



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Podpora zdravotní gramotnosti u seniora

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Klára Holánová

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Podpora zdravotní gramotnosti u seniora“ jsem vypracovala 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. 5. 2018

.....

(Bc. Holánová Klára)

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí diplomové práce, paní Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za její trpělivost, cenné rady a připomínky v průběhu psaní. Poděkování patří také všem seniorům, kteří byli ochotní zodpovědět pár otázek pro výzkumné šetření.

Podpora zdravotní gramotnosti u seniora

Abstrakt

Teoretická část práce: V diplomové práci je zpracována problematika zdravotní gramotnosti s ohledem na její podporu u seniorů. Zahrnutý jsou oblasti pro vysvětlení této problematiky a možnosti, kterými lze zdravotní gramotnost podporovat. Mluvíme zejména o správné motivaci seniora, dále o edukaci a možnostech vzdělávání pro seniory. Důležitá je také aktivizace, kterou můžeme rozvíjet schopnosti a dovednosti seniora.

Cíle: Pro praktickou část práce byl stanovený jeden cíl, ke kterému náleží 5 hypotéz.

Cíl: Popsat, jakým způsobem senioři podporují zdravotní gramotnost.

Hypotézy: 1. Úroveň podpory zdravotní gramotnosti je ovlivněna zdravotním stavem seniora. 2. Ženy mají větší zájem o získávání informací návštěvou Dnů zdraví než muži. 3. Způsob podpory zdravotní gramotnosti je rozdílný u seniorů do 70 let a seniorů nad 70 let. 4. Senioři s vyšší úrovní podpory zdravotní gramotnosti považují informace o zdraví od odborného zdravotnického personálu za užitečné více než senioři s nižší úrovní podpory zdravotní gramotnosti. 5. Muži využívají Univerzitu 3. věku k podpoře zdravotní gramotnosti více než ženy.

Metodika: V praktické části této práce byl zvolen kvantitativní výzkum formou strukturovaných rozhovorů. Bylo sestaveno celkem 23 otázek zahrnujících i identifikační údaje. Výzkumný soubor byl tvořen 100 seniory nad 65 let z Jihočeského kraje, kteří na základě oslovení a jejich dobrovolného rozhodnutí zodpověděli stanovené otázky. Získaná data byla dále zpracována a vyhodnocena.

Výsledky: Podle výsledků vychází, že ženy i muži mají stejný zájem o Dny zdraví. Úroveň podpory zdravotní gramotnosti nemá u seniorů rozdílný vliv na posouzení užitečnosti informací od odborného zdravotnického personálu a muži využívají Univerzitu třetího věku stejně jako ženy. Podpora zdravotní gramotnosti je ovlivněna zdravotním stavem seniora v oblasti vzdělávání, pohybové aktivity a dodržování doporučení od lékaře. Způsob podpory zdravotní gramotnosti je rozdílný u seniorů do 70 let a nad 70 let v oblasti pohybové aktivity, vyhledávání informací a dnů zdraví zaměřených na první pomoc a prevenci úrazů, prevenci onkologických onemocnění, ochranu kůže a zdravé stravování.

Závěr: Je důležité informovat seniory o možnostech podpory zdravotní gramotnosti a podávat jim informace k podpoře zdraví a prevenci nemocí. Výstupem z této práce je materiál určený pro seniory obsahující tyto informace.

Klíčová slova:

Zdravotní gramotnost; Senior; Prevence nemocí; Podpora zdraví; Zdravý životní styl; Motivace; Edukace

Support health literacy in the elderly

Abstract

Theoretical part of the thesis: The diploma thesis deals with the issue of health literacy with regard to its support for the elderly. Areas for explanation of this issue and the possibilities for health literacy are included in this work. In particular, we speak of the right motivation of the seniors, the education and the possibilities of education for seniors. What is also important is the activation that we can develop the capabilities and skills of the seniors.

Aims: For the practical part of the thesis, one aim was set, to which 5 hypotheses belong.

Aim: To describe how seniors support health literacy.

Hypotheses: 1st The level of support for health literacy is affected by the health of the senior. 2nd Women are more interested in gaining information by visiting Days of Health than men. 3rd The method of promoting health literacy is different for seniors up to 70 years old and seniors over 70 years of age. 4th Senior citizens with higher levels of health literacy support consider health information from healthcare professionals to be more useful than older people with lower levels of health literacy support. 5th Men use Universities of the Third Age to promote health literacy more than women.

Methodology: In the practical part of this thesis, a quantitative research was chosen in the form of structured interviews. A total of 23 questions were compiled, including identification data. The research team consisted of 100 elderly over 65 years of age from the South Bohemian Region, who, on the basis of their addressing and their voluntary decision, answered the given questions. The data obtained was further processed and evaluated.

Results: According to the results, women and men have the same interest in Health Days. The level of support for health literacy does not have a different impact on seniors on evaluation of the usefulness of information from healthcare professionals, and men use Universities of the Third Age as well as women. Support for health literacy is influenced by the state of health of the elderly in the field of education, physical activity and adherence to doctor's recommendations. The way of promoting health literacy is different for seniors up to 70 years of age and over 70 years of age in the area of physical activity, information and health care for first aid and accident prevention, oncology prevention, skin protection and healthy eating.

Conclusion: It is important to inform the elderly about the possibilities of promoting health literacy and to provide information on health promotion and disease prevention. The output of this work is material for seniors containing this information.

Key words:

Health literacy; Senior; Disease Prevention; Health promotion; Healthy lifestyle; Motivation; Education

Obsah

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 <i>Zdraví a nemoc</i>	11
1.1.1 Determinanty zdraví.....	11
1.2 <i>Programy pro podporu zdraví</i>	12
1.3 <i>Důležité pojmy pro zdravotní gramotnost</i>	13
1.3.1 Podpora zdraví.....	13
1.3.2 Prevence nemocí.....	14
1.3.3 Výchova ke zdraví.....	15
1.4 <i>Zdravotní gramotnost</i>	15
1.4.1 Modely zdravotní gramotnosti	17
1.5 <i>Podpora zdravotní gramotnosti ve stáří</i>	19
1.5.1 Motivace seniorů k podpoře zdravotní gramotnosti.....	19
1.5.2 Edukace seniorů.....	19
1.5.3 Aktivizace seniorů	21
1.5.4 Možnosti vzdělávání pro seniory	23
1.6 <i>Civilizační nemoci</i>	24
1.6.1 Demografie a civilizační nemoci.....	25
1.7 <i>Stáří a zdravotní stav</i>	26
1.7.1 Potřeby seniora.....	29
1.7.2 Komunikace se seniory.....	31
1.8 <i>Podpora zdraví ve stáří</i>	33
1.8.1 Výživa	34
1.8.2 Pohybová aktivita.....	34
1.8.3 Stres a duševní hygiena	35
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	36
2.1 <i>Cíl práce</i>	36
2.2 <i>Hypotézy</i>	36
3 OPERACIONALIZACE POJMŮ POUŽITÝCH V CÍLI PRÁCE A HYPOTÉZÁCH.....	37

4	METODIKA	38
4.1	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	<i>40</i>
4.2	<i>Zpracování dat</i>	<i>41</i>
5	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	42
5.1	<i>Identifikační údaje respondentů</i>	<i>42</i>
5.2	<i>Zdravotní stav oslovených seniorů</i>	<i>43</i>
5.3	<i>Způsob podpory zdravotní gramotnosti</i>	<i>46</i>
5.4	<i>Vyhodnocení hypotéz</i>	<i>53</i>
6	DISKUZE	64
7	ZÁVĚR	71
8	Seznam použitých zdrojů	73
9	Seznam příloh a obrázků	81
10	Seznam zkratk	82

ÚVOD

„Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“ – Arthur Schopenhauer

Téma diplomové práce „Podpora zdravotní gramotnosti u seniora“ jsem si vybrala, jelikož v dnešní době se jedná o velice aktuální téma. Dále z důvodu, že senioři mají často zkreslené a nedostatečné informace vyhledané z nedůvěryhodných zdrojů.

V této diplomové práci se pozastavíme nad pojmy zdraví a nemoc, zdravotní gramotnost a definujeme stáří. Pro zdravotní gramotnost jsou dále důležité pojmy výchova ke zdraví, prevence nemocí a podpora zdraví, které také vysvětlíme. Tyto pojmy je potřeba si ujasnit, jelikož každý z nich má svou opodstatněnou roli při podpoře zdravotní gramotnosti seniora. Tato práce dále zahrnuje faktory ovlivňující zdravotní stav seniorů, tedy determinanty zdraví. Svou roli pro úspěšné, aktivní a zdravé stárnutí zde hraje i komunikace, motivace a edukace, díky které může senior pochopit důležitost a vliv pohybu a zdravé výživy na prevenci nemocí a podporu zdraví. Svou důležitou roli má také aktivizace seniorů a možnosti dalšího vzdělávání.

Zdravotní gramotnost je definována podle WHO jako *„kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup k informacím porozumět jim a používat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví“*. Pro podporu zdravotní gramotnosti je důležitá vhodná motivace seniora zajímat se o své zdraví. Tomu můžeme napomoci zejména edukací seniora o možnostech vzdělávání se v oblasti zdraví. Pro udržení dobrého zdraví může být nápomocná aktivizace seniora, která může být prováděna různými způsoby. Jmenovat můžeme například projekt Montessori pro seniory, reminiscenční aktivizační metodu, canisterapii či trénink paměti.

K podpoře zdravotní gramotnosti také může kladně přispět zvýšení informovanosti populace o civilizačních nemocech a jejich rizikových faktorech. Seniorská populace v České republice zaujímá stále větší soubor jedinců, proto by měl být kladen důraz na jejich informovanost v této oblasti. Důležitou oblastí je také vzdělávání seniorů pomocí Univerzit třetího věku, které také napomáhají k zvýšení informovanosti a aktivizují seniora.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Zdraví a nemoc

Zdraví je, bylo a bude vždy důležitou hodnotou pro celou populaci. Počátky historie pojmu zdraví sahají daleko do dob antiky. Významnou osobností na počátku smýšlení nad zdravím byl Hippokrates (460-370 př.n.l.), který hodnotu zdraví považoval za to nejcennější v životě lidstva. Další významnou osobností byl Asklépios, považovaný za boha lékařství. Jeho dcera Hygieia je dodnes vnímána jako bohyně ochrany zdraví. Avšak až koncem 18. století se zdraví stalo více považováno za důležité a medicína se důkladněji začala zabývat právě jím, a nejen jeho odchylkami či nemocemi. V 19. století můžeme vidět vývoj medicíny. V této době se hlavní myšlenkou lékařů stala orientace medicíny na normální funkci, fyziologické znalosti a orgánovou strukturu (Líšková, 2013).

V dnešní době je na zdraví nahlíženo spíše z holistického pohledu, zdraví je potřeba upevňovat jako celek, a ne se zabývat jen nepřítomností nemoci. Uznávaná definice zdraví uvedená v ústavě WHO říká že: „*Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne, jen nepřítomnost nemoci či slabosti*“ (WHO; 1946, s. 1.). K nalezení je ovšem mnoho dalších definic od různých autorů (PŘÍLOHA 1), kteří se snaží zdraví definovat. Zdraví je ale složitý a individuální pojem, který lze definovat jen stěží (Líšková, 2013). Pro každého jedince má individuální význam, ale přesto u většiny lidí zaujímá první příčku v hodnotovém sloupci (Kastnerová, 2016). Poskytuje totiž možnost realizovat své sny a plány, bez zdraví bychom nemohli naplno žít. Představuje jednu z podmínek, které nám umožňují žít smysluplný život (Machová, 2015).

V péči o zdraví má svou nezastupitelnou funkci také ošetřovatelství. V koncepci ošetřovatelství (2004) se uvádí, že ošetřovatelská péče je soubor odborných činností, které mají své uplatnění v péči a upevňování zdraví. Tyto odborné činnosti mají svůj podíl v prevenci, udržení, podpoře a navrácení zdraví.

1.1.1 Determinanty zdraví

Zdraví člověka je ovlivňováno různými faktory, které na jedince působí (Machová, 2015). Bártlová (2009) upozorňuje na fakt, že na člověka působí především vzájemná interakce faktorů se způsobem života a organismem jedince než jen samotné faktory. Podle Machové (2015) můžeme tyto faktory dělit na vnitřní a zevní. Vnitřní faktory představují genetické, zděděné faktory. Zevní faktory představují životní styl,

kvalitu životního a pracovního prostředí a kvalita a úroveň péče v zdravotnických službách. Zdraví je ovšem nejméně ovlivněno zdravotnickými službami než ostatními faktory. Podle Kastnerové (2016) jsou tyto determinanty odpovědné za zdravotní stav jedince a kvalitu života. Dále uvádí další možné dělení na faktory ovlivnitelné (životní styl, socioekonomický status) a neovlivnitelné (anamnéza, pohlaví, věk). Poté na faktory biologické, představující genetiku, bakterie, viry. Chemické představující různé chemické látky z prostředí člověka a fyzikální představující různá záření. Naopak Bártlová (2009) uvádí, že více než fyzikální, chemické a biologické faktory na člověka v dnešní době působí faktory psychické a sociální. Na pozoru musíme být také před rozvojem civilizace, jelikož každý krok nějakého rozvoje přinesl nové negativní dopady na zdraví populace. Mezi tyto negativní vlivy se řadí především kouření, nadměrný hluk, užívání alkoholu a psychotropních látek, klimatické změny, nadměrný příjem nevhodné potravy, znečišťování ovzduší, vody a půdy, rychlé životní tempo a stresy. Tyto faktory poté hrají svou významnou roli při vzniku civilizačních chorob. Brabcová a Vacková (2013) uvádějí sociální determinanty zdraví obsahující chudobu a sociální vyloučení, sociální postavení jedince, životní podmínky, nadbytek či nedostatek výživy, zaměstnání a finanční situaci, vzdělání a rozvoj automobilové dopravy. Jako nedílnou součást determinantů zdraví řadí Kickbusch et al. (2016) také obchodní determinanty zdraví. Jelikož stále vzrůstá poptávka po hotových jídlech, alkoholu, tabáku, nápojích typu CocaCola podporujících nezdravý styl života a tím roste výskyt nepřenositelných chorob.

1.2 Programy pro podporu zdraví

V dnešní době již existují i materiály zaměřené na podporu zdraví. Jedná se o Národní program zdraví, Zdraví pro všechny v 21. století a program Zdraví 2020. *Národní program zdraví* byl v České republice vytvořen v roce 1995 jako dlouhodobý program, který má pomáhat v rozvoji dalších programů pro podporu zdraví (MZČR, 1995). Jeho úkolem je také přerozdělování dotací na projekty pro podporu zdraví různým organizacím, které si o dotace zažádají (MZČR, 2016a). Pod tímto programem vznikly dílčí programy jako například „Zdravé město“ či protikuřácké programy (MZČR, 1995). Pro rok 2017 bylo vypsáno 7 okruhů (PŘÍLOHA 2), ke kterým bylo možné podávat žádosti. Okruhy obsahovaly i zvýšení zdravotní gramotnosti zaměřené na prevenci nemocí a očkování (MZČR, 2016b).

Zdraví pro všechny v 21. století je dlouhodobý program z roku 2002, který má přispět ke zlepšení zdravotního stavu populace. Jeho hlavním cílem je ochrana a rozvoj zdraví a snížení nemocí či úrazů. Obsahuje celkem 21 cílů (PŘÍLOHA 3), které mají být zrealizovány pro zlepšení zdravotního stavu a snížení úmrtnosti v České Republice (MZČR, 2003). Na tento program dále navazuje *Zdraví 2020* (MZČR, 2014a), který je sestaven pro realizaci mezi roky 2014 – 2020 (MZČR, 2014b).

Program *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* klade důraz na zlepšení oblasti zdraví. Záměrem je zapojit jedince do podpory zdraví a prevence nemocí, a tím ovlivnit zdravotní stav obyvatel a redukovat vnější i vnitřní faktory (PŘÍLOHA 4), které negativně ovlivňují zdravotní stav. K dosažení tohoto záměru je zohledněna sociální stránka jedince, jeho věk či pohlaví. Stanoven je hlavní cíl pro zlepšení zdravotního stavu, snížení výskytu nemocí a úmrtnosti. A strategické cíle, které navazují na cíle *Zdraví 21* (MZČR, 2014b). Dále bylo vytvořeno celkem 13 akčních plánů (PŘÍLOHA 5), které jsou zaměřené na jednotlivé oblasti pro naplnění cíle (MZČR, 2014a). Akční plán pro rozvoj zdravotní gramotnosti vyplývá z šesti základních oblastí (PŘÍLOHA 5). Tento akční plán poukazuje na velmi nízkou úroveň zdravotní gramotnosti v České republice. Lidé s nízkou zdravotní gramotností neberou vážně prevenci ani péči o své zdraví, k lékaři přichází pozdě, kdy už není účinná běžná léčba. Můžeme tedy říci, že nízká zdravotní gramotnost ubíjí celý systém péče o zdraví (MZČR, 2015).

1.3 Důležité pojmy pro zdravotní gramotnost

1.3.1 Podpora zdraví

Podpora zdraví má v péči o zdraví důležitou roli. Představuje činnosti zaměřené na posilování, upevňování, ochranu a rozvoj zdraví. Pro splnění těchto činností je potřeba, aby se tímto zabývali všechny složky společnosti a také lidé, kteří o své zdraví pečují (Čeledová, Čevela, 2010). Definice podpory zdraví vyplývá především z programu *Zdraví 2020*, kde je stanovena jako soubor činností ke zlepšení, posílení zdraví a zvýšení kontroly nad determinanty zdraví. Zahrnuje i činnosti v oblasti sociální, ekonomické a environmentální, pomáhající k zdravému životnímu stylu, rozvoji zdraví a zdravotního stavu (MZČR, 2014b). Lišková (2013) říká, že neúčinnější je podpora zdraví v rámci rodin, komunit, škol a prací. Každý jedinec podle Čeledové a Čevely (2010) může podporovat své zdraví svým životním stylem či udržováním

zdravého životního prostředí. Společnost se také ve velké míře podílí na udržení dobré životní úrovně, vytváření pracovních možností, sportovních a rekreačních aktivit a podpory vzdělávání se v oblasti zdraví. Machová (2015) poukazuje na roli žen v podpoře zdraví. Příkládá jim velkou důležitost z důvodu výchovy dětí, učení je správným hygienickým návykům, zdravému stravování a tím vytváření jejich budoucího postoje k podpoře zdraví. Péče o zdraví je podle Čeledové a Čevely (2010) vymezena Ottawskou chartou do šesti základních oblastí (PŘÍLOHA 11). Oblast podpory zdraví dále vychází z pěti základních principů (PŘÍLOHA 11). Podporou zdraví se dále zabývají i programy WHO, ty jsou zaměřené již například na zdravý životní styl, omezení alkoholu a kouření, zdravé stravování, dostatek pohybu a prevenci stresu (Čeledová, Čevela, 2010).

1.3.2 Prevence nemocí

Prevence nemocí navazuje na podporu zdraví (Čeledová, Čevela, 2010) a rozumíme jí takové chování, které napomáhá k udržení či navrácení zdraví. Prevenci můžeme dělit na prevenci primární, sekundární a terciární (Vurm, 2007). Čevela et al. (2015) dodává i prevenci kvartérní. Program Zdraví 2020 zahrnuje dělení na prevenci primární, sekundární, terciární i kvarterní (MZČR, 2014b). Machová et al. (2015) říká, že prevence může být zaměřena buď na samotného jedince nebo na celou společnost. Čeledová a Čevela (2010) udávají zaměření prevence buď na podporu zdravého životního stylu a prostředí nebo již na preventivní opatření proti vzniku nemoci či jejich následků. Podle Kunzové et al. (2018) existuje obor zabývající se přímo prevencí nemocí a nazývá se preventivní lékařství.

Primární prevence je zaměřená přímo na eliminaci rizikových faktorů pro vznik nemoci a na podporu odolnosti organismu proti těmto faktorům. Je založená především na chování daného jedince, na jeho životním stylu. (Kunzová et al., 2018). Podle Machové et al. (2015) do primární prevence ředíme i chování zaměřené proti nemocím, jako je očkování. *Sekundární prevence* již spočívá ve včasném odhalení nemoci a tím zamezení jejího dalšího rozvoje. Hlavním cílem této prevence je správná a včasná diagnostika a preventivní terapie (Čeledová, Čevela, 2010). Podle Machové et al. (2015) spočívá i v zamezení vzniku nežádoucích komplikací. Svou roli zde sehrávají především preventivní prohlídky, kterými je možné podchytit nemoc v ranném stádiu (Kunzová et al., 2018). Čevela et al. (2015) zdůrazňuje také důležitost screeningových

programů pro zvýšení úspěšnosti léčby. *Terciární prevence* již spočívá v léčbě či snížení projevů nemoci (Čevela et al., 2015). Snaží se o co nejdéší udržení kvalitního života. Své uplatnění nachází především v rehabilitaci (Machová et al., 2015). Čevela et al. (2015) zmiňuje také *kvartérní prevenci*, která se zabývá zmírněním následků v souvislosti s nepotřebnými či přehnanými lékařskými intervencemi. S touto definicí kvartérní prevence se shoduje i program Zdraví 2020 (MZČR, 2014b).

1.3.3 Výchova ke zdraví

Výchovou ke zdraví Čeledová a Čevela (2010) rozumí schopnost probudit v lidech zájem pečovat o své zdraví. Zakládají na faktu, že každý člověk by měl mít dostatečné vědomosti a znalosti o tom, jak o své zdraví náležitě pečovat. Tyto znalosti a dovednosti může daný jedinec dále využívat v péči o své blízké a tím je učít správným návykům. Pro správnou péči o své zdraví musí mít jedinec i společnost náležitě informace, vhodné podmínky a důležitou roli hraje i motivace k péči o zdraví. Předmětem výchovy ke zdraví je podat populaci dostatečné informace o tom, jak předcházet nemocem, jak zlepšit znalosti, motivaci a dovést těmito kroky jedince či společnost až k aktivní péči o své zdraví a tím i k upevňování zdraví (Čeledová, Čevela, 2010). Účinnost je možné zajistit soustavnou, systematickou a komplexní činností, která bude zaměřená na zdravotní, psychickou, sociální i duchovní oblast jedince. Dále musí být konkrétní, srozumitelná a podložená novými poznatky vědy (Vurm, et al., 2007). K splnění cílů využívá sociálního marketingu, který se jeví jako nejúčinnějším ve výchově ke zdraví (Čeledová, Čevela, 2010). Obsah vychází z programu Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století (Machová et al., 2015).

1.4 Zdravotní gramotnost

Pojem gramotnost dříve zahrnoval základní znalosti a vědomosti jako čtení, psaní a počítání. Postupem doby však společnost zjistila, že jen tyto 3 základní znalostní oblasti jsou nedostatečné pro život v dnešní moderní době. Tím vznikla potřeba učit se novému. Nejprve jsme se mohli setkat s pojmy jako počítačová gramotnost, finanční gramotnost či sociální gramotnost. Dnes se již začíná více mluvit také o pojmu zdravotní gramotnost (Holčík, 2014).

Z historického hlediska se zdravotní gramotnost postupně vyvíjela a rozvíjela z výchovy. Dříve smyslem výchovy byly návyky osobní hygieny a způsob života, které

měli zdraví člověka pozitivně ovlivňovat. Průběžným rozvojem medicíny nastává období nových poznatků, které daly podnět ke zlepšení stavu zdravotní výchovy. Aplikované postupy k rozvoji péče o zdraví měli pozitivní výsledky jen u výše postavených populačních vrstev. Z tohoto důvodu byly vytvořeny zdravotně výchovné programy, které již počítali se sociálně znevýhodněnými skupinami populace. Další rozvoj těchto programů vyústil v oblast nazvanou podpora zdraví. Vzhledem k tomu bylo žádoucí zajistit, aby lidé byli zodpovědní za své zdraví, uměli se rozhodovat a zároveň byli respektovány jejich životní podmínky (Holčík, 2010).

S pojmem zdravotní gramotnost se setkáváme v oblasti péče o zdraví. Tento pojem v sobě skrývá nejen základní informace o lidském těle, nemocech, zdravotnickém systému či determinantech zdraví. Zahrnuje i schopnosti a rozhodování z běžného života, které napomáhá k udržení zdraví a prevenci nemocí. Můžeme sem zařadit také umění pomoci druhým v případě nemoci (Holčík, 2014). Zdravotní gramotnost je možné dělit na 3 oblasti. Na oblast podpory zdraví, která zahrnuje zdravý životní styl (výživa, pohyb, denní režim, vnitřní pohoda, svoboda od závislostí) a péči o prostředí (domácnost, osobní čas, instituce, veřejný prostor). Druhou oblastí je prevence nemocí, kde se nejen prevencí nemocí a úrazů zaměřujeme na medicínu založenou na důkazech (EBM). Poslední oblastí je již samotná zdravotní péče, kam řadíme kompetence pro poskytování péče (Janovská et al., 2016).

Definice pro pojem zdravotní gramotnost lze nalézt hned několik. Dle WHO je zdravotní gramotnost definována takto: „*Zdravotní gramotnost představuje kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup k informacím porozumět jim a používat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví*“ (Health Promotion Glossary, 1998, s. 10). Janovská et al. (2016) velice zjednodušeně nazývá zdravotně gramotného člověka jako člověka, který o svém zdraví umí kvalifikovaně rozhodovat. Podle Holčíka (2014) by rozvoj zdravotní gramotnosti měl zvýšit účast populace v péči o své zdraví a s tím spojený i zájem získávat, vyhledávat, přijímat a využívat informace spojené s vlastním zdravím. Také by tento rozvoj měl kladně působit na populaci, aby každý člověk nesl za své zdraví odpovědnost a uvědomoval si tuto skutečnost. Boyce a Brown (2017) také uvádějí, že je důležité, aby intervence pro rozvoj zdravotní gramotnosti byly zaměřené na porozumění zdravotním informacím, které dále povedou k získávání nových informací a dovedností. Podle Janovské et al. (2016) je důležité oddělovat zdravotní gramotnost pro skupiny různých věkových kategorií, jelikož v každém věku má člověk jiné kompetence

k rozhodování o svém zdraví. Holčík (2016) dále konstatuje, že zaměření zdravotní gramotnosti se netýká jen nezdravotnických pracovníků, ale i samotných lékařů a sester. Z tohoto ohledu je důležité, aby lékař či sestra měli dobré komunikační schopnosti. Záleží zejména na poskytování informací, tak, aby člověk porozuměl, pochopil podstatu problému, dokázal se rozhodovat podle nabízených možností a nebál se pokládat lékaři otázky k upřesnění dané situace či problému. Zde Holčík (2014) naráží na potřebu podpory a rozvoje zdravotní gramotnosti především u osob vyšších věkových kategorií. Podle Janovské et al. (2016) je pro zajištění soběstačnosti, relativního zdraví a funkčních schopností ve stáří rozhodující již předchozí etapa života. Podporu a rozvoj zdravotní gramotnosti můžeme podle Holčíka (2014) docílit zaměřením se na 7 faktorů (PŘÍLOHA 12), které zdravotní gramotnost ovlivňují. Janovská et al. (2016) dále podotýká, že senior pro rozhodování a využití zdravotní gramotnosti v běžném životě musí být motivován, mít přiměřené znalosti, popřípadě je umět vyhledat, porozumět jim a být schopen podle nich jednat. K tomu potřebuje mít přizpůsobené podmínky, které je ovšem jen z části schopen sám ovlivnit.

S pojmem zdravotní gramotnost je spojený také mnohem užší termín medicínská gramotnost, který je již zaměřen na porozumění příbalovým letákům, dávkováním léků, pozvánkám na vyšetření a pokynům lékaře (Holčík, 2014).

1.4.1 Modely zdravotní gramotnosti

Modely zdravotní gramotnosti vznikly z důvodu, aby bylo možné lépe pochopit základní složky zdravotní gramotnosti a jejich vztahy (Holčík, 2014). Zmínit můžeme model, který vychází z informací amerického ministerstva zdravotnictví. Tento model popisuje tři dimenze. Osobní zdravotní dimenze (ochrana a upevnění zdraví, rozhodování v zdravotnickém systému), zdravotnická dimenze (zvýšení kvality péče a hospodárnost služeb), populační dimenze (všeobecné informace o zdraví a zdravotním stavu populace) (Holčík, 2010).

