



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Zdravotní gramotnost obyvatel domova pro seniory**

## **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Bc. Aneta Plchová

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Hajduchová, Ph.D.

České Budějovice 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Zdravotní gramotnost obyvatel domova pro seniory*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 05. 2018

.....

Bc. Aneta Plchová

## **Poděkování**

Ráda bych tímto poděkovala vedoucí práce Mgr. Haně Hajduchové, Ph.D. za odborné vedení, ochotu, trpělivost a cenné rady. Poděkování patří také sestřám v domovech pro seniory a seniorům, kteří se ochotně podíleli na výzkumném šetření.

# Zdravotní gramotnost obyvatel domova pro seniory

## Abstrakt

Diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností obyvatel žijících v domovech pro seniory. Cílem bylo zjistit, jakou mají senioři úroveň zdravotní gramotnosti, zda mají o její zvyšování zájem a jestli jsou schopní podílet se na péči o svou osobu a rozhodovat o svém zdravotním stavu. Druhým cílem práce bylo popsat roli sestry v zajišťování zdravotní gramotnosti u klientů domova pro seniory.

V teoretické části diplomové práce jsme se pro ucelený přehled zabývali nejprve pojmem stárnutí a stáří, dále jsme shrnuli pojetí zdraví a nemoci ve stáří a problematiku geriatrického ošetřovatelství a ošetřovatelské péče v domovech pro seniory. Podrobně jsme rozebrali jednotlivé oblasti zdravotní gramotnosti a získané poznatky byly uplatněny ve výzkumné části.

Cílů bylo dosaženo pomocí kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumný soubor byl vybrán záměrně a tvořili ho klienti domovů pro seniory a všeobecné sestry pracující ve stejných domovech pro seniory. Výzkumná část zaměřená na zjištění zdravotní gramotnosti seniorů proběhla ve dvou etapách, s vybranými seniory byl nejprve vykonán Mini-Mental State Exam, následně byl s kognitivně intaktními seniory proveden hloubkový rozhovor. Data byla zpracována metodou otevřeného kódování pomocí barvení textu s vytvořením 4 kategorií s 9 podkategoriemi ve výzkumu zaměřeném na seniory a 3 kategorií s 7 podkategoriemi ve výzkumném šetření sester.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel domova pro seniory je rozdílná v závislosti na konkrétní oblasti zdravotní gramotnosti, ale lze shrnout, že senioři mají celkově omezenou zdravotní gramotnost, a to z důvodu přenechávání iniciativy a zodpovědnosti v péči o jejich osobu a rozhodování o jejich zdravotním stavu zdravotnickému personálu. Pro zvýšení jejich zdravotní gramotnosti je potřebná edukace především v působení životního stylu zdraví, preventivním chování, příčinách a možných komplikacích chorob a ve vedlejších účincích užívaných léků. V druhé části výzkumného šetření jsme zjistili, že role sestry v domově pro seniory je nejen ve zvyšování zdravotní gramotnosti seniorů nenahraditelná, ale velmi časově a psychicky náročná, proto vždy nedosahuje takové kvality, jaké by samy sestry chtěly.

**Klíčová slova**

Domov pro seniory; podpora zdraví; prevence; senior; všeobecná sestra; zdravotní gramotnost

## **Health literacy of the residents of home for elderly**

### **Abstract**

The diploma thesis deals with the health literacy of the residents living in the homes for the elderly. The aim was to find out what is the seniors' level of health literacy, whether they are interested in raising it and whether they are able to participate in the care of their person and make decision about their health. The second objective of the thesis was to describe the role of the nurse in providing health literacy to the clients of the home for the elderly.

In the theoretical part of the diploma thesis, we were dealing first with the concept of old age and aging for a comprehensive overview, and we summarized the concepts of health and illness in old age and issues of geriatric nursing and nursing care in homes for the elderly. We analyzed in detail individual areas of health literacy, the acquired knowledge was applied in the research section.

The objectives were achieved through a qualitative research in the form of semi-structured interviews. The set for research was chosen on purpose. In the set, there were clients of retirement homes and nurses that works in these homes. The research part focused on the identification of seniors' health literacy took place in two stages, a cognitive function test was first performed with the selected seniors, and it was then followed by an in-depth interview with cognitively intact seniors. The data were processed using text coloring. In the research focused on seniors, there were created 4 categories with 9 subcategories and in the nurse's research, there were 3 categories with 7 subcategories.

The research shows that the level of health literacy of the elderly population differs depending on the specific area of health literacy, but it can be summed up that the seniors generally have insufficient health literacy due to the abandonment of initiative and responsibility in the care of their person and decision-making about their health status to the medical staff. In order to increase their health literacy, education is needed especially in the effect of lifestyle on health, the preventive behaviour, the causes and the possible complications of the diseases and the side effects of the used drugs. In the second part of the research we found that the role of a nurse in the home for the elderly is not only irreplaceable in increasing the health literacy of seniors, but very time and psychologically demanding, therefore, it always does not reach the qualities that the nurses themselves would like.

**Key word**

Home for elderly; health promotion; prevention; senior; nurse; health literacy

## Obsah

Úvod .....	10
<b>1 Současný stav</b> .....	12
1.1 Stárnutí a stáří .....	12
1.2 Zdraví a nemoc ve stáří .....	14
1.3 Geriatrické ošetřovatelství .....	17
1.4 Ošetřovatelská péče v domovech pro seniory .....	20
1.5 Zdravotní gramotnost .....	23
1.5.1 Oblast podpory zdraví .....	29
1.5.2 Oblast prevence .....	34
1.5.3 Oblast zdravotní péče .....	35
1.6 Komunikace se seniory .....	36
<b>2 Cíle a výzkumné otázky</b> .....	39
2.1 Cíle práce .....	39
2.2 Výzkumné otázky .....	39
<b>3 Operacionalizace pojmů</b> .....	40
<b>4 Metodika</b> .....	41
4.1 Použité metody a techniky sběru dat .....	41
4.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	43
<b>5 Výsledky</b> .....	45
5.1 Výsledky rozhovorů se seniory .....	45
5.1.1 Identifikační údaje seniorů (K1-K12) .....	45
5.1.2 Kategorizace výsledků .....	46
5.1.3 Kategorie „Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví“ .....	46
5.1.4 Kategorie „Zdravotní gramotnost v oblasti prevence“ .....	52
5.1.5 Kategorie „Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče“ .....	57
5.1.6 Kategorie „Předávání informací“ .....	61
5.2 Výsledky rozhovorů se všeobecnými sestrami .....	66



5.2.1	Identifikační údaje všeobecných sester (S1-S9) .....	66
5.2.2	Kategorizace výsledků .....	67
5.2.3	Kategorie „Zdravotní gramotnost“ .....	68
5.2.4	Kategorie „Role sester v zajišťování zdravotní gramotnosti“ .....	70
5.2.5	Kategorie „Spolupráce seniorů“ .....	74
6	<b>Diskuze</b> .....	78
7	<b>Závěr</b> .....	88
8	<b>Seznam literatury</b> .....	91
9	<b>Seznam příloh a obrázků</b> .....	100
10	<b>Seznam zkratk</b> .....	106

## Úvod

Zdravotní gramotnost je velmi aktuální a diskutované téma a je nutné se jí i nadále zabývat především kvůli důsledkům její nízké úrovně. Výsledky celosvětových výzkumů ukazují, že zdravotní gramotnost je napříč všemi věkovými kategoriemi stále nedostatečná, přitom současný zdravotní systém vyžaduje, aby byla společnost zdravotně gramotná, a to především v oblasti podpory zdraví a prevence, protože se po ní vyžaduje spolupráce se zdravotníky, rozhodování o svém zdraví a převzetí zodpovědnosti za svůj zdravotní stav. Navíc bez patřičných znalostí z oblasti podpory zdraví, prevence a zdravotní péče a bez chování dle těchto znalostí nelze vědomě předcházet vzniku onemocnění a zhoršování již vzniklých nemocí, řešit náhlá zhoršení zdravotního stavu, zajišťovat bezpečné prostředí či zachovat si duševní i fyzickou aktivitu. Je dokázáno, že jedinci s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti nerozumí informacím od zdravotníků, ale ani o ně nemají zájem. Tyto osoby mnohdy nedocházejí na preventivní prohlídky, více využívají pohotovostní služby, jsou častěji hospitalizováni a zpravidla nedodržují léčebný režim. Takové chování vede k vyšší nemocnosti a úmrtnosti, k následným ekonomickým ztrátám a v konečném důsledku pak devastuje zdravotní systém.

Skupinu seniorů jsem si pro zpracování diplomové práce vybrala z důvodu blízkosti k těmto jedincům, zároveň je jednou ze sociálních skupin nejvíce ohrožených nízkou zdravotní gramotností. Úzkou skupinu seniorů žijících v domovech pro seniory jsem zvolila, protože jim ve výzkumné oblasti není věnována příliš velká pozornost. Společnost považuje klienty domova pro seniory za zcela závislé a mnohdy s porušenými kognitivními funkcemi, to však není pravidlem a podmínkou přijetí seniora do domova. Domov pro seniory je pobytová sociální služba zajišťující také zdravotní péči a je určena pro osoby se sníženou soběstačností, vyžadující větší či menší pomoc druhé osoby při běžných denních činnostech, v zajišťování sociálních kontaktů a uplatňování práv a zájmů. Cílem těchto zařízení však není degradování, ale naopak rozvoj či zachování seniorovy soběstačnosti a schopností, mnoho seniorů pobývajících v domovech jsou schopni o sobě a svém zdravotním stavu vědomě rozhodovat. Pro účely diplomové práce však byli vybráni dle výsledků Mini-Mental State Examination, dále již ve zkratce MMSE, pouze kognitivně intaktní senioři.

Úloha sester pracujících v domovech pro seniory je nenahraditelná, protože jsou jediným personálem zajišťující komplexní péči – preventivní, diagnostickou,

terapeutickou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární. Z důvodu nepřítomnosti lékaře bývá sestra jediným zdravotnickým pracovníkem ve službě, který musí kromě odborných ošetrovatelských výkonů řešit i náhlá zhoršení zdravotního stavu a současně zajišťovat základní potřeby seniorů, vést dokumentaci, komunikovat se seniory a vykonávat mnoho dalších činností. Z toho vyplývá, že jsou na ní kladeny velké nároky. Pro zjištění postoje sester ke zvyšování zdravotní gramotnosti seniorů jsem s nimi na tuto problematiku provedla výzkumné rozhovory.

# 1 Současný stav

## 1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je přirozený proces vedoucí ke stáří. Ve struktuře i funkci buněk dochází k degenerativním změnám, postupujícím u každého člověka individuálně. Rychlost těchto změn je geneticky zakódována, ale také záleží na životním a pracovním prostředí, chorobných procesech a životním stylu (Mlýnková, 2011). Například při neaktivním životním stylu dochází dříve k svalové atrofii, a tím k rychlejšímu snížení výkonnosti a stárnutí (Čevela et al., 2012). Takové stárnutí by se mohlo nazvat jako patologické, protože mu člověk napomáhá špatným životním stylem, zatímco přirozené stárnutí závisí pouze na přibývajícím věku bez lidské nekázně, bez chorobných procesů a u člověka žijícím a pracujícím v příznivém prostředí (Dienstbier, 2009). Dvořáčková (2012) popisuje stárnutí jako součet všech změn, kterým organismus podléhá.

Dle Křivohlavého (2011) společnost považuje stárnutí za děj počínající v pozdější fázi života, ale bereme-li stárnutí jako biologický děj, začíná již početím. Čevela et al. (2014) upravují tento výklad tak, že se jedná o proces involučních změn počínajících u člověka od dosažení sexuální dospělosti a vrcholu výkonnosti. Oba výklady vysvětlují fakt, že stárnutí není to samé, co stáří. Stárnutí je celoživotní proces v plynutí času, zatímco stáří je stav staršího věku (Křivohlavý, 2011), důsledek stárnutí a nevyhnutelných involučních změn, odborně pozdější fáze ontogenetického vývoje (Šváb et al., 2008). Zatímco dle Vágnerové (2007) je stáří konečná, takzvaná postvývojová etapa, kdy člověk hodnotí svůj život a měl by být plný moudrosti a nadhledu, Klevetová a Dlabalová (2017) vidí stáří jako další vývojovou etapu, která může trvat stejně dlouho jako dospělost. Je zřejmé, že definici stáří si vykládá každý autor různě. Lze shrnout, že stáří je pozdní fáze života, ve které se znatelně projevují involuční změny zhoršením odolnosti organismu a zdravotního stavu, snížením biologických i psychosociálních adaptačních schopností a zhoršením ekonomické situace (Dvořáčková, 2012). Čevela et al. (2014) sdílí názor psychologa Erika Eriksona, že hlavním úkolem stáří je zachování osobnostní integrity a identity, nepodlehnutí nicotě a ztrátě smyslu. Křivohlavý (2011) připojuje myšlenku, že posláním stáří je dozrání v rozvinutou a ucelenou harmonickou bytost, která předává kulturní dědictví.

Stáří se rozlišuje na kalendářní, biologické a sociální, přičemž se tyto věky nemusí navzájem shodovat (Mlýnková, 2011). Nejjednodušší je stanovit stáří kalendářní, které

je počítáno dle data narození. Je tedy dáno dosažením určitého věku (Čevela et al., 2012). Dvořáčková (2012) upozorňuje, že kalendářní věk nevypovídá o soběstačnosti ani o zdravotním stavu. Světová zdravotnická organizace, dále již v anglické zkratce WHO (World Health Organization), stanovila za hranici stáří šedesát let. Touto hranicí začíná stáří rané, které trvá do sedmdesáti čtyř let. Od sedmdesáti do osmdesáti devíti let je vlastní stáří a období od devadesáti let je nazýváno dlouhověkostí (Mlýnková, 2011). Dle Haškovcové (2010) souvisí přechod ze středního do stařeckého věku s penzí, proto se za starého považuje člověk od šedesáti pěti let, protože tento věk je ve většině států hranicí pro odchod do penze. Přechody mezi jednotlivými fázemi stáří však také nejsou přesně oddělené a znatelné. Proto se v současné době pro rozdělení věkových hranic využívá označení šedesát plus, sedmdesát plus, osmdesát plus a tak dále (Haškovcová, 2010).

Zatímco kalendářní věk lze poměrně dobře měřit, biologické stáří nelze přesně vymezit. „Je to označení konkrétní míry involučních změn, funkčního stavu a výkonnosti daného jedince“ (Šváb et al., 2008, s. 15). Je tedy podmíněno zdatností, vitalitou a zdravím (Mlýnková, 2011). Hrozenská a Dvořáčková (2013) dodávají, že je výsledkem životního stylu, působení vnějšího prostředí a přítomnosti nemocí. Lze sem zahrnout i genetické predispozice, ty se však netýkají přímo biologického stavu, ale spíše náchylnosti k závažným nemocem a změn adaptačních mechanismů (Čeledová et al., 2016). Obecně biologický věk odpovídá skutečnému stavu organismu, který je u každého individuální. Z toho vyplývá, že bychom každého jedince měli posuzovat podle biologického stáří, tedy podle jeho skutečného funkčního stavu (Čevela et al., 2012).

Sociální stáří souvisí se změnami sociálních rolí a postojů a s životními událostmi odpovídajícími určitému věku. Sociálně-ekonomickou událostí započínající stáří je odchod do penze, ačkoliv v současné době je to obtížné považovat za striktní hranici z důvodu jejího neustálého posouvání a vzhledem k individuální schopnosti či zájmu pracovat ještě po dosažení věku opravňujícího jedince k odchodu do penze. Kromě toho se v současné době posouvají i jiné sociální události, které jsou obvyklé u mladších ročníků. Dochází například k pozdnímu rodičovství či uzavírání manželství, a tím se odsouvají i některé sociální role spojené se stářím (Čevela et al., 2012). To vysvětluje, že sociální stáří je rovněž charakterizováno individuálním přijetím role seniora a tím, jak se jedinec sebereprezentuje (Čeledová et al., 2016). Další sociální změny související s involucí jsou uvedeny v kapitole 1.2 Zdraví a nemoc ve stáří.

Z hlediska produktivity je lidský život rozdělován na tři věky, předproduktivní, produktivní a poslední postproduktivní, kterým je právě stáří (Šváb et al., 2008). Čeledová et al. (2016) doplňují rozdělení postproduktivního věku na období aktivní soběstačnosti a období závislé nesoběstačnosti. Takové rozdělení může působit až nepříjemně, protože se vztahuje zejména k ekonomické roli namísto existenciality a naplnění života. Navíc období nesoběstačnosti, které bývá nazváno také jako přestárlost, působí absolutním úpadkem, ten však nebývá důsledkem samotného stárnutí, ale spíše chorob. Posproduktivní věk by měl být společností vnímán jako období s novými časovými možnostmi, které jsou aktivně využívány pro osobnostní rozvoj a produktivitu (Čeledová et al., 2016).

Důležitým pojmem v tématice stáří a stárnutí je střední délka života. Tento údaj udává roky, kterých se s velkou pravděpodobností dožijí právě narozené zdravé děti (Haškovcová, 2010). Čevela et al. (2014) uvádějí, že střední délka života se v minulosti neustále pohybovala v závislosti na zátěži jednotlivých období lidské historie a v současné době se délka života stále zvyšuje. ÚZIS ČR (2017) upřesňuje současný stav střední délky života české populace. V roce 2016 činila u mužů 76,2 let, to je o 4,5 roku více než v roce 2000, a u žen 82,1 let, tedy o 3,7 roku více (ÚZIS ČR, 2017).

## ***1.2 Zdraví a nemoc ve stáří***

WHO stanovila dnes známou definici zdraví, tedy stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci či vady. Z toho vyplývá, že biologické, duševní a sociální zdraví jsou úzce provázány (Holčík, 2010). Dle Charliera et al. (2017) je tato definice zastaralá, v současné době by se k ní měla připojit ještě rovnováha s životním prostředím a spiritualita.

Pavlíková (2007) vysvětluje, že zdraví je jednota závisející na tělesné zdatnosti, životním stylu, primární prevenci tělesných a emočních stavů, reakci na prostředí, zvládání stresových stavů, sebekoncepci a duchovnu. Tyto složky jsou podobné determinantům zdraví, které se dle Machové a Kubátové (2015) rozdělují na vnější a vnitřní, kdy vnějšími jsou životní styl, kvalita životního a pracovního prostředí a dostupnost a kvalita zdravotnických služeb. Vnitřními determinanty jsou genetické faktory (Machová, Kubátová, 2015). Podle Holmerové et al. (2014) zdraví seniorů ovlivňují ještě involuční změny a celkově psychické a sociální změny, které budou dále v této práci zmíněny.

Nemoc je definována jako přítomnost chorobného stavu těla nebo mysli, jedná se o porušení funkce nebo stavby nějakého orgánu (Nováková, 2011). Přestože samotné stáří neznamena nemoc, bývá spojeno se zvýšenou nemocností (Ondrušová, 2011). Ve světě se obecně zlepšuje zdatnost seniorů, především těch v raném stáří. Také se snižuje úmrtnost, navíc se zlepšuje zdravotní péče, pokrok v medicíně, sociální rozvoj, snižuje se chudoba a v důsledku všech těchto změn se, jak již bylo zmíněno, prodlužuje střední délka života (Malíková, 2011). To vše působí příznivě, nevyjadřuje to však kvalitu života starého člověka, protože navzdory pokrokům trpí většina seniorů polymorbiditou, chronickými a degenerativními chorobami (Ondrušová, 2011). Je pravděpodobné, že s narůstající střední délkou života bude narůstat počet let života ve špatném zdravotním stavu. V České republice je v současné době průměrná délka života prožití ve zdraví zhruba šedesát let, to znamená, že do důchodového věku přecházejí lidé již nemocní. Z toho důvodu je nutné takovému dopadu předejít a podporovat rozvoj či uchování zdraví, soběstačnosti, funkčního stavu a aktivního působení seniorů ve společnosti (MZ ČR, 2014).

Zdraví a nemoc ve stáří stejně jako v žádné jiné věkové kategorii nelze hodnotit obecně, protože neexistuje žádná seniorská míra zdraví, jedná se o individuální stav. Lze však zhodnotit charakteristiku nemocnosti, nejčastější onemocnění a příčiny úmrtí starých občanů. S přibývajícím věkem narůstá prevalence, mění se spektrum chorob a významné je riziko závažných komplikací (Čevela et al., 2014). Nejčastějšími chorobami u seniorů jsou dle Ondrušové (2011) ischemické choroby, hypertenze, osteoporóza, diabetes mellitus, Alzheimerova choroba. Čevela et al. (2014) ještě doplňují věkem podmíněnou makulární degeneraci sítnice a sarkopenii. Všechny uvedené nemoci souvisí se stařeckou involucí a životním stylem a vzhledem k prevalenci je lze nazvat chorobami stáří. Rozdílem jsou choroby ve stáří, které nemusí být pro seniory typické, ale svým průběhem se odlišují od ostatních věkových kategorií (Čevela et al., 2014). Zvláštnosti se projevují mikrosymptomatologií, kdy jsou příznaky nemocí minimální nebo oligosymptomatologií, kdy se onemocnění projevuje pouze jedním symptomem (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Příkladem je afebrilní průběh zánětu nebo tichá ischemie. Vznikají pak častá diagnostická pochybení a časová prodlení potřebných intervencí (Čevela et al., 2014). Dalším atypickým průběhem bývá nespecifičnost symptomů nebo symptomatologie druhotného postižení, kdy se určité onemocnění projevuje postižením a příznaky jiného, zpravidla nejzranitelnějšího orgánu v

těle, kterým u seniora bývá mozek. Postižení se tak častokrát projevuje zmateností, závratěmi, imobilitou, které neodpovídají primárnímu onemocnění, to opět může vést k chybné diagnostice. Dalšími zvláštnostmi chorob ve stáří je horší prognóza, těžší adaptabilita, jiný klinický obraz v důsledku komorbidit, specifické komplikace jako imobilizační syndrom a geriatrický hospitalizmus (Čevela et al., 2014). Průběh onemocnění ovlivňují také reakce na nemoc. Reakce typické zejména pro seniorský věk bývají důsledkem psychických nebo sociálních změn, senioři často potíže disimulují nebo naopak agravují. Specifická pro choroby v seniorském věku je zvýšená úmrtnost. Následkem komplikací mohou úmrtím skončit i běžná onemocnění. Příčinami úmrtí seniorů bývají zpravidla cerebrovaskulární choroby, koronární onemocnění srdce, obstrukční choroba plic, pneumonie, nádorové onemocnění plic, kolorektální karcinom, úrazy, ale i chřipka (Hrozenková a Dvořáčková, 2013). ÚZIS ČR (2017) uvádí jako současnou nejčastější příčinu úmrtí českých seniorů nemoci oběhové soustavy.

S přibývajícím věkem ovlivňují zdraví člověka involuční změny, které lze shrnout termínem stařecká křehkost (Kalvach et al., 2008). „Jde o závažnou zdravotně-sociální problematiku nad rámec přirozeného stárnutí“, dodávají Čevela et al. (2014). Jedná se tak o porušení tělesného, duševního a sociálního prospívání individuálně prolínaných biologických a nebiologických faktorů (Čevela et al., 2014). Geriatrická křehkost se projevuje celkovým zhoršením zdravotního stavu, charakterizuje jí soubor příznaků, které se nazývají geriatrické syndromy. Těmi jsou syndrom imobility, inkontinence, anorexie a malnutrice, syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti, teplotní zátěže a teplotního poškození, dále syndrom deliria, maladaptace, nestability s pády, syndrom duálního sensorického deficitu, týrání, zanedbávání a zneužívání seniora, kognitivního deficitu, demence a poruch paměti a syndrom terminální geriatrické deteriorace (Holmerová et al., 2014).

Venglářová (2007) rozděluje involuční změny na tělesné, psychické a sociální. S přibývajícím věkem dochází ke snižování tělesné výšky, svalové hmoty a síly, k zvyšování tělesné hmotnosti, změnám termoregulace. Zhoršuje se zrak, sluchová ostrost pro vysoké tóny, čich i chuť (Dvořáčková, 2012). Atrofují jednotlivé orgány trávicí a vylučovací soustavy, mnohdy dochází také ke kardiopulmonálním změnám, degenerativním změnám kloubů (Venglářová, 2007). Celkově dochází ke snížení vitální kapacity a bazálního metabolismu. S nastupujícím stářím dochází i k pozvolné psychické involuci a úbytku duševních funkcí. Častá je celková změna osobnosti,



znatelněji se projevují negativní vlastnosti a rysy dané osoby (Dvořáčková, 2012). Konkrétně se psychické změny odráží na zhoršování paměti, nedůvěřivosti, snížené sebedůvěře, emoční labilitě, změnách vnímání. Sociální změny souvisí s přechodem do penzijního věku (Venglářová, 2007). Dvořáčková (2012) uvádí, že senioři mnohdy bývají vyčleňováni ze společnosti a je jim připisována sociální role „nemít roli“. Odchodem do penze se člověk odprošťuje od pracovního stereotypu, jehož důsledkem ztrácí dosavadní sociální kontakty a je pro něj obtížnější navazovat nová přátelství. Jedinec získává jiný rytmus života s nadbytkem volného času, s čímž se každý neumí vypořádat pomocí efektivní změny životního stylu (Dvořáčková, 2012). Navíc dochází k neočekávaným ekonomickým problémům a dalším náhlým změnám jako odstěhování dětí či ke ztrátě partnera a dalších blízkých lidí (Venglářová, 2007). Proto nebývá ojedinělé uzavírání se do sebe, senioři se tak často ocitají osamělí. Takový stav není žádoucí a je třeba seniorům pomoci se zachováním sociální role (Dvořáčková, 2012). Tento negativní postoj ke stáří se postupně začíná měnit, ale zatím převážně ve vyspělých zemích a spíše ke stáří ranému (Čevela et al., 2014).

### ***1.3 Geriatrické ošetřovatelství***

Pro vymezení geriatrického ošetřovatelství je nutné nejdříve vysvětlit základní pojmy, jedním z nich je gerontologie (Čeledová et al., 2016). Holmerová et al. (2014) uvádí, že se jedná o široký pojem, který zahrnuje biologické a sociální aspekty stárnutí a stáří. Gerontologie se dále dělí na experimentální, sociální a klinickou. Experimentální se zabývá biologickým a psychologickým procesem stárnutí organismů. Sociální gerontologie se zajímá o vztahy ve stáří a mezi generacemi, zdravým stárnutím, ekonomickými faktory a všemi ostatními souvislostmi ovlivňující život ve stáří. Klinická gerontologie se jinak nazývá geriatric (Čeledová et al., 2016). Zabývá se udržováním zdraví, diagnostickými a terapeutickými postupy a zvláštnostmi nemocí staršího věku. Zakladatelem tohoto lékařského oboru je rakouský lékař Ignatz Leo Nascher (Čevela et al., 2012), na území České republiky vznikl samostatný lékařský obor geriatric v roce 1983 (Haškovcová, 2012). Předmětem tohoto oboru je senior a cílem je uchování zdraví a celkového dobrého stavu, udržení kvality života, zachování soběstačnosti a funkční zdatnosti, rozvoj dlouhodobé péče o geriatrické pacienty a dle Kalvacha et al. (2008) také zlepšení prognózy v případě již vzniklé nemoci. Geriatrický lékař spolupracuje s lékaři napříč všemi obory, zejména pak s odborníky z neurologie,

rehabilitace a psychiatrie (Holmerová et al., 2007). To znamená, že se jedná o interdisciplinární obor. Tým, který se o starého pacienta stará, se nazývá geriatrický. Patří do něj pacient, všichni lékaři různých specializací podílející se na léčbě, sestry a další zdravotnický personál, sociální pracovník, nutriční terapeut, psycholog, farmaceut a také pacientova rodina (Mühlpachr, 2008). Schuler a Oster (2010) dodávají, že je nutná aktivní spolupráce všech uvedených členů týmu. Plánování a poskytování péče však musí vždy podléhat přání a zájmu seniora (Klevetová a Dlabalová, 2017).

Geriatrickým pacientem by měl být dle kalendářního rozdělení věku člověk od šedesáti či šedesáti pěti let. To je však nejnížší možná věková hranice, tito senioři ještě nemají příliš snížený potenciál zdraví a netrpí většími involučními změnami, proto se v geriatrici pečují spíše o seniory přibližně od sedmdesáti pěti let (Kalvach et al., 2008). Hegyi a Krajčík (2015) upřesňují, že geriatrický pacient se posuzuje podle biologického věku, kdy pacientův stav již komplikují značné involuční změny a polymorbidita.

Kalvach et al. (2004) uvádí členění pacientů v seniorském věku dle Spirdusové na elitní, zdatné, nezávislé, křehké, závislé a zcela závislé. Zdatní senioři jsou v dobré fyzické i psychické kondici. Elitní jedinci zvládají i extrémně náročné aktivity, mnohdy pokračují v práci a aktivně se věnují svým celoživotním koníčkům včetně náročných sportů (Kalvach et al., 2004). U těchto dvou skupin jsou obzvlášť důležité preventivní prohlídky a edukace v oblasti prevence. Nezávislí senioři jsou méně aktivní a hůře zvládají zátěžové situace, mnohdy prodělali nějaká onemocnění nebo podstoupili operaci, ale stále zůstávají soběstační a nevyžadují dlouhodobou ošetrovatelskou péči. U křehkých starých jedinců dochází k častým dekompenzacím, jejich zdravotní stav či kognitivní funkce jsou nestabilní, proto se často dostávají do péče zdravotníků a také mnohdy využívají terénní sociální služby. Skupina závislých seniorů potřebuje v důsledku špatného zdravotního stavu, zhoršených kognitivních funkcí či omezené soběstačnosti trvalou zdravotní a sociální péči (Holmerová, 2014). Zcela závislí senioři bývají upoutáni na lůžko a zcela nesoběstační, proto potřebují trvalou péči včetně bazálního ošetřování (Kalvach et al., 2004). WHO rozděluje geriatrické pacienty dle stupně závislosti pouze na lehce, středně a úplně závislé. Lehce závislí senioři potřebují podporu a kontrolu při běžných denních aktivitách, z pohledu sestry je u těchto pacientů potřebná jen příležitostná ošetrovatelská péče. Středně závislí vyžadují pomoc při některých běžných denních aktivitách, sestra musí uspokojovat základní denní potřeby. Úplně či těžce závislý člověk potřebuje trvalou ošetrovatelskou péči, je nutné vykonávat

u pacienta veškeré denní aktivity a zajišťovat potřeby v plném rozsahu bez jeho spolupráce (Poledníková, 2013).

U jakkoli zdatného starého člověka je nejen v době hospitalizace velké riziko zhoršení až ztráta soběstačnosti, imobility, dehydratace a malnutrice, často je senior ohrožen pády a mnohými zdravotními komplikacemi. Z těchto důvodů je potřebná specifická a individuální geriatrická ošetrovatelská péče (Fialová, 2008). Kromě ošetrovatelské péče o starého člověka, u kterého bývá odlišný klinický obraz než u mladších jedinců, musí sestra řešit i časté přidružené choroby a zdravotní komplikace a mnohdy i zajišťovat řešení pacientových sociálních problémů (Pokorná et al., 2013).

Role sester je nejen v geriatрии složitá, protože jsou zdravotnickým personálem, který má k pacientům i k jejich rodině blízko, hodně s nimi komunikují a mívají tak pacientovu důvěru, kterou však mohou lehce ztratit (Ptáček, Bartůněk et al., 2011). Individuální přístup v geriatrickém ošetrovatelství je pro seniory přínosný. Sestry pečující o seniory respektují stáří a lidskou důstojnost a poskytují svou péči systematicky a cíleně, proto jsou na seniory kladeny úměrné požadavky (Malíková, 2011). Důležitým aspektem geriatrického ošetrovatelství je snaha o zachování seniorova co největší autonomie seniora, dále pak vhodná komunikace se seniorem, které je věnována samostatná kapitola, viz 1.6 Komunikace se seniory (Holmerová et al., 2014). V rámci geriatrického ošetrovatelství se uplatňuje nedirektivní a lidský přístup k pacientům i k jejich rodinám, snahou je rozvíjet či udržovat pacientovu soběstačnost, pečovat o pacienta dle jeho přání a minimalizovat geriatrické ošetrovatelské problémy. Sestra ošetroující seniory musí znát i zásady paliativní péče, péče o mrtvé tělo a o pozůstalé (Malíková, 2011).

