

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra antropologie a zdravotní výchovy

Diplomová práce

Bc. Magdalena Šméralová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Zdravotní gramotnost seniorů

Olomouc 2020

vedoucí práce: doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila uvedenou literaturu a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 28.6. 2020

Bc. Magdalena Šméralová

Děkuji doc. Mgr. Michaela Hřivnová, Ph.D. za vedení práce, poskytnutý čas, informace a rady při psaní práce. Dále děkuji všem, kteří mi pomohli při distribuci dotazníků a všem respondentům za jejich čas a ochotu při vyplňování.

OBSAH

ÚVOD	6
1 CÍLE PRÁCE	6
2 VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY	8
3 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE	9
4 TEORETICKÉ POZNATKY	13
4.1 Zdraví	13
4.2 Podpora zdraví.....	14
4.3 Vztah ke zdraví.....	14
4.4 Programy podporující zdraví.....	15
4.4.1 Zdraví 21	15
4.4.2 Zdraví 2020	15
4.4.3 Zdraví 2030	16
4.5 Výchova ke zdraví.....	17
4.6 Stáří	18
4.7 Prevence nemocí	19
4.7.1 Geriatrická prevence	20
4.7.2 Zdravé stárnutí	22
4.8 Zdravotní gramotnost	22
4.8.1 Modely zdravotní gramotnosti	25
4.8.2 Rozvoj zdravotní gramotnosti.....	26
4.8.3 Nástroje k měření zdravotní gramotnosti.....	29
4.8.4 Zdravotní gramotnost a eHealth.....	30
4.8.5 Výzkum zdravotní gramotnosti.....	31
4.9 Zdravotní gramotnost seniorů	32

4.9.1	Rozvoj zdravotní gramotnosti u seniorů	33
5	METODIKA PRÁCE.....	38
5.1	Charakteristika zkoumaného souboru	38
5.2	Organizace výzkumu.....	38
5.3	Charakteristika výzkumného nástroje	38
5.4	Popis zpracování dat.....	39
6	VÝSLEDKY	40
6.1	Úroveň zdravotní gramotnosti u zkoumaného vzorku	62
6.2	Vyhodnocení hypotéz.....	76
	DISKUZE.....	79
	ZÁVĚR	83
	SOUHR	85
	SUMMARY	86
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	87
	SEZNAM ZKRATEK.....	95
	SEZNAM OBRÁZKŮ	96
	SEZNAM TABULEK.....	96
	SEZNAM GRAFŮ.....	98
	SEZNAM PŘÍLOH.....	98

ÚVOD

Zdravotní gramotnost (zkráceně „ZG“) je v této době aktuálním pojmem, se kterým se stále více pracuje. Důvodem mého zaměření na seniorskou populaci je její časté opomíjení v této oblasti. Se zdravotní gramotností by se mělo pracovat u každého jedince. Výzkumy dokazují, že se zdravotní gramotnost snižuje s věkem, tudíž by se zvyšování úrovně ZG mělo týkat i osob seniorského věku. Je zapotřebí, aby byli senioři vedeni k odpovědnosti za svoje zdraví. Zároveň je ale důležité, aby se podpora zdraví ve stáří stala důležitou součástí komunitní politiky a komunitní péče.

Zdravotní gramotnost se stává v poledních letech předmětem mnoha výzkumů. Probíhají snahy o posuzování nebo změření její úrovně, účinnosti metod k jejímu zvyšování a také posouzení důsledků její stávající úrovně u různých skupin obyvatelstva. Faktem také je, že nižší zdravotní gramotnost je výraznou ekonomickou ztrátou (Čevela et al., 2014). Nižší zdravotní gramotnost je bariérou k adekvátní zdravotní péči. Lidé s nižší zdravotní gramotností dokáží hůře porozumět svému zdravotnímu stavu a zdravotním doporučením. Dále je u nich horší péče o své zdraví a horší rozhodování týkající se různých aspektů zdraví (James, Boyle, Bennett a Bennett, 2012).

Česká republika na základě výzkumných šetření zaostává za průměrem evropských zemí v celkové zdravotní gramotnosti, ale také v jejich jednotlivých oblastech. Nejhorší je situace v oblasti podpory zdraví, kdy se prokazuje neschopnost získat informace týkající se chování podporujícího zdraví, jejich vyhodnocení, interpretace a chování se podle těchto informací. Zdravotní gramotnost klesá s věkem, s nižší úrovní vzdělání a s nižším sociálním statusem. Je proto nutná osvěta v rizikových skupinách obyvatelstva ČR (Kučera et al., 2016).

V první části budou předloženy teoretické poznatky týkající se zdraví, podpory zdraví, zdravotní gramotnosti, výzkumu v oblasti zdravotní gramotnosti a zdravotní gramotnosti zaměřené na seniorskou populaci. Druhá část obsahuje výsledky kvantitativního výzkumného šetření provedeného pomocí standardizovaného dotazníku. Hlavním cílem práce je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u vybrané skupiny seniorů nad 65 let na území Jihomoravského kraje.

1 CÍLE PRÁCE

Cílem diplomové práce je sumarizace aktuálních teoretických poznatků z oblasti problematiky zdraví, podpory zdraví a zejména zdravotní gramotnosti, která je zaměřena na skupinu seniorů, tedy osob, které jsou starší 65 let. Cílem výzkumného šetření je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti seniorské populace na území Jihomoravského kraje. Výzkumné šetření bylo provedeno s využitím výzkumného nástroje poskytnutého Státním zdravotním ústavem – standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q47, který byl mírně upraven.

Hlavní cíl

Hlavním cílem práce je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti u vybrané skupiny seniorů nad 65 let na území Jihomoravského kraje.

Dílčí cíle

Dílčí cíl 1: Sumarizovat aktuální dostupné poznatky týkající se zdraví a podpory zdraví.

Dílčí cíl 2: Sumarizovat aktuální dostupné poznatky týkající se problematiky zdravotní gramotnosti, a to zejména u seniorů v České republice.

Dílčí cíl 3: Zjistit úroveň zdravotní gramotnosti vybrané skupiny seniorů na území Jihomoravského kraje.

Dílčí cíl 4: Posoudit, které vybrané aspekty ovlivňují úroveň zdravotní gramotnosti u výzkumného vzorku seniorů.

2 VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY

Pro výzkumnou část diplomové práce byly stanoveny na základě hlavního cíle tyto nulové a alternativní hypotézy:

H1₀: Úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s nižším vzděláním na stejné úrovni jako u osob s vyšším vzděláním.

H1_A: Úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s nižším vzděláním na nižší úrovni než u osob s vyšším vzděláním.

H2₀: Úroveň zdravotní gramotnosti je u mužů na stejné úrovni jako u žen.

H2_A: Úroveň zdravotní gramotnosti u mužů na nižší úrovni než u žen.

H3₀: Úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s horším zdravotním stavem na stejné úrovni jako u osob s lepším zdravotním stavem.

H3₁: Úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s horším zdravotním stavem na nižší úrovni než u osob s lepším zdravotním stavem.

H4₀: Pro respondenty, kteří mají horší zdravotní stav není těžké udělat rozhodnutí zlepšit svoje zdraví.

H4_A: Pro respondenty, kteří mají horší zdravotní stav je těžké udělat rozhodnutí zlepšit svoje zdraví.

H5₀: Pro seniory, kteří trpí dlouhodobou nemocí, není více těžké najít informace o léčbě nemocí než pro seniory, kteří netrpí dlouhodobou nemocí.

H5₁: Pro seniory, kteří trpí dlouhodobou nemocí, je více těžké najít informace o léčbě nemocí než pro seniory, kteří netrpí dlouhodobou nemocí.

3 POPIS REŠERŠNÍ STRATEGIE

Pro tvorbu teoretické části diplomové práce byla využita široká rešerše a cílená rešerše – ta byla využita i při srovnávání získaných výsledků s již dostupnými výzkumy.

Metodika široké rešerše

Vyhledávání literárních zdrojů bylo provedeno na základě níže popsanych kroků, což je také znázorněno Postupovým diagramem (Obrázek 1).

Byla uplatněna tato primární hesla:

Zdravotní gramotnost, senior

Primární hesla byla rozšířena o příbuzné pojmy:

Senior => Senior OR stáří OR geriatrie

Vyhledávání bylo realizováno v: Google Scholar, Bibliographia Medica Čechoslovaca

Datum provedení rešerše: 3.12.2019

Pro rešerši byla využita tato omezení:

Google Scholar: beze slov: bakalářská, diplomová, dizertační, rigorózní, kvalifikační;

Publikační období: 2012 – 2019; kdekoli v článku; jazyk: česky

Bibliographia Medica Čechoslovaca: bez omezení

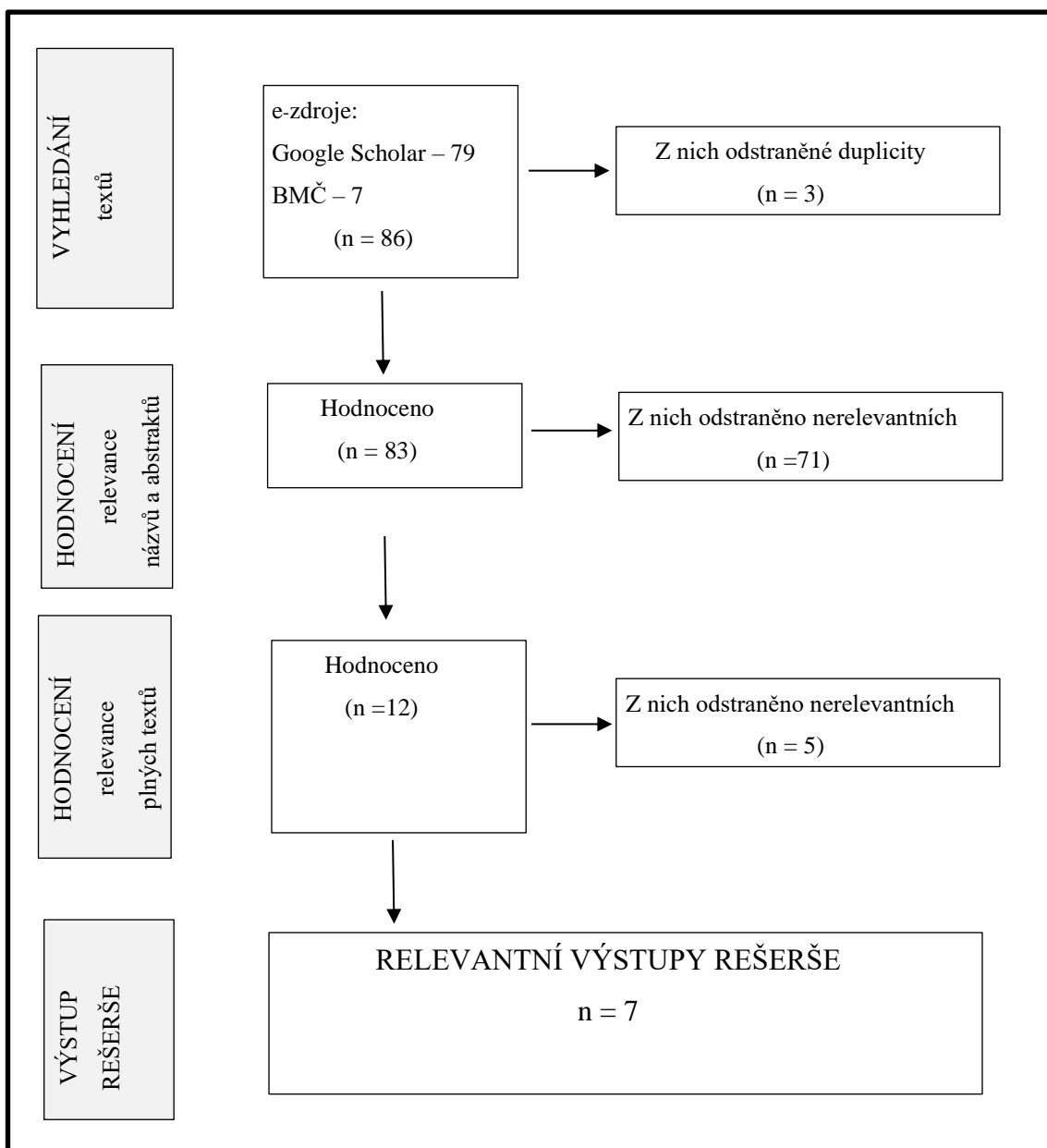
Popis výstupů rešerše ve 2 e-zdrojích šedé literatury:

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 86 literárních zdrojů.

Po vyhodnocení jejich relevance bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 7 textů.

Rešeršní postup je uveden Obrázkem 1.

Obrazek 1. Postupový diagram široké rešeršní strategie



Metodika cílené rešerše

Vyhledávání literárních zdrojů bylo provedeno na základě níže popsaných kroků, což je také znázorněno Postupovým diagramem (Obrázek 2.)

Byla uplatněna tato primární hesla:

Zdravotní gramotnost, podpora zdraví, prevence, senior

Primární hesla v angličtině:

Health literacy, senior, health promotion, prevention

Následující primární hesla byla rozšířena o příbuzné pojmy:

Senior => Senior OR stáří

Následující primární hesla v angličtině byla rozšířena o příbuzné pojmy:

Senior => Senior OR elderly OR older adult

Vyhledávání bylo realizováno v databázích: MEDLINE (rozhraní PubMed), Science Direct

Datum provedení rešerše: 22.12.2019

Pro rešerši byla využita tato omezení:

MEDLINE (rozhraní PubMed): Free full text, last 5 years

EBSCO: plný text, datum publikování: 2014 - 2019

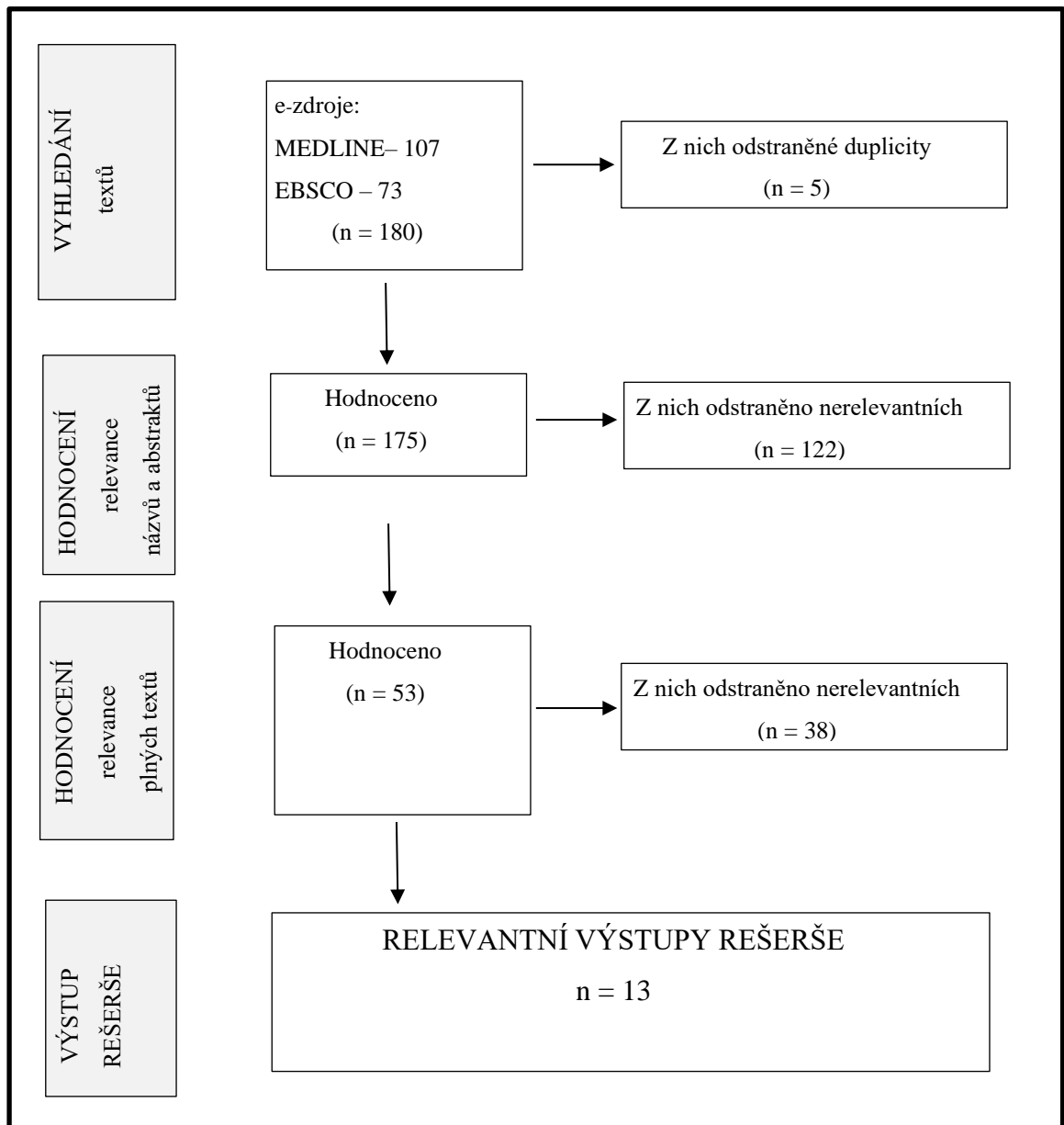
Popis výstupů rešerše ve 2 e-zdrojích:

Na podkladě uvedené rešeršní strategie bylo vyhledáno 180 literárních zdrojů.

Po vyhodnocení jejich relevance bylo mezi relevantní výstupy zařazeno 13 textů.

Rešeršní postup je uveden Obrázkem 2.

Obrázek 2. Postupový diagram cílené rešeršní strategie



4 TEORETICKÉ POZNATKY

4.1 Zdraví

Zdraví je základní lidské právo a je chápáno jako jedna z nejdůležitějších hodnot představující velmi komplexní fenomén (Kachlík, 2016). Patří mezi humánní hodnoty a chápeme jej jako jednu položku ze základních lidských práv (Jakab a Tsouros, 2015). V německé studii bylo zjišťováno, co pro seniory znamená zdraví ve vyšším věku. Názory se lišily u mužů a žen. Ženy si spojovaly zdraví primárně se sociálním kontaktem, osobní pohodou a samostatným bydlením. Naopak muži tíhli spíše k funkčnímu pohledu a spojovali si zdraví s fyzickou aktivitou, mobilitou a výkonem (Patzelt et al., 2016).

Zdraví a životní pohoda jsou předpokladem jak sociálního a ekonomického rozvoje, tak společenského rozvoje a bezpečnosti. Je podstatné, aby lidé mohli mít sami vliv na svoje zdraví a další záležitosti související se zdravím. Podle dokumentu *Cesta ke zdraví a rozvoji Evropy* patří stárnutí populace mezi jeden současný zdravotní problém. Podle zkušeností je známo, že jsou účinné metody, které jsou schopny zlepšit zdraví a životní pohodu lidí. Patří mezi ně posílení role vlády a veřejné správy, pod4xílení se na vytváření zdravého životního prostředí a v neposlední řadě podpora schopnosti lidí ovlivňovat svoje vlastní zdraví. Úkolem je vymyslet a uvést nový typ řízení péče o zdraví, kdy do popředí by vyšly sociální determinanty zdraví, nové strategické vazby a výraznější vliv a zapojení obyvatel (Jakab a Tsouros, 2015). Postupné zlepšování zdraví všech skupin obyvatel je hlavním cílem strategie do roku 2030. Výchozím dokumentem této strategie je *Strategický rámeček Česká republika 2030* z roku 2016. Specifickými cíli, vycházejí z hlavního cíle, jsou: prodloužení délky života ve zdraví u všech obyvatel; snižování vlivů, způsobujících nerovnost ve zdraví; zajištění stability systému veřejného zdravotnictví; podpora zdravého životního stylu, s důrazem na primární prevenci a podporu zdraví v průběhu celého života a snižování konzumace návykových látek a zátěže zdravotně rizikovými látkami a hlukem (Úřad vlády ČR).

Zdraví úzce souvisí s kvalitou života. Jinými slovy, zdraví je indikátorem kvality života. Úřad vlády ČR navrhuje dimenze, postihující vztah zdraví a kvality života, na které je třeba se zaměřit. Mezi tyto dimenze řadí: prodloužení délky života a

prodlužování délky života ve zdraví; sledování zdravotního stavu obyvatel; udržitelnost nebo zlepšování zdravotní péče; správné zdravotní chování a zvyšování zdravotní gramotnosti a zvyšování ekvity ve zdraví (Úřad vlády ČR).

4.2 Podpora zdraví

Je důležité, aby se zvýšil podíl občanů a všech složek společnosti na péči o zdraví. Proto je nezbytné propojit výchovné a realizační aktivity vedoucí ke zdraví (Čevela et al., 2014). Podpora zdraví (health promotion) je definována jako: „*souhrn činností pomáhajících lidem posilovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví. Zahrnuje činnosti k zajištění příznivých sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj zdraví, zdravotního stavu a životního stylu. Týká se aktivit fyzických osob, činností státu, samosprávy i dalších složek společnosti.*“ (Zdraví 2020, 2013, s. 12).

Podpora zdraví během celého života jedince, to znamená pravidelný, dlouhodobý a systematický přístup k ochraně a podpoře zdraví, by měla být v této době nejdůležitějším prvkem zdravotní politiky České republiky (Zdraví 2030, 2019). Pokud se zdravotní problémy budou řešit až ve zdravotnických zařízeních, a ne při účasti občanů v místě vzniku, zdravotní péče bude nákladná a budou se objevovat stále větší ekonomické problémy. Do akutní nemocniční péče jsou investovány velké částky peněz, ale na podporu a ochranu zdraví se dostatečné finanční prostředky nenakládají. Je to způsobeno také tím, že se jedná o přínosy z dlouhodobého hlediska (Zdraví 2020, akční plán č. 12). Péče o zdraví by se měla stát každodenní nedílnou součástí života. Výsledkem by bylo posílení zdraví, zvýšení ZG celé populace, ale také dílčích skupin populace. Podle strategického rámce Zdraví 2030 je jedním z cílů funkční, legislativou upevněný systém programů podpory zdraví, zdravotní gramotnosti a programů zaměřených na včasný záchyt onemocnění v rizikových skupinách (Zdraví 2030, 2019).

4.3 Vztah ke zdraví

Aby bylo možné změnit vztah jedince ke svému zdraví, je důležité mít určité teoretické znalosti. Dále je nutné změnit svůj postoj, převzít zodpovědnost za své zdraví, mít přesvědčení, že změna chování je žádoucí a důležitá a je také třeba

se naučit určité dovednosti, které jsou nutné k udržení změn v chování a péči o své zdraví. K tomu, aby se změnil náš postoj ke zdraví, je také nezbytné mít určitou motivaci (Raudenská a Javůrková, 2011). Záleží také na tom, jak jedinec subjektivně svůj zdravotní stav vnímá. V ČR jej subjektivně vnímá jako dobrý až velmi dobrý více než 60 % populace, což je ale v porovnání s ostatními zeměmi EU stále nízká hodnota. U osob starších 65 let toto hodnocení ale vykazuje jen 24 % populace a s narůstajícím věkem výrazně klesá (Zdraví 2030, 2019).

Jak ukazuje několik studií, ke zlepšení dietních návyků a zvyšování fyzické aktivity je efektivnější osobní doporučení, např. od někoho známého, než pouhá obecná doporučení. Jako výhodnou skupinou pro osobní doporučení ke zlepšení dietních zvyklostí a fyzické aktivity se jeví senioři (Doets et al., 2019).

4.4 Programy podporující zdraví

Programy na podporu zdraví v České republice vycházejí ze světových nebo Evropských doporučení. Obsahují cíle, kterých je třeba dosáhnout nebo na které je třeba se zaměřit v oblasti zdraví občanů.

4.4.1 Zdraví 21

Program *Zdraví pro všechny v 21. století* nebo zkráceně *Zdraví 21* je dlouhodobým programem pro zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky. Zdraví 21 slouží jako návod a podnět každé členské zemi Světové zdravotnické organizace k řešení otázek péče o zdraví a vlastním strategiím, jak dosáhnout 21 cílů společného Evropského programu. Důležitým cílem je snížení rozdílů ve zdravotním stavu ve státě i mezi jednotlivými státy Evropy. Klade se důraz také na účasti všech složek společnosti a společné odpovědnosti všech rezortů na zdraví obyvatel (Zdraví 21, 2002).

4.4.2 Zdraví 2020

Program Zdraví 2020 byl schválen členskými zeměmi Evropského regionu ve dvou vyhotoveních. Prvních z nich je *Program Zdraví 2020 – rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly k e zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu*. Tato verze je

primárně určené politikům a zdravotnickým organizátorům. Druhou verzí je *Zdraví 2020 – osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století*. Tato verze je důležitější, protože obsahuje praktické zkušenosti a vědecké poznatky o zdraví a životní pohodě. Program Zdraví 2020 sleduje všechny problémy, vyskytující se v členských zemích EU a jeho cílem je zlepšit zdraví a životní pohodu obyvatelstva, snížit nerovnost ve zdraví, vymyslet a uvést do provozu nový zdravotnický systém, který bude dostupný, spravedlivý, udržitelný a kvalitní pro všechny obyvatele (Jakab a Tsouros, 2015).

Základem programu Zdraví 2020 jsou čtyři priority, kterými se zabývá. První je nutnost celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro zvyšování odpovědnosti za jejich zdraví. Druhou je vypořádat se s největšími zdravotními problémy v Evropě, a to infekčními a neinfekčními nemocemi. Třetí prioritou je posilovat zdravotní systémy zaměřené na lidi, zvyšovat dostupnost veřejného zdravotnictví, zaměřit se na připravenost během krize. Poslední prioritou je vytváření odolných sociálních skupin v prostředí příznivém pro jejich zdraví. Všechny priority jsou propojeny, navazují na sebe a měly by se vzájemně podporovat (Zdraví 2020, 2013).

Na základě evropské strategie si každá země zpracovala národní strategii. V České republice tedy vyšel dokument *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*.

Součástí Zdraví 2020 je akční plán číslo 12: *Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020*. Důvodem existence tohoto plánu je nízká úroveň ZG v České republice. Vláda považuje za nezbytné na základě poznání aktuální situace, zlepšit zdravotní gramotnost v ČR jako celku, ale také v daných cílových skupinách (Zdraví 2020, akční plán č. 12).

4.4.3 Zdraví 2030

Základní strategické vládní dokumenty ČR obsahují samozřejmě také oblast zdravotní péče. Dokument *Strategický rámec Česká republika 2030* přijala vláda ČR 19. dubna 2017 a je výchozím dokumentem pro formulaci *Strategického rámce Zdraví 2030*. Plynule navazuje také na program *Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Strategický rámec Zdraví 2030 je koncepčním materiálem, udávajícím, jak se bude rozvíjet péče o zdraví občanů ČR v tomto

desetiletí. Priority, na které se bude Strategický rámec Zdraví 2030 soustředit, budou rozpracovány do jednotlivých implementačních plánů. Cíle pro rozvoj zdravotnictví budou vycházet z podmínek a potřeb obyvatel ČR, na základě konzultací s odborníky a z rozsáhlé analytické studie, provedené v ČR. Hlavním cílem Strategického rámce Zdraví 2030 je zajištění dostupnosti zdravotní péče všem občanům České republiky, kdy nezáleží na jejich sociálním nebo geografickém prostředí a zajištění, aby občané ČR samostatně více pečovali o své zdraví (Zdraví 2030, 2019).

Strategický rámec Zdraví 2030 se skládá z následujících tří cílů: zlepšení zdravotního stavu populace; optimalizace zdravotnického systému a podpora vědy a výzkumu. Jedním ze specifických cílů je *primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví*. Tento cíl je důležitý, neboť z národních statistických šetření vyplývá, že úroveň zdravotní gramotnosti v ČR je nedostatečná. V ČR mají výrazný vliv na zdraví rizikové vzorce chování. Stále také přibývá osob, nacházejících se v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, ať už v důsledku chronických a nevléčitelných onemocnění, tak i v důsledku stárnutí. Dalšími z vlivů vyjma stárnutí je špatný životní styl, konzumace alkoholu, užívání tabáku, nesprávné stravování atd. (Zdraví 2030, 2019).