Tři úrovně zdravotní gramotnosti definuje Nutbeamův model z roku 2000 (PŘÍLOHA 6). První úroveň zde představuje funkční zdravotní gramotnost, druhá úroveň představuje interaktivní zdravotní gramotnost a třetí úroveň kritickou zdravotní gramotnost (Holčík, 2014).

Funkční zdravotní gramotnost Nutbeam (2000) řadí jako základní, říká, že by lidé měli mít základní dovednosti pro plnohodnotný každodenní život. Mitchellová a

Begoray (2010) do této úrovně řadí schopnost používat základní dovednosti jako je čtení příbalových letáků u léků. Holčík (2010) k této úrovni dodává, že záleží na výsledném stavu zdravotní výchovy, zejména na schopnosti fungovat ve zdravotnickém systému a v informovanosti o zdravotních rizicích. Cílem této úrovně je navést k dodržování preventivních opatření a předat informace o rizikových faktorech. Takový přístup dále vede k zajištění vyššího zájmu o očkování a preventivní prohlídky. Potřebou zde je jen poskytnutí brožur či letáčků, kde jsou k nalezení potřebné informace o důležitosti prevence. Holčík (2014) v této oblasti odkazuje i na dostupnost informací na internetu. Říká, že internet je jak dobrým zdrojem informací, tak i zlým pánem v souvislosti s nepravdivými či zavádějícími informacemi. Mitchellová a Begoray (2010) říkají, že lidé se špatnou funkční zdravotní gramotností mají omezené schopnosti porozumět a dodržovat pokyny nalezené v informačním letáku či brožuře.

Druhá úroveň je nazvána jako interaktivní/komunikační zdravotní gramotnost (Nutbeam, 2000). Podle Mitchellové a Begoray (2010) je zde potřebná již důkladně rozvinutá funkční zdravotní gramotnost. Holčík (2010) také říká, že hlavní zaměření v této úrovni je na motivaci, schopnost samostatného rozhodování a odpovědnost za dodržování preventivních pokynů. Nutbeam (2000) klade důraz na využívání kognitivních, gramotnostních a sociálních dovedností v běžném životě a tím i na získávání nových informací. Poté bude podle Mitchellové a Begoray (2010) plně rozvinuta schopnost porozumět lékařským zprávám a jednat podle preventivních pokynů. V této úrovni jsou lidé schopni konzultovat svůj zdravotní stav a léčbu se svým lékařem či předávat své zkušenosti ostatním členům v podobné situaci. Podle Holčíka (2014) jsou zde zdravotničtí pracovníci spíše jako poradci, kteří společně s pacientem můžou zhodnotit jeho zdravotní stav či mu pomoci v rozhodování tím, že mu poskytnou pozitiva i zápory jednání v určité situaci.

Třetí úroveň je kritická zdravotní gramotnost. Ta vychází z předchozích úrovní (Mitchellová, Geboray, 2010). Zde je již člověk schopen získané informace podrobněji rozebírat a zkoumat, je schopný kriticky přemýšlet a hodnotit využití různých informací v různých situacích. Tímto napomáhá k větší sebekontrolě při zvládnání životních situací (Nutbeam, 2000). Podle Holčíka (2010) je důležité umět z hlediska organizačního a politického posoudit a navrhnout vhodná opatření pro ovlivnění životního prostředí a determinant zdraví. Tato úroveň také úzce souvisí s uznáním životních hodnot (Holčík, 2014).

1.5 Podpora zdravotní gramotnosti ve stáří

1.5.1 Motivace seniorů k podpoře zdravotní gramotnosti

Motivace je důležitá pro uvědomění si co je pro nás důležité, co nás vede k takovému chování, životu či životnímu stylu. Jedná se o souhrn faktorů, které vedou k aktivizaci a podporují nebo tlumí jedince. Motivace pro aktivizaci využívá vnitřních a vnějších motivů, a můžou být buď uvědomělé nebo neuvědomělé. U neuvědomělých neumíme vysvětlit důvod a co vyvolalo naši reakci. Mezi motivační faktory patří potřeby, cíle, zájmy, postoje, hodnoty a emoce jedince (Kopecká, 2012). Každý cíl či postoj je primárně založen na nějaké naší potřebě (Říčan, 2010). I potřeba zdraví nás vede k motivaci. Dnes je problémem, že si člověk neuvědomuje dostatečně tuto potřebu a více se o ní začíná zajímat až při výskytu nějakého onemocnění. Až poté bývá motivován k plnému naplnění všech složek této potřeby a k eliminaci faktorů, které zdraví ohrožují. Důležitou roli zde hraje poskytování informací o preventivních opatřeních, kterými můžeme předcházet dalším problémům. Motivace k péči o vlastní zdraví je velice důležitá, a přesto není snadná, protože je ovlivněna mnoha okolnostmi daného jedince (Čevela, 2014). U seniorů musíme myslet na zvýšený efekt vnitřní motivace, kdy ho více motivují jeho vnitřní pohnutky a cíle. Senior se vyskytuje v etapě života, kdy on sám rozhoduje, co je pro něj důležité. Již se rozhoduje dobrovolně a podle vlastních zájmů, zda se bude vzdělávat a zdokonalovat. V případě zájmu seniora o zdokonalování, vzdělávání či jinou aktivitu je potřebné tento jejich zájem podporovat, aby setrvali a nevzdali se s pocitem, že na to nemají dostatek sil, vědomostí, zručnosti a podobně (Špatenková, Smékalová, 2015).

1.5.2 Edukace seniorů

Edukace vychází z pedagogiky, která byla vymezena jako věda o výchově a vzdělávání. Na jedince byla vyvíjena potřeba dosáhnout změn v dovednostech, znalostech, hodnotovém rámci a postojích. Vymezení pedagogiky v dnešní době označuje pedagogiku za vědu o edukační realitě, která zahrnuje typy edukace, edukační prostředky, procesy a subjekty (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukací rozumíme výchovu a vzdělávání, jedná se o proces napomáhající k ovlivnění dané osoby. Cílem je zlepšit vědomosti, dovednosti či návyky k lepšímu (Juřeníková, 2010). Zeleníková (2016) uvádí dva smysly edukace seniorů. Jedním z nich je celoživotní vzdělávání, učení a

druhý znázorňuje edukaci jako dodávání informací, znalostí a dovedností seniorům – pacientům.

Edukací seniorů se zabývá obor geragogika a gerontogogika. Geragogiku označujeme jako výchovu ke stáří a ve stáří, gerontogogika se zabývá vzděláváním seniorů (Špatenková, Smékalová, 2015). Tyto dva obory vymezuje také Zeleníková (2016), která eliminuje zaměření jen na vzdělávání seniorů. Uvádí tři oblasti geragogiky, a to vzdělávání seniorů, přípravu na stáří a podporu ve stáří. Jako předchůdce geragogiky, z pohledu etap života, můžeme definovat andragogiku, kterou Beneš (2008) vymezuje jako obor zabývající se výchovou a vzděláváním dospělých. Geragogika podle Špatenkové a Smékalové (2015) zahrnuje edukaci seniorů, edukaci jako přípravu na stáří a edukaci pro veřejnost, zaměřenou na úctu k seniorům a pochopení jejich potřeb. Jejím cílem je adaptace seniora na stáří a s ním spojené změny ve fyzické, psychické i sociální oblasti. Dalším cílem je zamezit snižování schopností, dovedností a psychického stavu seniora, pomoci adaptovat seniora na změny životních rolí, na postupné zhoršení soběstačnosti v běžných denních činnostech a potřebách a také na smrt. Senior musí být smířený s nastávajícími změnami jako je odchod do důchodu, osamostatnění dětí a narození vnoučat, smrt partnera, přátel a možné stěhování. Šulistová a Trešlová (2012) uvádějí, že všeobecně uskutečnění nějaké změny bývá stresující a plné obav. Lidé mají raději činnosti, které znají a nemusejí se učit novému, mají strach z objevu jejich slabých stránek. Geragogika tedy podle Špatenkové a Smékalové (2015) zjednodušeně pomáhá seniorovi nalézt smysl života, umění žít a stárnout. Tohoto dosahuje podporou seniorů v učení, vzdělávání, zapojením do edukačních programů a tím senior znovu nalézá motivaci k nějaké aktivitě a svůj životní cíl (Špatenková, Smékalová, 2015).

U seniorů je oblast edukace velice široká a rozmanitá. Záleží, čemu se chce senior věnovat, v čem se bude chtít zdokonalit či jaké zaměření ho zajímá. Edukace může být ve smyslu učení s počítačem, výuky cizích jazyků, rozvoj již stávajícího zaměření, vědomostí a dovedností nebo také slouží pro zajištění informovanosti seniorů v oblasti zdravého životního stylu. Dále má své výhody i v aktivizaci a pomoci řešit problémy, které se týkají zhoršující se soběstačnosti seniorů (Špatenková, Smékalová, 2015). Zeleníková (2016) uvádí oblast edukace velice podobně, s odlišností v udržení tělesné i psychické aktivity či pochopení vývojových úkolů seniora.

1.5.3 Aktivizace seniorů

Pojem aktivizace seniora můžeme vysvětlit jako podporu či návod k lepšímu výkonu nebo realizaci činností (Wehner, Schwinghammer, 2013). Dle Průchy a Vetešky (2014) aktivizací rozumíme uvedení něčeho do pohybu či rozvinutí, zesílení nějaké činnosti. Aktivizace seniorů slouží pro udržení či zlepšení fyzického či psychického zdraví a kvality života. Smyslovou aktivizaci seniora podle Wehnera a Schwinghammera (2013) chápeme jako snahu o rozpohybování jak kognitivních a motorických funkcí organismu, tak i těch verbálních. Aktivizace představuje důležitou roli v prevenci, respektive v časném podchycení začínající demence a také přispívá k naplnění potřeby jistoty a sounáležitosti. Aktivizací seniorů se také zabývali autorky Janatová a Uličná (2011) v projektu Zdravé stárnutí, realizovaném mezi roky 2010-2011.

Krátkodobou aktivizaci seniorů lze provádět při každém kontaktu s nimi. Představuje vhodnou komunikaci a jednání se seniorem, podporu výbavnosti vzpomínek. Důležité je vytvoření si vzájemné důvěry se seniorem. Jako návod pro vhodnou aktivizaci nám slouží čtyři pilíře setkávání. Jedná se o dotyk (pozdrav – podání ruky), sblížení (emoce), komunikaci a pozornost (naslouchání) (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Pro aktivizaci seniorů vznikl projekt „*Montessori pro seniory*“. Tento projekt podporuje zapojení seniorů do běžných denních činností, plánování denního plánu a bere ohled na zvyklosti a rituály seniora. Marie Montessori, zakladatelka této pedagogické metody, definovala základní pravidlo, kterým se projekt řídí: „Pomoz mi, abych to udělal sám“. Pracuje především se schopností koncentrace, která představuje předpoklad pro aktivní, motivovanou, klidnou a cílevědomou práci seniora. Díky materiálům dr. Montessori jsme schopni tuto schopnost koncentrace podpořit (Wehner, Schwinghammer, 2013). Důležitým prvkem je zapojení seniora do aktivit, které je schopný sám zvládat a nepřetěžovat ho složitými úkoly. Myslet musíme na sebevědomí seniora, které bychom složitými úkoly, které již nezvládá, snižovali (Motloch, 2016). Pro zajištění účinku této metody je potřeba zajistit klidné a spořádané prostředí bez rušivých elementů. Využívá materiály pro rozlišení barev, pachů, velikostí, tvarů atd. jež slouží k posílení smyslového vnímání seniora. Jednotlivé materiály jsou vybrány tak, aby byl senior schopný popsat jejich vlastnosti, popřípadě pomáháme pokládáním otázek, kterými podpoříme výbavnost seniora. Metodu Montessori můžeme podpořit také v každodenním životě seniora. Zejména pak naší trpělivostí, pozorností,

vytrvalostí, citlivým přístupem a s předpokladem vycítit, kdy je nezbytná pomoc (Wehner, Schwinghammer, 2013).

V aktivizaci seniorů můžeme využít i „*Motogeragogiku*“, což je psychomotorická aktivizace. Zakládá se na podpoření seniora k pohybu, mobilizaci a zároveň slouží jako prevence pádů a napomáhá k trénování kognitivních schopností. Můžeme zde využít skupinových hodin, kdy například při tanci či gymnastice můžeme využít i prvků Montessori a tím zpestřit hodinu (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Velice nápomocná, zejména u seniorů s demencí či zdravotně postižených, může být také „*Bazální stimulační*“. Jejím cílem je pomáhat zlepšit kvalitu života. Jedná se o program pozitivně působící na vnímání seniora, komunikaci a pohybové schopnosti. Používá prvky pro stimulaci vnímání, zejména chuťové, sluchové, zrakové, čichové, hmatové a vibrační stimuly. Úspěšně se snaží o chápání jedince jako holistického celku. (Friedlová, 2015).

„*Reminiscenční terapie*“ je označována za speciální aktivizační metodu, která využívá vybavování si vzpomínek. K tomu využívá různé předměty, které by seniorovi mohly pomoci si vzpomenout. Hlavním zájmem není vybavení si vzpomínek do detailu, ale postačují jen zásadní body, které si senior vybaví. Při používání této terapie se můžeme setkat s kladným postojem seniora, u něhož tím dáme najevo náš zájem o něj samotného. Pro seniora je tato metoda přínosná i pro pocit důležitosti, utvoření si vlastní hodnoty či sebeúcty (Klucká, Volfová, 2016).

„*Trénink paměti*“ také řadíme do aktivizačních metod seniora. Jeho podstata spočívá v udržení co nejlepších kognitivních funkcí a také jako prevence Alzheimerovy choroby. Význam sledujeme především u zdravých seniorů, kteří nejsou postiženi poruchou kognitivních funkcí. Metody pro trénink paměti jsou různorodé, využít můžeme například různé křížovky, osmisměrky, vědomostní kvízy, sudoku a společenské hry (Mlýnková, 2011). Pro trénování paměti existují vypracované sešity zaměřené na krátkodobou paměť, slovní zásobu, pozornost, zrakově prostorové dovednosti či k procvičení plánování a rozhodování (ČALS, 2015).

Další možností, která přispívá k aktivizaci seniora je „*Canisterapie*“, jedná se o léčbu pomocí canisterapeutického psa. Kladně působí na psychické, fyzické i sociální zdraví člověka a využívá se zejména u dlouhodobě ležících, u apatických jedinců a rovněž jako komplexní péče v geriatrii. Využití je významné také u seniorů s poruchou smyslového vnímání, u emocionálně znevýhodněných či depresivních jedinců a k navázání kontaktu se špatně komunikujícími seniory (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

K aktivizaci můžeme být nápomocni také pomocí „*Ergoterapie*“. Jedná se o tzv. léčbu prací. Jejím smyslem je především zapojit seniora do běžných každodenních činností i přes jejich možné postižení či nějakou poruchu. Napomáhá k udržení společenského života a k udržení potřeby pohody. Ergoterapie může být prováděna jak individuálně pro jednotlivce, tak i jako skupinová terapie (Krivošíková, 2011).

„*Muzikoterapie*“ je dalším prostředkem uplatňujícím se v aktivizaci seniora. V gerontologii může být jen preventivně směřovaná nebo přímo zaměřená na konkrétní cíl. Může napomáhat k udržení a procvičení paměti a pozornosti, prostřednictvím poslechu hudby sledovat rytmus, učit se slova písní, sledovat melodii a reagovat na změny v melodii. Může být spojená i s udržením fyzických funkcí, například s pohybovým cvičením. Takto nastavená muzikoterapie slouží k udržení samostatnosti seniora. Ovšem může napomáhat také k udržení mezigeneračních vztahů či k podpoře a rozvoji motivace (Gerlichová, 2014).

Možností pro aktivizaci seniorů může být i „*Arteterapie*“, označující výtvarné zaměření terapie. Její účel spočívá ve vyjádření emocí, vlastních pocitů či nálad. Využití má především v psychologii a psychiatrii, kdy napomáhá k určení diagnózy. U seniorů může sloužit pro rozvoj motorických dovedností (Müller et al., 2014).

Další metoda je také více využívána v psychologii a psychiatrii s tím, že pro seniory může být přínosnou aktivizací. Zde mluvíme o „*Dramaterapii*“, která zahrnuje komunikaci jak verbální, tak i neverbální. Jedinec poznává sám sebe a zaujímá určitý podíl tvořivosti. Může napomáhat k začlenění se do společnosti, k osobnostnímu růstu, seberealizaci či k naplnění životního cíle (Valenta, 2011).

1.5.4 Možnosti vzdělávání pro seniory

Pro vzdělávání seniorů existují různé možnosti. Zmínit můžeme Univerzity třetího věku, Akademie třetího věku, Virtuální univerzity třetího věku a kluby seniorů (Špatenková, Smékalová, 2015). V Českých Budějovicích můžeme nalézt Klub aktiv, věnovaný seniorům. Tento klub poskytuje jak virtuální univerzitu třetího věku, tak akademii třetího věku a seniora zapojuje do sportovních aktivit (Klub aktiv, 2018). Prostřednictvím těchto univerzit dochází k významné edukaci (vzdělávání) a aktivizaci seniorů. Opět se vracíme k potřebě motivace seniora, bez které je tato oblast vzdělávání nevýznamná. Motivovaný senior přistupuje aktivně k vzdělávání a déle u vzdělávání setrvává. Myslet musíme na možné omezení schopnosti učení se, které je pro seniory

typické a přizpůsobit tomu množství podávaných informací, zajistit dostatek času jak na naučení se, tak i na vybavení si dané informace z paměti. Nejvíce vyhledávaná témata pro vzdělávání je oblast zdraví a nemoci, historie, mezilidských vztahů, kultury a umění (Špatenková, Smékalová, 2015).

Univerzity třetího věku jsou dostupné pod záštitou skoro všech vysokých škol v ČR jako forma celoživotního vzdělávání (UK, 2018). Jsou sdruženy do Asociace univerzit třetího věku, která pomáhá se zakládáním nových U3V a organizací prvních seminářů či přednášek. V současné době se začíná využívat také virtuálních U3V (Špatenková, Smékalová, 2015).

Akademie třetího věku pokládáme za středně náročné ve vzdělávání seniorů. Fungují zejména pod záštitou kulturních domů a knihoven v oblastech, kde se nenachází vysoká škola (Špatenková, Smékalová, 2015). Jejich cílem bývá seznámení seniorů s novinkami v oblasti vědy, historie, politiky a kultury (VISK, 2018). Probíhá nejčastěji formou jednorázových akcí, nemají závěrečné zkoušky a ani nekladou důraz na teoretické vzdělávání (Špatenková, Smékalová, 2015).

Kluby seniorů fungují jako kulturně-výchovná zařízení. Vzdělávání poskytují formou poznávacích zájezdů, návštěv divadla, výstav, ale také pomocí přednášek a poskytují i relaxační cvičení (Špatenková, Smékalová, 2015).

1.6 Civilizační nemoci

Civilizační nemoci jsou nemoci, jejichž rozvoj a vznik ovlivněn civilizací, způsobem života, stresem a životním prostředím (Velký lékařský slovník, 2018). V programu Zdraví 21 je na tuto oblast, zabývající se snížením neinfekčních chorob, zaměřen cíl 8 (MZČR, 2003). Redukci těchto chorob je potřeba se věnovat, jelikož jejich nárůst pozorujeme především za posledních 50 let (Lichnovský, 2017). Na jejich vzniku se podílí nemalé množství faktorů zapříčiněných rozvojem civilizace (kouření, alkohol, hluk, nevhodná strava, znečišťování prostředí, stres) (Bártlová, 2009). Lehocká (2008) mezi civilizační nemoci zařazuje nemoci kardiovaskulárního systému, diabetes mellitus, osteoporózu, obezitu, alergie a nádorová onemocnění. Kastnerová (2016) uvádí také únavu a únavový syndrom, syndrom vyhoření, depresi a úzkost, poruchy příjmu potravy, onemocnění trávicího ústrojí, nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, Roztroušená skleróza, bolesti zad), kožní problémy, zrakové problémy a

nemoci štítné žlázy. Lichnovský (2017) udává, že problém v dnešní době je i v medicíně, která se zaměřuje více na diagnostiku než na samotnou prevenci nemocí.

Kardiovaskulární onemocnění v ČR zaujímá první příčku nejčastějších nemocí populace a také bývají nejčastějším důvodem úmrtí (Zdravotnická ročenka 2016, 2017). Do tohoto souboru nemocí zařazujeme nemoci srdce a cév, například aterosklerózu, hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční, varixy či nemoci mozkových cév. Rizikové faktory spočívají v nesprávném stravování, nadměrném kouření, nízké fyzické aktivitě, nadměrné hmotnosti, vyšším hodnotám krevního tlaku a lipidů (Býma a Hradec, 2009). Kastnerová (2016) mezi rizikové faktory řadí také stres a cukrovku. Prevence spočívá v eliminaci rizikových faktorů. Mezi vyšetření pro diagnostiku kardiovaskulárních chorob podle Býmy a Hradce (2009) zahrnujeme anamnézu, osobní i rodinnou. Dále měření krevního tlaku a tepu, poslech srdce a plic, poslech a palpáce karotid a tepen dolních končetin a EKG vyšetření. Zajímá nás také výška a hmotnost. Laboratorní vyšetření je zaměřeno na hladinu cholesterolu, kreatininu, triglyceridů, glykemie a v moči na cukry a albumin.

Diabetes mellitus, česky úplavice cukrová neboli cukrovka je onemocnění, které nebývá častou příčinou úmrtí, ale svým výskytem zaujímá druhé místo v ČR, hned po kardiovaskulárních chorobách (Zdravotnická ročenka 2016, 2017). Jedná se o chronické onemocnění a jeho vznik je závislý na genetických predispozicích a rizikových faktorech. Rozdělujeme diabetes 1. typu, 2. typu a gestační (Perušičová, 2005). V ČR je nejvíce zastoupen diabetes 2. typu (Zdravotnická ročenka 2016, 2017). Tento typ se vyskytuje ve vyšším věku u osob s obezitou, kteří mají genetickou predispozici a nesprávný životní styl (Perušičová, 2005). S sebou nese řadu chronických komplikací, můžeme očekávat výskyt diabetické retinopatie, neuropatie a nefropatie a tzv. diabetické nohy, také se více vyskytuje ateroskleróza. Akutní komplikací je hypoglykemie. Prevence primární je zaměřena na redukci váhy, příjmu potravin s nízkým obsahem tuků a zvýšenou fyzickou aktivitu. Sekundární prevence spočívá v objasnění důležitosti dodržování zdravého životního stylu a diabetické diety (Machová et al., 2015).

1.6.1 Demografie a civilizační nemoci

V České republice podle zdravotnické ročenky ČR 2016 (2017) žije o 56,5 tisíce více seniorů nad 65 let a o 7,1 tisíce seniorů nad 85 let než v roce předchozím.

V porovnání s údaji ze zdravotnické ročenky ČR 2015 (2016) je vidět nárůst počtu seniorů oproti předchozím rokům. Zdravotnická ročenka ČR 2016 (2017) uvádí 1988 922 seniorů nad 65 let. V roce 2016 bylo celkem 107 750 úmrtí, což je oproti roku 2015 méně o 3423 osob. Nejčastější příčinou úmrtí jsou zaznamenány nemoci kardiovaskulární soustavy, dále následovány zhoubnými novotvarami.

Nejčastějším onemocněním byly nemoci oběhové soustavy zastoupené 298,5 tisíci obyvatel, kteří byli hospitalizováni. Následuje onemocnění Diabetes Mellitus zastoupené 861,5 tisíci obyvatel. Nejvíce, až z 91,4 % se vyskytuje DM 2. typu. Třetím nejčastějším onemocněním jsou zhoubné nádory. U mužů je nejčastější nádor prostaty, plic, tlustého střeva a konečníku. U žen nádor prsu, tlustého střeva, plic a konečníku.

Z nemocí kardiovaskulární soustavy s počtem 298 461 hospitalizací jsou jako nejčastější označeny nemoci mozkových cév, dále ischemické choroby srdce a angina pectoris, ateroskleróza, infarkt myokardu a varixy DK následovány primární hypertenzí. Z nemocí trávicí soustavy s počtem 206 401 hospitalizací jsou nejčastější nemoci kýly a žlučové kameny následovány apendixem a slinivkou břišní. Dalším nejčastějším důvodem pro hospitalizaci byly úrazy s počtem 198 990 hospitalizací. Nejčastější jsou nitrolební poranění a zlomeniny stehenní kosti, dále pak poranění páteře, žeber či pánve. Podle počtu hospitalizací jsou dalším nejčastějším onemocněním nemoci močové a pohlavní soustavy, nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, zhoubné novotvary, těhotenství, nemoci dýchací soustavy a nemoci nervové soustavy (Zdravotnická ročenka, 2017).

1.7 Stáří a zdravotní stav

Problematikou stáří a stárnutím samotným se zabývá gerontologie. Dělíme ji na experimentální, klinickou a sociální gerontologii. Experimentální se zabývá zákonitostmi stárnutí. Sociální společenským životem seniorů a tím, jak jsou společnosti senioři vnímáni, jaké vztahy mají s mladšími generacemi atd. Gerontologie klinická, známá spíše pod pojmem geriatric, se zaměřuje přímo na seniora, na jeho zdravotní stav, nemoci, léčbu. V neposlední řadě také i na zacházení či přístup k seniorovi a možná zdravotní rizika, jako například křehkost kostí či suchá/ papírová kůže (Čeledová et al., 2016). Topinková (2005) definuje geriatric jako samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným nad 65 let. Má intervenčně-preventivní charakter. Jejím cílem je primární i sekundární prevence za

účelem uchování zdraví, včasným rozpoznáním a léčbou akutních stavů a léčbou chronických nemocí. Dále pak dosažení funkční zdatnosti, aktivity, soběstačnosti a nezávislosti v obvyklém prostředí pacienta. Geriatrie má přispívat k udržení kvality života, a to v souvislosti se zdravotním stavem seniora.

Člověk ve svém životě prochází několika etapami vývoje, kdy stáří označuje poslední etapu, později spojenou s úmrtím člověka. Období stáří je podle Křivohlavého (2011) definováno od věku 65 let, kdy od 85 let již přichází období přípravy na smrt. Ovšem Vágnerová (2007) stáří rozděluje na ranné od 60 let a pravé, které nastupuje až od 75 let. Kučera (2013) mluví i o třetí fázi stáří, a to o dlouhověkosti, do které řadí seniory nad 90 let. Zde mluvíme o věku chronologickém neboli kalendářním. Podle Křivohlavého (2011) stáří nelze takto jednoduše definovat podle věku chronologického, jelikož každý jedinec se může cítit starý v jiném chronologickém věku. Zde mluvíme o věku biologickém, organismus každého jedince stárne jiným tempem. Biologický věk se odvíjí od působení různých biologických jevů na člověka po dobu jeho života, což už samo o sobě napovídá o odlišnostech ve stárnutí každého jedince. Sak, Kolesárová (2012) ohraničují stáří dvěma hranicemi, kdy horní hranici vymezuje jediná skutečnost a to úmrtí. Spodní hranice je zde polootevřená z důvodu postupného příchodu jevů a procesů tvořících stáří. Tuto hranici mohou ovlivňovat faktory jako životní styl, žebříček hodnot, životní prostředí apod. Dle Topinkové (2005) je stárnutí nevratným a univerzálním procesem, přičemž i specifickým biologickým procesem. Tento proces postihuje různou rychlostí každý orgán těla, který tímto i postupně ztrácí svou funkčnost. Díky těmto změnám není organismus schopný účinně odolávat měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, ztrácí adaptační schopnosti a dochází k selhávání funkce orgánů i celkově organismu.