Péče o staré osoby má obzvlášť etický význam, ale také ekonomický. Kromě prodloužení střední délky života se také snižuje porodnost, to znamená, že obyvatelstvo stárne a s narůstajícím počtem seniorů se budou zvyšovat i nároky na celý systém zdravotní péče. Z toho důvodu je nutné i u seniorů posilovat zájem o prevenci a podporu péče o zdraví, a tím podporovat zdravotní stav stárnoucí populace (Hrozenková, Dvořáčková, 2013).

#### **1.4 Ošetrovatelská péče v domovech pro seniory**

Na českém území se začala formální péče o staré rozvíjet až za vlády Marie Terezie a Josefa II., tehdy se zakládaly chorobince, kde se pečovalo o nevyлéčitelně nemocné a staré jedince. Domovy pro staré osoby vznikaly v klášterech a církevních budovách, to však až v době po druhé světové válce (Mlýnková, 2011).

V současné době v české společnosti stále převládá názor, že péče o seniory by měla být primárně zajištěna neformálně (Dvořáčková, 2012). Potřebu postarat se o seniora v rodině mají převážně ženy, které se zpočátku snaží při pečování chodit i do práce (Horová, Loudová, 2012). Taková péče je ovšem psychicky i fyzicky náročná, zdravotní stav seniora se spíše zhoršuje a pečující rodinný příslušník se musí zanedlouho vzdát kariéry, aby mohl seniorovi zajistit celodenní péči. Postupně obětuje také seberealizaci, dochází k ekonomické zátěži rodiny a stupňující se stres může mít dopad i na fungování rodiny (Kalvach et al., 2011). Teprve když rodina péči vůbec nezvládá, rozhodne se vyhledat pomoc u poskytovatelů terénních či pobytových zdravotních a sociálních služeb (Dvořáčková, 2012).

Dnešní domovy pro seniory poskytují komplexní služby zahrnující zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační a sociální péči. Jedná se o pobytovou službu sloužící starým jedincům se sníženou soběstačností, kteří vyžadují pomoc jiné osoby (Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění), a nahrazující jim domácí péči (Králová, Rážová, 2012). Základními činnostmi této služby jsou poskytnutí ubytování, stravy, pomoc při běžných úkonech sebek péče a při osobní hygieně (Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění). Dále pracovníci domova zajišťují klientům zprostředkování sociálních kontaktů, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí. Poskytovatelé musí klientům zaručovat prosazování jejich lidských a občanských práv, musí mít vypracovaná vnitřní pravidla a dodržovat standardy kvality péče (Králová, Rážová, 2012). Cílem poskytování sociálních služeb je zachování či rozvoj soběstačnosti a schopností seniora vycházející z jeho potřeb, a to při zachování lidské důstojnosti (MPSV, 2017).

Podstatou péče v domově pro seniory je provázanost zdravotní a sociální péče, které bývají mnohdy rozdělovány. Pro zařízení tohoto typu je ovšem natolik potřebná komplexní péče, že musí být oba typy péče zajištěny současně (Holmerová et al., 2007). Pro zajištění takové péče pracují v domovech multidisciplinární týmy, do kterých patří lékař, sestry, fyzioterapeut, sociální pracovník a pracovníci v sociálních službách

(Malíková, 2011). Všichni pracovníci mají zodpovědnost za vykonávané činnosti, proto musí dbát na dodržování a nepřekračování svých kompetencí. Taková týmová spolupráce pak vede k holistickému přístupu (Plevová et al., 2012).

Ošetřujícím lékařem klientů je praktický lékař pro dospělé pracující v domově, kam většinou pouze dochází pravidelně či dle potřeby klientů. V případě klientova přání může být jeho lékařem i jiný praktický lékař, než který je v domově zaměstnaný (Malíková, 2011). Dále zdravotní péči poskytují ambulantní specialisté jako internista, urolog, neurolog, ortoped a další lékaři, ke kterým musí být klientům zpravidla zajištěn převoz (Dvořáčková, 2012).

Sestry pracující v domově pro seniory se nazývají všeobecné sestry v sociálních službách s odborností 913 (Vyhláška č. 354/2017 Sb.), nepotřebují mít specializační vzdělání, ale stejně jako jiní nelékařští zdravotničtí pracovníci jsou povinny se celoživotně vzdělávat pro zvyšování kvality péče (Brůha a Prošková, 2011). Jejich přímým nadřízeným je vrchní sestra, jejímž nadřízeným je vedoucí zařízení. Vrchní sestra či jinak vedoucí zdravotního úseku zajišťuje vzdělávání svých podřízených, má na starosti materiálně technické práce a spolupracuje nejen se sestrami, ale se všemi zaměstnanci zařízení, navíc často i se zdravotnickými pracovníky mimo domov (Malíková, 2011).

Sestry v sociálních službách poskytují preventivní, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péči, kromě toho hodnotí seniorovy potřeby a úroveň soběstačnosti (Malíková, 2011). Veškeré zdravotní výkony provádějí bez odborného dohledu dle ordinace lékaře na základě vystaveného poukazu na vyšetření/ošetření ošetrovatelské a rehabilitační péče, ve zkratce ORP (VZP, 2016). Vyúčtované výkony provedené sestrou hradí veřejné zdravotní pojišťovny na základě smlouvy s domovem pro seniory (Králová, Rážová, 2012). Červenková et al. (2006) upozorňují, že zdravotní pojišťovny nehradí domovům pro seniory veškeré provedené zdravotní výkony a náklady vynaložené na zdravotní péči, proto si zařízení z velké části financují péči sami. Průša (2009) doplňuje, že financování stejné ošetrovatelské péče je v sociálních službách a zdravotnických zařízeních odlišné a nejsou tak vytvořené rovnocenné podmínky pro poskytování ošetrovatelské péče.

Dle ordinace lékaře provádí sestry veškeré odborné ošetrovatelské úkony jako podávání léků včetně aplikace návykových léčiv, odběr biologického materiálu, ošetřování poruch celistvosti kůže a chronických defektů, ošetřování permanentního

močového katetru, podávání inhalační terapie, ošetřování a zavedení nasogastrické sondy, péče o stomie, monitorace vitálních funkcí, vyšetření přístroji jako EKG či glukometr a další. Kromě těchto odborných výkonů je pracovní náplní sestry poskytování individuální péče dle ošetřovatelského plánu s uplatňováním holistického přístupu, vedení ošetřovatelské dokumentace, řešení ošetřovatelských problémů, dodržování prevence vzniku a přenosu nozokomiálních nákaz, přijímání, překlad, případně propuštění klientů a vyhodnocování ošetřovatelských rizik, na jejichž základě zajišťuje individuální prevenci. Dále sestra sleduje příjem stravy a tekutin, potíže s vyprazdňováním, stará se o objednávání stravy a dodržování diet. Sestra má zodpovědnost za uložení léků, kontroluje expiraci, sleduje stav zásob léků a zdravotnického materiálu. Ve spolupráci s fyzioterapeutem a pracovníky v sociálních službách provádí rehabilitační ošetřování, podporuje nácvik soběstačnosti a mobility klientů. Jednou z nejtěžších činností sester je doprovázení klienta při umírání, péče o zemřelé, poskytování psychické podpory rodinám (Malíková, 2011).

Sestry v domově pro seniory pečují dle zásad již zmíněného geriatrického ošetřovatelství (Malíková, 2011). Jsou nenahraditelné z toho důvodu, že jsou jediným personálem zajišťující komplexní ošetřovatelskou péči (Abrham, 2013), a to především v současné době, kdy se do domovů pro seniory přijímají převážně senioři s již sníženou soběstačností, středně nebo vysoce závislí na péči druhé osoby (Průša, 2009). Přestože péče o seniory v těchto zařízeních mnohdy připomíná spíše léčebnu dlouhodobě nemocných, zdravotní stav seniorů se častokrát náhle mění, a proto musí sestry provádět systematické sledování všech klientů a umět analyzovat a vyhodnocovat změny v jejich fyzickém, psychickém i sociálním stavu (Malíková, 2011). V tomto ohledu je práce sestry zodpovědnější než ve zdravotnických zařízeních, protože se musí rozhodovat samostatně bez bezprostředního zásahu lékaře (Burgetová, Pinkavová, 2013). Sestra tak zodpovídá za prevenci, rozpoznání a řešení ošetřovatelských problémů a zdravotního stavu klientů, které posléze řeší s docházejícím ošetřujícím lékařem. V případě, že dojde k náhlému zhoršení zdravotního stavu klienta, které vyžaduje okamžité lékařské ošetření, jsou sestry povinny přivolat zdravotnickou záchrannou službu nebo zajistit převoz do zdravotnického zařízení (Malíková, 2011).

Sestra v sociálních službách vychází při své práci ze stejných hodnot jako veškerý personál zajišťující sociální péči. Předmětem jejich společného zájmu je člověk, který se dostal do sociální tísně, která jedince omezuje v uspokojování potřeb. Stejně tak

sestra uznává hodnoty jako právo na svobodné rozhodování, respektování lidské důstojnosti, zachování diskretnosti informací, dodržování profesionální objektivity, zodpovědnost (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Při péči o klienty v domovech pro seniory mohou sestry pociťovat jednotvárnost, nízkou odbornost a neúspěšnost vzhledem k nepatrnému zlepšování zdravotního stavu klientů (Dlugošová, Tkáčová 2012), zároveň si mnohdy vytvoří vztah s klienty, kteří v domově žijí mnoho let a vnímají jejich postupné zhoršování celkového stavu (Kelnarová, 2007). Vzhledem ke zvýšené fyzické a psychické náročnosti pomáhajících profesí v sociálních službách by měly všechny sestry disponovat určitými osobnostními předpoklady a dovednostmi, aby byly schopny čelit riziku syndromu vyhoření. Mezi tyto předpoklady patří především fyzická zdatnost, komunikační dovednosti, sociální a emoční inteligence, snaha o celoživotní sebevzdělávání, náklonnost k lidem a důvěryhodnost sestávající ze spolehlivosti, porozumění a zachování diskretnosti (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Přes náročnost tohoto povolání se sestřám vždy nedostává tolik poděkování a úcty, kolik by si zasloužily (Kelnarová, 2007).

### ***1.5 Zdravotní gramotnost***

WHO definuje zdravotní gramotnost jako soubor kognitivních a sociálních schopností, které determinují způsobilost a motivaci jedinců k získávání a porozumění informacím a využívání jich ke zlepšení a udržování dobrého zdraví (Bendl, 2015). Dle Nutbeama (2009) je zdravotní gramotnost jednoduše schopnost číst, rozumět a jednat na základě získaných zdravotních informací. Berkman et al. (2011) jeho názor upravují jako schopnost číst a rozumět textu, schopnost komunikovat, naslouchat, rozumět numerickým informacím a v posledních letech i používat technologie. Holčík (2010) vnímá zdravotní gramotnost jako základní nástroj pro osobní rozvoj směřujícího ke zdraví, pro rozhodování o způsobu svého života a o poskytované zdravotní péči. Čevela et al. (2014) doplňují, že pojetí zdravotní gramotnosti není založeno jen na předání zdravotních informací, ale je zakotveno v kulturní, ekonomické a vzdělanostní úrovni sociálních skupin a tím i jedinců.

Lidé se snažili ovlivňovat své zdraví již od pradávna tradičními metodami, rituály, osobní hygienou a způsobem života, péče o zdraví tak vždy byla součástí výchovy. Patříčná zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy člověka pro život (Holčík, 2010) a je i celosvětovou ekonomickou prioritou, protože čím lepší je zdravotní

gramotnost, tím větší je úroveň zdraví populace a nedochází pak k ekonomickým ztrátám (Wali et al., 2016). U osob, které se nezajímají o zlepšování a udržování svého zdraví, se vyskytuje větší počet hospitalizací, delší doba hospitalizace i rekonvalescence. Z toho vyplývá, že zdravotní gramotnost zvyšuje náklady na následnou zdravotní péči při řešení zdravotních komplikací. (Dingová, Jakubcová, 2011).

Zpočátku byla zdravotní osvěta zaměřená na vyšší vzdělané vrstvy, dnes už jsou veškeré zdravotní programy určeny široké veřejnosti. Přesto stále existují rozdíly ve zdravotním stavu a zdravotní gramotnosti jednotlivých občanů a sociálních skupin, proto je nezbytné rozlišovat, o jakou cílovou sociální skupinu s ohledem na životní podmínky se ve zdravotní výchově jedná. Stále zůstává aktuální, že vzdělanější jedinci mají lepší úroveň zdraví (Holčík, 2009).

Holčík (2009) rozlišuje zdravotní gramotnost z individuálního a společenského hlediska. Pro jednotlivce má zdravotní gramotnost význam při posilování svého zdraví a při rozvoji osobnosti v oblasti rozhodování o svém zdraví. Pro společnost znamená zdravotní gramotnost zvyšování celkové úrovně zdraví populace, zlepšování systému péče o zdraví a sounáležitost mezi lidmi (Holčík, 2009). Skutečný význam se však naplní jen tehdy, pokud se s principem zdravotní gramotnosti obeznámí co nejvíce lidí, kteří si budou průběžně obnovovat své znalosti, a nabyté zkušenosti se získanými informacemi pak uplatní v praxi (Holčík, 2010).

Předpokladem, aby se člověk mohl považovat za zdravotně gramotného, jsou zdravotní znalosti a dovednosti, umění vyhodnocovat informace, dodržování prevence a chování na základě získaných informací, dovednost komunikace se zdravotníky a schopnost rozhodovat se (Rootman, 2009). Každý jedinec by měl být schopen rozhodovat o způsobu svého života a o poskytované zdravotní péči (Holčík, 2010).

Pacient musí být zdravotně gramotný především v oblasti podpory zdraví a prevence, protože zdravotní systém v současné době přenáší odpovědnost za rozhodování o zdravotním stavu na samotného pacienta (Janovská, 2017). Bendl (2015) podotýká, že zdravotně gramotný jedinec je sice odpovědný za své zdraví, nemá však nahradit profesionální zdravotníky, ale spolupracovat s nimi.

Populace v Evropě má obecně o zdravotní informace zájem. V současné době však lidé nehledají pomoc u zdravotníků, ale především na internetu, protože komerční text působí jednodušeji a srozumitelněji (Holčík, 2010). Vhodnější variantou aktivního



vyhledávání informací jsou různé edukační programy a kurzy z oblasti zdraví a životního stylu, ale i tam mohou být předávány mylné informace, jestliže přednášející není odborník. Pro laickou veřejnost je těžké rozlišit relevantnost informací (Hanka, Lešetický, 2008). Sillence et al. (2007) apelují, aby se v takovém případě nejistý jedinec vždy obrátil na odborníky. Přístup ke zdravotní gramotnosti se mění tak rychle, jak se vyvíjí medicína, léčiva, dostupnost a kvalita zdravotnických služeb nebo celosvětové názory na zdraví. Proto rozhodně nestačí, aby si lidé informace jednou osvojili a více s nimi již nepracovali. Musí je získávat a obnovovat v průběhu života (Holčík, 2010)

V návaznosti na rozšiřování povědomí o zdravotní gramotnosti a narůstajícím počtem výzkumů orientovaných na úroveň zdravotní gramotnosti jsou vytvářeny různé modely zdravotní gramotnosti (Čevela et al., 2014). Holčík (2010) popisuje Nutbeamův model, který zahrnuje tři stupně zdravotní gramotnosti dle aktivity a odpovědnosti, a to funkční, interaktivní a kritickou. Funkční gramotnost se týká předávání a přijímání informací o zdravotnickém systému a prohlubování vědomostí o zdravotních rizicích, je to tradiční direktivní zdravotní výchova, která může probíhat formou letáků a brožurek nebo jednostranné edukace (Holčík, 2010). Čevela et al. (2014) doplňují, že tento přístup je jednostranný a nerozvíjí schopnost řešit své zdraví a nemoc, ale i přesto může oslovit mnoho jedinců, a proto je základním způsobem předávání informací. Interaktivní zdravotní gramotnost vyžaduje aktivnější přístup, odpovědnost jednotlivců a komunikační schopnosti pro spolupráci s odborníky. Zaměřuje se na rozvíjení schopnosti jednat samostatně v oblasti zdraví. Zdravotníci nabízejí možnosti volby, pořádají výchovné programy zaměřující se na konkrétní zdravotní témata nebo organizují svépomocné skupiny pacientů a stávají se pouhými konzultanty. Smysl těchto činností netkví v tom, aby jedinci vyhověli všem poskytnutým radám, ale aby rozvíjeli svou samostatnost v rozhodování a upevňovali svou motivaci ke zlepšování zdraví (Čevela et al., 2014). Cílem kritické zdravotní gramotnosti je chápání zdraví v globálním kontextu, vysoká aktivita v získávání informací a celoživotní rozvíjení zdravotně příznivého sociálního prostředí. Rozvíjí schopnosti individuálního chování i sociálně a politicky orientovaných činností (Mullen, 2013). Všechny zmíněné stupně, z nichž nejdůležitější je především kritická zdravotní gramotnost, je nutné rozvíjet. Jedná se však o složitý sociální proces, který aby byl efektivní, musí každý jedinec projít postupně všemi stupni (Čevela et al., 2014). Holčík (2010) dodává, že základ spočívá ve výchově rodiči a následný rozvoj ovlivňují další sociální faktory. S rozvojem také

souvisí dosažená úroveň zdravotní gramotnosti rodičů, pedagogů a zdravotníků a jejich schopnost předávat informace.

Jiný model zdravotní gramotnosti zveřejňuje WHO. Ten vymezuje dostupnost, porozumění, vyhodnocení a aplikaci informací ve třech oblastech, kterými jsou zdravotní péče, prevence nemocí a podpora zdraví (Kickbusch et al., 2013). Dále Seifertův environmentální model vznikající v USA v roce 2006 až 2011 vyzdvihuje vliv životního prostředí na zdraví populace. Nakládání s životním prostředím ovlivňuje zdraví celé populace, které se následně odráží v ekonomické situaci státu. Model zdůrazňuje potřebu politických opatření a činnost organizací zabývajících se životním prostředím, které informují veřejnost o důsledcích špatného životního prostředí na jejich zdraví, informují je, jak si zachovat zdravé prostředí doma a v práci a motivují je ke změně (Seifert, 2011).

Existují vlivy, které mohou jedincům bránit ve zvyšování zdravotní gramotnosti. Mezi tyto vlivy se řadí zdravotní postižení, stárnutí, nevěnování se čtení, nepochopení pokynů lékaře a neschopnost požádat lékaře o vysvětlení (Holčík, 2010). Dle Rootmana (2009) jsou sociálními skupinami nejvíce ohroženými nízkou zdravotní gramotností a jejichmi následky zejména senioři, osoby s nižší úrovní vzdělání, etnické minority, zdravotně postižené osoby a osoby s ekonomickými problémy. Calderon a Smith (2007) shledávají u těchto osob příčinu nízké zdravotní gramotnosti v nedostatečném věnování se učení, sebevzdělávání a diskuzi o zdravotních zkušenostech s jinými jedinci, dále v nezájmu nebo nemožnosti získávání zdravotních informací, v nepochopení medicínské slovní zásobě a celkovému nevyznání se ve zdravotnickém systému. Schopnost orientace ve zdravotnickém systému ovšem narůstá zvyšující se mírou zkušeností se zdravotním prostředím (Calderon, Smith, 2007). Holčík (2010) shledává překážky ve zvyšování zdravotní gramotnosti nejen v samotných jedincích, ale také na úrovni škol, které nevěnují dostatek pozornosti výchově ke zdraví nebo nezaměstnávají kvalifikované pedagogy. Dále může problém nastat v nastaveném zdravotním systému, na straně zdravotnických pracovníků nebo ve špatném předávání zdravotních informací (Holčík, 2010).

Dle Čevely et al. (2014) osoby s nízkou zdravotní gramotností nerozumí informacím od zdravotníků, ale ani nežádají o vysvětlení. Tito jedinci nedochází na preventivní prohlídky, častěji trpí akutními zdravotními problémy a hůře zvládají chronická onemocnění, více využívají pohotovostní služby, jsou častěji hospitalizováni,

nedodržují léčebný režim a mnohdy jejich omezené znalosti souvisí i s předčasným úmrtím (Kickbusch et al., 2013). Nízká zdravotní gramotnost devastuje zdravotní systém, protože vede k vyšší nemocnosti, výskytu chronických a onkologických chorob a větší úmrtnosti (MZ ČR, 2015).

Zdravotníci si potřebu předávání informací nebo snahu některých lidí získávat informace neuvědomují, a tak je lidem aktivně nenabízejí, na rozdíl od nich toho využívají farmaceutické společnosti a zdravotní pojišťovny (Holčík, 2010). Přitom právě sestry představují prostředníka mezi lékařem a pacientem (Betz et al, 2008). Zároveň tráví s pacienty více času než lékaři, proto mají více příležitostí poskytovat jim dle svých kompetencí potřebné informace týkající se zdraví, a tím zvyšovat zdravotní gramotnost (Beauchamp, Sparkes, 2014). Americký výzkum však ukázal, že samy sestry mají v oblasti zdravotní gramotnosti omezené znalosti, protože jí nevěnují dostatečnou pozornost a neuvědomují si, jak tím mohou působit na zdraví populace (Macabasco-O'Connell, Fry-Bowers, 2011). Sestry ve zdravotnických i sociálních zařízeních postrádají vzdělávání v oblasti zásad předávání zdravotních informací (Coleman, 2011). Kromě toho nedisponují dostatečným časem na provádění potřebných intervencí, proto i předávání informací a edukace probíhá velmi často rychle a stručně. Zároveň zdravotníci pacienty přeceňují a očekávají, že již zvládají alespoň základní péči a úkony týkající se zdraví (Osborne, 2013).

V některých zahraničních zemích je standard zjišťovat zdravotní gramotnost populace ze strany zdravotnických, sociálních i jiných pracovníků ve zdravotnictví. Osborne (2013) zmiňuje, že testování obyvatel však může přinést i negativa. Někteří lidé se necítí dobře nebo se dokonce stydí, jsou-li odhalovány jejich neznalosti. Opakované testování je navíc může odradit od dalšího kontaktu s pracovníky ve zdravotnictví, proto musí pracovníci dbát opatrnosti a testovat pouze jedince, kteří s tím souhlasí. Před zjišťováním znalostí by si měli uvědomit účel dotazování, cílovou skupinu a dále se zaměřit na individuální dovednosti čtení, psaní, počítání, chápání informací každého testovaného (Osborne, 2013).

Existují validizované testy pro zjišťování úrovně zdravotní gramotnosti. Jedním z nich je Rapid estimate of adult literacy in medicine, dále již jako REALM, který je využíván v plné nebo zkrácené verzi. Pomocí tohoto testu vyšetřují kliničtí pracovníci u dospělých běžně v ordinacích i ve výzkumech schopnost čtení, a tím schopnost porozumění zdravotním a edukačním materiálům. Jedinci jsou po vyhodnocení testu

rozdělení do čtyř úrovní, podle kterých jsou jim dány materiály speciálně přizpůsobené dané úrovni (Ishikava, 2008). Dalším testem funkční zdravotní gramotnosti dospělých je Test of functional health literacy in adults, ve zkratce TOFHILA, který je také využíván v ordinacích i ve výzkumech. Stejně jako REALM je zaměřený na schopnost porozumění čteným informacím, ale také na schopnost počítat (Chan, 2014). V tomto testu jsou vyšetřovaní rozdělení do tří úrovní s nedostatečnou, hraniční či adekvátní zdravotní gramotností (Sheps, 2011). Dalšími používanými jsou sebehodnotící testy, které mají vysokou senzitivitu a specifitu a jsou snadno použitelné v praxi, protože bývají lépe přijímány osobami, kterým je hodnocení jejich znalostí nepříjemné (Institute of Medicine, 2009). Jedním sebehodnotícím testem je Functional healthcare literacy scale, v kterém vyšetřovaný sám zaškrtnává jednu z možností odpovědí, které vyjadřují míru aktivity jedince v oblasti zdravotní péče (Smith, 2009). Má-li jedinec podle tohoto testu nízkou úroveň zdravotní gramotnosti, je mu poskytována zvláštní edukace (Institute of Medicine, 2009).

WHO podporuje členské státy v posilování aktivního a zdravého stárnutí, monitoraci a hodnocení zdravotního stavu seniorů a zajištění dostupnosti zdravotních a sociálních služeb. Činnosti WHO lze rozdělit do čtyř oblastí, zdravé stárnutí v průběhu života, zdravotní a dlouhodobá péče vhodná pro seniory, podpůrné prostředí a posílení statistických výzkumů. Organizace napomáhá začleňování seniorů do společnosti, zajištění přístupu seniorů k informacím a zdravotním službám (WHO/Europe, 2015). Česká republika je jako členská země zavázána k podporování obyvatel ke zdravému životnímu stylu a vytváření podmínek pro zdravé stárnutí. Vznikl tak Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období 2013 až 2017 zabývající se ochranou práv starších osob, celoživotním učením, kvalitním prostředím pro život seniorů a dalšími oblastmi důležitými pro zdravé stárnutí (MPSV, 2014).

Pro zvyšování zdravotní gramotnosti seniorů je vhodné se zaměřit na informování seniorů v oblasti zdraví, životního stylu, systému zdravotní péče, dále na podporu schopnosti ovládat informační techniku, navazovat sociální kontakty a komunikovat, na mobilitu seniorů, na snahu uplatnění seniorů a respektování jejich role ve společnosti, na zdravotní péči o seniory a na existenční zajištění seniorů, aby nedocházelo k obavám o zajištění životních podmínek v případné těžké životní situaci (Čevela et al., 2014). Zdravotní gramotnost lze rozdělit do tří hlavních oblastí, a to podpora zdraví, prevence nemocí a oblast zdravotní péče (Janovská et al., 2016).

### **1.5.1 Oblast podpory zdraví**

Do oblasti podpory zdraví se řadí především zdravý životní styl a péče o prostředí (Janovská et al., 2016).

Zdraví člověka ovlivňuje jen maximálně z patnácti procent genetika, přibližně z dvaceti procent životní prostředí a deseti až patnácti procent zdravotní péče. Ze zbývajících procent vyplývá, že nejvíce záleží na životním stylu (Čeledová, Čevela, 2010). Pro pojem životní styl existují různá vysvětlení, někteří ho spojují s módou, aktivitou, bydlením nebo konzumním a ekologickým chováním (Duffková et al., 2008). Podle Saka a Kolesárové (2012) životní styl zahrnuje trávení volného času, pracovní aktivity a charakter práce, způsob dopravy, stravování, komunikace, způsob péče o děti i velikost rodiny. Dále zahrnuje individuální aktivní zastávání životních priorit a každodenních zvyklostí, hodnotový žebříček, způsob chování a seberealizaci a mnohdy souvisí se sociálně-ekonomickým statutem, tradicí a kulturou (Čevela et al., 2014). Je to svobodná volba každého jedince, ale přesto je velmi ovlivňován společností a životním prostředím, ve kterém jedinec žije (Sak, Kolesárová, 2012). Dle MPSV (2014) je zdravý životní styl základním předpokladem pro zlepšení kvality života a prodloužení aktivního života ve stáří.

Zdraví a rozvoj nemocí seniora ovlivňuje již způsob života v mládí a středním věku, a to především návyk na tělesnou aktivitu, stav výživy a s ním související stav chrupu, mohutnost svalové hmoty, která by mohla souviset s involuční sarkopenií, a hutnost kostní hmoty, která má vliv na rozvoj osteoporózy. Samotný styl života ve stáří je kromě předcházení nemocem také sekundární prevencí nemocí přenesených ze středního věku (Čevela et al., 2014).

Přechod do důchodového věku přijímá mnoho osob negativně, nicméně žádoucí je přijmout tento věk jako možnost věnovat se aktivitám, na které dosud nezbýval čas (Suchá et al., 2013). Přestože ve stárnoucím organismu dochází k mnoha involučním změnám a klesá životní dynamika, není nutné přestat se věnovat dosavadnímu životnímu stylu. Ideální je přizpůsobit své zájmy aktuálnímu zdravotnímu stavu (Haškovcová, 2012). Senior má příležitost vybrat si životní styl, který ho baví a objevovat nové záliby (Suchá et al., 2013). Haškovcová (2012) upozorňuje na nevhodnost omezování seniorů ze strany zdravotníků i rodiny. Namísto zakazování aktivit s příkazy, aby vyčkali, až budou zdraví, by měli společně se seniorem nalézt aktivity, které by mohl vykonávat i v nemoci (Haškovcová, 2012). Navíc právě

provozováním vhodných aktivit a věnováním se zdravému životnímu stylu může starý člověk předcházet zhoršení zdravotního stavu. Vhodně zvolený životní styl napomáhá zachování přijatelné pohyblivosti a fyzické i psychické kondici (Floriánková, 2014). Aktivní jedinci, kteří jsou schopni seberealizace i po přechodu do penze, efektivně využívají nadbytek volného času. Vzniká však velký rozdíl mezi úspěšným a neúspěšným stárnutím v závislosti na tom, zda má jedinec lepší zdravotní a funkční stav, zodpovědný a aktivní přístup k životu, mnohdy i vyšší vzdělání a ekonomické zajištění nebo zda je jedinec spíše pasivní s nezdravým stylem života a jeho zdravotní potenciál tak rychle klesá (Čevela et al., 2014).

Pozitivní vliv životního stylu se uplatňuje při celkovém dodržování zdravých zásad a vyhýbání se rizikovým faktorům, kterými jsou kouření, drogy, nadužívání alkoholu, nesprávná výživa, nedostatek pohybu, psychická zátěž a rizikové sexuální chování (Čeledová, Čevela, 2010). Ačkoliv je většina rizikových faktorů všeobecně známá, mnohdy jsou právě tyto faktory u rizikových jedinců obtížně ovlivnitelné, protože se jedná převážně o osoby s nižší úrovní vzdělání nerespektující zásady zdravého životního stylu. To však zároveň neznamená, že vysoce vzdělaní lidé vždy žijí zdravým způsobem (Čevela et al., 2014).

Pro zachování zdravých životních podmínek jsou potřebné především zdravá výživa, tělesná a duševní aktivita (Čeledová, Čevela, 2010).

Důležitým způsobem posilování zdraví a prevence nejčastějších onemocnění seniorského věku je zachování fyzické aktivity (MZ ČR, 2014). Vhodným pohybem se zpomalí atrofování svalové hmoty, zachová se kloubní pohyblivost a srdeční funkce. Pohyb působí pozitivně na odolnost organismu, peristaltiku střev a zároveň slouží jako prevence osteoporózy (Suchá et al., 2013). Naopak nízká pohybová aktivita vede k poklesu tělesné zdatnosti, kvůli níž se jedinec dostává do bludného kruhu pasivního stylu života, protože důsledkem poklesu zdatnosti jsou dušnost a nevykonnost, které senioři v mnoha případech mylně připisují samotnému stáří a chorobám, a tím více omezují další tělesné aktivity. To bývá navíc ve spojení s nadváhou příčinou postupného zhoršování stability, svalové síly až úplné imobility a nesoběstačnosti (Čeledová et al., 2016).

Informovaný jedinec si uvědomuje pozitivní vliv pohybové aktivity na zdraví a soběstačnost a snaží se udržovat tělesnou zdatnost pomocí každodenního pohybu dle jeho možností (Janovská et al., 2016). Čevela et al. (2014) dodává, že i každodenní

přirozený pohyb udržuje svalovou hmotu a sílu. Ideální je zapojování různých svalových skupin při běžných denních aktivitách jako je úklid, příprava stravy nebo používání schodů, dále procházky, práce na zahradě či plavání (Roslawski, 2005). Dle doporučení WHO (2015) by senioři měli být pohybově aktivní v mírné intenzitě alespoň 150 minut týdně nebo ve větší intenzitě 75 minut týdně. K aktivitě bezpochyby patří také schopnost rozložit si denní režim s ohledem na individuální fyziologické potřeby (Janovská et al., 2016). Vhodné je přiměřené rozvržení tělesných, duševních a sociálních aktivit a spánku (Čevela et al., 2014).