4.5 Výchova ke zdraví

Výchova ke zdraví je součástí podpory zdraví. Podle Zákona o ochraně veřejného zdraví je činností poskytovanou zdravotními ústavy a Státního zdravotního ústavu. Výchova ke zdraví má za cíl zlepšit postoj obyvatel ke zdravému stylu života a změny v chování, na základě zdravotního stavu jedinců nebo komunit. Moderní výchova ke zdraví by měla vést ke zdravému životnímu stylu. Neznamena to pouze zvyšovat informovanost, ale vést rovnou ke změnám v chování. Metodickými postupy výchovy ke zdraví jsou například: velkoplošné reklamy, televizní spoty, plakáty, kampaně, letáky, kalendáře, články v novinách, televizní a rozhlasové pořady, brožury, knihy, přednášky, webové stránky, počítačové programy, výstavy nebo kurzy (Komárek, 2007).

Autor Kotulán popisuje, že mnozí lidé vidí zdravotní výchovu jen jako přednášky a různé písemné nebo názorné materiály. Pokud se má ale zlepšit primární prevence, nejde pouze o rozšiřování znalostí, jde hlavně o ovlivnění postojů a pozitivní

změny v návycích a jednání. Důležité jsou v tomto směru psychologie, sociologie, behaviorální přístupy, ale i marketing (Kotulán, 2015).

Výchova ke zdraví je nyní vyučována na školách, kde má své důležité místo, kdy směřuje k ochraně a zlepšení zdraví žáků a studentů a měla by pozitivně ovlivnit jejich celoživotní zdraví (Čevela et al., 2014). Učení by ale mělo probíhat celý život. Pokud jedinec vstoupí do seniorského věku, neznamená to, že u něj nemá probíhat výchova ke zdraví. Tato skupina je významnou cílovou skupinou. Lidé ve vyšším věku mají zvýšené obavy ze zdravotních potíží a většinou mají více času, takže jsou vnímaví ke zdravotním radám a doporučením. Jejich edukace se jeví jako dobrý krok z hlediska potřeby prodloužení kvality života. Dalším aspektem je podle autora přenášení návyků seniorů na třetí generaci v rodině. Neopomíjené je také nižší čerpání služeb ve zdravotní a sociální péči při správním způsobu života. Hlavními tématy edukace seniorů jsou zdravý životní styl – tedy správná výživa, pohyb a životní aktivita, dále zásady překonávání snižování fyzických a psychických sil, zásady prevence a léčby častých onemocnění a orientace v systému zdravotně-sociální péče. Autor uvádí mezi nejvhodnější metody výchovy ke zdraví šíření informací tiskovinami, sdělovacími prostředky, internetem a přednáškami (Komárek, 2007).

4.6 Stáří

Je označení pro pozdní fázi ontogeneze. Stáří má svůj typický vzhled a stav, což je podmíněno hlavně biologickou involucí, projevy a důsledky úrazů a chorob, životním stylem, výživou, pohybovou a mentální aktivitou. Dále vlivy prostředí, psychickým stavem, zvláště motivací, představou o vlastním stáří, adaptací na stárnutí a také osobnostními charakteristikami. V hospodářsky vyspělých zemích včetně ČR se zdravotní a funkční stav seniorů zlepšuje. Je to dáno zlepšením životních podmínek. Seniori déle žijí, jsou zdravější a zdatnější a jsou méně omezení prostředím. (Čevela, Kalvach a Čevelová, 2012).

Naše populace čím dál více stárne. Český statistický úřad zveřejňuje, že k 31. 1. 2016 činil podíl seniorů v České republice 18,3 %. Počet obyvatel, kterým bylo 65 let a více se zvyšoval ve všech regionech ČR. Znamená to, že roste potřeba podpory zdraví a kvality života starší populace (Bártlová et al., 2019). Střední délka života v roce 2050 by podle predikce ČSÚ měla u mužů dosáhnout 82,1 let a u žen

86,7 let. Toto prodlužování střední délky života by mělo být podpořeno zvyšováním ZG a odpovědnosti za své zdraví. Pokud se ale prodlužuje střední délka života, je nutné zároveň prodlužovat i dobu života ve zdraví. V České republice je výrazné zvýšení střední délky života u mužů i u žen, stejně jako v jiných vyspělých zemích. Délka života ve zdraví se také výrazně zlepšila a je téměř nejvyšší mezi státy střední a východní Evropy, ale pořád je nižší než ve vyspělých zemích EU. Mezi jednotlivými kraji ČR jsou ve střední délce života při narození u mužů i u žen výrazné rozdíly. Nejvyšší střední délka života při narození je v Hlavním městě Praha (muži 78,1 let, ženy 82,7 let) a nejnižší je v Ústeckém kraji (muži 74,1 let, ženy 79,8 let). Tyto rozdílné hodnoty mohou být způsobeny životním stylem, prevencí onemocnění nebo dostupností zdravotní péče, kvalitou služeb nebo úrovní ZG (Zdraví 2030, analytická studie, 2019).

V seniorské populaci je typická chronická nemocnost. U lidí nad 65 let je podíl chronicky nemocných skoro 64 %. Tento fakt představuje zátěž pro celý zdravotní systém, kdy se tento problém bude se stárnutím populace zvětšovat (Zdraví 2030, 2019). Se stářím souvisejí nemoci a s nimi klesá kvalita života. Zdravotní stav však lze do určité míry ovlivnit životním stylem a péčí o vlastní zdraví. Takže znalosti a praktické dovednosti o své zdraví (tedy zdravotní gramotnost) jsou základem, jak lze prodloužit zdravou délku života populace (Janovská et al., 2016).

4.7 Prevence nemocí

V dnešní době je zřejmé, že zdravotnictví by se nemělo zaměřovat pouze na nemocné, ale je důležité posilovat preventivní funkci zdravotnictví. Nemocem by se mělo v co možné nejvyšší míře předcházet. Příkladem je častější využívání preventivních prohlídek nebo screeningových vyšetření. V ČR je zapotřebí posílit primární prevenci nemocí, a to zejména v oblastech, která jsou pro obyvatele ČR riziková. Jedná se hlavně o obezitu, nezdravý životní styl, užívání tabáku a alkoholu (Zdraví 2030, 2019).

Podle Světové zdravotnické organizace by bylo možné zdravou výživou, přiměřenou pohybovou aktivitou a neužíváním tabáku, zamezit vzniku ischemické choroby srdeční z 80 %, diabetu mellitu 2. typu z 90 % a nádorů z 30 %. V České republice se pozitivní ovlivňování faktorů životního stylu soustavnou a dlouhodobou

edukací a motivací obyvatelstva nedaří zlepšovat. Na oblast primární prevence nemocí by se mělo vážně zaměřit také v důsledku ekonomických ztrát. 80 % nemocí tvořících hlavní rozpočet zdravotnictví, jsou nemoci, jimž se dá předcházet, což je alarmující (Kotulán, 2015).

Každý rok umírá v Evropské unii předčasně více než 1,2 milionu osob. Česká republika překračuje míru úmrtí na preventabilní onemocnění (285 na 100 000 obyvatel) než je průměrná ale míra v EU (216 na 100 000 obyvatel). Tato skutečnost je zapříčiněna i sníženou ZG, nižší účastí obyvatel na preventivních programech a vysokou mírou rizikových faktorů a rizikového chování obyvatel ČR (výskyt silných kuřáků, riziková konzumace alkoholu, špatné stravovací zvyklosti, nízká pohybová aktivita a preobezita a obezita, kdy výskyt obyvatel s nadváhou v ČR patří mezi nejvyšší v EU) (Zdraví 2030, 2019).

V ČR bylo založeno Národní screeningové centrum, jehož cílem je zřídit zázemí pro zavádění, průběh a vyhodnocování screeningových programů v ČR. Je patrné, že je třeba dlouhodobější investice do oblasti primární péče, protože návratnost výdajů je dlouhodobá (Zdraví 2030, 2019).

4.7.1 Geriatrická prevence

V geriatrické prevenci se vyskytují dva hlavní problémy. Prvním je domněnka nezlepšitelnosti nepříznivého zdravotního a funkčního stavu, který se zákonitě se stářím spojuje. Dalším problémem je nepochopení geriatrické prevence, kdy se zaměňuje za juvenalizaci (omlazování). Cílem geriatrické prevence je zpomalení involučního poklesu potenciálu zdraví, předcházení ztrátě soběstačnosti, oddálení věkem podmíněných chorob, podpora úspěšného stárnutí, kvality života, seberealizace a sociální participace (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Ve stáří se mohou odrazit choroby přenesené ze středního věku, tudíž je nutné dodržovat sekundární prevenci. Dále je třeba dbát především o prevenci životosprávy a ovlivnění funkčního stavu v souvislosti s geriatrickou křehkostí. Konkrétně dodržovat kondiční a rekondiční pohybovou aktivitu (dlouhá, frekventivní chůze); udržovat svalovou hmotu a sílu (přirozená práce, cvičení); optimalizovat hmotnost dietou a pohybem s eliminovat malnutrici a obezitu; zachovat aktivní režim dne,

duševní a sociální aktivity, aktivní psychohygienu (pěstování vztahů, komunikace, účastnění se na dění, potěšení) (Čevela et al., 2014).

Další z možností prevence nemocí je očkování proti chřipce (Pokorná, Lacíková, 2012). Podle statistik je proočkovat osob nad 60 let proti chřipce v celé ČR 17,2 %. S postupem času se proočkovanosť mírně zvyšuje. Mezi regiony existují rozdíly v proočkovanosťi. Nejnížší regionální hodnota je 15 %, nejvyšší je přes 19 % (Zdraví 2030, 2019). Studie *Očkování proti chřipce z pohledu seniorské populace*, kterou prováděly Pokorná a Lacíková, byla publikována roku 2012. Byly zjištěny následující údaje: nejvíce respondentů (40,34 %) uvedlo, že očkování proti chřipce spíše nepovažují za důležité. 27,27 % osob považuje očkování proti chřipce za důležité a „spíše ano“ odpovědělo 24,43 % respondentů. Naopak 7,95 % z nich uvádí, že určitě očkování nepovažují za důležité. Z celkového počtu 176 seniorů jich 115 (65,34 %) vyjádřilo názor, že se nechají ovlivnit doporučením lékaře, co se týká očkování. Mezi faktory, které seniory ovlivňují, patřily nejčastěji názor lékaře na očkování (u 36,93 %) a dále možné nežádoucí účinky (u 37,5 % respondentů). Pouze 50 % respondentů uvedlo, že bylo informováno o nežádoucích účincích a možnostech jejich řešení lékařem. Dále 19,89 % z nich uvedlo, že nebyli o těchto informacích seznámeni. Ve studii se také hodnotila proočkovanosť sledovaného vzorku seniorů. Z těchto respondentů bylo očkováno 89 seniorů (50,57 %), ani jednou se proti chřipce nenechalo očkovat 74 z nich (42,05 %) a 13 z nich (7,39 %) si nepamatuje, zda byli v minulosti očkováni. Byl hodnocený také význam očkování ve vztahu k věku pohlaví a vzdělání. Souvislost byla prokázána jen mezi vzděláním seniorů, přičemž se stoupajícím vzděláním stoupala četnosť pozitivního hodnocení významu očkování. Z dat vyplývá, že je potřebné se zaměřit na informovanost a osvětu seniorů, poskytnout jim potřebný čas a zaměřit se na srozumitelnost, týkající se problematiky očkování, které by zvýšilo autonomii a převzetí odpovědnosti za své zdraví (Pokorná a Lacíková, 2012).

Vzdělávání v seniorském věku by mělo být také zaměřeno na informace o úspěšném stárnutí, o podporu funkčního zdraví a o prevenci onemocnění fyzických i psychických (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

4.7.2 Zdravé stárnutí

Zdravé stárnutí patří k hlavním výzvám Evropy. Zdravé stárnutí je součástí Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. Je tu kladen cíl, že do roku 2020 by měli mít lidé nad 65 let příležitost k využití svého zdravotního potenciálu a aktivně se podílet na společenském životě (Zdraví 21, 2002). Zdravé stárnutí je popisováno jako „*proces maximálního využití všech příležitostí k fyzickému, sociálnímu a duševnímu zdraví, a tak umožnit starším lidem aktivně bez diskriminace se účastnit společenského života a mít nezávislý a kvalitní život.*“ (Státní zdravotní ústav, 2008, s. 6). Ve výzvě zdravého stárnutí je objasňováno několik faktorů zdravého stárnutí. Jsou tu uvedeny tyto faktory: důchod a před důchodem, sociální kapitál, duševní zdraví, životní prostředí, výživa, fyzická aktivita, prevence úrazů, kouření a nadměrná konzumace alkoholu, užívání léků a přidružené problémy. K těmto faktorům jsou navíc vždy vytvořeny konkrétní preferované cíle (Státní zdravotní ústav, 2008).

4.8 Zdravotní gramotnost

Pojem zdravotní gramotnost byl poprvé použit v roce 1974 na konferenci, při diskuzi o zdravotním vzdělání jako o sociálně politickém problému. Od té doby se zájem o tento pojem a měření ZG zvýšil (Frisch et al., 2011). V České republice je tento pojem poměrně novou záležitostí. Mohlo by se zdát, že tento pojem znamená hlavně znalosti o rizikových faktorech a znalosti vedoucí ke správnému rozhodování a chování lidí. Důležité jsou ale také poznatky, zkušenosti, názory, postoje, zájmy a hodnoty, které jsou pro lidi v životě důležité (Zdraví 2020, akční plán č. 12).

ZG představuje soubor kognitivních a sociálních schopností, které vedou člověka k získání přístupu k informacím týkajících se zdraví, porozumění jim a využívání jich tak, aby docházelo k podpoře a udržování zdraví. Jednoduše je možno říct, že zdravotně gramotný je ten, kdo dokáže o svém zdraví správně rozhodovat (Holčík, 2010). Jiná definice ZG může být vyjádřena jako schopnost lidí uskutečňovat vhodná rozhodnutí týkající se zdraví v každodenním životě – doma, v práci, ve zdravotnictví, v obchodech anebo v politické sféře (Sørensen et al., 2015). Autorka Osborne popisuje definici ZG jako sdílenou odpovědnost mezi pacienty (nebo kýmkoli, kdo dostává zdravotní informace) a poskytovateli, kteří poskytují informace

o zdraví. Obě strany musí komunikovat takovým způsobem, aby si vzájemně rozuměli (Osborne, 2013). Další možností definice ZG je, že zdravotně gramotný jedinec umí číst formuláře informovaného souhlasu, lékařské letáky a etikety, lékařské předpisy a další informace od lékaře. Dokáže porozumět informacím od lékařů nebo jiných zdravotnických pracovníků, ať psaným nebo sdělovanými ústně. Dále dodržuje léčebná opatření a nařízení, medikaci a stanovený léčebný plán (Špatenková a Smékalová, 2015).

Lidé s nižší ZG nejsou schopni porozumět ústním nebo písemným informacím, které jim podává zdravotnický pracovník, nerespektují zásady zdravého životního stylu, četnost využívání preventivních prohlídek je u nich nižší. Dále se nejsou schopni vyznat ve zdravotnickém systému, a tím pádem nevyužívají adekvátní zdravotní služby, navštěvují méně často praktického lékaře. Naopak více využívají pohotovostní služby, protože je také častěji postihne akutní zdravotní problém. Jsou více a déle hospitalizováni, nedodržují správný léčebný režim a také chybně užívají léky. Jejich zdravotní stav je celkově horší a dožívají se i nižšího věku (Čevela et al., 2014). Zdravotní gramotnost může ovlivnit fyzickou aktivitu, péči o svoji osobu, mortalitu a může mít za důsledek některé nemoci, jako je hypertenze nebo rakovina tlustého střeva (Ansari et al., 2016). Podle autorů Frisch et al. lidé s nižší ZG mají celkově horší zdravotní stav, méně se účastní preventivních prohlídek a screeningových vyšetření, zdravotní služby využívají v pozdějších fázích onemocnění, jejich schopnost porozumět léčbě a terapii je horší, nedodržují tolik opatření, která jsou jim doporučena a jsou častěji hospitalizováni, což je velkou finanční zátěží pro zdravotní systém (Frisch et al., 2011). Lidé s nižší ZG podceňují prevenci a péči o své zdraví. Do zdravotnických zařízení přicházejí až v pozdních stádiích nemoci, kdy terapie již není v takové míře účinná. U těchto lidí je horší spolupráce se zdravotnickými pracovníky a při léčbě, což vede k horším výsledkům v léčbě. Podle autorů tento fakt degraduje úsilí zdravotnických pracovníků (Zdraví 2020, akční plán č. 12). Lidé s nižší ZG mají tendenci klást svým lékařům méně otázek, kvůli strachu nebo protože se stydí (Ansari et al., 2016). Autorka Osborne vysvětluje, proč je podle ní důležitá ZG. Argumentuje tím, že pacienti potřebují porozumět zdravotním informacím rychle, protože mají stále méně kontaktu tváří v tvář, což je dáno také kratší dobou hospitalizace. Dalším důvodem je, že pacienti, společně s rodinnými příslušníky a

dalšími pečujícími, musí zvládnout širokou škálu úkonů. Potřebují se naučit pracovat s různým technickým vybavením nebo zvládnout časově náročnou medikaci. Pacienti by měli být aktivními v učení se novým věcem. Musí číst informace od svých poskytovatelů zdravotní péče a posoudit relevantnost informací od rodiny, přátel či sdělovacích prostředků (Osborne, 2013).

Ministerstvo zdravotnictví ČR uvádí, že ZG je jedním z hlavních faktorů ovlivňujících úroveň zdravotního stavu obyvatel, ale také účinnost, hospodárnost a kvalitu poskytované péče a výsledky činnosti zdravotnictví. ZG chápe i jako nástroj a určujícím faktorem zdraví demokratické společnosti. ZG je na jedné straně vlastností jednotlivců, ale na straně druhé je to schopnost systému péče o zdraví chovat se vstřícně vůči občanům. ZG patří mezi ovlivnitelné determinanty zdraví. Zvyšováním úrovně ZG je třeba se aktivně zabývat, pasivita by totiž mohla vést ke stále narůstajícím ekonomickým ztrátám. Dále MZ ČR udává, že nízká ZG vede k plýtvání v systému zdravotní péče. Z dostupných dat a analýz odhaduje, že tento fakt vede v ČR k ročním ztrátám asi 12 miliard Kč (Zdraví 2020, akční plán č. 12). Návštěvnost lékaře je u nás jednou z nejvyšších na světě. Na základě výzkumu realizovaného v roce 2014 v ČR vyplynulo, že čím nižší je úroveň ZG, tím častější jsou návštěvy u lékaře. Proto je jednou z cest, jak omezit nadbytečné návštěvy u lékaře, zvyšování ZG (Kučera et al., 2016).

V roce 2011 byla provedena studie v 8 evropských zemích. Bylo prokázáno, že nízká ZG se vyskytovala nejčastěji u jedinců se subjektivním vnímáním zdravotního stavu jako velmi špatný (78,1 %) nebo špatný (71,8 %). Dále u lidí, kteří měli více než jednu dlouhodobou nemoc (61 %) a u těch, kteří uváděli, že navštívili lékaře šestkrát nebo více za posledních 12 měsíců (58,9 %). Bylo také zjištěno, že omezená ZG se vyskytovala u osob, které označili svůj sociální status jako velmi nízký (73,9 %) nebo nízký (60 %) (Sørensen et al., 2015). V českém souboru respondentů souvislost mezi sociálním statutem a ZG nebyla prokázána (Kučera et al., 2016). Dále se ve výzkumu od autorů Sørensen et al. vyskytovala omezená úroveň ZG u lidí, kteří měli nejnižší stupeň vzdělání (68 %) nebo nízký stupeň vzdělání (57,2 %). Jako další faktor související s omezenou úrovní ZG byl neustálý problém se zaplacením účtů (u 63,4 %), dále u lidí mezi 66 a 75 lety (58,2 %) a nakonec u lidí mezi 76 a staršími (60,8 %) (Sørensen et al., 2015).

V roce 2014 byl prováděn první výzkum zdravotní gramotnosti v České republice. Jeho výsledky se prezentovaly až v roce 2016. Účastnilo se ho 1037 respondentů starších 15 let ze všech krajů ČR. Bylo zjištěno, že 59,4 % české dospělé populace má neadekvátní nebo problematickou celkovou zdravotní gramotnost, což je více než průměr zkoumaných 8 evropských zemí (47,6 %). Ve výzkumu dopadla jako nejlepší ZG v oblasti zdravotní péče, to znamená orientace v systému zdravotnictví a zdravotní péči. Sníženou ZG v této oblasti vykazovalo 49,5 % respondentů, což je ale pouze relativně pozitivnější výsledek. Jako nejhorší oblastí u českých respondentů skončila oblast podpory zdraví, tedy schopnost získat informace o posilování zdraví, schopnost je vyhodnotit, interpretovat je a podle nich se také chovat. Co se týká oblasti prevence nemocí, 54,1 % respondentů vykazovalo omezenou ZG. V celkové ZG nebyly prokázány rozdíly mezi muži a ženami. Bylo ale zjištěno, že ZG se zvyšuje se stupněm vzdělání (Kučera et al., 2016).

4.8.1 Modely zdravotní gramotnosti

Modely zdravotní gramotnosti slouží k tomu, aby byly pochopeny jednotlivé komponenty zdravotní gramotnosti a vztahy mezi nimi. S jejich pomocí se mohou vymezit úrovně ZG a posoudit možnosti jejího měření a hodnocení (Čevela, et al., 2014). K nejrozšířenějším modelům patří Nutbeamův model z roku 2000, který se skládá ze tří úrovní ZG.

Funkční zdravotní gramotnost – poskytuje základní dovednosti ve čtení a psaní, díky kterým dokážeme fungovat v běžných životních situacích (Nutbeam, 2000). Cílem je rozšířit a zlepšit informace o rizikových faktorech onemocnění a prohloubit ochotu dodržovat předepsaná opatření. V tomto přístupu není nezbytná oboustranná komunikace, není potřebná samostatnost jedince nebo řešení nestandardních problémových situací. Tento přístup je ale v některých oblastech velmi účinný a napomáhá zlepšení zdraví. Příkladem mohou být dobrovolná účast na očkování nebo dodržování preventivních prohlídek. Nástroji v této oblasti jsou informační letáky a brožury nebo edukace pacientů. Stále více roste také význam vyhledávání si informací na internetu (Čevela et al., 2014).

Interaktivní zdravotní gramotnost – je více propojena s kognitivními nebo sociálními dovednostmi a může být tedy aktivně využita v účasti v každodenních

aktivitách, aby získala informace, odvodila význam z různých způsobů komunikace a využila nové informace na měnící se okolnosti (Nutbeam, 2000). Jde tedy o rozvoj samostatnosti při rozhodování a upevňování vnitřní motivace ve snaze přispět ke zdraví. Patří sem například zdravotně výchovné programy pro konkrétní skupiny pacientů. Zdravotníci zde působí spíše jako poradci, a ne jako všeříkající učitelé. Poukazují na možnost volby a přínosy i rizika aktivit (Čevela et al., 2014).

Kritická zdravotní gramotnost – více pokročilé kognitivní dovednosti, které v součinnosti se sociálními dovednostmi, mohou být využity v kritické analýze informací a tyto informace dále využít ve větším řízení nad životními situacemi a událostmi (Nutbeam, 2000). Příkladem jsou občanská sdružení a iniciativy, které jednají celkem samostatně, navrhují i posuzují organizaci a realizovatelnost opatření ovlivňující determinanty zdraví (Čevela et al., 2014).

V angloamerických zemích je diskuse týkající se ZG obsáhlejší a je tu využíváno celá řada různých postupů (např. psychologický nebo pedagogický), výzkumy ve střední Evropě rozvíjejí téměř vždy koncept Nutbeama (Janura, 2018).

4.8.2 Rozvoj zdravotní gramotnosti

Každý občan by měl mít právo na ZG, patří to totiž k základním dovednostem moderní společnosti (Holčík, 2010). Rozvoj zdravotní gramotnosti by měl pomáhat tím, aby si lidé posilovali a rozšiřovali vědomí o tom, že existuje řada různých informačních zdrojů lišící se svou kvalitou, a ne na všechny informační zdroje se dá spolehnout a věřit jim. Pacienti by se neměli bát obracet se na svého ošetřujícího lékaře nebo farmaceuta a chtít žádat odborné informace. Měli by se naučit rozeznávat kvalitu, správnost a užitečnost informací, které se k nim dostanou. Měli by se naučit, poznat a chápat zdravotní problémy a s tím související prevenci, zjištění a diagnostiku, terapii a rehabilitaci. Měli by mít informace o tom, jak správně a uvážlivě využívat zdravotnické služby, a tím posílit význam informovaného souhlasu pacienta (Zdraví 2030, 2019). Zlepšení zdravotní gramotnosti by mělo zlepšit lepší rozhodování o svém zdraví a mělo by vést k lepšímu zdraví a zvýšení kvality života v pozdějším věku (James, Boyle, Bennett a Bennett, 2012). Aby bylo možné rozvíjet úroveň ZG, je nutné zlepšit metody poskytování informací. Je třeba se zaměřit na objasnění toho, jak jsou

lidé s nižší zdravotní gramotností zvyklí přijímat informace týkající se zdrav (Baker, Gazmararian, Sudano a Patterson, 2000).

Na zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti mají vliv podle MZ ČR také praktičtí lékaři. Měla by se u nich tedy posílit tato role, stejně jako jejich role průvodců zdravotnickým systémem (Zdraví 2030, 2019).

ZG by měla být trvalou součástí politiky, celá společnost by měla převzít odpovědnost za její rozvoj. Vláda musí dlouhodobě investovat do zdraví, protože nízká ZG vede k ekonomickým ztrátám (Holčík, 2010). Podle Ministerstva zdravotnictví ČR je pro zvyšování ZG důležitý podíl veřejné zprávy ve všech rezortech (whole-of-government approach) a účast všech složek společnosti (whole-of-society approach), dále všech institucí, organizací, sociálních skupin, rodin a také jednotlivců. Při zlepšování ZG by mělo jít podle MZ ČR o: „*řízený, koordinovaný, programový, cílově a systémově pojatý proces, během jehož prvních fází by měl být pro zhodnocení získaných zkušeností formulován Národní program rozvoje zdravotní gramotnosti*“ (Zdraví 2020, akční plán č. 12, s. 4).

Aby se rozvíjela ZG obyvatel, je třeba zajistit dostupné informace z ověřených zdrojů. Lesenková a Bouzková zmiňují veřejné knihovny jako místa, kde se pouze nepůjčují knihy, ale stávají se z nich vzdělávací, kulturní, komunitní a kreativní centra. Komunitní funkce knihoven může podle nich sehrát důležitou roli ve zlepšování ZG obyvatel. Mezi specializovanou knihovnu v oblasti medicíny patří Národní lékařská knihovna (NLK). Za účelem lepší dostupnosti informací vznikly webové stránky informačních zdrojů o zdraví a nemoci MEDLIKE, dostupné na webu Národní lékařské knihovny (Lesenková a Bouzková, 2017). *MedLike* je webový portál na podporu zdravotní gramotnosti vytvořený NLK pro potřeby široké veřejnosti. Hlavním cílem tohoto webu je soustředit odkazy na spolehlivé informace o zdraví a nemocech pro pacienty i jejich blízké (nlk.cz).

Ke zvyšování zdravotní gramotnosti by mohla mít svůj podíl i média. Za tímto účelem je potřebné zhodnotit úroveň publikovaných zpráv a také zajistit školení novinářů v této oblasti. Zvýšení relevance a správnosti zdravotních informací v médiích a medializace Zdraví 2020 patří mezi cíl Akčního plánu Zdraví 2020. Cílem je zlepšit ZG českých novinářů, se záměrem omezit šíření nebezpečných neověřených informací o zdraví a zdravotnictví (Zdraví 2020, akční plán č. 12). Média denně sleduje

většina populace ČR, je tedy důležité, aby informace v nich obsažené, byly objektivní a pravdivé (Šimůnková, 2017). Je důležité, aby média uměla svůj styl komunikace přizpůsobit konkrétní skupině obyvatel (Holčík, 2010). Dalším problémem se stávají sociální sítě a diskuzní portály, kde častokrát dochází k šíření pochybností, nesprávných informací a nesprávných postojů (Šimůnková, 2017).

Výsledkem snah, které se budou v následujících letech podnikat, by mělo být posílení zdraví se zvýšením ZG. Mezi hlavní aktivity specifického cíle *Primární a sekundární prevence nemocí, zvyšování zdravotní gramotnosti a odpovědnosti občanů za vlastní zdraví* ve Strategickém rámci Zdraví 2030 patří založení center prevence ve zdravotnických zařízeních, vytvoření *Národního programu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti*, jeho zahájení a následné nastavení monitoringu zdravotní gramotnosti. Další aktivitou je založení referenčních sítí poskytovatelů hlavně v primární péči se zaměřením na podporu zdraví a zdravotní gramotnosti a podpora aktivit neziskových organizací zabývajících se otázkami souvisejícími se zdravím, patientskými organizacemi a organizacemi poskytujícími pomoc pacientům v otázkách zdravotní gramotnosti (Zdraví 2030, 2019).

Péče o zdraví by měla být součástí každodenního života. Cílené edukační aktivity posílí porozumění například o informacích o správném životním stylu, pozvánkách na vyšetření, příbalovým letákům, pokynům zdravotnického personálu, větší orientaci v poskytování a v systému zdravotní péče, znalost příznaků běžných chorob, znalost fungování lidského těla, základních aktivit sebepéče a co nejdříve dodržení soběstačnosti. Bude důležité zavést vhodné komunikační kanály, jako například *Národní zdravotnický informační portál*. Dále je nutné zlepšit komunikační schopnosti zdravotnických pracovníků, aby byli schopni předat odborné informace srozumitelnou formou (Zdraví 2030, 2019).

Holčík popisuje některé aktivity, nutné ke zvyšování úrovně ZG. Mezi tyto aktivity je možno zařadit nejen ve vztahu individuálním, ale také k celospolečenským skupinám a rolím. Tím můžeme chápat například aktivní podílení se na rozhodnutích týkajících se zdravotnických služeb, a ne pouze pasivně přijímat rozhodnutí ošetřujících lékařů. Dalším důležitým zdrojem zvýšení úrovně ZG je správná komunikace. Jednak na straně zdravotnických pracovníků podávajících informace pacientům přímo, ale také na straně médií. Občané by měli umět rozhodovat o svém

zdraví, případně vědět, kam se mají obrátit v případě nějakých problémů. Měli by poznat mylné nebo jinak zavádějící informace. Je důležité respektovat rozdíl mezi muži a ženami. Muži rádi rozhodují, ale méně, co se týká jejich zdraví. Dále je potřebné mít k dispozici odborníky pracující jako konzultanti. ZG by se měla stát součástí učebních osnov ve školách a také celoživotního vzdělávání (Holčík, 2010).

4.8.3 Nástroje k měření zdravotní gramotnosti

Nejprve se ZG měřila výzkumným nástrojem REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine). Zkoumaná osoba má při tentování tímto nástrojem za úkol přečíst a správně vyslovit 66 medicínských pojmů. Další instrument TOFHLA (test of Functional Health Literacy in Adults) se skládá ze 17 otázek zabývajících se numerickou dovedností a z 50 otázek, kde musí být pochopen správně čtený text. Oba tyto instrumenty měří funkční ZG, tedy jak je dotyčný schopný pochopit text se zdravotně zaměřeným obsahem (Kučera, 2017). Podle Nutbeana jsou měřicí nástroje REALM a TOFHLA užitečné screeningové nástroje v klinickém prostředí, ale neposkytují obsáhlé výsledky, protože měří jen selektivní domény. Naproti tomu US Health Activity Literacy Scale (HALS) je více obsáhlý a rozeznává pět domén týkající se zdraví: posilování zdraví, ochrana zdraví, prevence onemocnění, zdravotní péče a orientace ve zdravotním systému (Nutbeam, 2009). V roce 2005 se začal využívat nástroj k měření ZG, a to NVS (The Newest Vital Sign). Skládá se ze šesti testových otázek a je jím identifikována schopnost správně číst a pochopit informace o nutričních hodnotách, čímž se zjišťuje schopnost správného rozhodování o svém zdraví (Kučera, 2017). Nutbeam vytvořil nástroj AAHLS (The All Aspects of Health Literacy). Tento nástroj měří funkční, komunikativní a kritickou gramotnost s využitím 14 položek, které byly analyzovány z již existujících škál. Dalším nástrojem, tentokrát vytvořeným v Taiwanu, je MHLS. Nástroj zjišťuje míru získávání, porozumění a zpracování informací týkající se zdraví, konkrétně zlepšování zdraví, příznaků onemocnění, diagnostiky a léčby a dále využití těchto poznatků v rozhodování se (Altin, 2014). HLS-EU-Q47 je dalším nástrojem k měření zdravotní gramotnosti. Obsahuje 47 otázek s šesti poddoménami. Každá otázka obsahuje výpověď, jak je pro jedince složitý zadaný krok. Ke každému kroku je zvolen výběr je z odpovědí „velmi snadné, snadné, těžké a velmi těžké“. Tento typ odpovědí reflektuje

subjektivní hodnocení ZG. Pro potřeby výzkumu HLS-EU byl nástroj doplněn o dalších 39 otázek zaměřených na otázky o využívání zdravotní péče, chování ohledně zdraví, subjektivní zdravotní stav, socio-demografické a socio-ekonomické situace, a nakonec doplněné o Newest Vital Sign. Finální verzi pro potřeby výzkumu HLS-EU byl tedy nástroj s názvem HLS-EU-Q86 (Sørensen et al., 2015).

4.8.4 Zdravotní gramotnost a eHealth

Ukazuje se, že stále více seniorů využívá informační a komunikační technologie, takže by bylo možné tyto technologie využívat ke zlepšování ZG všech věkových kategorií včetně seniorů (Holčík, 2010). Zapojení moderních nástrojů eHealth si klade za cíl v následujících letech také Ministerstvo zdravotnictví ČR (Zdraví 2030, 2019).

Zdá se, že u seniorů narůstá schopnost zvládat informační a komunikační techniku a že bude možné využívat tohoto faktu ke zvyšování ZG (Čevela et al., 2014). Ve výzkumu provedeném v Německu bylo však zjištěno, že internet jako zdroj informací týkající se zdraví, využívalo jen malé množství mladších seniorů. Senioři spoléhali většinou na své děti nebo vnoučata, které jim mohou poskytnout informace z internetu (Patzelt et al., 2016).

Ministerstvo zdravotnictví ČR má v plánu zavést nový informační portál s názvem *Národní zdravotnický informační portál (NZIP)*. Cílem tohoto portálu je přístup k online zdrojům informací z různých oblastí zdravotnictví přístupné široké veřejnosti. Hlavními tématy budou prevence, zdravý životní styl, informace o nemocech, mapa zdravotní péče nebo rejstřík pojmů. Témata budou zpracována tak, aby byla srozumitelná pro laickou veřejnost. Všechny informace v nich budou autorizované odborníky českého zdravotnictví. Jedná se o portál, který bude sdružovat obsah napříč odbornými portály (nzip.cz).

Používání internetu je výhodné pro mnoho zdravotních stavů – zvládnutí chronického onemocnění, dodržování medikace, zvládnutí kognitivních omezení u seniorů, ztráty nezávislosti, ztráty mobility, eliminace pádů, zabránění izolace, předcházení depresím a také velmi důležité je zajištění podpory od zdravotnických profesionálů. Pod termínem eHealth pro seniory si můžeme představit samotné vlastnictví chytrého mobilního telefonu, tabletu nebo počítače. Dále Technologie postavené na síťovém připojení a službách, technologickou pomoc při dávkování léků,

elektronické zdravotní karty, klinické administrativní systémy, digitální zobrazovací a archivní systémy, zdravotnické informační sítě, e-recepty a e-objednávky nebo také virtuální realitu a robotiku (Bártlová et al., 2019).

4.8.5 Výzkum zdravotní gramotnosti

Výzkum, týkající se zjišťování ZG obyvatel, trvá relativně krátkou dobu. Jako první s výzkumem začaly Spojené státy americké, a to v 90. letech 20. století (Kučera, 2017). Výzkumné šetření HLS-EU byla první studií, poskytující data ohledně zdravotní gramotnosti populace na úrovni EU a byla schopna vyhodnotit a srovnat úroveň ZG mezi jednotlivými zúčastněnými státy. Těmito státy byly Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Irsko, Nizozemsko, Polsko a Španělsko. Ve výzkumu bylo zjištěno, že se ZG jednotlivých států EU poměrně liší (Sørensen et al., 2015). První výzkum týkající se zdravotní gramotnosti v ČR vyšel teprve v roce 2016. Z výzkumného šetření provedeném v ČR vyplývá, že Česká republika vykazuje propad u všech složek ZG oproti dalším zemím EU. Srovnání probíhalo ale pouze s dalšími osmi zeměmi EU, přičemž ČR skončila před Bulharskem, které se umístilo jako poslední. Nejhůře ze zkoumaných oblastí dopadla oblast podpory zdraví, tedy schopnost získat informace k posilování zdraví, jejich vyhodnocení a interpretace s důsledkem na změnu chování. Z výzkumů je patrné, že ZG klesá s věkem dotazovaných. Ze všech zemí EU je právě toto klesání ZG v souvislosti s věkem nejvíce pozorované u nás. Dalším faktorem ovlivňujícím nejmarkantněji ZG bylo vzdělání. Na základě těchto neuspokojivých výsledků byl založen Ústav pro zdravotní gramotnost. Před založením tohoto ústavu se zkoumání ZG zabýval Státní zdravotní ústav (Kučera, 2017).

Pokud bychom srovnali pokročilost výzkumu v zemích střední Evropy v současnosti, mezi nejpokročilejší země by patřil výzkum ve Švýcarsku, Německu a Rakousku. V ČR se začala zkoumat ZG se zpožděním oproti těmto zemím, ale dá se tvrdit, že se nyní vyvíjí stejným směrem jako v Německu nebo v Rakousku. Naopak v Polsku je tato problematika nejméně zkoumána, protože se výzkum v této zemi teprve rozvíjí. Je patrné, že jak průzkumy, tak praktické kroky jsou vždy přizpůsobeny prostředí v dané zemi. V Německu platí, že získávání ZG souvisí s předáváním větší

míry odpovědnosti pojištěncům. Naopak v ČR se takové doporučení nevyskytuje (Janura, 2018).

Co se týká politiků, ti by měli pamatovat na rozvoj ZG a zařadit jej do priorit zdravotního výzkumu (Holčík, 2010). Strategický rámec Zdraví 2030 obsahuje specifický cíl *Zapojení vědy a výzkumu do řešení prioritních úkolů zdravotnictví* a jeho částí je aktivita *podpora výzkumu chování ve vztahu ke zdraví včetně pravidelného monitoringu úrovně zdravotní gramotnosti obyvatel* (Zdraví 2030, 2019, s. 44).

4.9 Zdravotní gramotnost seniorů

Zkoumání zdravotní gramotnosti u seniorů, a práce na jejím zlepšování, se jeví jako velmi potřebné (Chesser et al., 2016). Seniori patří ke skupině ohrožené nízkou úrovní zdravotní gramotnosti. Podle Bártlové et al. vyšlo na základě několika studií najevo, že s úbytkem kognitivních funkcí se snižuje také ZG. Nižší zdravotní gramotnost se projevuje častějšími medikačními chybami, nedostatečnou compliance a demotivačním prvkem ve vztahu zdravotník – pacient (Bártlová et al., 2017). Nedostatečná zdravotní gramotnost se vyskytuje hlavně u starších seniorů, což je spjato s problémy, jako například špatné využití preventivních služeb, špatné dodržování předepsané medikace, častější hospitalizace, zvýšené zdravotní výdaje a zvýšená mortalita. Bártlová et al. prováděli výzkumné šetření u seniorů v Jihočeském kraji a došli k výsledkům, že nedostatečná ZG byla zjištěna u 23,1 % dotazovaných, problematická ZG u 37,8 % a dostatečná ZG u 39,1 % seniorů. Uvádějí, že výsledky tohoto výzkumného šetření odpovídají průměrným hodnotám populace ze všech krajů České republiky. Bylo prokázáno, že ZG se s narůstajícím věkem stále zhoršuje. Dle výzkumu se neliší ZG u seniorů žijících ve městech a u seniorů žijících na vesnici (Bártlová et al., 2019).

Zlepšení ZG u seniorů se jeví jako vhodná strategie efektivnějšího využívání zdravotních služeb. Ve výzkumu autorky Hajduchové et al. byla zkoumána ZG seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb. Celkem se výzkumu zúčastnilo 233 seniorů. Bylo zjištěno, že nedostatečná ZG se vyskytovala u 23,1 %, problematická u 37,8 % a dostatečnou ZG disponovalo 39,1 % seniorů. Seniori měli také hodnotit svůj zdravotní stav. Jako velmi dobrý jej hodnotilo pouze 5,8 %, jako dobrý 28,2 %, uspokojivý 49,1 %, špatný 14,2 % a jako velmi špatný jej označilo

1,2 % respondentů (Hajduchová et al., 2017). Hodnocení zdravotního stavu a úroveň ZG u seniorů spolu souvisí. Seniori s nižší ZG mají horší buď fyzické nebo kognitivní zdraví (Chesser et al., 2016). Ve výzkumu od Hajduchové et al. byla také prokázána statisticky významná souvislost mezi ZG a návštěvou lékařské pohotovosti v posledních 2 letech. Seniori s nižší ZG navštívili lékařskou pohotovost za poslední dva roky ve větší míře než seniori s dostatečnou ZG, kteří ji ve významně větší míře nekontaktovali vůbec. Výzkum potvrdil, že čím nižší je ZG u seniorů, tím častěji navštívil lékaře během posledního roku. Ve výzkumu bylo také statisticky prokázáno, že čím nižší byla ZG, tím častější byly hospitalizace za poslední rok. Nebyla ale prokázána souvislost mezi ZG a počtem návštěv u lékařů specialistů (Hajduchová et al., 2017). Autoři Yoshida et al. ve svém výzkumu tvrdí, že nižší ZG byla spojena s horším chováním, co se týká prevence nemocí, jako například nižší pohybová aktivita nebo správný jídelníček, a stejně tak nižší četnost preventivních prohlídek (Yoshida et al, 2014).

Ve výzkumu od Brabcové et al. byla zjišťována souvislost mezi ZG a vybranými sociodemografickými ukazateli. V jejich výzkumu nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi ZG a pohlavím seniorů (Brabcová et al., 2018). Tento fakt také potvrzuje studie od Chesser et al. (2016). Naopak mezi ZG a věkem byla prokázána souvislost, kdy neadekvátní ZG je častější u věkové skupiny nad 80 let. Mezi místem bydliště, tedy zda senior žije ve městě nebo na vesnici, a ZG, také nebyla prokázána statisticky významná souvislost. Bylo zjištěno, že dostatečná ZG byla významně vyšší u osob rozvedených a žijících v odloučení. Naopak u osob žijících v manželském svazku byla ZG problematická. Seniori, kteří měli vystudovanou střední školu s maturitou, VOŠ nebo VŠ, byla dostatečná ZG významně vyšší než u osob vyučených a se středním vzděláním bez maturity. Seniori také hodnotili své společenské postavení. Pokud jej hodnotili lépe, měli tito seniori vyšší ZG, a naopak ti seniori, kteří své společenské postavení hodnotili jako nižší, měli nižší ZG (Brabcová et al., 2018).

4.9.1 Rozvoj zdravotní gramotnosti u seniorů

Ze všech sledovaných zemí EU, na základě výzkumu úrovně ZG obyvatel, je v ČR největší souvislost úrovně ZG s věkem. Je tedy zvláště naléhavá potřeba zaměřit

se na posilování ZG u seniorské populace (Kučera et al., 2016). Nízká zdravotní gramotnost je navíc zesílena fyziologickými změnami ve stáří, a to činí ze seniorů zranitelnou skupinu (Bártlová et al., 2019). Zdravotní gramotnost rozhodně nemůžeme u seniorů podceňovat. Na jedné straně bychom měli brát v úvahu pokles jejich kognitivních funkcí nebo schopnost porozumění informacím, ale na straně druhé bychom měli pozitivně využít jejich životních zkušeností a chuti zůstat co nejdéle doba, co nejvíce aktivní. Pokud není začleněn rozvoj ZG do širších souvislostí, tím je míněna například ekonomická situace, kulturní a sociální souvislosti, je tento rozvoj méně účinný. Pakliže je senior osamělý, jeho ekonomická situace není příznivá, je třeba tato hlediska brát v úvahu. Nejdůležitější je v tomto směru zajistit návaznost zdravotní a sociální péče (Holčík, 2010).

Senioři patří mezi ohrožené skupiny, co se týče zdravotní péče, proto je nutné s nimi empaticky komunikovat a vybírat vhodné edukační techniky při zdravotní edukaci. Tím je možno zvýšit jejich ZG. Nižší ZG má hlavně za následek častější medikační chyby, nedostatečnou compliance a je zároveň demotivačním prvkem ve vztahu seniora se zdravotníkem. Zásadním klíčem k posílení ZG seniorů je podle Sylvie Bártlové et al. jejich dobrá edukace, motivace a aktivní zapojení a spolurozhodování o péči (Bártlová et al., 2019). Pokud bude mít rozhodování a souhlas s péčí (nejdůležitějším nástrojem je informovaný souhlas) pouze striktně formální charakter a nebude spojeno s partnerským dialogem poskytovatelů zdravotní péče a pacientem, nemůže se očekávat, že by se úroveň ZG zvyšovala (Šedová et al., 2016). Míra rozhodování může být na různé úrovni a limitována například vysokým věkem. Měli bychom vycítit, kdy je pacient schopen se sám rozhodnout a kdy to už není v jeho silách a neví si rady (Bártlová et al., 2019). Klíčem ke zvýšení ZG, nejen u seniorů, je aktivní zapojení dobře edukovaných a motivovaných pacientů v péči o své zdraví. Zdravotníci by se měli vyhnout rozhodování za pacienty v takových oblastech, kdy to mohou zvládnout oni sami (Šedová et al., 2016).

U seniorů se může někdy zdát, že pokud jim v nemocnici podáváme informace, rozumí jim. Ale v domácím prostředí mohou být bezradní a plnit pokyny nepřiměřeně. Bylo by lepší, kdyby důležité pokyny dostali navíc v tištěné podobě nebo navíc ještě kontakt na osobu, na kterou by se mohli při nejasnostech obrátit. Odpovědnost

na správnou domácí péči leží nejen na samotném senioru, ale také na jeho rodině, případně na poskytovatelích zdravotní a sociální péče (Holčík, 2010).

Ačkoliv se jedná o seniorskou populaci, je vhodné využívat i nové informační a komunikační technologie (Bártlová et al., 2019).

Senioři často dostanou informace v tištěné formě, které se týkají také zdravotních služeb. Bohužel pro tuto skupinu osob může být tato forma informací nepochopitelná a z tohoto hlediska tedy nepřijatelná (Baker, Gazmararian, Sudano a Patterson, 2000). Výzkum od Yoshidy et al. ukázal, že senioři s nižší ZG využívali v nižší míře jako zdroj informačních zdrojů tištěné informace, organizace nebo lékařské procedury. Tito senioři měli nižší ADL skóre a žili se svými dětmi nebo ostatními příbuznými. Úmyslně nežádali o tištěné informace a spíše neúmyslně obdrželi informace od členů rodiny (Yoshida et al, 2014).

Národní síť podpory zdraví vydala v roce 2016 informační brožuru, která je určena hlavně pro sociální a zdravotnické pracovníky, pro pracovníky komunit, kteří se věnují seniorům, ale také pro samotné seniory a širší veřejnost. Cílem této publikace je předložit stručný a dobře srozumitelný seznam toho, co je zásadní v péči o zdraví a co by měl zdravotně gramotný senior vědět a jak by se měl správně chovat v péči o své zdraví. Brožura informuje o důležitosti pojmu ZG, jakým způsobem gramotný člověk jedná a proč je ZG pro seniory důležitá. Informační brožura je rozdělena do několika kapitol: první je *podpora zdraví*. Je tu pojednáváno o zdravotně gramotném senioru, který ví, jak dodržovat správný životní styl. Konkrétně jak se správně stravovat, jakou provádět tělesnou aktivitu, má správné informace o denním režimu, duševní hygieně a návykovém chování. Další podkapitolu tvoří *péče o prostředí*, kdy senior má správné informace o udržování domácnosti, o tom, že má využívat různé instituce a veřejný prostor a jak správně využívat svůj volný čas. Další kapitola pojednává o *prevenci nemocí*, senior dodržuje základní hygienu, prevenci infekčních, neinfekčních (civilizačních nemocí) a má správný postoj ke zdravotní péči a v péči o své zdraví. Následující kapitola je zaměřena na *ošetřovatelskou péči*, kdy zdravotně gramotný senior dokáže rozpoznat příznaky nemocí, zná svůj zdravotní stav a dodržuje správný léčebný režim. A nakonec zdravotně gramotný senior ví, jak poskytnout první pomoc a jak se chovat bezpečně a vyhnout se rizikovým situacím (Janovská et al., 2016).

V rámci dotačního programu Národní program zdraví – Projekty podpory zdraví Ministerstvo zdravotnictví ČR finančně podpořilo projekt *Seniori, hýbejte se a jezte zdravě*. Projekt je koncipován jako edukace v nemocničním prostředí pro seniory a pro jejich blízké, kdy účelem je primární prevence nemocí a zdravotních rizik seniorů. Jedná se o podporu zvyšování nebo zlepšování pohybových aktivit spolu se zásadami správné výživy. Měli by tedy získat informace k dodržování těchto zásad v domácím prostředí (Senior v nemocnici, 2018). Thomayerova nemocnice v Praze zavedla projekt *Seniori, hýbejte se a jezte zdravě*, jedná se o intervenční edukační režim ve výukovém zázemí Oddělení geriatrické a následné péče. Na tomto oddělení mohou seniori využít volný čas ke změně jejich návyků a přimět je k rozhodnutí přijmout nové návyky a zaujmout pozitivní postoj k pohybu a zdravé výživě. Cílem tohoto projektu je vytvářet podmínky pro zlepšení zdraví, zvýšit zdravotní gramotnost, vychovávat ke zdravému životnímu stylu, posilovat zdraví a začleňovat všechny složky společnosti do zájmu o zdraví. Smyslem je také aktivizovat pacienty a motivovat je k posílení jejich vlastní iniciativy při léčbě. Projekt je zaměřen na podporu ZG, na rozvoj znalostí a dovedností pacientů a jejich rodinných příslušníků pomocí intenzivních aktivizačních programů. Zdrojem informací je webová stránka www.seniorvnmocnici.cz, kde jsou k dispozici například také letáky ke stažení, např.: *Kognitivní rehabilitace; Ranní rozcvička; Bylinky a koření, ovoce a zelenina a Kolik zeleniny sníst?* (Senior v nemocnici, 2018).

Mezi vhodný postup se podle autorek řadí koordinované strategie pro propagaci ZG a e-health gramotnosti u seniorů. Díky tomu by mohli mít stejné podmínky jako ostatní mladší věkové skupiny a díky získaným informacím by se mohli lépe rozhodovat o důležitých krocích vedoucích ke zlepšení zdraví a zdravějšímu stárnutí (Bártlová et al., 2017). Je důležité seniory podporovat v odpovědnosti za své zdraví, nicméně podpora zdraví se musí stát součástí komunitní politiky a komunitní péče. V zahraničí funguje řada komunitních nebo mezigeneračních projektů, které jsou zaměřené na poradenské služby v oblasti podpory zdraví, zdravé výživy nebo pohybové aktivity. Zdravotničtí pracovníci pracující v primární péči by měli účinnými intervencemi zvyšovat ZG (Bártlová et al., 2019).

Pro zvyšování zdravotní gramotnosti u seniorů jsou důležité zejména tyto oblasti:

- vzdělávání seniorů – zaměřit se zejména na dění v současném světě, některé otázky týkající se zdraví, správného životního stylu a fungování zdravotního systému;
- posilování schopností ovládat informační a komunikační technologie – snaha rozšířit sociální kontakty seniorů, aby jim byl usnadněn přístup k informacím a aby byli schopni si zavolat pomoc při zhoršení jejich stavu;
- mobilita – je třeba dbát na usnadnění mobility seniorů, aby se mohli začleňovat do společnosti;
- uplatnění – je vhodné hledat a usnadňovat rozvoj forem uplatnění seniorů, které by umožnily využívat jejich stávající dovednosti;
- zdravotní péče o seniory – zvládání akutních a chronických nemocí, ale i vstřícná a vnímavá péče ve zdravotnických zařízeních s ohledem na snížené schopnosti seniorů;
- existenční zajištění seniorů – je třeba vytvářet formy podpory o seniory, které by jim daly jistotu, že budou zajištěny jejich základní životní podmínky;
- respektování role seniorů ve společnosti – pozitivní vztah střední generace k seniorům by měl být příkladem pro mladou generaci, tak aby se řešení zdravotních a sociálních problémů seniorů stalo základem pro další zlepšování podpory zdravého stárnutí (Čevela et al., 2014).

Mezi výhody rozvoje zdravotní gramotnost u seniorů můžeme zařadit zlepšení rozhodování v péči o své zdraví, v komunikaci, dodržování předepsaných nebo doporučených postupů v léčbě a zlepšení zdravotního stavu. Všechny tyto výhody by měly vést k úspoře financí ve zdravotnickém systému a měly by zlepšit spokojenost pacientů i poskytovatelů péče. Podle autorů Chesser et al. by bylo vhodné zavést screening zdravotní gramotnosti u seniorů v klinických zařízeních (Chesser et al., 2016).

5 METODIKA PRÁCE

Pro získání dat byl zvolen kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Kvantitativní výzkum vychází z matematicko-statistických metod a v této době je upřednostňován před kvalitativním výzkumem. Cílem kvantitativního výzkumu je tentování již existujících hypotéz. Zaměřuje se na získávání údajů o četnosti výskytu určitého jevu a vztahy mezi proměnnými (Linderová, Scholz a Munduch, 2016).

Účast na výzkumu, který byl součástí této diplomové práce, byla vždy dobrovolná a výsledky výzkumu jsou zcela anonymní. Výzkum probíhal od dubna do května 2020.

5.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvořily osoby starší 65 let. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 110 osob. Výzkumný soubor byl tvořen muži i ženami (44 mužů a 66 žen). Výzkum byl realizován pouze u seniorů žijících v domácím prostředí, vzhledem k situaci ohledně Covid-19 nebylo možné zrealizovat výzkum u seniorů žijících v zařízeních. Trvalým bydlištěm seniorů byl Jihomoravský kraj, osloveni byli senioři bydlící ve městech i na vesnici.

5.2 Organizace výzkumu

Dotazníky byly distribuovány v papírové formě a byly distribuovány autorkou diplomové práce nebo jí pověřenou osobou. Respondenti byli obeznámeni s tím, že účast na výzkumném šetření je dobrovolná a výsledky jsou zcela anonymní. Respondent byl vždy obeznámen s realizovaným výzkumem a o podmínkách jeho konání. Obdržel tištěnou formu dotazníku s přiloženým informovaným souhlasem, kde byl také vysvětlen účel výzkumného šetření, jeho dobrovolnost, možnost odstoupení od výzkumu a kontakt na výzkumníka. Informovaný souhlas je k nahlédnutí jako příloha 2.

5.3 Charakteristika výzkumného nástroje

K realizaci výzkumu byl vybrán nástroj, který byl využit v gesci Světové zdravotnické organizace při mezinárodním testování zdravotní gramotnosti dospělé

populace v Evropě. Jedná se o dotazník *HLS-EU-Q86*, což standardizovaný strukturovaný dotazník. Dotazník byl přeložen do češtiny, upraven dle standardizované metodiky a poskytnul jej Státní zdravotní ústav v Praze.

Dotazník je rozdělen na několik částí, na otázky týkající se zdravotní gramotnosti a poté demografické údaje. Otázek, které se týkají zdravotní gramotnosti, je celkem 47. Tyto otázky jsou zaměřeny na tři oblasti. Jsou jimi oblast zdravotní péče, oblast prevence nemocí a oblast podpory zdraví. V otázkách týkající se zdravotní gramotnosti respondenti hodnotí na škále, jak jsou pro ně těžké různé oblasti týkající se zdravotní gramotnosti – „*Ohodnoťte na škále od ,velmi snadné‘ k ,velmi těžké‘, jak těžké je*“. Jedná se tedy o uzavřené otázky. Následuje 15 otázek, které se týkají například zdravotního stavu, životního stylu (uzavřené otázky). Další částí dotazníku je nástroj *NVS*, který obsahuje úkoly týkající se informací na obalech potravin (7 otázek, uzavřené otázky). Vzhledem k věku respondentů a z velké části nemožnosti tuto část dotazníku vyplnit, byla tato část dobrovolná. Jako poslední jsou zařazené otázky týkající se demografických údajů (20 otázek, uzavřené a otevřené otázky).

5.4 Popis zpracování dat

Celkem bylo rozdáno 135 dotazníků, vráceno bylo 112 dotazníků, návratnost tedy činila asi 83 %. Jako neúplně vyplněné byly vyřazeny 2 dotazníky (nejsou započítány dotazníky, kde nebyla vyplněná část *NVS* týkající se informací na obalu potravin). Ke zpracování výsledných dat bylo tedy využito 110 dotazníků. Jakmile byly tištěné podoby dotazníků vyplněny a navraceny, byla data z nich přepsána do podoby datové matice. K zapsání a zpracování údajů byl použit program MS Excel. Data z datové matice byla převedena do podoby tabulek a grafů. K vyhodnocení hypotéz byl využit MS Excel.

6 VÝSLEDKY

Demografické údaje respondentů

Otázka D1: *Pohlaví:*

Tabulka 1. Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	44	40,0 %
Žena	66	60,0 %
Celkem	110	100,0 %

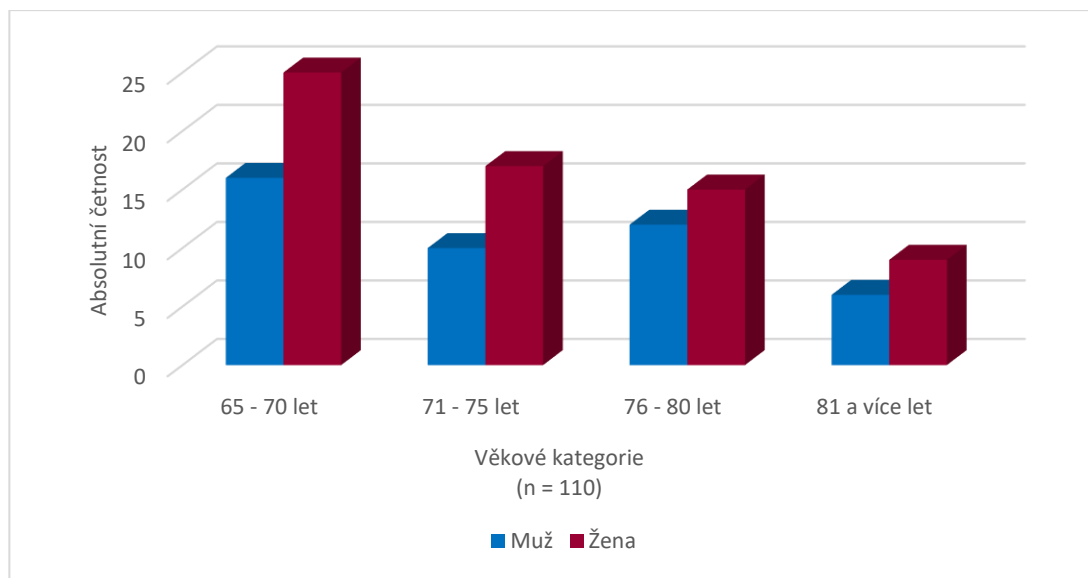
Výzkumu se zúčastnilo 44 mužů (40,0 %) a 66 žen (60,0 %). Celkem tedy bylo do výzkumu zapojeno 110 respondentů (n = 110).

Otázka D2: *Kolik je Vám roků?*

Tabulka 2. Věkové rozložení respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
65 - 70 let	41	37,3 %
71 - 75 let	27	24,5 %
76 - 80 let	27	24,5 %
81 a více let	15	13,6 %
Celkem	110	100,0 %

Respondenti v dotazníku měli číslicemi napsat, jaký je jejich věk. Pro utřídění dat byl věk rozdělen na věkové kategorie. Tabulka 2 znázorňuje věkové rozložení, které bylo následující: 41 osob (37,3 %) skončilo v kategorii 65 – 70 let, 27 respondentů se nacházelo v rozmezí 71 – 75 let, stejně tak 27 respondentů (24,5 %) ve věkové skupině 76 – 80 let a mezi 81 a více lety bylo 15 seniorů (13,6 %).



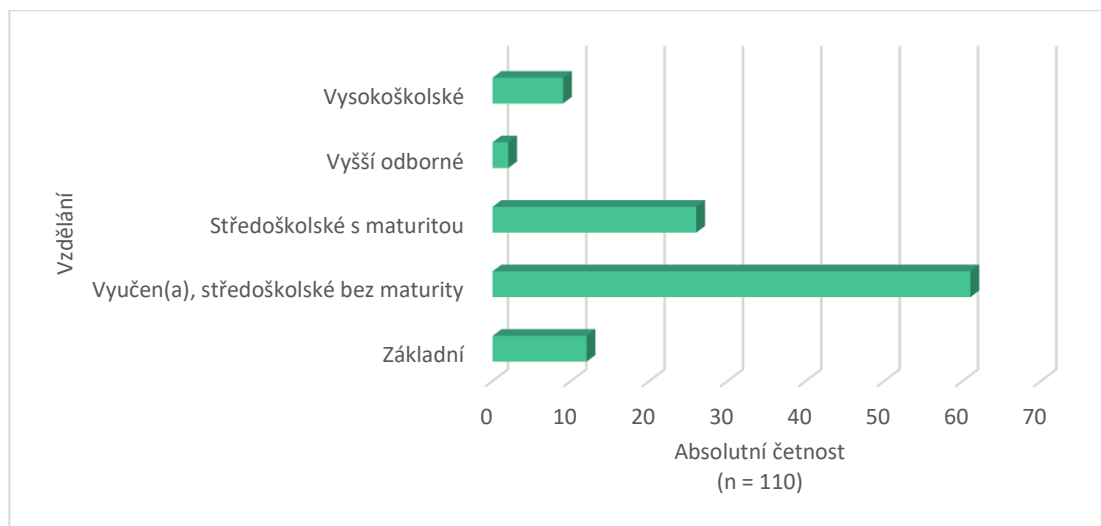
Graf 1. Věkové rozložení respondentů podle pohlaví

Výsledky zpracované v grafu 1 ukazují, jaké bylo ve výzkumu zastoupení mužů a žen (n = 110) rozdělených do věkových kategorií. V kategorii 65 – 70 let se výzkumu zúčastnilo 16 mužů (14,6 %) a 25 žen (22,7 %), v rozmezí 71 – 75 let bylo 10 mužů (9,1 %) a 17 žen (15,5 %). Mezi 76 a 80 lety bylo zastoupeno 12 mužů (11,0 %) a 15 žen (13,6 %). 6 mužům (5,5 %) a 9 ženám (8,2 %) bylo 81 a více let.

Otázka D9: Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 3. Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedokončené základní vzdělání	0	0,0 %
Základní	12	10,9 %
Vyučen(a), středoškolské bez maturity	61	55,5 %
Středoškolské s maturitou	26	23,6 %
Vyšší odborné	2	1,8 %
Vysokoškolské	9	8,2 %
Akademické	0	0,0 %
Nevím	0	0,0 %
Nechci odpovědět	0	0,0 %
Celkem	110	100,0 %



Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání

Další otázkou týkající se demografických údajů byla otázka zaměřená na nejvyšší dosažené vzdělání. Jak můžeme vyčíst z tabulky 6 a grafu 2, nejvíce respondentů je vyučených nebo mají středoškolské vzdělání bez maturity – 61 z nich (55,5 %). Středoškolské vzdělání s maturitou má 26 respondentů (23,6 %). Základní vzdělání má 12 (10,9 %) osob, vysokoškolské 9 z nich (8,2 %) a vyšší odborné 2 osoby (1,8 %).

Další otázky, týkající se demografických údajů respondentů, se nacházejí v příloze 3.

Otázky zaměřené na zdravotní gramotnost

První část dotazníku obsahuje 47 položek. Respondenti měli za úkol zvolit vždy na škále „*velmi snadné – docela snadné – docela těžké – velmi těžké – nemohu posoudit (nevím)*“, jak těžké jsou pro ně jednotlivá tvrzení. Tyto otázky lze rozdělit na tři samostatné oblasti. Jedná se o otázky zaměřené na zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče, otázky zaměřené na zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí a otázky zaměřené na zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví. Z každé zmíněné oblasti se vyhodnocuje úroveň zdravotní gramotnosti. Nejprve budou níže prezentovány odpovědi na jednotlivé otázky. Jedná se o vybrané otázky z každé oblasti.

Otázky zaměřené na zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče

Otázka O1.1.: Jak těžké je nalézt informace o příznacích nemocí, které se vás týkají?

Tabulka 4. Jak těžké je nalézt informace o příznacích nemocí, které se vás týkají?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	21	19,1 %
Docela snadné	50	45,5 %
Docela těžké	22	20,0 %
Velmi těžké	6	5,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	11	10,0 %
Celkem	110	100,0 %

Na první otázku zaměřenou na oblast zdravotní péče, tedy jak je pro seniory těžké nalézt informace o příznacích nemocí, které se jich týkají, odpovědělo 21 z nich (19,1 %) „velmi snadné“. Nejčastější odpovědí se stala odpověď „docela snadné“ u 50 z nich (45,5 %). Pro 22 seniorů (20,0 %) je nalézt informace o příznacích nemocí docela těžké, pro 6 (5,5 %) je to velmi těžké a 11 respondentů (10,0 %) nemohlo posoudit nebo nevědělo.

Otázka O1.5.: Jak těžké je pochopit, co vám říká váš lékař?

Tabulka 5. Jak těžké je pochopit, co vám říká váš lékař?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	49	44,5 %
Docela snadné	49	44,5 %
Docela těžké	10	9,1 %
Velmi těžké	2	1,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	0	0,0 %
Celkem	110	100,0 %

Výsledky otázky O1.5. nás informují o tom, že pro 49 respondentů (44,5 %) je velmi snadné pochopit, co jim říká lékař. Stejně tak pro 49 osob (44,5 %) je to docela snadné. Tento výsledek můžeme hodnotit pozitivně. Docela těžké je pochopit informace od lékaře pro 10 seniorů (9,1 %) a pro 2 (1,8 %) je to velmi těžké.

Otázka O1.6.: Jak těžké je pochopit příbalový leták, který je přiložen k vašemu léku?

Tabulka 6. Jak těžké je pochopit příbalový leták, který je přiložen k vašemu léku?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	42	38,2 %
Docela snadné	42	38,2 %
Docela těžké	20	18,2 %
Velmi těžké	4	3,6 %
Nemohu posoudit (nevím)	2	1,8 %
Celkem	110	100,0 %

Schopnost pochopit informace v příbalovém letáku léku zobrazuje tabulka 6. Tento úkol je pro 42 osob (38,2 %) velmi snadný, docela snadný je také pro 42 osob (38,2 %), jako odpověď „docela těžké“ vybralo 20 respondentů (18,2 %), velmi těžké je to pro 4 osoby (3,6 %) a 2 (1,8 %) nemohli posoudit, jak je to pro ně těžké.

Otázka O1.10.: Jak těžké je zhodnotit výhody a nevýhody různých možností léčby?

Tabulka 7. Jak těžké je zhodnotit výhody a nevýhody různých možností léčby?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	5	4,5 %
Docela snadné	39	35,5 %
Docela těžké	44	40,0 %
Velmi těžké	8	7,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	14	12,7 %
Celkem	110	100,0 %

Otázka O1.10 už dopadla hůře. Pouze pro 5 osob (4,5 %) je velmi snadné zhodnocení výhod a nevýhod různých možností léčby. Odpověď „docela snadné“ vybralo 39 respondentů (35,5 %), pro nejvíce respondentů – 44 (40,0 %) je zhodnocení výhod a nevýhod různých možností léčby docela těžké. Velmi těžké je to pro 8 osob (7,3 %) a 14 lidí na otázku zvolili odpověď „nemohu posoudit (nevím)“.

Otázka O1.11.: Jak těžké je posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?

Tabulka 8. Jak těžké je posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	9	8,2 %
Docela snadné	29	26,4 %
Docela těžké	45	40,9 %
Velmi těžké	15	13,6 %
Nemohu posoudit (nevím)	12	10,9 %
Celkem	110	100,0 %

Posouzení, kdy je třeba názor od jiného lékaře bylo pro 9 osob (8,2 %) z výzkumného vzorku velmi snadné, pro 29 osob (26,4 %) je toto posouzení docela snadné, naopak docela těžké je to pro 45 seniorů (40,9 %) a pro 15 z nich (13,6 %) je to velmi těžké.

Otázka O1.12.: Jak těžké je zhodnotit, zda je informace o nějaké nemoci v médiích spolehlivá? (např. z TV, Internetu nebo jiného média)

Tabulka 9. Jak těžké je zhodnotit, zda je informace o nějaké nemoci v médiích spolehlivá? (např. z TV, Internetu nebo jiného média)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	6	5,5 %
Docela snadné	17	15,5 %
Docela těžké	42	38,2 %
Velmi těžké	26	23,6 %
Nemohu posoudit (nevím)	19	17,3 %
Celkem	110	100,0 %

Jak je patrné z tabulky 9, u otázky týkající se médií a spolehlivosti informací, je pro seniory těžké zhodnotit spolehlivost informací obsažené v médiích. Pro 6 (5,5 %) seniorů je to velmi snadné, pro 17 (15,5 %) docela snadné. Nejvíce odpovědí získala možnost „docela těžké“, kterou zvolilo 42 seniorů (38,2 %), pro 26 seniorů (23,6 %)

je zhodnocení spolehlivosti informací z médií velmi těžké a 19 respondentů (17,3 %) toto nemohlo posoudit nebo nevědělo na otázku odpovědět.

Otázka O1.14.: *Jak těžké je pochopit doporučení, jak užívat léky?*

Tabulka 10. Jak těžké je pochopit doporučení, jak užívat léky?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	63	57,3 %
Docela snadné	42	38,2 %
Docela těžké	3	2,7 %
Velmi těžké	1	0,9 %
Nemohu posoudit (nevím)	1	0,9 %
Celkem	110	100,0 %

Pochopení doporučení užívání léků dopadla u seniorů dobře. Pro 63 respondentů (57,3 %) je to velmi snadné, pro 42 (38,2 %) je pochopení docela snadné. Odpověď „docela těžké“ vybrali 3 senioři (2,7 %), „velmi těžké“ 1 respondent (0,9 %). Na výsledky odkazuje tabulka 10.

Otázka O1.15.: *Jak těžké je zavolat záchrannou službu, když se něco stane?*

Tabulka 11. Jak těžké je zavolat záchrannou službu, když se něco stane?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	67	60,9 %
Docela snadné	32	29,1 %
Docela těžké	7	6,4 %
Velmi těžké	3	2,7 %
Nemohu posoudit (nevím)	1	0,9 %
Celkem	110	100,0 %

Na otázku O1.15 bylo nejčastější odpovědí „velmi snadné“, kterou zvolilo 67 (60,9 %) respondentů. Jako druhá nejčastější odpověď skončila odpověď „docela snadné“, tu vybralo 32 (29,1 %) osob. Pro 7 respondentů (6,4 %) je zavolat záchrannou službu docela těžké a pro 3 (2,7 %) je to dokonce velmi těžké. 1 (0,9 %) otázku nemohl posoudit nebo nevěděl. Můžeme říct, že tato otázka má celkově dobrý výsledek.

Otázky zaměřené na zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí

Otázka O1.17.: *Jak těžké je získat informace o tom, jak zvládat nezdravé návyky, jako je kouření, nízká tělesná aktivita a nadměrné pití?*

Tabulka 12. Jak těžké je získat informace o tom, jak zvládat nezdravé návyky, jako je kouření, nízká tělesná aktivita a nadměrné pití?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	46	41,8 %
Docela snadné	34	30,9 %
Docela těžké	13	11,8 %
Velmi těžké	5	4,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	12	10,9 %
Celkem	110	100,0 %

Pokud zhodnotíme otázku, jak je pro respondenty těžké zvládat nezdravé návyky, výsledky jsou pozitivní. Může to být také způsobeno tím, že jen malá část výzkumného vzorku kouří nebo pije nadměrně alkohol. Pro 46 osob (41,8 %) je tento úkol velmi snadný, pro 34 (30,9 %) docela snadný. Odpověď „docela těžké“ vybralo 13 seniorů (11,8 %) a velmi těžké 5 (4,5 %) z celkového počtu. 12 osob odpovědělo „nemohu posoudit (nevím)“.

Otázka O1.18.: *Jak těžké je získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?*

Tabulka 13. Jak těžké je získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	11	10,0 %
Docela snadné	43	39,1 %
Docela těžké	19	17,3 %
Velmi těžké	13	11,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	24	21,8 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 13 prezentuje, že pro 11 osob (10,0 %) z výzkumného vzorku seniorů je velmi snadné získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy. Pro 43 jedinců (39,1 %) je získání informací docela snadné, pro 19 (17,3 %) je to docela těžké a pro 13 jedinců (11,8 %) je jejich získání velmi těžké. Poměrně velká část – 24 osob (21,8 %) nedokázalo na otázku odpovědět.

Otázka O1.19.: *Jak těžké je získat informace o očkování a preventivních vyšetřeních (screeningy), která byste měl(a) absolvovat? (např. vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevní tlak)*

Tabulka 14. *Jak těžké je získat informace o očkování a preventivních vyšetřeních (screeningy), která byste měl(a) absolvovat? (např. vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevní tlak)*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	48	43,6 %
Docela snadné	46	41,8 %
Docela těžké	8	7,3 %
Velmi těžké	5	4,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	3	2,7 %
Celkem	110	100,0 %

Odpovědi na tuto otázku skončily s překvapivě dobrým výsledkem. Pro většinu respondentů je získání informací o absolvování preventivních očkování a vyšetření buď velmi snadné – pro 48 seniorů (43,6 %) nebo docela snadné – pro 46 osob (41,8 %). Docela těžké je to pro 8 z nich (7,3 %) a velmi těžké pro 5 respondentů (4,5 %). Výsledky obsahuje tabulka 14.

Otázka O1.20.: *Jak těžké je nalézt informace, jak předejít nebo jak zvládat problémy, jako je nadváha, vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina cholesterolu?*

Tabulka 15. Jak těžké je nalézt informace, jak předejít nebo jak zvládat problémy, jako je nadváha, vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina cholesterolu?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	27	24,5 %
Docela snadné	59	53,6 %
Docela těžké	12	10,9 %
Velmi těžké	7	6,4 %
Nemohu posoudit (nevím)	5	4,5 %
Celkem	110	100,0 %

U této otázky vyšlo také najevo, že je pro většinu seniorů ze zkoumaného vzorku nalézt informace o zvládnání problémů, např. nadváhy, hypertenze nebo zvýšené hladiny cholesterolu, jednak velmi snadné – pro 27 osob (24,5 %), jednak docela snadné – pro 59 (53,6 %) seniorů. Dále je pro 12 jedinců (10,9 %) nalézt tyto informace docela těžké a pro 7 (6,4 %) z nich velmi těžké. Na otázku neznalo odpověď 5 (4,5 %) dotazovaných.

Otázka O1.25.: Jak těžké je posoudit, kdy je třeba, abyste šel/šla k lékaři na vyšetření?

Tabulka 16. Jak těžké je posoudit, kdy je třeba, abyste šel/šla k lékaři na vyšetření?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	47	42,7 %
Docela snadné	40	36,4 %
Docela těžké	19	17,3 %
Velmi těžké	2	1,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	2	1,8 %
Celkem	110	100,0 %

V této otázce opět převládali odpovědi „velmi snadné“, kterou zvolilo 47 (42,7 %) respondentů, odpověď „docela snadné“ vybralo 40 (36,4 %) dotazovaných. Docela těžké je posouzení, kdy je třeba jít k lékaři, pro 19 seniorů (17,3 %) a velmi těžké je posouzení pro 2 jedince (1,8 %). Odpověď „nemohu posoudit (nevím)“ zvolili 2 osoby (1,8 %).

Otázka O1.26.: Jak těžké je posoudit, která očkování byste potřeboval?

Tabulka 17. Jak těžké je posoudit, která očkování byste potřeboval?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	27	24,5 %
Docela snadné	38	34,5 %
Docela těžké	24	21,8 %
Velmi těžké	8	7,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	13	11,8 %
Celkem	110	100,0 %

Další vybranou otázkou je posouzení, která očkování respondenti potřebují. Tyto výsledky zobrazuje tabulka 17. Můžeme vidět, že pro 27 jedinců (24,5 %) je toto posouzení velmi snadné a pro 38 (34,5 %) je to docela snadné. Docela těžké je posoudit potřebu různých očkování pro 24 dotazovaných (21,8 %) a velmi těžké je to pro 8 z nich (7,3 %). Otázku nemohlo posoudit 13 (11,8 %) dotazovaných seniorů.

Otázka O1.28.: Jak těžké je posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? (např.: z TV, internetu nebo jiných médií)

Tabulka 18. Jak těžké je posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? (např.: z TV, internetu nebo jiných médií)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	7	6,4 %
Docela snadné	25	22,7 %
Docela těžké	40	36,4 %
Velmi těžké	16	14,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	22	20,0 %
Celkem	110	100,0 %

Poměrně velká část seniorů má nejistoty ohledně hodnověrnosti informací v médiích. Výsledky se nacházejí v tabulce 18. Posouzení, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné je velmi snadné pouze pro 7 dotázaných seniorů (6,4 %), pro 25 dalších (22,7 %) je to docela snadné. Nejčastější se stala odpověď „docela těžké“, kterou zvolilo 40 dotázaných (36,4 %). Pro 16 respondentů (14,5 %)

je posouzení dokonce velmi těžké a velká část dotázaných osob – 22 (20,0 %) nevěděla nebo nemohla otázku posoudit.

Otázka O1.29.: *Jak těžké je rozhodnout se, zda byste se měl(a) nechat očkovat proti chřipce?*

Tabulka 19. Jak těžké je rozhodnout se, zda byste se měl(a) nechat očkovat proti chřipce?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	50	45,9 %
Docela snadné	23	21,1 %
Docela těžké	21	19,3 %
Velmi těžké	8	7,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	7	6,4 %
Celkem	109	100,0 %

Tato otázka dopadla podle mého názoru velmi překvapivě. Pro poměrně velkou část seniorů – 50 z nich (45,9 %), je velmi snadné rozhodnutí, jestli se nechat očkovat proti chřipce. Pro 23 seniorů (21,1 %) je rozhodnutí docela snadné. Naopak docela těžké je toto rozhodnutí pro 21 respondentů (19,3 %) a velmi těžké pro 8 (7,3 %). Na otázku nevědělo odpověď 7 (6,4 %) dotazovaných.

Otázka O1.31.: *Jak těžké je rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? (např.: Noviny, letáky, internet nebo jiná média)*

Tabulka 20. Jak těžké je rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? (např.: Noviny, letáky, internet nebo jiná média)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	8	7,3 %
Docela snadné	41	37,3 %
Docela těžké	36	32,7 %
Velmi těžké	8	7,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	17	15,5 %
Celkem	110	100,0 %

Z tabulky 20 můžeme vyčíst, že rozhodnutí, jak se chránit proti nemocem na základě informací z médií je pouze pro 8 dotazovaných (7,3 %) velmi snadné, pro dalších 41 (37,3 %) je toto rozhodnutí docela snadné. Dalších 36 (32,7 %) osob odpovědělo na otázku odpovědí „docela těžké“ a dalších 8 zvolilo odpověď „velmi těžké“. Početnou skupinu tvořili jedinci, kteří na otázku nedokázali odpovědět – 17 osob (15,5 %).

Otázky zaměřené na zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí

Otázka O1.32.: *Jak těžké je nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa?*

Tabulka 21. Jak těžké je nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	28	25,5 %
Docela snadné	52	47,3 %
Docela těžké	18	16,4 %
Velmi těžké	5	4,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	7	6,4 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 21 zobrazuje výsledky odpovědí na otázku O1.32. Pro 28 respondentů (25,5 %) je velmi snadné nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, nejčastější odpovědí se stala „docela snadné“, tu zvolilo 52 osob (47,3 %), pro 18 seniorů (16,4 %) je to docela těžké a pro 5 (4,5 %) velmi těžké. Tuto otázku nemohlo posoudit 7 osob (6,4 %).

Otázka O1.33.: *Jak těžké je nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? (např.: meditace, cvičení, procházky, pilates apod.)*

Tabulka 22. Jak těžké je nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? (např.: meditace, cvičení, procházky, pilates apod.)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	24	21,8 %
Docela snadné	49	44,5 %
Docela těžké	12	10,9 %
Velmi těžké	10	9,1 %
Nemohu posoudit (nevím)	15	13,6 %
Celkem	110	100,0 %

Nalézt informace o aktivitách podporujících duševní pohodu je pro 24 seniorů (21,8 %) velmi snadné, jako docela snadné se to jeví 49 respondentům (44,5 %). Pro 12 osob (10,9 %) je to docela těžké a pro dalších 10 (9,1 %) je nalezení informací velmi těžké. Nedokázalo odpovědět 15 (13,6 %) seniorů.

Otázka O1.38.: Jak těžké je pochopit informaci na obalech potravin?

Tabulka 23. Jak těžké je pochopit informaci na obalech potravin?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	23	20,9 %
Docela snadné	29	26,4 %
Docela těžké	33	30,0 %
Velmi těžké	14	12,7 %
Nemohu posoudit (nevím)	11	10,0 %
Celkem	110	100,0 %

Zhruba pro polovinu seniorů je pochopit informaci na obalech potravin buď velmi snadné – pro 23 osob (20,9 %) nebo docela snadné – pro 29 osob (26,4 %). Pro další zhruba druhou polovinu je to docela těžké – pro 33 seniorů (30,0 %) nebo velmi těžké – pro 14 z nich (12,7 %). Na tuto otázku neznalo odpověď 11 osob (10,0 %).

Otázka O1.39.: Jak těžké je pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (např.: internet, noviny, časopisy)

Tabulka 24. Jak těžké je pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (např.: internet, noviny, časopisy)

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	22	20,0 %
Docela snadné	32	29,1 %
Docela těžké	29	26,4 %
Velmi těžké	8	7,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	19	17,3 %
Celkem	110	100,0 %

Další otázku, která se týkala médií a její výsledky prezentuje tabulka 24. Pochopit, jak být zdravější z médií je pro 22 (20,0 %) respondentů velmi snadné. Docela snadné je pochopení pro 32 seniorů (29,1 %), docela těžké pro 29 (26,4 %) a velmi těžké pochopit informaci, jak být zdravější z médií, je pro 8 (7,3 %) seniorů. 19 osob (17,3 %) nemohlo posoudit nebo na otázku nemohlo odpovědět.

Otázka O1.38.: Jak těžké je udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?

Tabulka 25. Jak těžké je udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	29	26,4 %
Docela snadné	31	28,2 %
Docela těžké	29	26,4 %
Velmi těžké	13	11,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	8	7,3 %
Celkem	110	100,0 %

Na otázku „Jak je těžké se rozhodnout zlepšit vaše zdraví?“, jsou výsledky následující: pro 29 (26,4 %) seniorů je to velmi snadné, 31 (28,2 %) si myslí, že je to docela snadné, 29 (26,4 %) naopak, že je to pro ně docela těžké a pro 13 (11,8 %) z nich je to velmi těžké. Neurčitou odpověď zvolilo 8 osob (7,3 %).

Otázky O2 – O16

Otázka O2: *Jaký je váš zdravotní stav?*

Tabulka 26. Zdravotní stav

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi dobrý	4	3,6 %
Dobrý	28	25,5 %
Uspokojivý	55	50,0 %
Špatný	17	15,5 %
Velmi špatný	2	1,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	4	3,6 %
Celkem	110	100,0 %

V otázce O2 měli respondenti označit, jak subjektivně vnímají svůj zdravotní stav. Jako „velmi dobrý“ jej vnímali pouze 4 dotazovaní senioři (3,6 %). Svůj zdravotní stav jako „dobrý“ označilo 28 z nich (25,5 %). Největší četnost získala odpověď „uspokojivý“ – 55 (50,0 %). 17 seniorů (15,5 %) subjektivně vnímá svůj zdravotní stav jako „špatný“ a 2 senioři (11,8 %) jako „velmi špatný“. Nemohli posoudit nebo nevěděli 4 osoby.

Otázka O3: *Trpíte nějakou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem? Dlouhodobými rozumíme problémy, které trvají, nebo očekáváte, že budou trvat 6 měsíců nebo déle.*

Tabulka 27. Dlouhodobá nemoc nebo zdravotní problém

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, více než jednou	54	49,1 %
Ano, jednou	34	30,9 %
Ne	20	18,2 %
Nemohu posoudit (nevím)	2	1,8 %
Celkem	110	100,0 %

Z celkového počtu dotazovaných seniorů trpí skoro polovina z nich (49,1 %) více než jedním dlouhodobým zdravotním problémem. Jedním dlouhodobým problémem nebo

nemocí trpí 34 (30,9 %) seniorů. 20 seniorů (18,2 %) netrpí žádným chronickým onemocněním a 2 respondenti (1,8 %) nemohli otázku posoudit.

Otázka O4: *Jak vaše zdravotní problémy v průběhu posledních šesti měsíců omezily aktivity, které obvykle děláte?*

Tabulka 28. Zdravotní problémy a omezení aktivit

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Citelně omezily	33	30,0 %
Omezily, ale nikoli citelně	38	34,5 %
Vůbec neomezily	34	30,9 %
Nemohu posoudit (nevím)	5	4,5 %
Celkem	110	100,0 %

Seniori měli v této otázce zvolit nejvhodnější odpověď na otázku, zda jejich zdravotní problémy měly vliv na konané aktivity. V tabulce 28 můžeme vidět, že u 33 seniorů (30,0 %) zdravotní problémy citelně ovlivnily jejich aktivity. Odpověď „omezily, ale nikoli citelně“ označilo 38 osob (34,5 %), „vůbec neomezily“ zvolilo jako odpověď 34 dotazovaných (30,9 %) a 5 osob (4,5 %) nedokázalo na otázku odpovědět.

Otázka O6.1.: *Jak často jste byl(a) během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí? (např.: Pohotovostní služba, záchranná služba)*

Tabulka 29. Kontakt s lékařskou pohotovostí během posledních 2 let

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 krát	85	77,3 %
1-2 krát	15	13,6 %
3-5 krát	6	5,5 %
6 krát a více krát	2	1,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	2	1,8 %
Celkem	110	100,0 %

Ve výzkumu bylo zjišťováno, kolikrát byli respondenti ve styku s lékařskou pohotovostí. Velké procento nebylo v kontaktu s pohotovostí ani jednou – 77,3 % (85 seniorů). Jednou až dvakrát s ní bylo v kontaktu 15 osob (13,6 %). 6 dotázaných

(5,5 %) odpovědělo, že třikrát až pětkrát a 2 dotázaní (1,8 %) šestkrát a vícekrát. Opět 2 respondenti (1,8 %) vybrali odpověď „nevím“.

Otázka O6.2.: Jak často jste byl(a) během posledních 12 měsíců u lékaře?

Tabulka 30. Návštěva u lékaře během posledních 12 měsíců

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 krát	2	1,8 %
1-2 krát	39	35,5 %
3-5 krát	38	34,5 %
6 krát a více krát	29	26,4 %
Nemohu posoudit (nevím)	2	1,8 %
Celkem	110	100,0 %

Návštěvnost u lékaře byla vyšší než u předchozí otázky. Za poslední rok ani jednou nenavštívili lékaře 2 respondenti (1,8 %), jednou nebo dvakrát jej navštívilo 39 dotázaných seniorů (35,5 %). Odpověď třikrát až pětkrát zvolilo na tuto otázku 38 seniorů (34,5 %) a 29 (26,4 %) navštívilo lékaře za poslední rok šestkrát nebo vícekrát. Opět na tuto otázku neznali odpověď 2 osoby (1,8 %).

Otázka O6.3.: Jak často jste byl(a) během posledních 12 měsíců hospitalizován(a)?

Tabulka 31. Hospitalizace během posledních 12 měsíců

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 krát	83	75,5 %
1-2 krát	22	20,0 %
3-5 krát	1	0,9 %
6 krát a více krát	2	1,8 %
Nemohu posoudit (nevím)	2	1,8 %
Celkem	110	100,0 %

Téměř tři čtvrtiny dotázaných osob – konkrétně 83 (75,5 %) na otázku „kolikrát byli během posledních 12 měsíců hospitalizováni?“ odpověděli, že ani jednou. Jednou nebo dvakrát bylo hospitalizováno za poslední rok 22 seniorů (20,0 %), odpověď

„třikrát až pětkrát“ zvolil 1 dotázaný (0,9 %) a šestkrát a vícekrát byli hospitalizováni 2 další (1,8 %). Na otázku opět nevěděli odpověď 2 seniori (1,8 %).

Otázka O6.4.: Jak často jste během posledních 12 měsíců využil(a) služeb dalších zdravotnických specialistů, jako je zubní lékař, fyzioterapeut, psycholog, dietolog nebo oční lékař?

Tabulka 32. Využití služeb dalších zdravotnických specialistů během posledních 12 měsíců

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
0 krát	14	12,7 %
1-2 krát	56	50,9 %
3-5 krát	21	19,1 %
6 krát a více krát	16	14,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	3	2,7 %
Celkem	110	100,0 %

Návštěva zdravotnických specialistů je nižší než u otázky, která zjišťovala, kolikrát navštívili lékaře. Ani jednou nebylo u zdravotnických specialistů 14 dotazovaných (12,7 %). Návštěvu jednou nebo dvakrát podstoupilo 56 seniorů (50,9 %), třikrát až pětkrát 21 osob (19,1 %) a 16 osob (14,5 %) navštívilo specialistu šestkrát nebo vícekrát. Odpověď „nemohu posoudit (nevím)“ zvolili 3 respondenti (2,7 %). Výsledky prezentuje tabulka 32.

Otázka O7: Pokud jde o kouření cigaret, doutníků nebo dýmky, která z následujících možností platí pro vás?

Tabulka 33. Kouření

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
V současné době kouříte	9	8,2 %
Kouřil(a) jste, ale přestal(a) jste	24	21,8 %
Nikdy jste nekouřil(a)	74	67,3 %
Nemohu posoudit (nevím)	3	2,7 %
Celkem	110	100,0 %

Tato otázka přináší poměrně překvapující výsledek. Z dotazovaných osob v současné době kouří pouze 9 dotázaných (8,2 %). Někdy v životě kouřilo, ale již přestalo 24 jedinců (21,8 %). 74 seniorů (67,3 %) tvrdí, že nikdy nekouřili. Ani jednu předchozí možnost nevybrali 3 respondenti (2,7 %).

Otázka O9: *Pil(a) jste během posledních 12 měsíců nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný místní nápoj)?*

Tabulka 34. Pití alkoholu během posledních 12 měsíců

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	83	75,5 %
NE	27	24,5 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 34 obsahuje odpovědi na otázku, zda seniori zúčastnění výzkumu, pili během posledního roku alkoholický nápoj. Kladně odpovědělo 83 osob (75,5 %) a negativně 27 (24,5 %).

Otázka O12: *Kolikrát jste v průběhu posledních 30 dní pil nějaký alkoholický nápoj?*

Tabulka 35. Pití alkoholu během posledních 30 dní

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní četnost
Denně	5	4,5 %	6,8 %
4 - 5 krát týdně	5	4,5 %	6,8 %
2 - 3 krát týdně	12	10,9 %	16,2 %
Jednou týdně	16	14,5 %	21,6 %
2 - 3 krát měsíčně	14	12,7 %	18,9 %
Jednou	17	15,5 %	23,0 %
Nemohu posoudit (nevím)	5	4,5 %	6,8 %
Dílčí celek	74	67,3 %	100,0 %
Nevyhodnocené odpovědi	36	32,7 %	
Celkem	110	100,0 %	

Na tuto otázku odpovídala jen část respondentů, kteří odpověděli kladně v otázce, zda konzumovali za poslední rok alkohol. V tabulce 35 můžeme vyčíst jak relativní četnosti počítané z celku, tak validní četnosti počítané z dílčího celku. Za poslední měsíc pilo každý den 5 respondentů (4,5 %), čtyřikrát až pětkrát týdně pilo také 5 dotazovaných (4,5 %). Dvakrát nebo třikrát týdně konzumovalo alkohol 12 jedinců (10,9 %), jednou týdně 16 zúčastněných seniorů (14,5 %). Dvakrát nebo třikrát měsíčně konzumovalo alkohol 14 respondentů (12,7 %). Nejčastější odpovědí bylo, že poslední měsíc alkohol pili pouze jednou – 17 odpovědí (15,5 %). Na otázku nedokázalo odpovědět 5 osob (4,5 %) z celku.

Otázka O13: Kolik „drinků“ obvykle vypijete během dne, kdy pijete alkoholické nápoje?

Tabulka 36. Počet vypitých drinků

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní četnost
Méně než 1 drink	30	27,3 %	40,5 %
1-2 drinky	23	20,9 %	31,1 %
3-4 drinky	3	2,7 %	4,1 %
5-6 drinků	1	0,9 %	1,4 %
7-9 drinků	0	0,0 %	0,0 %
10 a více drinků	1	0,9 %	1,4 %
Záleží na situaci	10	9,1 %	13,5 %
Nemohu posoudit (nevím)	6	5,5 %	8,1 %
Dílčí celek	74	67,3 %	100,0 %
Nevyhodnocené odpovědi	36	32,7 %	
Celkem	110	100,0 %	

Otázka O14: Jak často během posledního měsíce jste cvičil(a) 30 nebo více minut, např. běh, chůze, jízda na kole?

V tabulce 36 můžeme vyčíst, kolik drinků vypije výzkumný vzorek seniorů v den, kdy pije alkoholické nápoje. Nejvíce odpovědí získala odpověď „méně než 1 drink“, na kterou odpovědělo 30 osob (27,3 %).

Tabulka 37. Cvičení během posledních 30 dní

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Téměř denně	29	26,4 %
Několikrát týdně	17	15,5 %
Několikrát během měsíce	24	21,8 %
Vůbec ne	34	30,9 %
Nemohu posoudit (nevím)	6	5,5 %
Celkem	110	100,0 %

Pro seniory, zvláště vyššího věku, může být fyzická aktivita náročná. Do fyzické aktivity se nicméně počítá i chůze, což může být jediné cvičení, které senior může zvládnout. Tabulka 37 obsahuje četnosti odpovědí na tuto otázku. Téměř denně cvičilo alespoň půl hodiny 29 osob (26,4 %). Několikrát týdně se věnovalo fyzické aktivitě 17 respondentů (15,5 %), několikrát během měsíce cvičilo 24 seniorů (21,8 %) a vůbec necvičilo 34 dotázaných seniorů (30,9 %). Otázku nemohlo posoudit 6 jedinců z výzkumného vzorku (5,5 %).

Otázka O15: Máte člena rodiny nebo přítele (přítelekyni), kterého byste mohl(a) vzít s sebou na návštěvu k lékaři?

Tabulka 38. Možnost vzít někoho s sebou k lékaři?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	92	83,6 %
Ne	14	12,7 %
Nemohu posoudit (nevím)	4	3,6 %
Celkem	110	100,0 %

Na tuto otázku odpovědělo kladně většina dotázaných – 92 seniorů (83,6 %) má někoho, koho může vzít s sebou k lékaři. Bohužel 14 dotázaných (12,7 %) nemá nikoho, s kým by mohli návštěvu u lékaře absolvovat. Na otázku nedokázali odpovědět 4 senioři (3,6 %).

6.1 Úroveň zdravotní gramotnosti u zkoumaného vzorku

Z dotazníků byly vypočítány čtyři indexy, tři indexy odpovídají jednotlivým oblastem zdravotní gramotnosti (oblast zdravotní péče, oblast prevence nemocí a oblast podpory zdraví) a čtvrtý index je úroveň celkové zdravotní gramotnosti. Úroveň zdravotní gramotnosti je rozdělena na:

- o *Neadekvátní (0-25 bodů)*
- o *Problematická (26-33 bodů)*
- o *Dostatečná (34-42 bodů)*
- o *Excelentní (43-50 bodů)*

Pro výpočet indexů byl zvolen vzorec: $(50 - (\text{průměr} - 1) \times (50/3))$

Průměr = průměr všech položek pro respondenta

1 = minimální možná hodnota průměru

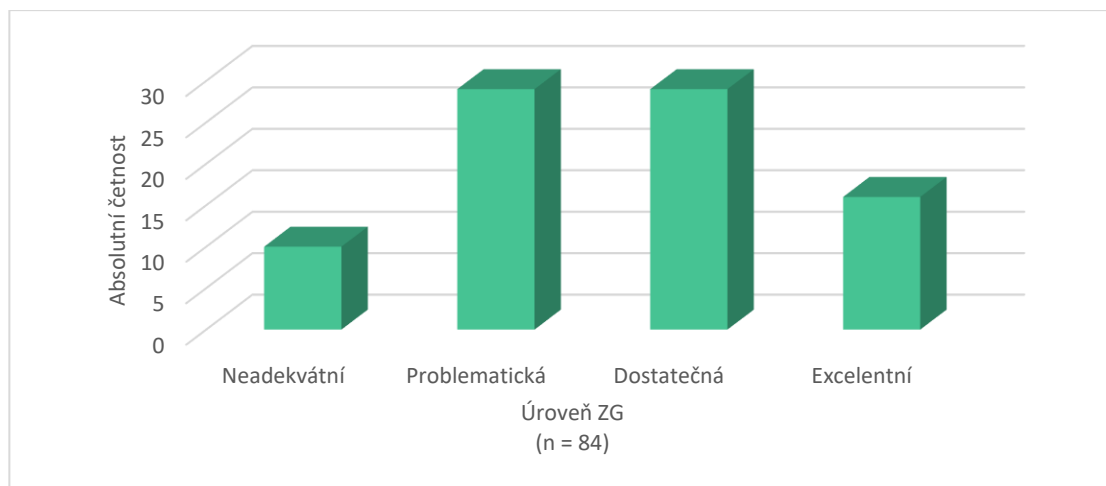
3 = rozsah průměru

50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)

Tabulka 39. Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče

Úroveň ZG	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní četnost
Neadekvátní	10	9,1 %	11,9 %
Problematická	29	26,4 %	34,5 %
Dostatečná	29	26,4 %	34,5 %
Excelentní	16	14,5 %	19,0 %
Dílčí celek	84	76,4 %	100,0 %
Nevyhodnocené odpovědi	26	23,6 %	
Celkem	110	100,0 %	



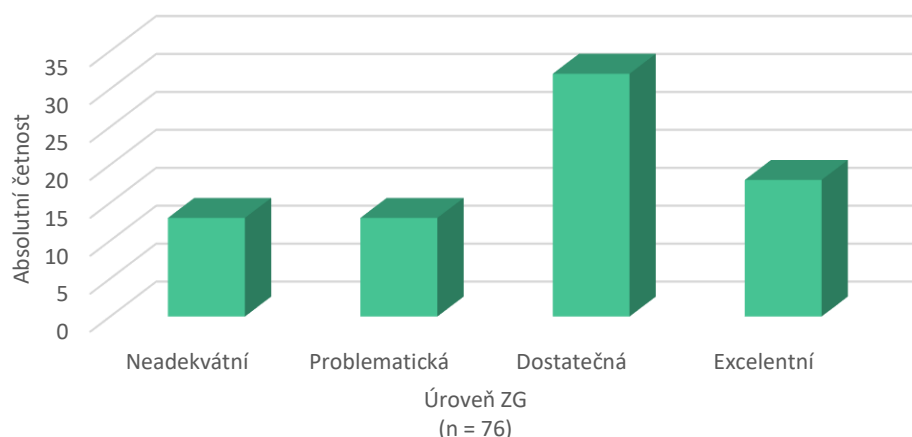
Graf 3. Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče

Tabulka 39 a graf 3 zobrazují, jaká je u výzkumného vzorku zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče. Jedná se tedy o podotázky 1 až 16 z otázky O1. Do vyhodnocení indexu nebyly zahrnuti respondenti, kteří v těchto otázkách odpověděli více než jednou odpovědí „nemohu posoudit (nevím)“. Dílčí celek tedy tvořilo 84 respondentů (76,4 %). U 26 respondentů (23,6 %) nebyla zdravotní gramotnost v této oblasti měřena, z důvodu více než jedné odpovědi „nemohou posoudit (nevím)“. Všechny výsledky jsou popsány v absolutních a validních četnostech. V tabulce 49 jsou uvedeny navíc relativní četnosti. Výsledná zdravotní gramotnost dopadla (pro $n = 84$) následovně: 10 respondentů (11,9 %) mělo neadekvátní ZG; 29 (34,5 %) problematickou; stejně tak 29 (34,5 %) disponovalo dostatečnou ZG a 16 seniorů (19,0 %) vykazovalo excelentní úroveň ZG. Průměrný index zdravotní gramotnosti v této oblasti u hodnocených respondentů vyšel 33,6 bodů.

Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)

Tabulka 40. Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí

Úroveň ZG	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní četnost
Neadekvátní	13	11,8 %	17,1 %
Problematická	13	11,8 %	17,1 %
Dostatečná	32	29,1 %	42,1 %
Excelentní	18	16,4 %	23,7 %
Dílčí celek	76	69,1 %	100,0 %
Nevyhodnocené odpovědi	34	30,9 %	
Celkem	110	100,0 %	



Graf 4. Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí

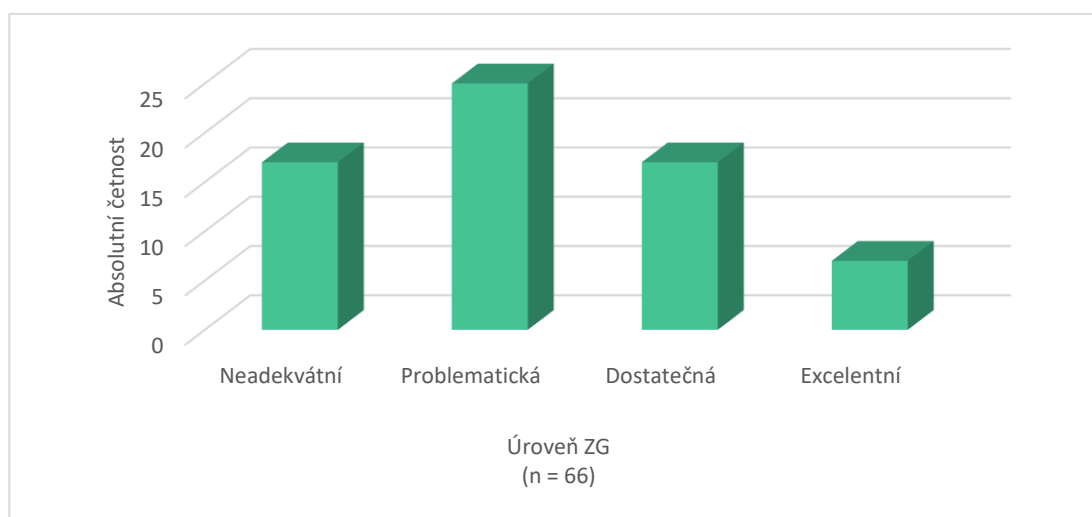
Tato tabulka 40 a graf 4 zobrazují, jaká je u výzkumného vzorku zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí. Této oblasti odpovídají podotázky 17 až 31, kterou obsahuje otázka O1. Do vyhodnocení indexu opět nebyli zahrnuti respondenti, kteří v otázkách odpověděli více než jedenkrát odpověď „nemohu posoudit (nevím)“. Do tohoto vyhodnocení nebylo zahrnuto 34 respondentů (30,9 %), z důvodu více než jedné odpovědi „nemohou posoudit (nevím)“. Dílčí celek tedy tvořilo 76 respondentů (69,1 %). Všechny hodnoty jsou popsány v absolutních a validních četnostech. V tabulce 50 jsou uvedeny ještě relativní četnosti. Úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí (pro $n = 76$) mělo 13 seniorů (17,1 %) neadekvátní. Opět 13 seniorů (17,1 %) vykazovalo problematickou ZG. U 32 z nich (42,1 %) byla zjištěna dostatečná ZG a u 18 (23,7 %) dokonce excelentní. Průměrný

index zdravotní gramotnosti v této oblasti u hodnocených respondentů vyšel 35 bodů, tedy nejvýše ze všech hodnocených oblastí.

Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)

Tabulka 41. Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví

Úroveň ZG	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní četnost
Neadekvátní	17	15,5 %	25,8 %
Problematická	25	22,7 %	37,9 %
Dostatečná	17	15,5 %	25,8 %
Excelentní	7	6,4 %	10,6 %
Dílčí celek	66	60,0 %	100,0 %
Nevyhodnocené odpovědi	44	40,0 %	
Celkem	110	100,0 %	



Graf 5. Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví

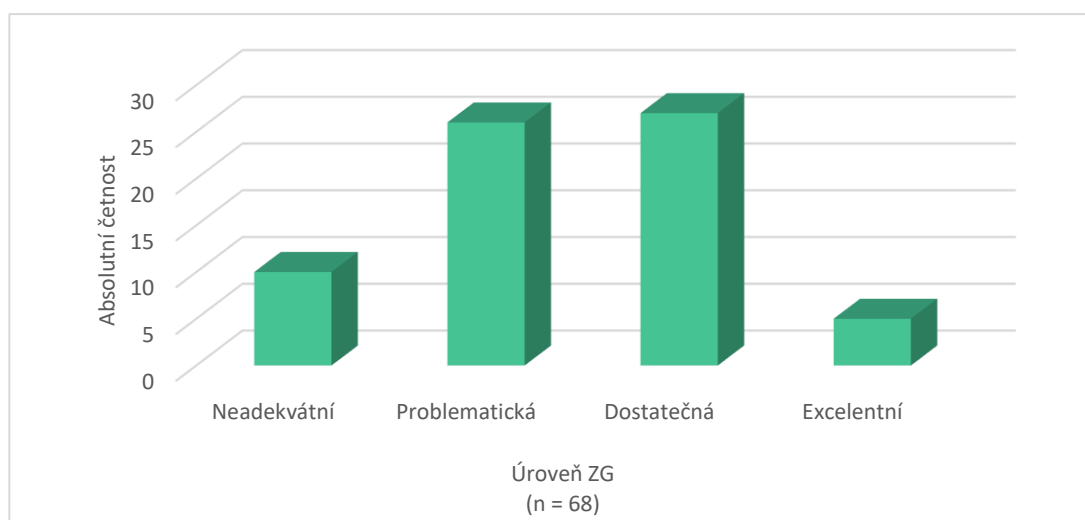
Poslední hodnocenou částí byla zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví. Této oblasti odpovídají podotázky 32 až 47, kterou obsahuje otázka O1. Do vyhodnocení indexu tentokrát nebyli zahrnuti respondenti, kteří v otázkách odpověděli více než dvakrát odpověď „nemohu posoudit (nevím)“. Do tohoto vyhodnocení nebylo zahrnuto 44 respondentů (40,0 %), z důvodu více než dvou odpovědí „nemohu posoudit (nevím)“. Dílčí celek tedy tvořilo 66 respondentů (60,0 %). Všechny hodnoty jsou popsány v absolutních a validních četnostech. V tabulce 51 jsou uvedeny navíc

relativní četnosti. Jak můžeme vidět v tabulce 41 a grafu 5, úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví byla (pro n = 66) u 17 jedinců (25,8 %) neadekvátní, 25 osob (37,9 %) vykazovalo problematickou ZG, 17 osob (25,8 %) mělo dostatečnou ZG a u 7 z nich (10,6 %) byla zjištěna excelentní ZG v oblasti podpory zdraví. Průměrný index zdravotní gramotnosti v této oblasti u hodnocených respondentů vyšel 30 bodů, jedná se tedy o oblast, která ze všech tří oblastí vyšla nejhůře.

Celková zdravotní gramotnost (GHL)

Tabulka 42. Celková zdravotní gramotnost

Úroveň ZG	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní četnost
Neadekvátní	10	9,1 %	14,7 %
Problematická	26	23,6 %	38,2 %
Dostatečná	27	24,5 %	39,7 %
Excelentní	5	4,5 %	7,4 %
Dílčí celek	68	61,8 %	100,0 %
Nevyhodnocené odpovědi	42	38,2 %	
Celkem	110	100,0 %	



Graf 6. Celková zdravotní gramotnost

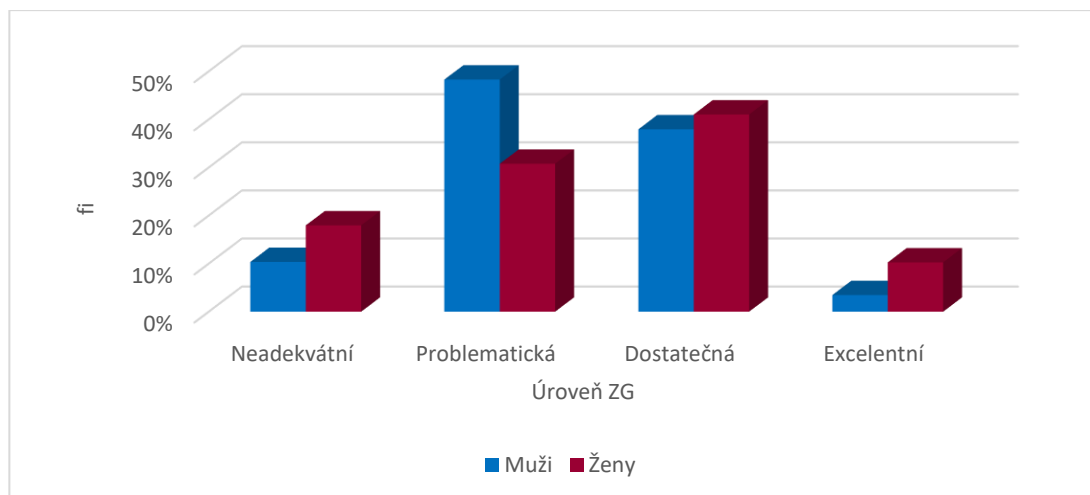
Celková zdravotní gramotnost byla vypočítána ze všech podotázek z otázky O1, tedy z otázek 1 až 47. Celková ZG byla hodnocena jen u respondentů, kteří měli maximálně

čtyři odpovědi „nemohu posoudit (nevím)“. Pro výpočet tedy bylo využito odpovědí u 68 respondentů (61,8 %). U ostatních jedinců z výzkumného vzorku – u 42 (38,2 %) nebyla celková zdravotní gramotnost počítána z důvodů čtyř a více odpovědí „nemohu posoudit (nevím)“. Všechny hodnoty jsou popsány v absolutních a validních četnostech. V tabulce 42 jsou uvedeny ještě relativní četnosti. Úroveň celkové zdravotní gramotnosti (pro n = 68) mělo 10 seniorů (14,7 %) neadekvátní. 26 seniorů (38,2 %) vykazovalo problematickou ZG. U 27 osob (39,7 %) byla zjištěna dostatečná ZG a pouze 5 seniorů (7,4 %) disponovalo excelentní úrovní ZG. Průměrný index zdravotní gramotnosti v této oblasti u hodnocených respondentů vyšel 33,3 bodů.

U respondentů, u kterých byla vypočítána celková zdravotní gramotnost, tedy pouze u těch, kteří maximálně ve čtyřech případech odpověděli na otázky O1.1 až O1.47 „nemohu posoudit (nevím)“, byla dále hodnocena celková ZG s dalšími vybranými proměnnými. V následujících tabulkách jsou uvedeny absolutní četnosti (n_i) a relativní četnosti (f_i), vztaženy pouze na celek seniorů, u kterých bylo možné otázky hodnotit.

Tabulka 43. Celková zdravotní gramotnost podle pohlaví

Úroveň ZG	Muži		Ženy	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Neadekvátní	3	10,3	7	17,9
Problematická	14	48,3	12	30,8
Dostatečná	11	37,9	16	41,0
Excelentní	1	3,4	4	10,3
Celkem	29	100,0	39	100,0

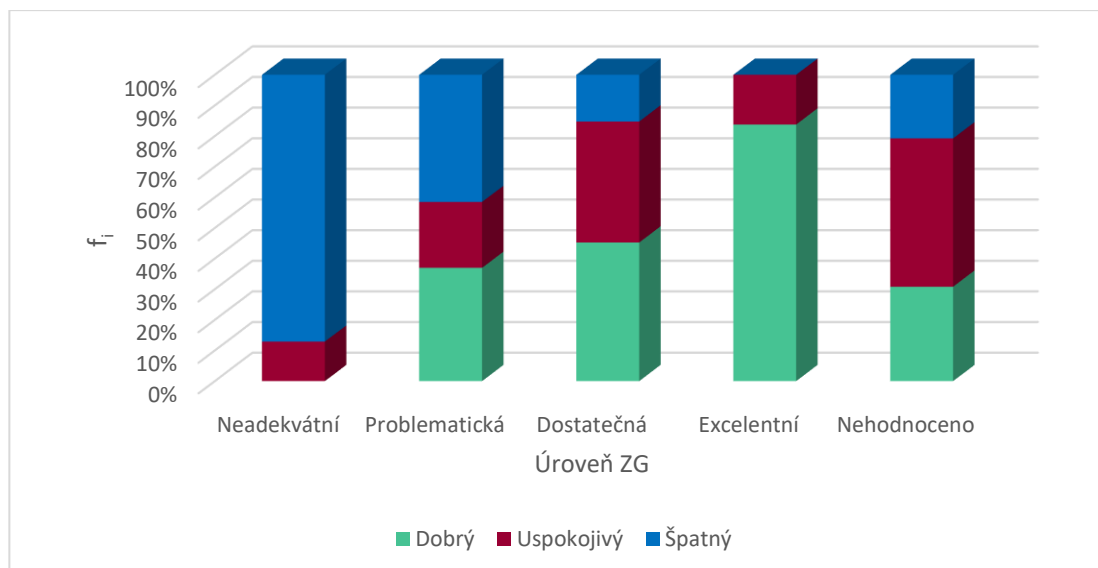


Graf 7. Celková ZG podle pohlaví

Tabulka 43 a grafické zobrazení (graf 7) předkládá, jak se liší celková ZG u mužů a u žen. Můžeme vidět, že u mužů ($n = 29$) převažuje problematická ZG, která byla zjištěna u 14 (48,3 %) zkoumaných seniorů. U žen ($n = 39$) je nejčastější dostatečná úroveň ZG, která se vyskytovala u 16 z nich (41,0 %).

Tabulka 44. Zdravotní gramotnost a zdravotní stav

Úroveň ZG	Dobry		Uspokojivy		Špatny		Nevim	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Neadekvátní	0	0,0	3	5,5	7	36,8	0	0,0
Problematická	9	28,1	9	16,4	6	31,6	2	50,0
Dostatečná	10	31,3	15	27,3	2	10,5	0	0,0
Excelentní	3	9,4	1	1,8	0	0,0	1	25,0
Nevyhodnoceno	10	31,3	27	49,1	4	21,1	1	25,0
Celkem	32	100,0	55	100,0	19	100,0	4	100,0

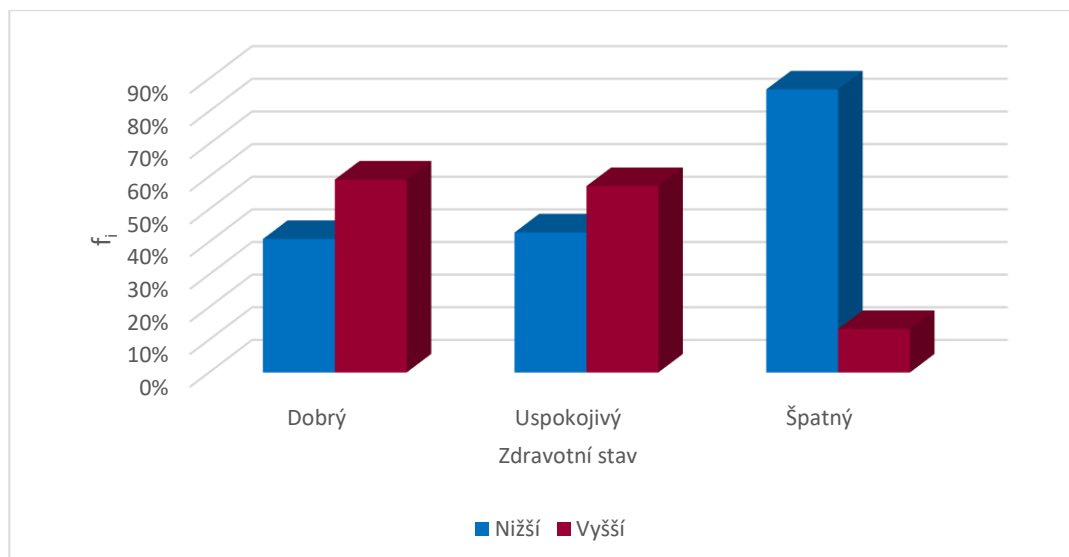


Graf 8. Zdravotní gramotnost a zdravotní stav

Jako další byla hodnocena souvislost celkové zdravotní gramotnosti a subjektivního zdravotního stavu. Grafické zpracování (graf 8) zobrazuje, jaké je procentuální rozložení odpovědí odpovídající výrokům o subjektivním zdravotním stavu vzhledem k celkové zdravotní gramotnosti. Graf 8 také obsahuje sloupec *nehodnoceno*, což odpovídá nevyhodnocené úrovni ZG. Je patrné, že neadekvátní úroveň ZG se vyskytovala nejčastěji u respondentů se špatným zdravotním stavem, naopak u jedinců s dobrým zdravotním stavem se neadekvátní úroveň ZG nevyskytovala vůbec. A dále můžeme tvrdit, že u jedinců se špatným zdravotním stavem se ani jednou nevyskytovala excelentní úroveň ZG.

Tabulka 45. Zdravotní gramotnost a zdravotní stav

Úroveň ZG	Dobrý		Uspokojivý		Špatný	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Nižší	9	40,9	12	42,9	13	86,7
Vyšší	13	59,1	16	57,1	2	13,3
Celkem	22	100,0	28	100,0	15	100,0

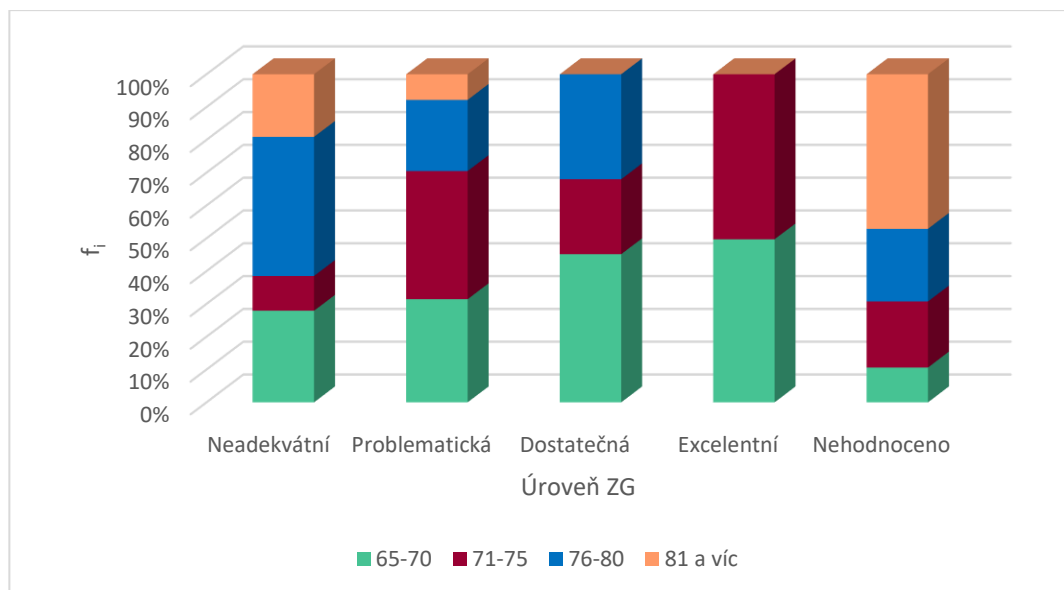


Graf 9. Celková zdravotní gramotnost a zdravotní stav

Tabulka 45 a graf 9 obsahuje odpovědi týkající se zdravotního stavu, které byly sloučeny do kategorie „dobrý“ ze dvou odpovědí „velmi dobrý“ a „dobrý“. Odpovědi „špatný“ a „velmi špatný“ byly sloučeny jako odpověď „špatný“, aby bylo možno vypočítat Chí-kvadrát test. Z tabulky 45 a grafu 9 můžeme zjistit, že u osob, kteří zvolili svůj stav jako „špatný“ nebo „velmi špatný“ ($n = 15$) převažuje nižší úroveň ZG (u 86,7 %). Naopak u osob, kteří označili svůj stav jako „velmi dobrý“ nebo „dobrý“ ($n = 22$) převažuje vyšší úroveň ZG (u 59,1 %).

Tabulka 46. Celková zdravotní gramotnost a věková kategorie

Úroveň ZG	65-70		71-75		76-80		81 a víc	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Neadekvátní	4	9,8	1	3,7	4	14,8	1	6,7
Problematická	11	26,8	9	33,3	5	18,5	1	6,7
Dostatečná	15	36,6	5	18,5	7	25,9	0	0,0
Excelentní	3	7,3	2	7,4	0	0,0	0	0,0
Nehodnoceno	8	19,5	10	37,0	11	40,7	13	86,7
Celkem	41	100,0	27	100,0	27	100,0	15	100,0

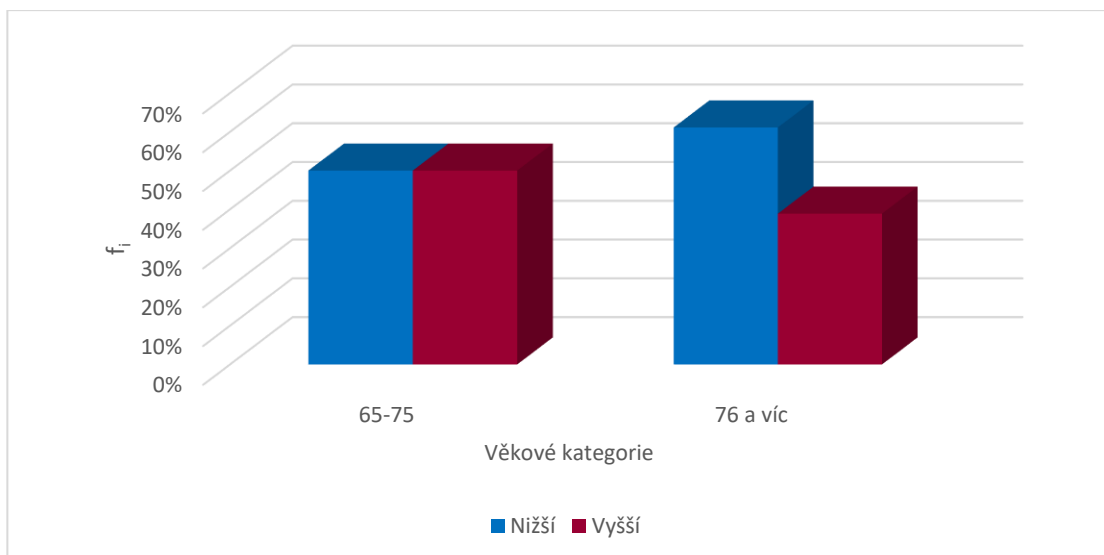


Graf 10. Celková zdravotní gramotnost a věková kategorie

Tabulka 46 a graf 10 zobrazuje, že u věkové kategorie 81 a více nebyla většinou celková zdravotní gramotnost hodnocena, kvůli častým odpovědím „nemohu posoudit (nevím)“. Můžeme ale zjistit, že ani u jedné osoby nacházející se v této věkové kategorii nebyla zjištěna ani excelentní, ani dostatečná ZG. U věkové skupiny 76 – 80 let ($n = 27$) se taktéž ani u jedné osoby nevyskytovala excelentní úroveň ZG a dostatečná byla zjištěna u 7 z nich (25,9 %). U věkové skupiny 65 – 70 let ($n = 41$) se nejčastěji vyskytovala dostatečná úroveň celkové ZG a to u 15 seniorů (36,6 %).

Tabulka 47. Celková zdravotní gramotnost a věk

Úroveň ZG	65-75		76 a víc	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Nižší	25	50,0	11	61,1
Vyšší	25	50,0	7	38,9
Celkem	50	100,0	18	100,0

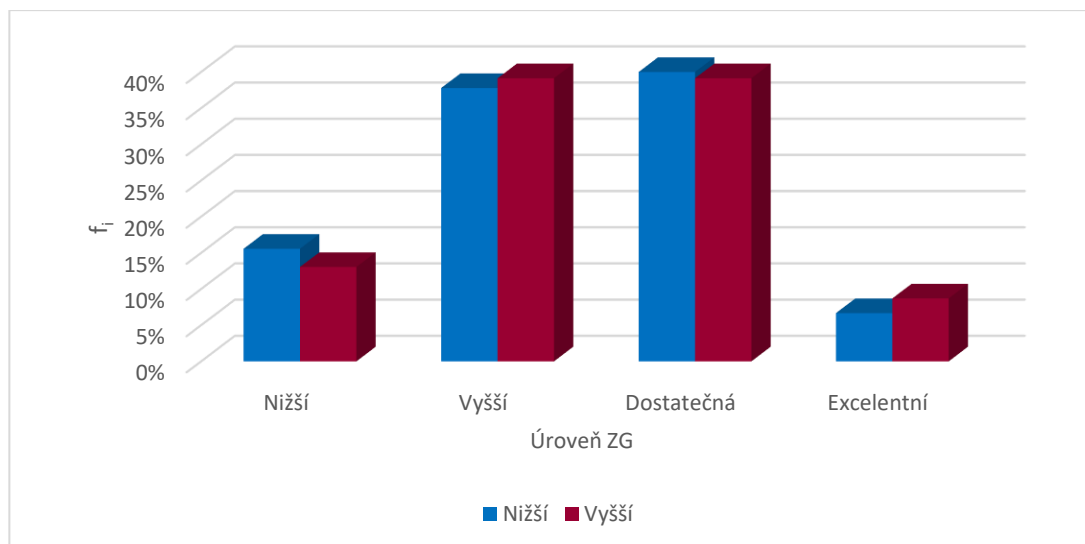


Graf 11. Celková zdravotní gramotnost a věk

Úrovně ZG byly opět sloučeny pouze na vyšší a nižší. Věkové kategorie byly taktéž sloučeny pouze do dvou: 65 – 75 let a 76 a více let. Tabulka 47 a graf 11 zobrazují, že ve věkové kategorii do 75 let ($n = 50$) byla zjištěna nižší úroveň ZG u 25 seniorů (50,0 %) a stejně tak u 25 (50,0 %) byla zjištěna vyšší úroveň ZG. U věkové skupiny seniorů nad 76 let ($n = 18$) byla u 11 osob (61,1 %) vypočítána nižší úroveň ZG a u 7 jedinců (38,9 %) byla zjištěna dostatečná úroveň ZG.

Tabulka 48. Celková zdravotní gramotnost a vzdělání

Úroveň ZG	Nižší		Vyšší	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Neadekvátní	7	15,6	3	13,0
Problematická	17	37,8	9	39,1
Dostatečná	18	40,0	9	39,1
Excelentní	3	6,7	2	8,7
Celkem	45	100,0	23	100,0

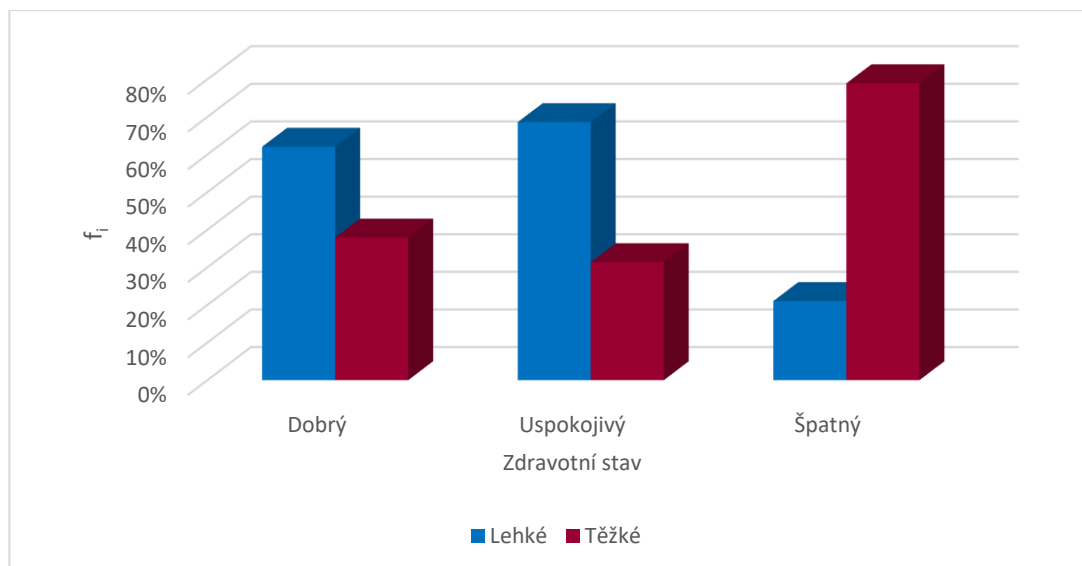


Graf 12. Celková zdravotní gramotnost a vzdělání

Respondenti byli rozděleni do dvou skupiny podle výše vzdělání. Do nižší úrovně vzdělání byli zařazeni jedinci se základním nebo středoškolským vzděláním bez maturity. Do vyššího byli zařazeni senioři s vystudovanou střední školou s maturitou, vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním. Výsledky prezentuje tabulka 48 a graf 12. Z výsledných dat je možno tvrdit, že stupeň vzdělání nemá na úroveň ZG velmi významný vliv. Poměr výsledků je totiž přibližně stejný. Nicméně se musí brát v potaz skutečnost, že do výpočtu indexu celkové ZG bylo zahrnuto jen 61,8 % respondentů.

Tabulka 49. Rozhodnutí zlepšit zdraví vs. zdravotní stav

Odpověď	Dobry		Uspokojivy		Špatny	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Snadné	18	62,1	35	68,6	4	21,1
Těžké	11	37,9	16	31,4	15	78,9
Celkem	29	100,0	51	100,0	19	100,0

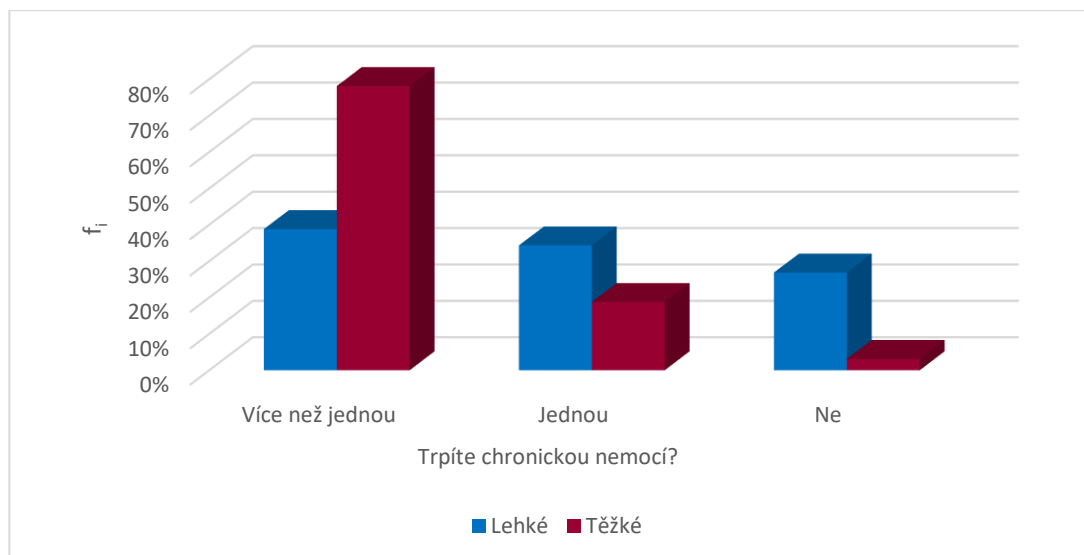


Graf 13. Rozhodnutí zlepšit zdraví vs. zdravotní stav

Tabulka 49 a graf 13 obsahují přehled, jak je pro respondenty těžké udělat rozhodnutí zlepšit zdraví v závislosti na jejich zdravotním stavu. Do zpracování nebyli zahrnuti respondenti, kteří nedokázali odpovědět, jaký je jejich zdravotní stav. Pro možnost výpočtu hypotézy byly skupiny sloučeny, aby se v nich nevyskytovala číslice 0. Odpovědi „velmi snadné“ a „docela snadné“ byly sloučeny do odpovědi „snadné“ a odpovědi „docela těžké“ a „velmi těžké“ se sloučily jako odpověď „těžké“. Jak je zřejmé z tabulky 49 a grafu 13, jedinci, kteří odpověděli, že je jejich stav „dobrý“, ($n = 29$) odpovídali častěji, že je pro ně udělat rozhodnutí snadné (62,1 %). Naopak osoby se špatným zdravotním stavem ($n = 19$), častěji vyplnili, že je toto rozhodnutí těžké (78,9 %).

Tabulka 50. Nalezení informací o léčbě nemocí vs. dlouhodobá nemoc

Odpověď	Lehké		Těžké	
	n_i	f_i (%)	n_i	f_i (%)
Více Než Jednou	26	38,8	25	78,1
Jednou	23	34,3	6	18,8
Ne	18	26,9	1	3,1
Celkem	67	100,0	32	100,0



Graf 14. Nalezení informací o léčbě nemocí vs. dlouhodobá nemoc

V tabulce 50 a grafu 14 je zobrazeno, jaká je souvislost mezi přítomností dlouhodobé nemoci u seniorů a otázkou, jak je pro ně těžké nalézt informace o léčbě nemocí, které se jich týkají. Do výpočtu nejsou započítáni seniori, kteří odpověděli na otázku „nemohu posoudit (nevím)“. Jak dokládá tabulka 50 a graf 14, nalezení informací o léčbě nemocí je těžké hlavně u skupiny seniorů, kteří trpí více než jednou dlouhodobou nemocí, naopak ti, kteří žádnou dlouhodobou nemocí netrpí, nemají s nalezením informací problém.

6.2 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

H1₀: Úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s nižším vzděláním na stejné úrovni jako u osob s vyšším vzděláním.

H1_A: Úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s nižším vzděláním na nižší úrovni než u osob s vyšším vzděláním.

Kritická hladina významnosti byla pro hypotézu H1 zvolena $\alpha = 0,05$, tedy 5 %. Pro testování hypotézy byl využit Pearsonův Chí-kvadrát test. Vypočítaná p-hodnota nabývá hodnoty $p = 0,984$. Jelikož vypočítaná p-hodnota je větší než hladina významnosti α , lze na základě vypočítané p-hodnoty přijmout nulovou hypotézu H1₀ a zamítnout alternativní hypotézu H1_A. U předloženého výzkumu platí, že **úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s nižším vzděláním na stejné úrovni jako u osob s vyšším vzděláním.**

Hypotéza 2

H2₀: Úroveň zdravotní gramotnosti je u mužů na stejné úrovni jako u žen.

H2_A: Úroveň zdravotní gramotnosti u mužů na nižší úrovni než u žen.

Kritická hladina významnosti byla pro hypotézu H2 zvolena $\alpha = 0,05$, tedy 5 %. Pro testování hypotézy byl využit t-test. Vypočítaná p-hodnota nabývá hodnoty $p = 0,658$. Jelikož vypočítaná p-hodnota je větší než hladina významnosti α , lze na základě vypočítané p-hodnoty přijmout nulovou hypotézu H2₀ a zamítnout alternativní hypotézu H2_A. U předloženého výzkumu platí, že **úroveň zdravotní gramotnosti je u mužů na stejné úrovni jako u žen.**

Hypotéza 3

H3₀: Úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s horším zdravotním stavem na stejné úrovni jako u osob s lepším zdravotním stavem.

H3₁: Úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s horším zdravotním stavem na nižší úrovni než u osob s lepším zdravotním stavem.

Kritická hladina významnosti byla pro hypotézu H3 zvolena $\alpha = 0,05$, tedy 5 %. Pro testování hypotézy byl využit Pearsonův Chí-kvadrát test. Vypočítaná p-hodnota nabývá hodnoty $p = 0,010$. Jelikož vypočítaná p-hodnota je nižší než hladina významnosti α , lze na základě vypočítané p-hodnoty zamítnout nulovou hypotézu H3₀ a přijmout alternativní hypotézu H3_A. U předloženého výzkumu platí, že **úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s horším zdravotním stavem na nižší úrovni než u osob s lepším zdravotním stavem.**

Hypotéza 4

H4₀: *Pro respondenty, kteří mají horší zdravotní stav není těžké udělat rozhodnutí zlepšit svoje zdraví.*

H4_A: *Pro respondenty, kteří mají horší zdravotní stav je těžké udělat rozhodnutí zlepšit svoje zdraví.*

Kritická hladina významnosti byla pro hypotézu H3 zvolena $\alpha = 0,05$, tedy 5 %. Pro testování hypotézy byl využit Pearsonův Chí-kvadrát test. Vypočítaná p-hodnota nabývá hodnoty $p = 0,001$. Jelikož vypočítaná p-hodnota je nižší než hladina významnosti α , lze na základě vypočítané p-hodnoty zamítnout nulovou hypotézu H4₀ a přijmout alternativní hypotézu H4_A. U předloženého výzkumu platí, že **pro respondenty, kteří mají horší zdravotní stav, je těžké udělat rozhodnutí zlepšit svoje zdraví.**

Hypotéza 5

H5₀: *Pro seniory, kteří trpí dlouhodobou nemocí, není více těžké najít informace o léčbě nemocí.*

H5₁: *Pro seniory, kteří trpí dlouhodobou nemocí, je více těžké najít informace o léčbě nemocí.*

Kritická hladina významnosti byla pro hypotézu H5 zvolena $\alpha = 0,05$, tedy 5 %. Pro testování hypotézy byl využit Pearsonův Chí-kvadrát test. Vypočítaná p-hodnota nabývá hodnoty $p = 0,001$. Jelikož vypočítaná p-hodnota je nižší než hladina významnosti α , lze na základě vypočítané p-hodnoty zamítnout nulovou hypotézu H5₀

a přijmout alternativní hypotézu H_{5A} . U předloženého výzkumu platí, že **pro seniory, kteří trpí dlouhodobou nemocí, je více těžké najít informace o léčbě nemocí.**

DISKUZE

Senioři ve výzkumu hodnotili jako nejvíce těžké zhodnocení výhod a nevýhod různých možností léčby; posouzení potřeby názoru jiného lékaře; zhodnocení, zda jsou informace o nemoci v médiích spolehlivé a posouzení, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné.

Ve výzkumu, který je součástí diplomové práce, se neadekvátní ZG vyskytovala u 14,7 % seniorů, problematická u 38,2 %, dostatečná u 39,7 % osob a excelentní u 7,4 % (výsledky jsou uvedeny ve validních četnostech). Ve výzkumu od Brabcové et al. z roku 2018, do kterého byli zapojeni senioři z Jihomoravského kraje, dopadly výsledky zdravotní gramotnosti následovně: neadekvátní ZG byla zjištěna u 23,1 % seniorů, problematická ZG u 37,8 % osob a dostatečná u 39,1 % seniorů (Brabcová et al., 2018). Co se týká zdravotní gramotnosti české dospělé populace, u 19,1 % byla zjištěna neadekvátní ZG, u 40,3 % problematická ZG, 28,4 % populace vykazovalo dostatečnou ZG a 12,3 % mělo excelentní úroveň ZG (Kučera et al., 2016).

Ve výzkumu, který je součástí diplomové práce, byla vypočítána zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče u 84 jedinců a uvedeny budou výsledky validních četností. Neadekvátní úroveň ZG se vyskytovala u 11,9 %, problematická u 34,5 %, dostatečná úroveň také u 34,5 % a excelentní úroveň u 19,0 % seniorů. V oblasti prevence nemocí se vypočítala úroveň ZG celkem u 76 osob. Neadekvátní ZG byla zjištěna u 17,1 % jedinců, problematická rovněž u 17,1 %, dostatečná u 42,1 % a excelentní u 23,7 %. V oblasti podpory zdraví se spočítal index u 66 osob a z výsledků bylo zjištěno, že neadekvátní úroveň ZG vyskytovala u 25,8 % jedinců, u 37,9 % se zjistila problematická úroveň ZG, dostatečnou úroveň disponovalo 25,8 % a excelentní úroveň vykazovalo 10,6 % seniorů. Ve výzkumu zdravotní gramotnosti dospělé české populace dopadly výsledky zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče následovně: 16,2 % osob vykazovalo neadekvátní ZG, 33,3 % zkoumaných osob mělo problematickou ZG, dostatečnou ZG mělo 36,3 % osob a excelentní 14,3 %. Hůře dopadla oblast prevence nemocí. Neadekvátní ZG v této oblasti mělo 20,6 % osob, problematickou 33,5 %. Dostatečná ZG byla zjištěna u 30,3 % a excelentní u 15,6 % jedinců. Nejhůře dopadla oblast podpory zdraví. V této oblasti byla zjištěna neadekvátní úroveň ZG u 30,8 % osob. Problematická ZG se zjistila u 33,5 %, u 37,9 % se zjistila problematická úroveň ZG, dostatečnou úroveň disponovalo 25,8 % a excelentní úroveň vykazovalo 10,6 % seniorů.

dostatečná u 24,2 % zkoumaných osob a excelentní pouze u 11,5 % z nich (Kučera et al., 2016).

Průměrné bodové ohodnocení v jednotlivých oblastech bylo následující: Celková ZG: 31,8 bodů; ZG v oblasti zdravotní péče: 33 bodů; ZG v oblasti prevence nemocí: 32,1 bodů a ZG v oblasti podpory zdraví: 30 bodů (Kučera et al., 2016). Ve výzkumu, který je součástí diplomové práce, dopadlo bodové ohodnocení takto: Celková ZG: 33,3 bodů; ZG v oblasti zdravotní péče: 33,6 bodů; ZG v oblasti prevence nemocí: 35 bodů a ZG v oblasti podpory zdraví: 30 bodů. Jak jsme zjistili, výsledek v oblasti podpory zdraví je shodný s celkovým výsledkem populace ČR, ale jinak všechny ostatní indexy převyšují průměr ČR. Musíme brát v úvahu, že do výpočtů indexů nebyly započítány všichni respondenti z důvodu častých odpovědí „nemohu odpovědět (nevím)“, tudíž někteří, kteří mohli vykazovat i nižší úroveň ZG, nebyli do výpočtů započítáni. Dále je možnost srovnat průměrné hodnoty vypočítaných indexů v jednotlivých oblastech ZG mezi výsledky ČR a průměrnými hodnotami mezi 8 zeměmi EU, ve kterých byl výzkum proveden. Celková ZG: 33,8 bodů; ZG v oblasti zdravotní péče: 34,7 bodů; ZG v oblasti prevence nemocí: 34,2 bodů; ZG v oblasti podpory zdraví: 32,5 bodů (Kučera et al., 2016). Kromě průměrné hodnoty indexu ZG v oblasti prevence nemocí, který činí 34,2 bodů (v námi provedeném výzkumu činí 35 bodů), nabývají všechny ostatní indexy vyšších hodnot.

Pokud bychom srovnali celkovou ZG s ostatními zeměmi EU, ČR by skončila předposlední, za ní by bylo pouze Bulharsko, kde 26,9 % obyvatel vykazovalo neadekvátní úroveň ZG, 35,2 % problematickou, 26,6 % dostatečnou a 11,3 % excelentní. Jako země s nejlepším výsledkem skončilo Nizozemsko. Pouze u 1,8 % obyvatel byla zjištěna neadekvátní ZG, dále u 26,9 % osob se zjistila problematická úroveň, 46,3 % vykazovalo dostatečnou ZG a 25,1 % lidí mělo excelentní úroveň ZG (Sørensen et al., 2015).

Ve studii, provedené v Taiwanu v roce 2017 na vzorku 603 seniorů, týkající se zdravotní gramotnosti seniorů, bylo zjištěno, že excelentní ZG vykazovalo 10,4 % žen a 18,9 % mužů, dostatečnou úroveň 34,2 % žen a 24,0 % mužů. Problematická úroveň ZG byla zjištěna u 32,6 % žen a 35,1 % mužů a neadekvátní u 22,8 % žen a 22,0 % mužů seniorského věku (Huang et al., 2018).

V Kanadě byla provedena studie na skupině seniorů žijících v zařízení v Hamiltonu v Ontariu na vzorku 229 seniorů pomocí nástroje NVS. 82,1 % z nich mělo neadekvátní ZG a pouze 17,9 % dosahovalo adekvátní úrovně ZG (Agarwal et al., 2018).

Ve výzkumu na dospělé populaci ČR také nebyla prokázána souvislost mezi pohlavím respondentů, jako tomu bylo v naší studii. Byla zjištěna klesající úroveň ZG s věkem, a to od 4. decenia. Byla rovněž prokázána statisticky významná souvislost mezi úrovní ZG a vzděláním, na rozdíl od naší studie, kde se signifikantní rozdíl neprokázal. Kučera et al. tvrdí, že s rostoucí úrovní ZG se zlepšuje subjektivně vnímaný zdravotní stav, což dokazuje i naše provedené výzkumné šetření. Kučera et al. se domnívají, že u osob označujících svůj stav jako špatný, se zvyšuje kompetence při získávání zdravotně relevantních informací a jejich využívání a že závažnější a déletrvající nemoc může vést k rostoucímu zájmu o zdravotní informace. V našem výzkumu byla srovnávána souvislost mezi přítomností dlouhodobé nemoci a nalezením informací o léčbě nemoci. Byla zjištěna statisticky významná souvislost, že pro osoby trpící více než jednou nemocí, je těžké najít informace o léčbě nemoci. V ČR je ZG v největší míře ze všech zkoumaných zemí EU ovlivněna věkem a nejnižší vliv ze všech zemí EU má pohlaví. Nejsilněji souvisí ZG s frekvencí tělesných cvičení a Body mass indexem. V ČR je nejsilnější souvislost subjektivního pocitu zdraví s úrovní ZG (Kučera et al., 2016).

V kanadské studii provedené na skupině seniorů byla prokázána souvislost mezi ZG a BMI a vzděláním, naopak mezi věkovou skupinou, pohlavím a subjektivním zdravotním statusem nebyla prokázána signifikantní souvislost (Agarwal et al., 2018).

U výzkumu Brabcové et al., u seniorů žijících v Jihočeském kraji, nebyla prokázána statistická významnost mezi úrovní ZG a pohlavím respondentů, stejně tak u výzkumu provedeném v této diplomové práci. Na rozdíl od výzkumu, který je součástí diplomové práce, byla prokázána statisticky významná souvislost mezi úrovní ZG a vzděláním seniorů. Ve výzkumu od Brabcové et al. bylo zjištěno, že osoby se základním vzděláním nebo se středním vzděláním bez maturity mají zejména problematickou a neadekvátní úroveň ZG. Naopak u osob s vystudovanou střední školou s maturitou, VOŠ nebo VŠ převládá dostatečná ZG (Brabcová et al., 2018).

V analytické studii bylo zjištěno, že pouze 24 % osob starších 65 let vnímá subjektivně svůj zdravotní stav jako dobrý až velmi dobrý a s narůstajícím věkem toto hodnocení výrazně klesá (Zdraví 2030, 2019). Ve výzkumu od Hajduchové et al. na skupině seniorů žijících v Jihočeském kraji svůj zdravotní stav jako velmi dobrý hodnotilo pouze 5,8 % osob, jako dobrý 28,2 %, uspokojivý 49,1 %, špatný 14,2 % a jako velmi špatný jej označilo 1,2 % respondentů (Hajduchová et al., 2017). Ze získaných odpovědí výzkumného šetření diplomové práce vyplynulo, že svůj stav jako velmi dobrý vnímá 3,6 % seniorů, jako dobrý 25,5 %, uspokojivý 50,0 %, špatný 15,5 % a jako velmi špatný jej hodnotilo 1,8 % dotazovaných. Výsledky jsou si tedy velmi podobné.

ZÁVĚR

Zdravotní gramotnost je aktuální celospolečenské téma. Věnuje se mu tedy i politika na státní a mezinárodní úrovni. V první části diplomové práce byly shrnuty poznatky o zdraví, podpoře zdraví, prevenci nemocí, o programech na podporu zdraví a zejména pak o zdravotní gramotnosti zaměřené na skupinu seniorů.

Byl proveden kvantitativní výzkum pomocí standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q86, který byl mírně upraven. Výzkumný soubor tvořilo 110 seniorů z Jihomoravského kraje. Výzkum byl proveden pouze u seniorů žijících v domácím prostředí, prostřednictvím tištěných dotazníků distribuovaných autorkou této diplomové práce nebo jí pověřenými druhými osobami.

Ve výzkumné části byly ze získaných odpovědí vypočítány indexy, odpovídající jednotlivým úrovním zdravotní gramotnosti. Hodnocena byla úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, v oblasti prevence nemocí, v oblasti podpory zdraví, a nakonec celková zdravotní gramotnost. Jako oblast s nejlepším výsledkem skončila zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí. Naopak oblastí s nejhorším výsledkem se stala zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví. Do výpočtu nebyli zahrnuti respondenti, u kterých se častěji vyskytovala odpověď „nemohu posoudit (nevím)“. ZG v oblasti zdravotní péče byla u 11,9 % seniorů neadekvátní, u 34,5 % problematická, dostatečná ZG byla zjištěna také u 34,5 % a excelentní u 19,0 %. ZG v oblasti prevence nemocí byla vyhodnocena jako neadekvátní u 17,1 %, jako problematická také u 17,1 %, dostatečná úroveň byla zjištěna u 42,1 % seniorů a u 23,7 % se vyskytovala excelentní úroveň. Nejhorší výsledky byly zjištěny u oblasti podpory zdraví. Neadekvátní ZG vykazovalo 25,8 % respondentů, problematickou 37,9 %, dostatečnou 25,8 % a excelentní úroveň pouze 10,6 % osob. Celkovou úroveň zdravotní gramotnosti jako nedostatečnou vykazovalo 14,7 % seniorů. Problematická úroveň byla zjištěna u 38,2 %, dostatečná u 39,7 % a excelentní u 7,4 %.

V diplomové práci byly vyhodnoceny hypotézy. H_{10} byla přijata a H_{1A} byla zamítnuta. U předloženého výzkumu platilo, že úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s nižším vzděláním na stejné úrovni jako u osob s vyšším vzděláním. Hypotéza H_{20} byla také přijata a H_{2A} byla zamítnuta. V provedeném výzkumu bylo zjištěno, že úroveň zdravotní gramotnosti je u mužů na stejné úrovni jako u žen. Další hypotéza

H_{3_0} byla zamítnuta a mohla být přijata hypotéza H_{3_A} , tedy že úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s horším zdravotním stavem na nižší úrovni než u osob s lepším zdravotním stavem. Hypotézu H_{4_0} jsme zamítli a přijali hypotézu H_{4_A} . U předloženého výzkumu platí, že pro respondenty, kteří mají horší zdravotní stav, je těžké udělat rozhodnutí zlepšit svoje zdraví. Poslední zkoumanou hypotézu H_{5_0} jsme taktéž zamítli a mohli jsme přijmout alternativní hypotézu H_{5_A} . Platí tvrzení, že pro seniory trpící dlouhodobou nemocí, je více těžké najít informace o léčbě nemocí.

U seniorů je z hlediska populace úroveň ZG nejnižší. Zvyšování ZG by u seniorů nemělo být podceňováno, ale mělo by jí být věnováno náležitě pozornosti. Zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti u seniorů by mělo vliv na lepší využívání zdravotních služeb. Krokem, který by mohl zvýšit úroveň ZG, je aktivní zapojení seniorů a jejich spolurozhodování na zdravotní péči. Je vhodné se zabývat tvorbou a distribucí edukačních materiálů vhodných pro seniory. Média by měla hrát důležitou roli v edukaci seniorů, je tedy potřeba, aby se zvýšila jejich hodnověrnost a relevantnost informací. Jako vhodné se zdá zavedení screeningu zdravotní gramotnosti u seniorů v klinických zařízeních.

SOUHRN

Cílem této diplomové práce je sumarizace aktuálních teoretických poznatků z oblasti problematiky zdraví, podpory zdraví a zejména zdravotní gramotnosti, která je zaměřena na skupinu seniorů. Cílem výzkumného šetření je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti seniorské populace na území Jihomoravského kraje.

Výzkumné šetření bylo provedeno s využitím výzkumného nástroje – standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q86, který byl mírně upraven. Výzkumný soubor tvořilo 110 seniorů.

Byla vypočítána a vyhodnocena úroveň zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, v oblasti prevence nemocí, v oblasti podpory zdraví, a nakonec celková zdravotní gramotnost. Jako oblast s nejlepším výsledkem skončila zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí. Naopak oblastí s nejhorším výsledkem se stala zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví.

Bylo zjištěno, že nedostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti vykazuje 14,7 % seniorů. Problematická úroveň ZG byla vypočítána u 38,7 % osob, dostatečná úroveň u 39,7 % a excelentní úroveň ZG byla zjištěna pouze u 7,4 % seniorů. Dále bylo u předloženého výzkumu bylo zjištěno, že úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s nižším vzděláním na stejné úrovni jako u osob s vyšším vzděláním, poté že úroveň zdravotní gramotnosti je u mužů na stejné úrovni jako u žen. Dalším zjištěním bylo, že úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s horším zdravotním stavem na nižší úrovni než u osob s lepším zdravotním stavem. U předloženého výzkumu platí, že pro respondenty, kteří mají horší zdravotní stav, je těžké udělat rozhodnutí zlepšit svoje zdraví. A dále platí tvrzení, že pro seniory, kteří trpí dlouhodobou nemocí, je více těžké najít informace o léčbě nemocí.

Klíčová slova

Zdraví, podpora zdraví, prevence, zdravotní gramotnost, senior, stáří

SUMMARY

The aim of the diploma thesis is a summarization of actual searched knowledge in the area of health, health promotion and mainly health literacy, focused on seniors. The aim of research is to detect what level of health literacy seniors living in Jihomoravský kraj have.

Quantitative research was made by standardized questionnaire HLS-EU-Q86 with a little modification. 110 participant were involved in the presented research.

The level of health literacy was measured and evaluated as such in general and also in the areas of health care, disease prevention and health promotion. While the area of disease prevention gained the best results, the area of health promotion ended up having the worst results.

Presented findings show that 14,7 % of seniors has insufficient general health literacy. Problematic general health literacy show 38,2 % of seniors. 39,7 % of seniors report sufficient health literacy and excellent health literacy was found out only at 7,4 % of seniors. These findings show that seniors with lower education and seniors with higher education have the same level of health literacy. Health literacy level is the same among men and women. Health literacy level is lower among people with worse health status than among people with better health status. For seniors with worse health status is difficult to make desicion to improve their health. Finally the findings claim that for seniors suffering of chronic disease is more difficult to search for informations about treatment of diseases.

Key words

Health, health promotion, prevention, health literacy, senior, elderly, older adult

REFERENČNÍ SEZNAM

1. AGALVAR, Gina et al. 2018. Assessing health literacy among older adults living in subsidized housing: a cross-sectional study. *Canadian journal of public health* [online]. s. 401-409 [cit. 2020-06-15]. doi:10.17269/s41997-018-0048-3.
2. Aktivizace a zvýšení zdravotní gramotnosti - Senior v nemocnici. *Aktivizace seniorů v nemocnici - aktivitou ke zdraví* [online].
Dostupné z: <http://seniorvnemocnici.cz/2017/12/31/aktivizace-zvyseni-zdravotni-gramotnosti/>.
3. ALTIN, S. et al. 2014. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. 2014(14), s. 1-13 [cit. 2019-01-20]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1207. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1207>.
4. ANSARI, Hossein et al. 2016. Health Literacy in Older Adults and Its Related Factors: A Cross-Sectional Study in Southeast Iran. *Health Scope* [online]. 5(4):e37453 doi: 10.17795/jhealthscope-37453. [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/305662009_Health_Literacy_in_Older_Adults_and_Its_Related_Factors_A_Cross-Sectional_Study_in_Southeast_Iran.
5. BÁRTLOVÁ, Sylva et al. 2019. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada Publishing. 176 s. ISBN 978-80-271-2201-1.
6. BÁRTLOVÁ, Sylva et al. 2017. Nové cesty pro zlepšení zdravotní gramotnosti seniorů. *Časopis lékařů českých* [online]. 156(8). [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-8/nove-cesty-pro-zlepseni-zdravotni-gramotnosti-senioru-62769>.

7. BAKER, D.B. et al. 2000. The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology B* [online]. **55**(6). s. 368–374 [cit. 2020-04-04].
8. BRABCOVÁ, I., et al. 2018. Zdravotní gramotnost seniorů. *Praktický lékař* [online]. **98**(4), s. 178-181 [cit. 2019-12-11]. ISSN 00326739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2018-4-4/zdravotni-gramotnost-senioru-105315>.
9. CHESSER, A.K. et al. 2016. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med* [online]. **2**:2333721416630492. doi:10.1177/2333721416630492 [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119904/>.
10. ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk a Libuše ČELEDOVÁ. 2012. *Sociální gerontologie, Úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
11. ČEVELA, Rostislav et al. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
12. DOETS et al. 2019. Beneficial effect of personalized lifestyle advice compared to generic advice on wellbeing among Dutch seniors – An explorative study. *Psychology and Behaviour* [online]. **210**(112642) [cit. 2020-05-11]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938418305717>
13. HAJDUCHOVÁ, H., et al. 2017. Zdravotní gramotnost seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb. *Praktický lékař* [online]. **97**(5), s. 223-227 [cit. 2019-12-28]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-5/zdravotni-gramotnost-senioru-a-jeji-vliv-na-zdravi-a-cerpani-zdravotnich-sluzeb-62179>.

14. HUANG, Chi Hsien et al. 2018. Impact of Health Literacy on Frailty among Community-Dwelling Seniors. *Journal of Clinical Medicine* [online]. 7(12) [cit. 2020-06-15]. doi:10.3390/jcm7120481.
15. FRISCH, A.-L., L. CAMERINI, N. DIVIANI a P. J. SCHULZ. 2012. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains?. *Health Promotion International* [online]. 27(1), s. 117-126. ISSN 0957-4824 [cit. 2019-02-13]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapro/article-lookup/doi/10.1093/heapro/dar043>.
16. HOLČÍK, Jan. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vyd. Brno: Masarykova Univerzita. Škola a zdraví pro 21. století. ISBN 978-80-210-5239-0.
17. JAKAB, Zsuzsanna a Agis D. TSOUROS. 2014. *Zdraví 2020 – Cesta ke zdraví a rozvoji Evropy* [online]. [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/artkey/hyg-201403-0002_Zdravi-2020-cesta-ke-zdravi-a-rozvoji-Evropy.php.
18. JAMES, B.D, BOYLE, P. A., BENNETT, B. D. BENNETT, D. A. 2012. The impact of health and financial literacy on decision making in community-based older adults. *Gerontology* [online]. 58(6), s. 531-539 [cit. 2019-12-19].
19. JANOVSKÁ, Kateřina, et al. 2016. *Zdravotní gramotnost seniorů. Národní síť podpory zdraví*. s. 1 – 15.
20. JANURA, Lukáš. 2018. *Výzkum zdravotní gramotnosti ve střední Evropě* [online] [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://relik.vse.cz/2018/download/pdf/202-Janura-Lukas-paper.pdf>.
21. KACHLÍK, Petr. 2016. Lidské zdraví, jeho determinanty a možnosti jeho ovlivňování. In BĚLÍK, M. a kol. (Eds.). *Sborník abstraktů 37. konference Člověk ve svém pozemském a kosmickém prostředí*.

22. KOMÁREK, Lumír. 2007. *Výchova ke zdraví, strategie, metody a hodnocení* [online]. Státní zdravotní ústav [cit. 2020-04-26]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/modul-1>.
23. KOTULÁN, Jaroslav. 2015. K účinnosti našich zdravotních programů. *Hygiena* [online]. **60**(2), s. 81-85 [cit. 2020-05-13]. Dostupné z: <https://hygiena.szu.cz/pdfs/hyg/2015/02/16.pdf>.
24. KUČERA, Zdeněk. 2017. *Role výzkumu – Zdravotní gramotnost obyvatel ČR*. Národní konference o zdravotní gramotnosti [online]. Ústav pro zdravotní gramotnost [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf.
25. KUČERA, Zdeněk et al. 2016. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis českých lékařů* [online]. **155**(5), s. 233-241 [cit. 2020-05-01]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2016-5/zdravotni-gramotnost-obyvatel-cr-vysledky-komparativniho-reprezentativniho-setreni-59024>.
26. KUČERA, Zdeněk. 2017. *Zdravotní gramotnost v České republice* [online]. [cit. 2019-10-02]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/12_prezentace.pdf.
27. LESENKOVÁ Eva a Helena BOUZKOVÁ. 2017. *Podpora zdravotní gramotnosti občana – dostupnost ověřených zdrojů informací o zdraví a nemoci ve veřejných knihovnách*. Národní konference o zdravotní gramotnosti [online]. Ústav pro zdravotní gramotnost [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
28. LINDEROVÁ, I, SCHOLZ P. a M. MUNDUCH. 2016. *Úvod do metodiky výzkumu*. Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN 978-80-88064-23-7.

29. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Národní zdravotnický informační portál* [online] MZČR [cit. 2020-05-7]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>.
30. NUTBEAM, Don. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Oxford university Press* [online]. **15**(3) [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: <https://watermark.silverchair.com/>.
31. NUTBEAM, Don. 2009. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health* [online]. 54, s. 303–305. DOI: 10.1007/s00038-009-0050-x [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/26704553_Defining_and_measuring_health_literacy_What_can_we_learn_from_literacy_studies.
32. OSBORNE, Helen. 2013. *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message*. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 1449600530.
30. Patzelt, C. et al. 2016. Reaching the Elderly: Understanding of health and preventive experiences for a tailored approach – Results of a qualitative study. *BMC Geriatr* [online]. **16**(210) [cit. 2019-05-09]. Dostupné z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0374-3#citeas>.
33. POKORNÁ Andrea a Jana LACÍKOVÁ. 2012. Očkování proti chřipce z pohledu seniorské populace. *Hygiena* [online]. **57**(3), s. 94 – 99 [cit. 2019-12-07]. Dostupné z: https://hygiena.szu.cz/artkey/hyg-201203-0005_Ockovani-proti-chripce-z-pohledu-seniorske-populace.php.
34. Raudenská J, Javůrková A. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.

35. Senioři, hýbejte se a jezte zdravě - Senior v nemocnici. *Aktivizace seniorů v nemocnici - aktivitou ke zdraví* [online] [cit. 2019-12-20].
Dostupné z: <http://seniorvnemocnici.cz/2018/04/15/seniori-hybejte-se-a-jezte-zdrave/>.
36. Sørensen et al. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health* [online]. **25**(6), s. 1053–1058 [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/6/1053/2467145>.
37. ŠEDO VÁ, Lenka et al. 2016. Selected aspects of health literacy among seniors. *Neuroendocrinology Letters* [online]. **37**(2), s. 11-17. ISSN: 2354-4716. [cit. 2020-05-10]. Dostupné z: <http://www.nel.edu/userfiles/articlesnew/NEL371016A02.pdf>.
38. ŠIMŮNKOVÁ, Marta. 2017. *Zdravotní gramotnost a media. Národní konference o zdravotní gramotnosti* [online]. Ústav pro zdravotní gramotnost. [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
39. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5446-8.
40. Úřad vlády České republiky. *Indikátory kvality života v oblasti zdraví, Závěrečná zpráva expertní skupiny pro identifikaci relevantních indikátorů kvality života v ČR v oblasti Zdraví* [online] [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/udrzitelny-rozvoj/projekt-OPZ/4--Zdravi.pdf>.
41. YOSHIDA, Yuko et al. 2014. Limited Functional Health Literacy, Health Information Sources, and Health Behavior among Community-Dwelling Older Adults in Japan. *Geriatrics* [online]. [cit. 2019-12-03]. DOI:10.1155/2014/952908. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/273673026_Limited_Functional_Health_Li

[teracy Health Information Sources and Health Behavior among Community-Dwelling Older Adults in Japan.](#)

42. *Zdravé stárnutí: výzva Evropě : stručná verze*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2008. ISBN 978-80-7071-302-0.

43. *Zdraví 2020, Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Akční plán č.12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015 [cit. 2019-12-11]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf.

44. *Zdraví 2020: rámcový souhrn opatření připravených s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského regionu* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013 [cit. 2020-04-11]. Dostupné z: https://www.khspce.cz/wp-content/uploads/WHO-Zdrav%C3%AD-2020_P%C5%99eklad_CZ.pdf

45. *Zdraví 2030“ Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 („Strategický rámec Zdraví 2030“)* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2019 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: https://www.khslbc.cz/wp-content/uploads/Strategicky_ramec_do_2030.pdf.

46. *Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v české republice do roku 2030 – analytická studie*, Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2019 [cit. 2020-04-14]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>.

47. *Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR.*
Zdraví pro všechny v 21. století. 2002. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

SEZNAM ZKRATEK

AAHLS	The All Aspects of Health Literacy
BMI	Body Mass Index
EU	Evropská Unie
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
HALS	Health Activity Literacy Scale
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NLK	Národní lékařská knihovna
NVS	The Newest Vital Sign
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
ZG	Zdravotní gramotnost

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Postupový diagram široké rešeršní strategie	10
Obrázek 2. Postupový diagram cílené rešeršní strategie.....	12

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Pohlaví respondentů	40
Tabulka 2. Věkové rozložení respondentů.....	40
Tabulka 3. Nejvyšší dosažené vzdělání	41
Tabulka 4. Jak těžké je nalézt informace o příznacích nemocí, které se vás týkají?	43
Tabulka 5. Jak těžké je pochopit, co vám říká váš lékař?	43
Tabulka 6. Jak těžké je pochopit příbalový leták, který je přiložen k vašemu léku?	44
Tabulka 7. Jak těžké je zhodnotit výhody a nevýhody různých možností léčby?	44
Tabulka 8. Jak těžké je posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?	45
Tabulka 9. Jak těžké je zhodnotit, zda je informace o nějaké nemoci v médiích spolehlivá? (např. z TV, Internetu nebo jiného média)	45
Tabulka 10. Jak těžké je pochopit doporučení, jak užívat léky?	46
Tabulka 11. Jak těžké je zavolat záchranou službu, když se něco stane?	46
Tabulka 12. Jak těžké je získat informace o tom, jak zvládat nezdravé návyky, jako je kouření, nízká tělesná aktivita a nadměrné pití?	47
Tabulka 13. Jak těžké je získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?	47
Tabulka 14. Jak těžké je získat informace o očkování a preventivních vyšetřeních (screeningy), která byste měl(a) absolvovat? (např. vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevní tlak)	48
Tabulka 15. Jak těžké je nalézt informace, jak předejít nebo jak zvládat problémy, jako je nadváha, vysoký krevní tlak nebo vysoká hladina cholesterolu?	49
Tabulka 16. Jak těžké je posoudit, kdy je třeba, abyste šel/šla k lékaři na vyšetření?	49
Tabulka 17. Jak těžké je posoudit, která očkování byste potřeboval?	50
Tabulka 18. Jak těžké je posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? (např.: z TV, internetu nebo jiných médií)	50

Tabulka 19. Jak těžké je rozhodnout se, zda byste se měl(a) nechat očkovat proti chřipce?	51
Tabulka 20. Jak těžké je rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? (např.: Noviny, letáky, internet nebo jiná média)	51
Tabulka 21. Jak těžké je nalézt informace o aktivitách podporujících zdraví, jako je cvičení, zdravé potraviny a výživa?	52
Tabulka 22. Jak těžké je nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? (např.: meditace, cvičení, procházky, pilates apod.)	53
Tabulka 23. Jak těžké je pochopit informaci na obalech potravin?	53
Tabulka 24. Jak těžké je pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (např.: internet, noviny, časopisy).....	54
Tabulka 25. Jak těžké je udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?.....	54
Tabulka 26. Zdravotní stav	55
Tabulka 27. Dlouhodobá nemoc nebo zdravotní problém	55
Tabulka 28. Zdravotní problémy a omezení aktivit	56
Tabulka 29. Kontakt s lékařskou pohotovostí během posledních 2 let.....	56
Tabulka 30. Návštěva u lékaře během posledních 12 měsíců.....	57
Tabulka 31. Hospitalizace během posledních 12 měsíců.....	57
Tabulka 32. Využití služeb dalších zdravotnických specialistů během posledních 12 měsíců.....	58
Tabulka 33. Kouření.....	58
Tabulka 34. Pití alkoholu během posledních 12 měsíců.....	59
Tabulka 35. Pití alkoholu během posledních 30 dní	59
Tabulka 36. Počet vypitých drinků	60
Tabulka 37. Cvičení během posledních 30 dní	61
Tabulka 38. Možnost vzít někoho s sebou k lékaři?	61
Tabulka 39. Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče	62
Tabulka 40. Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí	64
Tabulka 41. Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví.....	65
Tabulka 42. Celková zdravotní gramotnost	66
Tabulka 43. Celková zdravotní gramotnost podle pohlaví	67
Tabulka 44. Zdravotní gramotnost a zdravotní stav.....	68

Tabulka 45. Zdravotní gramotnost a zdravotní stav.....	69
Tabulka 46. Celková zdravotní gramotnost a věková kategorie	70
Tabulka 47. Celková zdravotní gramotnost a věk.....	71
Tabulka 48. Celková zdravotní gramotnost a vzdělání.....	72
Tabulka 49. Rozhodnutí zlepšit zdraví vs. zdravotní stav	73
Tabulka 50. Nalezení informací o léčbě nemocí vs. dlouhodobá nemoc.....	74

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Věkové rozložení respondentů podle pohlaví.....	41
Graf 2. Nejvyšší dosažené vzdělání	42
Graf 3. Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče.....	63
Graf 4. Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí.....	64
Graf 5. Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví.....	65
Graf 6. Celková zdravotní gramotnost	66
Graf 7. Celková ZG podle pohlaví.....	68
Graf 8. Zdravotní gramotnost a zdravotní stav	69
Graf 9. Celková zdravotní gramotnost a zdravotní stav.....	70
Graf 10. Celková zdravotní gramotnost a věková kategorie.....	71
Graf 11. Celková zdravotní gramotnost a věk	72
Graf 12. Celková zdravotní gramotnost a vzdělání.....	73
Graf 13. Rozhodnutí zlepšit zdraví vs. zdravotní stav	74
Graf 14. Nalezení informací o léčbě nemocí vs. dlouhodobá nemoc	75

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1. Informovaný souhlas
- Příloha 2. Dotazník zdravotní gramotnosti využit při výzkumu
- Příloha 3. Demografické údaje respondentů

PŘÍLOHY

Příloha 1. Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Zdravotní gramotnost seniorů

Vážená paní, vážený pane,

v souladu se zásadami etiky výzkumu* se na Vás obracím s prosbou o zapojení do studie, jejíž výsledky budou součástí mé *diplomové práce s názvem „Zdravotní gramotnost seniorů“*.

Účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Získané údaje nebudou uváděny ve spojitosti s Vaší osobou, budou vyhodnoceny a prezentovány anonymně a tento *Informovaný souhlas bude uchován odděleně od dat a výsledků***.

V průběhu realizace výzkumu můžete kdykoliv svobodně odmítnout či odstoupit.

Cílem diplomové práce je zjistit, jaká je zdravotní gramotnost seniorů, proto se na Vás obracím s touto žádostí o vyplnění připojeného dotazníkového šetření, z něhož budou vyhodnocovány výsledky.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že SOUHLASÍM S ÚČASTÍ NA VÝŠE UVEDENÉM VÝZKUMU.

Jsem obeznámen s podstatou výzkumu Zdravotní gramotnosti seniorů. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a výsledky mohou být anonymně publikovány.

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Jsem informován/a, o tom, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na zkoumání odstoupit, a to i bez udání důvodu.

jméno, příjmení a podpis studentky:

Bc. Magdalena Šméralová, studentka 2. ročníku UOPZŠ, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

v _____ dne: _____

V případě jakýchkoliv dalších dotazů k tomuto výzkumu mne můžete kontaktovat:

tel: 720 564 966 e-mail: magdalena.smeralova01@upol.cz

jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu:

v _____ dne: _____

*Sbírka mezinárodních smluv Sb. M. s. 96/2001 a 97/2001, Směrnice děkana PdF UP č. 3/2015- Statut Etické komise PdF UP v Olomouci pro oblast výzkumné činnosti

**Údaje budou zpracovány dle Zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů

Příloha 2. Dotazník zdravotní gramotnosti využit při výzkumu

ANONYMNÍ DOTAZNÍK ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI Pro seniory <u>starší 65 let</u> s <u>trvalým bydlištěm</u> na území <u>Jihomoravského kraje</u>						
O1 Ohodnotte na škále od „velmi snadné“ k „velmi těžké“, jak těžké je (své hodnocení zakroužkujte):						
	Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké	Nemohu posoudit (nevím)	
1	...	1	2	3	4	5
2	...	1	2	3	4	5
3	...	1	2	3	4	5
4	...	1	2	3	4	5
5	...	1	2	3	4	5
6	...	1	2	3	4	5
7	...	1	2	3	4	5
8	...	1	2	3	4	5
9	...	1	2	3	4	5
10	...	1	2	3	4	5
11	...	1	2	3	4	5
12	...	1	2	3	4	5
13	...	1	2	3	4	5
14	...	1	2	3	4	5
15	...	1	2	3	4	5
16	...	1	2	3	4	5
17	...	1	2	3	4	5
18	...	1	2	3	4	5
19	...	1	2	3	4	5
20	...	1	2	3	4	5
21	...	1	2	3	4	5
22	...	1	2	3	4	5
23	...	1	2	3	4	5
24	...	1	2	3	4	5
25	...	1	2	3	4	5
26	...	1	2	3	4	5
27	...	1	2	3	4	5
28	...	1	2	3	4	5
29	...	1	2	3	4	5
30	...	1	2	3	4	5
31	...	1	2	3	4	5
32	...	1	2	3	4	5
33	...	1	2	3	4	5

34	...nalézt informace o tom, jak byste mohli s vašimi sousedy usilovat o zdravější prostředí? (např.: Snížení hluku a znečištění ovzduší, rozšiřování zeleně, budování zařízení pro trávení volného času)	1	2	3	4	5
35	...dozvědět se o politických změnách, které mohou ovlivnit zdraví? (např.: legislativa, program nových preventivních prohlídek, změna vlády, změny v organizaci zdravotnických služeb)	1	2	3	4	5
36	...dozvědět se o opatřeních k podpoře zdraví na pracovišti?	1	2	3	4	5
37	...pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?	1	2	3	4	5
38	...pochopit informaci na obalech potravin?	1	2	3	4	5
39	...pochopit informaci, jak být zdravější z médií? (např.: Internet, noviny, časopisy)	1	2	3	4	5
40	...porozumět informacím o tom, jak si udržet duševní zdraví?	1	2	3	4	5
41	...posoudit, jak to, kde žijete, ovlivňuje vaše zdraví a vaši pohodu? (např.: Vaše obec, vaše bezprostřední okolí)	1	2	3	4	5
42	...posoudit, jak vám vaše bytové poměry pomáhají udržovat si zdraví?	1	2	3	4	5
43	...posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím? (např.: Pitný režim, stravovací návyky, cvičení)	1	2	3	4	5
44	...udělat rozhodnutí zlepšit vaše zdraví?	1	2	3	4	5
45	...vstoupit do sportovního klubu nebo se zapojit do skupinového cvičení, pokud byste chtěl(a)?	1	2	3	4	5
46	...ovlivnit vaše životní podmínky, které mají vliv na vaše zdraví a vaši pohodu? (např.: Pitný režim, stravovací návyky, cvičení atp.)	1	2	3	4	5
47	...podílet se na aktivitách, které zlepšují zdraví a pohodu ve vaší obci?	1	2	3	4	5

O2 Jaký je váš zdravotní stav? Zakroužkujte číslo u Vámi zvolené odpovědi.

1	Velmi dobrý
2	Dobrý
3	Uspokojivý
4	Špatný
5	Velmi špatný
6	Nemohu posoudit (nevím)

O3 Trpíte nějakou dlouhodobou nemocí nebo zdravotním problémem? Dlouhodobými rozumíme problémy, které trvají, nebo očekáváte, že budou trvat 6 měsíců nebo déle.

1	Ano, více než jednou
2	Ano, jednou
3	Ne
4	Nemohu posoudit (nevím)

O4 Jak vaše zdravotní problémy v průběhu posledních šesti měsíců omezily aktivity, které obvykle děláte?

1	Citelně omezily
2	Omezily, ale nikoli citelně
3	Vůbec neomezily
4	Nemohu posoudit (nevím)

O5 U jaké zdravotní pojišťovny jste pojištěn(a)?

1	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)
2	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)
3	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)
4	Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)
5	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)
6	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)
7	Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)
8	Nemohu posoudit (nevím)

O6 Jak často jste...?

	0	1 - 2 krát	3 - 5 krát	6 krát a více krát	Nemohu posoudit (nevím)
... byl(a) během posledních dvou let v kontaktu s lékařskou pohotovostí? (např.: Pohotovostní služba, záchranná služba)	1	2	3	4	5
... byl(a) během posledních 12 měsíců u lékaře?	1	2	3	4	5
... byl(a) během posledních 12 měsíců hospitalizován?	1	2	3	4	5
... během posledních 12 měsíců využil(a) služeb dalších zdravotnických specialistů, jako je zubní lékař, fyzioterapeut, psycholog, dietolog nebo oční lékař?	1	2	3	4	5

O7 Pokud jde o kouření cigaret, doutníků nebo dýmky, která z následujících možností platí pro vás?

1	V současné době kouříte
2	Kouřil(a) jste, ale přestal(a) jste
3	Nikdy jste nekouřil(a)
4	Nemohu posoudit (nevím)

Jestliže "V současné době kouříte", přejděte na otázku O8, jinak pokračujte otázkou O9.

O8 Používáte následující tabákové produkty každý den, příležitostně nebo vůbec ne?

		Ano, každý den	Ano, občas	Ne, vůbec
1	Vyrobené cigarety	1	2	3
2	Ručně balené cigarety	1	2	3

O9 Pil(a) jste během posledních 12 měsíců nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný místní nápoj)?

1	Ano
2	Ne
3	Nemohu posoudit (nevím)

Pokud odpovíte na otázku O9 „Ano“ pokračujte otázkami O10 až O13, jinak přejděte na otázku O14.

O10 Jak často jste během posledních 12 měsíců měl(a) 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti?

1	Několikrát týdně
2	Jednou týdně
3	Jednou měsíčně
4	Méně než jednou měsíčně
5	Nikdy
6	Nemohu posoudit (nevím)

O11 Pil(a) jste nějaký alkoholický nápoj (pivo, víno, destilát, ovocné pivo nebo jiný lokální nápoj) během posledních 30 dní?

1	Ano
2	Ne
3	Nemohu posoudit (nevím)

Pokud odpovíte na otázku O11 „Ano“ pokračujte otázkami O12 a O13, jinak přejděte na otázku O14.

O12 Kolikrát jste v průběhu posledních 30 dní pil(a) nějaký alkoholický nápoj?

1	Denně
2	4 – 5 krát týdně
3	2 – 3 krát týdně
4	Jednou týdně
5	2 – 3 krát měsíčně
6	Jednou
7	Nemohu posoudit (nevím)

O13 Kolik „drinků“ obvykle vypijete během dne, kdy pijete alkoholické nápoje?

1	Méně než 1 drink
2	1-2 drinky
3	3-4 drinky
4	5-6 drinků
5	7-9 drinků
6	10 a více drinků
7	Záleží na situaci
8	Nemohu posoudit (nevím)

Pozn.:
jeden drink = 1 sklenice vína,
1 plechovka/láhev piva nebo ovocného piva
nebo 4 cl destilátu

O14 Jak často během posledního měsíce jste cvičil(a) 30 nebo více minut, např. běh, chůze, jízda na kole?

1	Téměř denně
2	Několikrát týdně
3	Několikrát během měsíce
4	Vůbec ne
5	Nebyl jsem schopen cvičit
5	Nemohu posoudit (nevím)

O15 Máte člena rodiny nebo přítele (přítelkyni), kterého byste mohl(a) vzít s sebou na návštěvu k lékaři?

1	Ano
2	Ne
3	Nemohu posoudit (nevím)

O16 Jste aktivně zapojen(a) do života vaší obce, např. jste dobrovolníkem nebo se podílíte na nějakých aktivitách v obci?

1	Téměř denně
2	Několikrát týdně
3	Několikrát měsíčně
4	Několikrát v průběhu roku
5	Vůbec ne
6	Nemohu posoudit (nevím)

Tato část dotazníku není povinná – otázky O17 až O23. Tato část výzkumu se bude týkat informací na obalech potravin.

Na stránce jsou uvedeny informace, jaké můžete nalézt na zadní straně obalu zmrzliny, kterou si můžete koupit v supermarketu. Přečtete si, prosím, pozorně tyto informace a poté zodpovíte následující otázky v dotazníku. Odpovědi na všechny otázky mohou být zodpovězeny s využitím informací, které máte k dispozici. Nemějte však obavy, pokud nebudete moci zodpovědět všechny dotazy. Některé z těchto otázek jsou poměrně složité, a ne každý na všechny odpoví správně. U některých otázek můžete vybrat více odpovědí.

Popis výrobku: Zmrzlina
Velikost porce: 100 ml
Počet porcí v balení: 4

Výživové údaje	
Typické hodnoty	Na 100 ml
Energie	1050 kJ
	250 kcal (kalorií)
Proteiny (bílkovina)	4 g
Sacharidy	30 g
Z toho cukry	23 g
Tuk	13 g
Z toho nasycené mastné kyseliny	9 g
Z toho mononenasycené mastné kyseliny	0 g
Z toho vícenenasycené mastné kyseliny	3 g
Z toho transnenasycené mastné kyseliny	1 g
Vláknina	0 g
Sůl	0,05 g

Složení: Smetana, odstředěné mléko, cukr, vejce, emulgátory (guarová guma – E 412), arašídový olej, vanilkový extrakt (0,05%)

O17 Kolik kalorií (kcal) sníte, pokud sníte celé balení?

1	1,000 KCAL
2	1,000 kalorií
3	Jakákoli jiná odpověď
4	NEVÍM
5	Nechci odpovédět

O18 Pokud dostanete radu, abyste nejedli více než 60 gramů sacharidů jako desert, jaké maximální množství zmrzliny můžete sníst?

1	Dvě porce (nebo méně než dvě porce)
2	Polovinu balení (nebo jakékoli množství menší než je polovina balení)
3	200 ml (nebo jakékoli množství menší než 200 ml)
4	Jakákoli jiná odpověď
5	NEVÍM
6	Nechci odpovédět

O19 Představte si, že vám váš lékař doporučí, abyste snížil(a) obsah nasycených mastných kyselin ve vaší stravě. Obvykle konzumujete 42 g nasycených mastných kyselin denně, z nichž některé jsou obsaženy v jedné porci zmrzliny. Kolik gramů nasycených tuků budete každý den konzumovat, pokud přestanete jíst zmrzlinu?

1	33 g
2	Jakákoli jiná odpověď
3	NEVÍM
4	Nechci odpovédět

O20 Pokud obvykle konzumujete 2500 kalorií denně, jaké procento vašeho denního příjmu kalorií (kcal) přijmete, když sníte jednu porci zmrzliny?

1	1/10 (desetinu)
2	10 %
3	Jakákoli jiná odpověď
4	NEVÍM
5	Nechci odpovédět

O21 Představte si, že jste alergický/á na následující látky: penicilin, arašidy, latexové rukavice a bodnutí včely. Je pro vás bezpečné jíst tuto zmrzlinu?

1	Ano
2	Ne
3	NEVÍM
4	Nechci odpovédět

Pokud jste na otázku O21 odpověděl(a) „Ne“ pokračujte na otázku O22, jinak můžete vyplnit demografické údaje v otázce D1.

O22 Proč ne?

1	Protože obsahuje arašidový olej/arašidy/lašcechy
2	Protože můžete mít alergickou reakci
3	Jiné (SPONTÁNNĚ)
4	NEVÍM
5	Nechci odpovédět

Pokud jste na otázku O22 odpověděl(a) „Protože můžete mít alergickou reakci“ pokračujte na otázku O23, jinak můžete vyplnit demografické údaje v otázce D1.

O23 Proč byste měl(a) alergickou reakci?

1	Protože obsahuje arašídový olej/arašídy/ořechy
2	Jiné (SPONTÁNNĚ)
3	NEVÍM
4	Nechci odpovédět

DEMOGRAFICKÉ OTÁZKY

D1 Pohlaví

1	Muž
2	Žena

D2 Kolik je Vám roků?

<input type="text"/>	roků
----------------------	------

D3 Jaká je vaše výška? (Přibližně)

<input type="text"/>	cm	Nevím	Nechci odpovédět
----------------------	----	-------	------------------

D4 Kolik vážíte? (Přibližně)

<input type="text"/>	kg	Nevím	Nechci odpovédět
----------------------	----	-------	------------------

D5 Který z těchto výroků odpovídá vaší situaci? (Vzhledem k dnešnímu geografickému rozložení)

1	Vaše matka a váš otec se narodili v České republice
2	Jeden z vašich rodičů se narodil v České republice a druhý v jiné členské zemi Evropské unie
3	Vaše matka a váš otec se narodili v jiné členské zemi Evropské unie
4	Jeden z vašich rodičů se narodil v České republice a druhý se narodil mimo Evropskou unii
5	Vaše matka i váš otec se narodili mimo Evropskou unii.
6	Jeden z vašich rodičů se narodil v jiné členské zemi Evropské unie a druhý mimo Evropskou unii
7	NEVÍM, nechci odpovédět

D6 Jaký je váš rodinný stav?

1	Svobodný
2	Ženatý/vdaná
3	Rozvedený/ rozvedená/ odloučen/ odloučená
4	Vdovec/vdova
5	Nevím
6	Nechci odpovédět

D7 Jaká je vaše bytová situace?

1	Žiju sám
2	Žiju ve společné domácnosti
3	Mám vážný vztah, ale nežijeme společně
4	Nevím
5	Nechci odpovédět

D8 Máte děti?

1	Ano
2	Ne
3	Nevím
4	Nechci odpovédět

D9 Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

1	Nedokončené základní vzdělání
2	Základní
3	Vyučen, středoškolské vzdělání bez maturity
4	Středoškolské vzdělání s maturitou
5	Vyšší odborné vzdělání
6	Vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr., Ing., MUDr., JUDr.)
7	Akademické vzdělání (Ph.D., Doc., Prof.)
8	Nevím
9	Nechci odpovédět

D10 Jaké je vaše „hlavní“ zaměstnání?

1	Zaměstnanec na plný úvazek
2	Zaměstnanec na částečný úvazek
3	Podnikatel / Osoba samostatně výdělečně činná
4	Bez zaměstnání
5	Jiné – napište jaké
9	Nechci odpovédět

Pokud jste na otázku D10 odpověděl(a) 4 „Bez zaměstnání“ pokračujte na otázku D10b, jinak přejděte na otázku D11.

D10b Která z následujících možností nejlépe vystihuje Vaší situaci? Pouze jedna odpověď.

1	Nezaměstnaný
2	Student, další vzdělávání, neplacená práce
3	Důchod, předčasný důchod nebo ukončené podnikání
4	Invalidita
5	V domácnosti
6	Jiné – napište jaké
7	Nevím
9	Nechci odpovédět

D11 Máte nějaké zdravotnické vzdělání, nebo jste pracoval/a ve zdravotnictví, např. jako sestra, lékař, farmaceut?

1	Ano
2	Ne
3	Nevím
4	Nechci odpovédět

D12 Jste schopen/schopna platit za léky, pokud je potřebujete k uchování zdraví? Je to...?

1	Velmi snadné
2	Vcelku snadné
3	Docela obtížné
4	Velmi obtížné
5	Nevím
6	Nechci odpovédět

D13 Můžete si dovolit navštívit lékaře? Je to...? (např. z hlediska: času, zdravotního pojištění, ceny, dopravy ...)

1	Velmi snadné
2	Vcelku snadné
3	Docela obtížné
4	Velmi obtížné
5	Nevím
6	Nechci odpovédět

D14 Řekl(a) byste, že jste měl(a) v průběhu posledních 12 měsíců problémy se zaplacením vašich účtů na konci měsíce?

1	Většinou ano
2	Občas
3	Téměř nikdy/nikdy
4	Nechci odpovédět

D15 Představte si společenský žebříček, kde stupeň „1“ znamená „nejnižší úroveň ve společnosti“, stupeň „10“ „nejvyšší úroveň ve společnosti“. Na jakém místě tohoto žebříčku byste sám/sama sebe umístil(a)?

1	1 Nejnižší úroveň ve společnosti
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10 Nejvyšší úroveň ve společnosti
11	Nechci odpovédět

D16 Sečtete si prosím v duchu všechny čisté příjmy všech osob ve Vaší domácnosti v průměru za měsíc. Jedná se nám o mzdu, důchod, různé dávky od státu i o to, co si vyděláte jen tak, třeba na brigádě apod. Všechny tyto měsíční příjmy sečtete a pak napišete, do které příjmové skupiny Vaše domácnost patří?

1	Do 5.000,- Kč
2	5.001,- až 7.000,- Kč
3	7.001,- až 10.000,- Kč
4	10.001,- až 15.000,- Kč
5	15.001,- až 20.000,- Kč
6	20.001,- až 25.000,- Kč
7	25.001,- až 30.000,- Kč
8	30.001,- až 35.000,- Kč
9	35.001,- až 40.000,- Kč
10	40.001,- až 45.000,- Kč
11	45.001,- až 50.000,- Kč
12	50.001,- až 60.000,- Kč
13	60.001 a více
14	Nechci odpovédět

D17 Napište místo Vašeho bydliště – vyberte (vesnice, středisková obec, město, krajské město, hlavní město) a přibližný počet obyvatel

Místo bydliště	Počet obyvatel

18. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání Vaší matky? Zakroužkujte číslo u vámi zvolené odpovědi.

1	Základní
2	Vyučena
3	Učební obor s maturitou
4	Střední škola s maturitou
5	Nástavbové studium po střední škole
6	Vysoká škola

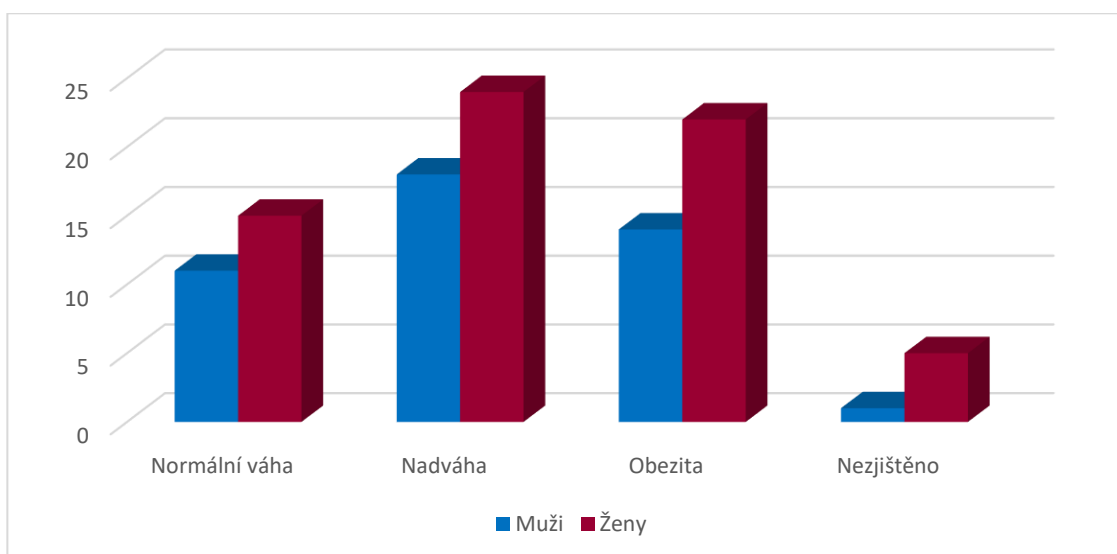
19. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání Vašeho otce? Zakroužkujte číslo u vámi zvolené odpovědi.

1	Základní
2	Vyučen
3	Učební obor s maturitou
4	Střední škola s maturitou
5	Nástavbové studium po střední škole
6	Vysoká škola

Příloha 3. Demografické údaje respondentů

Tabulka 1. BMI respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Validní četnost
podváha	0	0,0 %	0,0 %
normální váha	26	23,6 %	25,0 %
nadváha	41	37,3 %	40,0 %
obezita	36	32,7 %	35,0 %
dílčí celek	103	93,6 %	100,0 %
chybějící odpovědi	7	6,4 %	
celkem	110	100,0 %	



Graf 1. BMI respondentů podle pohlaví

Tabulka 2. Rodinný stav

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Svobodný	3	2,7 %
Ženatý/vdaná	73	66,4 %
Rozvedený(á)/odloučen(á)	4	3,6 %
Vdovec/vdova	29	26,4 %
Nevím	0	0,0 %
Nechci odpovědět	1	0,9 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 3. Bytová situace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žiju sám/sama	27	24,5 %
Žiju ve společné domácnosti	80	72,7 %
Mám vážný vztah, ale nežijeme společně	0	0,0 %
Nevím	0	0,0 %
Nechci odpovědět	3	2,7 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 4. Zdravotnické vzdělání nebo práce ve zdravotnictví

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	3,6 %
Ne	106	96,4 %
Nevím	0	0,0 %
Nechci odpovědět	0	0,0 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 5. Schopnost platit za léky

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	21	19,1 %
Vcelku snadné	65	59,1 %
Docela obtížné	19	17,3 %
Velmi obtížné	0	0,0 %
Nevím	4	3,6 %
Nechci odpovědět	1	0,9 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 6. Možnost dovolit si navštívit lékaře

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi snadné	45	40,9 %
Vcelku snadné	53	48,2 %
Docela obtížné	8	7,3 %
Velmi obtížné	3	2,7 %
Nevím	0	0,0 %
Nechci odpovědět	1	0,9 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 7. Problémy se zaplacením vašich účtů na konci měsíce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Většinou ano	0	0,0 %
Občas	3	2,7 %
Téměř nikdy/nikdy	101	91,8 %
Nechci odpovědět	6	5,5 %
Celkem	110	100,0 %

Tabulka 8. Společenský žebříček

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 Nejnižší úroveň ve společnosti	2	1,8 %
2	1	0,9 %
3	6	5,5 %
4	8	7,3 %
5	27	24,5 %
6	31	28,2 %
7	4	3,6 %
8	2	1,8 %
9	0	0,0 %
10 Nejvyšší úroveň ve společnosti	0	0,0 %
Nechci odpovědět	29	26,4 %
celkem	110	100,0 %

Tabulka 9. Příjmová skupina domácnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 5 000 Kč	0	0,0 %
5 000 - 7 000 Kč	0	0,0 %
7 000 - 10 000 Kč	2	1,8 %
10 000 - 15 000 Kč	22	20,0 %
15 000 - 20 000 Kč	11	10,0 %
20 000 - 25 000 Kč	18	16,4 %
25 000 - 30 000 Kč	16	14,5 %
30 000 - 35 000 Kč	3	2,7 %
35 000 - 40 000 Kč	2	1,8 %
40 000 - 45 000 Kč	1	0,9 %
45 000 - 50 000 Kč	0	0,0 %
50 000 - 60 000 Kč	0	0,0 %
60 000 Kč a více	0	0,0 %
Nechci odpovědět	35	31,8 %
celkem	110	100,0 %

Tabulka 10. Napište místo Vašeho bydliště.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Město	36	32,7 %
Středisková obec	4	3,6 %
Městys	5	4,5 %
Vesnice	65	59,1 %
Celkem	110	100,0 %

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Magdalena Šméralová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	doc. Mgr. Michaela Hřivňová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Zdravotní gramotnost seniorů
Název v angličtině:	Health literacy of seniors
Anotace práce:	<p>Cílem diplomové práce je sumarizace aktuálních teoretických poznatků z oblasti problematiky zdraví, podpory zdraví a zejména zdravotní gramotnosti, která je zaměřena na skupinu seniorů. Cílem výzkumného šetření je zjistit úroveň zdravotní gramotnosti seniorské populace na území Jihomoravského kraje.</p> <p>Výzkumné šetření bylo provedeno s využitím výzkumného nástroje – standardizovaného dotazníku HLS-EU-Q86, který byl mírně upraven. Výzkumný soubor tvořilo 110 seniorů.</p> <p>Oblast prevence nemocí dopadla u zkoumaného vzorku nejlépe. Naopak oblastí s nejhorším výsledkem se stala zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví. Bylo zjištěno, že nedostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti vykazuje 14,7 % seniorů. Problematickou úroveň ZG vykazovalo 38,2 % osob, dostatečná úroveň byla zjištěna u 39,7 % a excelentní úroveň ZG pouze u 7,4 % seniorů. Dále bylo u předloženého výzkumu zjištěno, že úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s nižším vzděláním na stejné úrovni jako u osob</p>

	<p>s vyšším vzděláním, úroveň zdravotní gramotnosti je u mužů na stejné úrovni jako u žen. Dalším zjištěním bylo, že úroveň zdravotní gramotnosti je u osob s horším zdravotním stavem na nižší úrovni než u osob s lepším zdravotním stavem. U předloženého výzkumu platí, že pro respondenty, kteří mají horší zdravotní stav, je těžké udělat rozhodnutí zlepšit svoje zdraví. A pro seniory, kteří trpí dlouhodobou nemocí, je více těžké najít informace o léčbě nemocí.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>zdraví, podpora zdraví, prevence, zdravotní gramotnost, senior, stáří</p>
<p>Anotation:</p>	<p>The aim of the thesis is a summarization of actual searched knowledge in the area of health, health promotion and mainly health literacy, focused on seniors. The aim of research is to detect what level of health literacy seniors living in Jihomoravský kraj have.</p> <p>Quantitative research was made by standardized questionnaire HLS-EU-Q86 with a little modification. 110 participant were involved in the presented research.</p> <p>While the area of disease prevention gained the best results, the area of health promotion ended up having the worst results.</p> <p>Presented findings show that 14,7 % of seniors has insufficient general health literacy. Problematic general health literacy show 38,2 %. 39,7 % seniors report sufficient health literacy and excellent health literacy was found out only at 7,4 % of seniors. These findings show that seniors with lower education and seniors with higher education have the same level of health literacy. Health literacy level is the same</p>

	among men and women. Health literacy level is lower among people with worse health status than among people with better health status. For seniors with worse health status is difficult to make desicion to improve their health. Finally the findings claim that for seniors suffering of chronic disease is more difficult to search for informations about treatment of diseases.
Keywords:	health, health promotion, prevention, health literacy, senior, elderly, older adult
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Informovaný souhlas Příloha 2. Dotazník zdravotní gramotnosti využit při výzkumu Příloha 3. Demografické údaje respondentů
Rozsah práce:	97 s.
Jazyk práce:	Čeština