Můžeme definovat několik faktorů, které stáří ovlivňují. Patří sem genetické dispozice, biologické změny v organismu, různé choroby, úrazy, životní styl, psychika a životní prostředí. Nesmíme opomenout, že ve většině jsou tyto faktory ovlivnitelné prevencí, včasnou diagnostikou, léčbou a popřípadě rehabilitací či kompenzací (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

V této etapě se život jak osobnostně, duševně, spirituálně, tak i tělesně mění a postupně uzavírá (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). U seniora se mění jak kognitivní funkce, tak i emoční prožívání. Z kognitivních změn pozorujeme zhoršené smyslové vnímání, zhoršení paměti a snížení inteligence a tvořivosti (Langmeier, Krejčířová, 2006). Gillernová et al. (2011) také poukazuje na výkonnost smyslů, a to především

s důrazem na zrak a sluch, které se s přibývajícím věkem zhoršují. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádějí, že smyslové vnímání se zhoršuje po 60. roce života. Pozorujeme především výrazné zhoršení zraku, a to až u 60 % seniorů. Sluchové zhoršení postihuje přibližně 30 % seniorů. V souvislosti s těmito omezeními přichází mnoho problémů. Například pokles pracovního výkonu, problém při čtení či poslechu hudby či při komunikaci s druhými. Senior, který má zhoršený sluch může mít, v souvislosti se ztíženou komunikací, za následek podezíravost, hněv, nejistotu a úzkost. Zde je vhodné jako prevence používání vhodných kompenzačních pomůcek, jako použití naslouchátka a brýlí. Dále se zhoršuje krátkodobá paměť, vzpomínky v paměti většinou zůstávají, ovšem bývají již zkreslené. Pozorujeme také postupné zhoršování inteligence. V souvislosti s inteligencí Gillernová et al (2011) uvádí její závislost na zdravotním stavu seniora, na jeho vzdělání a sociálním statusu. Tvořivost dle Langmeiera a Krejčířové (2006) začíná po 40. roce života klesat. Z emočních změn se mění afektivní prožívání, osobnost člověka a citové vztahy. Dle Gillernové et al. (2011) emoční prožívání u seniora ovlivňuje i chronické onemocnění, které na rozdíl od akutního nemá přesný začátek ani konec. Langmeier a Krejčířová (2006) říkají, že se v citovém prožívání především snižuje intenzita emocí. Senior se sice neumí tolik nadchnout pro nové věci, ale naopak různé situace umí hodnotit racionálněji a klidněji. Dokáže udržet své emoce stabilní, zároveň však může být lhostejný k okolnímu světu. U každého seniora se toto může projevit jinak. Některý může být spíše klidnější a trpělivější, u jiného to může vést až k nezájmu a apatii. Zde hrají velkou roli hodnoty seniora a jejich uspořádání. Senior se potřebuje seberealizovat a ukázat, že je potřebný a užitečný pro své okolí. Poté má potřebu urovnat své emoce a být v okruhu svých blízkých osob. V pozdějším stáří vchází do pozadí okolní svět a do popředí myšlení o své osobě a svých problémech (Langmeier, Krejčířová, 2006). Osobnost seniora je závislá na jeho předchozím vývoji a adaptaci na seniorský věk a s ním spojenými obtížemi. Osobnostní vlastnosti se nijak výrazně nemění. Citové vztahy ve stáří jsou ovlivněny sociální izolací a emoční deprivací, z tohoto důvodu u seniorů stoupá význam rodiny. Seniori zastupují svou roli v rodině – roli prarodiče, kterou většinou velmi pozitivně prožívají. Jejich role je velice významná pro pozdější vztahy dítěte s rodiči. Nejen proto, že si s dětmi hrají ale především předávají informace o dětství jejich rodičů (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dle Gillernové (2011) jsou tyto změny v osobnosti chápány jako pozitivní i negativní. Pozitivně chápe změny ve zvyšující se moudrosti ve stáří. Negativně chápe introverzi seniorů, jejich zvyšující se projev úzkosti a depresí.

Topinková (2005) uvádí, že pro zhodnocení zdravotního stavu a zdravotních rizik u seniora je vhodné provádět funkční geriatrické vyšetření. Zde je k běžnému klinickému vyšetření prováděn screening rizikových faktorů, kontroluje se dodržování preventivních opatření a zhodnocuje se užívání medikace. Pokorná (2010) upozorňuje na individuální rozdíly mezi seniory, jelikož ne každý senior je srovnatelný s věkově stejně starým jiným seniorem. Tímto poukazuje na důležitost hodnocení seniora podle biologického věku. Dle Topinkové (2005) dále hodnotíme výkonnost a soběstačnost seniora. Zde se k zhodnocení mobility a sebeobsluhy používá test *Instrumentálních všedních činností a test základních sebeobslužných činností* (PŘÍLOHA 7). Poté se hodnotí i duševní zdraví a psychická pohoda, tudíž se vyšetřují i psychické funkce, které slouží k odhalení různých psychopatologií ve stáří. Hodnotí se i mentální funkce, kdy se používá „*Krátká škála mentálního stavu – MMSE*“ (PŘÍLOHA 8) a „*škála deprese pro geriatrické pacienty*“ (PŘÍLOHA 9). Jako poslední bod je zhodnocován sociální status a ekonomické zajištění seniora, jeho sociální kontakty a poskytované sociální služby.

1.7.1 Potřeby seniora

Senioři mají své specifické potřeby, ke kterým je potřeba přistupovat citlivě a podporovat seniora a jeho rodinu v podpoře a péči o zdraví (Pokorná, 2010). Nejznámější osobnost zabývající se potřebami byl A. Maslow, který vytvořil hierarchii potřeb (PŘÍLOHA 10). Říká, že člověk má své potřeby zařazené v hierarchickém systému podle aktuálnosti. Pokud člověk nemá uspokojeny fyziologické potřeby, které jsou na nejnižší úrovni, neuspokojí ani ty výše postavené jako například potřebu seberealizace (Trachtová et al, 2004). Níže postavené potřeby ale nemusí být zcela naplněny. Projev, že daná potřeba není plně naplněna je známkou, že člověk chce ve své hierarchii potřeb postoupit na další příčku (Mastiliaková, 2014). Maslow potřeby dále ještě dělí na potřeby nedostatku, které jsou uloženy na nižších stupních pyramidy potřeb. Jedná se o biologické a fyziologické potřeby, potřeby jistoty a bezpečí, sociální potřeby a potřeba úcty a uznání. A na potřeby spojené s bytím člověka, které mohou být naplněny až po uspokojení potřeb nedostatku. Jedná se o kognitivní potřeby, estetické potřeby, potřebu seberealizace a potřebu sebetranscendence (Příbyl, 2015).

V souvislosti s naplněním lidských potřeb se setkáváme se dvěma pojmy. S pojmem saturace a frustrace. Saturace je pojem, který označuje dostatečné naplnění

potřeb. Frustrace naopak znamená, když člověk není schopen své potřeby naplnit, brání mu různé bariéry, které momentálně není schopen překonat (Příbyl, 2015).

U seniora se časem mění pohled na důležitost jednotlivých potřeb. Potřeby jsou zde ale ovlivněny vícero faktory a může nastat i stav, kdy naplnění jedné potřeby bude na úkor druhé. Například naplnění potřeby bezpečí a jistoty je možné zajistit přestěhováním seniora k rodině či do domova důchodců, ovšem toto rozhodnutí může negativně ovlivnit sociální kontakty, na které byl senior zvyklý (Příbyl, 2015). Trachtová et al. (2004) mezi tyto faktory řadí osobnost člověka, mezilidské vztahy, nemoc, vývojové stadium a okolnosti, za kterých nemoc vznikla. Příbyl (2015) doplňuje věk, pohlaví, sociokulturní prostředí, vzdělání, společenské postavení, psychické vlastnosti jedince a jeho aktuální zdravotní stav. Plevová et al. (2011) mezi tyto faktory zařazuje také rodinu, kulturu a chování člověka.

Pro naplnění potřeb je nejprve důležitá jejich identifikace, která je složitá i pro zdravého, mladého člověka, natož pro nemocného seniora. K identifikaci potřeb je důležitá efektivní komunikace a naslouchání. Bývá náročná, zdlouhavá ale jedná se o jedinou možnost, jak zjistit, které potřeby senior má a nemá naplněné (Příbyl, 2015). Identifikovat potřeby je důležité i z hlediska zdravotní stránky jedince, dlouhodobě neuspokojené potřeby mohou vyústit až v poruchu zdraví (Mastiliaková, 2014).

Při snaze uspokojování potřeb se můžeme setkat s žádoucím a nežádoucím způsobem. Žádoucí znamená, že neuškodíme nikomu druhému a neporušíme zákon, nežádoucí je opakem. Pro saturaci potřeb mohou být překážkou nechtěné faktory, jako obavy, ostych, nevhodná komunikace či jazyková bariéra, fyziologická bariéra, nevhodné prostředí, neporozumění sdělovanému obsahu, kdy často u seniorů bývají obavy se znovu na danou věc zeptat nebo žádat vysvětlení (Příbyl, 2015). Šamánková (2011) dodává, že je důležité tyto bariéry znát a počítat s jejich výskytem. Jejich znalostí můžeme předcházet jejich vzniku.

U seniorů můžeme počítat s odlišným vnímáním jednotlivých potřeb z hlediska důležitosti, než je tomu u mladší generace. Zaměřují se především na rozvoj potřeb, které jsou pro ně důležité. Jedná se o potřebu být užiteční a potřební, potřeba otevřené budoucnosti a naděje, potřeba přiměřeného zdraví, mít domov, kde se cítí dobře a chtění. Často dochází ke snížení potřeby stimulace, kdy senior je novými podněty spíše drážděn a unaven. Potřeba učení je také změněna, ale není úplně opomíjena. Senior se rád vzdělává, učí ale jiným tempem než v mladším věku, pro učení potřebuje dostatek času, prostor a klid. Uspokojit potřebu seberealizace může být problém, především u

těch, kteří mají nějaký handicap či sníženou soběstačnost, která neusnadňuje saturaci této potřeby. Senioři tuto potřebu, alespoň částečně naplňují ve svých vzpomínkách. Poměrně více zvýšená je potřeba jistoty a bezpečí. Důvody můžeme najít ve větším výskytu nemocí, postupně se snižující soběstačnosti, sebepěči a výskytu sociálních změn, kam můžeme zařadit úmrtí životního partnera (Příbyl, 2015). Musíme brát ohled také na rozdíl mezi soběstačností a sebepěčí. Soběstačnost vyjadřuje schopnost se o sebe postarat ve smyslu výkonu běžných denních aktivit. Sebepěče znamená schopnost dokázat samostatně vykonávat denní činnosti jako stravování, oblékání, vyprazdňování (Trachtová et al., 2004). Potřeba bezpečí je dostatečně saturována, pokud budou naplněny všechny složky této potřeby, mluvíme o psychickém, ekonomickém a fyzickém bezpečí. Psychické bezpečí je naplněno, pokud má senior podporu své rodiny, dobré rodinné vztahy s dětmi a vnoučaty, nenarušený denní řád. Ekonomické bezpečí je spojeno s potřebou umět se o sebe finančně postarat, mít finance stranou na nevyžádané události, na živobytí. Mnozí senioři trpí přehnanou potřebou šetřit ze strachu nedostatku financí. Potom se stává, že šetří, jak můžou a žijí velice skromným životem. V opačném případě trpí strachem a nejistotou z budoucnosti. Potřeba fyzického bezpečí je spojena se soběstačností seniora, který nechce být nikomu na obtíž (Příbyl, 2015). Podle Trachtové et al. (2004) musíme myslet na negativní ovlivnění výskytem nemoci. Saturaci této potřeby můžeme podle Příbyla (2015) posílit i pořízením kompenzačních pomůcek seniorovi, které mu dodají jistotu při chůzi a domácích činnostech.

1.7.2 *Komunikace se seniory*

Při spolupráci se seniory hraje zásadní roli komunikace. Podle Zacharové (2008) komunikace se seniory není jednoduchá a obnáší především dostatek trpělivosti, profesionalitu a kvalitní přípravu. Důležitost je přikládána empatii a schopnosti naslouchat. Klevetová (2017) ve své publikaci hovoří o vhodných tématech, o kterých senioři rádi mluví. Jedná se o témata z jejich minulosti, z jejich života. Zde bychom měli seniora vyslechnout, abychom ho podpořili a upevnili dobré vztahy. Proto je důležité zvolit vhodné komunikační techniky a dovednosti, které jsou vhodné pro obě komunikující osoby (Pokorná, 2010). Podle Klevetové (2017) je důležitý už první dojem, tedy vhodný pozdrav a oslovení. Musíme vědět, zda senior nemá nějaké kognitivní poruchy či poruchu sluchu, zraku. Poté můžeme zhodnotit, zda je potřebný dotyk na vymezenou část těla, například rameno, aby senior věděl, že s ním budeme

mluvit. Pokorná (2010) poukazuje na důležitost přizpůsobit sdělovaný obsah věku, schopnostem a dovednostem seniora. Zacharová (2008) přikládá důležitost jednoduchým, srozumitelným a lehce pochopitelným otázkám. Dle Pokorné (2010) bychom měli tímto krokem minimalizovat riziko nepochopení či nesprávného pochopení daného postupu či situace. Klevetová (2017) poukazuje na navázání dobrého vztahu a získání si důvěry seniora, což je základem pro další společnou a efektivní spolupráci. Každý senior má jinak zachovalé kognitivní funkce, musíme brát v úvahu, že může potřebovat více času na sestavení odpovědi (Pokorná, 2010). Pro zajištění efektivní komunikace je podle Zacharové (2008) důležité zapojit rodinu, která je pro seniora podporou a důležitým článkem v domácí péči.

Při komunikaci se seniorem nesmíme opomíjet ani neverbální stránku komunikace. Výraz v obličeji, postoj nebo držení těla často napoví více o pocitech než mluvené slovo. Během komunikace bychom neměli zapomínat ani na oční kontakt, oči často napoví nejvíce o prožívání, citech, myšlenkách a také o fyzickém a psychickém stavu seniora (Zacharová, 2008).

Dle Pokorné (2010) můžeme během komunikace se seniorem narazit na komunikační bariéry. Ty rozdělujeme na interní a externí. Interní vyplývají ze schopností a dovedností daného seniora, z jeho prožívání a zdravotního stavu. Do této skupiny patří strach, nepřípravenost, fyzické nepohodlí, nemoc či obavy z neúspěchu. Kopecká (2012) do těchto bariér řadí i hlad, únavu či bolest hlavy. Externí bariéry podle Pokorné (2010) pocházejí z prostředí. Řadíme sem vyrušení třetí osobou, hluk, velké množství podávaných informací a vizuální rozptylování. Kopecká (2012) sem zařazuje i zvonící telefon, vysokou teplotu v místnosti či blikající zářivku. Dle Pokorné (2010) záleží na schopnosti seniora přijímat sdělované informace, dekodovat jejich obsah a reagovat, odpovídat na podané informace. Podle Kopecké (2012) je základem úspěšné komunikace přizpůsobení rozhovoru schopnostem a možnostem seniora a nepoužívání cizích a odborných termínů. Dle Pokorné (2010) je schopnost seniora přijímat informace ovlivněna fyzickými, psychickými, kognitivními a psychosociálními změnami. Schopnost dekodovat informace je závislá na psychickém a fyzickém stavu, na předchozích zkušenostech, vzdělání, spolupráci a charakteru seniora. Schopnost reagovat a odpovídat na dané informace je ovlivněna fyzickým a psychickým stavem seniora, kognitivními změnami, pamětí a problematikou nesprávného výkladu informací. Podle Neubauera a Skákalové (2015) musíme věnovat pozornost i možnému sluchovému znevýhodnění seniora, které by mohlo ovlivnit schopnost přijímat

informace či neporozumět podaným informacím. Pokorná (2010) připomíná, že s tímto jsou často spojené záporné pocity a nežádoucí chování seniora. Kopecká (2012) uvádí využití zpětné vazby pro ověření, zda senior porozuměl poskytnutým informacím. Dle Pokorné (2010) jsme schopní se komunikačně přizpůsobit, pokud identifikujeme komunikační problém, který senior má. Například pokud senior hůře slyší, můžeme reagovat zvýšením hlasu při komunikaci. Je samozřejmě důležité problém správně identifikovat, abychom mohli i vhodně reagovat a přizpůsobit komunikaci. Opatrnost musíme věnovat přílišnému zjednodušování poskytovaných informací a vyvarovat se zdobnělinám až dětské řeči. Pokud při komunikaci se seniory budeme používat tyto komunikační styly můžeme negativně ovlivnit jejich fyzické a kognitivní funkce a celkový funkční stav. Pokorná (2010) popisuje jako jeden z nežádoucích a negativně ovlivňujících stylů komunikace tzv. elderspeak. Jedná se o typ komunikace, kdy nereálně hodnotíme a posuzujeme schopnosti seniorů. Vyznačuje se používáním jednodušší komunikace se změněným tónem řeči. Příbyl (2015) udává projevy jako zpomalení tempa řeči, hlasitý tón hlasu, zdůraznění intonace, častější opakování a použití jednodušších slovních spojení.

1.8 Podpora zdraví ve stáří

Životní styl má největší vliv na zdraví člověka. Definovat ho můžeme jako dobrovolné chování v životních situacích, založených na individuálním výběru z různých možností. Na výběr jsou buď správné, zdravé možnosti, které zdraví podporují nebo naopak ty špatné, které podporují vznik nemocí. Čeledová et al. (2010) uvádí, že změnit svůj životní styl k lepšímu lze v každém věku a zejména u seniorů, kdy přichází řada nemocí je volba zdravého životního stylu správnou prevencí. Toto rozhodování je závislé na rodinných zvyklostech, tradicích, ekonomickém zajištění a na věku, pohlaví, temperamentu, vzdělání a hodnotovém systému. Podle Machové et al. (2015) je správné rozhodnutí podmíněno informovaností, dovednostmi, návyky i výchovou už v dětském věku. Čeledová et al. (2010) uvádí, že genetické predispozice nejsou jediným rizikovým faktorem pro vznik nemoci. Ten výrazně ovlivňuje i prostředí, životní styl jedince a nejčastěji jsou to kombinace všech těchto faktorů, které vznik nemoci zapříčiňují.

1.8.1 Výživa

Strava je důležitou složkou k dodání energie organismu. Stravovat bychom se měli v pravidelných intervalech a dodávat organismu vyváženou stravu, bohatou na vitamíny, minerály a vodu (Machová et al., 2015). Nesmíme zapomínat ani na dostatek čisté vody, které bychom měli vypít 2,5l za den (Kastnerová, 2016). Vyvážený poměr je potřeba dodávat také bílkovin, tuků, cukrů a energie, který by se měl rovnat i výdeji energie (Machová et al., 2015). Vhodné složení stravy má vliv také na psychickou stránku, spánek a imunitu (Kastnerová, 2016). *Bílkoviny, proteiny* sice tvoří 10-15% příjmu energie/den, ale tělo si je nedokáže samo vyrobit, tudíž musí být dodávány ve stravě (Machová et al., 2015). Nalezneme je v rybách, červeném mase, vejcích, mléčných výrobcích, luštěninách či bramborách a oříškách (Čeledová et al., 2010). *Tuky, lipidy* v těle fungují jako zásobní tuk, který se stává zdrojem energie, pokud jí není dodáván dostatek ve stravě. Podílejí se na 25-30% energetické spotřeby jedince. Do skupiny tuků řadíme i cholesterol, který se podílí na tvorbě žlučových kyselin a vitamínu D. Cholesterol je tělo schopno si samo vyrobit v játrech a k tomu je přijímán v potravě (Machová et al., 2015). Ke snížení jeho hladiny je vhodné používat kukuřičný, sezamový či slunečnicový olej (Čeledová et al., 2010). V těle jsou tuky důležité pro vstřebávání vitamínů A, D, E, K. *Cukry, sacharidy* tvoří až 55% energetické spotřeby organismu (Machová et al., 2015). Příjem je závislý na aktivitě jedince a jeho věku. Pozor musíme dávat na nadměrný příjem sacharidů, v tomto případě způsobují řadu onemocnění (Čeledová et al., 2010). Sacharidy nalezneme v různých potravinách, například v bramborách, rýži, obilninách, luštěninách, ovoci, medu, zelenině a v mléce (Machová et al., 2015).

1.8.2 Pohybová aktivita

Pohybová aktivita je pro lidské tělo velice důležitá. Tuto potřebu je důležité vyvíjet již od dětství a vést k aktivnímu pohybu (Plevová et al., 2011). Člověk je stavbou těla vyvinut k pohybu. V dnešní době dochází k snížení pohybové aktivity a tím se zvyšuje riziko vzniku civilizačních chorob. Pro jejich prevenci a podporu zdraví je důležité vrátit pohyb do povědomí člověka a do jeho životního stylu (Čeledová et al., 2010). Pohyb je důležitý nejen jako prevence, ale i jako terapie. Napomáhá k zvládnutí stresu, nekuřáctví a udržení zdravého stravování (Kastnerová, 2016). Na zdraví a výkonnost má vliv úroveň zdatnosti neboli fitness. Zařadit můžeme cvičení aerobní a

anaerobní. Aerobní cvičení můžeme nazvat kardiorespiračním, kdy dodáváme potřebné živiny a kyslík svalům. Tento typ cvičení zlepšuje přísun kyslíku do buněk a jako zdroj energie využívá zásobní tuk. Při tomto cvičení je důležité dodržovat fázi rozcvičení, zahřátí, na začátku a na konci cvičení protahování, uklidnění svalů (Čeledová et al., 2010). Důležitý je při spalování tuků a pro efektivní činnost srdce a cév. Můžeme sem zařadit jízdu na kole, běh či plavání. K udržení zdatnosti je důležité cvičit 3-4 do týdne po dobu 30-40 minut (Kastnerová, 2016).

1.8.3 *Stres a duševní hygiena*

Stres je soubor mechanismů, které jsou vyvolány různými stresory, ty mohou být jak fyzické, tak emoční (Kastnerová, 2016). Jako stresory označujeme negativní životní zkušenosti (Plevová et al., 2011). Reakce organismu na stres zahrnují zvýšenou srdeční činnost, zvýšený krevní tlak, zrychlené dýchání, zvýšenou peristaltiku střev a pocení. Jedinec může pociťovat bolesti hlavy, únavu, poruchy spánku, nechutenství, přejídání nebo sexuální poruchy. Stres se může projevat i změnami emocí, depresi, podrážděností, zlostí. Následky stresu mohou vyústit v řadu onemocnění. Často se vyskytují žaludeční vředy, hypertenze, bolesti hlavy a zad, opary a oslabení imunity organismu (Kastnerová, 2016). Vyskytnout se mohou psychosomatické nemoci jako padání vlasů, akné, astma, alergie, obezita, bolest, úzkost či močové a pohlavní problémy (Plevová et al., 2011). Prevence stresu by měla spočívat v eliminaci stresorů. Zahrnuje dechová a relaxační cvičení a meditaci. K zvládnutí stresu kladně napomáhá správná výživa a pohybová aktivita (Kastnerová, 2016). Duševní hygiena je důležitým faktorem pro zdravý životní styl, jelikož se zabývá snížením až odstraněním psychofyzické zátěže a stresu. Je důležité, aby lidé věděli, jak upevňovat a chránit své duševní zdraví. Především umět oddělit pracovní a vlastní život, relaxovat a stanovit si časový harmonogram práce a odpočinku. Relaxace spočívá ve výkonu činností a aktivit, které jsou jiné než naše pracovní zaměření. Další důležitou oblastí je spánek, kterému bychom měli věnovat náležitou pozornost. Častým problémem je nespavost, kdy se člověk ráno probudí unavený a nevyspalý. Důvodem nespavosti bývá často stres (Čeledová et al., 2010). Plevová et al. (2011) uvádí jako prostředky pro prevenci stresu také vodoléčbu, akupresuru, různé léčivé rostliny a meditaci.

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Pro výzkumnou část diplomové práce byl stanoven tento cíl práce:

Cíl: Popsat, jakým způsobem senioři podporují zdravotní gramotnost.

2.2 Hypotézy

K stanovenému cíli práce byly dále stanoveny tyto hypotézy:

H1. Úroveň podpory zdravotní gramotnosti je ovlivněna zdravotním stavem seniora.

H2. Ženy mají větší zájem o získávání informací návštěvou Dnů zdraví než muži.

H3. Způsob podpory zdravotní gramotnosti je rozdílný u seniorů do 70 let a seniorů nad 70 let.

H4. Senioři s vyšší úrovní podpory zdravotní gramotnosti považují informace o zdraví od odborného zdravotnického personálu za užitečné více než senioři s nižší úrovní podpory zdravotní gramotnosti.

H5. Muži využívají univerzit třetího věku k podpoře zdravotní gramotnosti více než ženy.

3 OPERACIONALIZACE POJMŮ POUŽITÝCH V CÍLI PRÁCE A HYPOTÉZÁCH

Senior – Pojem není jednoznačně vymezen. Špatenková a Smékalová (2015), uvádějí toto označení jako synonymum k pojmu starý člověk či poživatel starobního důchodu. V této práci je pojem senior definovaný podle Křivohlavého (2011) jako člověk nad 65 let a vychází z definice první etapy stáří.

Zdravotní stav – „Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne, jen nepřítomnost nemoci či slabosti“ (WHO; 1946, s. 1.).

Zdravotní gramotnost – „Zdravotní gramotnost představuje kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup k informacím porozumět jim a používat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví“ (Health Promotion Glossary, 1998, s. 10).

Dny zdraví – „Dny zdraví patří mezi jednu z pěti základních celostátních komunitních kampaní, které NSZM pořádá ve svých členských městech, obcích a regionech. Jedná se o nejrozsáhlejší akci na podporu zdravého životního stylu v České republice“ (NSZM; 2018).

Odborný zdravotnický personál – lékař a zdravotní sestra

Univerzita 3. věku – Umožňuje vzdělávání seniorům. Fungují pod záštitou vysokých škol jako forma celoživotního vzdělávání (Špatenková, Smékalová, 2015).

4 METODIKA

V přípravné fázi výzkumného šetření v této diplomové práci bylo stanoveno základní téma pro výzkum s teoretickými poznatky, metodika, cíl výzkumu a hypotézy, výzkumný soubor a využití v praxi. Pro zpracování byl zvolen kvantitativní výzkum formou strukturovaných rozhovorů. Pro kvantitativní výzkum je podstatné ověřování stanovených teorií, tvrzení či hypotéz, které můžeme potvrdit či vyvrátit statistickým zpracováním dat. Výhodou tohoto typu výzkumu je především menší pravděpodobnost ovlivnění výzkumu přesvědčením výzkumníka, než je tomu u kvalitativního výzkumu. Další výhodou je vidět v ověřitelnosti dat, možnosti testování dat a v rychlém přímočarém sběru a analýze dat. Jako nevýhodu můžeme označit nemožnost získání hlubších, celkových informací o daném jevu či problematice, jelikož zaměření sběru dat spočívá jen v odpovědích na dané otázky (Bártlová, Sadílek, Tóthová; 2008). Ovšem při sběru dat formou strukturovaných rozhovorů nemohu potvrdit rychlý a přímočarý sběr dat. Spíše bych uvedla těžší získávání respondentů, ochotných se výzkumného šetření zúčastnit. I přesto, že oslovený senior neměl zájem odpovědět na otázky jsem se setkala s porozuměním a doporučením dalších osob.

Následovala fáze sběru dat, pro kterou byl využit strukturovaný rozhovor (Pen and paper interview), který je založen na předem připravených otázkách (PŘÍLOHA 13), tazatelem připravených v podobné formě jako je dotazník, s tím rozdílem, že v největší míře neobsahuje otevřené otázky ale spíše varianty možných odpovědí. Tazatel v tomto typu rozhovorů předčítá otázky a zaznamenává odpovědi bez jejich hodnocení a komentování (Bártlová, Sadílek, Tóthová; 2008). Otázky byly sestaveny na základě stanoveného cíle práce a hypotéz. Při sestavování otázek byl kladen důraz na jednoduchost a srozumitelnost, dále také na náročnost jak časovou, tak i v udržení pozornosti seniora. Otázky jsou sestavené zejména na oblast vzdělávání a získávání informací, obsaženy jsou také otázky pro zjištění zdravotního stavu seniora a identifikační otázky. Celkem bylo stanoveno 23 otázek, 3 otázky identifikační, zahrnující věk, pohlaví a vzdělání, dále 5 otázek pro zhodnocení zdravotního stavu a 15 otázek zahrnující oblast podpory zdravotní gramotnosti. U otázek 7-15 byla použita Likertova škála míry souhlasu, u otázky 16 škála k zjištění užitečnosti, u otázek 5, 17, 19 a 20 je stanovena odpověď ano/ne/nevím.