Průběh nemocí, riziko komplikací a doba léčby se obecně snižují návykem na zdravou výživu. Vlivem involučních změn mají starší jedinci sníženou potřebu celkové energie a zhoršenou schopnost vstřebávat některé živiny, zároveň se ale v průběhu stárnutí zvyšuje potřeba příjmu jiných živin. Senioři mívají nejčastěji nedostatek betakarotenu, kyseliny listové, vitamínu B12, C, D a vitamínu E, železa, vápníku a jódu (Floriánková, 2014). Největší chybou ve výživě seniorů je omezený příjem bílkovin, který souvisí se vznikem malnutrice, a naopak nadměrný příjem kalorických jídel s následnou obezitou. K podvýživě vedou především ekonomické problémy penzistů, kdy u nich převažuje nepestrá strava (Čeledová et al., 2016), ale mnohdy také ztráta soběstačnosti či mobility a s tím spojená nemožnost určovat si kvalitu potravin. Nejčastějším důvodem malnutrice bývá však prosté hladovění kvůli nechutenství, potížím se žvýkáním a polykáním a sníženému pocitu hladu a žízně (Holmerová et al., 2014). Důvodem obezity bývá stravování se levnými, moučnými a sladkými potravinami. Obezita spojená s nízkou pohybovou aktivitou urychluje stárnutí a vede k metabolickému syndromu obézních s rozvojem diabetu mellitu II. stupně, hypertenze a hyperlipidémie s následným zkracováním života (Čeledová et al., 2016). Holmerová et al. (2014) doplňují, že toto tvrzení již není pravdivé přibližně od 70. roku života, kdy mírná nadváha naopak snižuje riziko vzniku komplikací nemocí a úmrtí. Onemocní-li senior s nadváhou, jeho prognóza je lepší vlivem vyšších energetických zásob a změněných imunitních dějů, tento stav se nazývá paradox nadváhy (Holmerová et al., 2014).

S nesprávnou výživou seniorů souvisí také porucha hydratace. Ačkoliv se potřeba tekutin ve stáří výrazně nemění, většina seniorů jich přijímá nedostatečné množství (Floriánková, 2014). Příčinami omezeného příjmu tekutin jsou faktory dané věkem, psychologické a iatrogenní (Holmerová et al., 2014). Konkrétním důvodem daným

prostým stářím je dle Floriánkové (2014) především snížený pocit žízně. Holmerová et al. (2014) dodávají ještě velmi časté obavy seniorů z inkontinence při větším příjmu tekutin. Jako iatrogenní příčinu lze považovat poškození léky, kdy zdravotničtí pracovníci nekontrolují medikaci a dochází k užívání nadbytečných léků až k intoxikaci. Důsledkem dehydratace pak bývá zahuštění moči s následnou infekcí močových cest a nefrolitiázou, dále může dojít k cholecystolitíaze, chronické zácpě vyúsťující až v ileózní stavy. Dehydratace zvyšuje riziko infarktu myokardu a plicní embolie, bronchopneumonie a cévních mozkových příhod (Holmerová et al., 2014).

Zdravotně gramotný člověk si je vědom, že výživa má vliv na zdraví, zná význam základních živin a dokáže se stravovat plnohodnotně dle potravinové pyramidy. Dále dodržuje stravovací režim, během dne má alespoň jedno teplé jídlo. Důležitou součástí výživy je i dodržování zásad pitného režimu, to znamená přibližně 30 mililitrů na kilogram hmotnosti za den, a to převážně neslazených nápojů. Poučený jedinec si je vědom, jaká rizika představují návykové látky. Uvědomuje si, že s přibývajícím věkem se zdravotní rizika zvyšují, ale i přes větší osobní volno v důchodovém věku, odmítá užívání návykových látek, respektive odmítá návykové chování jako i například gambling (Janovská et al., 2016).

Dalším předpokladem zdravé životosprávy je duševní aktivita a duševní hygiena (Janovská et al., 2016). Informovaný člověk si uvědomuje potřebu duševní pohody a snaží se dle svých možností pozitivně ovlivňovat její faktory jako zdravotní stav, rodinné a sociální prostředí, finanční situaci a podobně. To znamená, že jedinec pečuje o vyrovnané vztahy v rodině, udržuje přátelství, navazuje nové vztahy, snaží se zachovat si aktivitu a sociální roli i v důchodovém věku a zároveň je schopen opustit od zatěžujících a náročných aktivit a nahradit je vhodnějšími. K celkové duševní pohodě patří i schopnost umět vyhodnotit a nepodlehnout reklamním a marketingovým strategiím. Zdravotně gramotný člověk umí vyjadřovat své názory, zvládat negativní emoce, respektuje ostatní jedince, jejich potřeby a přání. S příchodem stáří se snaží nadále plánovat si budoucnost, zároveň si ale uvědomuje a přijímá smrtelnost sebe i svých blízkých. V případě psychického traumatu, úzkosti či týrání je takový jedinec schopen vyhledat pomoc. Aktivní senior se snaží rozvíjet nebo alespoň zachovat své duševní schopnosti, trénovat paměť, nerezignovat a nestávat se pasivním (Janovská et al., 2016). Psychická pasivita souvisí mnohdy kromě typu osobnosti se změnou sociální role a schopností adaptace na stáří. Nastává, přijme-li jedinec sebepojetí, že je sociálně



vyložený penzista a nezachovává či nenahrazuje si dosavadní aktivitu. Přijetí tohoto pasivního smýšlení se odráží i v nedbání o sebe, nezájmu o okolí a sociální pasivitě, kdy senior omezuje sociální kontakty a izoluje se. Pasivita v tělesné, duševní i sociální oblasti vede i k spirituální pasivitě projevující se ztrátou motivace, odevzdaností, beznadějí a rezignací (Čeledová et al., 2016).

Druhým velkým tématem spadajícím do podpory zdraví je péče o prostředí (Janovská et al., 2016). Prostor je v mnoha oblastech neovlivnitelné, každý jedinec se však může snažit pečovat o své okolí a zajišťovat si tak nejlepší možné životní podmínky. Například pobývání v horském či jinak tělesně náročném prostředí podporuje aktivní styl života, ale pokud v takovém prostředí není blízko dostupná zdravotní a sociální péče, může naopak působit bariérově a vést k urychlení nesoběstačnosti (Čeledová et al., 2016). Samotné životní prostředí je dáno přírodními podmínkami, ale velký vliv na jeho proměnu má veškerá činnost společnosti jako je znečištění ovzduší, vody, půdy, potravin a podobně, k tomu tedy přispívá každý neekologicky smýšlející jedinec (Čevela et al., 2014).

Změna sociální role ve stáří již byla zmíněna, tuto roli přisuzuje seniorovi především sociální prostředí, a to má tak vliv na podobu stáří každého jedince. Sociální prostředí utváří stát, společenské povědomí, firmy a instituce, obce a v úzkém pojetí rodina a přátelé (Čeledová et al., 2016).

Prostředí, které může senior s případnou pomocí svých blízkých poměrně dobře ovlivňovat a přizpůsobovat ke svým potřebám, je domácnost. V domácím prostředí by se neměly vyskytovat bariéry zvyšující riziko pádů a úrazů, dále by se měl jedinec pravidelně zbavovat již nepoužívaných a nefunkčních věcí. Zdravotně gramotný senior doma, případně na zahradě, pravidelně provádí úklid a údržbu, hůře mobilní jedinec přijímá pomoc jiných osob. Nedochozí-li již senior do zaměstnání a nemá-li zájem ani o dobrovolnickou či jinou práci ani o žádné vzdělávání se, i nadále se snaží udržovat kontakty s ostatními lidmi. Jedinec se informuje a využívá svá práva a výhody vztahující se k jeho věku jako například seniorské slevy, zároveň se zajímá o své povinnosti jako například obnovování platnosti dokladů. V rámci veřejného prostoru se může zapojovat do činností institucí podporující aktivní život seniorů, případně sám vyhledává pestré aktivity pro něj vhodné (Janovská et al., 2016).

Zůstat aktivním je obtížnější, jestliže senior opustí svůj domov a přestěhuje se do pobytového sociálního zařízení, kde se musí adaptovat na nové prostředí. V domově pro

seniory je úkolem personálu zajistit, aby bylo prostředí bezpečné a aby senior neztratil sociální kontakty (MPSV, 2014). Personál pomáhá nebo plně zajišťuje péči o tělesnou, duševní i sociální aktivitu, stravování a hydrataci seniorů (Dvořáčková, 2012). Gulová upozorňuje (2011) na význam aktivizačních služeb v těchto zařízeních, které zahrnují kromě zajišťování kontaktu se sociálním prostředím také sociálně terapeutické činnosti, podporující duševní aktivitu, a pomoc při uplatňování seniorových práv (Gulová, 2011).

### ***1.5.2 Oblast prevence***

Na oblast podpory zdraví plynule navazuje primární prevence, která umožňuje předcházet vzniku onemocnění a upevňovat zdraví a tím prodlužovat aktivní délku života (Nováková, 2011). Zatímco podpora zdraví je nespecifická, zaměřuje se obecně na zdravý životní styl, primární prevence se orientuje na úkony a zajišťování životních podmínek při předcházení konkrétním onemocněním. V této oblasti jsou důležité odborné činnosti veřejného zdravotnictví a výchovy ke zdraví. Veřejné zdravotnictví se zabývá především ochranou životního a pracovního prostředí, výživou, hygienou, epidemiologií, očkováním (Čeledová, Čevela, 2010). Příkladem je očkování proti pneumokokovým nákazám, které je dle vyhlášky č. 355/2017 Sb. povinné u osob žijících v domově pro seniory. Efektivní primární prevencí je možné výrazně snížit náklady na zdravotní péči ve státě (MZ ČR, 2014).

Sekundární prevencí lze zabránit progresi chorob, předejít komplikacím, případně vyléčit onemocnění zachycená v časném stadiu (Nováková, 2011). Čeledová a Čevela (2010) uvádí, že úkolem sekundární prevence je určení včasné a správné diagnózy a dodržování režimových opatření. Efektivním nástrojem jsou preventivní prohlídky (Čeledová, Čevela, 2010).

Terciární prevencí lze stabilizovat zhoršování zdravotního stavu při vzniklém chronickém onemocnění (Nováková, 2011). Příkladem terciární prevence je rehabilitace, která se snaží o obnovení jedincova funkčního omezení nebo o kompenzaci ztracené funkce s úsilím zmírnit zdravotní znevýhodnění a zachovat nezávislost. Přitom nezáleží, zda je ztracená či omezená funkce fyzická, smyslová, intelektová, psychická či sociální (Čeledová, Čevela, 2010).

Gramotný senior se chová zodpovědně ke svému zdraví, nepoddává se myšlence, že s příchodem stáří přicházejí i nemoci. Snaží se nadále pečovat o své zdraví, a tím předcházet nemocem (Janovská et al., 2016). Zdraví obyvatel se celkově zlepšuje, když si lidé uvědomují svou roli v péči o zdraví a nepřikládají odpovědnost za své zdraví

zdravotníkům (Čevela et al., 2014). Informovaný senior si uvědomuje důležitost základních hygienických návyků, zvládá péči o svou tělesnou čistotu, čistotu oděvu, osobních věcí a chápe specifika osobní hygieny ve vyšším věku v souvislosti s involučními změnami jako je například inkontinence. V rámci prevence infekčních onemocnění přizpůsobuje jedinec své chování a jednání snížené obranyschopnosti ve vyšším věku, radí se s lékařem o možnostech očkování. Chápe rizika těžšího průběhu onemocnění ve vyšším věku, a proto včas vyhledává odbornou pomoc a zároveň chápe nebezpečí šíření infekce do okolního kolektivu. Senior by měl s sebou nosit seznam užívaných léků a případný průkaz diabetika a zejména kartičku zdravotní pojišťovny (Janovská et al., 2016).

### ***1.5.3 Oblast zdravotní péče***

I v oblasti zdravotní péče je kladen důraz na pacientovu autonomii a samostatnost. Základními body jsou rozpoznání příznaků porušeného zdraví, svépomoc a zajištění pomoci při poruše zdraví a dodržování léčebného režimu (Mikšová, 2016).

Zdravotně informovaný senior se orientuje v příčinách, příznacích, léčbě, důsledcích a prognóze svých onemocnění, umí vyhodnotit zhoršení zdravotního stavu a včas vyhledat či přivolat odbornou pomoc (Janovská et al., 2016). Každý jedinec musí sám dbát na docházení na pravidelné prohlídky u svých lékařů a hlídat si termíny návštěv nebo případných očkování (Čevela et al., 2014). Dále zdravotně gramotný člověk respektuje doporučení zdravotníků, při návštěvě lékaře ho informuje o účinnosti užívaných léků, režimových opatření a jiných léčebných postupů. Zná práva pacientů, která si je schopen vymoci nebo pro tuto potřebu vyhledá pomoc u blízké osoby, je schopen trvat na srozumitelných informacích od zdravotníka a v případě potřeby požaduje vysvětlení. Dle svých možností zvládá o sebe pečovat, v případě potřeby ošetřování jinou osobou je schopen tuto pomoc vyhledat u svých blízkých, případně zařídit odbornou pomoc. Velmi důležitým prvkem v oblasti zdravotní péče je dodržování léčebného režimu a orientace v užívaných lécích včetně jejich vedlejších účinků (Janovská et al., 2016).

Pro seniora je důležitá i orientace v oblasti první pomoci a bezpečného chování. Měl by znát nebo alespoň mít zaznamenané kontaktní údaje svých lékařů, pohotovostní služby a tísňových linek, také kontakty na blízké osoby. Je informovaný, v kterých případech může sebe či jinou osobu ošetřit sám, případně vyčkat na pomoc blízké osoby a v kterých život ohrožujících stavech neprodleně přivolat odbornou pomoc. Zdravotně

poučený jedinec zná zásady laické první pomoci, dle svých možností je schopen podle nich postupovat. Současně by si měl být senior vědom svých snížených schopností vzhledem k věku a této skutečnosti přizpůsobit veškeré činnosti, v případě horší fyzické kondice nevykonává aktivity, které mohou být nebezpečné, případně používá ochranné a kompenzační pomůcky (Janovská et al., 2016).

Zdravotně gramotný senior si je vědom, že za zdravotní péči je odpovědný stát, ale za péči o zdraví on sám (Janovská et al., 2016). Čevela et al. (2014) doplňuje, že právě zodpovědnost za sebe by měla být hnací silou v zachování sebekontroly a cílesměrného života.

### **1.6 Komunikace se seniory**

Zdravotní gramotnost je výsledkem účelné edukace (Holčík, 2010). Její získání záleží především na vhodné komunikaci mezi pacientem a lékařem či sestrou, pacient musí být informován účelně a srozumitelně (Al Sayah et al., 2014).

Aby byli zdravotničtí pracovníci a jiní odborníci v oblasti péče o zdraví, kterými mohou být i pedagogové, novináři nebo politici, schopni srozumitelně předávat informace laické veřejnosti, odpovídat na dotazy a vysvětlovat, musí umět efektivně komunikovat (Čevela et al., 2014).

Komunikace je základem lidských vztahů, lidé pomocí ní projevují své myšlenky, pocity a sdělují informace (Pokorná, 2010), ale ve zdravotnictví a obzvláště se seniorem vyžaduje profesionální přístup a trpělivost (Zacharová, 2008). Malíková (2011) a Pokorná (2010) se shodují, že je důležité, aby byla komunikace se seniorem jednoduchá a účelná, to ale neznamená rychlá a strohá. Hrozenská a Dvořáčková (2013) doplňují, že pro úspěšnou komunikaci je nutné, aby sestra dala seniorovi najevo, že jí jeho problémy zajímají a že mu naslouchá. Dalším předpokladem dobré komunikace s pacientem je klidné prostředí, neuzívání odborné terminologie, tolerance k případné náladovosti, jednání se seniorem úměrně k jeho věku, nedoplňování slov za seniora při jeho pomalejším vyjadřování, neusměrňovat a nenapomínat ho (Pokorná, 2010). Hrozenská a Dvořáčková (2013) dodávají, že důležitým prvkem je komunikace neverbální. Pohled, mimika, gesta nebo tón hlasu mohou vypovědět více než slova (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Zdravotník musí seniorovi přizpůsobit tempo řeči, hlasitost, artikulaci a zohlednit jeho celkový zdravotní stav (Hauke, 2014).

Mezi komunikační zásady patří uvědomění si, zda sestra se seniorem povede podporující, motivující, naslouchající nebo edukační rozhovor nebo potřebuje pouze zjistit určité informace, a podle stylu rozhovoru zvolí přístup a vymezí si časový prostor. Důležitou součástí rozhovoru je pozdrav a oslovení, vymezení rolí a vytvoření vztahu laskavosti a důvěry. Získání seniorovy důvěry je klíčové pro péči o něj, ovšem v domově pro seniory je vztah mezi sestrou a klienty natolik specifický, že musí být sestra obezřetná, aby její přístup nesklouznul k neprofesionalitě (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Kromě obecných zásad komunikace se seniory musí sestra přizpůsobit komunikaci specifickým potížím a postižení jednotlivých osob jako například poruchy smyslů, poruchy řeči nebo různé stupně demence (Pokorná, 2010).

Rušivým elementem během komunikace jsou komunikační bariéry, které se obecně rozdělují na interní a externí. Interní vyplývají ze schopností komunikujících a jejich prožívání. Konkrétními interními bariérami jsou negativní emoce, xenofobní postoj, nepřipravenost, fyzické nepohodlí (Pokorná, 2010). Podle Mikuláščíka (2010) dále nerespektování a nadřazenost, nesympatie, rozdílnost v kultuře a používání odborných termínů. Externí komunikační bariéry jsou dané prostředím, mohou to být například hluk, vyrušování dalšími osobami, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat a zahlcení informacemi. Zásadní a častou chybou v komunikaci se seniory je užívání takzvaného elderspeaku, kdy personál komunikuje se seniorem jednodušším slovníkem, používá zdobněliny, nevhodná oslovení, množné číslo, zvýšenou intonaci, pomalé tempo řeči, nedodrжуje oční kontakt (Pokorná, 2010).

S komunikací v oblasti zdravotní gramotnosti úzce souvisí edukace zdravotnickými pracovníky dle jejich kompetencí. Edukací se rozumí výchova a vzdělávání (Kuberová, 2010), které mají v ošetrovatelství význam kromě osvojení teoretických znalostí, dovedností a postojů zejména pro rozvoj praktických schopností, jež napomáhají k soběstačnosti a samostatnosti osob (Juřeníková, 2010). Edukace je prováděna pomocí edukačních procesů, tedy veškerými činnostmi, kterými zdravotnický pracovník jako edukátor vyučuje a pacient se v roli edukanta učí. Tento proces musí být systematický, logický, postupný a plánovaný (Bastable, 2008). Výsledkem správné edukace jsou vědomosti pacienta, které si pamatuje a pomocí nich ovlivňuje dlouhodobě svůj zdravotní stav (Šulistová, Trešlová, 2012). Sestra edukátorka musí mít sama dostatek osvojených vědomostí a schopností z oblasti ošetrovatelství, psychologie, pedagogiky a didaktiky, a musí disponovat schopností samostatného rozhodování, uměním vhodné

komunikace a empatií (Bastable, 2008). V edukování dospělých osob, a především seniorů, je důležitá motivace (Beneš, 2014). Motivace je hnací silou k učení se novému životnímu stylu a ke změně svého jednání, zdravotnický pracovník se snaží tuto vnitřní motivaci v pacientovi vzbudit (Juřeníková, 2010).

## **2 Cíle a výzkumné otázky**

### ***2.1 Cíle práce***

1. Zjistit zdravotní gramotnost seniorů v domovech pro seniory.
2. Zmapovat úlohu sester v zajišťování zdravotní gramotnosti seniorů v domovech pro seniory.

### ***2.2 Výzkumné otázky***

1. Jaká je zdravotní gramotnost seniorů žijících v domově pro seniory?
2. Jaká je úloha sester v zajišťování zdravotní gramotnosti seniorů v domovech pro seniory?

### 3 Operacionalizace pojmů

Domovy pro seniory jsou zařízení, která „*poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc fyzické osoby*“ (§ 49 Zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění).

Senior je jedinec „*v pozdní fázi ontogeneze, přirozeného průběhu života*“ (Kalvach et al., 2004, s. 47).

Sestra (všeobecná sestra) je osoba, která „*vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu*“ (§ 4 Vyhlášky č. 391/2017 Sb. v platném znění).

Zdravotní gramotnost „*znamená kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení dobrého zdraví.*“ (Holčík, 2010, s. 154).



## 4 Metodika

### 4.1 Použité metody a techniky sběru dat

Výzkumné šetření bylo vzhledem k cílům rozděleno do dvou částí, první byla zaměřená na osoby žijící v domově pro seniory a druhá na všeobecné sestry pracující v domově pro seniory. Pro zpracování obou částí byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu realizována pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů. Kvalitativní výzkum je zaměřený na získávání informací, na jejichž základě se výzkumník snaží najít nové názory a zkušenosti na danou problematiku a následně se snaží vytvořit novou teorii (Walker, 2013). V kvalitativním výzkumu je nejčastější technikou sběru dat rozhovor, při němž výzkumník pokládá respondentovi předem připravené otevřené otázky. Výhodou je předávání informací ve skutečné a nezměněné podobě (Švaříček, Šed'ová et al., 2014). Při polostrukturovaném rozhovoru umožňuje připravený scénář výzkumníkovi směřovat rozhovor tak, aby byly zodpovězeny všechny otázky potřebné pro naplnění výzkumného účelu (Hendl, 2008), zároveň je dostupná flexibilita umožňující změnu pořadí otázek nebo kladení doplňujících otázek pro vedení nenuceného rozhovoru (Švaříček, Šed'ová et al., 2014).

Před zahájením výzkumu byli pomocí e-mailu a písemného dopisu osloveni ředitelé domovů pro seniory pro získání souhlasu k provedení rozhovorů s jejich klienty a zaměstnanými všeobecnými sestrami. Po získání souhlasů probíhal sběr dat v období od února do dubna roku 2018 ve třech domovech pro seniory v Jihočeském kraji. Všichni respondenti byli předem informováni o důvodu a průběhu rozhovoru, o anonymitě předaných informací a jejich využití pouze pro účely diplomové práce, poté byl od každého respondenta získán souhlas s výzkumným šetřením. Rozhovory probíhaly v neformální atmosféře, v jejich průběhu byly otázky, formulace otázek nebo jejich pořadí měněny pro nenucené plynutí rozhovoru a pro získání co nejpřesnějších informací. Ze strany výzkumníka byla využita zpětná vazba pro průběžné zjišťování, zda respondenti otázkám rozumí, případně byly otázky vysvětleny či formulovány jinak. Všichni respondenti měli prostor pro dotazy a v případě, že jim byla otázka nepříjemná, nemuseli na ni odpovídat. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon, u respondentů, kteří nesouhlasili se záznamem na diktafon, byl rozhovor zapisován ručně do předem připraveného záznamového archu. Z obou forem záznamu byly rozhovory přepsány do programu Microsoft Office Word 2010, byly spisovně upraveny a očištěny

od nevýznamných slovních vsuvek, ale s maximálním zachováním autenticity. Posléze byly rozhovory vytisknuty a zpracovány metodou otevřeného kódování formou barvení textu s rozdělením do kategorií a podkategorií.

Výzkumné šetření bylo u klientů domova pro seniory rozděleno do dvou etap. Před zahájením výzkumného rozhovoru byl nejprve s vytipovanými seniory vyplněn test kognitivních funkcí MMSE (Příloha 1), a to z důvodu potřeby provedení výzkumného šetření pouze u seniorů s normálními kognitivními funkcemi, a tím získání adekvátních odpovědí z oblasti zdravotní gramotnosti. Z oslovených 18 seniorů, kteří byli vybráni dle doporučení personálu domova pro seniory, a kteří byli ochotni testování podstoupit, bylo pro účely výzkumného šetření vhodných dle výsledků MMSE 12 seniorů. Zbývajících 6 seniorů mělo hraniční nález či lehkou demenci, proto s nimi výzkumný rozhovor nebyl proveden. Testování kognitivních funkcí probíhalo s každým seniorem 20-40 minut.

U obou skupin respondentů byly v úvodu výzkumného rozhovoru zjišťovány identifikační údaje. Vzhledem k tomu, že si někteří respondenti nepřáli uvádět název domova pro seniory, v jakém žijí či v případě sester pracují, tento údaj není u žádného respondenta zveřejněn. Dále připravený podklad pro rozhovor se seniory obsahoval 20 otázek (Příloha 2) a se sestry 17 otázek (Příloha 3), jejichž reálný počet se měnil podle odpovědí a dle plynutí rozhovoru. První část rozhovoru s klienty byla zaměřená na oblast podpory zdraví, tedy na znalosti a vykonávané činnosti týkající se životního stylu a prostředí, otázky v druhé části se týkaly prevence a v třetí části zdravotní péče. Na konci rozhovoru byly otázky směřované na předávání informací a deficit znalostí seniorů z pohledu sester. V první části rozhovoru se sestrami byly otázky orientované převážně na znalosti sester. V další části byly otázky zaměřené na roli sester, na spolupráci seniorů z pohledu sester a motivaci seniorů. Ke konci rozhovoru byly dotazy směřované na to, jakým způsobem sestry klienty podporují, jak jim předávají potřebné informace a na to, jestli mají klienti z pohledu sester o informace aktivní zájem. Jednotlivé rozhovory s klienty byly velmi hloubkové a časově náročné, trvaly přibližně 60-150 minut a s ohledem na potřeby seniorů byly prováděny přestávky. Rozhovory probíhaly dle přání seniorů na jejich pokoji nebo v některé ze společenských místností domova pro seniory, s jedním klientem proběhl rozhovor v průběhu procházky. Rozhovory se sestrami byly stručnější, probíhaly 20-45 minut na sesterně či denní místnosti sester. Přehled výzkumného šetření je znázorněn ve schématu 1.

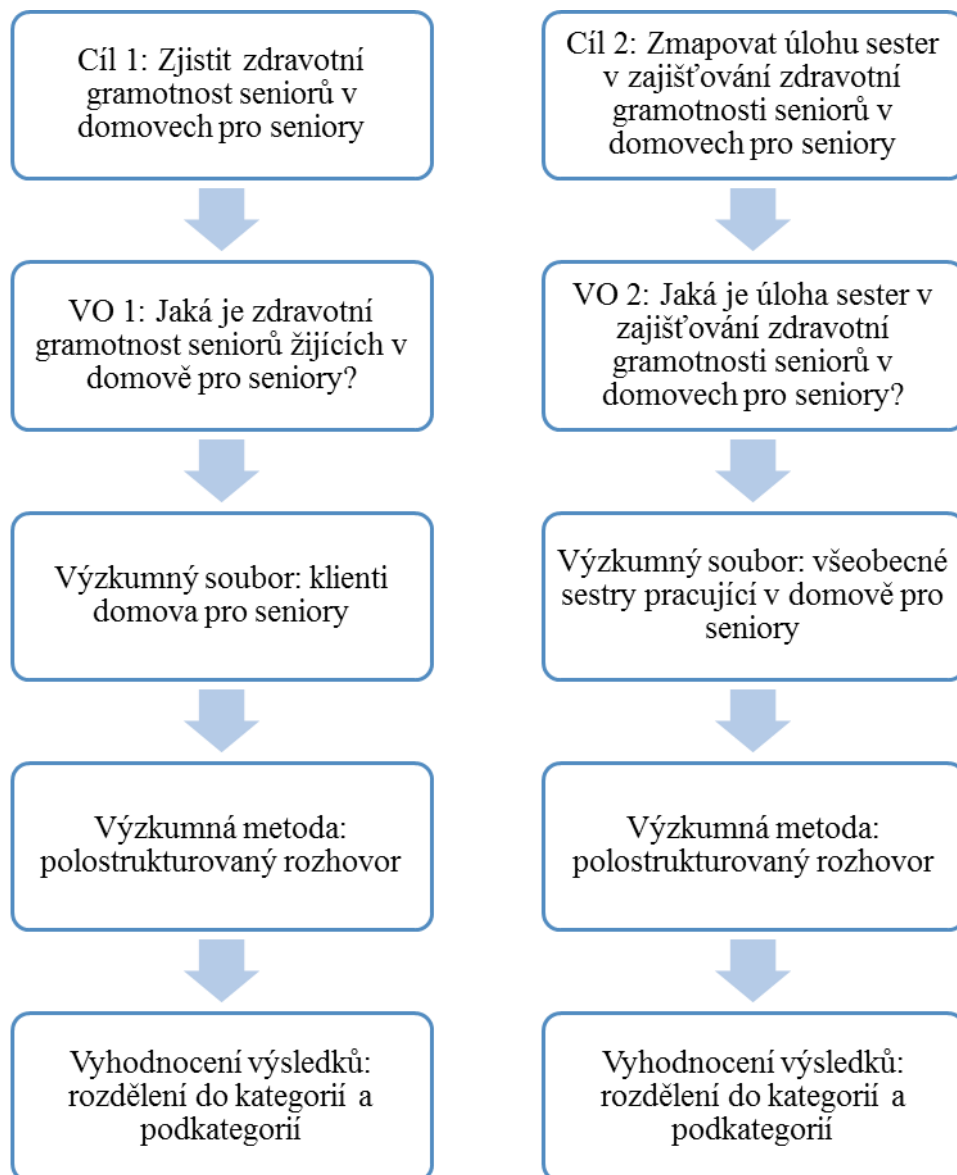
#### **4.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl sestaven záměrným výběrem, tvořili ho klienti domovů pro seniory a všeobecné sestry pracující v týž domovech pro seniory.

Oslovení senioři museli splnit kritéria být ve věku nad 65 let, být obyvatelem domova pro seniory a být dle standardizované škály MMSE kognitivně intaktní, to znamená mít výsledek mezi 27 až 30 body. Rozhovor byl proveden s 12 seniory s normálním stavem kognitivních funkcí ve věku od 69 do 88 let, z nichž bylo 10 žen a 2 muži. Kritériem pro výběr respondentů ze skupiny všeobecných sester bylo pouze aktuální zaměstnání ve vybraných domovech pro seniory. Výzkumný soubor tvořilo 9 všeobecných sester ve věku od 24 do 57 let, z nichž byl pouze 1 muž.

Identifikační údaje výzkumného souboru jsou pro přehlednost zaznamenány v tabulkách 1 a 3. Respondenti ze skupiny klientů jsou dále v textu označováni jako K1-K12 a ze skupiny všeobecných sester S1-S9.

*Schéma 1: Schéma výzkumného šetření*



*Zdroj: vlastní výzkum, 2018*

## 5 Výsledky

### 5.1 Výsledky rozhovorů se seniory

První část výzkumného šetření se vztahuje k prvnímu cíli a první výzkumné otázce. V kapitole jsou uvedeny výsledky zpracované z uskutečněných rozhovorů s klienty domova pro seniory, veškeré informace uvedené v této části výzkumného šetření jsou tak pouze z jejich pohledu.

#### 5.1.1 Identifikační údaje seniorů (K1-K12)

Výzkumný soubor tvořili klienti domova pro seniory. Přehled jejich identifikačních údajů je zobrazen v tabulce 1, kde jsou uvedeny údaje o pohlaví, věku a počtu bodů získaných v testu MMSE. Pouze pro doplnění charakteristiky seniorů je uvedeno jejich vzdělání a pro lepší orientaci v textu je číslem označen domov pro seniory, ve kterém žijí. Z vytipovaných 18 seniorů se výzkumu zúčastnilo 12 respondentů.

Tabulka 1: Identifikační údaje seniorů

Klient	Domov pro seniory	Pohlaví	Věk	Vzdělání	MMSE
K1	1	Žena	76	ZŠ	28
K2	1	Žena	81	SŠ s vyučením	28
K3	1	Žena	69	SŠ s maturitou	27
K4	1	Žena	77	SŠ s maturitou	28
K5	1	Muž	74	SŠ s vyučením	27
K6	2	Žena	88	ZŠ	27
K7	2	Žena	75	SŠ s vyučením	27
K8	2	Žena	79	SŠ s maturitou	29
K9	3	Muž	76	VŠ	30
K10	3	Žena	82	ZŠ	28
K11	3	Žena	74	VŠ	27
K12	3	Žena	85	SŠ s vyučením	29

Výzkumu se zúčastnilo 12 seniorů ve věkovém rozmezí 69 až 88, z nichž bylo 10 žen a 2 muži. 3 respondenti měli ukončené základní vzdělání, 4 byli vyučení, 3 měli středoškolské vzdělání s maturitou a 2 vysokoškolské magisterské vzdělání.

