚ na 18,3 % (ČSÚ). Z výše uvedeného vyplývá, že senioři v České republice tvoří skoro pětinu

obyvatelstva, a že tato procenta budou dále narůstat. Podle Zdraví 2020 s sebou zvyšování naděje na dožití přináší i jisté problémy. Těmito problémy jsou rostoucí veřejné výdaje na zdravotní péči, důchody a dlouhodobou péči (Zdraví 2020, 2014, s. 78). Z toho vyplývá, že je nezbytné klást důraz na zdravotní gramotnost u seniorů, neboť jejich počet narůstá, a přičemž zvyšování zdravotní gramotnosti může přispívat ke snížení veřejných výdajů.

2. Rozvoj zdravotní gramotnosti

Podle Holčíka (2010, s. 151) se od počátku lidé snažili pozitivně ovlivňovat své zdraví a to zejména pomocí výchovy. Výchovné snahy byly však podmíněny závažností zdravotních problémů a dominantním hodnotovým systémem. Zdravotní výchova byla bezvýhradně závislá na stavu společnosti, sociální a ekonomické pozici jednotlivce v této společnosti. Velkému rozvoji se mohla zdravotní výchova těšit v druhé polovině 20. století, kdy došlo k mnoha medicínským objevům. Podle Nutbeama (2000, s. 260) se snaha zohledňovat při podpoře zdraví sociální a ekonomickou pozici jednotlivce zásadně nezměnila ani v 60. a 70. letech minulého století. V těchto letech byla zdravotní výchova zaměřena na prevenci nepřenositelných nemocí a podporou zdravého životního stylu. Ukázalo se, že výchovné akce, které se zaměřovaly pouze na přenos informací a nezohledňovaly sociální a ekonomickou situaci jednotlivců, nedosahovaly očekávaných výsledků, kterými byla pozitivní změna ve zdravotním chování. Podle Ratzana (2001, s. 210) právě v 70. letech, konkrétně v roce 1974 byl vydán dokument s názvem Zdravotní výchova jako sociální politika, jejímž autorem byl Simonds a v tomto dokumentu byl poprvé použit pojem zdravotní gramotnost. Následně se podle Holčíka (2009, s. 12-13) začaly uplatňovat zdravotně výchovné programy, které respektovaly sociální a ekonomickou situaci jednotlivců. Postupné rozšiřování těchto programů vedlo ke vzniku oblasti Health Promotion, která v překladu znamená „podpora zdraví“. Podpora zdraví se stala součástí společenských zdravotních programů, které spolupracovaly s širokou veřejností. Celosvětovou základnu si tato oblast získala na konferenci v Ottawě v roce 1986, která ji učinila východiskem a metodou zdravotní politiky. Na to reagovala konference v Adelaide, která přijala chartu týkající se zásad zdravotní politiky a dále konference v Sundswallu,

kteřá proběhla roku 1991 a věnovala se vlivu příznivého prostředí na zdraví člověka (Holčik, 2010, s. 151-152).

2.1 Rozvoj zdravotní gramotnosti seniorů

Jak jsme uvedli výše, funkční gramotnost a tedy i zdravotní gramotnost lze rozvíjet vzděláváním a to je také důvod, proč řešíme téma zdravotní gramotnosti seniorů v kontextu andragogiky, resp. gerontagogiky. V případě seniorů se jejich vzděláváním zabývá gerontagogika. Gerontagogiku jako dílčí součást andragogiky definuje Kalvach: *Gerontagogika (geragogika) je oblast celoživotního vzdělávání (vzdělávání dospělých, andragogiky), která se zabývá vzděláváním seniorů.* (Kalvach a kol., 2004, s. 822). Špatenková a Smékalová tvrdí, že pokud gerontagogiku vymežíme jako nauku o výchově ve stáří a ke stáří, tak se zaměřuje na cíle, které mají pomoci adaptovat seniora na změny jeho organismu, možnou omezenou soběstačnost, snížení psychických výkonů, změnu životní role a umírání. Jako konkrétní příklady, ve kterých dochází k této adaptační pomoci, uvádí například odchod do důchodu či smrt partnera (Špatenková & Smékalová, 2015, s. 32-33). Z těchto cílů je patrné, jak se gerontagogika zabývá zvyšováním funkční gramotnosti, neboť pomáhá seniorům s adaptací do společnosti. V kontextu této diplomové práce je neopominutelné, že se gerontagogika zabývá také zdravotní gramotností, neboť jak jsme uvedli výše, pomáhá seniorovi adaptovat se na změny jeho organismu a možnou omezenou soběstačnost. Dále s ohledem na výše uvedené konkrétní změny, může gerontagogika pomoci seniorovi porozumět informacím a využít je například při odchodu do důchodu, kdy mu pomohou integrovat se v nové roli do společnosti.

I přesto, že gerontagogika je dílčí disciplínou andragogiky, můžeme zde nalézt i značné rozdíly. Hlavní rozdíl je v jejich objektu. Podle Vetešky (2017, s. 77) je objektem andragogiky dospělý člověk ve všech fázích jeho

životní dráhy. Co se týče objektu gerontagogiky, objevují se zde rozdíly ve vymezení. Špatenková a Smékalová vymezují objekt gerontagogiky jako jedince staršího padesáti let (Špatenková & Smékalová, 2015, s. 47). Zatímco Šerák (2009, s. 183) považuje za objekt gerontagogiky osoby starší šedesáti pěti let.

Je tedy patrné, že vzhledem k velkému věkovému rozpětí se jedná o velmi heterogenní populaci. Proto Haškovcová dělí seniory do tří skupin. Upozorňuje, že na určení věkových hranic má vliv posouvání hranice odchodu do důchodu. První skupinou jsou mladí senioři, tedy lidé mezi 65-74 lety života. Tuto kategorii nejvíce vystihuje problematika penzionování, aktivity a možnosti seberealizace pro volný čas. Druhou kategorií jsou osoby starší 75 let, kterou charakterizují častější zdravotní potíže a pocity osamělosti. Poslední kategorii tvoří jedinci starší 85 let a je pro ně charakteristická častá ztráta soběstačnosti (Haškovcová, 2010, s. 20-21). S tímto dělením souhlasí také Mühlpachr (Mühlpachr, 2004, s. 21). Bez ohledu na toto dělení definuje Haškovcová seniora takto: „*Starší člověk, ale také nejstarší a zpravidla vážený člen nějakého společenství*“ (Haškovcová, 2012, s. 148). S tímto názorem souhlasí také Mühlpachr (2004, s. 138), který dodává, že právě vzdělávací aktivity v pozdním věku přispívají k pocitu důstojnosti a životního uspokojení.

Konkrétně pak edukace seniorů probíhá: v rámci preventivně edukačních programů, nebo v rámci specializovaných sociálně-edukačních aktivit realizovaných místními zařízeními pro seniory, či v podobě institucionalizovaného vzdělávání, kde patří univerzity a akademie třetího věku a kluby aktivního stáří (Veteška, 2017, s. 98).

Podle Kalvacha a kol. (2004, s. 822) je právě „vlajkovou lodí“, resp. nejvyšší možnou úrovní edukace seniorů univerzita třetího věku. Jedná se o vzdělávání seniorů na univerzitní půdě, kde jako lektoři působí vysokoškolští učitelé. Autoři (Čornaničová, 1998, s. 90; Špatenková &

Smékalová, 2015, s. 90) s Kalvachem souhlasí s tvrzením o výsadním postavení univerzit třetího věku v gerontagogice a Čornaničová (1998, s. 91) dále uvádí, že hlavním cílem těchto univerzit je zlepšit kvalitu života seniorů prostřednictvím vzdělávacích programů. A právě tyto vzdělávací programy mohou být cíleně zaměřeny na podporu zdraví seniorů, na kterou se tato práce zaměřuje. Podle Haškovcové (2012, s. 167) je univerzita třetího věku přínosem také proto, že zabraňuje sociálnímu vyloučení a podporuje aktivizaci.

Původně vznikly univerzity třetího věku ve Francii v 70. letech 20. století. Vzhledem ke stárnutí populace se rychle rozšířily do okolních zemí (Veteška, 2017, s. 103). Podle Adamce a Kryštofa představovaly univerzity třetího věku v období svého vzniku symbol nového, aktivního a informovaného přístupu seniora ke svému vlastnímu životu (Adamec & Kryštof, 2011, s. 12). Posláním a cílem této formy vzdělávání seniorů bylo hlavně směřovat ke zlepšení veřejného zdraví (Veteška, 2017, s. 103). Zdravotní výchova, která podle Čeledové a Čevely (2010, s. 9-10) má za cíl motivovat jednotlivce bez ohledu na věk k péči o své zdraví, stála tedy u počátku vzniku univerzit třetího věku. A nezůstalo tak pouze u jejich počátků. Pouze jako příklad uvádí Veteška (2017, s. 105) univerzitu třetího věku na Univerzitě Karlově v Praze, která nabízí kurzy jako *Význam prevence v medicíně* nebo *Biologické principy péče o zdraví*. Také univerzita třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci nabízí přednášky, které se zaměřují na zdravotní výchovu seniorů. Lékařská fakulta nabízí cyklus přednášek s názvem *Člověk ve zdraví a nemoci*, který má za cíl zajistit prevenci a předcházet patologickým stavům. Dále například Fakulta zdravotních věd nabízí cyklus přednášek s názvem *Zdravotnické vědy*, kde si mohou studenti reálně vyzkoušet například měření tlaku, či aplikaci injekcí (Univerzita třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci, 2018). Právě pomocí

těchto edukačních aktivit, si mohou senioři osvojit kompetence důležité pro rozvoj zdravotní gramotnosti.

Podle modelu, který zveřejnila Světová zdravotnická organizace, můžeme zdravotní gramotnost rozdělit do tří hlavních oblastí. Jedná se o oblasti, které se týkají:

- prevence nemocí
- podpory zdraví
- zdravotní péče (Kickbusch a kol., 2013, s. 5)

Podle Janovské a kol. se ovšem potřebné kompetence týkající se zdravotní gramotnosti v průběhu života mění. Proto tyto životní fáze dělí do 4 kategorií. Jedná se o kategorie dítěte od 7 let, mladého dospělého v rozmezí 15-25 let věku, dospělého jedince a seniora od 65 let (Janovská a kol., 2016, s. 3). Náš zájem se upírá na kategorii seniorů, a proto si objasníme alespoň základní kompetence v oblasti zdravotní péče a prevence nemocí. Janovská a kol. dále uvádí, že oblast zdravotní péče zahrnuje pro seniory kompetence jako orientace v příčinách, průběhu a důsledcích svých diagnostikovaných nemocí. Ví, co dělat v rámci svépomoci, nebo na koho se obrátit. Uvědomuje si rizika vzniku úrazu vzhledem ke svému aktuálnímu stavu a dokáže správně reagovat v situaci ohrožení zdraví sebe či někoho jiného. V oblasti prevence nemocí si je vědom změn organismu, které s sebou stáří přináší. Vzdělává se v této oblasti a chová se ke svému zdraví zodpovědně (Janovská a kol., 2016, s. 9-13). Podle Holčíka jsou lidé s nízkou zdravotní gramotností zdravotně znevýhodněni právě proto, že se neúčastní preventivních opatření, nevyhledávají časná stádia nemocí, nejsou orientováni ve zdravotnických službách a neúčastní se terapií týkajících se jejich vlastních nemocí (Holčík, 2010, s. 154). Poslední oblastí, kterou je oblast podpory zdraví, se blíže věnuje následující podkapitola.