Rozhovory jsem prováděla se seniory osobně s tím, že zvlášť jsem měla připravené hodnotící škály, které senioři mohli mít na očích a odpovídat podle těchto škál.

Postupně jsem se začala setkávat s prosbou od některých seniorů, že by jim bylo příjemnější mít celý záznamový arch s otázkami v ruce a vidět otázky. Tuto možnost jsem vyzkoušela, ovšem s ohledem na jejich zhoršený zrak jsem jim i tak otázky předčítala a zaznamenávala. Důvod této prosby, dle mého zjištění, byl vyšší pocit anonymity u seniora a také zhoršený sluch, kdy si s otázkami v ruce byli jistější, že otázce rozumí.

Získaná data byla dále v třetí fázi (zpracování empirických dat) přepsána do programu MS Excel do podoby datové matice, díky které mohly být data dále statisticky zpracovány. Rozhovory jsem již nemusela nijak třídit, či procházet, z důvodu, že jsem díky přítomnosti při vyplňování již věděla, zda rozhovor je celý a vhodný pro následné zpracování. Z celkového počtu 120 rozhovorů bylo použito 100 plně sebraných rozhovorů. Pro zpracování dat byla nápomocna publikace od Hendla (2015) – Přehled statistických metod, která je obsahově velice podrobná a vhodná pro získání potřebných informací k zpracování dat.

Další výzkumná fáze (interpretace a praktická aplikace) spočívá v shrnutí získaných poznatků a výsledků do závěrečné zprávy. Poslední pátá fáze se věnuje diseminaci – šíření výsledků.

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen celkem 120 respondenty, kdy dokončení rozhovoru proběhlo pouze se 100 respondenty. Důvodem nedokončení rozhovorů byla především vysoká neznalost základních pojmů (internet) a neadekvátní zdravotní stav (počínající demence). Pro vstup do výzkumu byl stanoven věk nad 65 let, dobrovolné rozhodnutí seniora a jeho bydliště v Jihočeském kraji. Výběrový soubor tvořili především senioři z okresu Tábor, Písek, České Budějovice a Jindřichův Hradec. Osloveni byli senioři z měst, vesnic a domovů důchodců. Za významné považuji viditelnost rozdílnosti odpovědí z těchto 3 oslovených skupin, kdy jsem pocítovala seniory z domovů důchodců jako méně informované, s nízkým zájmem o zdraví oproti ostatním osloveným seniorům. Sběr dat byl realizovaný v měsíci březnu a z části dubnu 2018.

Při sběru dat jsem měla zpočátku problém sehnat ochotné seniory pro zodpovězení otázek, setkávala jsem se s reakcí, že na tyto typy výzkumů nejsou zvědaví, nevěří anonymitě a bojí se podání špatných odpovědí. Dále sem narazila na několik ochotných seniorů, kteří mi dále doporučovali jejich známé. Tímto způsobem bylo sebráno přibližně 40 rozhovorů. Druhá polovina byla tvořena seniory z domovů důchodců (30) a seniorů, kteří byli ochotní na otázky odpovědět nezávisle na doporučení někoho jiného.

Identifikační údaje jsou přehledně zpracovány v kapitole Výsledky – podkapitola Identifikační údaje respondentů.

4.2 Zpracování dat

K zpracování identifikačních údajů respondentů byl použit program MS Excel a pomocí četnostních tabulek spočítáno zastoupení respondentů podle pohlaví, věku a vzdělání. Z těchto tabulek byl následně ke každé kategorii vytvořen výsečový graf, k přehlednému zobrazení výsledků. Stejný postup následoval i u zpracování zdravotního stavu seniorů, s výjimkou použití sloupcového grafu pro lepší znázornění odpovědí.

V podkapitole podpora zdravotní gramotnosti jsou výsečové grafy také zpracovány pomocí četnostních tabulek, sloupcové grafy pro porovnání kategorie s věkem seniorů vycházejí z kontingenčních tabulek.

Hypotézy byly vyhodnocovány v programu IBM SPSS Statistics při stanovené hladině významnosti 0,05 neboli 95% spolehlivost. K zpracování hypotéz byly zpracovány kontingenční tabulky.

Zpracování Hypotézy 1 bylo provedeno pomocí testu Pearsonova korelace, kterým byl zkoumán vztah proměnných.

Zpracování Hypotézy 2 a 4 bylo pomocí T-testu, který zkoumá, zda 2 proměnné mají stejnou střední hodnotu (v rámci hladiny významnosti 0,05).

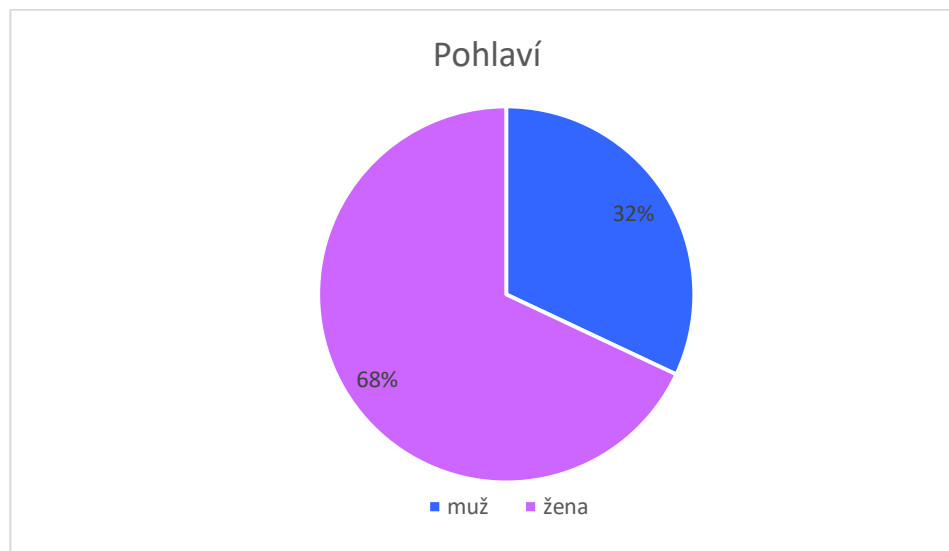
Pro zpracování Hypotézy 3 byli použity dva testy, T-test a Pearsons Chi-Square.

K zpracování Hypotézy 5 byl použit test Pearson Chi-square.

5 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

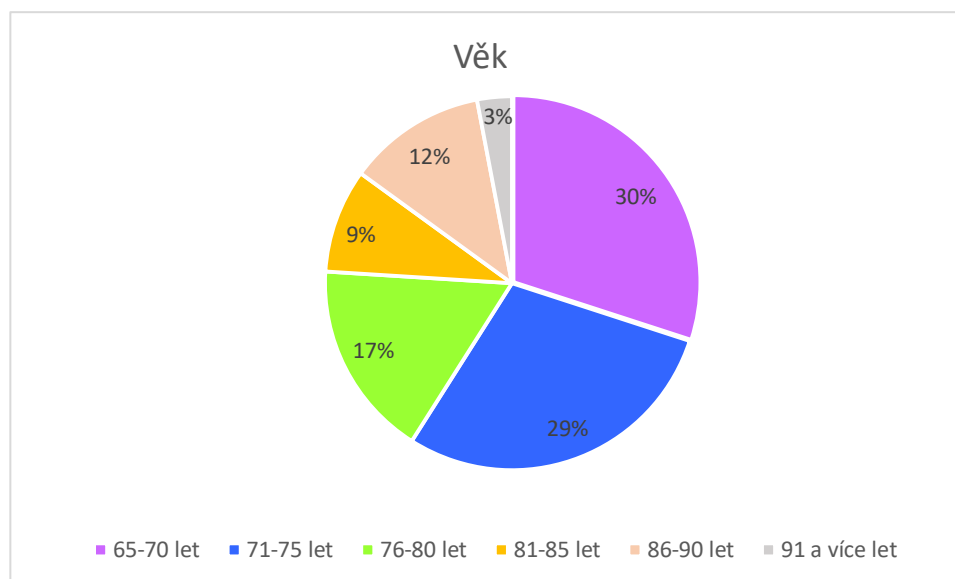
5.1 Identifikační údaje respondentů

Graf 1 – Zastoupení respondentů podle pohlaví



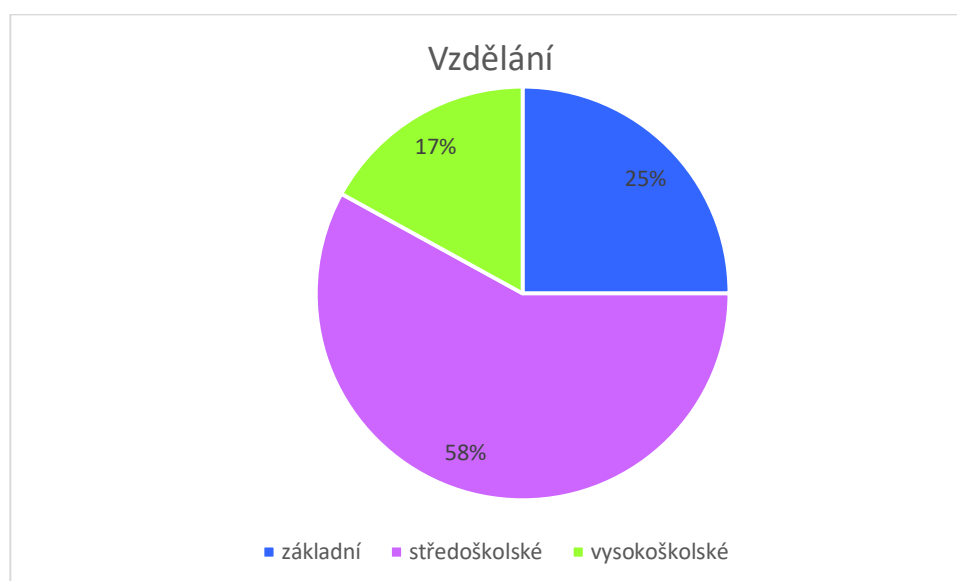
Z Grafu 1 vychází podíl zastoupení respondentů podle pohlaví, kdy bylo osloveno z celkového počtu 100 respondentů 68% (68) žen a 32% (32) mužů.

Graf 2 – Zastoupení respondentů podle věku



Z Grafu 2 vychází podíl respondentů podle věku. Osloveno bylo 30% (30) respondentů ve věku 65-70 let, 29% (29) ve věku 71-75 let, 17% (17) ve věku 76-80 let, 9% (9) ve věku 81-85 let, 12% (12) ve věku 86-90 let a 3% (3) respondentů ve věku nad 90 let.

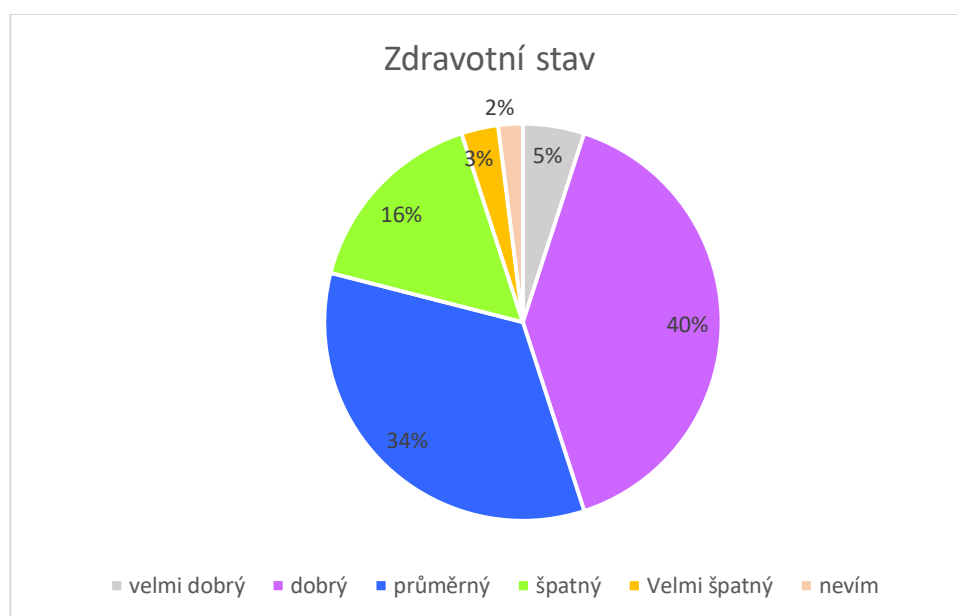
Graf 3 – Zastoupení respondentů podle vzdělání



Z Grafu 3 vychází podíl respondentů podle vzdělání, kdy bylo osloveno 58% (58) respondentů středoškolského vzdělání, 25% (25) respondentů základního vzdělání a 17% (17) respondentů vysokoškolského vzdělání.

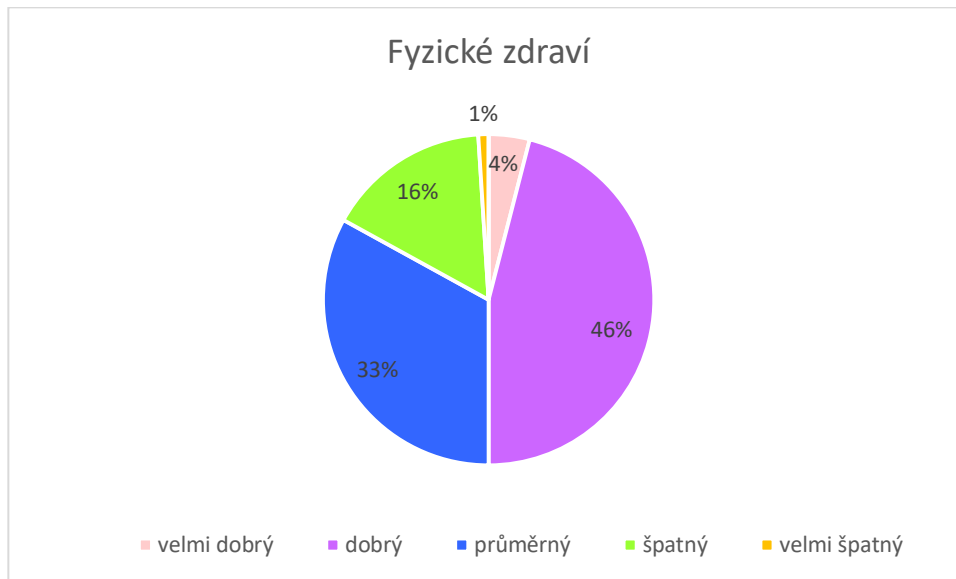
5.2 Zdravotní stav oslovených seniorů

Graf 4 – Hodnocení celkového zdravotního stavu seniorů



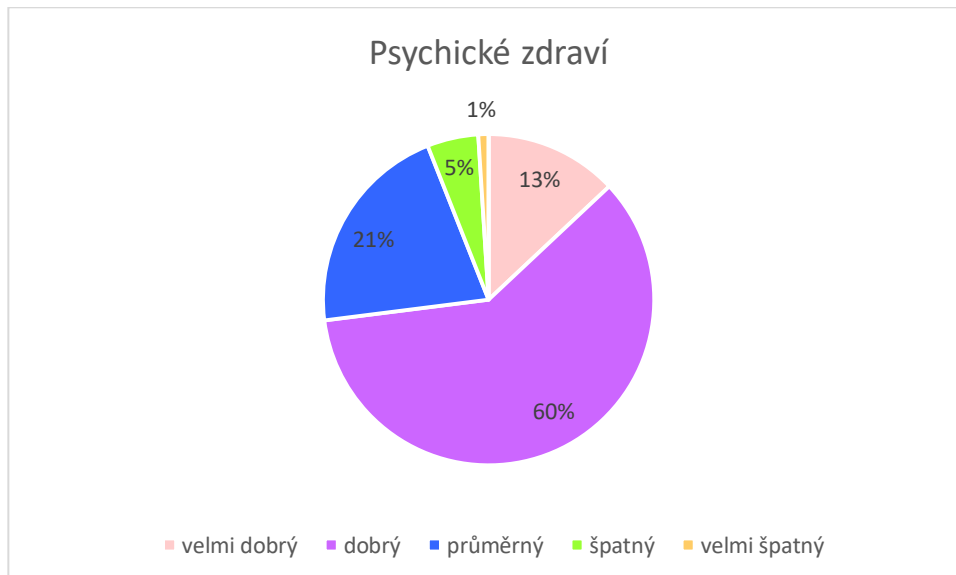
Grafu 4 znázorňuje, jak senioři hodnotí vlastní zdravotní stav. Nejvíce svůj zdravotní stav hodnotí jako dobrý 40% (40) a průměrný 34% (34). Dále jako špatný svůj zdravotní stav hodnotí 16% (16) respondentů, jako velmi špatný 3% (3) a jako velmi dobrý jen 5% (5). Odpověď nevím zvolili 2% (2) respondentů.

Graf 5 – Hodnocení fyzického zdraví seniorů



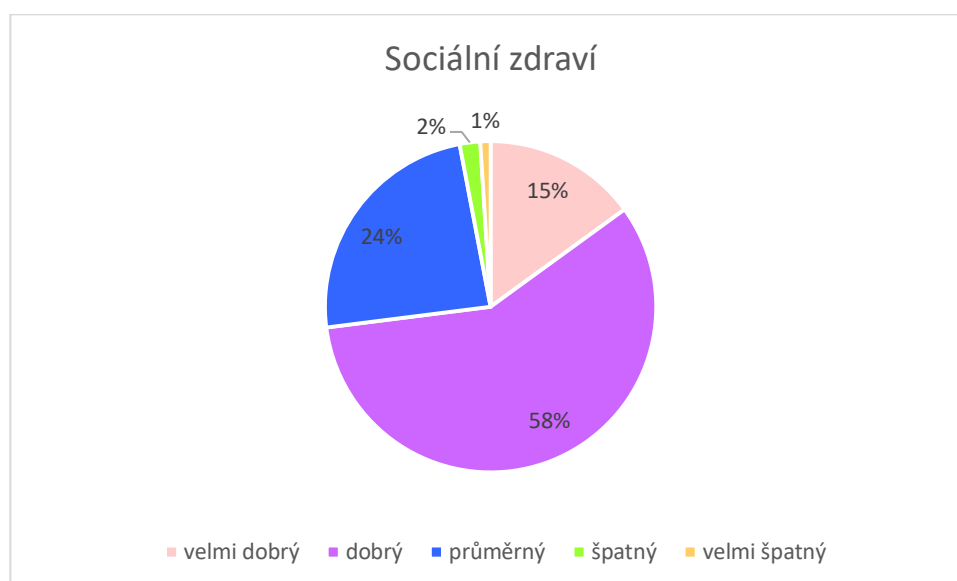
Graf 5 zobrazuje procentuální zastoupení odpovědí respondentů na otázku jak hodnotí své fyzické zdraví. Zde odpověď dobré zvolilo 46% (46) respondentů, průměrné 33% (33), špatné 16% (16), velmi špatné jen 1% (1) a velmi dobré 4% (4) respondentů. Odpověď nevím, zde není zastoupena a je z grafu vynechána.

Graf 6 – Hodnocení psychického zdraví seniorů



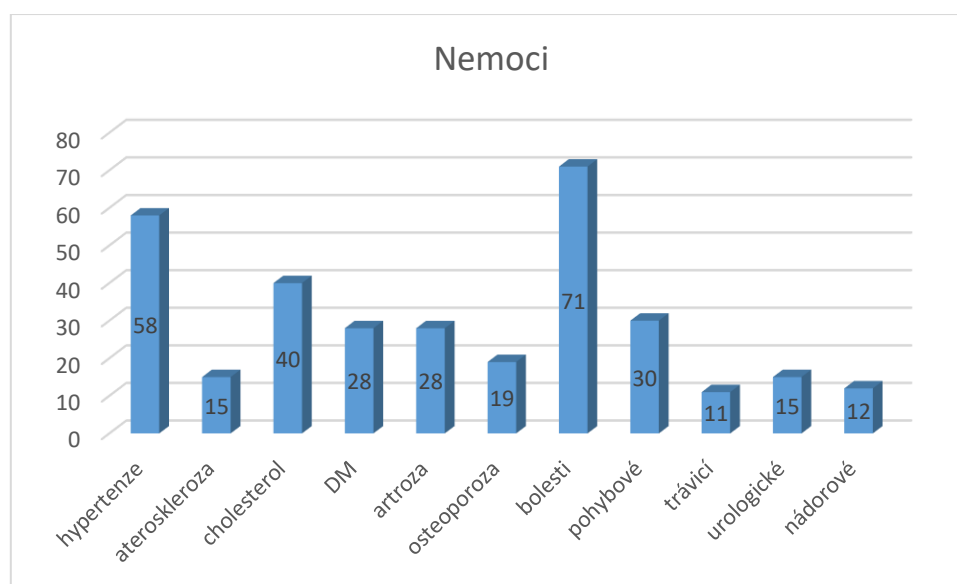
Graf 6 zobrazuje, jak respondenti hodnotí své psychické zdraví. Zde nadpoloviční většina oslovených seniorů zvolila odpověď dobré 60% (60), dále průměrné 21% (21), špatné 5% (5), velmi špatné 1% (1) a jako velmi dobré hodnotí své psychické zdraví 13% (13) seniorů. Odpověď nevím není zastoupena.

Graf 7 – Hodnocení sociálního zdraví seniorů



Graf 7 znázorňuje odpovědi seniorů na otázku, jak hodnotí své sociální zdraví. Zde 58% (58) seniorů odpovědělo dobré, 24% (24) průměrné, 2% (2) špatné, 1% (1) velmi špatné a 15% (15) velmi dobré. Odpověď nevím není zastoupena.

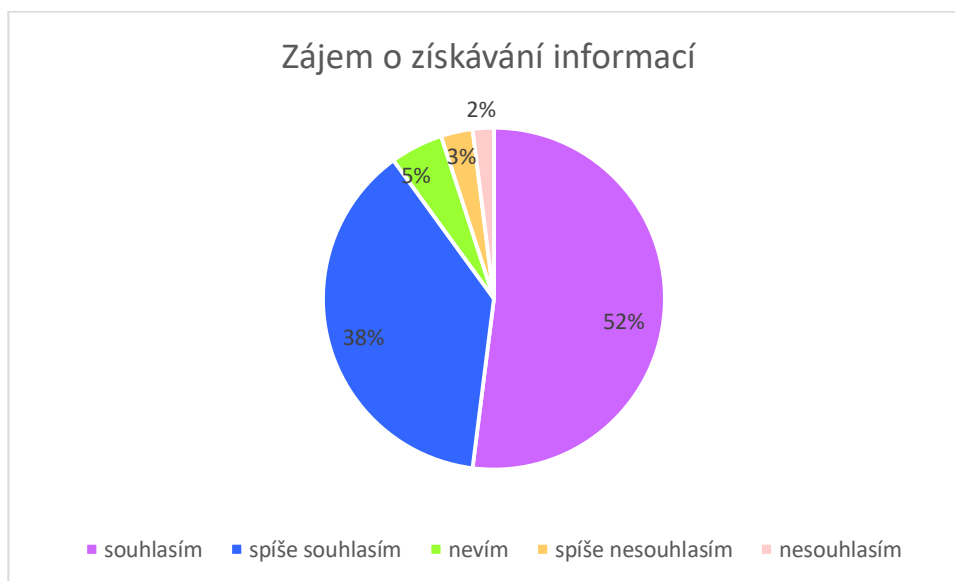
Graf 8 – Nejčastější nemoci seniorů



Graf 8 znázorňuje nejčastější onemocnění seniorů.

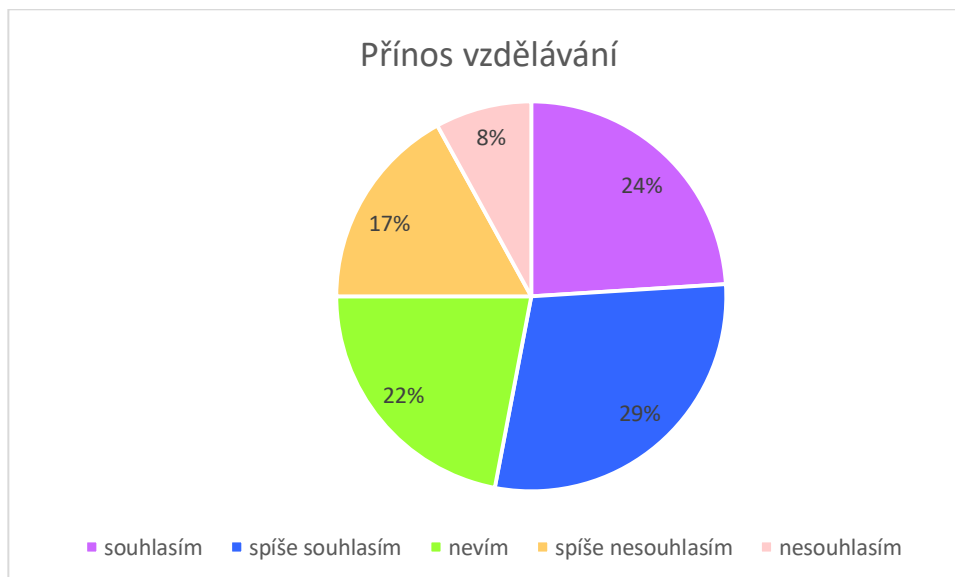
5.3 Způsob podpory zdravotní gramotnosti

Graf 9 - Zájem o získávání informací o zdravotním stavu



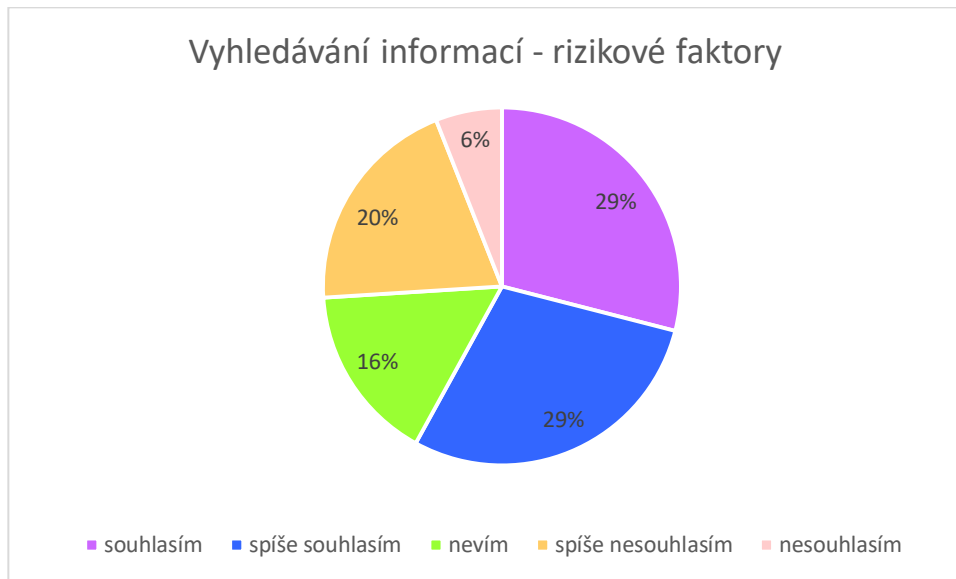
Graf 9 znázorňuje odpovědi na otázku, zda senioři projevují zájem o informace. 52% (52) seniorů souhlasí, že zájem o informace mají. 38% (38) seniorů spíše souhlasí, 5% (5) seniorů neví, 3% (3) spíše nesouhlasí a 2% (2) seniorů nesouhlasí vůbec.

Graf 10 - Přínos vzdělávání s ohledem na zdraví



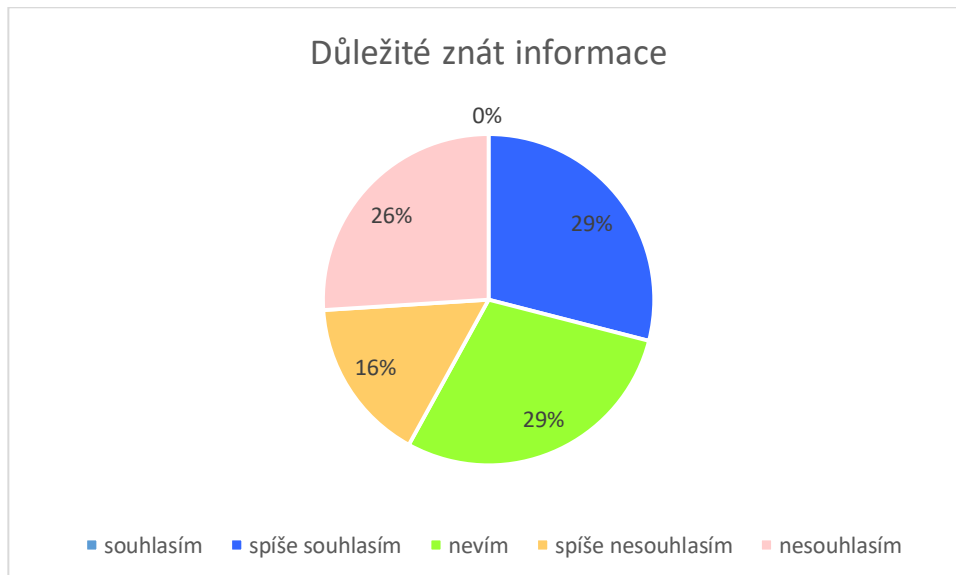
Graf 10 znázorňuje odpovědi na otázku, zda je pro seniory přínosné vzdělávání v oblasti zdraví. Senioři nejčastěji volili odpověď souhlasím (24%), spíše souhlasím (29%) a nevím (22%). Méně zastoupené jsou odpovědi spíše nesouhlasím (17%) a nesouhlasím (8%).

Graf 11 - Vyhledávání informací s ohledem na rizikové faktory



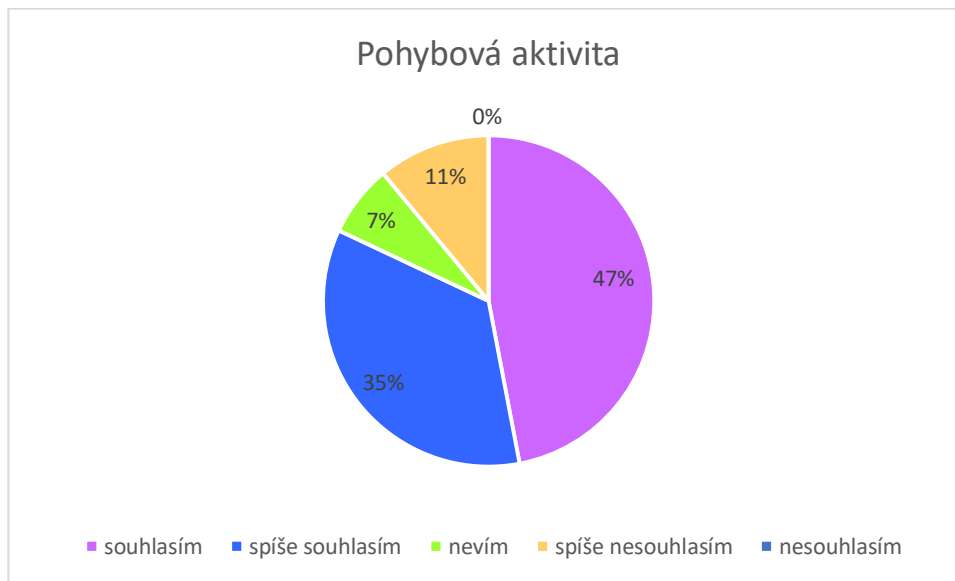
Graf 11 znázorňuje, zda si senioři vyhledávají informace o rizikových faktorech. Zde je stejným počtem 29% (29) zastoupena odpověď souhlasím i spíše souhlasím. Odpověď nevím je zastoupena 16% (16), spíše nesouhlasím 20% (20) a nesouhlasím 6% (6).

Graf 12 - Důležité znát informace o zdravotním stavu



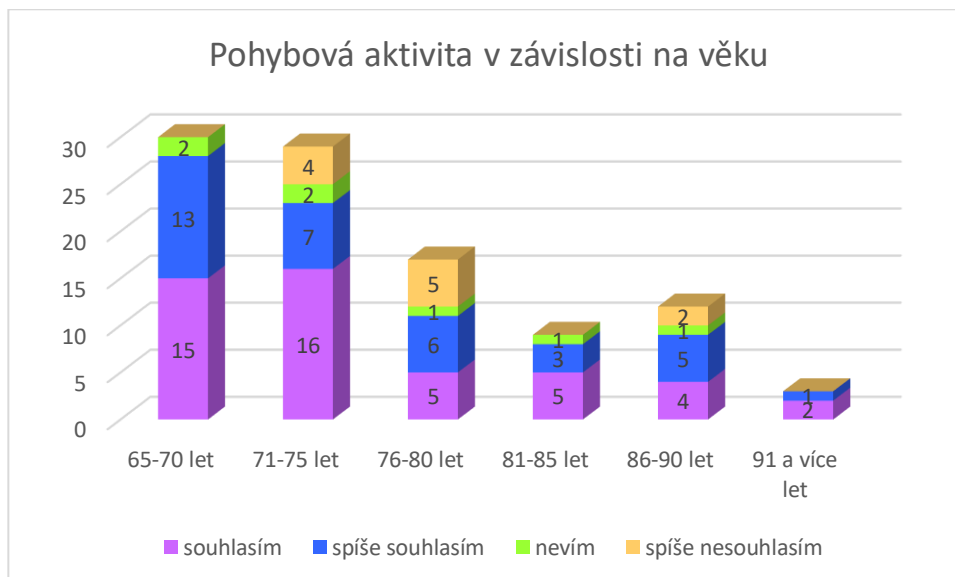
Graf 12 znázorňuje odpovědi na otázku, zda je pro seniory důležité znát všechny informace týkající se jejich zdravotního stavu. Zde je stejným počtem (29%) zastoupena odpověď spíše souhlasím a nevím. Odpověď spíše nesouhlasím je zastoupena 16% (16) a odpověď nesouhlasí 26% (26). Odpověď souhlasím zde není zastoupena.

Graf 13 - Podpora zdraví pohybovou aktivitou



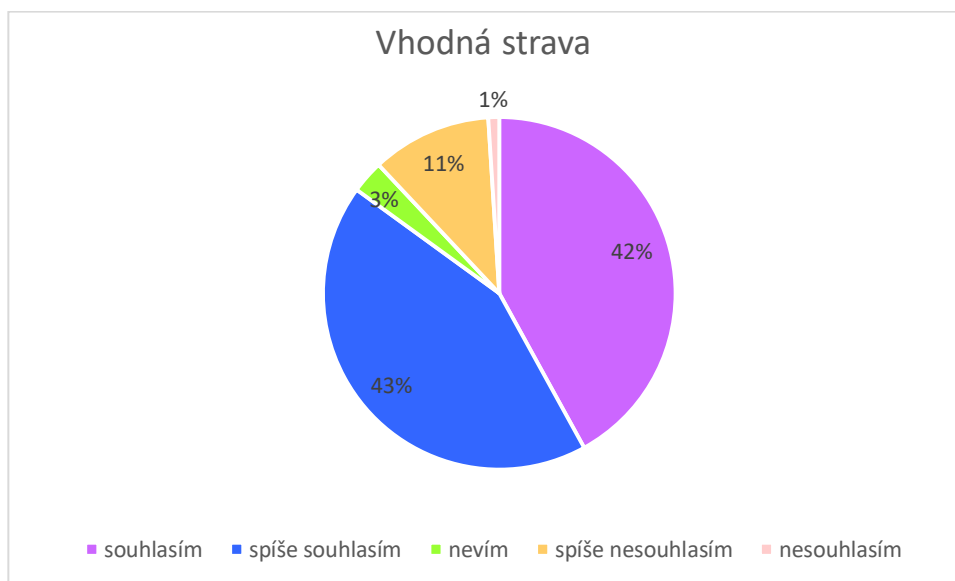
Graf 13 znázorňuje, zda senioři mají dostatečnou pohybovou aktivitu. Zde většina seniorů zvolila odpověď souhlasím (47%) a odpověď spíše souhlasím (35%). Méně seniorů neví (7%) a spíše nesouhlasí (11%). Odpověď nesouhlasím není zastoupena.

Graf 14 - Pohybová aktivita u jednotlivých věkových kategorií



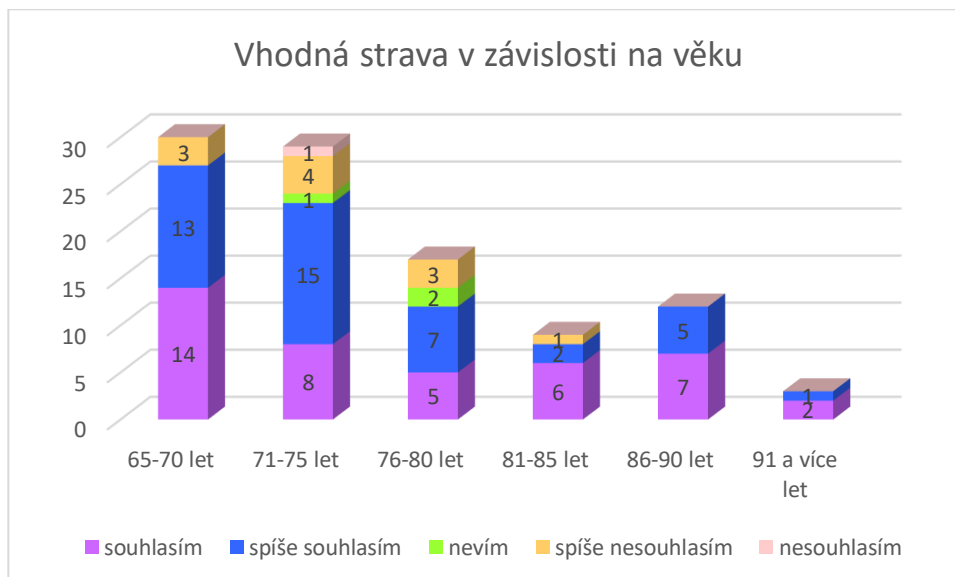
V grafu 14 můžeme vidět odlišnosti v hodnocení dostatečné pohybové aktivity u jednotlivých věkových kategorií. Odpověď nesouhlasím nebyla zastoupena.

Graf 15 - Podpora zdraví vhodným stravováním



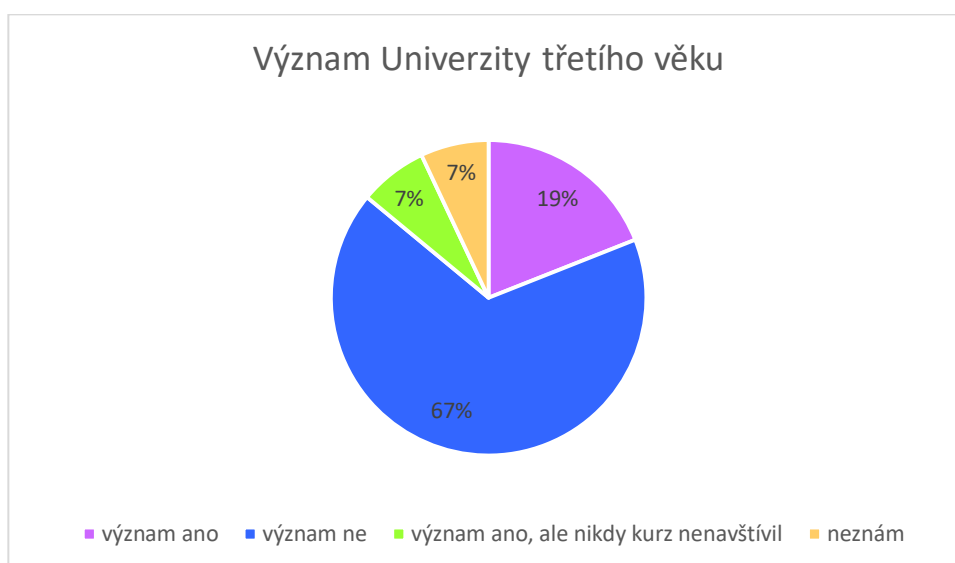
Graf 15 znázorňuje odpovědi na otázku, zda senioři mají vhodnou stravu. Zde jsou zastoupeny nejvíce odpovědi souhlasím (42%) a spíše souhlasím (43%). Ve 3% (3) senioři neví, 11% (11) spíše nesouhlasí a 1% (1) nesouhlasí.

Graf 16 – Vhodné stravování u jednotlivých věkových kategorií



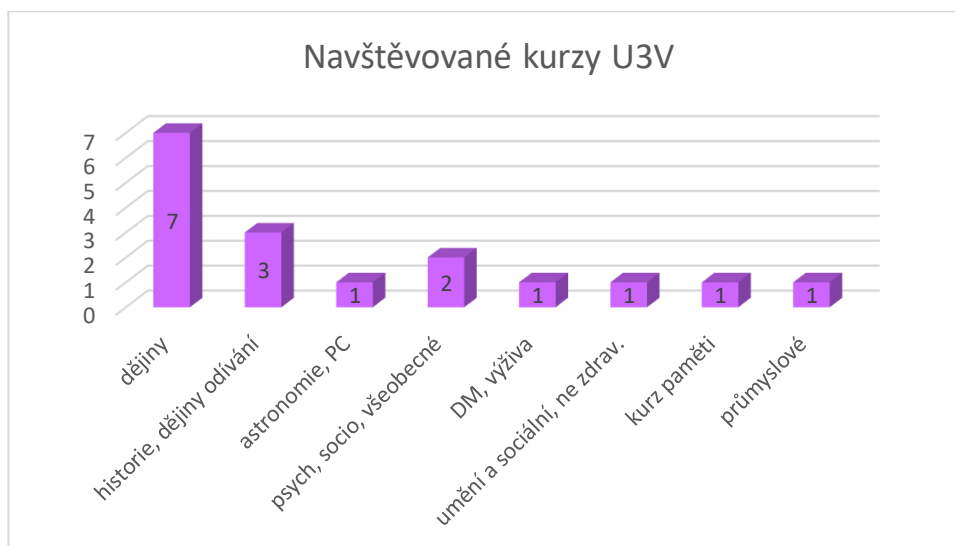
Z grafu 16 můžeme vidět odlišnosti v hodnocení zdravé stravy u jednotlivých věkových kategorií.

Graf 17 - Podpora ZG formou návštěvy Univerzity třetího věku



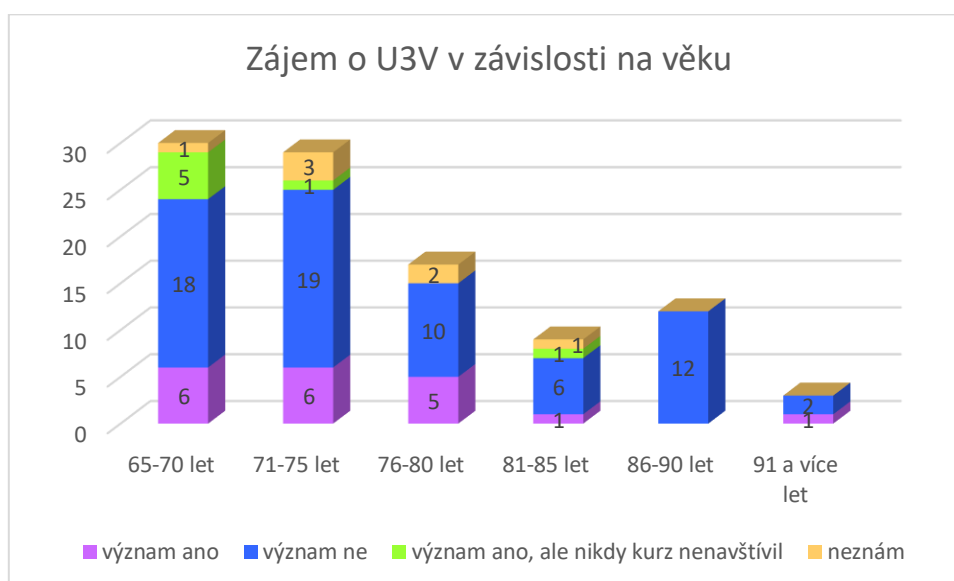
Graf 17 znázorňuje, zda má pro seniory vzdělávání formou univerzit třetího věku význam. Pro 67% (67) seniorů nemá žádný význam, pro 19% (19) význam má a i navštěvují či dříve navštěvovali kurz, pro 7% (7) seniorů význam vnímá ale nikdy kurz nenavštívili a 7% (7) vůbec nezná Univerzity třetího věku.

Graf 18 – Kurzy univerzity třetího věku navštěvované seniory



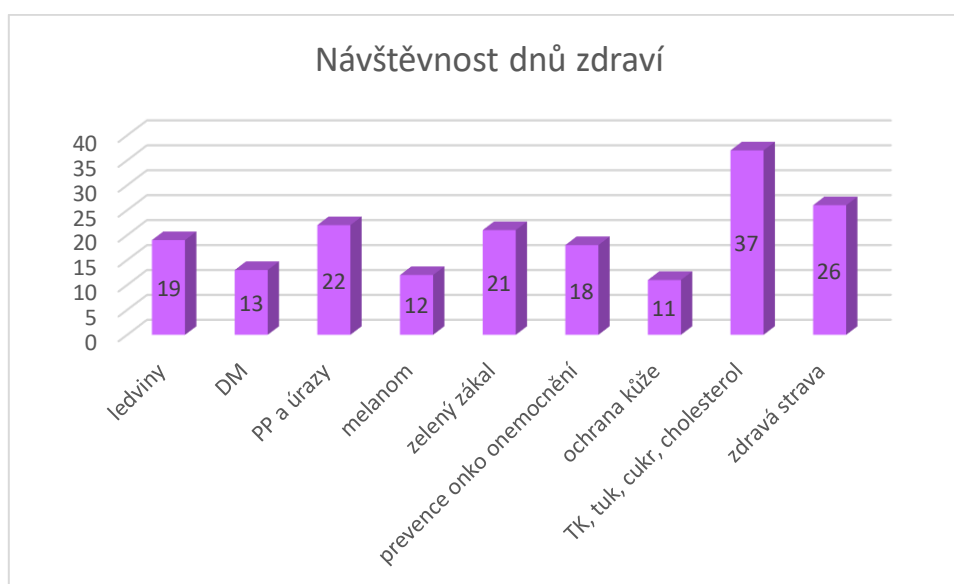
Graf 18 ukazuje jaké kurzy univerzity třetího věku senioři navštěvují. Téma navštěvovaného kurzu uvedlo 17 (100%) seniorů. Nejvíce je navštěvovaný kurz věnovaný dějinám 7 (41%), historii a dějinám odívání 3 (18%), psychologii, sociologii a všeobecnému zaměření 2 (12%) a dále astronomii a výpočetní technice 1 (6%), umění a sociální (nezdravotnické) 1 (6%), kurz paměti 1(6%), průmyslové zaměření 1(6%) a zaměření na DM a výživu 1 (6%).

Graf 19 – Zájem o Univerzity třetího věku u jednotlivých věkových kategorií



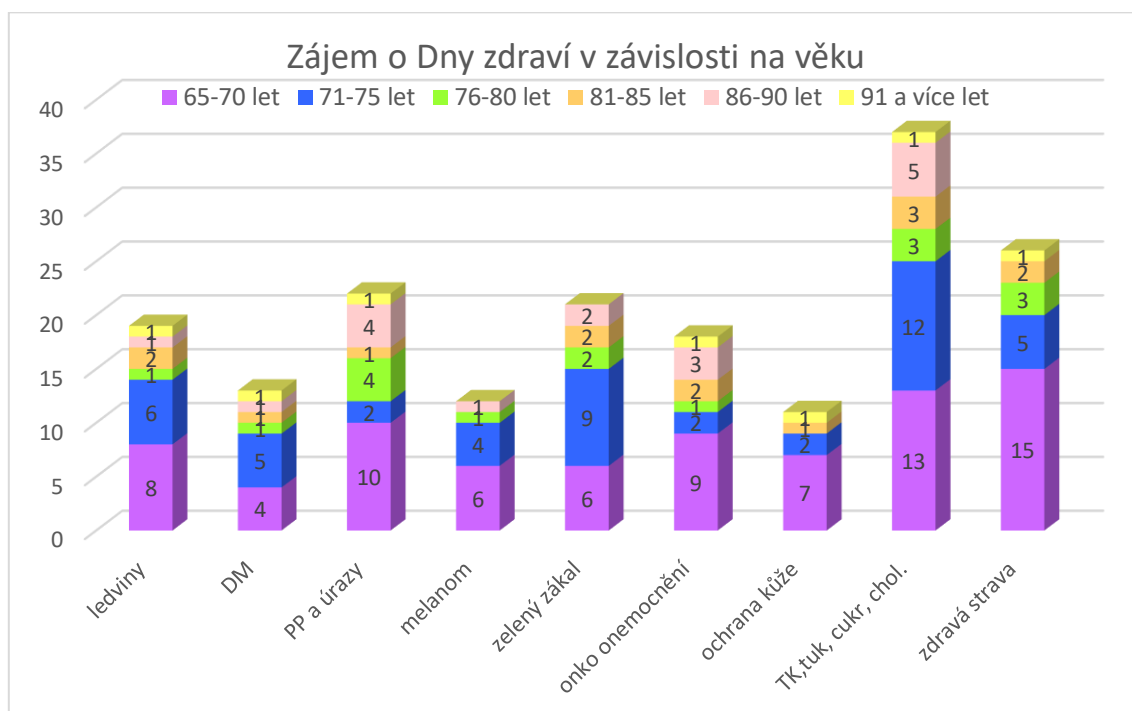
Z grafu 19 můžeme vidět jaký význam má pro seniory Univerzita třetího věku u jednotlivých věkových kategoriích.

Graf 20 - Podpora ZG formou návštěv dnů zdraví



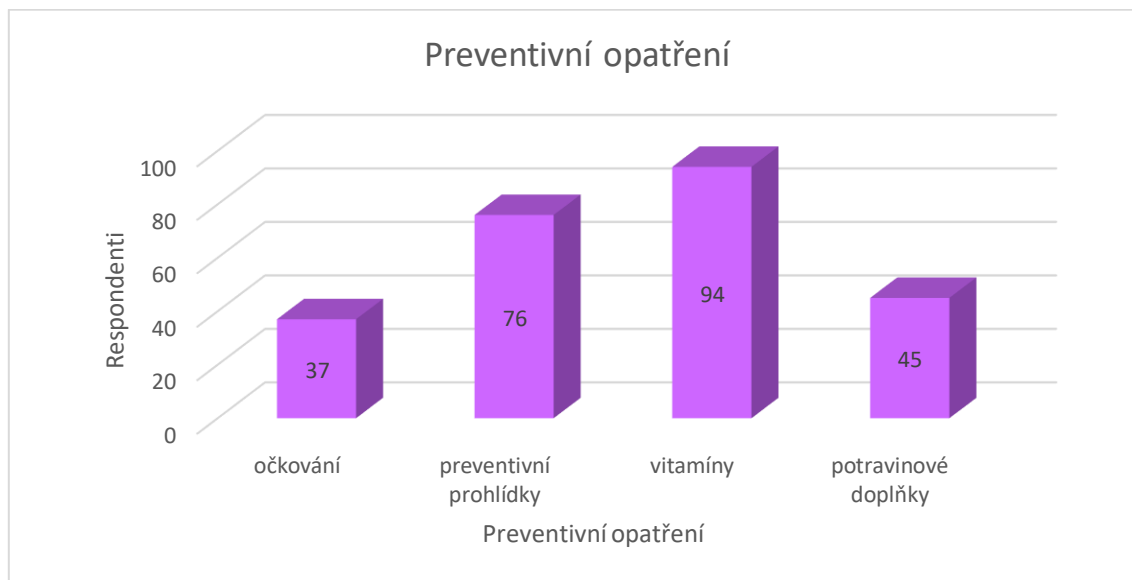
Graf 20 znázorňuje, jak seniory navštěvují Dny zdraví. Senioři nejčastěji navštívili den zdraví zaměřený na měření krevního tlaku, tuku, cukru a cholesterolu. Druhý nejvíce navštěvovaný je zaměření na zdravé stravování, třetí na první pomoc a úrazy, čtvrtý na zelený zákal, pátý na funkci ledvin, šestý na prevenci onkologických onemocnění, sedmý na diabetes mellitus, následovaný kožním vyšetřením na melanom a poslední na ochranu kůže před slunečním zářením a hmyzím bodnutím.

Graf 21 – Zájem o dny zdraví u jednotlivých věkových kategorií



Z grafu 21 můžeme vidět jaká je návštěvnost Dnů zdraví seniory.

Graf 22 - Podpora zdraví formou preventivních opatření



Graf 22 znázorňuje jaké prostředky seniory častěji využívají k prevenci. Nejvíce seniorů (94%) využívá vitamíny ve formě dostatku ovoce, zeleniny. 76% (76) pravidelně dochází na preventivní prohlídky, 45% (45) užívá různé potravinové doplňky (vitamíny) a jen 37% (37) využilo očkování proti chřipce.

5.4 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1 – Úroveň podpory zdravotní gramotnosti je ovlivněna zdravotním stavem seniora.

Pro otestování této hypotézy byla použita Pearsonova korelace. V tab. 1 – jsou zobrazeny dosažené hladiny významnosti pro jednotlivé otázky na zjištění úrovně podpory zdravotní gramotnosti ve vztahu ke zdravotnímu stavu seniora. Tučně jsou zobrazeny otázky, u kterých byl zaznamenán statisticky významný vztah.

Jednalo se o otázku:

- č. 7 ($r = 0,250$)
- č. 8 ($r = 0,380$)
- č. 11 ($r = 0,278$)

V těchto bodech se tedy hypotéza potvrdila (viz kontingenční tabulka 1; 2; 3 níže), v ostatních případech tento vztah nebyl statisticky prokázán.

Tab. 1 – Dosažená hladina významnosti (úroveň podpory zdravotní gramotnosti)

Testované otázky	p
Otázka č. 6 – zájem o informace	0,107
Otázka č. 7 – vzdělávání	0,012
Otázka č. 8 – pohybová aktivita	0,000
Otázka č. 9 – vhodná strava	0,998
Otázka č. 10 – informace z TV, internetu	0,472
Otázka č. 11 – doporučení od lékaře	0,005
Otázka č. 12 – návštěva lékaře	0,376
Otázka č. 13 – vyhledávání informací s ohledem na rizikové faktory	0,111
Otázka č. 14 – informovanost o zdravotním stavu	0,103

Zdroj: Vlastní výzkum

Kontingenční tabulka 1 – Zdravotní stav respondenta a otázka č. 7

		Zdravotní stav				Celkem
		velmi dobrý	dobrý	průměrný	špatný	
Otázka č. 7 - Bylo by pro Vás přínosné vzdělávání se v oblasti zdraví? (zdravotní stav, zdravý životní styl)	souhlasím	1	17	5	1	24
	spíše souhlasím	1	13	11	4	29
	nevím	0	11	9	2	22
	spíše nesouhlasím	0	6	9	2	17
	nesouhlasím	0	3	3	2	8
Celkem		2	50	37	11	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kontingenční tabulka znázorňuje subjektivní hodnocení seniorů přínosu vzdělávání v závislosti na jejich zdravotním stavu. Seniori s velmi dobrým a dobrým stavem vidí vzdělávání jako přínosné, a naopak ti s průměrným či špatným zdravotním stavem už začínají volit odpovědi spíše nesouhlasím a nesouhlasím.