*Zdroj: vlastní výzkum, 2018*

### 5.1.2 Kategorizace výsledků

Na základě zhodnocení získaných odpovědí pomocí metody barvení textu (Příloha 4) byly vytvořeny 4 kategorie s celkem 9 podkategoriemi, které jsou pro názornost uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 2 Kategorizace výsledků první části výzkumného šetření

Kategorie	Subkategorie		
<b>Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví</b>	Znalosti seniorů	Význam z pohledu seniorů	Dodržování zásad
<b>Zdravotní gramotnost v oblasti prevence</b>	Znalosti seniorů	Preventivní chování seniorů	
<b>Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče</b>	Znalosti seniorů		
<b>Předávání informací sestrami</b>	Iniciativa sester	Zájem seniorů	Způsob předávání informací

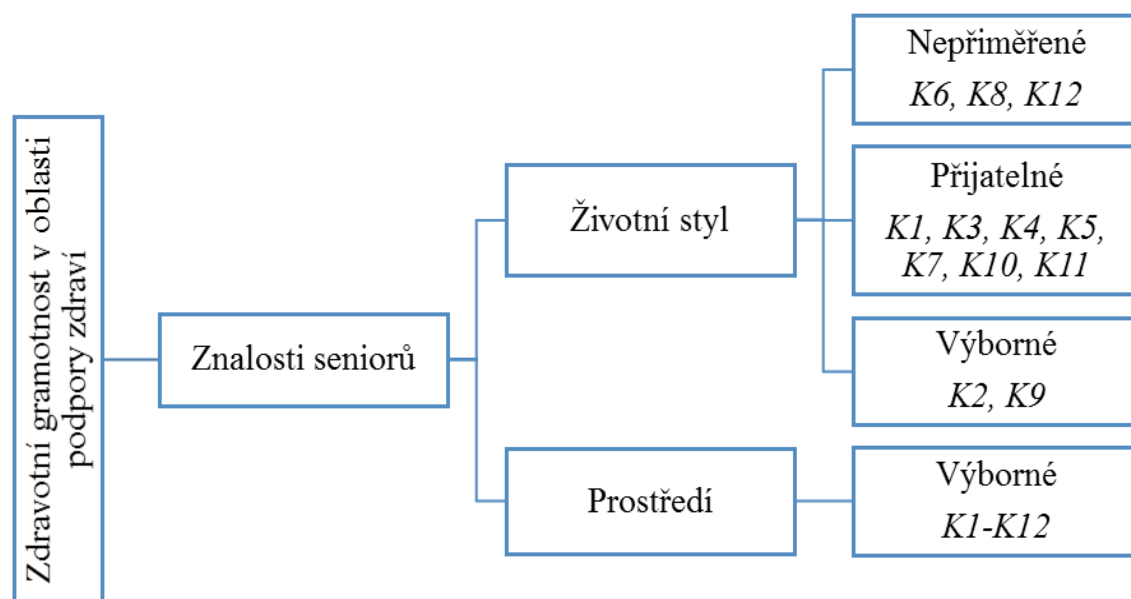
*Zdroj: vlastní výzkum, 2018*

### 5.1.3 Kategorie „Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví“

První kategorie je zaměřená na zdravotní gramotnost klientů domova pro seniory z oblasti podpory zdraví a je rozdělena na tři podkategorie. První vytvořenou subkategorií jsou znalosti seniorů z oblasti podpory zdraví. Z rozhovorů vyšlo najevo, že většina seniorů má základní povědomí o zdravém životním stylu, ale neznají konkrétní důvody, čím je přínosný, a neuvědomují si míru vlivu způsobu života na jejich zdraví. Příkladem je odpověď K4 na otázku č. 1: „Zdravý životní styl, to je podle mě, když člověk zdravě jí a sportuje“, po připomenutí, že dotaz je směřován na jedince staršího věku, doplňuje: „Tak u nás starých už to asi nemá smysl jíst nějakou zdravou stravu. A sportovat už nemůžeme, tak možná mít aspoň nějaký pohyb, dokud to jde“. Následně po dotázání, zda ví, jak přesně může takový pohyb ovlivnit jeho zdraví, odpověděl: „Tak to nevím, asi aby se mi dobře dýchalo.“ Celkově se K1, K2, K3, K4, K5, K7, K9, K10 a K11 již při zkoumání na počátku rozhovoru shodují, že do zásad zdravého životního stylu patří pohyb, zdravá strava a dostatek tekutin. Z nich však pouze K2 a K9 dokázali

v následujícím dialogu sdělit nějaké důvody těchto zásad a jejich vliv na zdraví. K2 uvedl: „*Musíme se hýbat, protože pak tolik nechabnou svaly a neřádnou kosti, a tím déle zůstaneme pohybliví. Taky bych řekla, že to je prospěšné pro srdíčko a možná taky pro střeva, že pak člověk tolik netrpí na zácpu*“. Stejně tak K2 vysvětlil i vliv zdravé stravy a příjmu dostatečného množství tekutin na zdraví. „*Zdravě jíst, to znamená jíst hodně vitaminů a bílkovin, ale taky jíst častěji menší porce. Pak člověk není tolik náchylný k těm civilizačním nemocem. A hlavně musíme hodně pít, abychom neměli v těle záněty*.“ Tento respondent později přiznal, že občas čte v časopisech články zabývající se zdravým životním stylem. Velmi výstižně odpovídal i K9: „*Když to starému člověku zdraví dovolí, tak by se měl hýbat. Aspoň se takhle občas projít po domově, ale člověk se přece hýbe i třeba při uklizení. Já se snažím toho dělat co nejvíce sám bez pomoci sestřiček, abych se právě hýbal. Když se člověk nehýbe, tak se celkově zhoršuje pohyblivost, a tím spíše se přestane pohybovat úplně. Začne to horší stabilitou, až postupně ubývají síly a člověk ulehne*.“ Stejně dobře vnímal tento klient i problematiku výživy. „*Strava je základ zdraví. Nejsou to jen vitaminy, jde i o to, co člověk nejí, třeba smažené a tučné potraviny, to pak máme i tučnou krev a usazuje se to na srdci. A taky by člověk měl jíst střídavě, ale často a pravidelně, to my tady řešit nemusíme, jíme všichni každý den 5x přesně na čas*.“ Po dotázání, zda si myslí, že do výživy patří ještě něco, výstižně odpověděl: „*No taky dost pití, abychom nebyli odvodnění. Pak se nic nehojí a tou hustou krví akorát cestují breberky, když to ta voda nerozředí a neodnese je močí pryč. Říká se, že se mají vypít asi 2 litry čisté vody, ale nevím, jestli to platí i pro staré, to je podle mě moc*.“ K6, K8 a K12 nedokázali svými slovy říct, co znamená pojem zdravý životní styl a jaké jsou jeho zásady, ale v průběhu plynutí rozhovoru bylo patrné, že ví, o co se jedná, pouze to nedokážou sami vysvětlit. V péči o prostředí měli klienti domova pro seniory lepší znalosti než o zásadách zdravého životního stylu. Všichni dotazovaní senioři si uvědomují, co znamená sociální prostředí, například K1 uvedl: „*Být v sociálním prostředí byl pro mě hlavní důvod, proč jsem šla sem do domova. Starý člověk nemůže být sám, to že si má s kým popovídat je už jediná věc, kterou potřebuje*.“ To potvrzuje i K8 z jiného domova pro seniory: „*Sociální prostředí, tím asi myslíte stýkání s ostatními lidmi, no kvůli tomu tu jsem, abych nebyla sama*.“ Odpovědi seniorů v této podkategorii shrnuje schéma 2.

Schéma 2: Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví, podkategorie „Znalosti seniorů“



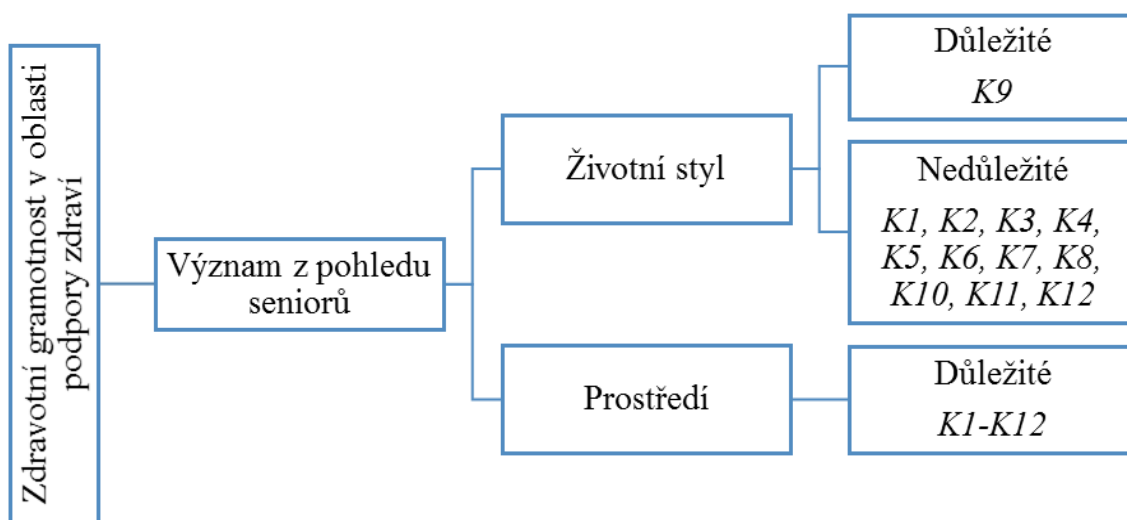
Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Další vytyčenou podkategorií je význam podpory zdraví z pohledu seniorů, která byla vyhodnocena na základě celého rozhovoru o podpoře zdraví. Po zhodnocení všech rozhovorů bylo zřejmé, že senioři přisuzují péči o prostředí větší důležitost než zdravému životnímu stylu. Všichni klienti kromě K9 měli názor, že v jejich věku není nutné dodržovat zásady zdravého životního stylu a bagatelizují význam životosprávy na zdraví jedinců staršího věku. „Všechno, o čem se tu bavíme, je důležité. Někdo má sice názor, že u nás starých už to nemá cenu, ale já kdybych se neudržel způsobem života, tak už tady nejsem nebo jsem připoutaný k posteli. Podle mě mám díky tomu kvalitní život,“ sdělil K9. Oproti němu má jiný názor K2, který navzdory přijatelným znalostem o zásadách zdravého životního stylu a jejich vlivu na zdraví posléze dodal: „Ale to víte, v našem věku už člověk nemá tolik chuť k jídlu, nic ho nenutí pít a vlastně už se ani tolik nechce hýbat, když se celý život nadřel dost. U nás už tohle nemá smysl, teď už právě můžeme dělat, co chceme, jíst a pít, jak se nám zlíbí, a když už v tom životě na nic nemáme chuť a nechceme dělat nic, tak nás nemůžete nutit.“ Velmi podobný názor jako K2 mají všichni ostatní probandi. Na rozdíl od životosprávy je pro všechny respondenty velice důležitá péče o prostředí a neschopnost jejího zajištění byla pro ně jedním z hlavních důvodů, proč se rozhodli pro život v pobytovém sociálním zařízení, kde jim pomáhá personál. Například K12 sdělil: „Děti a vnoučata bydlí daleko, jezdí mě často



navštěvovat, ale doma už bych to sama nezvládla. Tady když si chceme popovídat, sestřičky nás vyslechnou nebo se sejdem na kafičko s ostatními důchodci.“ Nejvýstižnější a zároveň nejstručnější odpověď vyjádřil K9: „Víte, společnost a bezpečí je to, proč bydlím tady.“ Informace získané v této podkategorii jsou shrnuty ve schématu 3.

Schéma 3: Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví, podkategorie „Význam z pohledu seniorů“



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

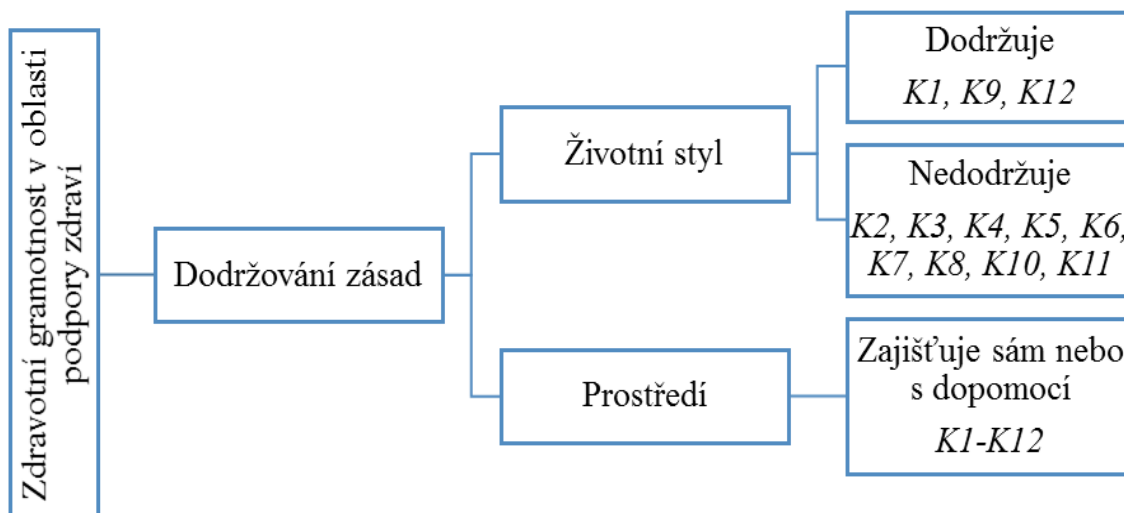
Třetí zvolená subkategorie je zaměřená na dodržování zásad z oblasti podpory zdraví, věnovaly se jí opět průběžně všechny otázky z oblasti podpory zdraví. Znalosti zásad zdravého způsobu života nezaručují, že se podle nich senioři chovají a naopak, jestliže jedinec nezná konkrétní zásady, neznamená, že některé nedodržuje. To se také potvrdilo po zhodnocení odpovědí. K3, který dokázal vyjmenovat zásady zdravého životního stylu, uvedl: „Fyzickou zdatnost asi nijak neudržuju, pohybuju se jen tak, jak potřebuji. Dojdu si do jídelny na jídlo, jinak nikam nechodím, ven třeba nepřijdu vůbec.“ Dále stejný respondent sdělil: „Jím to, co mi tu dají. Jídlo dostáváme pravidelně, občas máme nějakou tu zeleninu a ovoce, ale já sám na to nijak nehledím a nekupuju si nic navíc.“ Na dotaz, kolik denně vypije tekutin, K3 odpověděl: „Ani nevím, asi tak 2 hrnky čaje, někdy ještě kafe nebo kakao u snídani. A ještě trošek čaje na zapití prášků.“ Také K2, který kromě vyjmenování zásad zdravého životního stylu dokázal vysvětlit jejich vliv na zdraví a připustil, že se o tuto problematiku zajímá, přiznal: „Já vím, že se musím hýbat, abych nezůstala ležet, ale už mi to moc nejde.“

*Chodím třikrát denně do jídelny, občas se odpoledne projdu po chodbě. Že bych cvičila a sportovala, to už opravdu ne, ani ven už moc nepřijdu, tam se sama bojím.“* Dále K2 doplnil: *„Zdravě se snažím jíst, že si dám nějaké ty vitaminy, ale spíše jím to, co mi tu dají a to víte, zrovna zdravá strava to není, ale já bych ty knedlíky a omastek stejně neoželela, doma jsem to jedla taky. Vody nevím, kolik vypiju, to si nijak neměřím, tuhle konvičku čaje vypiju někdy za den celou.“* Pouze K1, K9 a K12 uvedli dodržování zdravé životosprávy. Ačkoliv K1, který vysvětlil pojem zdravý životní styl, ale nedokázal vyjmenovat žádné jeho konkrétní vlivy na zdraví, řekl, že denně vypije 2 litry tekutin z důvodu, aby netrpěl na záněty močových cest. Také uvedl, že jí hodně zeleniny, kterou si nechává od personálu kupovat, a nechal si na vlastní žádost předepsat žlučnickovou dietu, aby se stravoval dietněji, protože měl obavy ze žlučnickových kamenů, kterými trpěli jeho rodinní příslušníci. Poměrně očekávaná byla odpověď K9, který již projevil velmi dobré znalosti z oblasti zdravého životního stylu. *„No já tohle řeším hodně, protože jsem žil aktivně celý život a cítím se lépe, když se hýbu. Tuhle chodbu projdu denně tak dvacetkrát, nejde to už tak rychle, ale jde to aspoň s tou holí. Chodím na procházky ven, většinou jde někdo se mnou, tak spojíme příjemné a užitečné.“* Podobně se vyjádřil i k výživě: *„Já jím to, co mi dělá dobře, no a to tučné věci nejsou. Nemám žádnou dietu jako má třeba někdo kvůli cukrovce nebo žlučníku, ale mám tady s kuchaři takovou domluvu, že když je mastný a smažený oběd, tak mi dávají to, co mají ti dietáři. A když mi něco není po chuti, tak si jídlo odhlásím a dojdu si něco koupit, to víme předem, co bude, protože máme jídelniček na týden dopředu. Párkrát mi tu sestry pomáhaly i objednat jídlo z restaurace, to je taky dobrá věc, člověk si může dát přesně to, na co má chuť a co mu sedne. No, a když je hezky a jdu odpoledne ven, tak si dojdu do obchodu, to je tady kousek, a nakoupím si zásobu ovoce a zeleniny. Tady nám to sice někdy dávají k svačině, ale každý den to není.“* Příjemně také překvapil K12. Přestože nedokázal vysvětlit, co je zdravý životní styl a jaký má vliv na zdraví, dle jeho odpovědi žije poměrně zdravým způsobem, ale sám si to neuvědomuje: *„Já se nijak neudržuju. Chodím už jen s tímhle chodítkem, to podle mě už není žádný pohyb. Ale jo, chodím každý den na chodbu vždycky po snídani, po obědě a před večerí, tam se procházím, dokud můžu, občas si odpočinu na lavici. A občas taky dojdu na nějakou akci, třeba v pátek na skupinku, tam s jednou sestřičkou cvičíme. No a ven chodím jen když je hezky, tak od jara do podzimu, v zimě ne.“* Pozitivně se vyjádřil i ke stravování: *„Jím jen trochu, já mám tu cukrovku, tak moc nemůžu. Dostávám tu snídani, oběd,*

*večeři a svačinu ráno a odpoledne, ale celé porce nesním, dávají toho moc, to nemůže nikdo sníst. Jo a večer mi nosí ještě druhou večeři, tu si dám, protože mi před ní sestra píchá inzulin. Dcera říká, že na cukrovku musím jíst hodně zeleniny, tak té jím hodně, to mi kupuje ona. A taky mi nosí tyhle minerálky a džusy, ty mi chutnají, to vypiju od každého jednu flašku za den. Čaj tady nechci, ten mi nechutná.“* V odpovědích ostatních respondentů se objevilo dodržování nějaké zásady zdravé životosprávy pouze sporadicky. Ke zdravé životosprávě patří také vyhýbání se rizikovému chování jako je například kouření nebo nadužívání alkoholu, to žádný z respondentů u otázky č. 1 neuvedl. Byla jim však položena otázka, zda nějaké rizikové činnosti vzhledem k jejich zdraví vykonávají. K tomu se všichni probandi vyjádřili negativně, někteří je nevykonávali nikdy a jiní s nimi přestali v průběhu života, a to nejčastěji z důvodu vážné nemoci.

Na dotazy týkající se sociálních kontaktů reaguje velmi kladně K5: *„Já mám čtyři syny a všichni za mnou chodí každý týden, takže o společnost nemám nouzi, někdy se tu sejdou i všichni, naštěstí mají i mezi sebou dobré vztahy. A když přijdou i s jejich rodinami, tak to je tu pak veselo. Taky mám mobil, takže když něco potřebuju, tak zavolám i nějakému synovi. Taky si volám s jednou paní, s tou jsme se potkávali v lázních, když jsem tam jezdil ještě s manželkou.“* Podobně se s rodinou stýkají téměř všichni respondenti kromě K6, který dle jeho slov nemá nikoho, kdo by za ním chodil. Úplně všichni z dotazovaných seniorů se však zúčastňují alespoň nějaké aktivity pořádané personálem domova. To potvrzuje i zmíněný K6: *„Mně ale nevadí, že za mnou nemá kdo chodit, sice nemám děti, ale tady je lidí dost. S nějakými sestřičkami se kamarádím, ony jsou jako moje děti. Taky si někdy popovídám s rodinou mojí kolegyně na pokoji, to jsou moc hodní lidi. No, a hlavně chodím na takové ty akce, co tu jsou, třeba hudební kroužek, to se vždycky pěkně obléknu a vyrazím si zazpívat.“* Odpovědi seniorů z této podkategorie jsou zrekapitulovány ve schématu 4.

Schéma 4: Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví, podkategorie „Dodržování zásad“



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

#### 5.1.4 Kategorie „Zdravotní gramotnost v oblasti prevence“

Kategorie zdravotní gramotnost v oblasti prevence byla rozdělena na dvě podkategorie, znalosti z oblasti prevence a preventivní chování. První podkategorie vychází z posouzení odpovědí na všechny otázky týkající se prevence, tedy č. 9-14.

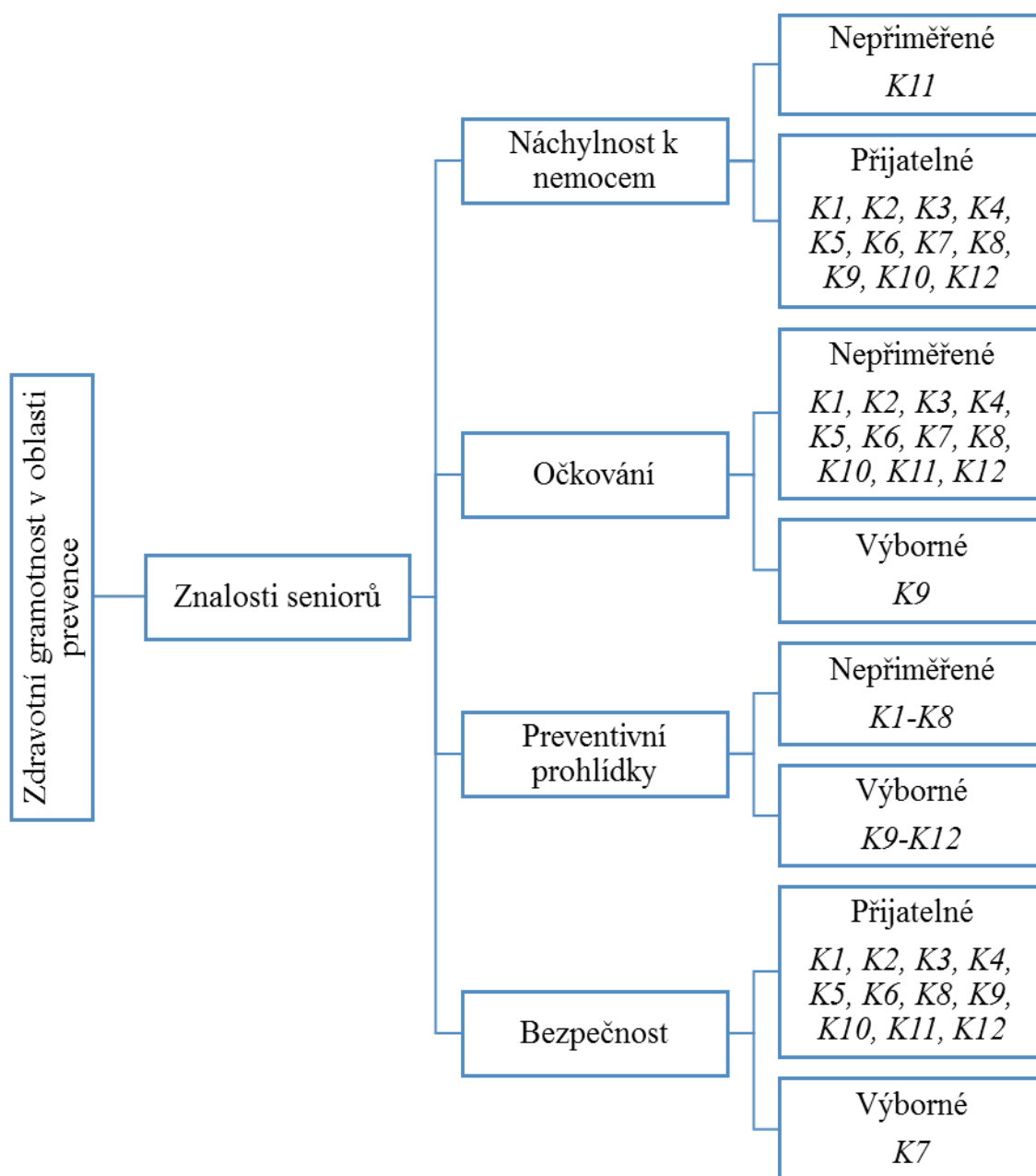
V odpovědích na otázku č. 9: „Co si představujete pod pojmem prevence?“ se respondenti shodli, že prevence zahrnuje zdravé stravování, dostatečný příjem tekutin, pohyb, vyhýbání se závislostem. K této odpovědi je pravděpodobně vedl předešlý rozhovor na téma životní styl, proto nemůže být považována za zcela korektní. Z toho důvodu bylo po všech odpovídajících požadováno, aby zkusili pojem vysvětlit svými slovy a zaměřili se na to, co znamená samotný pojem prevence. S tím si dobře poradil K9, který pohotově odpověděl: „To je, jak můžeme zabránit tomu, aby se něco stalo, třeba předejít nemocem nebo aby se nezhoršilo to, co už máme.“ Přijatelně také odpověděl K4: „No tak jinými slovy prostě dělat a nedělat takové věci, abychom nebyli nemocní.“ Kromě těchto dvou respondentů si žádný jiný nedokázal s vysvětlením pojmu poradit, ale dle celého rozhovoru o prevenci lze usoudit, že významu slova prevence všichni rozuměli. Následné otázky se zabývaly prevencí onemocnění. S výjimkou K11 si jsou všichni probandi vědomí, že v jejich věku jsou náchylnější k nemocem, avšak všichni tyto senioři si při odpovědích vzpomněli pouze na infekční nemoci. Navzdory neustálému omílání zdravého životního stylu, který souvisí také s neinfekčními nemocemi, žádný respondent nevedl predispozice k nějaké civilizační chorobě vyššího

věku, které lze zabránit právě správnou životosprávou. „Myslím si, že my staří jsme mnohem náchylnější, už nemáme takovou imunitu,“ říká K1 a doplňuje: „Třeba chřipku, tu tady máme několikrát za rok snad všichni.“ Podobně reagoval také K5: „No určitě jsme náchylnější, to vidíte, že když je nějaká epidemie, hlavně když jsou ty chřipky, tak to máme vždycky hlavně my důchodci a taky na to umíráme, protože naše tělo nemůže takový nápor vydržet.“ Jediný K11 je názoru, že senioři nemají sníženou obranyschopnost: „Nemyslím si, že bychom byli náchylnější, to možná ti ležáci, ale když je člověk ještě trochu schopný, tak to může chytit asi tak stejně jako mladý člověk. Vždyť když jsou takové ty chřipky, tak to tu má personál stejně tak jako my, nevidím v tom rozdíl.“ Při pokračování rozhovoru bylo odhaleno, že mnoho respondentů nemá vůbec přehled o svém očkování ani o preventivních prohlídkách. „Něco mi tu očkovali, když jsem sem před rokem přišla. Říkali, že to musím mít, když tu bydlím, tak to asi bylo důležité. Ale jo, určitě mi říkali, na co to je, myslím, že jsem i podepisovala nějaký papír, ale to já si už nepamatuju,“ uvedl K10 a velmi podobně odpovídali respondenti ze všech zkoumaných domovů pro seniory. Všichni dotazovaní uvedli, že se za dobu pobytu v domově nechali očkovat a že jim bylo sděleno, že by tuto vakcinaci měli mít, když žijí v domově pro seniory. Všichni také uvedli, že s očkováním souhlasili a svůj souhlas stvrdili podpisem, ale jediný K9 si pamatoval, že byl očkovaný proti pneumokokovým infekcím a proti tetanu. Ostatní klienti si nevzpomněli, proti jakému onemocnění byli očkovaní, příkladem je odpověď K6: „Očkovaná jsem určitě, nevím přesně, jak se ta nemoc jmenuje, je to nějaká infekce, proti které tu musíme být očkovaní všichni. Aspoň to říkaly sestry, tak jsem si to taky nechala píchnout.“ Na dotaz, zda měl klient možnost volby, odvětil: „Jo to jo, nikdo mě nenutil, ale musela jsem podepsat, jestli to chci nebo ne.“ A dále pokračoval: „Nevím, proti čemu všemu jsem očkovaná, to máte jedno. Já věřím sestrám, že tohle všechno mají zaznamenané a ví, kdy mě mají přeočkovat.“ Prakticky stejné stanovisko zaujímají senioři k preventivním prohlídkám. „Prohlídku jsem tu asi ještě nezažil, možná se na mě paní doktorka podívala, když jsem sem před pár lety nastoupil, od té doby jí vidím jen občas, jen když jsem nemocný, to mě někdy poslechne tady na hrudniku, nebo když s ní sám potřebuju o něčem mluvit,“ uvedl K5. Na dotaz, jestli ví, jak často by měly být preventivní prohlídky u praktického lékaře, odpovídá, že neví. Podobně se vyjádřil i K7: „Já nevím, jak často by mě měl doktor vidět, ale za dobu, co tu jsem, mě viděl jednou, už ani nevím, jak vypadá.“ Po dotazu, jak ho tehdy lékař vyšetřoval, doplňuje: „To mě jako nevyšetřoval. Nebo nevím,

*ale jen se mě ptal, jak se cítím, jestli mám nějaké potíže, s čím se léčím a takové věci. To bylo asi, když jsem se sem nastěhovala. Já, když jsem nastýdlá a sestry se mě ptají, jestli chci doktora, tak ho nikdy nechci, kvůli tomu ho přece nebudu obtěžovat. A stejně to vždycky vyřešíme se sestřičkami sami, nechají mi koupit nějaký sirup nebo prášky, ony tomu taky rozumí, a to mi stačí.“* Jiného názoru byli pouze 4 senioři, kteří žijí ve třetím zkoumaném domově, jedná se o K9, K10, K11 a K12. U nich se dle jejich slov preventivní prohlídka praktickým lékařem provádí dokonce častěji než jednou za dva roky a probíhají tak, že s nimi lékař promluví o jejich potížích a poté je vyšetřuje. Po zhodnocení jejich odpovědí, jim lékař patrně provádí poslech plic a pohmat a poklep břicha.

Dále byli senioři dotazováni, jak by podle nich mělo vypadat bezpečné prostředí, aby neutrpěli pád. Výstižně opět reagoval K9: *„Tady v domově je podle mě ukázkový bezpečný prostor, je to tu přizpůsobené starým lidem, všude se dostanete výtahem, nestojí vám v cestě schody, na pokoji ani na chodbách nemáte žádné překážky, často se tu uklízí, takže po ničem neuklouznete, tak by to podle mě mělo být.“* Vhodně však odpověděl i K8: *„Tak to vím naprosto přesně. Někde jsem slyšela, že se tomu říká moderně bariéry, tak ty nesmíme mít, abychom nespadli.“* Posléze na otázku, co si představuje pod bariérami, odpovídá s žertem: *„Třeba kýbl s vodou.“* A poté doplňuje: *„Ale to se tu nestává, teď tu mají uklízečky i takové ty žluté cedule, když vytírají. Znáte to? Takové ty, abychom neuklouzli. Ale já si té cedule jednou nevšimla a stala se mi bariérou ona. Ale to byla moje chyba. No prostě bariéra může být cokoliv, co mi stojí v cestě.“* Představu o bezpečném prostředí tak mají stejnou klienti ze všech tří domovů pro seniory. Jiné bezbariérové úpravy prostředí, než odstranění překážek z cesty napadly pouze K7 díky osobní zkušenosti: *„Když jsem ještě bydlela doma, měla jsem všude překážky, narážela jsem do nábytku, zakopávala jsem o koberec. Bydlela jsem sama ve velkém domě, ale obývala jsem už jen dvě místnosti. Nahoru jsem už nevylezla, tam byly takové ošklivé strmé schody a dole byly mezi místnostmi takové vysoké prážky, tam jsem hodněkrát spadla, tak už jsem tam pak radši nechodila, musely mi jezdit uklízet děti. V těch dvou místnostech mi syn přidělal spoustu takových madel, kterých jsem se mohla přidržovat, to je moc dobrá věc, tady v domově jsou taky všude, to je podle mě bezpečné. A taky když jsem se sem nastěhovala, tak jsem si uvědomila, jaká je paráda mít všechno na dosah. Třeba zásuvky, nemusím se nikam ohýbat, a tak nespadnu.“* Informace získané v této podkategorii jsou shrnuty ve schématu 5.