2.2 Oblasti zdravotní gramotnosti

Podle Janovské a kol. jednou ze tří hlavních oblastí zdravotní gramotnosti je oblast věnující se podpoře zdraví. Tato oblast se dělí na dvě další podoblasti, kterými jsou životní styl a péče o prostředí. Oblast péče o prostředí klade důraz na uzpůsobování domácnosti aktuálním zdravotním potřebám, aktivní participaci v organizacích a institucích, a to jak v zájmových, tak v pracovních (Janovská a kol., 2016, s. 4-8). V této kapitole se budeme věnovat převážně oblasti životního stylu u seniorů. Důležitost této oblasti zdůrazňuje také Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století (Zdraví 2020, 2014, s. 48), která uvádí, že úroveň zdraví ovlivňují obzvlášť sami lidé a je třeba klást důraz na to, jak je zdraví utvářeno v kontextu běžného každodenního života. Janovská a kol. (2016, s. 6) uvádí: *„Zdravotně gramotný člověk na prahu stáří ví, co zahrnuje pojem „správný životní styl“ (životospráva), a uvědomuje si jeho zásadní význam pro zdraví. Přijímá, že životní styl je především jeho volba a zodpovědnost. Je schopen v rozsahu závislém na aktuálním zdravotním stavu se dlouhodobě chovat podle zásad správné životosprávy.“* V kapitole 1 jsme uvedli, že podle kanadské teorie patří životní styl mezi 4 hlavní determinanty, které ovlivňují zdraví, a že životní styl zdraví ovlivňuje v nejvyšší míře. Proto považujeme za důležité tuto konkrétní oblast blíže rozebrat. Podle Janovské (2016, s. 6–8) do této oblasti spadá výživa, tělesná aktivita, denní režim, vnitřní pohoda a svoboda od závislosti. Holčík (in Čevela a Čeledová, 2014, s. 64) v souvislosti s tímto vymezením poukazuje na skutečnost, že zejména zneužívání návykových látek, nevhodně složená strava, nedostatečná pohybová aktivita, nadměrná úroveň stresu a psychických tlaků patří k rizikovým faktorům, jejichž vliv neustále roste. V následujících podkapitolách je také vysvětleno, jak jsou jednotlivé oblasti navzájem propojeny.

Jako první oblastí se budeme zabývat výživou. „Výživa, která je za běžných okolností každodenní záležitostí člověka, je současně základním předpokladem udržení jeho zdraví“ (Šimek, 1995, s. 115). Podle Zadáka dochází se zvyšujícím se věkem k fyziologickým změnám, které s sebou přináší také nutné změny ve výživě. Dochází ke ztrátě hmoty svalstva, buněčné hmoty, poklesu kostní denzity, netukové hmoty těla a stoupá celkový podíl tukové tkáně. Podíl svalstva u lidí ve věku 20-30 let se pohybuje kolem 30 %, u lidí ve věku 70-80 let kolem 15 %. Dochází tedy ke snížení zásob proteinů, které jsou nezbytné pro překonání závažných nemocí (in Kalvach a kol., 2004, s. 298). Fořt dále uvádí, že snížení svalové tkáně s sebou přináší také snížení nutného příjmu energie, neboť svalová tkáň je jeho největším konzumentem (Fořt, 2007, s. 328). Zadák (in Kalvach a kol., 2004, s. 301 a 305) uvádí, že vzhledem k snižující se potřebě proteinů a energie u starších jedinců, existují diety, které jsou založeny na omezeném příjmu energie, tuků a zpomalují proces stárnutí. Taktéž se omezuje příjem sacharidů, neboť ty mají krýt 55-60% celkové energie, která se, jak jsme uvedli výše, s přibývajícím věkem snižuje. Také doporučuje vyhnout se jednoduchým sacharidům a zaměřit se na komplexní sacharidy. Fořt uvádí několik doporučení, pro správnou výživu v období stáří. Klade důraz na pravidelnost v jídle, tzn. jíst pětkrát denně menší porce, ve stejný čas a s klidem. Dále poukazuje na důležitost konzumace rýže, pohanky, čočky, ovoce, zeleniny, pšeničného a celozrnného pečiva. Ke každému většímu jídlu doporučuje brát směs zažívacích enzymů a pravidelně konzumovat vybrané doplňky stravy, které jsou důležité pro obecnou prevenci. Jedná se o minerály, vitamíny a látky posilující imunitu. Naopak upozorňuje, že je třeba vyhýbat se jednoduchým cukrům. Stejně jako Zadák podotýká, že je žádoucí vyhýbat se mletému a nelibovému masu, mléku speciálně převařovanému, umělým sladidlům, sladkostem, uzeninám a limonádám, sladkému a bílému pečivu (Fořt, 2007, s. 332). Co se týče pitného režimu, nestačí se pouze vyhýbat limonádám, ale je třeba také

dodržovat pitný režim. Podle Vybíhalové (2010, s. 73) je nezbytný příjem tekutin pro správné fungování organismu v období stáří 1,5-2 litry denně. Také upozorňuje, že je třeba při dodržování pitného režimu dbát na pravidelnost, stálost a rovnoměrnost. Holčík (in Čevela a Čeledová, 2014, s. 80) uvádí, že v případě nedodržování výživových pravidel hraje výraznou roli cenová dostupnost a pokles sebevědomí u seniorů. Vzhledem k okolnostem, jsou senioři velmi často nuceni šetřit, neboť doplácí za léky, časté pobyty v nemocnicích a podobně. Mohou také podléhat pocitu méněcennosti a utvrzují se, že pro ně již toto dodržování výživových pravidel nemá smysl. Také Fořt poukazuje na nevhodné stravovací návyky starší generace. Uvádí, že nevhodné stravovací návyky jsou problémem také mladé generace, ale ačkoli jde o stejný problém, má u starší generace zcela jinou příčinu. Ukazuje se, že je velký psychologický problém zbavit seniory nevhodných stravovacích návyků, neboť mají silně zažité své stravovací zvyky a brání se příznivým změnám. Proto senioři velmi často nedodržují ani doporučení lékařů (srov. Fořt, 2007, s. 327).

Dalšími oblastmi, které spadají do domény oblasti podpory zdraví, tedy do životního stylu, jsou denní režim a tělesná aktivita. Janovská a kol. uvádí (2016, s. 7), že pro seniora je důležité, s ohledem na svůj zdravotní stav dodržovat denní režim, zejména pokud jde o zátěžové aktivity, volnočasové aktivity a spánek. Radvanský (in Kalvach a kol., 2004, s. 191) zdůrazňuje, že senior by měl znát svou zdatnost. Tato zdatnost bývá měřena zátěžovými testy, jejichž výsledky určují konkrétní osobě zátěž, kterou je denně schopna zvládnout. Senioři si podle ní mohou uzpůsobit časovou dotaci daného dne pro své volnočasové aktivity. Právě v případě zátěžových aktivit je pro seniory velmi důležitá tělesná aktivita.

Máček (in Kalvach a kol., 2004, s. 153) upozorňuje na fakt, že k základním rysům narůstajícího věku patří snižování tělesné aktivity, které se projevuje sedavým způsobem života, což s sebou přináší zdravotní,

psychické a v celkovém důsledku i sociální problémy. Janovská a kol. (2016, s. 6) uvádí, že zdravotně gramotný senior si uvědomuje význam pohybové aktivity pro své zdraví, psychickou pohodu a samostatnost. Na základě toho si udržuje svou tělesnou kondici a snaží se uskutečnit aktivní pohyb každý den, snaží se pobývat přiměřeně ve venkovním prostředí a nevyhýbá se přiměřené pracovní zátěži. Uvědomuje si ovšem také rizika spojená s nadměrnou fyzickou zátěží a zohledňuje proto tuto zátěž vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu. Na nebezpečí nadměrné pohybové aktivity upozorňuje také Weil (2007, s. 203), který uvádí, že přehnaná tělesná aktivita vede k poškození kloubů, svalů, kostí a může také nepříznivě ovlivnit imunitní a nervový systém nebo stavbu těla. (Máček in Kalvach a kol., 2004, s. 162) ovšem uvádí, že i přes prokazatelně pozitivní vliv přiměřené tělesné aktivity na zdraví, 80 % populace tento fakt nebere v potaz. Proto se v poslední době objevují studie, které se snaží vytvořit různé formy aktivního způsobu života, které jsou individuálně přizpůsobené daným jedincům. Těmito aktivitami jsou například nákupy a práce na zahradě. Tyto aktivity jsou zajímavější, než chůze nebo běhání, ale ne všechny tyto aktivity jsou dostatečně intenzivní.

Weil (2007, s. 216-217) poukazuje na zábrany, které seniorům brání v provádění tělesných aktivit. Senioři argumentují nedostatkem času, příliš vysokým věkem, neznalostí dané aktivity nebo nelibostí k ní. Weil uvádí, že přijatelná doba pohybových aktivit je 30-45 minut denně pro aerobní cvičení a zhruba 30 minut pro posilování dvakrát až třikrát týdně. Souhlasí s Máčkem, že toto posilování, se dá kombinovat s prací na zahradě, cestou na nákup a dalšími aktivitami. Je důležité zdůrazňovat, že nikdy není pozdě s tělesnými aktivitami začít a případnou neznalost odbourávat kurzy, knihami a videy.

Podle Weila kromě tělesné aktivity, potřebuje tělo také přiměřený odpočinek a spánek. Starší lidé mívají často problém s odpočinkem

a spánkem (Weil, 2007, s. 218). Tento názor potvrzuje také (Jiráček in Kalvach a kol., 2004, s. 263-265), který uvádí, že délka spánku se s přibývajícím věkem zkracuje, prodlužuje se doba usínání a vyskytuje se časté probouzení. U seniorů se vyskytují poruchy spánku, které mohou plynout z porušené spánkové hygieny. Weil v této souvislosti dále poskytuje několik rad pro odpočinek a spánek, které podporují zdravé stárnutí. Jedná se o kladení důrazu na hygienu spánku, kterou je míněn design ložnice a naprostá tma při spánku. Weil dále zdůrazňuje úlohu krátkého spánku přes den, pobyt na čerstvém vzduchu a přirozeném světle. Při brzkém probuzení doporučuje produktivitu, která seniora unaví a poté se může pokoušet zase usnout. Při problémech s usínáním je dobré znát relaxační techniky, anebo se obrátit na přírodní prostředky jako je melatonin nebo kozlík lékařský. Nezapomíná také na samotný odpočinek, klade důraz na to, aby si senior našel během dne dobu na odpočinek a přemýšlel o tom, jak jej dosáhnout (Weil, 2007, s. 225-227). Jedná se tedy o to, aby si senior vybral vhodné aktivity, které mu pomohou s relaxací a potěšením, tedy jak bude trávit svůj volný čas. Veteška (2017, s. 36) uvádí, že právě volnočasové aktivity jsou ukazatelem životního způsobu daného jedince.

Další oblastí, která spadá do naší oblasti zájmu, je vnitřní pohoda. Podle publikace Zdraví 2020 je oblast duševního zdraví velmi významná. Psychické problémy mají velmi závažné důsledky nejen pro konkrétní osoby, ale také pro jejich rodiny a společnost. Duševní problémy jsou totiž příčinou, ale také důsledkem nespravedlnosti, sociálního vyloučení a chudoby (Zdraví 2020, 2014, s. 93). (Švancara in Kalvach a kol., 2004, s. 110-114) formuluje zásady, které se vztahují k udržení hodnotového způsobu života ve stáří. Tyto zásady se nazývají „pět pé“. Jedná se o perspektivu, pružnost, prozíravost, porozumění pro druhé a potěšení. Perspektivou se myslí plánování budoucnosti, udržování svého programu s ohledem na budoucí očekávání. Pružností je myšleno přizpůsobování chování a myšlení novým

situacím a úkolům, které s sebou stáří přináší. Prozíravost znamená vidět věci v souvislostech, připravit se na jisté ztráty, a pokud je to možné, tak zajistit jejich kompenzaci. Jedná se tedy o jakousi připravenost na situace, které s sebou stáří přináší. Porozumění pro druhé znamená, že je třeba pečovat o dobré vztahy a pochopení druhých, což zahrnuje také mezigenerační solidaritu. Posledním z „pěti pé“ je potěšení. Potěšení znamená, že je třeba si i ve vyšším věku udržet zdroje potěšení a radosti. Klevetová (2017, s. 82) se Švancarou souhlasí v důležitosti perspektivy, tedy aby měl starý člověk vidinu budoucnosti, na kterou se bude těšit. Tento fakt podporuje také Švancarovu poslední zásadu, kterou je potěšení. Aby ovšem mohl senior vidět před sebou onu perspektivu a potěšení, je třeba, aby měl víru ve své schopnosti a osobu nebo osoby, které mu pomohou překonat těžké životní situace, což podporuje další Švancarovu zásadu, kterou je péče o dobré vztahy a pochopení druhých. Holčík (in Čevela a Čeledová, 2014, s. 76) uvádí, že dlouhodobá úzkost, sociální izolace a nedostatečná víra ve své sebevědomí nepříznivě ovlivňují duševní zdraví. Podle něj by měla být podporována pomoc zejména skupinám, které mají existenční potíže. V tomto klade důraz zejména na seniory a rodiny s malými dětmi.

Poslední oblastí, která ovlivňuje životní styl a spadá do oblasti podpory zdraví je svoboda od závislostí. Janovská a kol. (2016, s. 7) uvádí, že zdravotně gramotný senior si uvědomuje, že vzhledem k většímu množství volného času a pravidelnému příjmu, může dojít ke vzniku závislostí. Zná povahu těchto závislostí a uvědomuje si jejich škodlivý vliv na zdraví a vědomě se tomuto chování, popřípadě látkám vyhýbá. Nešpor (2011, s. 57) uvádí, že působení návykových látek ve vyšším věku s sebou přináší jistá specifika. Jedná se zejména o kombinaci návykových látek, jako je například alkohol, a léků, které senior často užívá vzhledem k dlouhodobé léčbě a bolestem, které se u něj často vyskytují. Tyto kombinace mohou působit vážné zdravotní komplikace, nehledě na fakt, že samotné užívání léků proti

bolesti může být návykové. U seniorů se také poruchy paměti, způsobené užíváním návykových látek velmi často pojí s poruchami paměti jiného původu. V podobném duchu Janovská uvádí, že závislosti se netýkají pouze návykových látek, ale i chování a připojuje příklad z USA, kde se pro důchodce organizují zájezdy do Las Vegas za zdánlivě velmi výhodných podmínek, neboť mají ověřeno, že se jim to vyplatí. Vacek v této souvislosti uvádí pojem patologické hráčství, které představuje poruchu, která bývá označovaná jako závislost na hazardních hrách (Vacek, 2014, s. 17). Williams a kol. poukazuje, že rizikové faktory, které vedou k patologickému hráčství, mohou vést také k problémům v dalších oblastech, a to v mezilidských vztazích, duševním zdraví, životním stylu, a dále mohou vytvářet další závislosti (Williams a kol., 2014, s. 18). Holčík (in Kalvach, 2014, s. 64) upozorňuje, že pro mnohé politiky je cennější drobný přínos z daní, který plyne ať už z návykových látek anebo z hracích automatů než společenská rizika, která s sebou užívání návykových látek a hráčství přinášejí. Nejenže, návykové chování v podobě hazardu může způsobovat změny v dalších oblastech, ale podle Nešpora je také důležité, abychom se při léčbě závislostí u osob staršího věku zaměřovali především na oblasti, které mohou léčbu příznivě ovlivnit. Jedná se o síť mezilidských vztahů a vytvoření přiměřeného životního stylu (Nešpor, 2011, s. 58).

3. Modely zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost je komplexním pojmem, který je složen z několika oblastí. Pro snazší pochopení obsahu těchto oblastí a jejich vzájemných vztahů byla vytvořena řada modelů. Sørensen a kol. uvádí celkem dvanáct publikací s různými modely zdravotní gramotnosti (Sørensen a kol., 2012, s. 6). Vzhledem k velkému množství vytvořených modelů, se v této práci pokusíme představit alespoň ty nejznámější. První model, který jsme zmínili, je uveden v podkapitole 2.1. Holčík (2009, s. 8) dále zdůrazňuje model zdravotní gramotnosti ve třech úrovních, který rozděluje zdravotní gramotnost na funkční, interaktivní a kritickou. Dále poukazuje na důležitost modelu, který zdravotní gramotnost rozčleňuje do tří dimenzí.

Oním tří dimenzionálním modelem je Nutbeamův model a jedná se o jeden z nejcitovanějších modelů (Čevela a Čeledová, 2014, s. 99; Holčík 2010, s. 159). Nyní si ukážeme, co tyto tři dimenze obsahují (Nutbeam, 2000, s. 265):

1. Funkční zdravotní gramotnost je založena na sdělování informací, které ovlivňují zdraví a na tom, jak využívat zdravotnický systém. V této úrovni není třeba oboustranná komunikace. Funkční zdravotní gramotnost je prospěšná jak pro jednotlivce, tak pro celou populaci. Typickými činnostmi této úrovně je tvorba informačních letáků a tradiční vzdělávání pacientů.

2. Interaktivní zdravotní gramotnost vychází z přístupu, který se ve zdravotní výchově rozvinul v posledních dvaceti letech. Jeho podstatou je posílit samostatnost jedince a zvýšit motivaci a odpovědnost, aby jednal na základě předaných rad. Tato úroveň přináší převážně individuální přínos. Jako příklad nástroje můžeme uvést školní vzdělávací programy, které jsou zaměřeny na rozvoj osobních a společenských dovedností.

3. Kritická zdravotní gramotnost zahrnuje kognitivní a rozvojové dovednosti, které jsou zaměřeny na podporu efektivních politických a sociálních akcí. V rámci této úrovně, rozvíjené dovednosti pomáhají jedinci zkoumat politickou proveditelnost a organizační možnosti činností zaměřených na sociální, ekonomické a environmentální determinanty zdraví. U této úrovně zdravotní gramotnosti je mnohem patrnější přínos pro populaci, nikoli pouze pro jednotlivce.

Další model zdravotní gramotnosti je poměrně jednoduchý. Je rozdělen podle zdravotních informací a toho, komu by tyto informace měly sloužit. Jedná se o občany, zdravotníky, veřejnost a pracovníky veřejné správy. Na základě toho se dělí podle Čevely a Čeledové do tří oblastí (2014, s. 103):

1. **Osobní zdravotní dimenze** – informace pomáhají při ochraně zdraví a rozhodování ve zdravotnickém systému.
2. **Zdravotnická dimenze** – informace jsou určeny pracovníkům ve zdravotnictví a jsou zaměřeny na zvyšování kvality a hospodárnosti jejich služeb.
3. **Populační dimenze** – informace jsou dostupné celé populaci, podávají základní údaje o zdravotním stavu celé populace, determinantách zdraví a možnostech, jak zdraví zlepšit.

Holčík (2010, s. 162) zdůrazňuje, že i přestože uvedené dimenze zahrnují skupiny s odlišnými zájmy, nejsou jednoznačně odděleny. V kontextu každodenního života se tyto dimenze nepochybně překrývají.

4. Měření zdravotní gramotnosti

Abychom mohli poukázat na důležitost rozvoje zdravotní gramotnosti či na její nízkou úroveň, musíme uvést, jak se dá zdravotní gramotnost měřit. Na začátku je třeba uvést, že aby mohly být jednotlivé nástroje pro měření zdravotní gramotnosti hodnoceny, musí se dát ověřit jejich spolehlivost. Podle Tavakola a Dennicka (2011, s. 53-54) je nejčastěji používaným objektivním měřítkem spolehlivosti těchto nástrojů Cronbach Alfa. Počet testovacích otázek, jejich vzájemná souvislost a dimenze ovlivňují hodnotu tohoto měřítka. Pokud Cronbach Alfa nabývá hodnot 0,70 – 0,95, může být daný nástroj považován za spolehlivý. Autoři nicméně poukazují na to, že hodnota alfa > 0,90 může poukazovat na opakování otázek a zbytečně dlouhý test. Zdeněk Kučera v situačním dokumentu Ústavu pro zdravotní gramotnost uvádí pět hlavních instrumentů pro měření zdravotní gramotnosti, které se vyvinuly v posledních pětadvaceti letech. Těmito instrumenty jsou REALM, TOFHILA, HALS, NAAL a NVS (Kučera, 2017, s. 13-14).

Baker (2006, s. 880-881) tvrdí, že nejpoužívanějšími nástroji jsou REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) a TOFHILA (Test of Functional Health Literacy in Adults). Poukazuje však na to, že ani jeden z těchto testů neměří komplexně hodnoty schopností jednotlivce. Testy měří pouze vybrané domény, jako jsou správné přečtení a vyslovení pojmů, porozumění čtenému textu a početní úlohy, které jsou považovány za věrohodné indikátory celkové kapacity jednotlivce. Baker konkrétně uvádí, že REALM se skládá z 66 zdravotních pojmů, které musí pacient správně přečíst a vyslovit. I přes to, že test obsahuje 66 položek, trvá pouze 3 minuty. Collins a kol. (2012, s. 601) uvádí, že Cronbach Alfa je u testu REALM 0,96.

TOFHILA byla vyvinuta pro měření porozumění zdravotním informacím a nikoli pouze jako nástroj, který měří schopnost číst

a vyslovovat zdravotnické pojmy. TOFHLA charakterizuje respondenty do tří skupin podle naměřené zdravotní gramotnosti. Jedná se o skupiny s okrajovou, odpovídající a omezenou zdravotní gramotností. Konkrétně TOFHLA obsahuje sedmnáct početních úloh a padesát položek zaměřujících se na porozumění čtenému textu. Realizace tohoto nástroje trvá dvacet dva minut a jsou při ní používány skutečné materiály, se kterými se lidé mohou setkat, jako například lahvičky s léky. Hodnota Cronbach Alfa toho testu je 0,98 (Collins a kol., 2012, s. 600-601). Je patrné, že Cronbach Alfa u obou těchto testů je velmi vysoký, což může ukazovat i na značnou délku obou testů. Proto byly pro oba testy vytvořeny zkrácené verze.

Výše jsme uvedli, že REALM a TOFHLA i přes své časté používání, nejsou považovány za komplexní nástroje. Nutbeam (2009, s. 304) uvádí, že komplexnějším nástrojem je HALS (Health Activities Literacy Scale), který rozlišuje mezi pěti oblastmi, které zahrnují kompetence týkající se zdraví, jedná se o tyto oblasti: podpora zdraví, ochrana zdraví, prevence nemocí, péče o zdraví a jeho udržování a navigace ve zdravotnickém systému. Nutbeam dále podotýká, že HALS je důkazem pokroku v měřících technikách zdravotní gramotnosti, ale je třeba vynaložit ještě hodně úsilí, aby se indikátory přizpůsobily definovanému zdravotnímu obsahu a kontextům, které rozlišují úroveň znalostí, dovedností a odrážejí funkční, kritickou a interaktivní úroveň zdravotní gramotnosti (Nutbeam, 2009, s. 304).

Dalším nástrojem je NAAL (National Assessment of Adult Literacy), který označuje Národní hodnocení gramotnosti dospělých v USA a v roce 2003 se stala jeho součástí také zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost byla měřena třemi škálami. Škála textové gramotnosti zkoumala hledání, porozumění a používání informací ze souvisejících textů. Škála dokumentové gramotnosti zkoumala totéž, ale u nesouvisejících textů. Poslední škála numerické gramotnosti zkoumala znalosti a dovednosti potřebné pro numerické úkoly (Kutner a kol., 2006, s. 2). Posledním z pěti

hlavních nástrojů je NVS (Newest Vital Sign). Podle Weisse a kol. (2005, s. 515-516) byl NVS vytvořen na základě několika scénářů. Respondentům byly poskytnuty informace a následně se zkoumala jejich schopnost, dané informace použít v odpovědích na otázky týkající se daného scénáře. Scénáře vypracovala skupina expertů z oblasti zdravotní gramotnosti. Nakonec finální verze NVS používá jeden scénář, který se věnuje nutričním hodnotám zmrzliny a obsahuje 6 otázek, které zkoumají schopnost respondentů přečíst a pochopit nutriční hodnoty zmrzliny. Podle Collins a kol. (2012, s. 602) je Cronbach Alfa u NVS v anglické verzi 0,76. Čili můžeme tento nástroj považovat za spolehlivý a nepříliš časově náročný.

Nejnovější měřicí technikou je technika HLQ (Health literacy questionnaire), která měří zdravotní gramotnost v devíti nezávislých oblastech a snaží se zachytit zkušenosti lidí s přístupem ke zdravotnickým informacím a využíváním zdravotnického systému (Hawkins a kol., 2017, s. 2). V České republice došlo doposud pouze k jedinému výzkumnému šetření, jak jsme uvedli v podkapitole 1.2. Výzkumné otázky byly přeloženy právě z dotazníku HLQ Zdeňkem Kučerou. Jedná se o jedinou přeloženou měřicí techniku v České republice.

5. Kvantitativní výzkum

5.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je analyzovat úroveň zdravotní gramotnosti u posluchačů Univerzity třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci v doméně, která spadá do oblasti podpory zdraví, tedy životního stylu.

5.2 Hypotézy

Na základě výsledků šetření (Kučera, 2015) provedeného v České republice výzkumným týmem pod vedením Zdeňka Kučery a informací z literatury jsme sestavili následující hypotézy:

1. Hypotéza: Pro posluchače univerzity třetího věku bude nejčastější odpovědí na otázky vztahující se k jejich životnímu stylu možnost „docela těžké“ nebo „velmi těžké“.

2. Hypotéza: Odpovědi na otázky vztahující se k životnímu stylu se budou lišit u mužů a u žen.

3. Hypotéza: S vyšší úrovní vzdělání, stoupá také úroveň zdravotní gramotnosti.

4. Hypotéza: Zdravotní gramotnost se snižuje se zvyšující se finanční deprivací.

5.3 Výzkumný soubor

Výzkum byl zaměřen na skupinu seniorů, jelikož se však jedná o velmi heterogenní populaci, rozhodli jsme se v rámci výzkumu zaměřit se pouze na posluchače Univerzity třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci. Výzkum probíhal na přednáškách ve dnech 1. - 14. března, 2018. V rámci výzkumu byli osloveni všichni posluchači prvního ročníku Filozofické fakulty, druhého a třetího ročníku Společenských věd, posluchači třetího ročníku Kapitol českých dějin a posluchači druhého a třetího ročníku

Kultury v minulosti a přítomnosti. Dále byli osloveni všichni posluchači druhého a třetího ročníku, kteří navštěvují cyklus Člověk ve zdraví a nemoci.

5.4 Technika sběru dat

Vzhledem k velkému množství respondentů byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření. S ohledem na charakter výzkumného souboru a místo sběru dat, byla zvolena metoda tištěných dotazníků. Dotazníky byly zvoleny vzhledem k jejich vysoké efektivitě, kdy při jejich vyplňování není potřeba tolik času při snaze postihnout, co nejvyšší počet respondentů. Častému problému nízké návratnosti dotazníků se nám podařilo vyhnout, jelikož vyplněné dotazníky posluchači odevzdávali hned před začátkem nebo po skončení přednášky.

5.5 Tvorba dotazníku

Otázky pro tvorbu dotazníku nám byly poskytnuty ředitelem Ústavu pro zdravotní gramotnost Zdeňkem Kučerou, který nám poskytl otázky z dotazníku HLQ, vztahující se k oblasti podpory zdraví. Těchto otázek nám bylo poskytnuto 16, ale 6 jich bylo zredukováno vzhledem k tomu, že se zabývaly druhou doménou podpory zdraví, tedy péčí o prostředí.

Ve výsledcích výše zmíněného výzkumného šetření v České republice (Kučera, 2015, s. 34), bylo stanoveno 5 prediktorů, které omezují zdravotní gramotnost. V tomto výzkumu byly jako nezávislé proměnné použity pouze tyto tři:

- Pohlaví
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Finanční deprivace = finanční situace domácnosti seniora

Dva prediktory, byly eliminovány, neboť se jednalo o prediktor věku a sociálního statusu, který by se u posluchačů univerzity třetího věku neprokázal.

Samotný dotazník (Příloha 1) je tvořen dvěma oblastmi. První oblast se skládá z 10 uzavřených otázek. Každá z těchto deseti otázek začíná slovy: „Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je...“. Odpovědi byly určeny podle Likertovy škály následovně (včetně číselných hodnot):

1. Velmi snadné
2. Docela snadné
3. Docela těžké
4. Velmi těžké
5. Nedokážu zhodnotit

Při analýze dat byly odpovědi s hodnotou 5 odfiltrovány, neboť odpověď „nedokážu zhodnotit“ již do škály nezapadá. V analýze budeme tudíž pracovat s čtyřbodovou škálou.

Druhá oblast dotazníku je tvořena 3 uzavřenými otázkami, které se týkají výše zmíněných prediktorů zdravotní gramotnosti. První otázkou byla otázka týkající se pohlaví, odpovědi nabývají hodnot:

1. Muž
2. Žena

K druhé otázce o nejvyšším dosaženém vzdělání byla zařazena třístupňová škála:

1. Střední vzdělání s výučním listem
2. Střední vzdělání s maturitní zkouškou
3. Vysokoškolské vzdělání

Škála neobsahuje možnost základního vzdělání, neboť univerzitu třetího věku mohou navštěvovat pouze posluchači s minimálně středním vzděláním s výučním listem.

Třetí a poslední otázka z této oblasti byla zaměřena na míru finanční deprivace, respektive na finanční situaci domácnosti seniora. Otázka zněla: „Finanční situaci Vaší domácnosti považujete za:“ Úroveň finanční deprivace byla měřena na následující škále:

1. Velmi špatnou
2. Spíše špatnou
3. Spíše dobrou
4. Velmi dobrou

5.6 Výzkum

Ke zpracování výsledku výzkumu byl použit statistický program STATISTICA, a to zejména u tabulek popisných statistik, krabicových grafů a tabulek četností. Byly také zvoleny vhodné koeficienty pro zjištění korelace mezi sekcí prvních deseti otázek a jednotlivými prediktory. Uvedené korelace budeme považovat za významné, pokud $p \leq 0,05$.

5.7 Analýza dat

Oblast životního stylu

Prvních deset otázek v dotazníku se týkalo zdravotní gramotnosti v doméně životního stylu, která spadá do oblasti podpory zdraví. V následující tabulce (Tabulka č. 1) si ukážeme, jak jednotliví respondenti odpovídali. Jak jsme uvedli výše, bylo získáno celkem 261 respondentů a žádná data nechybí, nicméně po odfiltrování odpovědi „nedokážu zhodnotit“ se budou celkové počty respondentů lišit.

Tabulka č. 1: Tabulka popisných statistik otázek Q1-Q10

Proměnné	Tabulka popisných statistik			
	Četnost	Medián	Modus	Frekvence modus
Q1	258	2	2	170
Q2	252	2	2	168
Q3	230	2	2	128
Q4	253	3	3	124
Q5	246	2	2	145
Q6	247	2	2	148
Q7	250	2	2	150
Q8	260	3	3	118
Q9	248	2	2	114
Q10	256	2	2	148

Následující analýza prvních deseti otázek, odkazuje na výše uvedenou tabulku č. 1.

Q1: ... jak těžké je nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa? Na základě Tabulky č. 1 můžeme říci, že pouze tři respondenti nedokázali zhodnotit, jak těžké je pro ně nalézt informace o aktivitách, které podporují zdraví. Medián = 2, tzn., že 50 % respondentů odpovědělo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Nejčastěji respondenti udávali, že je to pro ně „docela snadné“, tuto možnost zvolilo 170 respondentů.

Q2: ... jak těžké je nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro Vaši duševní pohodu? (Například: cvičení, procházky apod.) Z 261 respondentů 9 nedokázalo zhodnotit, jak těžké je pro ně nalézt informace o aktivitách, které podporují jejich duševní pohodu. Stejně jako u první otázky 50 % respondentů uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Největší množství dotazovaných uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“, tuto možnost zvolilo 168 dotázaných.

Q3: ... jak těžké je pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel? U otázky číslo 3, nedokázalo 31 respondentů zhodnotit, jak je těžké pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny a od přátel. Můžeme předpokládat, že vzhledem k charakteru zkoumané populace, mohou mít respondenti malý počet rodinných příslušníků a přátel. Celkem 128 respondentů uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“.

Q4: ... jak těžké je pochopit informaci na obalech potravin? Ze všech dotázaných nedokázalo 8 respondentů zhodnotit, jak těžké je pro ně pochopit informace na obalech potravin. V tomto případě můžeme předpokládat, že problémem je často velmi malé písmo, kterým jsou informace na obalech potravin napsány, a proto tuto otázku nedokázali respondenti zhodnotit. Nejčastější odpovědí byla odpověď „docela těžké“, kterou zvolilo 124 dotazovaných. Díky mediánu také vidíme, že 50% respondentů uvedlo, že je to pro ně „docela těžké“, „docela snadné“ nebo „velmi snadné“.

Q5: ... jak těžké je pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (Například z internetu časopisů a novin) Můžeme vidět, že 15 respondentů, nedokázalo zhodnotit, jak těžké je pro ně pochopit informaci, jak být zdravější z médií. V tomto případě je naším předpokladem, že respondenti, kteří danou otázku nedokázali zhodnotit se tištěným médiím a internetu vyhýbají. Nejčastěji respondenti volili možnost, že je to pro ně „docela snadné“, tuto možnost zvolilo celkem 145 dotázaných. Opět platí, že pro 50 % respondentů je to buď „docela snadné“ nebo „velmi snadné“.

Q6: ... jak těžké je porozumět informacím o tom, jak si udržet duševní zdraví? Celkem 14 dotázaných nedokázalo zhodnotit, jak těžké pro ně je porozumět informacím o tom, jak si udržet duševní zdraví. Celkem 148 respondentů uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ a opět se jedná o nejčastější odpověď. Znovu platí, že pro 50 % respondentů je to „docela snadné“ nebo „velmi snadné“.

Q7: ... jak těžké je posoudit, co z Vašeho každodenního jednání je spojeno s Vaším zdravím? (Například: pitný režim, stravovací návyky, cvičení) Odpověď na otázku číslo 7 nedokázalo zhodnotit 11 dotázaných. Přesně 150 respondentů uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“. Medián = 2.

Q8: ... jak těžké je udělat rozhodnutí zlepšit Vaše zdraví? Pouze jeden člověk, nedokázal zhodnotit, jak těžké je pro něj udělat rozhodnutí zlepšit jeho zdraví. Nejčastěji volili respondenti možnost, že je to pro ně „docela těžké“, tuto možnost zvolilo 118 respondentů. Medián = 3, tzn., že zde platí totéž, co u otázky Q4.

Q9: ... jak těžké je vstoupit do sportovního klubu, nebo se zapojit do skupinového cvičení, pokud byste chtěl(a)? Celkem 13 respondentů nedokázalo zhodnotit, jak těžké je pro ně zapojit se do sportovního klubu, nebo do skupinového cvičení. V tomto případě, můžeme vycházet z předpokladu, že v místě bydliště respondenta neexistují, nebo existují pouze v malém množství nabídky těchto aktivit. Nejčastěji respondenti udávali, že je to pro ně „docela snadné“, tuto možnost zvolilo celkem 114 respondentů. Medián = 2.

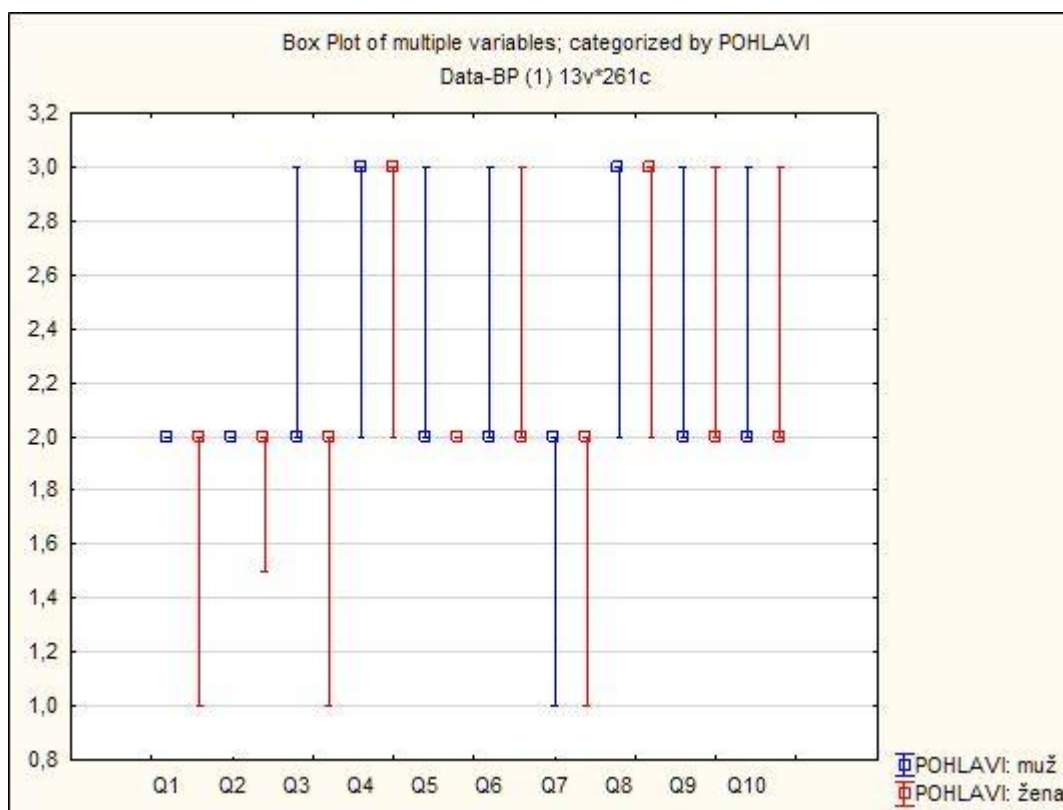
Q10: ... jak těžké je ovlivnit Vaše životní podmínky, které mají vliv na Vaše zdraví a Vaši pohodu? (Například pitný režim, stravovací návyky, cvičení) U otázky číslo 10 nedokázalo 5 respondentů zhodnotit, jak těžké je pro ně ovlivnit životní podmínky, které mají vliv na jejich zdraví a pohodu. Největší množství respondentů opět uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“, konkrétně jich tuto možnost zvolilo 148. Medián= 2.

5.7.1 Prediktor pohlaví

Tabulka č. 2: Tabulka četností: pohlaví

Kategorie	Tabulka četností: pohlaví			
	Četnost	Kumulativní četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Muž	42	42	16	16
Žena	219	261	84	100

Na základě tabulky č. 2 vidíme, že z 261 respondentů bylo 42 mužů (16 %) a 219 žen (84 %). Z čehož můžeme odvodit, že častější posluchači univerzity třetího věku jsou ženy.



Graf č. 1: Krabicový graf Q1-Q10, kategorizovaný dle pohlaví

Následující část analýzy odkazuje na Graf č. 1.

Na základě grafu č. 1 vidíme, že mediány vyšly stejně jako v tabulce č. 1 a nemění se nijak v závislosti na tom, zda jde o muže nebo o ženy. Nicméně se mění horní a dolní kvantily u některých otázek, které si dále rozebereme.

Otázka Q1: U mužů můžeme vidět, že je horní a dolní kvantil totožný. Zatímco u žen nikoliv. 75 % žen uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo velmi snadné“ a 25 % žen uvedlo, že je to pro ně „velmi snadné“. U mužů horní i dolní kvantil odpovídá možnosti „docela snadné“. Korelace Q1 + pohlaví - Cramerovo $V = 0,17$, $p = 0,06$. Závislost je zde slabá a statisticky nevýznamná.

Otázka Q2: Můžeme vidět, že 75 % žen uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. U 25 % žen můžeme pozorovat, že nelze přesně určit jejich odpověď, na což poukazuje dolní kvantil, který nabývá hodnoty 1,5. Je tedy patrné, že odpověď „docela snadné“, či „velmi snadné“ není v tomto případě dominantní, ale pouze kvazi-dominantní. U mužů opět horní i dolní kvantil odpovídá možnosti „docela snadné“. Korelace Q2 + pohlaví - Cramerovo $V = 0,11$, $p = 0,35$. I zde je závislost slabá a statisticky nevýznamná.

Otázka Q3: Můžeme vidět, že 75 % žen, uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ a „velmi snadné“. Dále 25 % žen uvedlo, že je to pro ně „velmi snadné“. Nicméně 75 % mužů uvedlo, že je to pro ně „docela těžké“ až „velmi snadné“ a 25 % mužů uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Korelace Q3 + pohlaví - Cramerovo $V = 0,18$, $p = 0,05$. Můžeme říct, že závislost je slabá, ale statisticky významná.

Otázka Q4: U otázky číslo 4 se nemění horní ani dolní kvantil v závislosti na tom, zda se jedná o muže nebo ženy. Korelace Q4 + pohlaví - Cramerovo $V = 0,11$, $p = 0,4$. Závislost je tedy slabá a statisticky nevýznamná.

Otázka Q5: Na otázku číslo 5 odpovědělo 75 % mužů, že je to pro ně „docela těžké“, „docela snadné“ a „velmi snadné“. Dále 25 % mužů uvedlo,

že je to pro ně „docela snadné“ a „velmi snadné“. U této otázky se horní a dolní kvantil u žen neliší a odpovídá hodnotě „docela snadné“. Korelace Q5 + pohlaví - Cramerovo V= 0,26, p= 0,001. Závislost je tedy slabá, ale statisticky významná.

Otázka Q6, Q7, Q8, Q9, Q10: U těchto otázek se kvantily u mužů a u žen neliší.

Korelace Q6 + pohlaví - Cramerovo V= 0,23, p= 0,005.

Korelace Q7 + pohlaví – Cramerovo V= 0,11, p= 0,37.

Korelace Q8 + pohlaví – Cramerovo V= 0,11, p= 0,35.

Korelace Q9 + pohlaví – Cramerovo V= 0,12, p= 0,32.

Korelace Q10 + pohlaví - Cramerovo V= 0,16, p= 0,08.

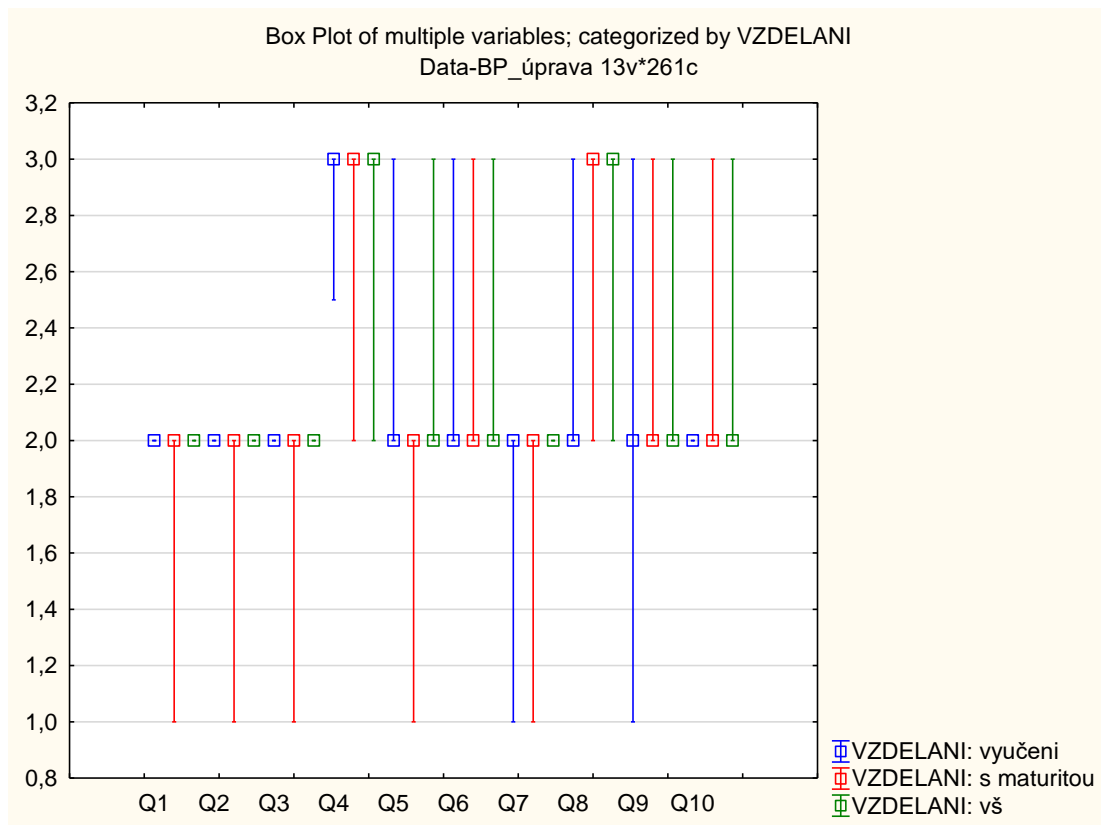
U otázky Q6 můžeme říci, že závislost je slabá, ale statisticky významná. Zatímco u otázek Q7-Q10 je závislost slabá a statisticky nevýznamná.

5.7.2 Prediktor nejvyššího dosaženého vzdělání

Tabulka č. 3: Tabulka četností: nejvyšší dosažené vzdělání

Kategorie	Tabulka četností: nejvyšší dosažené vzdělání			
	Četnost	Kumulativní četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Vyučení	16	16	6	6
S maturitou	174	190	67	73
VŠ	71	261	27	100

Z tabulky č. 3 je patrné, že největší počet respondentů, a tedy 174 (67 %) dosáhlo nejvyššího vzdělání složením maturitní zkoušky. Pouze 16 respondentů (6 %) dosáhlo výučního listu a 71 respondentů (27 %) má vysokoškolský diplom.



Graf č. 2: Krabicový graf Q1-Q10, kategorizovaný dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Následující analýza odkazuje na Graf č. 2.

Jak můžeme vidět u grafu číslo 2, ani zde se mediány nemění a jsou stejné, jako jsme uvedli v Tabulce 1. S jedinou výjimkou u respondentů, kteří mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s výučním listem. Tito respondenti vybrali u otázky Q4 možnost „docela snadné“ nebo „velmi snadné“.

Otázka Q1: U respondentů, kteří uvedli u otázky číslo 1 nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, můžeme vidět, že 75 % dotázaných odpovědělo možnostmi „docela snadné“ a „velmi snadné“ a 25 % dotázaných zvolilo možnost „velmi snadné“. U respondentů s výučním listem a vysokoškolským vzděláním odpovídá horní i dolní kvantil možnosti „spíše snadné“ a „docela snadné“. Spearmanův korelační koeficient = 0,03, $p = 0,68$. Korelace je velmi malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q2: U respondentů, kteří uvedli u otázky číslo 2 nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, můžeme vidět, že 75 % dotázaných odpovědělo možnostmi „docela snadné“ a „velmi snadné“ a 25 % dotázaných zvolilo možnost „velmi snadné“. U respondentů s výučním listem a vysokoškolským vzděláním odpovídá horní i dolní kvantil možnosti „spíše snadné“ a „docela snadné“. Spearmanův korelační koeficient = 0,1, $p = 0,12$. Závislost je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q3: U respondentů, kteří uvedli u otázky číslo 3 nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, můžeme vidět, že 75 % dotázaných odpovědělo možnostmi „docela snadné“ a „velmi snadné“ a 25 % dotázaných zvolilo možnost „velmi snadné“. U respondentů s výučním listem a vysokoškolským vzděláním odpovídá horní i dolní kvantil možnosti „spíše snadné“ a „docela snadné“. Spearmanův korelační koeficient = 0,05, $p = 0,5$. Závislost je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q4: 75 % respondentů z kategorií s VŠ a maturitou zvolilo odpověď na škále od „docela těžké“ k „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů zvolilo možnost „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Dále 75 % respondentů v kategorii s výučním listem zvolili odpovědi na škále od „docela těžké“ k „velmi snadné“ a u 25 % těchto respondentů můžeme opět sledovat, že není možné určit dominantní odpověď. Je patrné, že odpověď respondentů balancuje na hraně „docela těžké“, „docela snadné“ až „velmi snadné“. Spearmanův korelační koeficient = 0,05 na hladině významnosti 0,46. Závislost je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q5: Můžeme vidět, že 75 % respondentů v kategoriích s výučním listem a vysokoškolským vzděláním zvolili možnosti od „docela těžké“ po „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů zvolilo možnost „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Zatímco 75 % respondentů v kategorii s maturitní zkouškou zvolilo možnost „docela snadné“ nebo „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů uvedlo, že je to pro ně „velmi

snadné. Spearmanův korelační koeficient = 0,1, $p = 0,13$. Závislost je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q6: Horní i dolní kvantil je pro otázku Q6 v závislosti na dosaženém vzdělání stejný. Spearmanův korelační koeficient = 0,05, $p = 0,44$. Závislost je velmi malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q7: 75 % respondentů v kategorii s výučním listem a maturitní zkouškou zvolilo odpověď „docela snadné“ nebo „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů uvedlo, že je to pro ně „velmi snadné“. U kategorie vysokoškolsky vzdělaných se kvantily neliší. Spearmanův korelační koeficient = 0,1, $p = 0,1$. Závislost je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q8: Horní i dolní kvantil je pro otázku Q8 v závislosti na dosaženém vzdělání stejný. Spearmanův korelační koeficient = 0,06, $p = 0,31$. Závislost je velmi malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q9: Na otázku číslo 9 odpovědělo 75 % respondentů v kategorii s výučním listem na škále od „docela těžké“ po „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů zvolilo možnost „velmi snadné“. 75 % respondentů z kategorií s VŠ a maturitou zvolilo odpověď na škále od „docela těžké“ k „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů zvolilo možnost „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Spearmanův korelační koeficient = 0,12, $p = 0,06$. Závislost je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

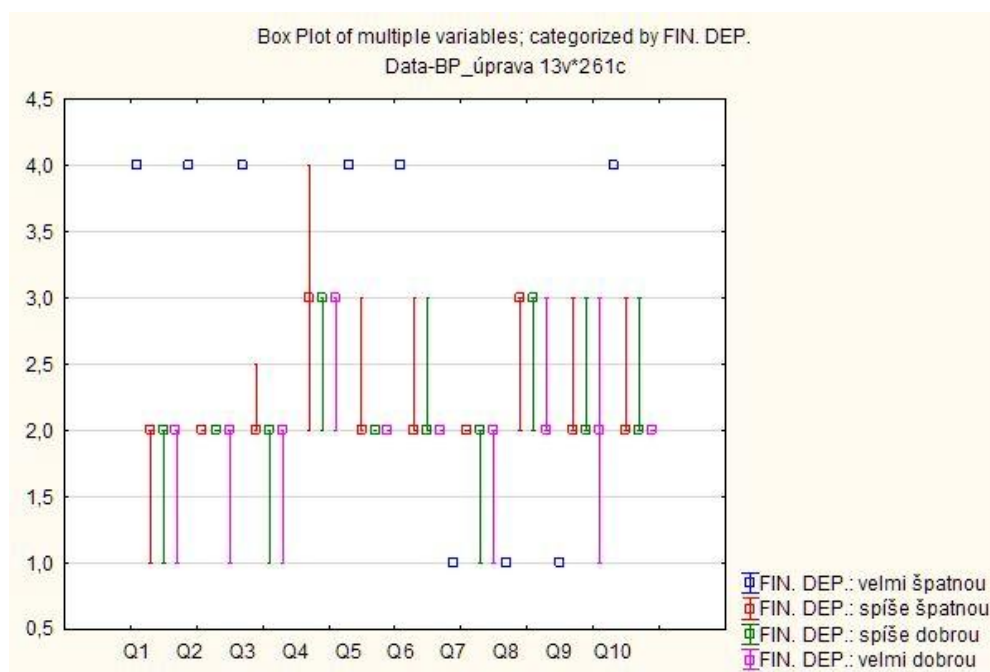
Otázka Q10: 75 % respondentů z kategorií s VŠ a maturitou zvolilo odpověď na škále od „docela těžké“ k „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů zvolilo možnost „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. V kategorii vyučených respondentů se kvantily neliší. Spearmanův korelační koeficient = 0,18, $p = 0,05$. Zde je korelace stále malá, ale přesto nejvyšší ze všech výše uvedených a výsledky jsou statisticky významné.

5.7.3 Prediktor finanční deprivace

Tabulka č. 4: Tabulka četností: finanční deprivace

Kategorie	Tabulka četností: finanční deprivace			
	Četnost	Kumulativní četnost	Procenta	Kumulativní procenta
Velmi špatnou	1	1	0,4	0,4
Spíše špatnou	28	29	10,7	11,1
Spíše dobrou	187	216	71,6	82,8
Velmi dobrou	45	261	17,2	100,0

Z tabulky číslo 4 je patrné, že pouze jeden člověk označil finanční situaci jeho domácnosti za „velmi špatnou“. Dále 28 respondentů (11 %) ji označilo za „spíše špatnou“, 187 respondentů (72 %) za „spíše dobrou“ a 45 respondentů (17 %) za „velmi dobrou“.



Graf č. 3: Krabicový graf Q1-Q10, kategorizovaný dle finanční deprivace

Následující část analýzy odkazuje na graf č. 3.

Jak jsme uvedli v tabulce číslo 3, tak finanční situaci své domácnosti označil za „velmi špatnou“ pouze jeden respondent. Jak můžeme dále vidět u grafu číslo 3, tak respondent odpověděl na otázky Q1-Q3 možnostmi „velmi těžké“. Otázku Q4 „nedokázal zhodnotit“. Dále odpověděl na otázky Q5-Q6 opět možnostmi „velmi těžké“ a na otázky Q7-Q9 možnostmi „velmi snadné“. Na poslední otázku opět vybral odpověď „velmi těžké“. V následujících analýzách se již tímto respondentem nebudeme zabývat.

Jak můžeme dále vidět v grafu číslo 3, opět se mediány, které jsme uvedli v tabulce číslo jedna, neliší, až na jednu výjimku. Tuto výjimku můžeme vidět u otázky Q8, kde respondenti s „velmi dobrou“ finanční situací jejich domácnosti zvolili odpověď „docela snadné“.

Otázka Q1: Horní a dolní kvantil se pro otázku Q1 nemění v závislosti na finanční deprivaci. Spearmanův korelační koeficient = -0,09, $p = 0,11$. Korelace je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q2: 75 % respondentů s „velmi dobrou“ finanční situací jejich domácnosti odpovědělo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů uvedlo, že je to pro ně „velmi snadné“. U respondentů se „spíše dobrou“ a „spíše špatnou“ finanční situací se dolní a horní kvantily neliší. Spearmanův korelační koeficient = -0,07, $p = 0,28$. Korelace je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q3: Na třetí otázku odpovědělo 75 % respondentů se „spíše špatnou“ finanční situací opět na rozmezí. Horní kvantil odpovídá bilancování mezi možnostmi „docela těžké“ a „docela snadné“. 25 % těchto respondentů uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Následně 75 % respondentů se „spíše dobrou“ a „velmi dobrou“ finanční situací uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů uvedlo, že je to pro ně „velmi snadné“. Spearmanův korelační koeficient = -0,11, $p = 0,08$. Korelace je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q4: V rámci otázky číslo 4, odpovídalo 75 % respondentů se „spíše špatnou“ finanční situací v rozmezí celé čtyřbodové škály a 25 % těchto respondentů uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. U kategorií se „spíše dobrou“ a „velmi dobrou“ finanční situací odpovídalo 75% respondentů, že je to pro ně „docela těžké“ až „velmi snadné“ a 25 % respondentů, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Spearmanův korelační koeficient = -0,04, $p = 0,48$. Korelace je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q5: 75 % respondentů se „spíše špatnou“ finanční situací označilo možnost, že je to pro ně „docela těžké“ až „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. U kategorií s „velmi dobrou“ a „spíše dobrou“ finanční situací se kvantily neliší. Spearmanův korelační koeficient = -0,05, $p = 0,45$. Korelace je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q6: U kategorií se „spíše špatnou“ a „spíše dobrou“ finanční situací odpovědělo 75 % dotázaných, že je to pro ně „docela těžké“ až „velmi snadné“ a 25 % dotázaných uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. U respondentů s „velmi dobrou“ finanční situací se kvantily nijak neliší. Spearmanův korelační koeficient = -0,11, $p = 0,07$. Korelace je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q7: Na otázku číslo 7, odpovědělo 75 % dotázaných v kategorii s „velmi dobrou“ a „spíše dobrou“ finanční situací, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“ a 25 % těchto dotázaných uvedlo, že je to pro ně „velmi snadné“. U kategorie se „spíše špatnou“ finanční situací se kvantily nijak neliší. Spearmanův korelační koeficient = -0,14, $p = 0,03$. Korelace je malá, nicméně výsledky jsou statisticky významné.

Otázka Q8: Horní a dolní kvantil se pro otázku Q8 nemění v závislosti na finanční deprivaci. Spearmanův korelační koeficient = -0,11, $p = 0,07$. Korelace je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q9: Na otázku číslo 9 odpovědělo 75 % respondentů se „spíše dobrou“ a „spíše špatnou“ finanční situací na škále od „docela těžké“ až po „velmi snadné“ a 25 % těchto dotázaných uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. Následně 75 % respondentů s „velmi dobrou“ finanční situací zvolilo možnosti od „docela těžké“ až po „velmi snadné“ a 25 % těchto respondentů uvedlo, že je to pro ně „velmi snadné“. Spearmanův korelační koeficient = -0,09, $p = 0,18$. Korelace je malá a výsledky nejsou statisticky významné.

Otázka Q10: Na otázku číslo 10 odpovědělo 75 % respondentů se „spíše dobrou“ a „spíše špatnou“ finanční situací na škále od „docela těžké“ až po „velmi snadné“ a 25 % těchto dotázaných uvedlo, že je to pro ně „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. U respondentů s „velmi dobrou“ finanční situací se kvantily nijak neliší. Spearmanův korelační koeficient = -0,19, $p = 0,003$. Můžeme říct, že korelace je malá a výsledky jsou statisticky významné.

5.8 Diskuze

Hypotéza č. 1 zněla: Pro posluchače univerzity třetího věku bude nejčastější odpovědí na otázky vztahující se k jejich životnímu stylu možnost „docela těžké“ nebo „velmi těžké“. Jak jsme uvedli v tabulce č. 1, na 8 otázek týkající se životního stylu uváděli nejčastěji respondenti odpověď, že je to pro ně „docela snadné“. Jedinou výjimku tvořily otázky Q4 a Q8, u těchto otázek, byla nejčastější odpovědí možnost, že je to pro ně „docela těžké“. Hypotéza se tudíž potvrdila pouze částečně, a to u dvou otázek. Jak jsme uvedli v teoretické části, vycházeli jsme z tvrzení, že se populace seniorů vykazuje nízkou zdravotní gramotností. Na základě tohoto tvrzení byla vytvořena tato hypotéza, která se potvrdila pouze u 2 z 10 otázek. Můžeme tento fakt připisovat tomu, že posluchači univerzity třetího věku jsou

specifickou skupinou, která se vyznačuje aktivním přístupem ke vzdělání, čímž zvyšuje svou funkční a tedy i zdravotní gramotnost.

Hypotéza č. 2 zněla: Odpovědi na otázky vztahující se k životnímu stylu se budou lišit u mužů a u žen. Závislost odpovědí na otázky Q1-Q10 v souvislosti s pohlavím vyšly všechny slabé a pouze u otázek Q3, Q5 a Q6 statisticky významné.

Hypotéza č. 3 zněla: S vyšší úrovní vzdělání, stoupá také úroveň zdravotní gramotnosti. V případě závislosti vzdělání na úrovni zdravotní gramotnosti se závislost u otázek Q1-Q9 ukázala jako velmi malá a statisticky nevýznamná. Pouze u otázky Q10 byla korelace nejsilnější, přesto pořád malá, ale statisticky významná. I v případě, že by tato závislost existovala silná, nepotvrdila by výzkumnou hypotézu.

Hypotéza č. 4 zněla: Zdravotní gramotnost se snižuje se zvyšující se finanční deprivací. Závislost je u všech otázek Q1-Q10 v souvislosti s finanční deprivací velmi malá a pouze u otázky Q7 a Q10 je statisticky významná. Tudíž ani tato výzkumná hypotéza se nepotvrdila.

Hypotézy č. 2-4 se vztahovaly k výše uvedeným prediktorům stanovených panem Kučerou. Můžeme říci, že všechny tři hypotézy stanovené na základě výsledků jeho šetření se tedy nepotvrdily. Odpovědi respondentů nebyly nijak ovlivněny jejich pohlavím, finanční deprivací ani nejvyšším dosaženým vzděláním. Nabízí se otázka, proč tomu tak je? Je zřejmé, že by bylo vhodné tyto výsledky ošetřit dalším výzkumem.

Ačkoli nebyla žádná z výše uvedených hypotéz zcela potvrzena, jak jsme uvedli výše, byly stanoveny na základě informací z literatury a výsledků reprezentativního šetření v České republice.

Závěr

Tato bakalářská diplomová práce měla za cíl analyzovat úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví, konkrétně v její doméně životního stylu u posluchačů Univerzity třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Aby mohlo k analýze úrovně zdravotní gramotnosti dojít, bylo třeba nejdříve v teoretické části vymezit pojem zdravotní gramotnost a zasadit ho do kontextu funkční gramotnosti, aby bylo zřejmé, proč je tato práce důležitá v rámci andragogiky, respektive gerontagogiky. Pro širší objasnění pojmu zdravotní gramotnost bylo nezbytné jeho vymezení v literatuře, vztáhnout jej k populaci seniorů a dále popsat související modely a měřicí techniky.

Nedílnou součástí teoretické části bylo také popsání konkrétní domény zdravotní gramotnosti, životního stylu.

V rámci kvantitativního výzkumu bylo zanalyzováno, že u 8 z 10 otázek, týkající se domény životního stylu odpovídalo 50 % respondentů, že je pro ně nalezení, pochopení a posouzení informací, které se týkají životního stylu či rozhodnutí, které by mělo tento životní styl ovlivnit „docela snadné“ nebo „velmi snadné“. U stejných 8 otázek odpověď „docela snadné“ byla také nejčastější. Pouze u dvou otázek, které se týkaly pochopení informací na obalech potravin a zhodnocení, jak těžké je udělat rozhodnutí pro zlepšení svého zdraví, odpovídalo 50% respondentů, že je to pro ně „docela těžké“ až „velmi snadné“. Nejčastější odpovědi u těchto dvou otázek, byla odpověď, že je to pro ně „docela těžké“. Ze 4 hypotéz byla pouze první částečně potvrzena a zbylé tři, které se týkaly prediktorů zdravotní gramotnosti, byly vyvráceny. Můžeme předpokládat, že posluchači univerzity třetího věku jsou poměrně specifickou populací, která se aktivním vzděláváním neustále snaží zvyšovat svou funkční gramotnost, a tedy i gramotnost zdravotní. Tudíž se u nich nepotvrdila první hypotéza. Jelikož tři další hypotézy byly

stanoveny na základě prediktorů, které se prokázaly ve výzkumném šetření v České republice a nikoli v našem výzkumu, bylo by vhodné výsledky ošetřit dalším výzkumem.

Na závěr můžeme uvést, že byla zanalyzována úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví, konkrétně v její doméně životního stylu u posluchačů Univerzity třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci. Cíl práce byl tedy naplněn.

Použitá literatura:

1. Adamec, P., & Kryštof, D. (2011). Univerzity třetího věku na vysokých školách. Brno: Masarykova univerzita.
2. Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878–883. Citováno dne: 8. prosince. 2017. Dostupné z: <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>.
3. CCHS. Center of Health Care Strategies, Inc. (2013). Health Literacy Fact Sheets. Citováno dne: 20. listopadu. 2017. Dostupné z: https://www.chcs.org/media/CHCS_Health_Literacy_Fact_Sheets_2013_1.pdf.
4. Collins, S., Currie L. M., Bakken, S., Vawdrey, D. K., & Stone, P. W. (2012). Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. *J Biomed Inform*, 45(3), 598–607. Citováno dne: 8. prosince. 2017. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2012.04.001>.
5. Čeledová, L., & Čevela, R. (2010). *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
6. Čevela, R., & Čeledová, L. (2014). *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada.
7. Čornaničová, R. (1998). *Edukácia seniorov: vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Univerzita Komenského.
8. ČSÚ. (2017). *Statistická ročenka České republiky 2017*. Citováno dne: 1. března. 2018. Praha: Český statistický úřad. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/67309422/32019817.pdf/1917ff5f-f7bf-4aa3-be8e-de2835bd40e6?version=1.5>.

9. ČSÚ. (2017). Senioři. Citováno dne: 20. prosince. 2017. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>.
10. Fořt, P. (2007). Tak co mám jíst?. Praha: Grada.
11. Haškovcová, H. (2010). Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team.
12. Haškovcová, H. (2012). Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. Praha: Galén.
13. Hawkins, M., Gill, S. D., Batterham, R., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2017). The Health Literacy Questionnaire (HLQ) at the patient-clinician interface: a qualitative study of what patients and clinicians mean by their HLQ scores. *BMC Health Services Research*, (17)17, 309. Citováno dne: 4. března. 2018. Dostupné z: <http://doi.org/10.1186/s12913-017-2254-8>.
14. Holčík, J. (2009). Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví. Brno: MSD.
15. Holčík, J. (2010). Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví. Brno: Masarykova univerzita.
16. Holčík, J. (2015). Role zdravotní gramotnosti v péči o zdraví. Citováno dne: 2. března. 2018. Dostupné z: http://www.cls.cz/dokumenty/sem_role_zdravotni_gramotnosti.pdf.
17. Janovská, K., Jakubalová, S., Křístek, N., Mikšová, Z., & Nováková, Š. (2016). Zdravotní gramotnost dětí, mladých dospělých, dospělých, seniorů. Praha: Národní síť podpory zdraví.
18. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R., Zavázalová, H., & Sucharda, P. (2004). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing.
19. Kebza, V. (2005). Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia.

20. Kickbusch, I., Jürgen, M., Pelikan, F., Apfel A., & Tsouros D. (2013). Health literacy: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Citováno dne: 15. ledna. 2018. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
21. Klevelandová, D. (2017). Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing.
22. Kučera, Z., & Havelková J. (2005). Podpora zdraví, vývoj teoretických základů. *Zdravotnictví v České republice*. 8(2), 89-91. Citováno dne: 8. března. 2018. Dostupné z: <http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-2-2005.pdf>.
23. Kučera, Z. (2015). Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření. Citováno dne: 12. března. 2018. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf.
24. Kučera, Z. (2017). In 1. Národní konference o zdravotní gramotnosti (situační dokument). Citováno dne: 15. února. 2018. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf.
25. Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., and Paulsen, C. (2006). The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. Citováno dne: 8. prosince. 2017. Dostupné z: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.
26. Mareš, J., Průcha, J., & Walterová, E. (2001). Pedagogický slovník. Praha: Portál.
27. Marková, M. (2012). Determinanty zdraví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

28. Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
29. Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál.
30. Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. Citováno dne: 15. prosince. 2017. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
31. Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*, 54(5), 303-305. Citováno dne: 12. února. 2018. Dostupné z: <http://doi:10.1007/s00038-009-0050-x>.
32. Osborne, H. (c2013). *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message*. Burlington, Mass.: Jones & Bartlett Learning.
33. Rabušicová, M. (2002). *Gramotnost: staré téma v novém pohledu*. Brno: Masarykova univerzita.
34. Ratzan, S. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2), 207-214. Citováno dne: 15. prosince. 2017. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/heapro/16.2.207>.
35. Sørensen a kol. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 12(80), 1-13. Citováno dne: 15. února. 2017. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
36. Sýkorová D., & Špatenková N. (2016). Finanční (ne)gramotnost ve stáří: výzva pro edukaci seniorů. In L. Tomczyk, C. Határ, &

- Špatenková N., Edukace a gramotnost seniorů (s. 33-50). Krakow: Uniwersytet pedagogicky w Krakowie.
37. Šerák, M. (2009). Zájmové vzdělávání dospělých. Praha: Portál.
38. Šimek, J. (1995). Čísla o lidském těle a jak jim rozumět. Praha: Victoria Publishing.
39. Špatenková, N., & Smékalová, L. (2015). Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika. Praha: Grada.
40. Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2(2), 53-55. Citováno dne: 15. prosince. 2017. Dostupné z: <http://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>.
41. Univerzita třetího věku na Univerzitě Palackého v Olomouci. (2018). Specializované běhy U3V. Citováno dne: 8. března. 2018. Dostupné z: <https://u3v.upol.cz/info-870/>.
42. Vacek, J. (c2014). Identifikace a řešení rizik spojených s hraním hazardních her: příručka pro obce a jejich zastupitele. Praha: Úřad vlády České republiky.
43. Veteška, J. (2016). Přehled andragogiky: úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých. Praha: Portál.
44. Veteška, J. (2017). Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů. Praha: Česká andragogická společnost.
45. Weil, A. (2007). Zdravé stárnutí: celoživotní průvodce pro vaši tělesnou a duševní pohodu. Hodkovičky [Praha]: Pragma.
46. Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... Hale, F. A. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3 (6), 514-522. Dostupné z: <http://doi.org/10.1370/afm.405>.

47. WHO. (1998). Health Promotion Glossary. Citováno: 26. listopadu. 2017. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201920.pdf>.
48. WHO. (2018). About WHO. Citováno: 15. února. 2018. Dostupné z: <http://www.who.int/about/mission/en/>.
49. Vybíhalová, L., (2010). Pitný režim ve stáří. *Sestra*. 20(6), 73.
50. Williams, R., West, B. L., & Simpson, R. I. (c2014). Prevence problémového hráčství: komplexní přehled důkazů a zjištěné dobré praxe. Praha: Úřad vlády České republiky.
51. Zdraví 2020: osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. (c2014). Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem.

Seznam obrázků, grafů a schémat

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Význam zdravotní gramotnosti (Holčík, 2015, s. 44) 11

Seznam grafů

Graf č. 1: Krabicový graf Q1-Q10, kategorizovaný dle pohlaví..... 42

Graf č. 2: Krabicový graf Q1-Q10, kategorizovaný dle nejvyššího dosaženého vzdělání..... 45

Graf č. 3: Krabicový graf Q1-Q10, kategorizovaný dle finanční deprivace 48

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Tabulka popisných statistik otázek Q1-Q10.....	39
Tabulka č. 2: Tabulka četností: pohlaví	42
Tabulka č. 3: Tabulka četností: nejvyšší dosažené vzdělání.....	44
Tabulka č. 4: Tabulka četností: finanční deprivace	48

Seznam zkratek

REALM	Rapide Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
HALS	Health Activities Literacy Scale
NAAL	National Assessment of Adult Literacy
NVS	Newest Vital Sign
HLQ	Health literacy questionnaire

Seznam příloh

Příloha č.1: Dotazník	65
-----------------------------	----

Příloha č. 1

Dotazník

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociologie-Andragogika na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je zaměřen na zjištění úrovně zdravotní gramotnosti u posluchačů na Univerzitě třetího věku v oblasti Podpory zdraví, konkrétně v jedné z jejich domén, a to v Životním stylu.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pro zpracování praktické části mé bakalářské diplomové práce na téma „Zdravotní gramotnost seniorů“.

U následujících otázek zakroužkujte na pětibodové škále vždy pouze jednu vhodnou odpověď.

1. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoťte, jak těžké je nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa?

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

2. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoťte, jak těžké je nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro Vaši duševní pohodu? (*Například: cvičení, procházky, apod.*)

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

3. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

4. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je pochopit informaci na obalech potravin?

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

5. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (Například z internetu, časopisů a novin)

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

6. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je porozumět informacím o tom, jak si udržet duševní zdraví?

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

7. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je posoudit, co z Vašeho každodenního jednání je spojeno s Vaším zdravím? (Například: pitný režim, stravovací návyky, cvičení)

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

8. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je udělat rozhodnutí zlepšit Vaše zdraví?

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

9. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je vstoupit do sportovního klubu nebo se zapojit do skupinového cvičení, pokud byste chtěl(a)?

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

10. Na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“ zhodnoňte, jak těžké je ovlivnit Vaše životní podmínky, které mají vliv na Vaše zdraví a Vaši pohodu? (Například: pitný režim, stravovací návyky, cvičení)

Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nedokážu zhodnotit
--------------	---------------	--------------	-------------	--------------------

Na závěr Vás poprosím o vyplnění základních údajů.

Vhodnou odpověď prosím zakroužkujte.

11. Jaké je Vaše pohlaví?

Muž	Žena
-----	------

12. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Střední vzdělání s výučním listem	Střední vzdělání s maturitní zkouškou	Vysokoškolské vzdělání
-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------

13.Finanční situaci Vaší domácnosti považujete za:

Velmi špatnou	Spíše špatnou	Spíše dobrou	Velmi dobrou
---------------	---------------	--------------	--------------

Velice Vám děkuji za čas, který jste strávili u vyplňování tohoto dotazníku.