Kontingenční tabulka 2 – Zdravotní stav respondenta a otázka č. 8

		Zdravotní stav				Celkem
		velmi dobrý	dobrý	průměrný	špatný	
Otázka č. 8 - Podporujete své zdraví dostatečnou pohybovou aktivitou?	souhlasím	1	32	11	3	47
	spíše souhlasím	1	13	18	3	35
	nevím	0	4	2	1	7
	spíše nesouhlasím	0	1	6	4	11
Celkem		2	50	37	11	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kontingenční tabulka znázorňuje subjektivní hodnocení seniorů pohybovou aktivitu v závislosti na zdravotním stavu. Zde seniori s velmi dobrým a dobrým zdravotním stavem hodnotí svou pohybovou aktivitu jako dostačující, zvolili odpovědi souhlasím a spíše souhlasím. U seniorů s průměrným či špatným zdravotním stavem naopak zaznamenávám odpověď spíše nesouhlasím. Odpověď nesouhlasím zde nebyla zastoupena.

Kontingenční tabulka 3 – Zdravotní stav respondenta a otázka č. 11

		Zdravotní stav				Celkem
		velmi dobrý	dobrý	průměrný	špatný	
Otázka č. 11 - Dodržujete doporučení od lékaře?	souhlasím	1	39	25	5	70
	spíše souhlasím	1	11	9	4	25
	nevím	0	0	2	0	2
	spíše nesouhlasím	0	0	1	2	3
Celkem		2	50	37	11	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato kontingenční tabulka znázorňuje dodržování doporučení od lékaře v závislosti na zdravotním stavu seniora. Zde senioři s velmi dobrým či dobrým zdravotním stavem odpověděli jen souhlasím a spíše souhlasím. Naopak u seniorů s průměrným či špatným zdravotním stavem můžeme vidět zastoupení i odpověď spíše nesouhlasím. Odpověď nesouhlasím nebyla zastoupena.

Hypotéza 2 – Ženy mají větší zájem o získávání informací návštěvou Dnů zdraví než muži.

Pro otestování této hypotézy byl použit T-test. Testovanou otázkou byla otázka č. 16. *Jaké možnosti/prostředky/činnosti jsou pro Vás důležité ke zvýšení povědomí o zdraví/zdravotním stavu?* Konkrétně se jednalo o možnost „Dny zdraví“. Dosažená hladina významnosti v tomto testu činila pro první skupinu $p=0,357$ a pro druhou $p=0,347$. Na základě toho můžeme říci, že mezi pohlavími u zájmu o získávání informací návštěvou Dnů zdraví nebyl prokázán statisticky významný rozdíl. Lze tedy konstatovat, že H2 se nepotvrdila.

Independent Samples Test

	t-test for Equality of Means				
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Otázka č. 16 – Dny zdraví	,925	98	,357	,175	,189
	,947	64,577	,347	,175	,184

Zdroj: Vlastní výzkum

Hypotéza 3 – Způsob podpory zdravotní gramotnosti je rozdílný u seniorů do 70 let a seniorů nad 70 let.

Způsob podpory zdravotní gramotnosti je obsažen v otázkách č. 6, 8, 9, 13 a 20. **Otázky č. 6, 8, 9, 13** byly otestovány pomocí T-testu. V tab. 2 (viz níže) jsou zobrazeny jednotlivé testované otázky a dosažená hladina významnosti. U otázek č. 8 a 13 byl prokázán statisticky významný rozdíl.

U otázky č. 8 byl průměr u seniorů:

- do 70 let 1,57 (std. 0,626) výsledek t-testu $t = -1,712$
- nad 70 let byl průměr 1,93 (std. 1,081) $t = -2,098$.

U otázky č. 13 byl průměr u seniorů:

- do 70 let 2,10 (std. 0,995) $t = -1,831$
- nad 70 let činil průměr 2,60 (std. 1,345) a výsledek $t = -2,061$.

U těchto otázek se tedy H_3 potvrdila. V ostatních případech nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Tab. 2 – Dosažená hladina významnosti (způsob podpory zdravotní gramotnosti)

Testované otázky	p
Otázka č. 6 – zájem o informace	0,533
	0,530
Otázka č. 8 – pohybová aktivita	0,090
	0,039
Otázka č. 9 – vhodná strava	0,403
	0,382
Otázka č. 13 – vyhledávání informací s ohledem na rizikové faktory	0,070
	0,043

Zdroj: Vlastní výzkum

Kontingenční tabulka 4 – Odpovědi na otázku č. 4 podle věku respondentů

		Věk		Celkem
		do 70 let	nad 70 let	
Otázka č. 8 - Podporujete své zdraví dostatečnou pohybovou aktivitou?	souhlasím	15	32	47
	spíše souhlasím	13	22	35
	nevím	2	5	7
	spíše nesouhlasím	0	11	11
Celkem		30	70	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této kontingenční tabulky můžeme vidět zhodnocení dostatečné pohybové aktivity u věkové skupiny do 70 let a nad 70 let. Odpověď spíše nesouhlasím zaznamenávám až u seniorů nad 70 let, senioři do 70 let odpovídali souhlasím a spíše souhlasím. Odpověď nesouhlasím zde nebyla zastoupena.

Kontingenční tabulka 5 – Odpovědi na otázku č. 13 podle věku respondentů

		Věk		Celkem
		do 70 let	nad 70 let	
Otázka č. 13 - Přístupujete aktivně k rozšíření a prohloubení svých informací o zdravotních rizikových faktorech? (vyhledávání informací)	souhlasím	10	19	29
	spíše souhlasím	10	19	29
	nevím	7	9	16
	spíše nesouhlasím	3	17	20
	nesouhlasím	0	6	6
Celkem		30	70	100

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této kontingenční tabulky můžeme vidět jako senioři do 70 let a nad 70 let přistupují k rozšíření a prohloubení svých informací o rizikových faktorech. Senioři nad 70 let více zvolili odpověď spíše nesouhlasím a nesouhlasím, oproti seniorům do 70 let, kteří odpověď nesouhlasím nezvolili vůbec.

Otázka č. 20 byla otestována pomocí Pearson Chi-Square. Dosažená hladina významnosti u jednotlivých možností je tučně vyznačena v tab. 3 níže. Do výpočtu nebyly zahrnuty odpovědi „nevím“.

Statisticky významný rozdíl byl zaznamenán u možnosti:

- První pomoc a prevence úrazů, $\chi^2 = 3,075$ (viz kontingenční tabulka 6)
- Prevence onkologických onemocnění $\chi^2 = 4,041$ (viz kontingenční tabulka 7);
- Ochrana kůže – slunce, bodnutí hmyzem $\chi^2 = 6,510$ (viz kontingenční tabulka 8)
- Zaměřený na zdravé stravování $\chi^2 = 13,094$ (viz kontingenční tabulka 9)

V těchto bodech se H3 taktéž potvrdila, u ostatních možností nebyl prokázán statisticky významný rozdíl.

Tab. 3 – Dosažená hladina významnosti (způsob podpory zdravotní gramotnosti)

Testované možnosti	p
Zaměřený na ledviny	0,213
Zaměřený na DM	0,989
První pomoc a prevence úrazů	0,080
Melanom – vyšetření pigmentových znamének	0,113
Zelený zákal	0,846
Prevence onkologických onemocnění	0,044
Ochrana kůže – slunce, bodnutí hmyzem	0,011
Ženy v době těhotenství a kojení – výživa	0,288
Se zdravotní pojišťovnou – měření TK, tuku, cukru a cholesterolu	0,419
Zaměřený na zdravé stravování	0,000

Zdroj: Vlastní výzkum

Kontingenční tabulka 6 – Odpovědi na možnost „první pomoc a prevence úrazů“ podle věku respondentů

		Věk		Celkem
		do 70 let	nad 70 let	
Otázka č. 20 - První pomoc a prevence úrazů	ano	10	12	22
	ne	20	57	77
Celkem		30	69	99

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této kontingenční tabulky můžeme vidět, jak senioři navštěvují dny zdraví zaměřené na první pomoc a prevenci úrazů. Odpověď 'nevím' zde není zahrnuta, byla využita jedním respondentem.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,075 ^a	1	,080		
Continuity Correction ^b	2,221	1	,136		
Likelihood Ratio	2,930	1	,087		
Fisher's Exact Test				,113	,070
Linear-by-Linear Association	3,043	1	,081		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,67.

b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: Vlastní výzkum

Kontingenční tabulka 7 - Odpovědi na možnost „prevence onkologických onemocnění“ podle věku respondentů

		Věk		Celkem
		do 70 let	nad 70 let	
Otázka č. 20 – Prevence onkologických onemocnění	ano	9	9	18
	ne	21	60	81
Celkem		30	69	99

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této kontingenční tabulky můžeme vidět, jak senioři navštěvují dny zdraví zaměřené na prevenci onkologických onemocnění. Odpověď 'nevím' zde není zahrnuta, byla využita jedním respondentem.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4,041 ^a	1	,044		
Continuity Correction ^b	2,982	1	,084		
Likelihood Ratio	3,792	1	,051		
Fisher's Exact Test				,053	,045
Linear-by-Linear Association	4,000	1	,045		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: Vlastní výzkum

Kontingenční tabulka 8 - Odpovědi na možnost „ochrana kůže – slunce, bodnutí hmyzem“ podle věku respondentů

		Věk		Celkem
		do 70 let	nad 70 let	
Otázka č. 20 – Ochrana kůže	ano	7	6	13
	– slunce, bodnutí hmyzem	23	63	86
	ne			
Celkem		30	69	99

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této kontingenční tabulky můžeme vidět, jak senioři navštěvují dny zdraví zaměřené na ochranu kůže před slunečním zářením a hmyzím bodnutím. Odpověď nevím není zahrnuta, využil ji jen jeden respondent ze 100.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	6,510 ^a	1	,011		
Continuity Correction ^b	4,856	1	,028		
Likelihood Ratio	5,926	1	,015		
Fisher's Exact Test				,017	,017
Linear-by-Linear Association	6,445	1	,011		
N of Valid Cases	99				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,33.

b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: Vlastní výzkum

Kontingenční tabulka 9 - Odpovědi na možnost „zaměřený na zdravé stravování“ podle věku respondentů

		Věk		Celkem
		do 70 let	nad 70 let	
Otázka č. 20 – Zaměřený na zdravé stravování	ano	15	11	26
	ne	14	57	71
Celkem		29	68	97

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této kontingenční tabulky můžeme vidět, jak senioři navštěvují dny zdraví zaměřené na zdravé stravování. Odpověď nevíme, zde není zahrnuta, využili ji jen 3 respondenti.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	13,094 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	11,345	1	,001		
Likelihood Ratio	12,413	1	,000		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	12,959	1	,000		
N of Valid Cases	97				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,77.

b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: Vlastní výzkum

Hypotéza 4 – Senioři s vyšší úrovní podpory zdravotní gramotnosti považují informace o zdraví od odborného zdravotnického personálu za užitečné více než senioři s nižší úrovní podpory zdravotní gramotnosti.

K otestování této hypotézy byl použit T-test. Jednalo se o otázku č. 16. *Jaké možnosti/ prostředky/ činnosti jsou pro vás důležité k zvýšení povědomí o zdraví/ zdravotním stavu?* a možnosti „lékař“ a „zdravotní sestra. Vyšší úroveň podpory zdravotní gramotnosti měli respondenti, kteří v průměru na otázky č. 6 – 14 odpověděli „souhlasím“ a „spíše souhlasím“ a nižší úroveň ti respondenti, kteří v průměru odpověděli „spíše nesouhlasím“ a „nesouhlasím“. V tabulce 4 jsou zobrazeny dosažené hladiny významnosti. Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi úrovní podpory zdravotní gramotnosti a důležitostí informací od odborného zdravotnického personálu. Na základě toho lze říct, že H4 se nepotvrdila.

Tabulka 4 – Dosažená hladina významnosti (odborný zdravotnický personál)

Testované možnosti	p
Lékař	0,085
	0,031
Zdravotní sestra	0,084
	0,125

Zdroj: Vlastní výzkum

Hypotéza 5 – Muži využívají Univerzitu třetího věku k podpoře zdravotní gramotnosti více než ženy.

Pro otestování této hypotézy byl použit Pearson Chi-Square test. Testovanou otázkou byla otázka č. 17. *Z kterých uvedených možností získáte pravdivé informace, kterým budete věřit?* Konkrétně se jednalo o možnost „U3V – Univerzita 3. věku“. Do výpočtu nebyla zahrnuta odpověď „nevím“, co představovalo 14 respondentů. Dosažená hladina významnosti činila $p=0,347$. To znamená, že mezi pohlavími u využívání U3V k podpoře zdravotní gramotnosti nebyl zaznamenán statisticky významný vztah. Lze tedy konstatovat, že H5 se nepotvrdila.

Kontingenční tabulka 12 – Podpora zdravotní gramotnosti a Univerzita třetího věku.

		pohlaví		Total
		muž	žena	
ot17k_U3V	ano	9	26	35
	ne	18	33	51
Total		27	59	86

Zdroj: Vlastní výzkum

Z této kontingenční tabulky můžeme vidět, zda je pro seniory Univerzita třetího věku užitečná pro podporu zdravotní gramotnosti. Odpověď 'nevím' zde není zahrnuta.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,884 ^a	1	,347		
Continuity Correction ^b	,496	1	,481		
Likelihood Ratio	,896	1	,344		
Fisher's Exact Test				,479	,242
Linear-by-Linear Association	,874	1	,350		
N of Valid Cases	86				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,99.

b. Computed only for a 2x2 table

Zdroj: Vlastní výzkum

6 DISKUZE

V této části diplomové práce je kladen důraz na shrnutí výsledků z výzkumného šetření a jejich porovnání s jinými výzkumy či údaji v odborných publikacích.

Výzkumná část je založena na výsledcích ze strukturovaných rozhovorů se seniory. Na základě jejich subjektivního zhodnocení jednotlivých částí byla zpracována datová matice a následně vyhodnoceny odpovědi.

Výzkumný soubor je z celkového počtu 120 seniorů tvořen 100 seniory, se kterými byl rozhovor dokončen. Je tvořen celkem 32% (32) muži a 68% (68) ženami. Spodní hranice věku byla stanovena na 65 let a více, omezení v účasti na výzkumném šetření představovala především velká neznalost základních pojmů. Podle věkového rozmezí byli nejvíce zastoupeni senioři ve věku od 65 - 70 let a to 30% (30), od 71 – 75 let 29% (29), dále 17% (17) byli zastoupeni senioři ve věku 76-80 let a 81 a více let 24% (24). Nejvíce seniorů a to 58% (58) udává středoškolské vzdělání do kterého bylo zahrnuto i vyučení s maturitou, 25% (25) seniorů udává vzdělání základní a 17% (17) vysokoškolské vzdělání.

Součástí výzkumného šetření bylo také subjektivní hodnocení zdravotního stavu oslovených seniorů. Podle škály velmi dobrý, dobrý, průměrný, špatný, velmi špatný senioři zhodnotili svůj zdravotní stav. Nejvíce zastoupené jsou odpovědi dobrý 40% (40) a průměrný 34% (34), jako špatný ho hodnotí 16% (16) seniorů. Nejméně zastoupené odpovědi jsou velmi dobrý 5% (5) a velmi špatný 3% (3), odpověď nevím zvolili 2% (2) seniorů. Šedová, Doskočil et al. (2016) uvádějí, že zdravotní gramotnost se již stává jednou z ovlivnitelných determinant zdraví. V této části senioři také hodnotili jednotlivé části a to fyzické, psychické a sociální zdraví. Ve všech těchto 3 oblastech je nejvíce zastoupena odpověď „dobré“ (fyzické – 49%, psychické – 60% , sociální – 58%). Následuje odpověď „průměrné“, kdy je zastoupení již nižší (fyzické – 33%, psychické – 21%, sociální – 24%). Bártlová, Šedová, et al. (2017) uvádí výsledky výzkumného šetření, kdy byl také hodnocen zdravotní stav seniorů, z výsledků je zřejmé, že zdravotní stav senioři hodnotí velice nápodobně, jen s menšími rozdíly. Pro porovnání výsledků uvádějí zdravotní stav velmi dobrý (5,8%), dobrý (28,2%), uspokojivý (49,1%), špatný (14,2%), velmi špatný (1,2%). Nehodnotí však i psychické, fyzické a sociální zdraví, které také považují za důležité. Podle mého názoru senior

například se špatným psychickým zdravím je omezen či nemůže adekvátně volit svá rozhodnutí v oblasti zdraví a podporovat svou zdravotní gramotnost.

Cílem této práce bylo zmapovat jakým způsobem senioři podporují zdravotní gramotnost. Holčík (2014) říká, že pro rozvoj zdravotní gramotnosti je důležité zvýšit zájem získávat, vyhledávat, přijímat a využívat informace související s vlastním zdravím. Dále udává potřebu náležitě podporovat a rozvíjet zdravotní gramotnost především osob vyšších věkových kategorií, přičemž uvádí faktory ovlivňující zdravotní gramotnost (PŘÍLOHA 12). Špatenková, Smékalová (2015) uvádí v tomto ohledu jako velmi důležitou motivaci seniora ke vzdělávání.

Lloyd et al. (2018) uvádí výzkumné šetření, kdy bylo zkoumáno, jak se vyvíjí zdravotní gramotnost a její povznesení do společnosti k zajištění vyššího zájmu o zdraví. Z výsledků vyplývá, že na straně organizací je potřeba podpory zdravotní gramotnosti propagována efektivně, avšak k vytvoření takových úkonů, které by vytvořily změnu v propagaci mezi veřejnost nedochází nebo dochází jen minimálně a neefektivně.

Salm et al. (2018) poukazuje na vliv úrovně zdravotní gramotnosti na užívání antibiotik. Tento výzkum prováděl v Berlíně a osoby s nízkou zdravotní gramotností měly v nedávné minulosti vyšší procento užívání antibiotik než osoby s vyšší zdravotní gramotností.

Ze získaných výsledků vychází, že senioři mají zájem o získávání informací týkajících se jejich zdravotního stavu, zde odpověď souhlasím a spíše souhlasím zvolilo celkem 90% (90) seniorů. Avšak na otázku, zda je pro ně důležitá znalost informací o zdravotním stavu spíše volili opačné odpovědi, jako důležité tyto informace považuje jen 29% (29) seniorů. Což v porovnání se zájmem o získávání informací a jakou důležitost těmto informacím přikládají není v souladu. Šedová, Doskočil et al. (2016) uvádějí, že senioři mají zájem vyhledávat informace i v tisku, na internetu či jiných médiích.

V oblasti vzdělávání již nejsou výsledky tolik optimistické. Jen 51% (51) seniorů považuje vzdělávání se v oblasti zdraví jako přínosné. O znalost a vyhledávání rizikových faktorů s ohledem na zdraví má zájem jen 58% (58) seniorů. Což už samotné nasvědčuje spíše průměrnému zájmu seniorů o prevenci nemocí.

Jako optimistickou můžeme označit dostatečnou pohybovou aktivitu u seniorů, kdy celkem 82% (82) zvolilo odpovědi souhlasím a spíše souhlasím. Zde musíme brát v úvahu subjektivní hodnocení seniora, dle mého pohledu někteří senioři mají spíše

nízkou úroveň pohybové aktivity, než by bylo dostačující. V porovnání s věkem seniorů nejsou znatelné výrazné rozdíly. Ve všech věkových kategoriích senioři hodnotí svou pohybovou aktivitu jako dostatečnou. Belešová a Dvořáčková (2017) uvádějí informace z výzkumu prováděného u osob ohrožených chudobou, kdy je z jejich výsledků patrné, že pohybová aktivita je ovlivněna z 52,7% také chudobou.

Většina seniorů (85%) se domnívá, že mají vhodné stravování. Zde bych upozornila na totéž jako u pohybové aktivity, a to na subjektivní hodnocení, kdy nebyl zvláště zkoumán jídelníček ani pravidelnost ve stravě. V porovnání s věkem seniorů je zřetelná absolutní převaha u věkové kategorie 86 a více let, zde všichni oslovení uvádí, že mají vhodné stravování. U ostatních věkových kategorií jsou zastoupeny i odpovědi, udávající nevhodné stravování, ale nejsou v převaze. Svěráková (2017) poukazuje na snahu zlepšit podporu zdraví a ovlivnit chování ohrožených skupin obyvatel k žádoucím výsledkům, avšak v souvislosti se stravovacími návyky populace nepřichází potřebná změna. Obezitou trpí stále vysoké procento populace.

Dalším bodem, který byl v rámci výzkumného šetření zkoumán je význam univerzit třetího věku pro seniory. Zde 67% (67) seniorů uvádí, že pro ně tento způsob vzdělávání nemá žádný význam. Pro 7% (7) seniorů tato forma vzdělávání význam má, ale nikdy žádný kurz nenavštívili. Dalších 7% (7) vůbec univerzity třetího věku nezná a jen 19% (19) seniorů kurzy pořádané univerzitou třetího věku navštěvuje. Z těchto 19% seniorů uvedlo téma navštěvovaného kurzu jen 17% (17) seniorů, ostatní 2% (2) si téma nepamatovali, jelikož již kurz nenavštěvují. Z nejčastěji navštěvovaných témat kurzu univerzity třetího věku mají senioři nejvíce zájem o téma zaměřené na dějiny 41 (7%), historii a dějiny odívání 18 (3%), psychologii, sociologii a všeobecné zaměření 12 (2%) a dále astronomii a výpočetní techniku 6 (1%), umění a sociální zaměření (nezdravotnické) 6 (1%), kurz paměti 6 (1%), průmyslové zaměření 6 (1%) a zaměření na DM a výživu 6 (1%). Špatenková a Smékalová (2015) uvádějí, že mezi nejvíce vyhledávaná témata v oblasti vzdělávání jsou pro seniory důležité okruhy zaměřené na zdraví a nemoc, kulturu a umění, mezilidské vztahy (sociologie apod.), a historie. V porovnání s výsledky z našeho výzkumného šetření je možné potvrdit zájem seniorů především o dějiny a historii, ostatní okruhy témat jsou využívány minimálně. Nižší využití těchto okruhů témat můžeme vysvětlit i tím, že výzkumný soubor neobsahoval všechny seniory žijící v Jihočeském kraji ale pouze výběr. Tudíž nelze s jistou přesností označit, které okruhy jsou seniory nejvíce vyhledávány v Jihočeském kraji protože nebyl osloven každý senior.

Zkoumána byla také návštěvnost dnů zdraví. Z výzkumu se ukázalo, že senioři nejčastěji navštívili Den zdraví zaměřený na měření TK, cukru, tuku a cholesterolu 37% (37) následováno zaměřením na zdravé stravování 26% (26), první pomoc a úrazy 22% (22), zelený zákal 21% (21), funkce ledvin 19% (19), prevence onkologického onemocnění 18% (18), diabetes mellitus 13% (13), melanom – kožní vyšetření 12% (12) a ochranu kůže proti hmyzímu bodnutí a slunečnímu záření 11% (11). Myslím, že z celkového počtu 100 seniorů, kdy každý senior mohl odpovědět více možností je návštěvnost dnů zdraví velmi nízká. Žádné zaměření nebylo navštíveno nadpoloviční většinou. Z tohoto důvodu, jsou i ve výstupu z této diplomové práce zahrnuty i informace o těchto dnech zdraví pro jejich propagaci a zvýšení návštěvnosti. Například město Tábor tyto dny zdraví pořádalo v roce 2017 v měsíci říjnu, přesný datum konání v roce 2018 ještě není znám (Lorencová, 2017). V nemocnici Písek se již 13. rokem v březnu koná bezplatné vyšetření ledvin, kterým lze odhalit nejen nesprávnou funkci ledvin, ale také i některou z civilizačních chorob, jako je cukrovka, porucha tukového metabolismu a onemocnění močových cest. Vyšetřeným zájemcům buď po získání výsledků z laboratoře sdělí, že je vše v pořádku anebo ty s hraničními hodnotami dále zvou na podrobnější vyšetření (Nemocnice Písek, 2018). Pro dodání těchto informací seniorům, jsou tyto údaje také obsaženy i s podrobnějším popisem ve výstupu v této diplomové práci, který spočívá v edukační brožuře. Zjištěno bylo také jaká preventivní opatření využívají senioři k podpoře vlastního zdraví. Na výběr bylo ze 4 odpovědí. *Očkování* proti chřipce využilo jen 37% (37) ze 100 seniorů, což je podle mého názoru poměrně vysoké procento, ovšem z hlediska prevence této nemoci je velmi nízké. Už jen proto, že toto očkování je spíše zavrhováno a není i některými lékaři pro seniory doporučováno, což z vlastní zkušenosti mohu potvrdit. Maďar (2015) v rámci očkovacího centra k tomuto očkování uvádí, že je vhodné očkovat osoby s chronickým onemocněním, osoby nad 65 let, těhotné, obézní a kuřáky. Upozorňuje také na vhodnost každoročního přeočkovávání. Maďar (2017) také uvádí, že celková proočkovanost proti chřipce v sezóně 2016/2017 byla pouze 5-7% populace, přičemž je naočkováno 20-30% seniorů. Na *preventivní prohlídky* k praktickému lékaři dochází 76% (76) seniorů, což je celkem pozitivní výsledek. Porovnání s výsledky výzkumu Dolanského, et al. (2006), který zkoumal zda absolventi univerzit třetího věku navštěvují pravidelně preventivní prohlídky vychází najevo nízký vliv, tehdy jen 12% ze všech oslovených na preventivní prohlídky docházelo pravidelně. *Vitamíny* ve stravě, myšleno jako dostatek ovoce a zeleniny uvádí 94 % (94) seniorů, tento výsledek se dal očekávat. Ovšem záleží, zda se

tento náhled seniorů, dá považovat za objektivní a opravdu mají dostatek ovoce a zeleniny ve stravě. Užívání *potravinových doplňků* (vitamínů) uvádí 45% (45) seniorů. Patzelt et al. (2016) uvádí, že pro motivaci účastnit se na preventivních opatřeních je důležité přizpůsobit tyto opatření jednotlivým skupinám. Z jeho výzkumu vychází, že ženy a muži mají rozdílný pohled na možnosti prevence.

K vyhodnocení hypotézy 1 byla použita Pearsonova korelace. Tento test měl potvrdit či vyvrátit tvrzení, že „*Úroveň podpory zdravotní gramotnosti je ovlivněna zdravotním stavem seniora*“. Pro zhodnocení této hypotézy bylo vybráno 9 otázek (č.6, č.7, č.8, č.9, č.10, č.11, č.12, č.13, č.14) z výzkumného šetření, z čehož u 3 otázek se tato hypotéza potvrdila. Jedná se o otázky: č.7. Bylo by pro Vás přínosné vzdělávání se v oblasti zdraví?, č.8. Podporujete své zdraví dostatečnou pohybovou aktivitou? a č.11. Dodržujete doporučení od lékaře?. Hypotéza není potvrzena a tím pádem není zdravotním stavem ovlivněno vhodné stravování, důvěra k informacím z TV a internetu, vhodnost návštěvy lékaře, vyhledávání informací v souvislosti s rizikovými faktory a znalost informací o zdravotním stavu. Tyto výsledky nasvědčují že zdravotní stav výrazně neovlivňuje podporu zdravotní gramotnosti. Lee et al. (2017) zkoumal zda je zdravotní gramotnost ovlivněna pohlavím seniora, tento výzkum probíhal v Korei ale došli k závěrům, že mají stejnou úroveň zdravotní gramotnosti. Pohybová aktivita a její ovlivnění zdravotním stavem je opodstatněné. Vzdělávání v oblasti zdraví chápu jako individuální potřebu daného seniora a dodržování doporučení od lékaře by měl dodržovat každý jak nemocný, tak i zdravý z hlediska prevence. Bártlová, Šedová et al. (2017) uvádí že zdravotní gramotnost je ovlivněna zdravotním stavem seniora. Brabcová, Bártlová et al. (2017) uvádějí, že senioři s vyšší zdravotní gramotností více dodržují doporučení od lékaře a berou jeho rady vážně.

Vyhodnocení hypotézy 2 je provedeno pomocí T-testu. Tato hypotéza spočívala v zjištění, zda *ženy mají větší zájem o získávání informací návštěvou Dnů zdraví než muži*. Tato hypotéza se nepotvrdila a tudíž můžeme říci, že muži i ženy mají o získávání informací formou návštěvy Dnů zdraví stejný zájem. Tuto formu vzdělávání a prevence hodnotím jako velmi prospěšnou. Především jak v možnosti získání informací, tak i v možném vyšetření podle tématu daného Dne zdraví a následnému náhodnému odhalení nemoci. Tím může být i zajištěna včasná podrobnější diagnostika a léčba. Heide, Uiters et al. (2016) uvádějí, že vzdělávání má velký význam pro podporu zdravotní gramotnosti.

Hypotéza 3 je zpracována dvěma testy. Otázky č. 6,8,9,13 jsou zpracovány pomocí T-testu a otázka č. 20 je zpracována pomocí testu Pearson Chi-Square. Zde bylo zjišťováno, zda je *způsob podpory zdravotní gramotnosti rozdílný u seniorů do 70 let a nad 70 let*. Hypotéza se potvrdila u otázky 8. Podporujete zdraví dostatečnou pohybovou aktivitou? a 13. Přístupujete aktivně k rozšíření a prohloubení svých informací o zdravotních rizikových faktorech?, dále u otázky 20 byl prokázán význam jen u některých možností. Jedná se o zaměření na zdravé stravování, první pomoc a prevenci úrazů, prevenci onkologických onemocnění, ochranu kůže proti slunečnímu záření a hmyzímu bodnutí. Z výsledků tedy vychází, že v těchto zmíněných případech je způsob podpory zdravotní gramotnosti rozdílný u seniorů do 70 let a nad 70 let. U pohybové aktivity je možné tento rozdíl odůvodnit již možnou sníženou mobilitou, soběstačností nebo chronickým onemocněním, díky kterému senior není natolik schopen pohybu, na který byl ve svém životě zvyklý. U přístupu k rozšíření informací o rizikových faktorech snížený zájem chápu s ohledem na věk seniora, kdy jeho potřebou již nemusí být vyhledávání těchto informací ale například adekvátní léčba stávajícího onemocnění, dodržování preventivních opatření nebo také již klidné dožití. Kučera et al. (2016) uvádí, že stav zdravotní gramotnosti je negativně ovlivňován věkem seniora.

Hypotéza 4 je vyhodnocena pomocí T-testu. Zde bylo zjišťováno zda *senioři s vyšší úrovní podpory zdravotní gramotnosti považují informace o zdraví od odborného zdravotnického personálu za užitečné více než senioři s nižší úrovní podpory zdravotní gramotnosti*. Tato hypotéza nebyla potvrzena a můžeme tedy říci, že rozdílná úroveň zdravotní gramotnosti nemá vliv na rozdílné posouzení užitečnosti informací od odborného zdravotnického personálu (lékař a zdravotní sestra). Tato hypotéza byla zahrnuta, jelikož z mého pohledu senioři málo lékaři věří a nepovažují jeho postup vždy za správný, protože si vyhledali informace z neoborných a nevhodných zdrojů. Tento názor jsem slyšela od seniorů několikrát, ovšem ne při získávání dat k tomuto šetření. Jsem ráda, že i přes mou zkušenost je tato hypotéza nepotvrzena. Šedová, Doskočil et al. (2016) uvádějí, že senioři ve většině rozumí informacím od zdravotnického personálu, i přes to, že porozumění je čím dál složitější.

Hypotéza 5 je zpracována pomocí testu Pearson Chi-Square test. Bylo zjišťováno zda *muži využívají univerzit třetího věku k podpoře zdravotní gramotnosti více než ženy*. Tato hypotéza také není potvrzena a můžeme tedy konstatovat, že muži i ženy mají o tuto formu vzdělávání stejný zájem. S obdivem hodnotím zpětně některé seniory, kteří neznali tuto možnost vzdělávání a dnes, pár týdnů po ukončení sběru dat mám

informace o přihlášení se do kurzu virtuální univerzity třetího věku. Ikdyž se jedná o pouhé 4 seniory o kterých vím, tak mám radost, že již pouhý sběr dat je přiměl k vyzkoušení této možnosti vzdělávání. Kučera et al. (2016) uvádí, že zdravotní gramotnost je výrazně a pozitivně ovlivněna vzděláváním seniora. Špatenková, Smékalová (2015) upozorňují na vhodnost univerzit třetího věku z pohledu přizpůsobení se seniorům. Senior k učení vyžaduje dostatek času, lehkost (srozumitelnost) tématu, jelikož s postupem času je snižována učební kapacita člověka a seniorovi musí být učební látka přizpůsobena tak, aby byl schopný si ji zapamatovat.

Celkové shrnutí hypotéz:

Hypotéza 1 (Úroveň podpory zdravotní gramotnosti je ovlivněna zdravotním stavem seniora) – potvrzena ve 3 otázkách z 9.

Hypotéza 2 (Ženy mají větší zájem o získávání informací návštěvou Dnů zdraví než muži) – nepotvrzena

Hypotéza 3 (Způsob podpory zdravotní gramotnosti je rozdílný u seniorů do 70 let a seniorů nad 70 let) – potvrzena 2 otázkách ze 4 + 1 otázka potvrzeny možnosti 4 z 10.

Hypotéza 4 (Senioři s vyšší úrovní podpory zdravotní gramotnosti považují informace o zdraví od odborného zdravotnického personálu za užitečné více než senioři s nižší úrovní podpory zdravotní gramotnosti) – nepotvrzena

Hypotéza 5 (Muži využívají univerzit třetího věku k podpoře zdravotní gramotnosti více než ženy) - nepotvrzena

7 ZÁVĚR

Problematika zdravotní gramotnosti je v dnešní době velice aktuálním tématem nejen u seniorů. Je důležité propagovat cíle programu Zdraví 2020 mezi společnost a napomáhat k jejich plnění. U seniorské populace považují za vhodné zajistit vzdělávání, které by svou náplní přispělo k podpoře zdravotní gramotnosti.

Z výzkumné části je zřejmé, že senioři mají zájem o získávání informací o jejich zdravotním stavu, ale velkou důležitost jim moc nepřikládají. Polovina oslovených seniorů považuje vzdělávání v oblasti zdraví za přínosné a také mají zájem o vyhledávání informací o rizikových faktorech. Z výzkumné části také vyplývá, že mají dostatečnou pohybovou aktivitu a vhodně se stravují. Dalším bodem bylo zjištění, jaký význam mají pro seniory univerzity třetího věku. Zde nadpoloviční většina uvádí bezvýznamný přínos. Jen 19 seniorů ze 100 projevuje zájem o tuto formu vzdělávání. Návštěvnost Dnů zdraví také není mezi seniory ideální, žádná tematika nebyla navštívena nadpoloviční většinou. Jen zaměření na měření TK, cukru, cholesterolu a tuku byla navštívena 37% (37) seniorů, ostatní zaměření byla navštívena podstatně méně. Na preventivní prohlídky dochází 76% (76) seniorů a očkování proti chřipce využilo jen 37% (37). Prevence u seniorů spočívá převážně v příjmu potravin s obsahem vitamínů a někteří uvádějí užívání vitamínů ve formě potravinových doplňků.

Ze statistického zpracování hypotéz vychází, že úroveň podpory zdravotní gramotnosti je ovlivněna zdravotním stavem seniora jen v některých oblastech. Tato hypotéza se potvrdila u 3 z 9 testovaných otázek a jedná se o pohybovou aktivitu, vzdělávání v oblasti zdraví a dodržování doporučení od lékaře. Naopak zdravotním stavem seniora není ovlivněno vhodné stravování, důvěra k informacím z TV a internetu, schopnost rozpoznat, kdy je vhodné navštívit lékaře, vyhledávání informací v souvislosti s rizikovými faktory a znalost informací o zdravotním stavu. Hypotéza 2 nebyla potvrzena a můžeme tedy říci, že ženy i muži mají stejný zájem o získávání informací návštěvou Dnů zdraví. Z hypotézy 3 vychází, že způsob podpory zdravotní gramotnosti u seniorů do 70 let a seniorů nad 70 let je rozdílný v oblasti pohybové aktivity a vyhledávání informací o rizikových faktorech. Dále je rozdílná návštěvnost Dnů zdraví zaměřených na zdravé stravování, první pomoc a prevenci úrazů, prevenci onkologických onemocnění, ochranu kůže proti slunečnímu záření a hmyzímu bodnutí.

Předposlední zkoumanou hypotézou jsme zjistili, že informace o zdraví od odborného zdravotnického personálu považují za užitečné jak senioři s vyšší, tak i ti s nižší úrovní podpory zdravotní gramotnosti. Nepotvrzena je také hypotéza 5, říkající, že muži využívají univerzit třetího věku k podpoře zdravotní gramotnosti více než ženy.

Cílem práce bylo popsat, jakým způsobem senioři podporují zdravotní gramotnost. Tento cíl byl splněn na základě výzkumného šetření a statistického zpracování jednotlivých otázek a hypotéz.

Z mého pohledu bych především doporučila mezi seniory více propagovat myšlenku vzdělávání se, dát jim nadhled, jak takové vzdělávání probíhá pro snížení jejich obav a nezájmu. Zaměřila bych se na univerzity třetího věku a dny zdraví, které jsou pořádané poměrně často a přesto je návštěvnost seniory nízká. V rámci univerzit třetího věku bych volila více kurzů na téma spojené se zdravím a vhodné by bylo zajistit aby se mezi seniory dostala informace o konání těchto kurzů.

Výstupem z této diplomové práce je edukační brožura pro seniory, zabývající se problematikou očkování, preventivních prohlídek a v neposlední řadě také Dny zdraví.

8 Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., 2009. Sociologie zdraví a nemoci: zdraví. In: BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. S. [84-92]. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ V., 2008. Výzkum a ošetrovatelství. 2. vydání. Brno: NCONZO. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2.
3. BÁRTLOVÁ, S., ŠEDOVIČ, L. et al. 2017. Zdravotní gramotnost seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb. *Praktický lékař* [online]. 97(5), 223-227. [cit. 2018-05-05]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <http://1url.cz/UtxjS+>
4. BLEŠOVÁ, R., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2017. Vybrané aspekty životního stylu a zdravotní gramotnost u osob ohrožených chudobou žijících v Jihočeském kraji. *Praktický lékař* [online]. 97(6), 243-249. [cit. 2018-05-05]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <http://1url.cz/RtxjX+>
5. BENEŠ, M., 2008. Andragogika. 1. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
6. BOYCE, T., BROWN, CH. 2017. Engagement and participation for health equity [online]. Denmark: WHO [cit.2017-12-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/Ut60v>
7. BRABCOVÁ, I., VACKOVÁ, J., 2013. Koncepce deseti sociálních determinant zdraví. *Kontakt* [online]. 15(4), 404-412. [cit. 2017-12-20]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20131216125307879019.pdf>
8. BRABCOVÁ, I., BÁRTLOVÁ, S., 2017. Nové cesty pro zlepšení zdravotní gramotnosti seniorů. *Časopis lékařů českých* [online]. 156(8), 445-449. [cit. 2018-05-05]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <http://1url.cz/5txd1+>
9. BÝMA, S., HRADEC, J., 2009. Prevence kardiovaskulárních onemocnění. [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČSL JEP. 12 s. [cit. 2017-12-13] ISBN 978-80-86998-32-9. Dostupné z: <https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-2008-2012/prevence-KVO.pdf>
10. Constitution of the world health organization. 1946. [online]. WHO. [cit.2017-12-17]. Dostupné z: <http://1url.cz/5t605>

11. ČALS. 2015. Sešit 1. Procvičování krátkodobé paměti 1 [online]. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <http://1url.cz/rt60I>
12. ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R., 2016. Úvod do gerontologie. 1. vydání. Praha: Karolinum. 148 s. ISBN 978-80-246-3404-3.
13. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. Výchova ke zdraví. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
14. ČEVELA, R., et al. 2015. Sociální s posudkové lékařství. 1. vydání. Praha: Karolinum. 159 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
15. ČEVELA, R., et al. 2014. Sociální gerontologie. 1. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
16. DOLANSKÝ, H., et al. 2006. Zkušenosti z realizace sekundární prevence ve starším a pokročilém věku. Geriatria. 2006(1), 5-12. ISSN 1335-1850.
17. FRIEDLOVÁ, K., 2015. Co je bazální stimulace? [online]. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <http://1url.cz/Dt60b>
18. GERLICOVÁ, M., 2014. Muzikoterapie v praxi, příběhy muzikoterapeutických cest. 1. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-4581-7.
19. GILLERNOVÁ, I., KEBZA, V., RYMEŠ, M., 2011. Psychologické aspekty změn v české společnosti. Člověk na přelomu tisíciletí. 1. vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-2789-1.
20. Health Promotion Glossary. 1998. [online]. WHO. [cit. 2017-12-18]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
21. HEIDE, I., UITERS, E., et al. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. The European Journal of Public Health [online]. 26(6), 906-911. [cit. 2018-05-05]. doi:10.1093/eurpub/ckw078 Dostupné z: <http://1url.cz/JtxdH+>
22. HENDL, J., 2015. Přehled statistických metod, analýza a metaanalýza dat. 5. vydání. Praha: Portál. 736 s. ISBN 978-80-262-0981-2.
23. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. Volnočasové aktivity pro seniory. 1. vydání. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4697-5.
24. HOLČÍK, J., 2010. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. 1. vydání. Brno: MSD. 293 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

25. HOLČÍK., J., 2014. Zdravotní gramotnost. In: ČEVELA. R., ČELEDOVÁ. L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P., *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. S. [94-108]. ISBN 978-80-247-4544-2.
26. JANATOVÁ. H., ULIČNÁ. E., 2011. Zdravé stárnutí 1.,2. – aktivizace seniorů v regionech [online]. Praha: SZÚ [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/Rt60P>
27. JANOVSÁ, K. et al., 2016. Zdravotní gramotnost seniorů [online]. Praha: Národní síť podpory zdraví, z.s. [cit. 2017-12-17]. Dostupné z: http://www.zdravotnigramotnost.cz/wp-includes/files/gramotnost_A5_seniori.pdf
28. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
29. KASTNEROVÁ, M., 2016. Etiopatogeneze civilizačních onemocnění. 1. vydání. České Budějovice: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity. 163 s. ISBN 978-80-7394-621-0.
30. KICKBUSCH, I., ALLEN, L., FRANZ, CH., 2016. The commercial determinants of health. *The lancet: Global Health* [online]. 12(4), 895-896 [cit.2017-12-21]. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0). Dostupné z: <http://1url.cz/8t606>
31. KLEVETOVÁ, D., 2017. Motivační prvky při práci se seniory. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-9567-1.
32. Klub aktiv. 2018. O klubu aktiv [online]. Klub aktiv [cit. 2018-03-05]. Dostupné z: http://www.klubaktiv.cz/o_spolku
33. KLUCKÁ, J., VOLFOVÁ, P., 2016. Kognitivní trénink v praxi. 2. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5580-9.
34. KOPECKÁ, I., 2012. Psychologie 2.díl. Učebnice pro obor sociální činnost. 1. vydání. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-3876-5.
35. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. Úvod do ergoterapie. 1. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
36. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají. 1. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
37. KUČERA, D., 2013. Moderní psychologie. 1. vydání. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4621-0.

38. KUČERA, Z., et al. 2016. Health literacy in Czech population results of the comparative representative research. *Časopis lékařů českých* [online]. 155(5), 233-241. [cit. 2018-05-05]. ISSN 1805-4420. Dostupné z: <http://1url.cz/CtxdQ+>
39. KUNZOVÁ, Š., et al. 2018. Druhy a možnosti prevence. [online]. Brno: Centrum preventivní medicíny. [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: <http://1url.cz/lt608>
40. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. Vývojová psychologie. 4. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
41. Lee, s., et al. (2017). A study on the health literacy of the elderly in rural area. *Biomedical research* [online]. 28(17), 7567-7573 [cit. 2018-05-05]. ISSN 0970-938X. Dostupné z: 1url.cz/1txDv+
42. LEHOCKÁ, J., 2008. Civilizační nemoci a jejich prevence. *Sestra* [online]. 2008(10) [cit. 2018-01-20]. ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://1url.cz/1t60x>
43. LICHNOVSKÝ, J., 2017. Civilizační choroby. [online]. Ostrava. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.lich.cz/uvod/>
44. LLOYD, J., et al. 2018. A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PLoS ONE* [online]. 13(4), 1-17 [cit. 2018-05-05]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195018>
45. LÍŠKOVÁ, M., 2013. Výchova k zdraví v kontexte ošetrovatelstva – retrospektiva a perspektiva. 1. vydání. Nitra: Fakulta sociálních vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa. 171 s. ISBN 978-80-558-0277-0.
46. LORENCOVÁ, J., 2017. Dny zdraví 2017. [online]. Tábor. [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <http://1url.cz/stxjx+>
47. MAĎAR, R., 2015. Chřipka [online]. Avenier [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <http://1url.cz/Ztxdt+>
48. MAĎAR, R., 2017. Aktuální informace k chřipkové sezoně 2016/2017. [online]. Avenier [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <http://1url.cz/btxdz+>
49. MACHOVÁ, J., et al., 2015. Výchova ke zdraví. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
50. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.
51. MITCHELLOVÁ, B., BEGORAY, D., 2010. Electronic Personal Health Records that Promote Self-management in Chronic Illness: Nutbeam's Health

- Literacy Model. *The Online Journal of Issues in Nursing* [online]. 15(3) [cit. 2017-12-15]. ISSN 1091-3734. Dostupné z: https://www.medscape.com/viewarticle/729396_6
52. MLÝNKOVÁ, J., 2011. Péče o staré občany, učebnice pro obor sociální činnost. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
53. MOTLOCH., M., 2016. Montessori: koncept péče o seniory [online]. Poradíme si [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/Et60m>
54. MÜLLER, O., et al. 2014. Terapie ve speciální pedagogice. 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
55. MZČR. 2003. Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21.století. 1. vydání. Praha: MZČR. 124 s. ISBN 80-85047-99-3.
56. MZČR. 2014a. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. Praha: MZČR [cit. 2017-12-19]. Dostupné z: <http://1url.cz/Mt607>
57. MZČR. 2014b. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. 1. vydání. Praha: MZČR [cit. 2017-12-19]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: <http://1url.cz/at6vt>
58. MZČR. 2015. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č. 12: rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015-2020 [online]. Praha: MZČR [cit. 2017-12-20]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20p%C3%A1ny%20%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf
59. MZČR. 1016a. Národní program zdraví – projekty podpory zdraví pro rok 2017 [online]. Praha: MZČR [cit. 2017-12-19]. Dostupné z: <http://1url.cz/Dt6vz>
60. MZČR. 2016b. Národní program zdraví – projekty podpory zdraví 2017 [online]. Praha: MZČR [cit. 2017-12-19]. Dostupné z: <http://1url.cz/at6vK>
61. Národní program zdraví: dlouhodobá strategie. 1995. Praha: MZČR. 60 s.
62. Nemocnice Písek. 2018. Zájemcům vyšetříme ledviny [online]. Nemocnice Písek [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <http://1url.cz/otxjy+>

63. NEUBAUER, K., SKÁKALOVÁ, T., et al. 2015. Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus. 230 s. ISBN 978-80-7435-640-7.
64. NSZM. 2018. Dny zdraví ve Zdravých městech, obcích, regionech [online]. Národní síť Zdravých měst [cit. 2018-04-13]. Dostupné z: <https://www.zdravamesta.cz/index.shtml?apc=r2082165t>
65. NUTBEAM, D., 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* [online]. **15**(3) [cit. 2017-12-15]. ISSN 3957-4824. Dostupné z: <http://1url.cz/St6vu>
66. PATZELT, CH., et al. 2016. Reaching the Elderly: Understanding of health and preventive experiences for a tailored approach – Results of a qualitative study. *BMC Geriatrics* [online]. 16(1), 210 [cit. 2018-05-05]. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0374-3>
67. PERUŠIČOVÁ, J., 2005. Diabetes mellitus – diagnóza, klasifikace, epidemiologie. [online]. *Postgraduální medicína*. 4 (2005). [cit. 2017-12-7]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://1url.cz/ht6vJ>
68. PLEVOVÁ, I., et al. 2011. Ošetrovatelství II. 1. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
69. POKORNÁ, A., 2010. Komunikace se seniory. 1. vydání. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
70. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. Andragogický slovník. 2. vydání. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4.
71. PŘIBYL, H., 2015. Lidské potřeby ve stáří. 1. vydání. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
72. ŘÍČAN, P., 2010. Psychologie osobnosti. 6. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
73. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. Sociologie stáří a seniorů. 1. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
74. SALM, F., et al. 2018. Antibiotic use, knowledge and health literacy among the general population in Berlin, Germany and its surrounding rural areas. *PLoS ONE* [online]. 13(2), 1-11 [cit. 2018-05-05]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193336>

75. SVĚŘÁKOVÁ, M., 2017. Zdravotní gramotnost pomůže nejen laikům, ale i sestřám. *Florence*. 2017(13), 17. ISSN 1801-464X.
76. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci. 1. vydání. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
77. ŠEDOVÁ, L., DOSKOČIL, O., et al. 2016. Selected aspects of health literacy among seniors. *Neuroendocrinology Letters*.37(2), 101-107. ISSN 0172-780X.
78. ŠPAČEK, M., 2004. [online]. Koncepce ošetrovatelství: věstník č. 9, MZČR. [cit. 2017-12-15]. Dostupné z: <http://1url.cz/lfT59>
79. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. Edukace seniorů, geragogika a gerontodidaktika. 1. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.
80. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči, pro sestry a porodní asistentky. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5.
81. TOPINKOVÁ, E., 2005. Geriatrie pro praxi. 1. vydání. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
82. TRACHTOVÁ et al., 2004. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vydání. Brno: NCONZO. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
83. UK. 2018. Univerzita třetího věku [online]. Univerzita Karlova [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <https://www.cuni.cz/UK-51.html>
84. VALENTA, M., 2011. Dramaterapie. 4. vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3851-2.
85. VÁGNEROVÁ, M., 2007. Vývojová psychologie 2 – dospělost a stáří. 1. vydání. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
86. Velký lékařský slovník. 2018. Civilizační nemoci [online]. Maxdorf. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://1url.cz/at6vQ>
87. VISK. 2018. Akademie třetího věku [online]. Vzdělávací institut středočeského kraje [2018-03-05]. Dostupné z: <http://1url.cz/Mt6vO>
88. VURM, V., et al., 2007. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. 1. vydání. Praha: Triton. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
89. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2013. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. 1. vydání. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-40-247-4423-0.

90. ZACHAROVÁ, Eva, 2008. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína pro praxi* [online]. **10**(12) [cit. 30.12.2017]. ISSN 1212-7299. Dostupné z: <https://www.internimedcina.cz/pdfs/int/2008/12/12.pdf>
91. Zdravotnická ročenka ČR 2015. 2016. [online]. ÚZIS. [cit. 2018-01-05]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://1url.cz/Ct6vW>
92. Zdravotnická ročenka České republiky 2016. 2017. [online]. ÚZIS. [cit. 2018-01-05]. ISSN 1210-9991. Dostupné z: <http://1url.cz/Ct6vW>
93. ZELENÍKOVÁ, R., 2016. Edukace seniorů [online]. Senior zone [cit. 2018-03-01]. Dostupné z: <http://1url.cz/gt6vi>

9 Seznam příloh a obrázků

PŘÍLOHA 1 – DEFINICE ZDRAVÍ

PŘÍLOHA 2 – NÁRODNÍ PROGRAM ZDRAVÍ – OKRUHY PRO ROK 2017

PŘÍLOHA 3 – ZDRAVÍ 21 – CÍLE

PŘÍLOHA 4 – FAKTORY

PŘÍLOHA 5 – ZDRAVÍ 2020 – 12 AKČNÍCH PLÁNŮ

PŘÍLOHA 6 – NUTBEAMŮV MODEL ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI - SCHÉMA

PŘÍLOHA 7 – TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ A TEST ZÁKLADNÍCH SEBEOSLUŽNÝCH ČINNOSTÍ

PŘÍLOHA 8 – KRÁTKÁ ŠKÁLA MENTÁLNÍHO STAVU – MMSE

PŘÍLOHA 9 – ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY (geriatric depression scale)

PŘÍLOHA 10 – MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB – osmiúrovňový model

PŘÍLOHA 11 – 6 ZÁKLADNÍCH OBLASTÍ PÉČE O ZDRAVÍ

PŘÍLOHA 12 – 7 FAKTORŮ OVLIVŇUJÍCÍCH ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

PŘÍLOHA 13 – STRUKTUROVANÉ ROZHOVORY – ZÁZNAMOVÝ ARCH

PŘÍLOHA 14 – BROŽURA PRO SENIORY

10 Seznam zkratek

DM – Diabetes Mellitus

DK – Dolní končetina

ČALS – Česká alzheimerská společnost

EKG - Elektrokardiografie

UK – Univerzita Karlova

U3V – Univerzita třetího věku

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VISK – Vzdělávací institut Středočeského kraje

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ZG – Zdravotní gramotnost

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České Republiky

NCONZO – Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

NSZM – Národní síť Zdravých měst

SZÚ – Státní zdravotnický ústav

EBM – Evidence-based medicine (medicína založená na důkazech)

Ze statistického zpracování:

r – výsledek korelace

p – dosažená hladina významnosti

std – směrodatná odchylka

t – výsledek t-testu

x^2 - Pearson Chi-Square

PŘÍLOHA 1 – DEFINICE ZDRAVÍ

Dle WHO - „Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne, jen nepřítomnost nemoci či slabosti“ (WHO; 1946, s. 1.)

Dle A. ŽÁČKA – „Zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí“ Zdroj: <https://zdravotnickepravo.info/kratka-reflexe-o-zdravi-a-nemoci/>

Dle T. PARSONS – „Stav optimální kapacity individua účinně vykonávat své role a povinnosti“ – zdroj: BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. Sociologie zdraví, nemoci a rodiny. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.

Dle D. SEEDHOUSE – „Optimálny stav zdravia určitej osoby závislý na stave súboru podmienok, ktoré jej umožňujú pracovať a žiť tak, aby boli splnené jej realisticky zvolené a biologické možnosti“ Zdroj: LÍŠKOVÁ, M., 2013. Výchova k zdraviu v kontexte ošetrovateľstva – retrospektiva a perspektiva. 1. vydání. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa. 171 s. ISBN 978-80-558-0277-0.

Dle J. Křivohlavého – „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvalitu života a není překážkou podobného snažení druhých lidí“ Zdroj: LÍŠKOVÁ, M., 2013. Výchova k zdraviu v kontexte ošetrovateľstva – retrospektiva a perspektiva. 1. vydání. Nitra: Fakulta sociálnych vied a zdravotníctva Univerzity Konštantína Filozofa. 171 s. ISBN 978-80-558-0277-0.

PŘÍLOHA 2 – OKRUHY PRO ROK 2017

1. Ozdravení výživy a optimalizace pohybové aktivity – zejména prevence nadváhy a obezity
2. Prevence užívání tabáku a nadměrné spotřeby alkoholu
3. Zdravé stárnutí
4. Zvýšení zdravotní gramotnosti zaměřené na prevenci nemocí a na důležitost očkování
5. Prevence úrazů, otrav, násilí a šikany
6. Prevence zubního kazu
7. Komplexní projekty

Zdroj: MZČR. 2016b. Národní program zdraví – projekty podpory zdraví 2017 [online].
Praha: MZČR [cit. 2017-12-19]. Dostupné z: <http://1url.cz/at6vK>

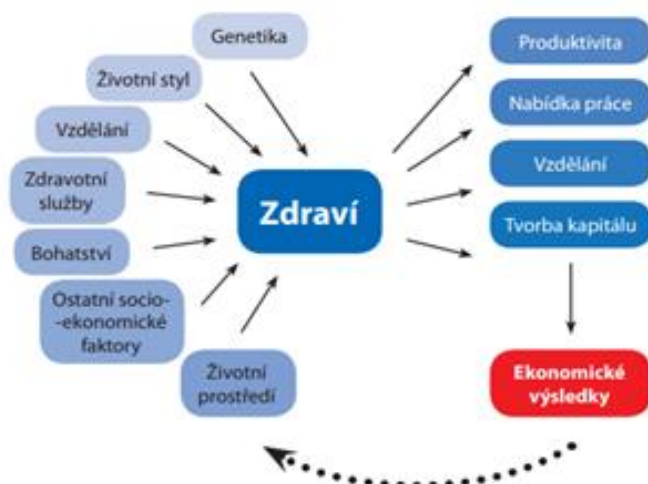
PŘÍLOHA 3 – ZDRAVÍ 21 – CÍLE

1. SOLIDARITA VE ZDRAVÍ V EVROPSKÉM REGIONU
2. SPRAVEDLNOST VE ZDRAVÍ
3. ZDRAVÝ START DO ŽIVOTA
4. ZDRAVÍ MLADÝCH
5. ZDRAVÉ STÁRNUTÍ
6. ZLEPŠENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ
7. PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ
8. SNÍŽENÍ VÝSKYTU NEINFEKČNÍCH NEMOCÍ
9. SNÍŽENÍ VÝSKYTU PORANĚNÍ ZPŮSOBENÝCH NÁSILÍM A ÚRAZY
10. ZDRAVÉ A BEZPEČNÉ ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ
11. ZDRAVĚJŠÍ ŽIVOTNÍ STYL
12. SNÍŽIT ŠKODY ZPŮSOBENÉ ALKOHOLEM, DROGAMI A TABÁKEM
13. ZDRAVÉ MÍSTNÍ ŽIVOTNÍ PODMÍNKY
14. ZDRAVÍ, DŮLEŽITÉ HLEDISKO V ČINNOSTI VŠECH RESORTŮ
15. INTEGROVANÝ ZDRAVOTNICKÝ SEKTOR
16. ŘÍZENÍ V ZÁJMU KVALITY PÉČE
17. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ
18. PŘÍPRAVA ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ
19. VÝZKUM A ZNALOSTI V ZÁJMU ZDRAVÍ
20. MOBILIZACE PARTNERŮ PRO ZDRAVÍ
21. OPATŘENÍ A POSTUPY SMĚŘUJÍCÍ KE ZDRAVÍ PRO VŠECHNY

Zdroj: MZČR. 2003. Zdraví 21. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Zdraví pro všechny v 21.století. 1. vydání. Praha: MZČR. 124 s. ISBN 80-85047-99-3.

PŘÍLOHA 4 – FAKTORY

Schéma č. 1: Zdraví znamená bohatství



Zdroj: *The Contribution of health to the economy in the EU, Brussels 2005*

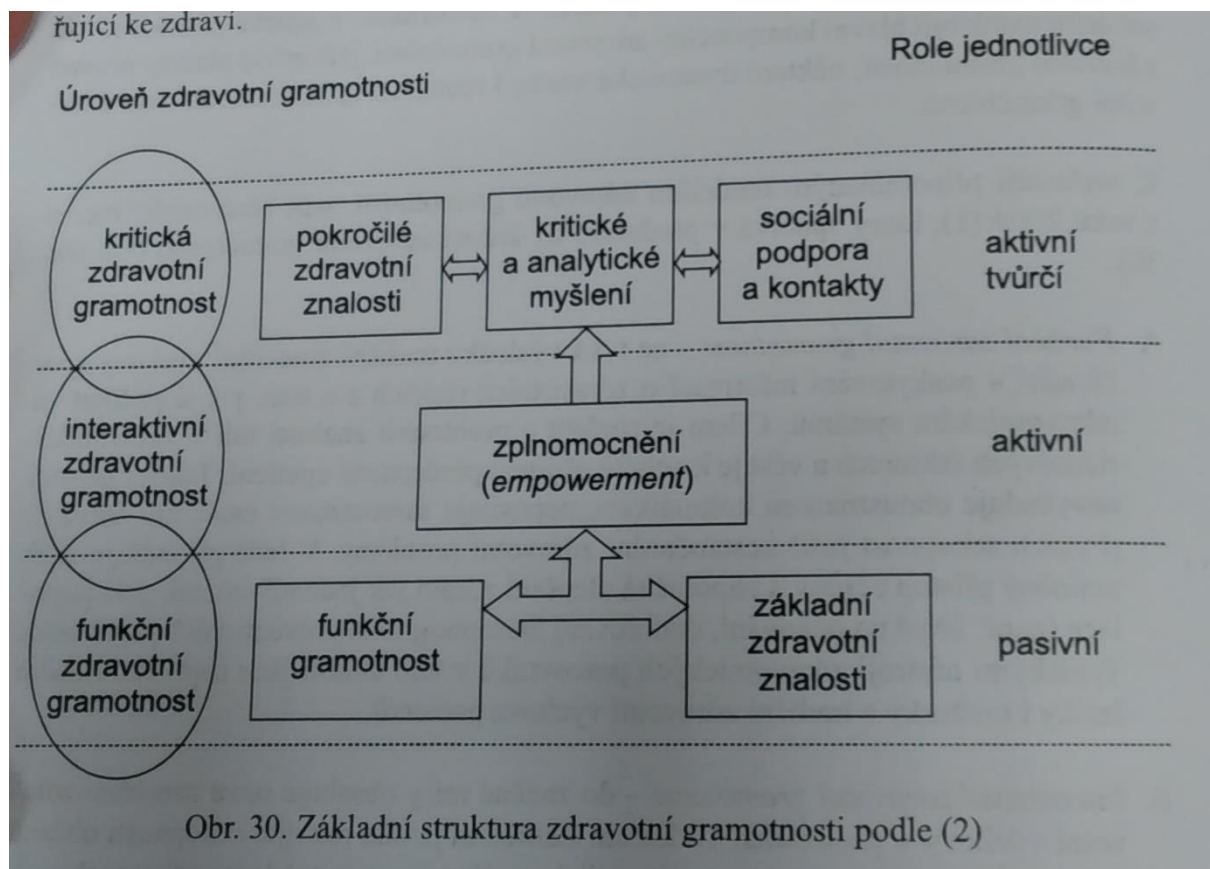
ZDROJ: MZČR. 2014. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. 1. vydání. Praha: MZČR [cit. 2017-12-19]. ISBN 978-80-85047-47-9. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

PŘÍLOHA 5 – ZDRAVÍ 2020 – 12 AKČNÍCH PLÁNŮ

1. Podpora pohybové aktivity
2. Správná výživa a stravovací návyky populace
3. Duševní zdraví
4. Omezování zdravotně rizikového chování
5. Snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí
6. Zvládání infekčních onemocnění
7. Rozvoj programů zdravotního screeningu
8. Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče
9. Zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb
10. Vzdělávání zdravotnických pracovníků
11. Elektronizace zdravotnictví
12. Rozvoj zdravotní gramotnosti
 - soustavný rozvoj zdravotní gramotnosti
 - informace
 - výchova a vzdělávání
 - média
 - výzkum a hodnocení
 - komunitní projekty
13. Rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel

Zdroj: MZČR. 2014a. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. Praha: MZČR [cit. 2017-12-19]. Dostupné z: <http://1url.cz/Mt607>

**PŘÍLOHA 6 – NUTBEAMŮV MODEL ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI –
SCHÉMA**



ZDROJ: HOLČÍK, J., 2014. Zdravotní gramotnost. In: ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P., Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. S. [94-108]. ISBN 978-80-247-4544-2.

PŘÍLOHA 7 – TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ A TEST ZÁKLADNÍCH SEBEOSLUŽNÝCH ČINNOSTÍ

Test instrumentálních všedních činností (Instrumental Activity Daily Living)			
Činnost	Hodnocení	Bodovací skóre	Poznámka
1.Telefonování	-Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10	
	-Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5	
	-Nedokáže použít telefon	0	
2.Transport	-Cestuje samostatně dopravním prostředkem	10	
	-Cestuje, je-li doprovázen	5	
	-Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0	
3.Nakupování	-Dojde samostatně nakoupit	10	
	-Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby	5	
	-Neschopen bez podstatné pomoci	0	
4.Vaření	-Uvaří samostatně celé jídlo	10	
	-Jídlo ohřeje	5	
	-Jídlo musí být připraveno druhou osobou	0	
5.Domácí péče	-Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10	
	-Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu	5	
	-Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0	
6.Práce kolem domu	-Provádí samostatně a pravidelně	10	
	-Provede pod dohledem	5	
	-Vyžaduje pomoc,neprovede	0	
7.Užívání léků	-samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10	
	-Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5	
	-Léky musí být podávány druhou osobou	0	
8.Finance	-Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10	
	-Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5	
	- Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0	

✚ Podtrhněte prosím vámi zvolenou odpověď. Do kolonky „poznámka“ vepište prosím, kdo vám v případě vaší nesoběstačnosti pomáhá nebo svoji představu, jak by mohla být situace řešena.

ZDROJ: Kraj vysočina. Test instrumentálních všedních činností. Dostupné z:
https://www.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4065345

Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0


HODNOCENÍ:

0-40 bodů	vysoce závislý
45-60 bodů	závislost středního stupně
65-95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

ZDROJ: Střední zdravotnická škola. Bartelův test základních všedních činností. Hradec Králové. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

PŘÍLOHA 8 - KRÁTKÁ ŠKÁLA MENTÁLNÍHO STAVU – MMSE

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

ZDROJ: DD Albrechtice. Test kognitivních funkcí. Albrechtice nad Orlicí. Dostupné z:
<http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

PŘÍLOHA 9 – ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY (geriatric depression scale)


: Multimediální trenážer plánování a ošetrovatelské pé

Geriatrická škála deprese (zpracováno dle Yesavage)

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?
ANO - 0 / NE - 1
2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy - stejné jako dříve nebo jste většiny z nich zanechal/a?
STEJNÉ - 0 / ZANECHAL/A - 1
3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?
ANO - 1 / NE - 0
4. Často se nudíte?
ANO - 1 / NE - 0
5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá nebo špatná?
DOBŘÁ - 0 / ŠPATNÁ - 1
6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?
ANO - 1 / NE - 0
7. Cítíte se většinou šťastný/á nebo nešťastný/á?
ŠŤASTNÝ/Á - 0 / NEŠŤASTNÝ/Á - 1
8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?
ANO - 1 / NE - 0
9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?
DOMA - 1 / SPOLEČNOST - 0
10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?
ANO - 1 / NE - 0
11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?
ANO - 0 / NE - 1
12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi?
ANO, mívám ten pocit - 1 / NE - 0
13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?
ANO - 0 / NE - 1
14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?
ANO, myslím si to - 1 / NE - 0
15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?
ANO, myslím si to - 1 / NE - 0

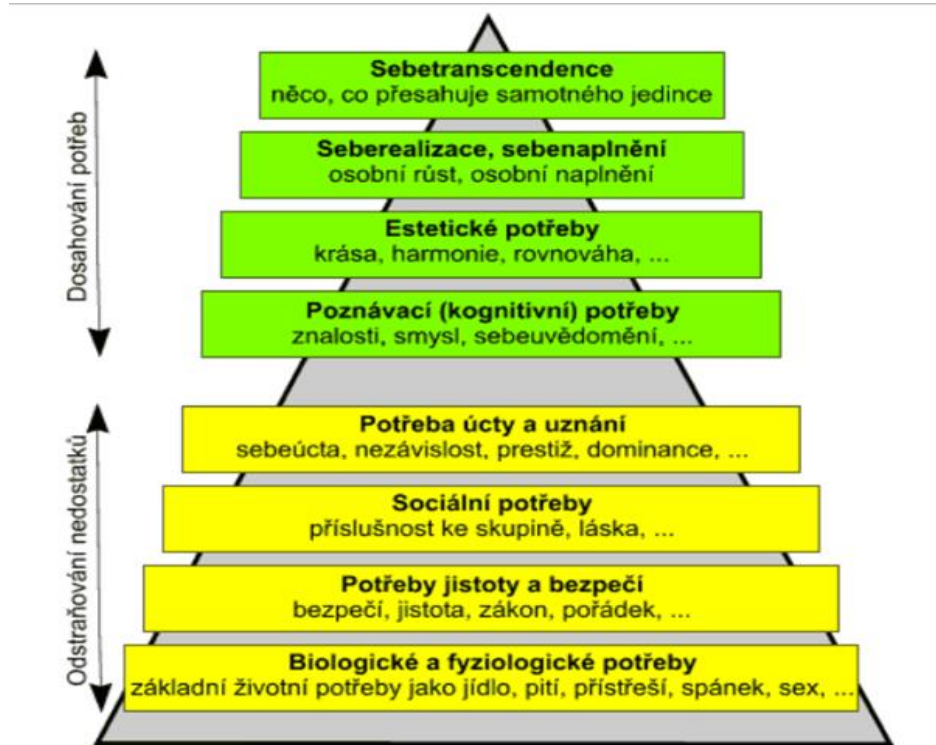
Hodnocení:

0-7 bodů odpovídá normě
8-12 bodů mírná deprese
13-15 bodů těžká deprese



ZDROJ: Střední zdravotnická škola. Geriatrická škála deprese. Hradec Králové.
Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5802.pdf>

PŘÍLOHA 10 – MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB



- *fyziologické potřeby* – člověk je naplňuje každý den, jedná se například o stravu, spánek, dostatek kyslíku, dýchání, pohyb, vyprazdňování. Tyto potřeby zůstávají skryté, dokud jsou naplněny, naopak nedostatek vede k touze po těchto potřebách a znemožňuje naplnění výše postavených potřeb (Trachtová et al., 2004). Zdraví lidé tyto potřeby berou jako samozřejmé, nezamýšlí se nad nimi, a naopak ve stáří či nemoci jsou tyto potřeby důležité a pro seniory představují určitý význam pro zdraví (Příbyl, 2015).

- *jistoty a bezpečí* - pro uspokojení této potřeby je důležité finanční zajištění, důvěra, stabilita.

- *lásky a sounáležitosti* - důležitá pro každého jedince. Každý člověk potřebuje poznat lásku a být sociálně integrován. Na povrch se tato potřeba dostává zejména v době osamocení, což u seniora bývá častým problémem (Trachtová et al., 2004).

- *uznání a sebeúcty* - zde se skrývají souběžně 2 potřeby, potřeba sebeúcty a sebehodnocení, kdy člověk potřebuje mít důvěru v okolí, být nezávislý na okolí. Druhá je potřeba uznání, která vyjadřuje touhu po respektu, sociálního statusu uvnitř sociální skupiny.

- *seberealizace* - splnění snů, toho, čím člověk chce být, jaké chce dosáhnout vzdělání. Je naplněna, když si je člověk jistý, že danou činnost dělá dobře a nachází uspokojení (Trachtová et al., 2004).

ZDROJ:

1. HÁJEK, M., 2018. Vybrané teorie motivace k vedení lidí. Dostupné z: <http://1url.cz/otxdg+>
2. TRACHTOVÁ et al., 2004. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2. vydání. Brno: NCONZO. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
3. PŘIBYL, H., 2015. Lidské potřeby ve stáří. 1. vydání. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

PŘÍLOHA 11 - 6 základních oblastí péče o zdraví

1. Prevence
2. podpora zdraví
 - 5 základních principů
 - úsilí o účast veřejnosti
 - opatření zaměřené na determinanty zdraví a nemoci
 - zaměření na celou populaci
 - využívání různých metod a postupů ke spolupráci
 - podpora zdravotnických pracovníků k rozvoji podpory zdraví.
3. dostupnost zdravotní péče
4. zdravá veřejná politika
5. účast celé společnosti v péči o zdraví
6. mezinárodní spolupráce v péči o zdraví

ZDROJ: ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. Výchova ke zdraví. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

PŘÍLOHA 12 - 7 faktorů

1. Vzdělávání seniorů je vhodné se zaměřit jak na zvýšení zájmu seniorů o dnešní moderní dobu, tak i se věnovat zdraví, zdravotnímu stavu, zdravému životnímu stylu a nepochybně i samotnému zdravotnickému systému.
2. Zajistit zvýšení schopnosti seniorů ovládat komunikační a informační techniku. Seniori by poté měli mnohem lepší přístup k důležitým informacím. Rozvoj této schopnosti je důležitý i v případě potřeby zavržení si pomoci.
3. Mobilita, kterou je potřeba se snažit udržet co nejlepší a podporovat, aby negativně neovlivňovala společenský život seniora.
4. Pracovní uplatnění seniorů, které by jim umožnilo používat své dosavadní schopnosti a znalosti.
5. Zdravotní péče o seniory, kde je potřeba zajistit příjemné prostředí, od personálu pochopení, vnímavost, podporu, ochotu a respekt.
6. Zajištění existenčních životních podmínek seniorů, aby se zmírnili jejich obavy, strach a nejistota související s těmito podmínkami.
7. Respektování role seniorů ve společnosti. Poukazuje především na vztah střední generace k seniorům, která by měla být kladným příkladem pro mladší generaci. Tím bychom docílili zlepšení podpory zdravého stárnutí, především z hlediska zdravotních a sociálních problémů.

ZDROJ: HOLČÍK, J., 2014. Zdravotní gramotnost. In: ČEVELA. R., ČELEDOVÁ. L., KALVACH, Z., HOLČÍK, J., KUBŮ, P., Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. S. [94-108]. ISBN 978-80-247-4544-2.

PŘÍLOHA 13 – STRUKTUROVANÉ ROZHOVORY – ZÁZNAMOVÝ ARCH

PODPORA ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI U SENIORA

Dobrý den, jsem studentkou navazujícího studia oboru ošetřovatelství na Jihočeské univerzitě a chtěla bych Vás poprosit o zodpovězení otázek k mé Diplomové práci na téma „Podpora zdravotní gramotnosti u seniora“. Získané informace budou použity pouze pro zpracování praktické části Diplomové práce. Tento výzkum je anonymní a je určen pro seniory z Jihočeského kraje, ve věku nad 65 let. Děkuji za ochotu.

Věk:		
Pohlaví:	muž	žena
Vzdělání:	Základní/ středoškolské/ vysokoškolské	

ZDRAVOTNÍ STAV

		Velmi dobrý	Dobrý	Průměrný	Špatný	Velmi špatný	Nevím
1.	Jak hodnotíte svůj zdravotní stav?						
2.	Jak hodnotíte své fyzické zdraví?						
3.	Jak hodnotíte své psychické zdraví?						
4.	Jak hodnotíte své sociální zdraví/ pohodu?						

5. Jakými problémy či nemocemi trpíte?

Onemocnění	Ano	Ne	Nevím
Hypertenze			
Ateroskleróza			
Zvýšená hladina cholesterolu			
Diabetes mellitus			
Artróza			
Osteoporóza			
Bolesti zad, kloubů			
Další nemoci pohybového aparátu			
Nemoci trávicího ústrojí			
Nemoci urologického ústrojí			
Nádorová onemocnění			
Jiné:			

ÚROVEŇ PODPORY ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

		Souhlasím	Spíše souhlasím	Nevím	Spíše nesouhlasím	Nesouhlasím
6.	Projevujete zájem o získávání informací o svém zdravotním stavu?					
7.	Bylo by pro Vás přínosné vzdělávání se v oblasti zdraví? (zdravotní stav, zdravý životní styl)					
8.	Podporujete své zdraví dostatečnou pohybovou aktivitou?					
9.	Podporujete své zdraví vhodným stravováním? (dostatek zeleniny, ovoce, dodržování diety, vyvážená strava..)					
10.	Věříte informacím, týkajících se podpory/ prevence zdraví z TV, rádia či internetu?					
11.	Dodržujete doporučení od lékaře?					
12.	Jste si jist/a v jakých případech je důležité navštívit lékaře?					
13.	Přístupujete aktivně k rozšíření a prohloubení svých informací o zdravotních rizikových faktorech? (vyhledávání informací)					
14.	Je pro vás důležité znát všechny podrobnosti týkající se Vašeho zdravotního stavu? (režimová opatření, rizikové faktory)					

15. Kde zjistíte, zda informace z televize, rádia či internetu jsou pravdivé?

	Silně souhlasím	Souhlasím	Nesouhlasím	Silně nesouhlasím
Internet				
lékař				
Zdravotní sestra				
v lékárně				
Informační letáčky				
Z televize, rádia				
Přečtu si článek v novinách				
Zeptám se přátel				
Zjistím od rodiny				
Odborné dokumenty/pořady v TV				
Dny zdraví				
U3V – univerzita 3. věku				
Jiné:				

16. Jaké možnosti/ prostředky/ činnosti jsou pro vás důležité k zvýšení povědomí o zdraví/ zdravotním stavu?

	Velmi užitečný	Užitečný	Neužitečný	Zcela neužitečný
Internet				
lékař				
Zdravotní sestra				
V lékárně				
Informační letáčky				
Z televize, rádia				
Přečtu si článek v novinách				
Zeptám se přátel				
Zjistím od rodiny				
Odborné dokumenty/pořady v TV				
Dny zdraví				
U3V - univerzita 3. věku				
Jiné:				

17. Z kterých uvedených možností získáte pravdivé informace, kterým budete věřit a řídit se jimi?

	Ano	Ne	Nevím
Internet			
lékař			
Zdravotní sestra			
V lékárně			
Informační letáčky			
Z televize, rádia			
Přečtu si článek v novinách			
Zeptám se přátel			
Zjistím od rodiny			
Odborné dokumenty/pořady v TV			
Dny zdraví			
U3V – univerzita 3. věku			
Jiné:			

18. Jaký význam má pro Vás celoživotní vzdělávání? Navštívil/a jste již nějaký kurz U3V, jaký?

19. Jakým způsobem se bráníte proti nemocem?

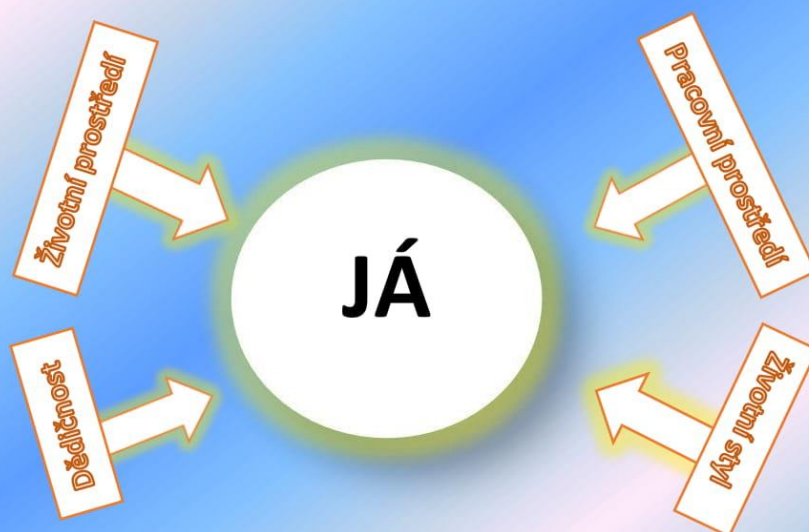
	Ano	Ne	Nevím
Očkování (chřipka)			
Preventivní prohlídky			
Vitamíny – ovoce			
Potravinové doplňky			
Mytí rukou			
Pohybová aktivita			
Vyvážená strava			
Nebráním			
Jiné:			

20. Navštívil/a jsme někdy dny zdraví? Jaké?

	Ano	Ne	Nevím
Zaměřený na ledviny			
Zaměřený na DM			
první pomoc a prevence úrazů			
melanom – vyšetření pigmentových znamének			
zelený zákal			
prevence onkologických onemocnění			
ochrana kůže – slunce, bodnutí hmyzem			
ženy v době těhotenství a kojení – výživa			
se zdravotní pojišťovnou – měření TK, tuku, cukru a cholesterolu			
Zaměřený na zdravé stravování			
Jiné:			

Zdroj: Vlastní zpracování

PODPORA ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI U SENIORA



OBSAH:

- Preventivní prohlídky
- Očkování
- Rizikové faktory vzniku nemoci
- Diabetes mellitus
- Hypertenze
- Dny zdraví

Zpracovala:
Holánová Klára, 2018



PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

KAM JÍT:	KDY:	CO VYŠETŘÍ:
PRAKTICKÝ LÉKAŘ	1x 2roky	S sebou moč + nalačno - odběry krve)
GYNEKOLOG	1x rok	Cytologické vyšetření – stěr z čípku
UROLOG	Od 50 let – alespoň 1x rok	Vyšetření prostaty – může i k praktickému lékaři
STOMATOLOG	2x rok	Kontrola dásní, zubů, dutiny ústní
MAMOGRAFIE	Od 45 let - 1x 2roky	



OČKOVÁNÍ

Očkování na:	Pojišťovna VZP:	Poznámky:
CHŘIPKA	Nad 65 let plně hrazené	
PNEUMOKOK	Nad 65 let plně hrazené	Hrazená vakcína - Prevenar 13
KLÍŠŤOVÁ ENCEFALITIDA	Až 500 Kč	Přeočkování po 5 letech, nad 60 let možné po 3 letech
ŽLOUTENKA	Až 500 Kč	
PÁSOVÝ OPAR	Od 50 let až 1000 Kč	

Rizikové faktory vzniku nemoci

1. Kouření	2. Nadměrný hluk
3. Alkohol	4. Psychotropní látky
5. Nevhodná strava	6. Klimatické změny
7. Nízká pohybová aktivita	8. Znečišťování ovzduší
9. Stresy	10. Znečišťování vody
11. Rychlé životní tempo	12. Znečišťování půdy

Hypertenze – vysoký krevní tlak

	HODNOTY
HYPOTENZE – nízký tlak	<89/59
Normální tlak	90-139/60-89
HYPERTENZE 1. stupně	140-159/90-99
HYPERTENZE 2. stupně	160-179/100-109
HYPERTENZE 3. stupně - závažná	> 180/110

PŘÍČINY:

- Primární hypertenze – genetické faktory, životní styl
- Sekundární hypertenze – onemocnění ledvin,
v těhotenství
- Kortikoidy, antikoncepce

JAK HYPERTENZI POZNÁME?

- 1. bolesti hlavy, únava, závratě
- 2. + orgánové změny
- 3. potíže vyplývající z postižení srdce, mozku, cév,
ledvin, očí.

LÉČBA:

- Léky
- Snížení hmotnosti
- Úprava stravy
- Omezit sůl, alkohol a nekouřit
- Odpočinek a relaxace

Diabetes Mellitus = cukrovka

Normální hodnota = 3,6-6,3 mmol/l

- 1. typu – potřeba inzulínu
- 2. typu – často stačí jen dieta – častý ve stáří

KOMPLIKACE:

- Postižení ledvin
- Postižení očí
- Postižení nervů
- Diabetická noha – od prstů nedokrvená noha – často končí amputací

LÉČBA:

- Diabetická dieta – omezení cukru
- Léky
- Inzulín



Dny zdraví

- Pořádané nejčastěji pod záštitou nemocnic a zdravotních pojišťoven
- Jedná se o **bezplatné** vyšetření či zjištění informací
- Zaměření:
 - Na měření krevního tlaku, cukru, cholesterolu
 - na jednotlivá onemocnění (zelený zákal, funkce ledvin, melanom...)
 - na zdravý životní styl či pohybovou aktivitu

Funkce ledvin:

- Nemocnice Písek - pravidelně každý rok v březnu
- Co potřebuji: vzorek ranní moči + přijít ráno nalačno
- Budou mi provádět: Odběr krve
- Kam mám přijít: Nemocnice Písek, Hemodialyzační oddělení
-

Zdroje:

1. Česká urologická společnost. 2018. Preventivní prohlídky. Dostupné z: <http://www.cus.cz/pro-pacienty/prevence/preventivni-prohlidky/>
2. Nemocnice Písek. 2018. V písecké nemocnici vyšetří zájemcům ledviny. Dostupné z: <https://www.nemopisek.cz/index.php/884-v-pisecke-nemocnici-vysetri-zajemcum-ledviny>
3. VZP. 2018. Klub pevného zdraví. Dostupné z: <https://www.klubpevnehozdravi.cz/ockovani/>
4. VZP. 2018. Očkování. Dostupné z: <https://www.klubpevnehozdravi.cz/ockovani/>
5. VZP. 2018. Preventivní prohlídky. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>
6. SLEZÁKOVÁ, L., 2007. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty 2. ISBN 978-80-247-2040-1.