Schéma 5: Zdravotní gramotnost v oblasti prevence, podkategorie „Znalosti seniorů“



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Druhou zvolenou podkategorií je preventivní chování seniorů, ta byla taktéž vyhodnocena na základě celého dialogu o prevenci. První otázka v této podkategorii byla opět položena široce, seniori měli prostor k vyjádření toho, co vše dělají pro zamezení vzniku onemocnění nebo proti zhoršování jejich chronických onemocnění. Z již uplynulého rozhovoru je zřejmé, že tyto otázky s rozsáhlou škálou odpovědí dělají respondentům problém, mnohdy nedokážou sami vysvětlit pojmy či formulovat, co si myslí a až v průběhu dalšího rozhovoru si zřejmě uvědomují, co vše mohli

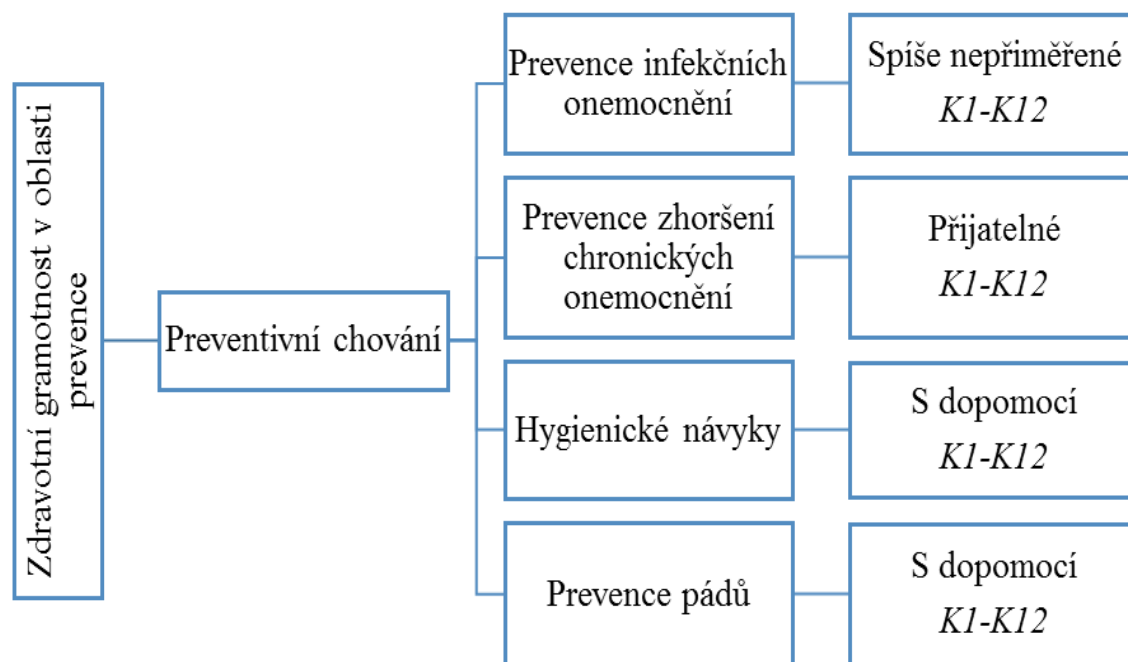
odpovědět. Tyto nesnáze jsou patrné i u této otázky, například K2 přiznal: „*Nevím, co přesně tím myslíte, čím bych jako mohla zamezit nemoci. No třeba tím zdravým životem?*“ Respondentovi bylo vysvětleno, aby se snažil odpovědět konkrétněji. Zdravý životní styl je samozřejmě způsob, jak lze zamezit vzniku či zhoršení některých onemocnění, ale otázka byla směřována přímo na činnosti, které vykonává, aby neonemocněl, aby si udržel přijatelný zdravotní stav nebo aby se nezhoršovaly jeho nemoci, například diabetes mellitus, ale i na to, co dělá pro to, aby se například nenachladil nebo nedostal střevní infekci. Poté K2 pokračuje: „*Aha, no tak třeba s tou cukrovkou, s tou už asi nic neudělám. Mám teda dietu a od doktorky nějaké léky.*“ Po těchto slovech byl senior pro uklidnění přerušen s tím, že odpovídá dobře, protože právě dodržování diety a pravidelné užívání léků jsou dobrou prevencí proti zhoršení diabetu, následně byl vyzván, aby pokračoval. „*No vidíte, tak to je ta prevence. Tak já mám ještě nemocné ledviny, na to jenom беру léky. No a co teda dělám proto, abych nechytla nějakou nemoc, to nevím. Jo, hodně větrám, abych vyhnala bacily, ale to se zase nelíbí moji spolubydlící, tak musíme jednou tak, jindy onak, abychom si vyšly vstříc. Taky se teple oblékám, mám takovýhle bederní pás, ten je moc fajn.*“ Stejně jako K2 potřebovali napovědět i ostatní probandi, ale poté si každý včetně K11, který nespatřuje ve stáří větší náchylnost k nemocem, vzpomněl, že vykonává přinejmenším nějaké opatření k předcházení chorob či zhoršování svých chronických onemocnění. Další otázka byla směřovaná konkrétně na dodržování hygienických návyků. Žádný z respondentů nepřiznal, že by nedodržoval hygienické návyky, ovšem po žádosti o příklad uváděli pouze čištění zubů, případně protézy, stříhání nehtů, velké koupání jednou týdně a jinak sprchování, to vše většinou s pomocí pracovníků v sociálních službách. Nikdo však neuvedl poměrně základní hygienický návyk jako mytí rukou.

Z otázek týkajících se prevence pádů se ukázalo, že zajištění bezpečného prostředí ponechávají respondenti zpravidla na personálu. Například K8 odpověděl: „*Cítím se tu bezpečně, ale já osobně pro to asi nedělám nic, tady je bezpečí samo o sobě. Od doby, co tu bydlím, jsem ještě nepadla, v tom pečovatěláku jsem padala jak hruška.*“ Potvrzuje to i K10: „*Já nevím, co pro to dělám, asi nic. Občas si tu na pokoji poklidím, ale s těmi většími věcmi, jako aby mi nic nestálo v cestě, tak to mi stejně musí pomoci sestřičky nebo třeba uklízečka. Ale o to je ani nemusím žádat, oni se o to starají sami, oni už mají zkušenosti, tak vidí, co je nebezpečné. A taky mě pořád někdo upozorňuje, ať jsem opatrná, oni o nás mají starost.*“ Všichni respondenti uvedli, že využívají k chůzi



kompenzační pomůcky, nejčastěji chodítka, a to z důvodu, že se s ním cítí bezpečněji a stabilněji, ale také mnozí přiznali, že je musí personál občas k využívání kompenzačních pomůcek upozorňovat. Výsledky z této podkategorie jsou shrnuty ve schématu 6.

Schéma 6: Zdravotní gramotnost v oblasti prevence, podkategorie „Preventivní chování seniorů“



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

### 5.1.5 Kategorie „Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče“

Další vybranou kategorií je zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče, která se zabývá zpravidla znalostmi chorob a léčebného režimu nebo postupy při zhoršení zdravotního stavu. Byla vyhodnocena dle odpovědí na otázky č. 15-18. 10 z 12 účastníků výzkumu dokázalo hovořit o svých chorobách. Účelem zkoumání nebylo posouzení, zda odpovídají přesné lékařské diagnózy a jejich kompletní seznam, význam spočíval pouze v uvědomění si klientů jejich zdraví a nemoci, proto jejich odpovědi nebyly porovnávány se zdravotnickou dokumentací. Uspokojivě odpověděl například K7: „Já mám nemocné srdíčko, kmitá si, jak chce, říkají tomu arytmie, vy to asi budete znát. Jinak mě nic netrápí. Před pár lety jsem měla mrtvičku, ale s tím už žádné problémy nemám, beru od té doby nějaké léky.“ Poté byl respondent vyzván, jestli by dokázal rozvést více informací o těchto chorobách, tedy popsat, co si myslí, že je jejich

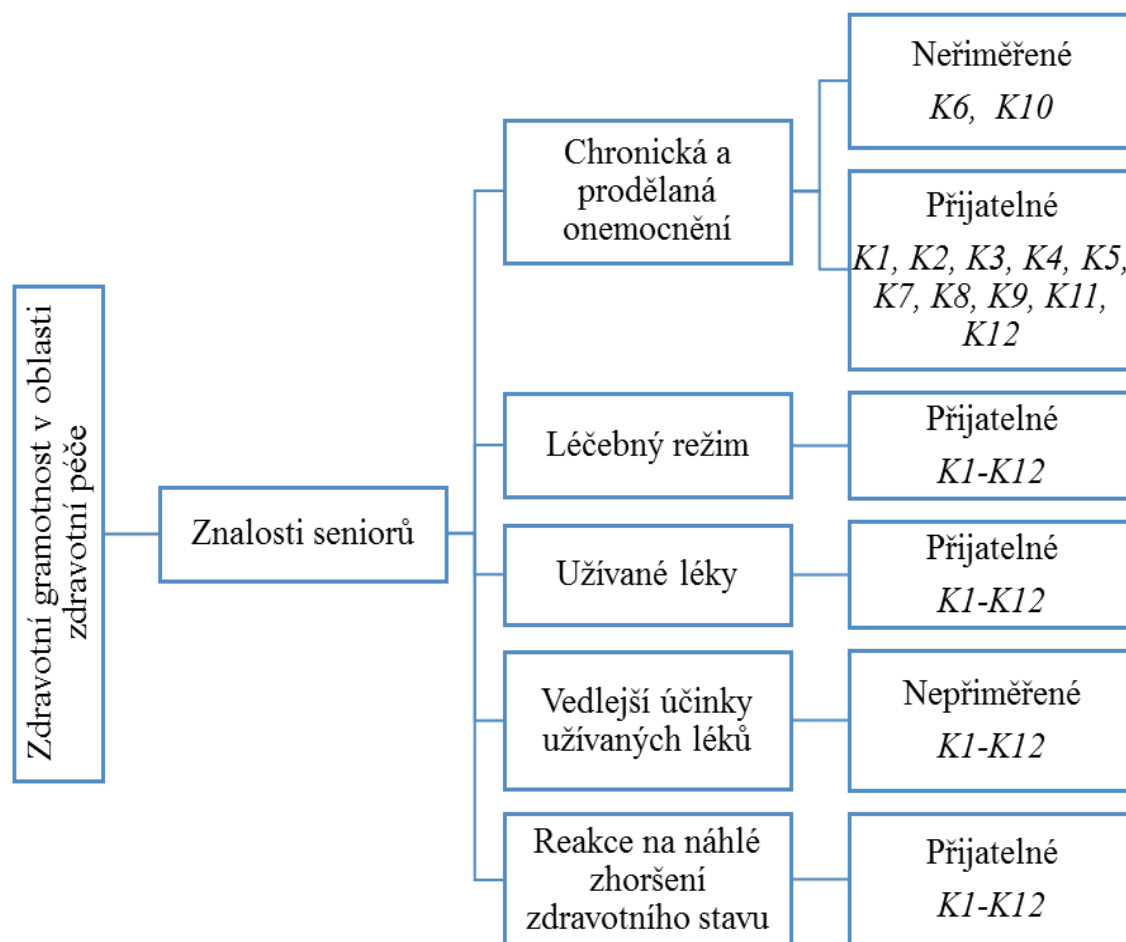
příčinou, jak se onemocnění projevuje, jestli zná komplikace, které by mohly nastat. „*No ano, tu arytmií, tu mám už dlouho, to jsem byla ještě holka. Proč jí mám, nevím, ale jednou mi doktor říkal, že bych neměla jíst mastné a nezdravé, že by se to třeba mohlo zlepšit, když nebude srdíčko tak zatížené. To mi vlastně říkali i po té mrtvičce, že mám začít zdravě jíst a pohybovat se. Ale to nevydržím nedat si kachýnku se zelím,*“ usmívá se K7 a pokračuje: „*A jak se to projevuje? Já nic moc na sobě nepozoruju, někdy se mi zamotá hlava a cítím jako by se mi srdíčko převalilo, to je blbé, když stojím, musím si hned sednout, jinak s tím žádné problémy nemám. A co jste to ještě chtěla vědět? Komplikace... No já nevím, jestli to nějak souvisí, ale sestřička na nervovém mi říkala, že ta arytmie může způsobovat nějaké takové sraženiny, proto musím jíst ty léky, aby se ty sraženiny nedělaly.*“ Následně na dotaz, zda si myslí, že krevní sraženiny způsobují například právě cévní mozkovou příhodu, odpovídá: „*Aha, no tak to bude ono, takže vlastně tu mrtvičku mi mohla způsobit ta arytmie...*“ V podobném rázu se odvíjely i rozhovory s dalšími 9 probandy. Ti dokázali vyjmenovat alespoň 2 své nemoci, nejčastěji byla uváděna artróza, hypertenze, diabetes mellitus a nádorová onemocnění. Respondenti také dokázali sdělit nějaké příznaky svých chorob, ale je zřejmé, že příliš nerozumí jejich příčinám a náležitě si neuvědomují komplikace. Z dotazovaných pouze K6 a K10 nedokázali vyjmenovat žádnou nemoc, kterou v současné době trpí, nebo kterou v minulosti prodělali a dodnes se s ní léčí, uvědomují si pouze potíže, které jim daná onemocnění způsobují. „*To vám přesně neřeknu, mám hrozný otoky nohou, někdy se mi hůř dýchá, ale to je normální, když je člověk starý, jinak mě nic netrápí. To víte, že jsem prodělala nějaké nemoci, byla jsem v nemocnici se srdcem, se zlamanou nohou tady v kyčli, taky mi operovali slepák,*“ řekl K6. Na následující otázku týkající se užívaných léků, která by mohla klientovi napovědět, s čím se léčí a jaké má tedy onemocnění, uvádí: „*No jéje, ráno mi dávají dva, takovou maličkou pílku, ta je na srdce, a pak takový šišatý růžový, ten je dost velký, ten je na žíly. A každý druhý den mám ráno ještě takový malý bílý na otoky, to pak chodím hrozně čůrat. A pak mám až večer zase ten na žíly.*“ Podobně se vyjadřoval i K10: „*Já mám nemocné klouby, s tím mám hrozný problémy, protože to hrozně bolí, nějak se rozpadají nebo co. To po mně chtěli, abych zhubla, abych ty klouby tolik nezatěžovala, ale to se mi nikdy nepovedlo, s věkem člověk spíše přibírá.*“ I přes opětovnou snahu těmto dvěma klientům napovědět či pomoci určit, jakou chorobou pravděpodobně trpí, to přesně nedokázali sdělit, proto bylo nakonec od otázky ustoupeno. Dále byly se seniory

probrány znalosti jejich léčebného režimu, který by měli dodržovat a také zda ho dodržují. Respondenti měli potíže s pochopením slovního spojení léčebný režim či režimová opatření, proto bylo všem jako příklad vysvětleno dodržování dietního režimu při onemocnění diabetes mellitus nebo pravidelné užívání léků předepsaných lékařem na nějaké onemocnění. „*Ano, tak to se mě zrovna týká ta diabetická dieta, neměla bych jíst sladkosti no. Oni mi tu dávají dietu, tak snad ví, co mi můžou dávat, nehlídám to. Ale sladké nedostávám, když máme k svačině sušenky, tak dostanu diabetické. A jím hodně zeleniny od dcery, takže dietu asi dodržuju. Samozřejmě musím brát léky a inzulin, ten mi píchají sestřičky, takže to všechno dodržuju. U jiných nemocí nevím. Jo ještě mi říkali, že na ty moje průdušky nesmím kouřit, tak to taky dodržuju, protože jsem nikdy nekouřila,*“ uvádí K12. Také K3 vzpomíná na zásady léčebného režimu, ten se však k jeho dodržování vyjadřuje negativně: „*No vidíte, tak to jistě nedodržuju, jenom ty léky vzorně baštím, ale když chodím na kontrolu k ortopedovi s tou artrózou, tak mi vždycky připomíná, že bych měla shodit nějaké kilo a dává mi nějaké letáčky s obrázky, jak mám cvičit. To vám teda řeknu upřímně, že nedělám. Když mě ty kyčle hodně bolí, tak si řeknu o prášek na bolest, ten mi můžou sestřičky dát kdykoliv.*“ Všichni dotazovaní jedinci včetně K6 a K10, kteří neznali svá konkrétní onemocnění, uvedli několik opatření, která by měli dodržovat, ve většině případů se jednalo o dietní omezení, užívání léků a pohyb. Většina respondentů však zásady léčebného režimu spíše nedodržuje s výjimkou užívání léků. Lékové terapii se dále konkrétněji věnovala otázka č. 17. V záležitosti užívaných léků opět nebylo posuzováno, zda jsou odpovědi korektní, ale zda se seniori zajímají a mají alespoň přehled o užívaných lécích a zda si jsou vědomi možných nežádoucích účinků. Všichni respondenti věděli počet léků, vyjmenovali, kolik jich užívají ráno, v poledne, večer, případně na noc a v mnoha případech také popisovali, jak léky vypadají. Přesné názvy léků vědělo z paměti 6 jedinců, dalších 5 mělo názvy napsané na papíru a jen K11 nevěděl názvy. Úplně všichni respondenti popsali, na jaké potíže užívají všechny léky až na pár výjimek, a to včetně K11, který k popisu použil místo názvů léků jejich vzhled, ten využilo při popisu více respondentů. Zajímavé je, že důvody užívání jednotlivých léků, vylíčili i K6 a K10, kteří neznají svá onemocnění. Ti stejně jako většina respondentů totiž neurčovali přesné choroby, kvůli kterým léky užívají, ale popisovali konkrétní příznaky nemocí či pouze nemocné tělesné orgány. Výstižným příkladem je odpověď K1: „*Mně dávají prášky sestry vždycky ráno, v poledne a večer, ale mám tady takovýhle seznam, takže si*

*kontroluju, co mi dávají. Ráno Furon, Helicid, Pirabene, Tezeo, Zaldiar, v poledne Anopyrin a večer zase akorát ten Zaldiar. Furon беру na otoky a Helicid na žaludek, Pirabene to je na paměť, pak tu mám Tezeo... ten беру, abych neměla vysoký tlak, ten mi sestra měří každý týden. Pak ten Zaldiar, jo to je takový ten žlutý šišatý, ten je pro mě nejdůležitější, ten je proti bolesti. Bez toho prášku bych to už nezvládla, dřív jsem ho brala jen ráno, teď už musím i večer. Sestra mi ho dá při večěři, ale já si ho vezmu až před spaním, jinak bych nemohla spát. A pak v poledne ten Anopyrin, ten je na srdíčko.“* Podobně dobrými znalostmi příjemně překvapili všichni respondenti, ovšem velké mezery měli ve znalostech vedlejších účinků. Nikdo z dotazovaných nevěděl ani jeden nežádoucí účinek. Jediný K9 po odpovědi „*To nevím,*“ doplnil: „*Tohle by měl vědět hlavně doktor. Nebo spíš sestry, když se nám něco přihodí, tak by měly vědět, co nám dávají a že to mohly způsobit ty léky, ne? Ale asi si zase nemůžou pamatovat, co nám všem dávají. Nebo tak ten doktor by nás měl upozornit, když to předepíše. Ale víte co, já mám tady vlastně příbalové letáčky, tak bych si to mohl prostudovat.*“ Dle slov některých respondentů pro ně nejsou takové informace důležité, má pro ně větší význam důvod, proč léky užívají a nezajímají se o to, co by mohly způsobit. Posouzení vhodnosti léku ponechávají na lékaři a veškeré své zdravotní problémy svěřují sestřám, které by podle nich měly poznat, kdyby mohly být potíže vedlejším účinkem některého léku. Poslední otázkou zařazenou do kategorie zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče byla: „*Co uděláte, když se vám nebo někomu ve vašem okolí náhle zhorší zdravotní stav?*“ Na tuto otázku odpověděli všichni probandi jednotně, že přivolají sestru. „*Stačí vylézt na chodbu a zavolat a vždycky tam někoho seženete, ty zdravotní sestřičky mají moc práce, ty nevidíte tak často, ale ty pečující sestřičky se na chodbě mihnou každou chvíli,*“ pověděl K8. Na otázku, co by dělal, kdyby se zhoršil zdravotní stav jemu a nemohl vstát, pohotově K8 odvětil: „*Máme tady takovýhle zvoneček, tím taky přivoláte sestřičku hned, můžete s ní přes to i mluvit, ale to jsem nikdy nezkoušela, já to moc nepoužívám, to by mi muselo být hodně zle, nechci je obtěžovat.*“ S odpovědí K8 souhlasí také K4: „*My tu máme takové telefony, kterými můžete zavolat na sestry, ony přijdou hned. Ale já jsem jednou padla a nemohla vstát a telefon mi nebyl nic platný. Já ho stejně nepoužívám ani, když mi není dobře. Sestry mají už tak práce dost a jsou tu takoví, co se jich naotravují třeba každých 10 minut, tak to by už muselo být hodně zle, abych na ně zvonila.*“ Stejně názory sdíleli všichni respondenti. Výsledky z celé

kategorie zabývající se zdravotní gramotností v oblasti zdravotní péče jsou znázorněny ve schématu 7.

Schéma 7: Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče, podkategorie „Znalosti seniorů“



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

### 5.1.6 Kategorie „Předávání informací“

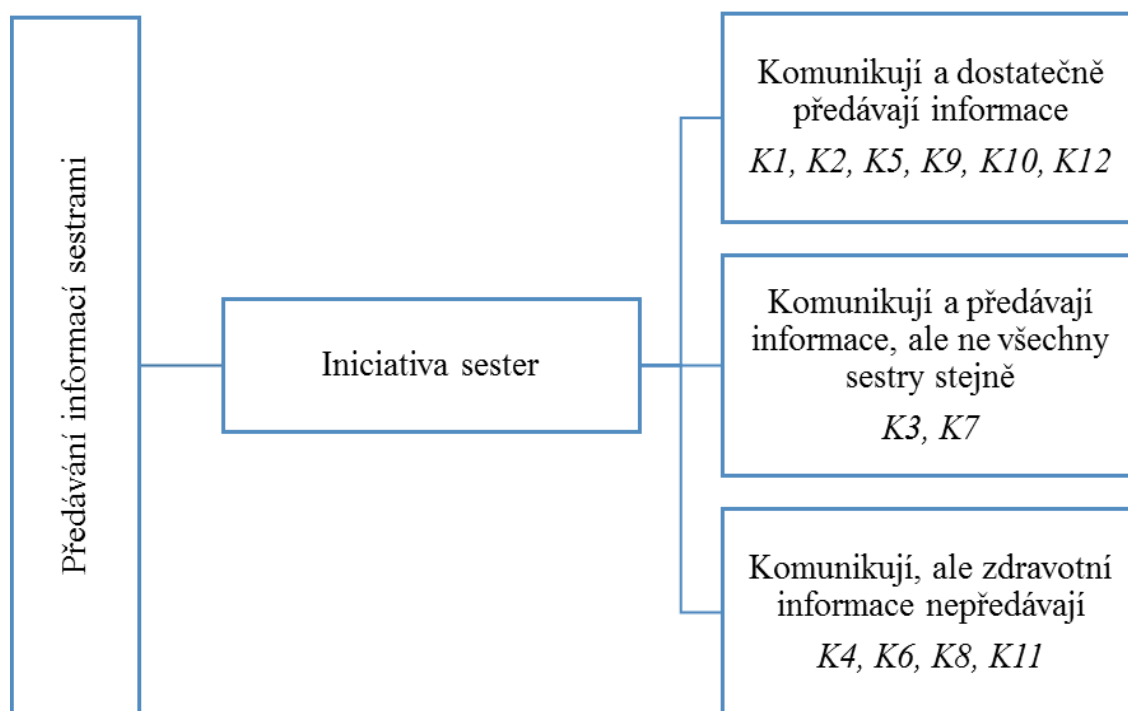
Tato kategorie vychází z otázek č. 19 a 20. Respondenti byli předem obeznámeni s tím, že otázky jsou směřované na předávání informací výhradně od všeobecných sester pečujícími o ně v domově pro seniory, nikoliv od pracovníků v sociálních službách nebo od zdravotnického personálu pracujícího v jiných zdravotnických či sociálních zařízeních, kde byli například ošetřeni v minulosti nebo kam ambulantně dochází.

V kategorii byly vytvořeny tři subkategorie, první se zaměřuje na iniciativu sester v předávání informací. V této oblasti se názory respondentů velmi rozcházejí, neshodli se ani senioři žijící ve stejném domově. Zároveň někteří respondenti neměli ani stejný

úsudky o všech sestřích pracujících v jejich domově, proto je vyhodnocení této kategorie poměrně obtížné. K1, K2, K3, K5, K7, K9, K10 a K12 mají shodný názor, že s nimi sestry dostatečně komunikují o jejich zdravotních potížích a ochotně jim vysvětlují všechny náležitosti v případě nově diagnostikované nemoci či nově naordinovaného léku od lékaře. K2 uvedl: „*Já se sestrami nemám žádný problém, jsou to naše děvčátka a vždycky mi vysvětlí, čemu nerozumím.*“ Poté byl respondent vyzván, aby zkusil být konkrétní a uvedl nějaké příklady, kdy mu sestra předala informace z oblasti podpory zdraví, oblasti prevence nebo oblasti zdravotní péče. „*To si teď asi nevzpomenu,*“ odpovídá K2 a poté pomalu vzpomíná: „*Ale ony nás děvčátka pořád o něčem poučují, co bychom měli a neměli dělat a pořád připomínají, ať jsme opatrní. Já myslím, že nám dávají informace každý den, těžko takhle něco vybrat. Třeba dneska mě zase poučovali, abych více cvičila ty moje ruce. Už v nich těžko něco udržím, všechno mi padá, jak mám ty klouby bolavé a nemůžu s nimi moc hýbat. Ale sestřičky mi pořád říkají, že kdybych to cvičila, tak se to tolik nehorší a ukazují mi, jak je můžu cvičit, ale co naděláte se starou ženskou.*“ K3, který žije ve stejném domově, souhlasí, že jsou informace předávány, ale ne od každé sestry ve stejné míře: „*To víte, že informace předávají, mluví s námi pořád, ale každá je jiná, tak jako jsme každý člověk jiný. Je tu jedna sestra, tu nemám moc ráda, ta se sem vždycky vřítí a než se člověk stačí na něco zeptat, tak je zase pryč, to už vím, co si ke komu můžu dovolit. Co bych vám tak řekla za příklad... No, když mi doktorka dá nový prášek, tak mi sestřičky vždycky hned vysvětlí, kvůli čemu mi ho dala, jak ho budu užívat a tak. Taky mi pořád připomínají, abych pila, protože podle nich málo piju, ony si takových věcí všímají. Teda některé.*“ Podobně odpovídal K7 z jiného domova: „*Mně pořád někdo poučuje, abych byla opatrná, abych nepadla, ať si nenechávám věci v cestě a musí to po mně pořád poklízet. Nebylo to nic platné, před 2 týdny jsem padla a mám ruku v tomhle. Blbě je, že je to pravá ruka a sama si nic neudělám. To, když jsem přijela od doktora s rukou v gypsu, tak mi hned tady jedna sestřička vysvětlovala, jak s tím budu fungovat a jak to asi tak dlouho budu mít, kdy jedu na kontrolu a tak. Ta je moc hodná, všechno mi vysvětlí, že se ani člověk nemusí ptát. Pak jsou tu takové sestry, kterých se musíte zeptat, když se chcete něco dozvědět, a to já nechci zase otravovat, tak vždycky počkám na ty šikovnější.*“ Ze třetího domova pro seniory se K9, K10 a K12 shodují, že jim všeobecné sestry předávají dostatek informací. Jako příklad uvedl jeden z nich situaci, kdy mu bylo na chirurgické ambulanci diagnostikováno nádorové onemocnění kůže. V ambulanci nebyl důkladně

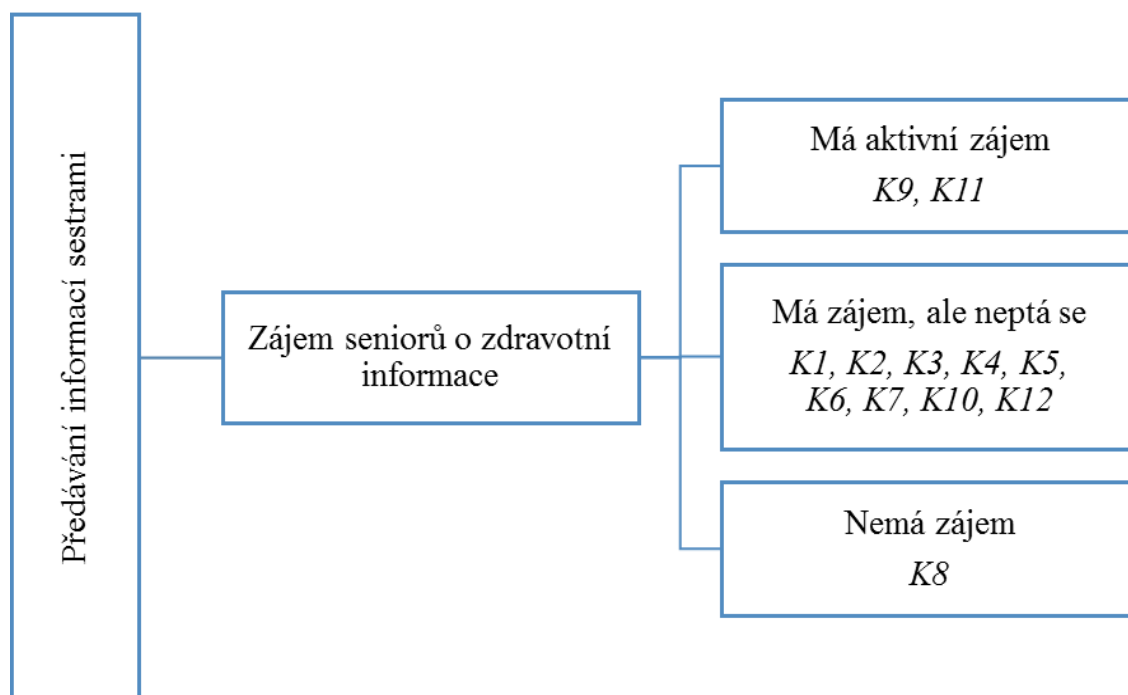
informován a do domova se vrátil plný obav a nezodpovězených dotazů. Sestra se ho ihned zeptala, co mu vše bylo sděleno a když zjistila, že pouze lékařská diagnóza, přečetla si lékařskou zprávu a pravděpodobně pouze dle svých kompetencí, co mu vše mohla sdělit, mu vysvětlila, co se s ním bude dít dál, co může a nemůže dělat a zapsala mu do kalendáře termíny dalších vyšetření, které vyčetla ve zprávě. Jiný náhled mají K4, K6, K8 a K11 napříč všemi třemi domovy. K4 uvedl, že mu nikdo nic dostatečně nevysvětluje a postrádá mnoho informací, sám se však zdravotnického personálu na nic neptá, K6 je podobného názoru, se sestrami má dobrý vztah a hodně spolu komunikují, ale zdravotní informace mu prý nepředávají. K8 řekl: *„Já nic vědět nepotřebuju, sestry ví, co dělají a proč to dělají, to mi stačí. Někdy mi nějaká ochotná říká, proč a jak mám něco dělat, ale já jí pokaždé zarazím, že mi to ani říkat nemusí, ať mi dávají, co musí, ale svoje zlovyky stejně nezměním. Ale spíš už všechny ví, že nemá cenu mi to říkat.“* Od tohoto klienta tedy není odpověď relevantní, protože on sám nemá o informace zájem. Na rozdíl od něj K11 zájem má, ale dle něj mu sestry samy informace nesdělují a některé sestry nejsou ani schopné náležitě odpovědět na jeho dotazy, ale přisuzuje to tomu, že neumí vhodně položit své dotazy. Výsledky získané v podkategorii zabývající se iniciativou sester z pohledu seniorů jsou pro přehled znázorněny ve schématu 8 a na základě odpovědí seniorů byla ke kategorii předávání informací vytvořena ještě podkategorie zájem seniorů o zdravotní informace od všeobecných sester pracujících v jejich domově. K tomu se, jak již bylo zmíněno, negativně vyjádřil K8, který nevyžaduje žádné informace a veškerou péči přenechává v rukách sester, kterým plně důvěřuje. Kromě tohoto seniora všichni uvedli, že zájem mají, většina se však ostýchá sester zeptat z důvodu, že nechtějí obtěžovat. Aktivní zájem za každé situace vyslovili pouze K11 a také K9, který působil během celého dialogu velmi sečtěle a směle: *„No ano, já chci vědět všechno, co se mě týká. A když něčemu nerozumím, tak se zeptám víc sester, abych to měl od víc lidí. Já je někdy asi dost zdržuju, to je na nich znát, že už přešlapují na místě a některé se začnou rozčilovat, že mají moc práce, no ale já to chci jen vysvětlit, abych věděl, proč třeba musím brát nějaký prášek nebo proč mě něco bolí.“* Odpovědi z podkategorie týkající se zájmu seniorů o zdravotní informace jsou shrnuty ve schématu 9.

Schéma 8: Předávání informací sestrami, podkategorie „Iniciativa sester“



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Schéma 9: Předávání informací sestrami, podkategorie „Zájem seniorů“

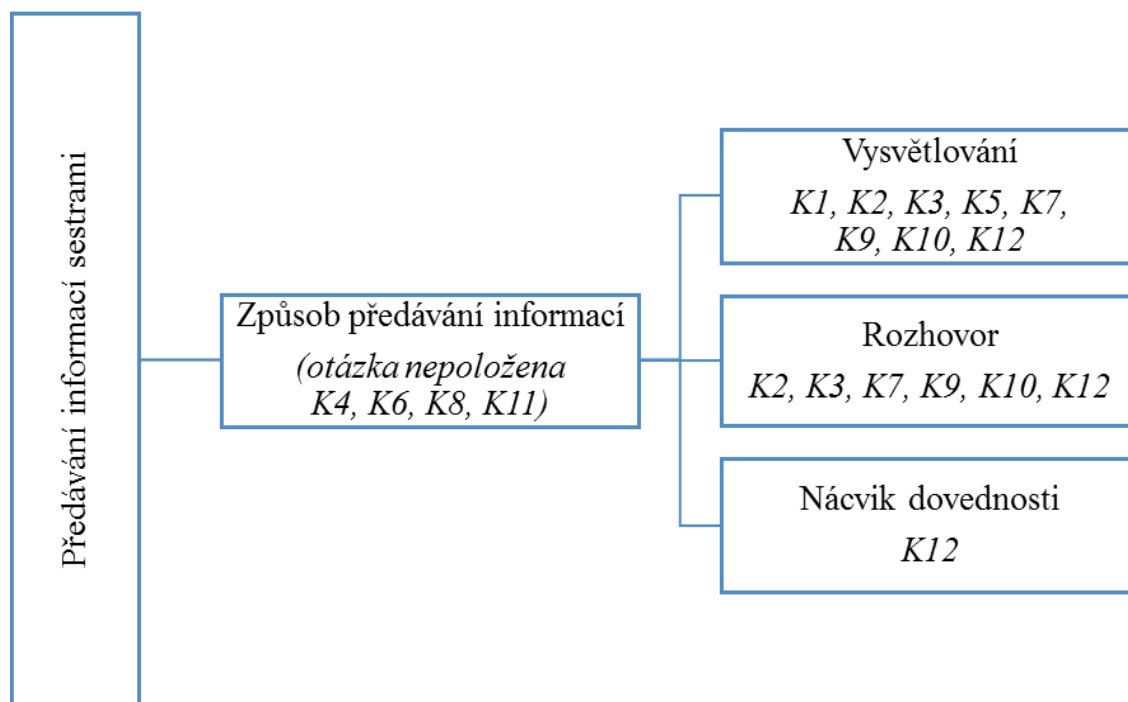


Zdroj: vlastní výzkum, 2018



Poslední vybranou subkategorií je způsob předávání informací. Seniorům, kteří odpověděli, že jim sestry informace předávají, byla položena doplňující otázka, jakým způsobem to sestry vykonávají. Pro lepší pochopení otázky byly respondentům předloženy jako příklady pouhé jednosměrné vysvětlování, rozhovor, předvádění nějaké činnosti, kterou se musí naučit nebo i přednáška či předávání informací skupině více lidí. Všechny odpovědi byly shodné, respondenti uváděli, že jim sestry předávají informace individuálním vysvětlováním a v případě jejich dotazů proběhne o dané problematice rozhovor. Pouze K12 si vzpomněl na jinou formu, se kterou se za dobu pobytu v domově od zdravotnického personálu setkal, a to nácvik dovednosti aplikace inzulínu. *„Teď už mi inzulín dávají sestry, ale když mi tu zjistili cukrovku, tak jsem si to ze začátku píchala sama. Tak to mi museli ukázat a vysvětlit, ale to už je pár let zpátky, teď už se mi třesou ruce a sama bych to nezvládla,“* sdělil K12. Zároveň se seniori, s kterými bylo o způsobu předávání informací diskutováno, shodli, že jim metoda vysvětlování vyhovuje a že k ní zpravidla dochází v průběhu nenucené přátelské komunikace mezi klientem a sestrou. Potvrzuje to i K1: *„Předávání informací, to zní tak nepřírodně, to tady ani neděláme, my spolu normálně mluvíme. A je to tak nejlepší. Když jsem byla v nemocnici, to si mě tam ani nikdo nevšimnul, nikdo se mnou nemluvil, nikdo mi nic neřekl, nevysvětlil, tam už nikdy nechci. Tady se na vás všechny ty holky usmívají, už je znáte jako svoje vlastní, popovídáte s nimi a při tom se vždycky dozvíte, něco nového. A jak ony tomu rozumí, tak mi vždycky vysvětlí, co potřebuju vědět a i poradí, co mi třeba může pomoci nebo ulevit.“* Výsledky získané v této podkategorii jsou zobrazeny ve schématu 10.

Schéma 10: Předávání informací sestrami, podkategorie „Způsob předávání informací“



Zdroj: vlastní výzkum, 2018

## 5.2 Výsledky rozhovorů se všeobecnými sestrami

Druhá část výzkumného šetření se vztahuje k druhému cíli a druhé výzkumné otázce. Tato kapitola obsahuje výsledky zpracované z uskutečněných rozhovorů se všeobecnými sestrami, veškeré informace uvedené v této části výzkumného šetření jsou tak pouze z jejich pohledu.

### 5.2.1 Identifikační údaje všeobecných sester (S1-S9)

Výzkumným souborem byly všeobecné sestry zaměstnané v domově pro seniory. Záměrně byly vybrány sestry ze stejných domovů pro seniory, kde žijí respondenti z první části výzkumného šetření. V tabulce 3 jsou uvedeny identifikační údaje sester, pro jejich lepší rozlišení jsou uvedeny údaje o pohlaví, věku, dosaženém vzdělání a délce praxe v domově pro seniory. Pro přehled a možnost porovnávání je číslem označen domov pro seniory, ve kterém pracují. Výzkumného šetření se zúčastnilo 9 sester z 9 oslovených.

Tabulka 3: Identifikační údaje všeobecných sester

Sestra	Domov pro seniory	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe v DS
S1	1	Žena	57	SŠ s maturitou	36
S2	1	Žena	24	VŠ	1
S3	1	Muž	45	SŠ s maturitou	26
S4	2	Žena	54	SŠ s maturitou	25
S5	2	Žena	42	VOŠ	4
S6	2	Žena	52	SŠ s maturitou	33
S7	3	Žena	57	SŠ s maturitou	15
S8	3	Žena	38	VOŠ	13
S9	3	Žena	56	SŠ s maturitou	32

Výzkumu se zúčastnilo 9 sester ve věkovém rozmezí 24 až 57 let, z nichž bylo 8 žen a 1 muž. 6 sester mělo středoškolské vzdělání s maturitou, 2 vyšší odborné vzdělání a 1 vysokoškolské bakalářské. Délka jejich praxe v domově pro seniory byla od 1 roku do 36 let.

*Zdroj: vlastní výzkum, 2018*

### 5.2.2 Kategorizace výsledků

Po zhodnocení odpovědí pomocí metody barvení textu byly vytvořeny 3 kategorie s celkem 7 podkategoriemi. Pro přehlednost jsou znázorněny v tabulce 4.

Tabulka 4: Kategorizace výsledků druhé části výzkumného šetření

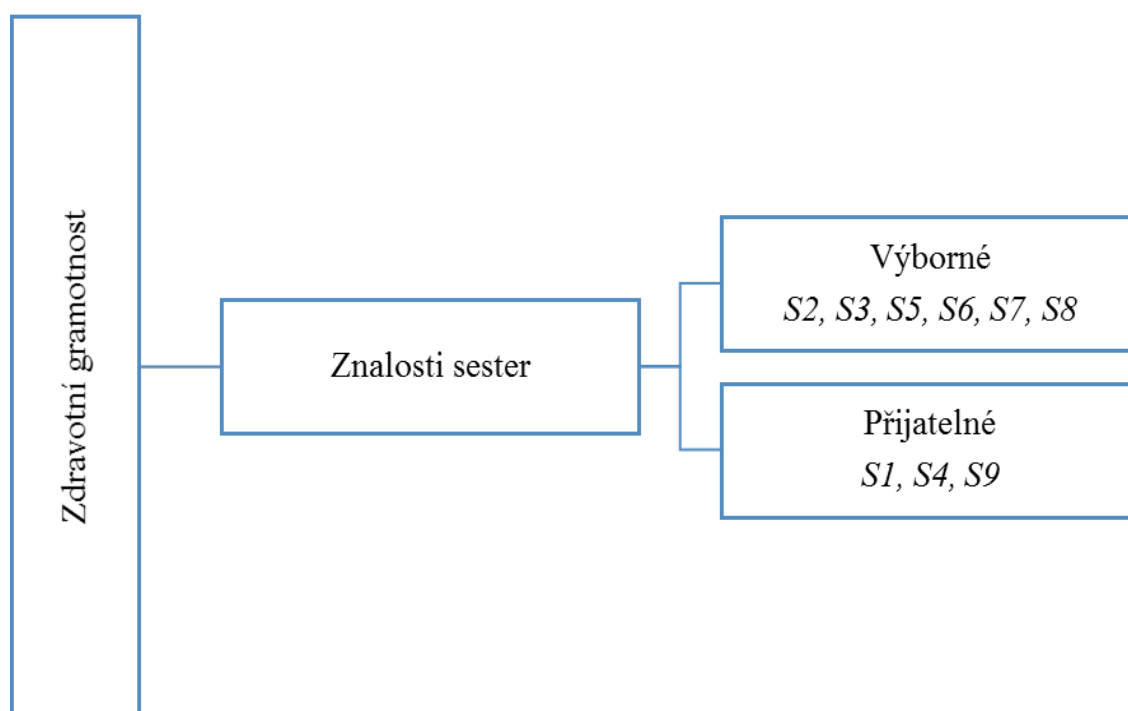
Kategorie	Subkategorie		
<b>Zdravotní gramotnost</b>	Znalosti sester		Význam pro seniory z pohledu sester
<b>Role sester v zajišťování zdravotní gramotnosti</b>	Důležitost role sestry	Iniciativa sester	Předávání informací z pohledu sester
<b>Spolupráce seniorů</b>	Spolupráce seniorů z pohledu sester		Motivace ke spolupráci

*Zdroj: vlastní výzkum, 2018*

### 5.2.3 Kategorie „Zdravotní gramotnost“

První kategorií je zdravotní gramotnost, která byla rozvedena do 2 subkategorií, z nichž se první zabývá znalostmi sester. Cílem diplomové práce nebylo tyto znalosti zjišťovat, sloužily pouze pro ucelený přehled, a aby byly případně další otázky rozhovoru jinak formulovány a upraveny vzhledem k vědomostem sester. Proto nebylo otázce č. 1 a 2 věnováno mnoho času a postačily krátké odpovědi. V rozhovorech si lze všimnout, že se znalosti sester odlišují, při detailnějším porovnání bylo zjištěno, že lepší znalosti mají spíše mladší sestry, konkrétně S2, S3, S5, S6, S7 a S8 projevíly poměrně dobré znalosti. S2 na otázku, co je podle ní zdravotní gramotnost, odpověděla: *„To je podle mě přehled člověka o jeho zdravotním stavu. Prostě takový soubor všech znalostí, schopnost rozumět otázkám zdraví a nemoci, umět pracovat s informacemi od zdravotníků a rozhodovat o tom, co s člověkem bude.“* Její mužský kolega S3 měl velmi podobný názor: *„Jo, tak to je, co všechno víme o svých nemocech a co máme dělat, abychom nebyli nemocní. Ale taky znát svoje doktory, pojišťovnu, rozumět celé té soustavě zdravotnictví, umět se v tom pohybovat, rozumět informacím a podle nich o sobě rozhodovat a podílet se třeba na léčbě.“* Také S5, S6, S7 a S8 vysvětlovali pojem zdravotní gramotnost zejména jako znalosti jedince o svém zdraví a nemoci, schopnost pohybovat se ve zdravotnickém systému a schopnost rozhodovat o svém zdraví, tyto odpovědi působí uspokojivě na rozdíl od odpovědí S1, S4 a S9, které nad odpovědí dlouho přemýšlely a působily nejistě. Tyto 3 sestry přiznaly, že se s tímto pojmem nikdy nesetkaly nebo si nejsou vědomy, co přesně znamená. Jako příklad postačí strohá odpověď S1: *„Aha, to neznám, no tak gramotnost, jakože něco umět, znát, tak asi znát zdravotní informace. Takže mít dost zdravotních informací nebo tak něco.“* Pro doplnění přehledu o znalostech sester byly každé sestře položeny doplňující otázky pro posouzení konkrétně jejich zdravotní gramotnosti, například jaké jsou zásady zdravého životního stylu nebo co je prevence. Ačkoliv 3 sestry z 9 neznaly pojem zdravotní gramotnost, měly alespoň dle doplňujících otázek dobré vědomosti stejně jako ostatní. Z informací získaných v této podkategorii bylo pro přehled vytvořeno schéma 11.

Schéma 11: Zdravotní gramotnost, podkategorie „Znalosti sester“

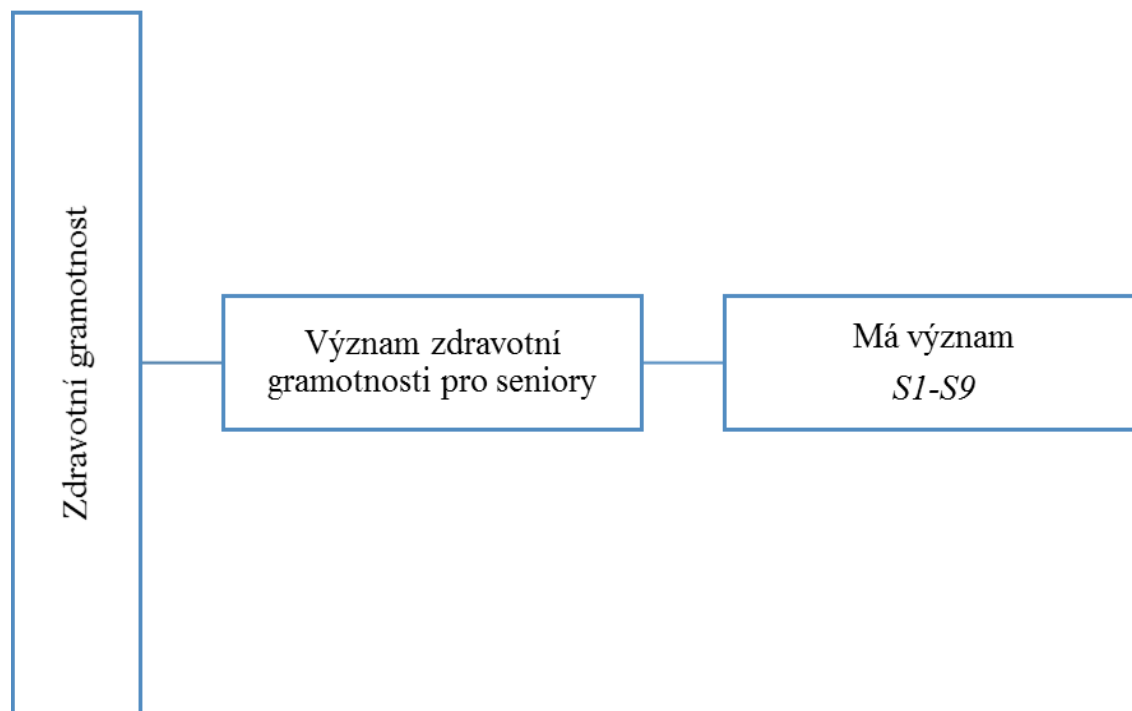


Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Z otázky č. 2 byl posuzován názor sester na význam zdravotní gramotnosti u jejich klientů, z čehož byla vytvořena druhá subkategorie. Vzhledem k neznalosti S1, S4 a S9 termínu zdravotní gramotnost byla těmto třem sestřám položena otázkou jinými slovy: „Myslíte si, že je důležité, aby obyvatelé Vašeho domova pro seniory měli znalosti o zdraví a svých nemocech a měli tak schopnost rozhodovat o svém zdraví? Proč?“ Dle všech respondentů má zdravotní gramotnost význam a senioři by se měli podílet na péči o svou osobu. Velmi hezkou a zároveň nejobsáhlejší odpověď poskytla S2: „Ano, to, že jsou to senioři, neznamena, že by už byli neschopní a nesvéprávní. Zdravotně gramotní můžou být všichni, pokud o to mají oni sami zájem. Ale samozřejmě musíme rozlišovat, o jaké seniory se jedná, protože tu máme i takové, co mají opatrovníka a tím pádem vlastně nesvéprávní jsou, ti jsou většinou duševně nemocní. Já si ale myslím, že i jedinci s opatrovníkem můžou vyjadřovat svoje přání a postoje k péči o jejich zdraví v rámci jejich možností se vyjadřovat. Já všechno vysvětluju všem stejně, i těm, co jsou na tom nejhůř, ať to třeba vypadá, že mě nevnímají, ale ty informace a alespoň pocit, že mají možnost rozhodovat, to potřebují všichni stejně. Ale to jsem odbočila, když se teda zaměřím hlavně na ty duševně schopné seniory, tak to je snad samozřejmost jim předávat informace, komunikovat s nimi o jejich potížích a nechávat jim možnost volby

při rozhodování o jejich zdraví. I senioři mohou být zdravotně gramotní, naopak po tom všem, co většinou prožijí, už musí být v té gramotnosti zbláhli.“ Stručněji, ale v podstatě stejně odpověděla i například S5: „O tom snad nikdo nemůže pochybovat, naši klienti o svém zdraví rozhodují, a když něčemu nerozumí, tak jim všechno vysvětlíme. Zdravotní gramotnost je důležitá u všech lidí, to, že jsou starší, neznamena, že by neměli mít vědomosti a nemohli o sobě rozhodovat.“ Každá sestra formulovala svou odpověď jinak, ale všechny se shodly na názoru, že zdravotní gramotnost seniorů je důležitá. Výsledky z této podkategorie znázorňuje schéma 12.

Schéma 12: Zdravotní gramotnost, podkategorie „Význam zdravotní gramotnosti pro seniory“



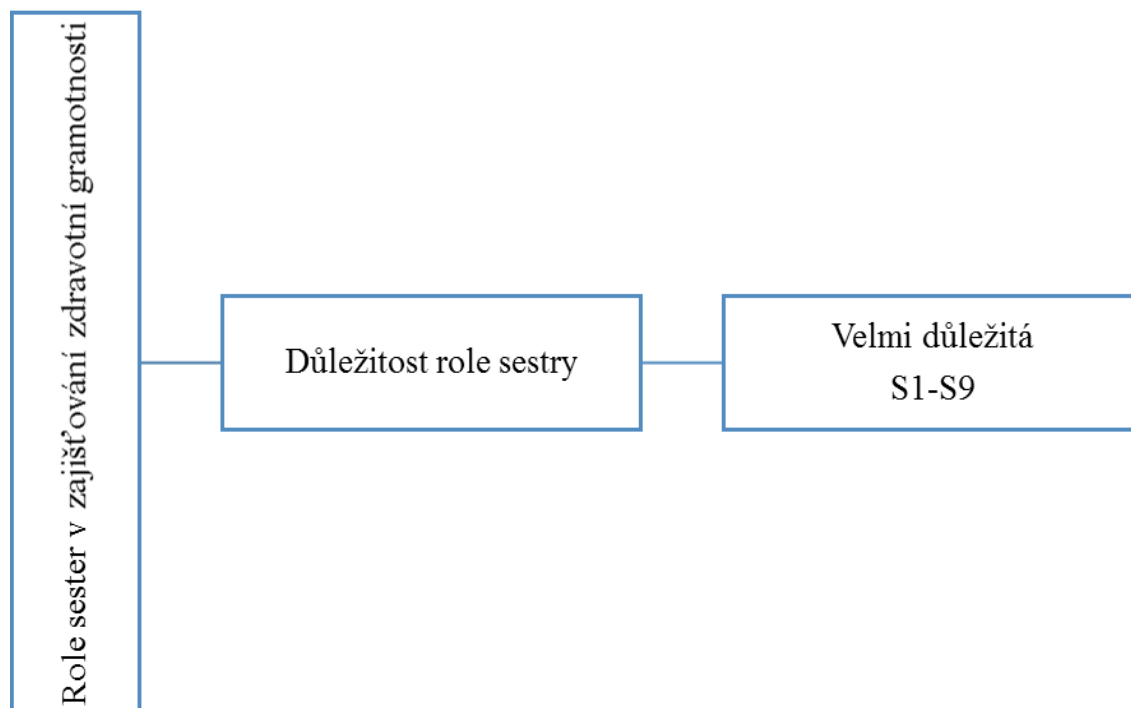
Zdroj: vlastní výzkum, 2018

#### 5.2.4 Kategorie „Role sester v zajišťování zdravotní gramotnosti“

Vzhledem k rozsáhlosti této kategorie bylo nutné jí vyhodnotit na základě celých rozhovorů. Přitom byla ještě rozdělena do tří podkategorií, z nichž první je samotná role sestry a její důležitost při zajišťování zdravotní gramotnosti. Všichni probandi byli téhož názoru, že v domově pro seniory má sestra celkově důležité postavení a zajištění zdravotní gramotnosti formou předávání informací je výhradně jejich činnost. Pouze v jednom ze tří domovů pro seniory, kde byl prováděn výzkum, je lékař přítomen třikrát

týdně, ve zbývajících dvou dokonce jen jednou týdně. Ovšem ani v jednom domově nemá lékař časový prostor k tomu, aby klientům předával informace a edukoval je. Dle sestery je tato odpovědnost přenesená na ně a mnohdy předávané informace přesahují jejich kompetence. „*Tady je tohle na rozdíl od zdravotnických zařízení čistě na nás, paní doktorka nikomu nic nevysvětluje, proto veškeré informace lidem předáváme my. A dost často říkáme i to, co bychom vůbec neměli, lidi ty informace chtějí a když jim je nikdo jiný nedá, tak musíme my. Když se jedná o nějakou vážnou věc, tak se to snažím nějak slovně obejít, abych to neřekla přímo, ale to taky vždycky nejde,*“ řekla S1 a stejný názor měla i S6 z jiného domova: „*Samozřejmě, že je sestra důležitá, tady podle mě nejdůležitější. U nás nikdo jiný těm lidem informace nedá. Doktor pokaždé akorát obejde nemocné, možná tak vyslechne jejich potíže a vyšetří je, ale pak s nimi už o ničem nemluví, ani jim neřekne, když mění medikaci nebo je posílá na nějaké vyšetření, to akorát naordinuje a my to musíme všechno zpracovat, zařídit a těm lidem vysvětlit. Kdo jiný by jim to řekl, pečovatelky jsou s lidmi hodně v kontaktu, ale tohle neřeší, ani nemůžou, ty vůbec do zdravotních věcí nevidí a nesmí vidět. Takže je to jen na nás a je to opravdu časově náročné, protože to není jim to jen říct, pak mají spoustu dotazů, pak si vzpomenou, co všechno ještě potřebují, když už tam jste a vy už máte dávno rozdávat léky a jste ve skluzu. Nedejbože, když se ještě něco přihodí. A tak to tu chodí běžně, neustále nestíháte, ale tyhle lidi odbít nemůžete, dokud jim to všechno nevysvětlíte, tak nemůžete odejít. Nebo jim říct, že přijdete později.*“ S tímto názorem se ztotožňují všechny odpovídající sestry, role sestry informátorky je v domově pro seniory podle nich velice důležitá a jedinečná. Informace získané v této podkategorii jsou znázorněny ve schématu 13.

Schéma 13: Role sester v zajišťování zdravotní gramotnosti, podkategorie „Důležitost role sestry“

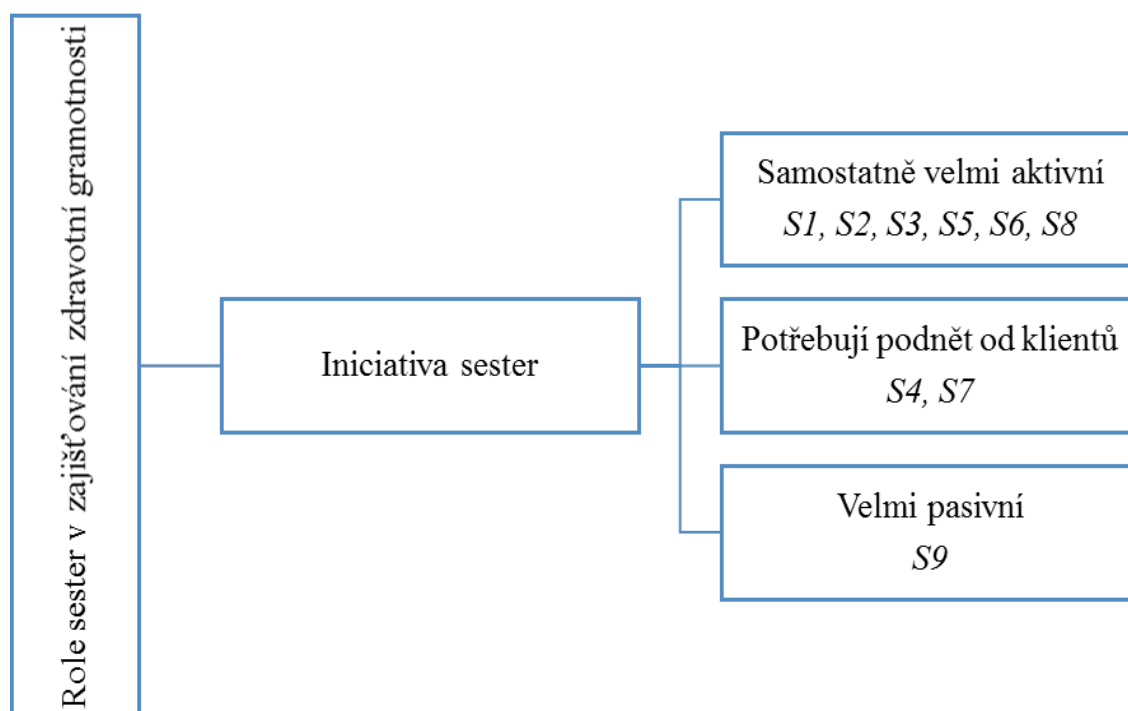


Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Druhá podkategorie je zaměřená na iniciativu sester v zajišťování zdravotní gramotnosti klientů. Z odpovědí bylo zjevné, které sestry mají zájem nejen o zajišťování zdravotní gramotnosti, ale také o klienty, a to navzdory tomu, že úplně všechny uvedly, že zdravotní gramotnost seniorů je důležitá a stejně tak i role sestry v jejím zvyšování. Aktivní zájem o to, aby klienti byli zdravotně gramotní, mají S1, S2, S3, S5, S6 a S8, které opakovaně podávaly podrobné a vyčerpávající odpovědi o způsobech, jak jednotlivé činnosti vykonávají, jak klientům pomáhají a aktivně jim předávají informace. Ve srovnání s nimi působily S4 a S7 pasivněji, odpovídaly převážně stručně a dle odpovědí nejsou příliš iniciativní ke zvyšování zdravotní gramotnosti klientů. Tyto dvě sestry s klienty sice také hodně komunikují a ochotně jim cokoli zajistí a vysvětlí, ale potřebují podnět ze strany klientů. Pokud sám klient nevyloví potřebu nějaké pomoci, sestry se samy nesnaží zjistit nedostatky v jeho zdravotní gramotnosti. Jako naprosto bez zájmu, jak o předávání informací, tak o samotné klienty, působila S9, která často odpovídala, že neví a mnohdy bylo v jejích odpovědích znát, že s klienty téměř nekomunikuje. Odpovědi všech sester jsou pro názornost zobrazeny ve schématu 14.



Schéma 14: Role sester v zajišťování zdravotní gramotnosti, podkategorie „Iniciativa sester“

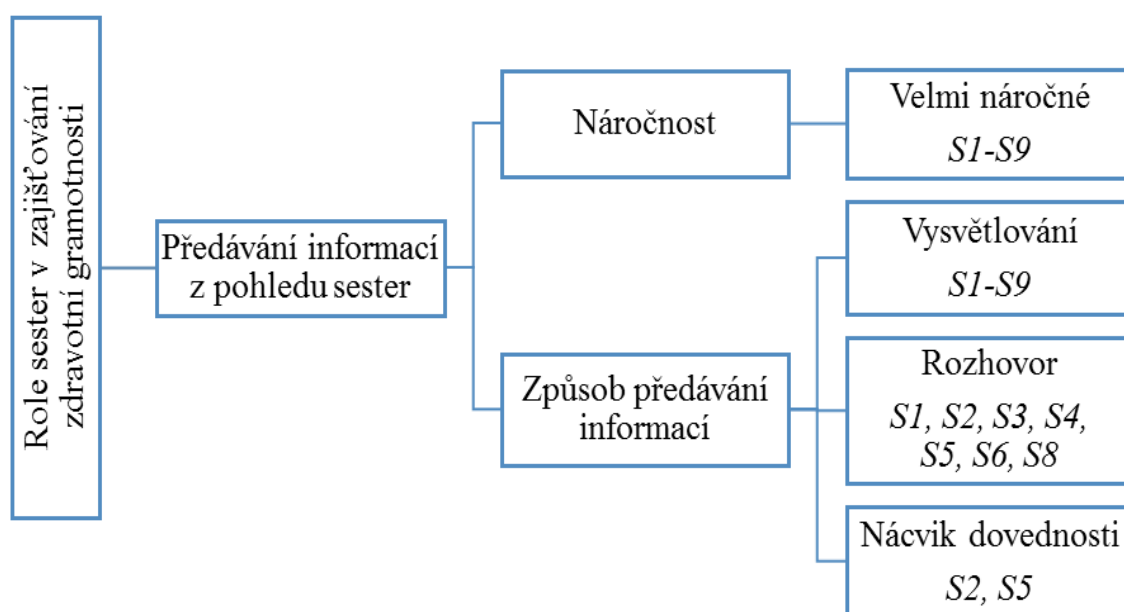


Zdroj: vlastní výzkum, 2018

Poslední zvolenou subkategorii je předávání informací seniorům z pohledu sester. Zde byly sledovány veškeré názory a připomínky sester na předávání informací a zhodnoceny způsoby předávání informací seniorům z pohledu sester. Kromě toho, že se sestry shodují v názoru na důležitost role sestry informátorky, se také shodují v názorech na náročnost předávání informací. To uvádí i S9, jejíž odpovědi objektivně působí tak, že příliš často klientům informace nepředává: „*Je to hodně náročné hlavně časově, nemůžete u každého strávit hodinu, abyste mu vysvětlila všechno, co by měl vědět, co by měl a neměl dělat, co se má naučit nebo změnit.*“ Její názor potvrzuje i S5, ta ovšem nemá tak vyhraněný postoj k tomu, že by nemohla u klienta strávit více času: „*To víte, že je to náročné, naše klienty nemůžete jen tak odbít, oni tady nejsou jen na pár dní, žijí tu a my jsme tu kromě péče o ně i od toho jim předávat informace, protože nikdo jiný jim je nedá, nepoučí je, proč třeba dostali nové léky, nevysvětlí, proč mají takové problémy, které mají, jakou to má třeba souvislost s tím, co dělají. Nikdo jiný je nehlídá a nepřipomíná, aby dodržovali, co by měli. To je dost náročné na čas a je těžké někomu říct, že zrovna nemáte čas jim to vysvětlit. Nestačí jim odpověď, že to tak prostě je, potřebují vysvětlení a samozřejmě oprávněné, aby mohli sami rozhodnout o tom, zda*

to chtějí nebo ne. Nikdo je nemůže nutit dělat, co nechtějí, ani třeba užívat léky. Mají právo odmítnout, to je to rozhodování o sobě a o svém zdraví, ta zdravotní gramotnost. Samozřejmě s písemným podpisem, jako dneska všechno. Já osobně mám s mnohými bližší vztah, než je sestra-pacient, což je pro tuhle situaci ještě horší. Když opravdu nemám čas, tak jim musím říct, že přijdu později a všechno jim vysvětlím, to i za cenu, že by to mělo být po pracovní době.“ Informování klientů domova pro seniory je podle všech respondentů velmi náročné především časově. Souhlasně sestry odpovídaly i v otázkách způsobu předávání informací. To probíhá od všech sester převážně formou vysvětlování a rozhovoru, některé uváděly ještě názorné předvádění, to souhlasí i s odpověďmi respondentů ze skupiny seniorů v první části výzkumu. Výsledky z této podkategorie jsou shrnuty ve schématu 15.

Schéma 15: Role sester v zajišťování zdravotní gramotnosti, podkategorie „Předávání informací z pohledu sester“



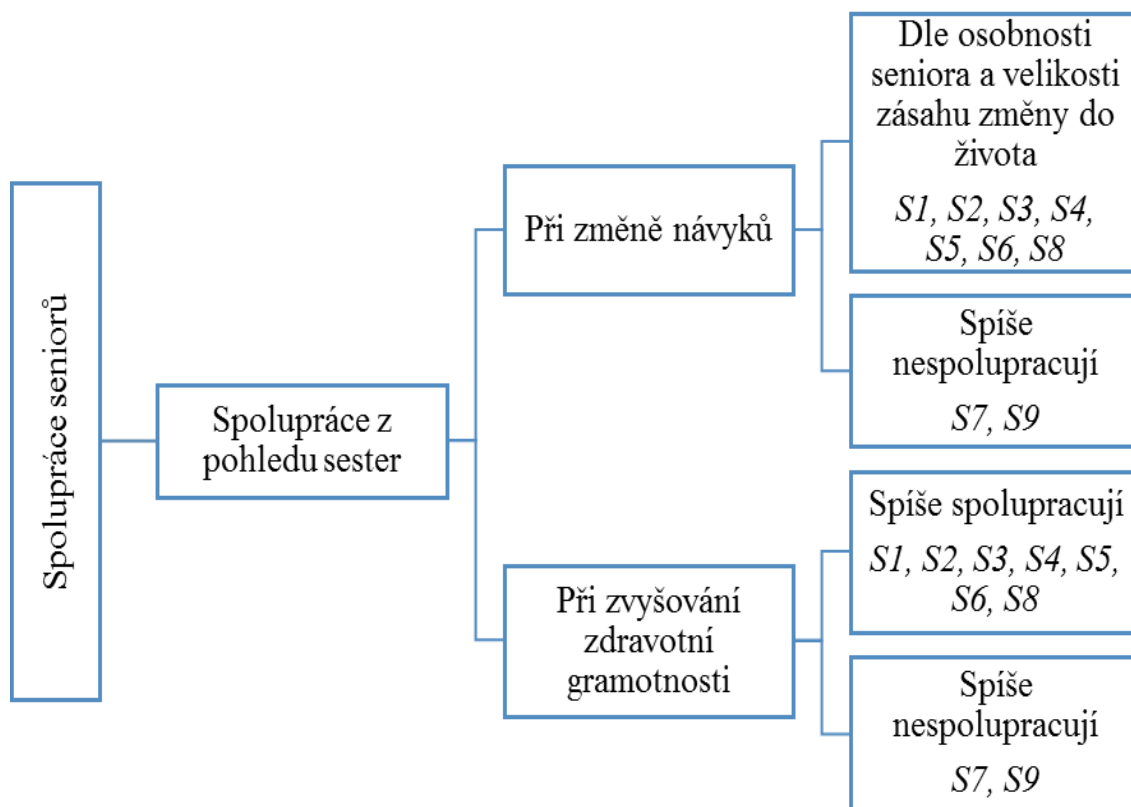
Zdroj: vlastní výzkum, 2018

### 5.2.5 Kategorie „Spolupráce seniorů“

Poslední kategorie se zabývá spoluprací seniorů z pohledu sester a je v ní hodnocen veškerý zájem seniorů a jejich spolupráce, jak na podílení se na zvyšování jejich zdravotní gramotnosti, tak například při dodržování léčebného režimu či změnách návyků. Na otázky týkající se spolupráce se respondentům odpovídalo obtížně, většina sester se shodla spíše v tom, že každý senior je jiný, proto i každý jinak spolupracuje.

To potvrzuje S2 při odpovědi na otázku, jak se klienti staví k nějaké potřebné změně v jejich životním stylu: „*Panuje tu mezi námi spíše taková přátelská atmosféra, nehrajeme si na edukátory a ty, co musí poslouchat a změnit svoje návyky. Prostě lidem řekneme, jaká nastala situace, co by měli změnit a co jim taková změna přinese užitečného a co se může stát, když svoje návyky nezmění. No, a když se rozhodnou, že i přesto tu změnu neudělají, tak je za to nikdo neukamenuje, jen nám to musí podepsat, ale je to čistě jejich rozhodnutí, my se jen můžeme snažit podat jim tolik informací, aby to sami chtěli změnit. To tedy platí v případě, když to není nějaké akutní, to pak řešíme nekompromisně s lékařem. Těžko takhle říct, jak se klienti k těm změnám staví, každý je jiný a taky podle toho, o jakou změnu jde. Například změna diety většinou nebývá problém, ale třeba závislého kuřáka tu kouřit neodnaučíme, i když má nádor plic v posledním stádiu. Dokud prostě nebude sám chtít přestat a má na to chuť i v žalostném stavu, tak na tu cigaretu má právo, ať s tím nesouhlasíme, jak chceme.*“ Kromě toho, že je každý člověk jiný, tak záleží i na tom, o jakou změnu se jedná a jak velký zásah do seniorova života určitá změna přinese. Většina sester se shodla, že s menšími změnami senioři nemají problém a dají na jejich rady, ale své zlozvyky a činnosti, které nějak dělají celý život, již v tomto věku změnit nechtějí. Oproti tomu klienti poměrně dobře spolupracují při zvyšování jejich zdravotní gramotnosti. „*Mají problém změnit svůj životní styl, to je docela pochopitelné, že na stáří nemají potřebu něco měnit, přistupují k tomu tak, že teď už nemá smysl něco měnit a raději si dopřejí, co mají rádi a na co jsou zvyklí. Ale zajímavé je, že o informace zájem mají. I když svoje návyky nezmění, tak si to celé vyslechnou, protože je zajímaví ty souvislosti, proč a jak,*“ řekl S3 a poté s úsměvem doplnil: „*Nebo jsou prostě rádi, že si s nimi někdo popovídá na jakémkoliv téma.*“ V jiném domově to vidí podobně i S8: „*Při zvyšování zdravotní gramotnosti spolupracují až překvapivě dobře skoro všichni. To bude asi tím, že si rádi poklábojí a taky že mají dobrý pocit, když o sobě můžou rozhodovat a ne, že jim někdo nakáže dietu, kterou nechtějí.*“ Informace o spolupráci seniorů z pohledu sester jsou znázorněny ve schématu 16.

Schéma 16: Spolupráce seniorů, podkategorie „Spolupráce seniorů z pohledu sester“

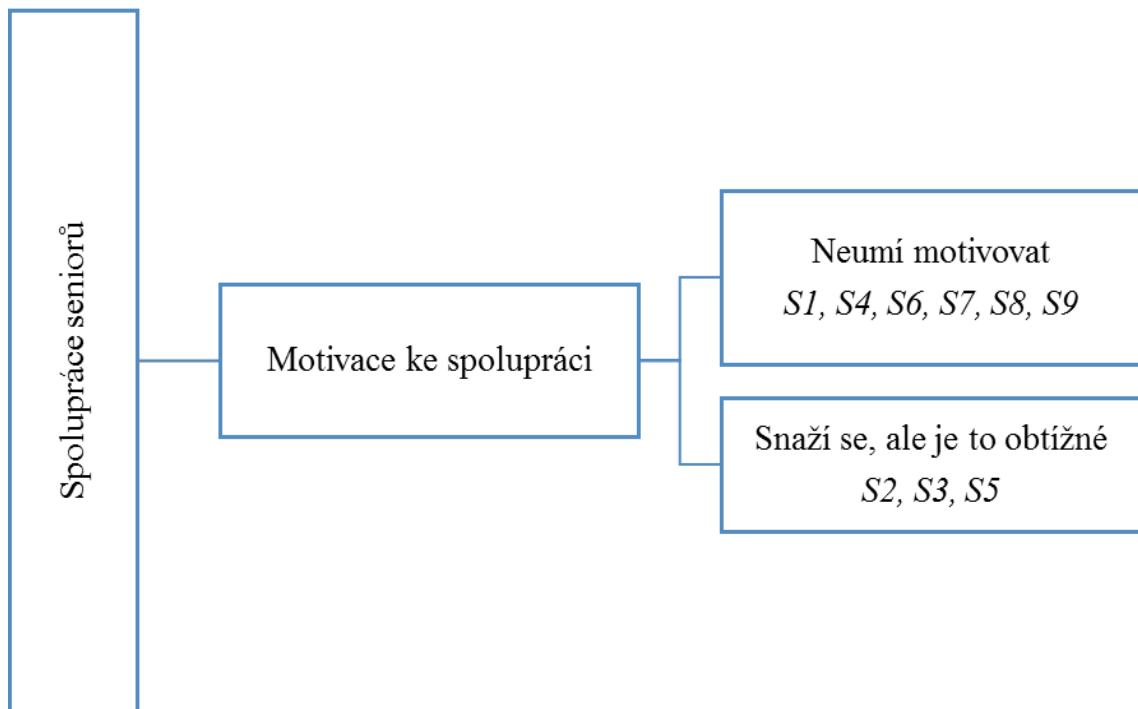


Zdroj: vlastní výzkum, 2018

K této kategorii byla ještě doplněna subkategorie motivace seniorů ke spolupráci při zvyšování zdravotní gramotnosti a při změně životního stylu. Odpovědi na otázky týkající se motivace korelují s odpověďmi týkajícími se spolupráce seniorů. Převážně mají sestry názor, že pokud senior nechce, nelze ho nutit a žádná motivace ho nepřesvědčí. Příkladem je odpověď S7: „No nevím, asi je nijak moc nemotivuju. Prostě jim vysvětlím, co potřebují vědět, i jim pohrozím, co všechno může nastat, když nebudou dodržovat léčebný režim, ale těžko je lze motivovat, když je většina seniorů názoru, že už nemá cenu něco ve svém životě měnit.“ Rovněž S2 sdělila při odpovědi na otázku týkající se motivace klientů k udržování fyzické zdatnosti, že motivace seniorů je obtížná: „Já se opravdu moc snažím je motivovat k pohybu, ale je to na nich. Záleží na tom, jestli se ten člověk chce udržovat nebo už to vzdal, je to prostě psychika. Nějaké klienty, kteří už moc nechtějí chodit, a mám s nimi trochu bližší vztah, že si to k nim můžu dovolit, motivuju tím, že když třeba projdou třikrát denně chodbu, tak si pak s nimi zajdu popovídat nebo jim přinesu něco, co mají rádi. Nebo když jedna klientka nechce cvičit s fyzioterapeutkou, tak jí motivuju tím, že až rozcvičí ruce, bude si zase

*moc sama otevřít pivo, které ráda pije. Jsou to maličkosti, ale u některých lidí to aspoň někdy funguje, a když ne, tak se tomu přinejmenším společně zasmějeme. U těch tvrdohlavých seniorů vám nepomůže nic, ani žádná forma odměny, vysvětlování, přemlouvání, prostě nic, je to těžká práce.“* Odpovědi všech sester jsou shrnuty ve schématu 17.

*Schéma 17: Spolupráce seniorů, podkategorie „Motivace ke spolupráci“*



*Zdroj: vlastní výzkum, 2018*

## 6 Diskuze

Hlavním záměrem diplomové práce bylo zjistit úroveň zdravotní gramotnosti seniorů žijících v domovech pro seniory a popsat roli sestry v zajišťování zdravotní gramotnosti u klientů domova pro seniory. Zdravotní gramotnost začalo být v posledních letech celosvětově velmi diskutované a řešené téma, navzdory tomu bylo obtížné najít dostatek české odborné literatury zabývající se touto problematikou, proto byla ke zpracování práce využívána také zahraniční odborná literatura, studie a internetové zdroje. Důvodem, proč se i nadále zdravotní gramotností zabývat, jsou především důsledky její nízké úrovně jako vyšší nemocnost a úmrtnost, které vedou k ekonomickým ztrátám (Wali et al., 2016), a tím v konečném důsledku devastují zdravotnický systém (MZ ČR, 2015). Cílovou skupinu seniorů jsme vybrali, protože patří mezi sociální skupiny nejvíce ohrožených nízkou zdravotní gramotností (Eriksson et al., 2012). Ačkoliv v zahraničí se i zdravotní gramotnosti seniorů poměrně hodně zabývají a různí autoři publikují výzkumy zaměřené na tuto problematiku, například Cho et al. (2008), Lee et al. (2009) nebo Kim et al. (2016), česká společnost věnuje, jak ve výzkumné oblasti, tak v realizaci zvyšování zdravotní gramotnosti, pozornost spíše dětem, mládeži a dospělým, pouze v malé míře seniorům, avšak ne těm žijícím v pobytových zařízeních poskytující sociální služby, přestože v těchto institucích pobývá přibližně 6 % seniorů (Holmerová, 2014). Proto, a také vzhledem k blízkosti tématu, bylo zvoleno zaměření diplomové práce právě na seniory žijící v domovech pro seniory.

První výzkumná otázka týkající se úrovně zdravotní gramotnosti seniorů byla široce zodpovězena výsledky uspořádanými do čtyř kategorií. Pro konečné zhodnocení je nutné rozlišovat, o jakou oblast zdravotní gramotnosti se jedná, protože znalosti a chování se dle nich úzce souvisí s tím, jakou důležitost senioři jednotlivým oblastem přikládají.

Zdravotní gramotnost lze rozdělit do tří hlavních dimenzí, oblasti podpory zdraví, prevence nemocí a zdravotní péče (Kickbusch et al., 2013). Z okruhu otázek zaměřených na znalosti, důležitost a dodržování zdravé životosprávy vyplynulo, že všichni senioři mají představu o tom, co je zdravý životní styl a jaké jsou jeho zásady. Tři senioři to nedokázali sdělit svými slovy, ale z celých rozhovorů bylo patrné, že o životním stylu mají základní povědomí. Téměř nikdo si ale neuvědomoval souvislosti,

proč žít zdravě, neznal konkrétní vliv způsobu života na lidské tělo, jeho přínos a důsledky. To dokázali vysvětlit pouze dva respondenti, kteří se však o tuto problematiku sami aktivně zajímají. Dle Kukačky (2009) je životní styl determinantou, která z velké části ovlivňuje tělesné i psychické zdraví. Jedním z prostředků posilování zdraví a prevence nejčastějších onemocnění seniorského věku pomocí zdravé životosprávy je pohyb (MZ ČR, 2014). Jeho konkrétní vliv na zdraví spočívá ve zvyšování průtoku krve cévami, čímž jsou všechny tkáně lépe zásobeny kyslíkem, a tak je zlepšována funkce kardiovaskulárního systému (WHO, 2015). Dále je pohybem udržován poměr mezi tuky a svaly v těle, svalová hmota neatrofuje, je zachována kloubní pohyblivost (Suchá et al., 2013). Přesně tyto vlivy pohybu na zdraví zmínili ve svých odpovědích K2 a K9, to pravděpodobně proto, že byli jedinými respondenty, kteří se o mobilitu sami aktivně zajímají a vyhledávají informace týkající se zdravého životního stylu například v televizních pořadech či časopisech. Negativní dopad nízké pohybové aktivity spočívá v poklesu fyzické zdatnosti, čímž se senior postupně dostává do bludného kruhu pasivního způsobu života, kdy kvůli nevykonnosti čím dál více omezuje další pohyb (Čeledová et al., 2016). Tento problém si uvědomuje pouze K9, který se snaží udržovat svou zdatnost. Také s vysvětlením vlivu výživy na zdraví člověka měli senioři problém. Přibližně polovina seniorů se shodla na tom, že by měli přijímat více vitaminů, někteří uvedli také bílkoviny, a naopak se vyvarovat tučných a smažených pokrmů, ale opět pouze K2 a K9 se vyjádřili k důvodům takového stravování. „*Nejsou to jen vitaminy, jde i o to, co člověk nejí, třeba smažené a tučné potraviny, to pak máme i tučnou krev a usazuje se to na srdci,*“ řekl laicky K9. To potvrzuje Čeledová et al. (2016), kteří uvádí, že nepestré a jednostranné stravování se levnými, tučnými a sladkými potravinami způsobuje rozvoj hyperlipidémie, hypertenze a dalších rizik. Nejčastějším problémem ve výživě seniorů je vznik malnutrice z důvodu omezeného příjmu bílkovin, hladovění či nechutenství, potíží se žvýkáním nebo sníženému pocitu hladu (Čeledová et al., 2016). Riziko vzniku podvýživy si senioři neuvědomovali, ačkoliv většina uvedla, že už nemají chuť k jídlu a jí velmi malé porce a nepestrou stravu. V otázce, kolik tekutin si myslí, že by měli senioři vypít, byli respondenti převážně názoru, že pravděpodobně není nutné pít tolik tekutin jako v mladším věku. S tím nesouhlasí Floriánková (2014), která informuje, že potřeba tekutin ve stáří se výrazně nemění a příjem tekutin by měl činit přibližně 1,5 litru tekutin denně. Myslíme si, že mylný názor seniorů vyplývá z toho, že senioři mají snížený pocit žízně,

a tak předpokládají, že jim stačí přijímat méně tekutin. Všichni senioři kromě K9 byli velmi skeptičtí k důležitosti dodržování zásad zdravého životního stylu v jejich věku. Mohlo by to souviset s jejich omezenými znalostmi o vlivu životosprávy na zdraví, ale i ti, kteří tyto znalosti měli, velmi bagatelizovali význam dodržování u jedinců staršího věku. Demonstruje to odpověď K2: „*U nás už tohle nemá smysl, teď už právě můžeme dělat, co chceme, jíst a pít, jak se nám zlíbí a když už v tom životě na nic nemáme chuť a nechceme dělat nic, tak nás nemůžete nutit*“. S tím nesouhlasí Čevela et al. (2014), který uvádí, že styl života ve stáří je kromě předcházení nemocem také sekundární prevencí nemocí přenesených ze středního věku. Také Floriánková (2014) je stejného názoru, dle ní vhodně zvolený životní styl napomáhá zachování přijatelné pohyblivosti a fyzické i psychické kondici.

Zajímavé je, že znalosti ani přisuzování důležitosti zdravého životního stylu u seniorů úplně nekorelují s odpověďmi týkající se dodržování jeho zásad. Někteří senioři, kteří si uvědomovali zásady zdravého způsobu života, sdělili, že žádné nedodržují, a naopak příjemně překvapili dva senioři, kteří příliš problematice zdravého životního stylu nerozuměli, ale dle jejich odpovědí žijí poměrně zdravým způsobem života, aniž by si to sami uvědomovali. Většina respondentů se však shodla na tom, že zdravým způsobem života nežijí, pohybují se tak, jak je to nutné a jsou spíše pasivními příjemci stravy a tekutin, které dostanou v domově pro seniory a nezajímají se o jejich správnost, proto ani nic jiného nevyžadují. Jediné, na čem se všichni respondenti shodli, byl negativní postoj k rizikovému chování, nikdo nevedl, že kouří či nadužívá alkohol, respektive ti, co se v minulosti rizikově chovali, v současné době už ne.

Naprosto jiné výsledky byly zjištěny v péči o prostředí, o které měli všichni senioři lepší znalosti a přisuzovali jí velký význam. Sociální prostředí člověka utváří stát, společenské povědomí, firmy a instituce, obce a v úzkém pojetí rodina a přátelé (Čeledová et al., 2016). Být součástí veřejného prostředí znamená zúčastňovat se společenských aktivit, provádět zájmové činnosti, chodit volit, využívat seniorské slevy a podobně. Péče o prostředí tedy zahrnuje udržování sociálních kontaktů, využívání svých práv a výhod, zájem o své občanské povinnosti. Co se týče fyzického prostředí, v něm by se měl jedinec zajímat především o jeho bezpečnost, úklid a údržbu (Janovská et al., 2016). Z odpovědí seniorů je patrné, že pro všechny respondenty má společenské, veřejné prostředí a také bezpečnost a čistota prostředí velký význam a vzhledem k tomu také o své prostředí náležitě pečují. Sociální kontakty si z velké části zajišťují senioři



sami, především stýkání s rodinou a ostatními obyvateli domova pro seniory, ale také využívají pomoci personálu, který s nimi komunikuje individuálně i při skupinových činnostech. Kromě toho jsou ve všech domovech, kde byl prováděn výzkum, časté i větší akce jako sváteční posezení, hudební představení, přednášky, povídaní s hosty a mnoho dalších. Je nutné podotknout, že všichni oslovení respondenti jsou společenší, vyhledávají sociální interakci a jako jeden z důvodů, proč žijí v domově pro seniory uvádí právě zajištění kontaktu se sociálním a veřejným prostředím. Proto předpokládáme, že by se tyto informace mohly lišit v případě, kdyby byl rozhovor proveden s introvertním seniorem.

Po zhodnocení dimenze podpory zdraví lze konstatovat, že senioři mají povědomí o zdravé životosprávě, ale podceňují její význam na zdraví člověka v seniorském věku. To by mohlo souviset s tím, že si neuvědomují přímou souvislost mezi způsobem života a zdravím, respektive nemocí. Ačkoliv někteří respondenti sami v průběhu rozhovoru poznamenali nějaké potíže, kvůli kterým nemohou jíst nějaké potraviny, nebo uvedli důvody, proč si musí udržovat pohyblivost, nedokážou tyto argumenty chápat samostatně jako důvody k dodržování zásad zdravého životního stylu a propojit příklady svých potíží s vlivy způsobu životního stylu na zdraví. Zdravotní gramotnost seniorů v oblasti životního stylu je celkově uspokojivá, ale výsledky poukazují na to, že by měli být senioři více edukováni o působení životního stylu na lidské tělo. Na rozdíl od toho zdravotní gramotnost seniorů v péči o prostředí lze hodnotit jako přijatelnou a dostatečnou.

V oblasti prevence byly otázky výzkumného rozhovoru zaměřené na znalosti seniorů a poté přímo na jejich preventivní chování. Pod pojmem prevence si všichni senioři představili dodržování zdravého životního stylu, k tomu je pravděpodobně vedl předešlý dialog o této problematice, proto bylo požadováno, aby zkusili svou odpověď formulovat jinak. S tím si poradili pouze dva senioři, ale přihlédneme-li na celé rozhovory týkající se oblasti prevence, lze soudit, že všichni významu slova prevence rozuměli. Čeledová a Čevela (2010) vysvětlují, že se prevence dělí na primární, sekundární a terciární. Primární prevence znamená zajišťování životních podmínek při předcházení konkrétním onemocněním, přitom jsou důležité činnosti výchovy ke zdraví a veřejného zdravotnictví, které se zabývá ochranou životního a pracovního prostředí, výživou, hygienou, epidemiologií a očkováním (Čeledová, Čevela, 2010). Sekundární prevencí lze zabránit progresi chorob a komplikacím, kdy jsou efektivním nástrojem

preventivní prohlídky a terciární prevencí lze stabilizovat zhoršování zdravotního stavu při vzniklém chronickém onemocnění, to lze především rehabilitací (Nováková, 2011). S výjimkou jednoho respondenta si byli všichni vědomí zvýšené náchylnosti seniorů k nemocem a k progresi již vzniklých chorob. Také dokázali vyjmenovat alespoň nějaké zásady preventivního chování, ale při podrobnějším zkoumání bylo zjištěno, že ve znalostech ani dodržování prevence nejsou až tak svědomití. Senioři byli konkrétně dotazováni na hygienické návyky, očkování, preventivní prohlídky a také bezpečnost prostředí v rámci prevence pádů. Zdravotně gramotní senioři by měli dodržovat osobní hygienické návyky jako každodenní péči o čistotu těla, oděvu a obuvi, mytí rukou před stravováním, po příchodu domů nebo po použití toalety (Janovská et al., 2016). Všichni z dotazovaných seniorů sdělili, že hygienické návyky dodržují, ale když je měli vyjmenovat, žádný neuvedl základní hygienický návyk jako mytí rukou, vzpomněli si pouze na mytí těla, čištění zubů či zubní protézy a stříhání nehtů, ovšem se všemi těmito činnostmi jim aktivně pomáhá personál. Značné nedostatky jsme zjistili ve vědomostech o očkování a preventivních prohlídkách. Stejně jako K10 uvedl: „*Něco mi tu očkovali, když jsem sem před rokem přišla. Říkali, že to musím mít, když tu bydlím, tak to asi bylo důležité,*“ odpovídali i ostatní respondenti s výjimkou K9, který věděl, že byl po dobu pobytu v domově pro seniory očkovaný proti pneumokokovým infekcím. Dle všech odpovědí je pravděpodobné, že se o očkování proti pneumokokovým nákazám, které je pro seniory žijící v domově pro seniory povinné (Vyhláška č. 355/2017 Sb.), jednalo ve všech případech, avšak vzhledem k nepřesným odpovědím nelze posoudit, zda podstoupili i nějaké jiné povinné či nepovinné očkování. Jisté je, že si senioři tuto problematiku sami nehlídají a iniciativu přenechávají zdravotnickému personálu. Myslíme si však, že před aplikováním očkovací látky byli senioři sestrou řádně poučeni, protože si pamatovali, že se jich sestra ptala, jestli očkování chtějí a podepisovali informovaný souhlas. Na rozdíl od toho nevědomost, jak často a jakým způsobem by měly probíhat preventivní prohlídky lékařem, pramení zřejmě z toho, že dle odpovědí seniorů se u nich v domově žádné preventivní prohlídky nedělají. To soudíme z toho, že pouze čtyři senioři, kteří žijí ve stejném domově a kde dle jejich slov prohlídky probíhají, měli o preventivních prohlídkách přehled, dokázali říct, jak často a jakým způsobem probíhají. Dobré znalosti měli senioři o zásadách bezpečného prostředí. Podle všeho je to proto, že vyhledávají bezpečí a obávají se pádů, také jsou personálem opakovaně upozorňováni na možná nebezpečí a jsou edukováni, jak se mají bezpečně

pohybovat. Samotné zajištění bezpečného prostředí však senioři zpravidla ponechávají personálu. To pravděpodobně proto, že činnosti pro zajištění bezpečnosti vykonávají pracovníci domova automaticky v rámci své náplně práce, do které patří i předcházení pádům a úrazům klientů a jejich edukování o prevenci pádů. Po shrnutí všech odpovědí z oblasti prevence lze říci, že senioři mají s výjimkou bezpečnosti poměrně nedostatečné znalosti a bylo by vhodné je i v této problematice více informovat. V edukování bychom se měli zaměřit především na důvody a náplň preventivních prohlídek, na které mají všichni jedinci nárok, a proto je mohou aktivně vyžadovat, a na přehled povinných a nepovinných očkování. Myslíme si, že by seniorům prospělo i připomenutí osobních hygienických návyků.

Poslední okruh otázek zaměřený přímo na zdravotní gramotnost seniorů se týkal zdravotní péče. Janovská et al. (2016) informují, že zdravotně gramotný jedinec by měl mít znalosti o svém zdravotním stavu, měl by dodržovat léčebný režim a umět vyhledat odbornou pomoc v případě zhoršení zdravotního stavu. Zjistili jsme, že senioři mají poměrně dobrý přehled o svých chorobách, ačkoliv jednodušší pro ně bylo spíše popisovat symptomy než pojmenovat chorobu, to zřejmě proto, že symptomy jsou to, co sami zažívají a trápí je. Naprostá neznalost však byla odhalena v příčinách a možných komplikacích jejich nemocí. To opět potvrzuje, že senioři nemají dostatek znalostí k tomu, aby si dokázali propojit souvislosti stejně jako tento problém mají v uvědomění si vlivu stylu života na zdraví. Dle odpovědí odhadujeme, že zdravotnický personál respondentům po určení jejich diagnózy nějaké informace předával, ale oni si je spíše nepamatují nebo se jim nedostalo dostatek informací k tomu, aby si dokázali v kontextu uvědomit jejich důsledky. Lepší znalosti měli respondenti o léčebném režimu, který by měli dodržovat, převážně uváděli dietní omezení, užívání léků a pohyb či cvičení. Bohužel ačkoliv tyto znalosti mají, většina přiznala, že léčebný režim spíše nedodrží s výjimkou užívání léků. V návaznosti na léčebný režim se další otázka týkala lékové terapie. Červený a Topinková (2014) uvádí, že čeští senioři užívají přibližně šest léků denně. To potvrdili i všichni respondenti, kteří uváděli počet užívaných léků pět až deset za den. Všichni dokázali popsat, na jaké potíže většinu léků užívají, někteří k popisu využívali místo názvu léků jejich vzhled, ale velkým problémem pro seniory byla otázka týkající se vedlejších účinků jejich užívaných léků. Merel et al. (2017) popisují, že vedlejší účinky způsobují zejména statiny, inhibitory protonové pumpy, antibiotika, warfarin, blokátory kalciového kanálu, zolpidem a nesteroidní

antirevmatika, přitom právě tyto léky senioři často užívají. Nikdo z dotazovaných nevěděl ani jeden nežádoucí účinek, a dokonce si ani neuvědomovali, že by léky mohly mít nějaké vedlejší účinky nebo že existují lékové interakce. Z toho vyplývá, že opět přenechávají iniciativu zdravotnickému personálu, který by podle nich měl posoudit vhodnost užívání léku a dle jejich slov veškeré své zdravotní problémy svěřují sestřám, které by měly poznat, kdyby mohly být jejich potíže projevem vedlejšího účinku užívaného léku. Respondenti si ale neuvědomují, že jedinci staršího věku bývají polymorbidní, a proto je posouzení vedlejších účinků u nich velmi obtížné nejen pro sestru, ale dokonce i pro lékaře. Přijatelně senioři odpovídali na to, co by udělali v případě zhoršení zdravotního stavu, ať už jejich nebo někoho v okolí. Nebyl po nich vyžadován popis první pomoci, pouze jejich reakce na takovou situaci. Všichni se shodli, že by ihned přivolali sestru buď pomocí signalizačního zařízení nebo voláním o pomoc. Zhodnocení zdravotní gramotnosti v dimenzi zdravotní péče je vzhledem k různosti odpovědí velmi obtížné. Nedostatečné vědomosti byly odhaleny především v příčinách a možných komplikacích chorob a ve vedlejších účincích užívaných léků, proto by se měl personál zaměřit na zvyšování informovanosti v této problematice. Vzhledem k odpovědím seniorů si myslíme, že tyto nedostatečné znalosti plynou z opakovaně zjišťovaného problému, a sice, že senioři žijící v domově pro seniory zpravidla přenechávají zodpovědnosti zdravotnickému personálu. Proto by bylo vhodné je více zapojovat do rozhodování o jejich osobě a zdravotním stavu a motivovat je ke spolupráci.

Poslední kategorie nebyla zaměřená přímo na zdravotní gramotnost seniorů, ale pro ucelený přehled bylo zkoumáno, jak jim je z jejich pohledu zajišťována zdravotní gramotnost sestrami v domově pro seniory. Názory seniorů se velmi rozcházel. Většina sice uvedla, že s nimi sestry dostatečně komunikují o jejich zdravotních potížích a ochotně jim vysvětlují vše, co se týká podpory zdraví nebo jejich zdravotního stavu, ale někteří jsou názoru, že s nimi takto komunikují pouze nějaké sestry. Někteří respondenti si dokonce stěžovali, že ačkoliv mají se sestrami dobrý vztah, zdravotní informace jim nejsou předávány vůbec. Nejen, že měl každý respondent trochu jiný názor na předávání informací, ale také je rozlišný jejich zájem o tyto informace. Někteří je nechtějí získávat vůbec, jiní je aktivně vyžadují a nejvíce seniorů odpovídalo, že o informace mají zájem, ale pokud jim je sestry samy nepředají, ostýchají se zeptat z důvodu, aby neobtěžovali. Oproti tomu se senioři shodovali na tom, že pokud jim jsou

informace předávány, bývá to formou vysvětlování nebo diskuze. Důvodem, že se seniori shodli na těchto metodách, je pravděpodobně skutečnost, že informace, které sestry v domově předávají jsou většinou opakované. Málokdy se setkají se situací, kdy musí klienta edukovat při nově vzniklé situaci jako například nově diagnostikovaná choroba, s tou se už vrací z hospitalizace či ambulancí, kde je edukují kvalifikované sestry, které mají v určité problematice odbornost a zkušenosti.

Druhá výzkumná otázka týkající se úlohy sester v zajišťování zdravotní gramotnosti seniorů žijících v domovech pro seniory byla zodpovězena výsledky získanými z rozhovoru se sestrami, ty byly uspořádány do tří kategorií.

Získání dobré úrovně zdravotní gramotnosti záleží především na vhodné komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem, pacient musí být informován srozumitelně a on sám musí mít o informace zájem (Al Sayah, 2014). Aby mohly sestry předávat zdravotní informace, musí mít samy dostatečnou zdravotní gramotnost, proto pro zmapování úlohy sester bylo vhodné nejdříve zhodnotit jejich znalosti a to, jaký význam přikládají zvyšování zdravotní gramotnosti seniorů. Znalosti sester se mírně odlišovaly, tři z nich se nikdy nesetkaly s pojmem zdravotní gramotnost, více jich však mělo poměrně dobré vědomosti a při detailnějším porovnání bylo zjištěno, že se jednalo spíše o mladší sestry. Shodný náhled však měly sestry na důležitost zdravotní gramotnosti u seniorů, podle všech by měli být seniori zdravotně gramotní a podílet se na péči o svou osobu a zdraví. To potvrzuje, že sestry mají zájem, aby byli seniori zdravotně gramotní a spolurozhodovali o svém zdraví.

Další kategorie byla zaměřená na roli sester v zajištění zdravotní gramotnosti, která tak přímo odpověděla na druhou výzkumnou otázku. Všeobecné sestry se shodly, že jejich role v zajišťování zdravotní gramotnosti v domově pro seniory je podstatná a důležitější než role lékaře. Tento názor pramení zřejmě z toho, že lékař v domově pro seniory není přítomný každý den a předávání informací od sester mnohdy i přesahuje jejich kompetence. Všechny sestry také uváděly, že předávání informací a samotná práce se seniory je velmi náročná. S tím souhlasí i Malíková (2011), která uvádí, že sestry v domovech pro seniory zajišťují preventivní, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péči. Kromě odborných ošetrovatelských úkonů musí sestry neustále hodnotit potřeby seniorů a jejich úroveň soběstačnosti, řešit ošetrovatelské problémy a rizika, o všech klientech musí vést podrobnou ošetrovatelskou dokumentaci a vykonávat mnoho dalších nejen ošetrovatelských úkonů

a při všech těchto činnostech je na ní kladen nárok uplatňovat holistický přístup, se seniory náležitě komunikovat a předávat jim dostatečné zdravotní informace (Malíková, 2011). Z toho všeho lze soudit, že na předávání informací mají sestry velmi málo času. Myslíme si, že kromě časové náročnosti je zvyšování zdravotní gramotnosti pro sestry náročné i psychicky, jestliže senioři nemají o informace zájem. V takovém případě role sestry informátorky nespočívá jen v předávání informací, ale také ve schopnosti motivovat k naslouchání a spolupráci. Sestry se shodovaly na tom, že každý senior je jiný a také jinak spolupracuje, ať už se jedná o spolupráci ve zvyšování zdravotní gramotnosti nebo přímo ve změně nějakých návyků. Dle jejich názoru, pokud senior nechce, nelze ho nutit a žádná motivace ho nepřesvědčí. Podle nich však mají senioři obecně o zvyšování zdravotní gramotnosti zájem. Většina z kognitivně intaktních seniorů se ptá na některé náležitosti týkající se jejich zdravotního stavu, užívaných léků nebo léčebného režimu. Zahrneme-li však do této problematiky i odpovědi seniorů z první části výzkumného šetření, můžeme tvrdit, že tyto dotazy nevyužívají senioři pouze k nabytí vědomostí, ale především jako příležitost k navázání sociálního kontaktu. Také pro doplnění posouzení důležitosti role sestry ve zvyšování zdravotní gramotnosti lze využít informace získané od respondentů ze skupiny seniorů. Ti potvrzují názory sester na jejich důležitou úlohu. Během rozhovoru se senioři shodovali, že sestry jsou jediným pracovníkem v domově pro seniory, který rozumí zdravotním informacím a od kterého se takové informace dozívají. Po zhodnocení celých rozhovorů se sestrami lze říci, že úloha sester v zajišťování zdravotní gramotnosti seniorů v domovech pro seniory je důležitá a nenahraditelná.

Pomocí hloubkových rozhovorů se podařilo posoudit úroveň zdravotní gramotnosti obyvatel žijících v domovech pro seniory. Jednotné zhodnocení zdravotní gramotnosti je obtížné vzhledem k tomu, že je rozdělována do tří dimenzí, v nichž mají senioři různé znalosti, ovšem z celého výzkumu lze prokázat, že senioři v domovech pro seniory mají značně omezenou zdravotní gramotnost z důvodu, že v mnoha oblastech přenechávají iniciativu na zdravotnickém personálu, kterému plně důvěřují, že jim sdělí, když bude něco pro jejich zdraví nevhodné. Proto je nutné zaměřit se na to, aby byla seniorům aktivně zvyšována zdravotní gramotnost a převzali tak zodpovědnost za své zdraví a byli schopni o svém zdraví rozhodovat. Dle výsledků výzkumu je edukování potřebné především v působení životního stylu na lidské tělo, preventivním chování, příčinách a možných komplikacích chorob a ve vedlejších účincích užívaných léků. Role sestry ve

zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel domova pro seniory je velmi důležitá a jedinečná, ale velmi časově a psychicky náročná, proto vždy nedosahuje takové kvality, jakou by samy sestry chtěly.

## 7 Závěr

V diplomové práci jsme si kladli za cíl zjistit zdravotní gramotnost seniorů v domovech pro seniory a zmapovat úlohu sester v zajišťování zdravotní gramotnosti seniorů v domovech pro seniory.

Jak již bylo zmíněno výše, zhodnocení celkové zdravotní gramotnosti seniorů je obtížné, protože v každé ze tří okruhů zdravotní gramotnosti měli respondenti jinou úroveň znalostí a dovedností. Zhodnotíme-li výsledky výzkumného šetření dohromady, lze konstatovat, že pouze v některých oblastech mají senioři přijatelné znalosti, ale jejich celková úroveň zdravotní gramotnosti je spíše nedostatečná. Nejhorší výsledky byly zjištěny ve znalostech působení životního stylu na zdraví člověka, v preventivním chování, ve znalostech příčin a komplikací chronických onemocnění a vedlejších účinků užívaných léků.

Vzhledem k tomu, že jsou senioři žijící v domovech pro seniory pod stálým dohledem všeobecných sester a pracovníků v sociálních službách, má většina z nich názor, že personál je za ně zodpovědný, proto mu přenechávají veškerou iniciativu v rozhodování o jejich zdravotním stavu, a ačkoliv mají o zdravotní informace zájem, v mnoha případech se na ně aktivně neptají z důvodu, že nechtějí zdravotnický personál obtěžovat. Ti, kteří informace vyžadují, spíše vyhledávají příležitost ke komunikaci, ne za účelem zjištění nových informací, podle kterých se budou posléze náležitě chovat.

Většina respondentů přiznala, že má s některými sestrami bližší vztah, než je pouhý vztah sestry a pacienta, a navštěvují je i mimo pracovní dobu. Ačkoliv takový přístup sester není profesionální, je pochopitelné, že v prostředí domova pro seniory takové vztahy mezi sestrami a klienty vznikají, a naopak by jejich vzájemná důvěra mohla být využita právě při zvyšování zdravotní gramotnosti a při podporování seniorů v dodržování zásad zdravého životního stylu a preventivního chování. Problém však nastává v náročnosti zvyšování zdravotní gramotnosti, která byla zjištěna v druhé části výzkumného šetření.

Zjistili jsme, že role sester pracujících v domovech pro seniory je ve zvyšování zdravotní gramotnosti klientů velmi důležitá až nenahraditelná. Bohužel je už takto jejich práce velmi časově a psychicky náročná a vzhledem k nedostatečnému počtu sester z důvodu jejich vyšších mzdových nákladů, než na pracovníky v sociálních službách, jim nezbyvá v pracovní době čas na dostatečnou komunikaci a předávání



informací seniorům. Dle odpovědí sester bývá často na denní směně pouze jedna sestra, která musí zajistit ošetrovatelskou péči u přibližně šedesáti klientů, z nichž je minimálně polovina závislá či zcela závislá, a kromě odborných ošetrovatelských úkonů sestry hodnotí a zajišťují potřeby seniorů, řeší ošetrovatelské problémy, ale i náhlá zhoršení zdravotního stavu, vedou podrobnou dokumentaci a musí se rozhodovat samostatně bez přítomnosti lékaře. Avšak většina sester, s kterými byl proveden výzkumný rozhovor, se i přes časovou náročnost snaží zvyšovat zdravotní gramotnost klientů.

Výsledky diplomové práce považujeme za přínosné, protože bylo zmapováno, v jakých oblastech mají senioři nedostatečné znalosti, na které se lze následně zaměřit. Zároveň byl nalezen problém v náročnosti povolání sestry v domově pro seniory, který souvisí s nemožností předávání dostatečných zdravotních informací. Bylo by vhodné zajistit sestřím možnost vykonávat tuto činnost například posílením zdravotnického personálu v domovech pro seniory nebo zajištěním prostoru pro přednášky či diskuze zvyšující zdravotní gramotnost seniorů, které by probíhaly v rámci aktivizačních činností v domově.

Na konci rozhovorů byli respondenti ze skupiny seniorů dotazováni, jaké zdravotní informace nejvíce postrádají a co by potřebovali vysvětlit. Na základě jejich odpovědí bylo v jednom z domovů pro seniory, kde probíhal výzkum, provedeno v rámci skupinového aktivizačního cvičení setkání se seniory, s kterými byla vedena diskuze na zdravotní téma vliv výživy na zdraví člověka. Seniorům byly nejprve formou přednášky sděleny základní informace o výživě ve starším věku, o vlivu výživy na lidské tělo a o důsledcích špatné výživy. Poté bylo se seniory na toto téma diskutováno, téměř všichni se aktivně zapojili a měli dotazy. Na konci sezení se senioři vyjádřili, že by jim takové předávání informací vyhovovalo. V jejich domově pro seniory je mnoho aktivizačních činností, ale žádná není zaměřená na jejich vzdělávání, ačkoliv by o takové informace měli zájem už jen kvůli zajímavosti.

Zásadním úkolem pro praxi je zaměření na zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel domovů pro seniory. Nabízí se především spolupráce s vedením domovů pro seniory pro seznámení s výsledky výzkumného šetření, a tím rozšíření povědomí o potřebě zvyšování zdravotní gramotnosti seniorů a náročnosti role sester. Dále by mohly být vytvořeny semináře pro sestry v sociálních službách, které by v rámci celoživotního vzdělávání nejdříve zvyšovaly svou zdravotní gramotnost, poté by byly seznámeny s nejdůležitějšími informacemi, které by měly předávat seniorům a součástí

by mohl být výcvik v edukaci a motivačních rozhovorech se seniory. Se samotnými seniory by mohly být uskutečněny přednášky či besedy na různá témata týkající se zdraví, která by si mohli sami zvolit. Pro šíření informovanosti o zdravotní gramotnosti obyvatel domovů pro seniory také předpokládáme, že po obhájení diplomové práce připravíme článek pro publikování v odborném časopise.

## 8 Seznam literatury

1. ABRHAM, T., 2013. Potřebnost zdravotnického personálu v pobytových zařízeních sociálních služeb. *Sociální služby: odborný časopis*. 15(8-9), 38. ISSN 1803-7348.
2. AD Centrum, 2015. *Krátké kognitivní testy (do 30 minut)* [online]. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/adcentrum/>
3. AL SAYAH, F. et al., 2014. Health Literacy and Nurses' Communication With Type 2 Diabetes Patients in Primary Care Settings. *Nursing Research*. 63(6), 408-417, doi: 10.1097/NNR.0000000000000055.
4. BASTABLE, S., 2007. *Nurse as Educator: principles of teaching and learning for nursing practice*. 2. issue. Sudbury: Jones Bartlett Learning. 667 p. ISBN 978-0-7637-4643-8.
5. BEAUCHAMP, A., SPARKES, L., 2014. Health literacy and nursing. *Australian nursing and midwifery journal*. 21(9), 49. ISSN 2202-7114.
6. BENDL, S., 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-4248-9.
7. BENEŠ, M., 2014. *Andragogika*. 2. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-4824-5.
8. BERKMAN, N. D., SHERIDAN, S. L., DONAHUE, K. E. et al., 2011. *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review* [online]. North Carolina: RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center [cit. 2017-12-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23126607>
9. BETZ, C. L. et al., 2008. Health literacy: a paediatric nursing concern. *Pediatric Nursing* [online]. [cit. 2017-12-11]. 34(3), 231–239. Dostupné z: [lurl.cz/JtTbJ](http://lurl.cz/JtTbJ)
10. BRŮHA, D., PROŠKOVÁ, E., 2011. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer ČR. 560 s. ISBN 978-80-7357-661-5.
11. BURGETOVÁ, M., PINKAVOVÁ, H., 2013. Postavení registrovaných sester v domovech pro seniory. *Sociální služby*. 15(6-7), 36-37. ISSN 1803-7348.
12. CALDERON, J. L., SMITH, S. A., 2007. *Health literacy* [online]. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: [http://www.beginningsguides.com/upload/Health\\_Literacy\\_Smith\\_Calderon-1.pdf](http://www.beginningsguides.com/upload/Health_Literacy_Smith_Calderon-1.pdf)

13. COLEMAN, C., 2011. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook*. 59(2), 70-78, doi: 10.1016/j.outlook.2010.12.004.
14. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 128 s. ISBN 9788024732138.
15. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 152 s. ISBN 9788024634043.
16. ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D., PECHANOVÁ, M., 2006. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha: VÚPSV, v. v. i. 87 s. ISBN 80-87007-35-2.
17. ČERVENÝ, R., TOPINKOVÁ, E., 2014. *Geriatric: novelizace 2014*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 29 s. ISBN 978-80-86998-69-5.
18. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
19. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 9788024745442.
20. DIENSTBIER, Z., 2009. *Průvodce stárnutím aneb jak ho oddálit*. Praha: Radix. 185 s. ISBN 978-80-86013-88-0.
21. DINGOVÁ, M., JAKUBCOVÁ, T., 2011. Zdravotná gramotnost – nový pojem pro ošetrovatelskou praxi. *Ošetrovatelstvo: telia, výskum, vzdelávanie*. 1(1), 34-41. ISSN 1338-6263.
22. DLUGOŠOVÁ, A., TKÁČOVÁ, L., 2012. Postavení sestry v zařízení pro seniory. *Sestra*. 22(10), 29-30. ISSN 1210-0404.
23. DUFFKOVÁ, J., URBAN L., DUBSKÝ, J., 2008. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk. 240 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
24. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 9788024741383.
25. ERIKSSON-BACKA K. et al., 2012. Health information literacy in everyday life: a study of Finns aged 65-79 years. *Health Informatics*. 18(2), 83-94, doi: 10.1177/1460458212445797.

26. FIALOVÁ, D., 2008. *Specifické rysy geriatrické farmakoterapie I: změna terapeutické hodnoty léků ve stáří*. Praha: Karolinum. 92 s. ISBN 978-802-4613-536.
27. FLORIÁNKOVÁ, M., 2014. *Zdravý životní styl a jídelníček pro seniory*. Praha: Fragment. 168 s. ISBN 978-80-253-2031-0.
28. GULOVÁ, L., 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
29. HANKA, R., LEŠETICKÝ, O., 2008. *Management znalostí v medicíně*. Jindřichův Hradec: Oecomonia. ISBN 978-80-245-1479-6. Dostupné z: [CD-ROM].
30. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 368 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
31. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.
32. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
33. HEGYI, L., KRAJČÍK, Š., 2015. *Geriatría pre praktického lekára*. 3. vydání. Bratislava: Herba. 408 s. ISBN 978-80-89631-31-5.
34. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum*. 2. vydání. Praha: Portál. 407 s. ISBN 97880-7367-485-4.
35. HOLČÍK, J., 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD. 149 s. ISBN 978-80-7392-089-0.
36. HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.
37. HOLMEROVÁ, I. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
38. HOLMEROVÁ, I. et al., 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 208 s. ISBN 9788020431196.
39. HOLMEROVÁ, I., 2014. Etické souvislosti gerontologie a geriatry 21. století. In: PTÁČEK, R, BARTŮNĚK, P. et al. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, s. 223-229. ISBN 978-80-247-5471-0.

40. HOROVÁ, J., LOUDOVÁ S., 2012. Možnosti péče o nesoběstačné seniory. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 8(4), 5-7. ISSN 1801-1349.
41. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 9788024741390.
42. CHAN, A., 2014. Health literacy screening instruments in adults with cardiovascular disease and their importance to the nursing profession. *Australian nursing and midwifery journal*. 32(2), 14–23. ISSN 2202-7114.
43. CHARLIER, P., COPPENS, Y., MALAURIE, J. et al., 2017. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European Journal of Internal Medicine*. 37(1), 33-37, doi: 10.1016/j.ejim.2016.06.027.
44. CHO, Y. et al., 2008. Effects of health literacy on health status and health service utilization among the elderly. *Social Science & Medicine*. 66(8), 1809-16, doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.003.
45. ISHIKAWA, H. et al., 2008. Developing a measure of communicative and critical health literacy. *Health promotion international*. 23(3), 269–274, doi: 10.1093/heapro/dan017
46. Institute of Medicine, 2009. *Measures of Health Literacy: Workshop Summary*. Washington, DC: The National Academies Press. 142 p. ISBN 978-0-309-13980-9.
47. JANOVSKÁ, K., 2017. Projekt Zdravotní gramotnost pro veřejnost dle věkových kategorií. In: *Národní konference o zdravotní gramotnosti* [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: [http://www.uzg.cz/doc/Situacni\\_dokument\\_UZG.pdf](http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf)
48. JANOVSKÁ, K. et al., 2016. *Zdravotní gramotnost seniorů* [online]. Brožura. Praha: Národní síť podpory zdraví, z. s. [cit. 2018-01-26]. Dostupné z: <http://nspz.cz/zdravotni-gramotnost/>
49. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
50. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
51. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

52. KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
53. KELNAROVÁ, J., 2007. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Littera. 112 s. ISBN978-80-85763-36-2.
54. KICKBUSCH, I., PELIKAN J. M., APFEL F., TSOUROS A. D., 2013. *Health literacy: the solid facts. Solid facts (Series)*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. 73 p. ISBN 9789289000154.
55. KIM, Y. et al., 2016. Health Literacy and Its Link to Healthcare Service Utilization Among Older Adults in Korea. *Social Work in Public Health*. 31(6), 467-73, doi: 10.1080/19371918.2015.1137519.
56. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-802-4721-699.
57. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E., 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy*. 4. vydání. Olomouc: ANAG. 464 s. ISBN 978-80-7263-748-5.
58. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
59. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika v ošetrovatelství*. Praha: Portál. 247 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
60. KUKAČKA, V., 2009. *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta. 176 s. ISBN 978-80-7394-105-5.
61. LEE, S-Y. et al., 2009. Health literacy, social support, and health status among older adults. *Educational Gerontology*. 35(3), 191-201, doi: 10.1080/03601270802466629.
62. MACABASCO-O'CONNELL, A., FRY-BOWERS, EK., 2011. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. *Journal of Health Communication*. 16(3), 295–307, doi: 10.1080/10810730.2011.604389.
63. MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D., 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s., Pedagogika. ISBN 978-80-247-5351-5.
64. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

65. MEREL, S. et al., 2017. Common Drug Side Effects and Drug-Drug Interactions in Elderly Adults in Primary Care: results from the Brain in Motion study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 65(7), 1578-1585, doi: 10.1111/jgs.14870.
66. MIKŠOVÁ, Z., 2016. *Zdravotní péče – ošetřovatelská péče* [online]. Prezentace. Praha: Národní síť podpory zdraví, z. s. [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: <http://nspz.cz/zdravotni-gramotnost/>
67. MIKULÁŠTÍK M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
68. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
69. MPSV, 2014. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [online]. [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP\\_311214.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/20851/NAP_311214.pdf)
70. MPSV, 2017. *Sociální služby* [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661#sspd>
71. MULLEN, E., 2013. Health Literacy Challenges in the Aging Population. *Nursing Forum*. 48(4), 248-255, doi: 10.1111/nuf.12038.
72. MÜHLPACHR, P., 2008. *Základy gerontologie*. Brno: MSD. 203 s. ISBN 978-80-7392-072-2.
73. MZ ČR, 2014. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem. 118 s. ISBN 978-80-85047-47-9.
74. MZ ČR, 2015. *Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020* [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>
75. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka II. díl*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
76. NUTBEAM, D., 2009. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*. 54(5). 303–305, doi: 10.1007/s00038-009-0050-x.
77. ONDRUŠOVÁ, J., 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. 170 s. ISBN 978-80-246-1997-2.



78. OSBORNE, H., 2013. *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message*. 2. issue. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. 256 p. ISBN 9781449600532.
79. PAVLÍKOVÁ, S., 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kocke*. Praha: Grada. 141 s. ISBN 978-80-247-1918-4.
80. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. *Management v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-802-4738-710.
81. POLEDNÍKOVÁ, E., 2013. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta. 223 s. ISBN 978-80-8063-410-0.
82. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
83. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatel'ství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
84. PRŮŠA, L., 2009. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV, v. v. i. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.
85. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 528 s. ISBN 978-802-4739-762.
86. ROOTMAN, I., 2009. *Health literacy: what is it and what do we know about how to address it? Presentation to education working group of pain BC and the BC provincial pain initiative* [online]. Vancouver: USA [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <http://www.health-promotion.ca/finalpdf/Pain%20BC.May%207.2009.pdf>
87. ROSLAWSKI, A., 2005. *Jak zůstat fit ve stáří*. Brno: Computer Press. 72 s. ISBN 80-251-0774-4.
88. SAK, P., KOLESÁROVÁ K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 9788024738505.
89. SEIFERT, M., 2011. *Pierce County Environmental Health Indicators: A Model for Improving Environmental Health Literacy* [online]. [cit. 2017-11-20]. Dostupné z: <http://www.tpchd.org/files/library/e8ab9c693da235cb.pdf>.
90. SHEPS, C., G., 2011. *NC program on health literacy: literacy assessment instruments* [online]. [cit. 2017-11-02]. Dostupné z: <http://nchealthliteracy.org/instruments.html>

91. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-802-4730-134.
92. SILLENCE, E. et al., 2007. Health websites that people can trust – the case of hypertension. *Interacting with computers*. 19(1), 32-42, doi: <https://doi.org/10.1016/j.intcom.2006.07.009>.
93. SMITH, S., 2009. *Promoting functional health literacy: a conceptual framework for measurement & intervention* [online]. [cit. 2017-12-10]. Dostupné z: <http://www.healthliteracypromotion.com>
94. SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I., HÁTLOVÁ, B., 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. 176 s. ISBN 978-80-262-0335-3.
95. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
96. ŠVÁB, J. et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
97. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. 384 s. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
98. UML, 2018. *Mini-Mental State Examination (MMSE)* [online]. [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: <https://www.uml.edu>
99. ÚZIS ČR, 2017. *Zemřelí 2016* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2018-02-12]. ISSN 1210-9967. <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli>
100. VÁGNEROVÁ, M., 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
101. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
102. Vyhláška č. 354/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, 2017. [online]. [cit. 2018-04-02]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 122, s. 3853-3890. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
103. Vyhláška č. 355/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, 2017.

- [online]. [cit. 2018-03-05]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 123, s. 3898-3900. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
104. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. [online]. [cit. 2018-04-05]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4375. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
105. VZP ČR, 2016. *Metodika pro pořizování a předávání dokladů* [online]. Ústředí Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Praha [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: [file:///C:/Users/Aneta/Downloads/priloha\\_1\\_metodika.pdf](file:///C:/Users/Aneta/Downloads/priloha_1_metodika.pdf)
106. WALI, H. et al., 2016. Don't assume the patient understands: Qualitative analysis of the challenges low health literate patients face in the pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 12(6), 885-892, doi:10.1016/j.sapharm.2015.12.003.
107. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5.
108. WHO, 2015. *Physical activity* [online]. [cit. 2017-12-05]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>
109. WHO/EUROPE, 2015. *Activities*. *World Health Organization: Regional office for Europe* [online]. [cit. 2017-11-26]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/activities>.
110. ZACHAROVÁ, E., 2008. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína pro praxi*. 10(12), 588-589. ISSN - 1803-5256.
111. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2018-04-01]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 61, s. 2902-2913. ISSN 1211-1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>.

## **9 Seznam příloh a obrázků**

Příloha 1: Záznamový arch pro testování kognitivních funkcí (Mini-Mental State Examination)

Příloha 2: Podklad k rozhovorům s klienty domovů pro seniory

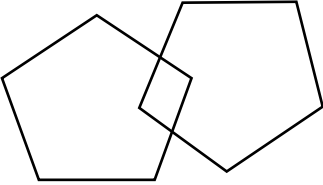
Příloha 3: Podklad k rozhovorům se sestrami pracujícími v domovech pro seniory

Příloha 4: Ukázka kódování rozhovoru pomocí metody barvení textu (na přiloženém CD)

Příloha 5: Doslovné přepisy rozhovorů (na přiloženém CD)

## Příloha 1

### Mini Mental State Exam (MMSE)

Otázky	Max. skóre:	Pacientovo skóre
Který je teď rok?	1	
Které je roční období?	1	
Jaké je dnešní datum?	1	
Který je den v týdnu?	1	
Který je teď měsíc?	1	
Ve kterém jsme státě?	1	
Ve které jsme zemi?	1	
Ve kterém jsme městě?	1	
Jak se jmenuje toto zařízení?	1	
Ve kterém jsme poschodí?	1	
Výzkumník pomalu jmenuje 3 nesouvisející předměty, poté vyzve pacienta, aby je opakoval.	3	
Pacient je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100 5x po sobě.	5	
Pacient je vyzván, aby zopakoval 3 dříve jmenované předměty.	3	
Výzkumník ukáže pacientovi 2 jednoduché předměty (hodinky, tužka) a vyzve ho k pojmenování předmětů.	2	
Výzkumník vyzve pacienta, aby opakoval slova: „Žádná ale, jestliže, kdyby“	1	
Výzkumník vyzve pacienta: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu.“	3	
Výzkumník vyzve pacienta, aby udělal to, co si přečte na papíře - nápís „Zavřete oči“	1	
Výzkumník vyzve pacienta, aby napsal smysluplnou větu (musí obsahovat podstatné jméno a sloveso)	1	
Výzkumník vyzve pacienta, aby nakreslil obrázek podle předlohy (výzkumník dá pacientovi prázdný papír, na obrázku musí být všech 10 úhlů a 2 se musí protínat)	1	
		
Celkem	30	

Zdroj: UML, 2018 (přeloženo do českého jazyka)

Orientační hodnocení MMSE (závisí také na vzdělání, věku, případně dalších okolnostech):

Většinou normální kognitivní funkce, ale není vyloučena ani počínající kognitivní porucha	28-30 bodů
Možná mírná kognitivní porucha, hraniční nález, vhodné kontrolní nebo neuropsychologické vyšetření	25-27 bodů
Mírná demence	20-24 bodů
Středně těžká demence	16-19 bodů
Závažná demence	< 15 bodů

*Zdroj: AD Centrum, 2015*

## Příloha 2

1. Co je podle Vás zdravý životní styl? Dokážete vyjmenovat nějaké jeho zásady?
2. Jak myslíte, že pohyb ovlivňuje zdraví? Myslíte, že je pohyb důležitý i ve Vašem věku? Udržujete svou fyzickou zdatnost?
3. Jak myslíte, že strava ovlivňuje zdraví? Co si představujete jako zdravou výživu? Popište mi, jak se stravujete vy. Jak často jíte ovoce a zeleninu?
4. Jaký myslíte, že by měl být příjem tekutin ve Vašem věku? Kolik tekutin denně vypijete?
5. Co si představujete pod pojmem sociální prostředí? Myslíte, že je důležité? S kým kromě personálu udržujete osobní kontakt?
6. Zúčastňujete se nějakých aktivizačních činností a společenských aktivit v domově pro seniory? Navštěvujete nějaké zájmové spolky mimo prostředí domova pro seniory?
7. Přizpůsobujete si prostředí pokoje ke svým potřebám? Uklízíte si sám/sama?
8. Vykonáváte nějaké rizikové činnosti vzhledem k Vašemu zdraví? Např. kouření?
9. Co si představujete pod pojmem prevence?
10. Myslíte, že jsou senioři náchylnější k nemocem než mladší jedinci? Co děláte pro to, abyste zamezil/a vzniku onemocnění nebo aby se Váš zdravotní stav nezhoršoval?
11. Dodržujete hygienické návyky? Jaké?
12. Nechal/a jste se během pobytu v domově pro seniory očkovat proti nějaké nemoci? Proti čemu? Měl/a jste možnost s očkováním vyslovit souhlas/nesouhlas?
13. Víte, jak často by měla být prováděna preventivní prohlídka lékařem? Jak probíhají ve Vašem domově pro seniory?
14. Cítíte se v prostředí domova pro seniory bezpečně? Jak by podle Vás měl vypadat bezpečný prostor, abyste neutrpěl/a pád? Zajišťujete si bezpečné prostředí sám? Využíváte k chůzi kompenzační pomůcky?
15. Můžete mi sdělit, jaká máte onemocnění? Víte, jaké jsou jejich příčiny, příznaky a komplikace?
16. Víte, jaký je léčebný režim při vašich onemocnění? Dodržujete léčebný režim?

17. Můžete mi sdělit, jaké užíváte léky a na jaké onemocnění je užíváte? Znáte jejich vedlejší účinky?
18. Co uděláte, když se Vám nebo někomu ve Vašem okolí náhle zhorší zdravotní stav?
19. Předávají Vám dle Vašeho názoru sestry v dostatečné míře informace týkající se Vašeho zdraví? Např. o zásadách zdravého životního stylu, o předcházení nemocem, o Vašich chorobách, léčebném režimu. Jakým způsobem Vám tyto informace předávají? Vyhovuje vám způsob?
20. Máte zájem o předávání informací týkající se Vašeho zdraví? Když nějaké informace postrádáte nebo informacím nerozumíte, požadujete po sestřích vysvětlení?



### Příloha 3

1. Setkal/a jste se někdy s pojmem zdravotní gramotnost? Jak byste ho vysvětlil/a?
2. Jaký myslíte, že má zdravotní gramotnost význam pro jedince v seniorském věku?
3. Jak a proč je podle Vašeho názoru důležitá role sestry v zajišťování zdravotní gramotnosti?
4. Jak motivujete seniory k udržování fyzické zdatnosti?
5. Jak seniory motivujete k dodržování pitného režimu?
6. Jak klientům zajišťujete sociální kontakty v domově pro seniory a mimo něj?
7. Jak klientům pomáháte udržovat bezpečné prostředí?
8. Jak klientům pomáháte v zajišťování prevence onemocnění? Spolupracují při preventivních opatřeních?
9. Jak motivujete klienty s omezenou pohyblivostí k používání kompenzačních pomůcek?
10. Jak zajišťujete klientům očkování a jakým způsobem je informujete o nepovinném očkování?
11. Jak se klienti podílejí na svém léčebném režimu? Jak je ke spolupráci motivujete?
12. Jaký mají klienti přístup ke změnám životního stylu?
13. Jak se zachováte v situaci, kdy klient vyžaduje informace o svých užívaných lécích a jejich vedlejších účincích?
14. Jakým způsobem klientům předáváte informace týkající se jejich zdraví? Např. informace o zásadách zdravého životního stylu, o předcházení nemocem, o jeho chorobách, léčebném režimu. Využíváte k tomu nějaké prostředky?
15. Jak a proč je náročné seniorům předávat a vysvětlovat informace?
16. Vyžadují klienti aktivně informace týkající se zdraví a nemoci?
17. Znáte nějaký způsob, jak klienty motivovat ke spolupráci v jakékoliv oblasti, o které jsme hovořili?

## 10 Seznam zkratek

ČR: Česká republika

MMSE: Mini-Mental State Examination

MZ ČR: Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Např.: Například

WHO: World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

ORP: Vyšetření/ošetření ošetrovatelské a rehabilitační péče

UML: University of Massachusetts Lowell

ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

VÚPSV: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí