UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
LÉKAŘSKÁ FAKULTA
Ústav veřejného zdravotnictví

Bc. Martina Malačinová

Zdravotní gramotnost seniorů

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných zdrojů v souladu se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Praha 30. června 2022 _____

Poděkování

Poděkování patří PhDr. Mgr. Lubici Juríčkové, Ph.D., za cenné rady a odborné vedení diplomové práce. Dále děkuji Bc. Danielu Slezákovi (MFF UK) za pomoc při statistickém vyhodnocení hypotéz a za rady týkající se dalšího zpracování dat. Srdečný dík patří všem respondentům a také rodině a blízkým za poskytnutou podporu při psaní diplomové práce a v průběhu celého studia.

OBSAH

ÚVOD 6

1 CÍL PRÁCE A REŠERŠNÍ STRATEGIE 8
1.1 Cíl práce 8
1.1.1 Popis výzkumného problému 8
1.2 Stanovení PICOt 8
1.3 Rešeršní strategie 9
1.4 Literární rešerše 9

2 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST 10
2.1 Definice pojmu zdravotní gramotnost 10
2.2 Modely zdravotní gramotnosti 11
2.3 Hodnocení a měření zdravotní gramotnosti 14
2.3.1 Výzkum HLS-EU 15
2.3.2 Výzkum HLS_{19} 17
2.4 Zdravotní politika v ČR v kontextu zdravotní gramotnosti 18
2.4.1 Zdraví 2020 20
2.4.2 Zdraví 2030 21
2.5 Zdravotní gramotnost seniorů 22
2.5.1 Výzkumy zdravotní gramotnosti dospělé populace a seniorů 24

3 SENIOŘI A ZDRAVÍ VE STÁŘÍ 27
3.1 Populace seniorů v ČR 27
3.1.1 Senioři na okrese Tachov 28
3.2 Stárnutí a stáří 29
3.3 Zdraví z pohledu seniorů 31
3.4 Zdravotní problémy v seniorním věku 33
3.5 Determinanty zdraví 34
3.5.1 Životní styl 36
3.6 Podpora zdraví v seniorním věku 37
3.7 Zdravotní péče v seniorním věku 39
3.8 Prevence nemocí v seniorním věku 41
3.8.1 Preventivní prohlídky a screeningové programy 42

4 VÝZKUMNÁ ČÁST 45

4.1 Dílčí cíle a hypotézy ... 45
4.2 Metodika výzkumu ... 46
4.2.1 Charakteristika výzkumného souboru ... 46
4.2.2 Příprava organizace výzkumu ... 48
4.2.3 Metoda sběru dat ... 48
4.2.4 Popis tvorby vlastního dotazníku ... 50
4.2.5 Popis průběhu výzkumného šetření ... 51
4.2.6 Zpracování dat ... 52
5 VÝSLEDKY ... 53
5.1 Vyhodnocení sociodemografické části vlastního dotazníku ... 53
5.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku ... 57
5.3 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku ... 61
5.4 Princip ověření platnosti hypotéz ... 68
5.4.1 Ověření platnosti hypotéz dílčích cílů ... 69
DISKUZE ... 77
ZÁVĚR ... 83
ANOTACE ... 85
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ ... 86
SEZNAM ZKRATEK ... 92
SEZNAM TABULEK ... 93
SEZNAM GRAFŮ ... 94
SEZNAM OBRÁZKŮ ... 95
SEZNAM PŘÍLOH ... 96
PŘÍLOHY ... 97

ÚVOD

Zdraví je chápáno jako veřejná priorita a důležitá hodnota nejen pro rozvoj společnosti. Stejně tak nelze opomenout význam zdraví pro jednotlivce (Ivanová, 2018). Zdraví společnosti jako celku mohou narušovat nerovnosti ve zdraví. Zdravotní gramotnost je jedním z podstatných nástrojů k odstranění těchto nerovností (MZ ČR, 2014). Je také klíčovým faktorem ve snaze o dosažení zdraví a pohody ve společnosti (Kickbusch et al., 2013). Pod pojmem zdravotní gramotnost si můžeme představit soubor kompetencí jedince, které jsou esenciální pro udržení dobrého zdraví. Problém může představovat nízká zdravotní gramotnost. Ta nejenže negativně ovlivňuje zdraví lidí, ale je také příčinou plýtvání v systému zdravotní péče (Holčík, 2010; MZ ČR, 2015a; Hajduchová et al., 2017).

Na základě průzkumu *HLS-EU*, který probíhal v osmi evropských zemích, bylo možné identifikovat skupiny populace, u nichž je neúměrně vysoká pravděpodobnost, že dosáhnou pouze omezené (problematické nebo neadekvátní) zdravotní gramotnosti. Jednou ze zranitelných skupin jsou senioři ve věku 76 let a více, kde je téměř 61% pravděpodobnost výskytu omezené zdravotní gramotnosti (Pelikan et al., 2012). To se následně potvrdilo i ve výzkumu Kučera et al. (2016), který na *HLS-EU* v rámci ČR navázal a na seniory poukázal jako na skupinu populace s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti.

V roce 2020 tvořili senioři, tedy obyvatelé ve věku 65 a více let, 20,2 % populace ČR. Regresivní věková struktura populace ČR značí, že procentuální podíl seniorů se bude v dalších letech dále zvyšovat (ČSÚ, 2021b). Fenomén prodlužování délky života vede k transformaci společnosti na tzv. dlouhověkou společnost (Sak, Kolesárová, 2012). Se stárnutím se pojí četnější zdravotní problémy. Senioři jsou nuceni častěji využívat zdravotní péči a tím pádem se více než kdy dříve setkávají s potřebou umět získat informace o zdraví, porozumět jim a umět se podle nich řídit (Čevela et al., 2014; Hajduchová et al., 2017).

Dle Kickbusch et al. (2013) systémy vzdělávání často neposkytují lidem odpovídající dovednosti potřebné k přístupu k informacím, jejich pochopení, vyhodnocení a využití

k tomu, aby mohli zlepšovat své zdraví. Právě v době dospívání se buduje základ pro zdraví v dospělém životě (Wilkinson, Marmot, 2003). Dnešní nejmladší senioři se narodili v roce 1957, starší potom ještě dříve. Jejich dětství a vzdělávání tak probíhalo dlouho před tím, než Nutbeam na přelomu tisíciletí položil základní kameny problematiky zdravotní gramotnosti. Na základě těchto poznatků lze usoudit, že v době jejich mládí se dnešním seniorům tedy nedostalo potřebných znalostí a dovedností z oblasti zdravotní gramotnosti. V průběhu života dnešních seniorů došlo v rámci globalizace, nástupu moderních technologií, všeobecnému zrychlování světa a souvisejících procesů k velkým posunům ve společnosti. K obdobnému vývoji došlo i v poznání o zdraví a nauka o zdraví nabrala na komplexitě a složitosti. V dnešním světě je pro zdravotní gramotnost klíčový přístup k informacím a následná práce s nimi. Senioři mohou mít z objektivních důvodů problém zorientovat se v tomto měnícím se světě a také s využíváním moderních technologií, které jsou pro získávání informací o zdraví stěžejní. Právě proto je třeba zdravotní gramotnost seniorů zkoumat a snažit se přijít na způsoby, jak ji zlepšit.

Na základě nastíněných informací autorka práce považuje zvolené téma za aktuální a důležitý problém, který je potřeba zkoumat a snažit se nalézat a do praxe implementovat poznatky vedoucí ke zlepšení stavu zdravotní gramotnosti seniorů.

Diplomová práce se zabývá problematikou zdravotní gramotnosti seniorů. Teoretická část práce je rozčleněna do dvou hlavních kapitol. První kapitola je zaměřena na zdravotní gramotnost. Druhá kapitola je zaměřena na seniory a zdraví ve stáří. Praktická část práce je pojata jako kvantitativní primární výzkum. Obecným cílem práce je zjistit, jaká je zdravotní gramotnost seniorů.

1 CÍL PRÁCE A REŠERŠNÍ STRATEGIE

1.1 Cíl práce

Zjistit, jaká je zdravotní gramotnost seniorů v okrese Tachov za použití standardizovaného dotazníku *HLS-EU-Q16* a vlastního dotazníku.

1.1.1 Popis výzkumného problému

Se stářím přicházejí častěji zdravotní problémy a autorka chce zjistit, jestli je zdravotní gramotnost seniorů na dostatečné úrovni. Dle výzkumu Kučery et al. (2016) mají senioři v ČR nízkou zdravotní gramotnost. Úroveň zdravotní gramotnosti může značně ovlivňovat zdraví populace (Kickbusch et al., 2013). Zdravotní gramotnost je determinantou zdraví, kterou může jedinec ovlivnit, proto je důležité ji zkoumat a snažit se ji v populaci zlepšit (Holčík, 2010; MZ ČR, 2014). Důležitost problematiky potvrzuje i klíčová role zdravotní gramotnosti v agendě WHO a potažmo v národních strategiích ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí *Zdraví 2020* a *Zdraví 2030*.

1.2 Stanovení PICOt

P (population) – senioři z DS Kurojedy, Panenská a Panorama (DS na okrese Tachov), pro srovnání i vzorek seniorů z okresu žijících mimo DS; starší 65 let; se zachovanými kognitivními schopnostmi potřebnými pro vyplnění dotazníku

I (intervention) – standardizovaný dotazník *HLS-EU-Q16* a vlastní dotazník

C (comparison) – porovnání výsledků s výzkumy zdravotní gramotnosti se zaměřením na seniory nebo na celou populaci

O (outcome) – vyhodnocení dotazníků a zjištění úrovně zdravotní gramotnosti dotazovaných seniorů

t (time) – odborné články publikované od roku 2010 do roku 2022

1.3 Rešeršní strategie

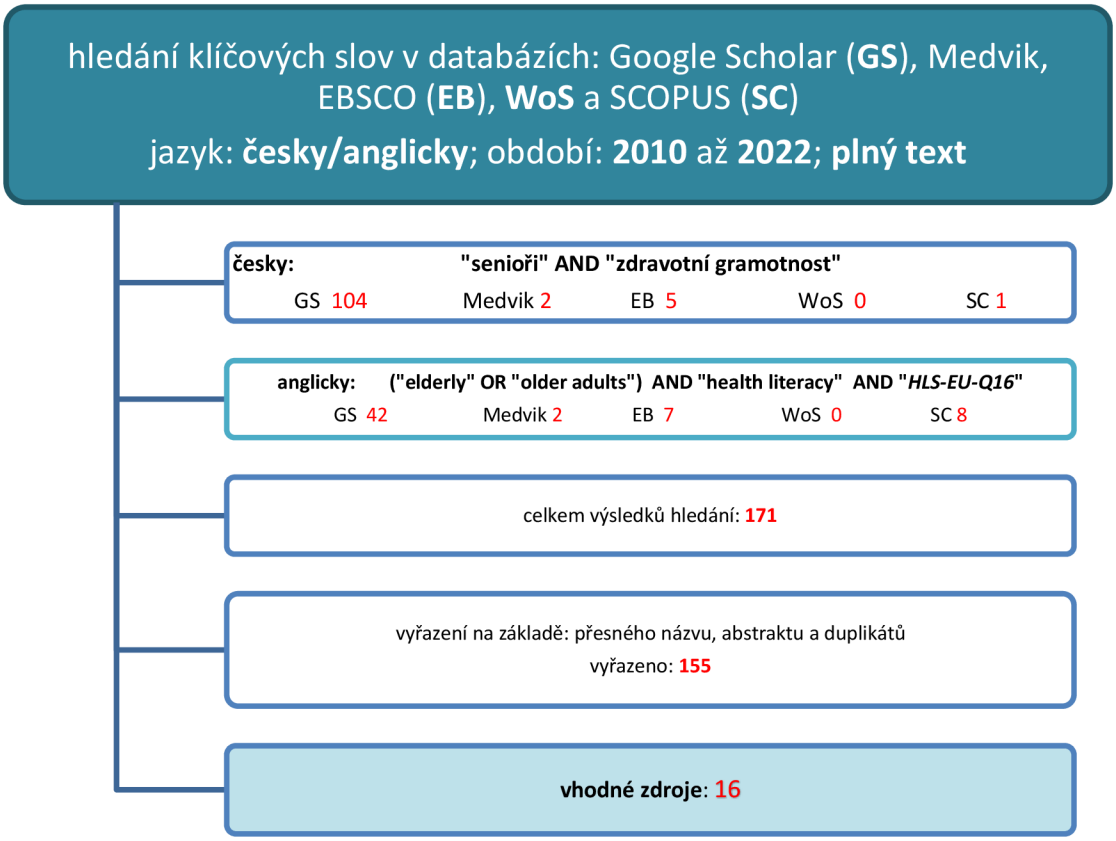
Zadání klíčových slov do databází – Google Scholar, Medvik, EBSCO, Web of Science (WoS) a SCOPUS. Do databází byla zadána definovaná klíčová slova v českém a anglickém jazyce v různých kombinacích, následně upřesněno vybrané období (2010–2022), vybrány jazyky (česky, respektive anglicky). Následně bylo zadání upřesněno pomocí booleovských operátorů – AND a OR.

Klíčová slova: senioři, zdravotní gramotnost, *HLS-EU-Q16*

Keywords: elderly (or older adults), health literacy, *HLS-EU-Q16*

1.4 Literární rešerše

Obrázek 1. Schéma rešeršní činnosti v online databázích



Zdroj: vlastní

2 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Zdravotní gramotnost je důležitý aspekt pro zdraví, a to zejména ve stáří. Senioři jsou v průzkumech i zdravotní gramotnosti označováni jako skupina vykazující nízkou zdravotní gramotnost. V této kapitole bude postupně popsána zdravotní gramotnost, způsoby a měření zdravotní gramotnosti, zdravotní politika ČR v kontextu zdravotní gramotnosti a výzkumy zdravotní gramotnosti.

2.1 Definice pojmu zdravotní gramotnost

V literatuře je možné nalézt velké množství definic zdravotní gramotnosti. Jedná se jednak o užší definice a jednak o široce rozvedené definice, které popisují pojem komplexněji.

Pod pojmem zdravotní gramotnost se dle definice WHO (1998, s. 10) rozumí: „*Kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci k práci a schopnost jednotlivců získat přístup k informacím, porozumět jim a používat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví.*“

Velmi široká a inkluzivní definice termínu, která vznikla jako jeden z výstupů Evropského konsorcia pro zdravotní gramotnost v roce 2012 zní: „*Zdravotní gramotnost souvisí s gramotností a zahrnuje znalosti, motivaci a schopnosti lidí získat, pochopit, vyhodnotit a použít informace o zdraví, aby mohli činit úsudky a rozhodnutí v každé situaci v každodenním životě týkajícím se péče o zdraví, prevence nemocí a podpory zdraví s cílem udržet nebo zlepšit kvalitu života v průběhu života*“ (Kickbusch et al., 2013, s 4).

Čevela et al. (2014, s. 95) pojem definují takto: „*Nejde jen o znalosti o lidském organizmu, o determinantách zdraví, o nemocech a zdravotnickém systému. Obsahem zdravotní gramotnosti je i schopnost zhodnotit situaci, rozhodovat a jednat v běžném životě s cílem ochránit, upevnit a navracet zdraví a pokud možno pomoci i svým blízkým, popřípadě i širší společnosti.*“

2.2 Modely zdravotní gramotnosti

Na důležitost zdravotní gramotnosti a její velkou roli v podpoře zdraví se zaměřil Nutbeam. Ten se problematice věnoval v počátcích a položil její základní stavební kameny. Pojem zdravotní gramotnost se jako takový začíná používat až koncem 20. století. Ve vyspělých zemích sahají počátky komunikace základních znalostí týkajících se životního stylu potřebných pro setrvání ve zdraví do 60. a 70. let 20. století. Nicméně zásah se oproti záměru v praxi zúžil pouze na vzdělanější a bohatší část populace. Z tohoto vyplynula nutnost zaměřit se i na socioekonomické zázemí a modifikovat osvětu pro zvýšení její účinnosti (Nutbeam, 2000).

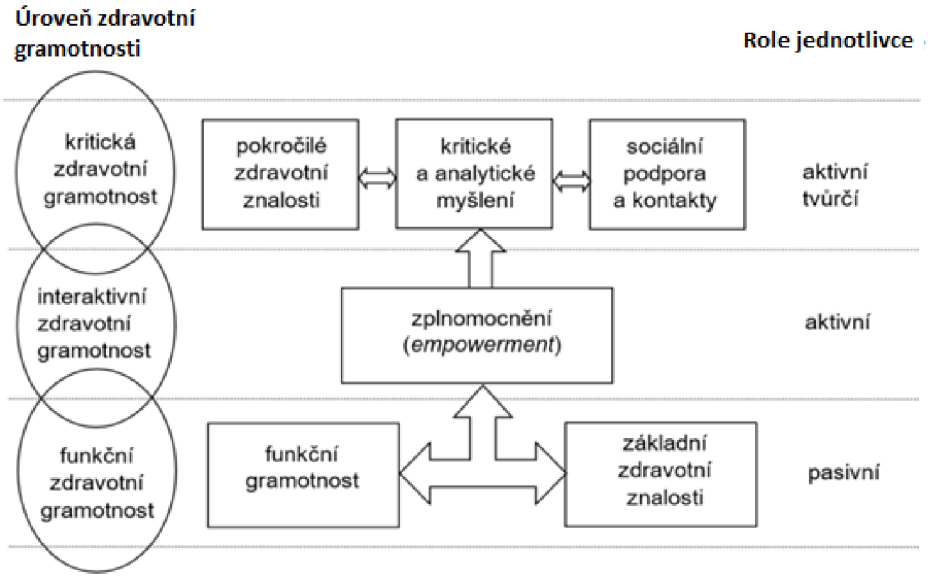
Rozdělení zdravotní gramotnosti na tři úrovně dle Nutbeama (2000):

- **Funkční (= základní) gramotnost** – zahrnuje dostatečné základní dovednosti v oblasti čtení a psaní, které umožňují efektivně fungovat v každodenních situacích;
- **Interaktivní (= komunikační) gramotnost** – zahrnuje pokročilejší kognitivní a gramotnostní dovednosti, které lze spolu se sociálními dovednostmi využít k aktivní účasti na každodenních činnostech, k získávání informací a vyvozování významu z různých forem komunikace a k aplikaci nových informací na měnící se okolnosti;
- **Kritická gramotnost** – zahrnuje pokročilejší kognitivní dovednosti, které lze spolu se sociálními dovednostmi uplatnit v praxi ke kritické analýze informací a využití těchto informací v praxi k větší kontrole nad životními událostmi a situacemi.

Definovaný teoretický rámec potom v praxi zahrnuje konkrétnější úkony. Pod pojmem **funkční zdravotní gramotnosti** rozumíme zejména výchovu ke zdraví v klasické podobě předkládání informací o zdraví, zdravotních rizicích, rizikových faktorech a o zdravotnickém systému (Holčík, 2010, Sørensen et al., 2012). **Interaktivní zdravotní gramotnost** se snaží posílit roli jednotlivce v přístupu k udržení zdraví. Cílem je motivovat jednotlivce k svébytnému zapojení se do péče o zdraví prostřednictvím komunikace. Postavení jednotlivce k zdravotníkovi se vyrovnává na pomyslně stejnou úroveň. Jde zde spíše o konzultování postupů, nežli o striktní nařízení ze strany zdravotníka a prosté uposlechnutí ze strany jednotlivce. V praxi se můžeme

setkat například se svépomocnými skupinami pacientů. Záměrem je zde rozvíjet schopnosti lidí jednat samostatně a zejména posílit jejich motivaci a odpovědnost při respektování pokynů (Čevela et al., 2014; Holčík, 2010, Sørensen et al., 2012). **Kritická zdravotní gramotnost** je potom nejvyšším stupněm zdravotní gramotnosti. Je nejkomplexnější, s přesahem od jednotlivce na celou populaci. Zahrnuje pokročilejší kognitivní dovednosti, díky kterým může jedinec uskutečnit výběr správných možností pomocí kritické analýzy informací týkajících se zdraví. Je to soubor znalostí a dovedností, které postupně podporují větší samostatnost a osobní zodpovědnost při rozhodování týkajícím se zdraví, a také zapojení do širšího spektra znalostí o zdraví, které sahají od osobní péče o zdraví, až po sociální determinanty zdraví (Holčík, 2010; Sørensen et al., 2012).

Obrázek 2. Základní struktura zdravotní gramotnosti podle Kickbusch (2012)



Zdroj: převzato z Holčík (2010, s. 160)

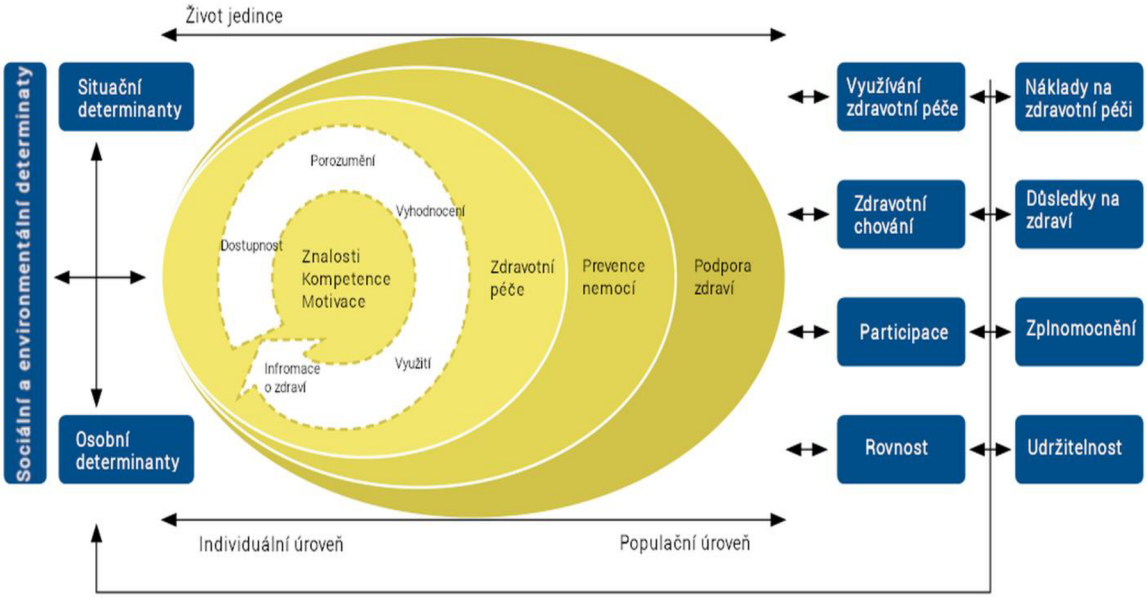
Jako výstup systematického review autoři Kickbusch et al. (2012) představili **konceptuální model zdravotní gramotnosti**. Tento model zahrnuje poznání všech v té době dostupných relevantních výstupů na téma zdravotní gramotnost. Je zde zakomponována také výše zmíněná teorie Nutbeama, na které později vycházející publikace stavěly, nicméně model je podstatně rozšířen o další výstupy. Pro vhodnější znázornění problematiky převedli autoři teoretické poznatky do grafické podoby (viz obrázek 3). V grafickém modelu jsou zpracovány hlavní dimenze a domény zdravotní gramotnosti, bližší a vzdálenější vlivy na ni působící a linie propojující

zdravotní gramotnost se zdravím. Za jádro zdravotní gramotnosti je v tomto konceptu považován proces týkající se informací o zdraví. Proces sestává ze čtyř kroků. Informace je nutné nalézt (dostupnost), porozumět jim, vyhodnotit je a získané poznatky potom využít v rozhodování a jednání.

Rozdělení problematiky do tří hlavních domén podle Kickbusch et al. (2012) na:

- **Oblast zdravotní péče** – schopnost získat přístup k informacím o medicínských otázkách, schopnost porozumět medicínským informacím a odvodit si jejich význam pro zdraví, schopnost interpretovat a hodnotit medicínské informace, schopnost informovaně se vyjadřovat a rozhodovat o medicínských problémech;
- **Oblast prevence nemocí** – schopnost získat přístup k informacím o rizikových faktorech působících na zdraví, schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a odvodit si jejich význam pro zdraví, schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech působících na zdraví, schopnost činit informovaná rozhodnutí o rizikových faktorech působících na zdraví;
- **Oblast podpora zdraví** – schopnost pravidelně si zjišťovat informace o determinantách zdraví, schopnost porozumět informacím o determinantách zdraví a odvodit si jejich význam pro zdraví, schopnost interpretovat a hodnotit informace o zdraví, schopnost informovaně rozhodovat v ohledu determinant zdraví.

Obrázek 3. Integrovaný model zdravotní gramotnosti podle Kickbusch et al. (2013)



Zdroj: vlastní překlad, převzato z Kickbusch et al. (2013, s 5)

2.3 Hodnocení a měření zdravotní gramotnosti

Velmi důležité je měření zdravotní gramotnosti. Pokud se vynakládají nemalé finanční prostředky na zlepšení zdravotní gramotnosti na světové, respektive státní úrovni, například v rámci národní strategie *Zdraví 2020*, musíme mít spolehlivý nástroj pro měření (MZ ČR, 2014).

Existuje velké množství nástrojů pro měření zdravotní gramotnosti. Může se jednat o testy standardizované, či nestandardizované. Rozmanité je i jejich zaměření. Některé testy se zaměřují jen na určitou část zdravotní gramotnosti, jak ji chápeme v podání široké definice dnes, jiné mají ambice pokrýt celý rozsah definice. Testy se často zaměřují jen na některou ze součástí souboru dovedností zdravotní gramotnosti. Jejich soustřeďováním se zabývá webová stránka *Health Literacy Tool Shed: A database of health literacy measures*, která spravována pod záštitou Bostonské univerzity (Pleasant et al., 2019). V současnosti tento seznam čítá již více než 200 nástrojů pro měření zdravotní gramotnosti. Na webových stránkách je možné nástroje filtrovat dle velkého množství proměnných. Majoritně se ale nejedná se o unikátní nástroje. Větší část z nich jsou rozličnými variacemi již existujících nástrojů, či překlady nástrojů do různých jazyků. Dále se jedná o testy pro měření specifické zdravotní gramotnosti, například gramotnost týkající se konkrétního onemocnění.

Mezi výzkumníky hojně využívané nástroje můžeme zařadit například test TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*); REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*); NVS (*Newest Vital Sign*). Tyto tři nástroje jsou starší a prostřednictvím nich je možné hodnotit zdravotní gramotnost objektivně. TOFHLA je test funkční zdravotní gramotnosti pro dospělé. Hodnotí se jím zdravotní znalosti a některé numerické dovednosti. REALM hodnotí schopnost správně nahlas vyslovit napsané slovo týkající se zdraví. Tento dotazník lze v českém jazyce účinně použít jen stěží. Je založen na rozdílné výslovnosti a zápisu slova. NVS vychází z nutriční etikety zmrzliny. Z předložené etikety má participant vyčíst odpovědi na kladené otázky. Dalšími frekventovaně využívanými nástroji jsou například test BHLS (*Brief Health Literacy Screen*); SILS (*Single Item Literacy Screener*); eHEALS (*eHealth Literacy Scale*). BHLS i SILS jsou testy zaměřené na problematiku čtení a pochopení textu

s medicínskou tématikou. V USA jsou výzkumy zdravotní gramotnosti často zaměřené na funkční zdravotní gramotnost. eHEALS je zaměřen na subjektivní posouzení dovedností při používání informačních technologií ve zdraví (Altin et al., 2014; Pleasant et al., 2019).

2.3.1 Výzkum HLS-EU

Vědecká činnost Kickbusch et al. vyústila v uskutečnění prvního systematického výzkumu v EU nazvaného HLS-EU (*Health Literacy Survey*). První organizované šetření zdravotní gramotnosti se konalo mezi lety 2009 až 2012 a účastnilo se ho 8 evropských zemí. Sběr dat probíhal za pomoci nově vytvořeného standardizovaného dotazníku *HLS-EU-Q47*. Před použitím dotazníku v ČR bylo nutné jej z anglického jazyka přeložit do jazyka českého a překlad musel být poté schválen. K šetření se dodatečně v roce 2015 připojila i ČR s výzkumem Kučera et al. (2016). Dotazník byl následně překládán do dalších jazyků. Použití dotazníku posléze překonalo hranice Evropy, dotazník byl použit například v Myanmaru, Indonésii, Japonsku, Kazachstánu a ve Vietnamu (Health Literacy Tool Shed, 2022).

Při vzniku projektu HLS-EU bylo stanoveno pět cílů (Pelikan et al., 2019):

- přizpůsobit modelový nástroj pro měření zdravotní gramotnosti Evropě;
- vytvořit první údaje o zdravotní gramotnosti v evropských zemích a poskytnout ukazatele pro monitorování na národní úrovni a na úrovni EU;
- provést srovnávací hodnocení zdravotní gramotnosti v evropských zemích;
- vytvořit národní poradní orgány v zemích účastnících se průzkumu a dokumentovat různé valorizační strategie v návaznosti na národní struktury a priority;
- vytvořit evropskou síť zdravotní gramotnosti.

2.3.1.1 HLS-EU-Q jako nástroj pro měření zdravotní gramotnosti

Nástroj, který vznikl jako výstup systematického review – HLS-EU-Q (*European Health Literacy Survey Questionnaire*) – kombinuje jednak objektivní a jednak subjektivní metody hodnocení (Altin et al., 2014).

Projekt podpořila Výkonná agentura pro zdraví a spotřebitele (EAHC) Evropské unie. Nástroj musel být komplexní, a to nejen co se týče obsahu, ale také pokud jde o různé druhy kompetencí tvořících balíček zdravotní gramotnosti. Systematické review ukázalo, že stávající nástroje nepokrývaly širokou definici a konceptuální model zdravotní gramotnosti, protože byly příliš specifické a nebyly použitelné pro studie populace v celé šíři. Velké množství dříve vzniklých nástrojů se zaměřovalo především na funkční gramotnost (Pelikan et al., 2019; Sørensen et al., 2012).

Nástroj *HLS-EU-Q* kombinuje dvě specifika dříve vytvořených nástrojů měření zdravotní gramotnosti. Jde o částečně komplexní a konkrétní úkoly týkající se zdravotně relevantních rozhodnutí nebo činností každodenního života v kombinaci s dotazováním na subjektivní vnímání obtížnosti konkrétního úkolu (otázky začínají: „*Jak těžké je*“). Koncepci dotazníku do podoby otázek, tedy ne formou řečnických otázek, zvolili autoři z důvodu lepší srozumitelnosti. Hodnocení se provádí výběrem odpovědí na Likertově škále: 1 (velmi snadné) – 2 (docela snadné) – 3 (docela obtížné) – 4 (velmi obtížné) (Pelikan et al., 2019; Sørensen et al., 2012).

Otázky v dotazníku jsou koncipovány takto (Kickbusch et al., 2013):

- porozumění tomu, co říká lékař;
- posouzení, zda jsou informace o nemoci v médiích spolehlivé;
- vyhledávání informací o tom, jak zvládat problémy spojené s duševním zdravím, jako je stres nebo deprese;
- porozumění informacím na obalech potravin;
- účast na aktivitách, které zlepšují zdraví a pohodu v komunitě.

Po vytvoření základního nástroje dotazníku *HLS-EU-Q47* autoři dospěli k závěru, že například pro potřeby screeningového šetření je dotazník příliš dlouhý. Proto přistoupili k vytvoření zkrácených verzí dotazníku. Krátká verze dotazníku má 16 otázek (*HLS-EU-Q16*) a velmi krátká verze potom šest otázek (*HLS-EU-Q6*). Verze dotazníku *Q16* je vhodná k použití ve výzkumech zranitelných skupin (mezi které řadíme seniory) nebo při současném zkoumání specifické zdravotní gramotnosti. Verze dotazníku *Q6* už neposkytuje dostatek informací pro hlubší hodnocení stavu, dá se určit pouze celková zdravotní gramotnost (Pelikan et al., 2019).

2.3.2 Výzkum HLS_{19}

V roce 2019 WHO Evropa iniciovala vznik akční sítě, zabývající se problematikou zdravotní gramotnosti, s názvem: *Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* (M-POHL), s cílem pravidelně měřit zdravotní gramotnost, počínaje průzkumem *Health Literacy Survey 2019* (zkráceně HLS_{19}). Do M-POHL se zapojilo 28 zemí. Průzkum HLS_{19} byl proveden v 17 zemích evropského regionu WHO (Belgie, Bulharsko, Česká republika, Dánsko, Francie, Irsko, Itálie, Izrael, Maďarsko, Německo, Norsko, Portugalsko, Rakousko, Ruská federace, Slovensko, Slovinsko a Švýcarsko). V rámci HLS_{19} byla zkoumána nejen obecné zdravotní gramotnost, ale také specifická a další druhy zdravotní gramotnosti. Pro výzkum byly vyvinuty nové nástroje. Studie HLS_{19} byla založena na průřezovém průzkumu (The HLS_{19} Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021).

Studovaná populace byla definována jako všichni stálí obyvatelé ve věku 18 let a více žijící v soukromých domácnostech v zúčastněných zemích. Předpokládaná velikost vzorku v jednotlivých zemích byla nejméně 1 000 respondentů. Údaje byly shromažďovány formou osobních, telefonických nebo internetových rozhovorů, případně jejich kombinací. Sběr dat probíhal od listopadu 2019 do června 2021. Pro měření obecné zdravotní gramotnosti v 17 zemích byla validována a použita nově vzniklá zkrácená forma nástroje *HLS-EU-Q47* s názvem *HLS_{19}-Q12*. Současně byly vyvinuty a validovány nové nástroje pro měření dalších druhů zdravotní gramotnosti. Nástroje HLS_{19} byly přeloženy do národních jazyků zúčastněných zemí. Zdravotní gramotnost byla rovněž klasifikována do čtyř kategoriálních úrovní: excelentní, adekvátní, problematická, neadekvátní (The HLS_{19} Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021).

Doporučení týkající se celkové zdravotní gramotnosti znějí takto (The HLS_{19} Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021):

- Zdravotní politika by měla zahrnovat investice do longitudinálních studií, pravidelného měření a sledování zdravotní gramotnosti populace. Měla by systematicky provádět intervence ke zlepšení zdravotní gramotnosti.
- Intervence by měly být specificky zaměřeny na rizikové skupiny s nízkou zdravotní gramotností, aby se snížily rozdíly ve zdraví mezi skupinami.

- Intervence na zlepšení zdravotní gramotnosti by se měly zaměřit na všechny čtyři aspekty zpracování informací týkajících se zdraví (přístup k informacím, jejich pochopení, vyhodnocení a použití) v rámci zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.
- U intervencí týkajících se specifických, konkrétních úkolů zdravotní gramotnosti by měly být upřednostněny úkoly, které jsou vnímány jako obtížnější.
- Měla by se zlepšit kvalita zdravotnických informací v médiích.
- Intervence zaměřené na zlepšení zdravotní gramotnosti ve vztahu k duševnímu zdraví by měly být upřednostněny a podpořeny konkrétním výzkumem.

2.4 Zdravotní politika v ČR v kontextu zdravotní gramotnosti

Holčík (2017, s. 13) uvádí: *„Zdravotní gramotnost je pro všechny. Stejně jako dobrá zdravotní politika, která motivuje, vítá a podporuje všechny, kteří respektují hodnotu zdraví a dovedou pro zdraví lidí něco užitečného vykonat. Lidé jsou nejdůležitější determinantou zdraví.“*

Stěžejním vědním oborem, který se zabývá problematikou vlivu sociálních faktorů na zdraví a způsoby jeho zlepšení obecně, je sociální lékařství. Objektem jeho studia jsou populační skupiny. Soustavným sledováním populace obor získává důležitou základnu informací a poznatků týkajících se jejího zdravotního stavu. Získaných poznatků využívá sociální lékařství ke zlepšení péče o zdraví, k přípravě podkladů sloužících pro výchovu ke zdraví, pro tvorbu zdravotní politiky i zdravotnickou legislativu. Aplikace poznatků do praxe je potom uskutečňována prostřednictvím veřejného zdravotnictví. V pojetí veřejného zdravotnictví je zdraví chápáno jako veřejná priorita a důležitá hodnota společnosti, stejně tak není pomíjen význam zdraví pro jednotlivce. Jedním z podstatných úkolů veřejného zdravotnictví je právě činnost v oblasti zdravotní gramotnosti (Holčík, 2016; Ivanová, 2018).

Základní otázky oboru Sociální lékařství zní (Ivanová, Juríčková, 2018):

1. Jaký je zdravotní stav obyvatelstva?
2. Proč je takový?
3. Co můžeme udělat pro jeho zlepšení?

Tyto otázky si je nutno pokládat, pokud chceme zdraví zlepšovat. Zhmotněním snah sociálního lékařství je potom právě zdravotní politika státu. Zdravotní politika je systematické politické působení mající vliv na zdraví jednotlivých skupin či celých národů. Hlavním cílem je vytvářet takové podmínky, které vedou k udržování, podpoře či dokonce zlepšování zdravotního stavu (Holčík, 2016; Ivanová, 2018).

Zdravotní gramotnost je důležitým nástrojem pro snížení výdajů za možné budoucí výlohy na zdravotní péči, zejména potom ve stáří. I proto je právě zdravotní gramotnost stěžejním tématem zdravotní politiky států (Holčík, 2010; Kickbusch et al., 2013). Zlepšení zdravotní gramotnosti vyžaduje celospolečenský přístup. Aby se zlepšila zdravotní gramotnosti jednotlivců a komunit, je potřeba spolupráce mnohých odvětví a aktérů. Tímto se může docílit vybudování prostředí, ve kterém je snadné se orientovat a které pobízí a podporuje zdravý životní styl, zdraví a pohodu (Kickbusch et al., 2013).

Základ pro vývoj a uplatňování nástrojů zdravotní politiky tvoří rámcové programy týkající se zdraví, které vydává WHO. V roce 1998 to byl program *HEALTH 21 – health for all policy framework in the 21st century*, který byl v ČR implementován jako *Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví 21*. Na něj navázal program *Health 2020 – A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*, který vydala WHO v roce 2012. V rámci tohoto dokumentu WHO apeluje na členské státy, aby implementovaly principy programu do své státní zdravotní politiky, neboť zdraví je důležité, a to nejen pro prosperitu společnosti (WHO, 2013). V ČR byla jako odraz programu *Health 2020* vypracována strategie *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* (MZ ČR, 2014).

V roce 2020 skončila doba realizace strategie *Zdraví 2020* a na příští dekádu byl vypracován nový strategický rámec *Zdraví 2030*. V průběhu implementace strategií dochází ke kontrolám plnění. Po ukončení doby realizace má být vypracováno celkové vyhodnocení završené předložením závěrečné zprávy o stavu implementace. (MZ ČR, 2014).

2.4.1 Zdraví 2020

Vznik strategie a její schválení byly podmínkou pro poskytování finančních prostředků z evropských fondů, a to v celém období plánované realizace. Strategie cílí na potřebu orientovat se v komplexním systému zdravotní, popřípadě sociální péče (Valenta, Rážová, 2015). Strategie byla vytvořena týmem odborníků (mezirezortní spolupráce) na podkladě programů WHO s ohledem na konkrétní specifika a potřeby populace ČR (MZ ČR, 2014). Hlavní cíl strategie byl definován takto: „*zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet*." (MZ ČR, 2014, s 16).

Dále byl rozčleněn na dva strategické cíle a čtyři prioritní oblasti. Na základě toho bylo posléze vypracováno 13 akčních plánů. V akčních plánech jsou rozebrána jednotlivá témata. Každý akční plán musí obsahovat specifikaci konkrétních cílů, odpovědnosti za jednotlivé úkony, ukazatele a termíny plnění (MZ ČR, 2014).

Zdravotní gramotnost je ve strategii jako jedno z pěti tzv. vertikálních témat. Vertikální témata by měla být prolnuta ve všech výstupech strategie. Zdravotní gramotnost jako taková je rozebrána v *Akčním plánu č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020* (MZ ČR, 2014).

V Akčním plánu č. 12 je vymezeno 6 základních oblastí (MZ ČR, 2015a):

- **strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti** (příprava strategického dokumentu Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti);
- **informace** (kvalita a dostupnost, portál zdravotní gramotnosti);
- **výchova a vzdělávání** (školy, školská zařízení, celoživotní vzdělávání, pedagogičtí pracovníci);
- **výzkum a hodnocení** (mezinárodně srovnatelná metodika);
- **média** (věrohodnost a kvalita informací, vzdělávání novinářů);
- **komunitní projekty** (Zdravé město, Škola podporující zdraví, Podnik podporující zdraví, Nemocnice podporující zdraví, příklady dobré praxe).

Struktura a návaznost hlavních součástí strategie je dokumentu graficky zpracována (viz obrázek 4). Zmíněné základní oblasti jsou dále rozpracovány do konkrétních rozvojových projektů. O stavu implementace se dozvídáme z evaluace strategie, která byla doposud veřejně vypracována pouze průběžně. Ta byla vypracována Ministerstvem

zdravotnictví v období říjen 2017 až září 2018. Tato informace o stavu realizace strategie uvádí k *Akčnímu plánu č. 12* následující: Byl založen Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. a Aliance pro rozvoj zdravotní gramotnosti. Realizoval se první národní výzkum úrovně zdravotní gramotnosti v České republice, srovnatelný s dalšími zeměmi EU (myšleno Kučera et al., 2016); Česká republika se tak začlenila do mezinárodního projektu systematického monitoringu zdravotní gramotnosti v evropském regionu. Byl pořízen překlad publikace „*Health Literacy: Solid facts*“. Realizovala se 1. Národní konference o zdravotní gramotnosti a Česko-rakouské kolokvium o zdravotní gramotnosti (MZ ČR, 2018).

Obrázek 4. Struktura a návaznost hlavních komponent akčního plánu rozvoje gramotnosti

Zdroj: převzato z MZ ČR (2015a, s. 37)

2.4.2 Zdraví 2030

Strategický rámec *Zdraví 2030* navazuje na Strategický rámec *Česká republika 2030*, v němž vláda jako základní cíl pro oblast zdravotnictví určila tezi: „*Zdraví všech skupin*

obyvatel se zlepšuje“. Zdraví 2030 vychází z dřívějších strategických materiálů a je koncepčním materiálem s mezirezortním přesahem, který udává směr rozvoje péče o zdraví občanů České republiky v příštím desetiletí. Mezinárodní inspirací pro tvorbu *Zdraví 2030* byla zejména *Agenda 2030* pro udržitelný rozvoj, ze které vychází tzv. SDGs – cíle udržitelného rozvoje OSN. Pro oblast zdravotnictví je klíčový SDG 3: „*Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku*“ (MZ ČR, 2020).

Zdraví 2030 vymezuje specifické cíle *Strategického rámce Česká republika 2030* do tří strategických cílů. Tyto strategické cíle se pak člení na sedm specifických cílů. Zdravotní gramotnost je obsahem především specifického cíle 1.2 *Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví zvyšování zdravotní gramotnosti*. Cílem je zvýšení zdravotní gramotnosti, a to zejména u dílčích populačních skupin, včetně seniorů (MZ ČR, 2020).

Mezi příklady hlavních nástrojů splnění cíle zvyšování zdravotní gramotnost Zdraví 2030 lze uvést (MZ ČR, 2020):

- edukace veřejnosti o možných škodlivých vlivech životního a pracovního prostředí či ohledně zdravého životního stylu;
- vytvoření Národního programu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti, zahájení jeho implementace a nastavení monitoringu zdravotní gramotnosti;
- podpora aktivit neziskových organizací zabývajících se zdravím;
- vybudování Národního zdravotnického informačního portálu.

2.5 Zdravotní gramotnost seniorů

Nízká zdravotní gramotnost má významný vliv na zdraví jedince. Vede k většímu výskytu chronických onemocnění, vyššímu množství návštěv ve zdravotnických zařízeních, a tím pádem i ke zvýšení výdajů za zdravotní péči (MZ ČR, 2015a). Při hodnocení zdravotního stavu populace seniorů je velmi důležité brát v úvahu nejen věk dožití, ale zejména věk dožití ve zdraví. V uplynulých letech se tento demografický ukazatel nezlepšuje (ČSÚ, 2022b). To znamená, že se lidé sice dožívají vyššího věku, nicméně kvalita života posledních několik let před smrtí je často na nízké úrovni.

Zdraví ve stáří je často odrazem postojů a konání jedince uskutečněných za jeho uplynulou část života. Je těžké hodnotit úroveň zdravotní gramotnosti seniorů v porovnání s mladšími skupinami populace. Je nutné přihlédnout k okolnostem doby, ve které se jedinci v jednotlivých etapách života formovali (Kickbusch et al., 2013).

Kickbusch (2001, s. 294) uvádí: *„Zatímco veřejné politiky musí vytvářet určité předpoklady pro zdraví, lidé se musí na svém zdraví také aktivně podílet, což je součástí jejich příspěvku k občanské společnosti, a proto je důležité rozvíjet všechny tři oblasti zdravotní gramotnosti.“* Tím poukázala na esenciální význam vlastního zapojení do procesu péče o zdraví. Každý, kdo chce zachovat nebo dokonce zlepšit své zdraví, se musí sám aktivně snažit. Nicméně senioři jsou jednou z ohrožených skupin. Proto je potřebné jim v rozvoji zdravotní gramotnosti pomoci tvorbou prostředí. Takové, kde se mohou lépe orientovat a naplňovat svůj zdravotní potenciál do maxima.

Čevela et al. (2014) určuje jako pro rozvoj zdravotní gramotnosti u seniorů důležité tyto oblasti:

- **vzdělávání seniorů** – ve všech oblastech zdravotní gramotnosti;
- **posilování schopnosti ovládat informační a komunikační techniku** – rozšiřování sociálních kontaktů a usnadnění přístupu k informacím;
- **mobilita seniorů** – s rostoucím věkem klesá možnost individuální mobility, je potřeba na zajištění mobility dbát (např. služba senior taxi);
- **uplatnění seniorů** – příležitosti pro uplatnění ve společnosti, protože i senioři mají společnosti co nabídnout;
- **zdravotní péče o seniory** – zvládání akutních a chronických nemocí, vnímavost zdravotnického personálu vůči seniorům s přihlédnutím ke sníženým schopnostem;
- **existenční zajištění seniorů** – formy podpory seniorů, které jim pomáhají zbavit se obav o zajištění základních životních podmínek a potřeb;
- **respektování role seniorů ve společnosti** – senioři se v důsledku velkých proměn společnosti i prostředí mohou obtížněji orientovat ve světě; v návaznosti na to vniká na straně mladších generací soustavná potřeba zlepšování podpory zdravého stárnutí.

Rozvoj zdravotní gramotnosti posiluje a rozšiřuje povědomí o existenci velkého množství informačních zdrojů týkajících se zdraví, které mají různou kvalitu na škále od

užitečných až po potenciálně zdraví nebezpečné. Přístup k informacím zahrnuje i konzultování zdravotních otázek se zdravotnickými odborníky. Dále cílí na zlepšení kompetencí pacienta spojených s prevencí nemocí, diagnostikou, následnou terapií. Důraz je kladen i na uvážlivou spotřebu zdravotnických služeb (Čevela et al., 2014). Užší rámec kompetencí a znalostí potom tvoří tzv. medicínskou gramotnost. Ta zahrnuje orientaci v zdravotnickém systému a znalostí symptomů běžných nemocí. Dále také zahrnuje problematiku zdravotnických služeb. Jedná se o schopnost číst a porozumět informacím v příbalových letácích či porozumět pokynům poskytovaným zdravotníky týkající se zvládání chronických nemocí (Čevela et al., 2014; Holčík, 2010).

2.5.1 Výzkumy zdravotní gramotnosti dospělé populace a seniorů

První výzkum zdravotní gramotnosti dospělé populace v ČR provedl v roce 2014 Kučera et al. Výzkum byl proveden v souvislosti s výzkumem *HLS-EU* v dalších osmi evropských zemích (Bulharsko, Irsko, Německo, Nizozemsko, Polsko, Rakousko, Řecko, Španělsko). Zároveň bylo jeho uskutečnění potřebné v rámci přípravy strategie *Zdraví 2020* v ČR. Metodika výzkumu vypadala takto: obyvatelé ČR starší 15 let; výzkumný soubor (n = 1037); do vzorku zahrnou obyvatele všech krajů; výběrová metoda kvótního výběru (kvóty – pohlaví, vzdělání, věk, kraj, velikost obce); způsob sběru dat osobní dotazování v domácnostech pomocí počítače; iniciace dotazníku cca 40 minut. Celkem měl použitý dotazník 90 položek, přičemž tématu zdravotní gramotnosti se věnovalo 47 otázek. Jako metoda sběru dat byl použit standardizovaný dotazník *HLS-EU-Q47*. Výsledky šetření byly hluboko pod očekáváním. ČR se mezi ostatními státy umístila na chvostu Horší úroveň zdravotní gramotnosti mělo už jen Bulharsko. Téměř 60 % dotazovaných mělo neadekvátní nebo problematickou úroveň zdravotní gramotnosti (zatímco průměrná hodnota všech osmi zemí byla 47,6 %). Neadekvátní zdravotní gramotnost vykazovalo 19,1 % dospělé populace a problematickou 40,3 %. V dimenzi zdravotní gramotnosti „podpora zdraví“ mělo snížené hodnocení až 60 % obyvatel ČR. Výzkum ukázal na dvě skupiny obyvatelstva definované věkem, které měly špatné výsledky úrovně zdravotní gramotnosti, a to na dospívající a na seniory. Výzkum ukázal, že zdravotní gramotnost klesá s věkem a roste s úrovní vzdělání a sociálním statusem (Kučera et al., 2016).

Druhý systematický výzkum zdravotní gramotnosti se v ČR uskutečnil v roce 2020, ČR se připojila jako jedna z 17 zemí do výzkumu *HLS19*. Metodika výzkumu vypadala takto: obyvatelé ČR starší 18 let; výběrová metoda kvótního výběru (kvóty – pohlaví, vzdělání, věk, kraj, velikost obce); soubor (n = 1650) respondentů; způsob sběru dat dotazování online (n = 1070) a dotazování telefonické (n = 580); dotazník HLS19-Q22 baterie zdravotní gramotnosti (22 položek); volitelné baterie zdravotní gramotnosti: (digitální, navigační, komunikační, vakcinační) a otázky navržené zdravotními pojišťovnami. Výsledky ukázaly velké zlepšení oproti výzkumu v roce 2015. Z původních téměř 60 % se podařilo zdravotní gramotnost zlepšit o 22 %. Nadpoloviční většina populace, konkrétně 53 %, vykazovala (oproti průměru všech zemí 56 %) dostačující zdravotní gramotnost, z čehož 43 % adekvátní a 10 % excelentní zdravotní gramotnost. Jedno z možných vysvětlení zlepšení výsledků je s covid-19 spojené častější hledání informací a práce s nimi, což je podstatou konceptuálního modelu zdravotní gramotnosti. Ve srovnání mezi 17 účastníky výzkumu se ČR umístila na devátém místě. Výzkum ukázal, že vyšší zdravotní gramotnost vykazují ženy, starší osoby a lidé s vyšším sociálním statusem; a naopak nižší úroveň zdravotní gramotnosti vykazují osoby s vyšším vzděláním a osoby s finančními problémy (Kučera, 2021).

V ČR se výzkumu zdravotní gramotnosti seniorů věnovala Brabcová et al. (2017). Výzkum se uskutečnil v roce 2016 v Jihočeském kraji, respondenti byli senioři ve věku 65 let a více. Výzkumný soubor tvořilo (n = 326), nicméně pro vyhodnocení bylo využito (n = 233) kompletně vyplněných dotazníků. Jako nástroj sběru dat byl použit dotazník *HLS-EU-Q16*. Iniciace dotazníků probíhala v bydlišti respondentů. V rámci výzkumu autorky sledovaly také vliv sociodemografických ukazatelů na úroveň zdravotní gramotnosti. Podařilo se prokázat například statisticky významnou souvislost: mezi věkem a úrovní zdravotní gramotnosti (neadekvátní zdravotní gramotnost je prokazatelně vyšší u respondentů nad 80 let věku); mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a úrovní zdravotní gramotnosti (adekvátní zdravotní gramotnost je častější u absolventů středních škol s maturitou, VOŠ a VŠ; problematická a neadekvátní úroveň zdravotní gramotnosti je častější u vyučených a respondentů se středoškolským vzděláním bez maturity). Výsledkem bylo zjištění, že neadekvátní gramotnost má 23,1 %, problematickou 37,8 % a adekvátní zdravotní gramotnost pouze 39,1 % dotazovaných seniorů.

Výzkumem vlivu sociodemografických charakteristik na úroveň zdravotní gramotnosti se zabývaly v přehledové studii Beňadiková a Boriková (2020). Dle jejich poznatků má na úroveň zdravotní gramotnosti signifikantní vliv věk, vzdělání, rodinný stav, bydliště, povolání, finanční a sociální status. Pohlaví má diskutabilní vliv a méně významný vliv má potom zaměstnanost a rodinný stav. Studie potvrdila, že seniorské populace se v tématu zdravotní gramotnosti týká determinanta sociální gradient. Dále autorky poukázaly na fakt, že u seniorům s nižším vzděláním a gramotností musí jejich nedostatky v praxi kompenzovat dotčený zdravotní personál. V komunikaci s těmito jedinci je záhodno komunikovat intenzivněji a také přizpůsobit způsob komunikace. Z tohoto důvodu je potřeba v této oblasti vzdělávat zdravotnický personál.

Výzkum na téma zdravotní gramotnost seniorů za použití dotazníku *HLS-EU-Q16* provedl Huang et al. (2018). Výzkum probíhal v roce 2017 ve městě Kaohsiung City na Tchaj-wanu. Výzkumný soubor tvořilo (n = 603) respondentů ve věku 65 let a více žijících v komunitním bydlení. V dotazníku mezi možné odpovědi nebyla zahrnuta volba *nevím*. Neadekvátní celkovou zdravotní gramotnost vykazovalo 22,4 % respondentů. Problematickou celkovou zdravotní gramotnost vykazovalo 33,8 % respondentů. Dostačující zdravotní gramotnost vykazovala méně než polovina respondentů (43,8 %), přičemž z toho 29,2 % vykazovalo adekvátní úroveň a 14,6 % vykazovalo úroveň excelentní. Autoři výzkumu prokázali statisticky významnou souvislost mezi: vzděláním a úrovní zdravotní gramotnosti (vyšší vzdělání odpovídá vyšší zdravotní gramotnosti), mezi příjmem a úrovní zdravotní gramotnosti (vyšší příjem odpovídá vyšší zdravotní gramotnosti). Muži měli sice průměrně vyšší vzdělání, ale ženy i přesto měly lehce vyšší (o zhruba 2 %) úroveň zdravotní gramotnosti než muži. Respondenti s nižším věkem měli vyšší zdravotní gramotnost.

3 SENIOŘI A ZDRAVÍ VE STÁŘÍ

Seniorský věk přináší jisté s věkem spjaté specifické charakteristiky. Je to období změn, kdy jedinec vstupuje do poslední etapy života. Stále více se na zdravotním stavu projevují dopady voleb týkajících se zdraví, činěných v průběhu celého života. V této kapitole budou postupně popsány demografické charakteristiky, stáří a stárnutí, zdraví, zdravotní problémy týkající se seniorů a kompetence zdravotně gramotných seniorů.

3.1 Populace seniorů v ČR

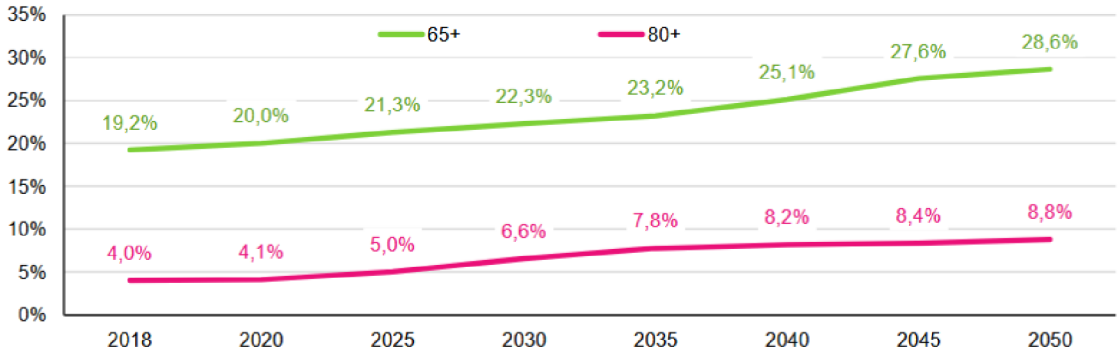
Je potřeba uvést také základní demografické údaje o skladbě obyvatelstva ČR se zaměřením na seniory. V roce 2020 tvořili obyvatelé ve věku 65 a více let 20,2 % populace ČR. Věková struktura v ČR je regresivní. To znamená, že obyvatelstvo stárne a v budoucnu se bude stále zvětšovat počet obyvatel v seniorském věku (viz graf 1). Důležitým ukazatelem věkové struktury obyvatelstva je index stáří. Ten představuje poměr mezi obyvateli ve věku 65 let a více a obyvateli ve věku 0 až 14 let a určuje, kolik seniorů připadá na 100 dětí. V ČR má index stáří stoupající trend. V roce 2020 nabýval index stáří v ČR hodnoty 126 seniorů na 100 dětí, zatímco na počátku 21. století byly misky vah obráceny. (ČSÚ, 2021b; ÚZIS, 2022).

Z pohledu zdraví populace je důležitým ukazatelem střední délka života. Střední délka života souvisí s úmrtností a označuje počet let, které v definovaném věku teoreticky zbývají člověku do smrti. Střední délka života pro seniory ve věku 65 let se v předchozí dekádě postupně zvyšovala. Před nástupem pandemie covid-19 v roce 2019 dosahoval tento parametr u žen 19,9 let a u mužů 16,3 let. V roce 2021 se střední délka života snížila u žen na 18,6 let a u mužů na 14,5 let. Pandemickou infekční chorobou vyvolaná vyšší úmrtnost posunula vývoj statistického zdraví populace zpět (ČSÚ, 2022b).

Velkou vypovídací hodnotu mají z pohledu zdraví ukazatele roky prožité ve zdraví a roky prožité v nemoci. Ty se váží zejména ke kvalitě života (MZ ČR, 2015a). V anglickém jazyce je ukazatel roky prožité ve zdraví označován jako Healthy Life

Years (HLY). HLY určuje potenciálně dosažitelný počet let prožitých ve zdraví, určuje se při narození, nebo pro věk 65 let. Ukazatel roky prožité v nemoci potom získáme jako rozdíl mezi věkem při úmrtí a HLY. Výhodu ukazatele HLY představuje snadná porovnatelnost mezi velikostně a strukturou věku nestejnými populacemi. HLY ve věku 65 let činila v roce 2020 v ČR u žen 7,9 let (přičemž průměr pro ženy je v EU 10,1 let) a u mužů 7 let (evropský průměr pro muže je 9,5 let). V průměru všech zemí EU bez ohledu na pohlaví došlo mezi lety 2014 a 2019 k růstu ukazatele HLY z 8,4 let v roce 2014 na 10,3 let v roce 2019. V roce 2020 se však vlivem covid-19 průměrná hodnota snížila na 9,8 let (Eurostat, 2022). Sledování demografických ukazatelů má velký význam. Na základě vývoje ukazatelů v čase je možné dělat predikce o vývoji budoucím. Na těchto údajích závisí plánování sociální a zdravotní politiky (Holčík, 2010). Velký problém a výzvu do budoucích let představuje právě rostoucí podíl seniorů z celkové populace. Již dnes jsou domovy pro seniory zaplněny do maximální kapacity a i přesto není poptávka po umístění uspokojena (Šídlo, Křesťanová, 2018).

Graf 1. Projekce podílu osob starších 65 a 80 let na celkové populaci v ČR



Zdroj: převzato z Novák (2018)

3.1.1 Senioři na okrese Tachov

Okres Tachov se nachází na samém západě ČR. Dle posledních dostupných dat žilo k 31. 12. 2020 v okrese Tachov 3 327 jedinců ve věku 65 let a více. Z toho tvoří 1 894 ženy a 1 433 muži. Podíl seniorů z populace na okrese Tachov činí 18,2 %, zatímco podíl seniorů z celkové populace ČR je 20,2 % (ČSÚ, 2021a).

3.1.1.1 Popis základních charakteristik domovů pro seniory na okrese Tachov

Centrum sociálních služeb Tachov je příspěvková organizace, kterou zřizuje Krajský úřad Plzeňského kraje. Zaměřuje se na poskytování sociálních služeb formou pobytových služeb s celoročním nepřetržitým provozem. V pobytových zařízeních zabezpečuje seniorům komplexní péči (včetně ošetřovatelské a rehabilitační péče) a nabízí také aktivizační a sociální terapeutické činnosti (Centrum sociálních služeb, 2022).

Centrum sociálních služeb Tachov, p. o. poskytuje sociální služby v zařízeních:

- Domov pro seniory KUROJEDY, Kurojedy 61, Bor
- Domov pro seniory PANENSKÁ, Panenská 2068, Tachov
- Domov pro seniory PANORAMA, U Penzionu 1711, Tachov

V domovech jsou poskytovány služby zdravotní péče jako je péče praktického lékaře, fyzioterapie (na základě doporučení lékaře), podávání léků je zajištěno zdravotnickým personálem, po individuální domluvě i pomoc a podpora psychologa.

Tabulka 1. Přehled kapacity a věkového složení klientů DS

	DS Panorama	DS Panenská	DS Kurojedy
Lůžková kapacita zařízení	73	75	66
Počet klientů k 31. 12. 2021	71	71	61
Věková hranice pro pobyt	65 let	55 let	55 let
Klienti ve věku 55–65 let	0	9	9
Klienti ve věku 66–85 let	39	40	39
Klienti ve věku nad 85	32	21	13
Počet potenciálních respondentů (nad 65 let)	71	61	52
Průměrný věk klientů	80 let	80 let	76 let

Zdroj: data převzata z Centrum sociálních služeb (2022, s. 2)

3.2 Stárnutí a stáří

Právě ve vyšším věku, více než kdy předtím, nabývají na významu známé myšlenky: „duch je nad hmotou“ a „co se v mládí naučíš, ve stáří jako když najdeš“. Se stárnutím se z biologické podstaty života pojí postupná ztráta fyzických sil. Právě tehdy je důležité

udržovat si pomyslné mládí alespoň v duchovním světě. Druhý zmiňovaný idiom potom poukazuje na jednu z definovaných sociálních determinant zdraví, kterou je dětství. V tomto věku je dobré tvořit návyky, zejména ty týkající se zdraví, což je například velký balík faktorů zvaný životní styl (strava, pohyb apod.).

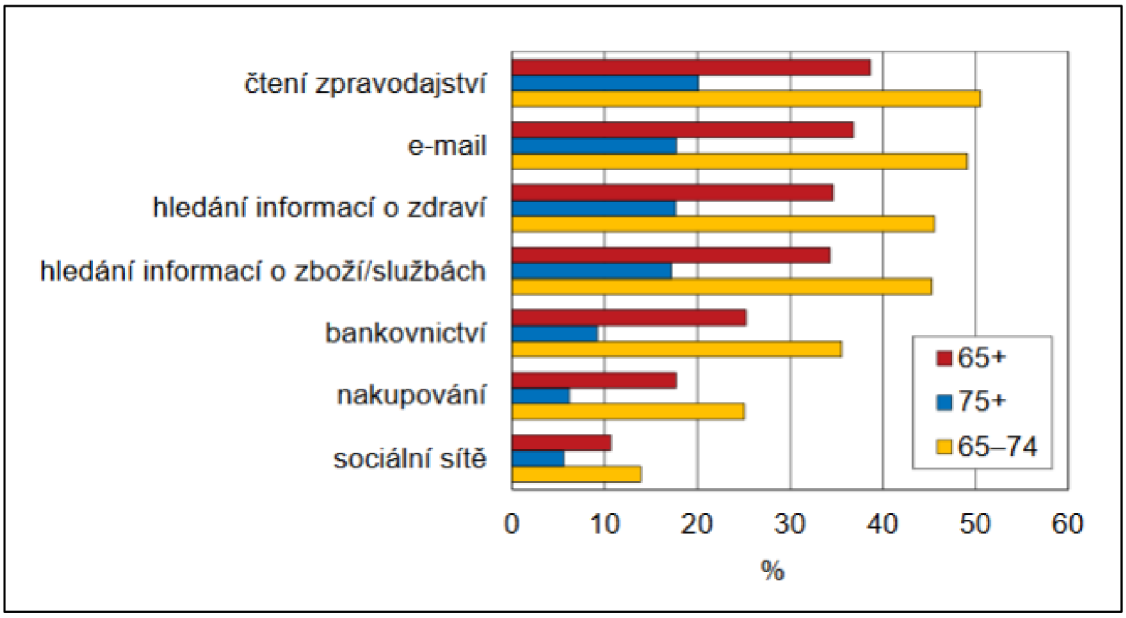
Pohled na definici stáří z hlediska věkové hranice se vyvíjel s postupem času společně s vývojem střední délky života populace. V současné době jako hranici stáří označujeme 65. rok věku. Seniorský věk se potom dá rozdělit na tři etapy, které mají svá sociologická specifika. Věková skupina 65 až 74 let je označována jako mladí senioři. Mezi věkem 75 až 84 let se jedinci označují jako staří senioři. Po překročení věkové hranice 85 jsou jedinci označováni jako velmi staří senioři. V oblasti pojmu stáří ze sociologického pohledu seniorní věk označujeme jako třetí a čtvrtý věk (Kalvach et al., 2004).

Sak a Kolesárová (2012) uvádějí, že u stáří nemůžeme jednoznačně určit ostrou hranici, nýbrž stáří se objevuje postupně. Stáří sestává z jevů a procesů, které mají biologický, psychický, kulturní a sociální charakter. V seniorním věku má jedinec několik podstatných výhod, které s sebou vyšší věk nese. Je to zásoba životních zkušeností, nadhled nad děním ve společnosti a pochopení procesů ve společnosti. Z tohoto by potenciálně mohl čerpat i v oblasti zdravotní gramotnosti.

Jednou z nejdůležitějších součástí zdravotní gramotnosti je práce s informacemi. Informace v konceptuálním modelu zaujímají místo v samém jádře zdravotní gramotnosti (Sørensen et al., 2012). Pro získávání informací jsou důležité moderní informační technologie, zejména internet. Ten umožňuje získat velké množství informací během velmi krátkého času. Senioři jsou oproti mladším generacím v nevýhodě, protože se moderní technologie začaly rozvíjet až v době, kdy byli senioři ve vyšším věku. K technologiím se tím pádem nedostávali v takové míře, jako je tomu u mladších generací, které vyrůstají v době rozvoje a boomu moderních technologií. Ve výhodě byla a je ta část dnešních seniorů, která se s těmito technologiemi seznámila v rámci výkonu své práce. Schopnost seniorů používat moderní technologie často závisí na pomoci mladších příslušníků rodiny (Urbančok et al., 2017). Využívání moderních technologií v přístupu ke zdraví je známo pod názvem eHealth. I přesto, že jsou senioři ve vztahu k využívání těchto technologií oproti mladším generacím znevýhodnění, je dobré zaměřovat se a zkoumat možnosti využití eHealth v praxi (Bártlová et al., 2017).

ČSÚ (2022a) uvádí, že mobilní telefon v ČR používá 96 % seniorů, přičemž pouze necelá třetina z nich používá chytré telefony. Nicméně v posledních čtyřech letech je počet seniorů vlastnících chytré telefony na vzestupu. Jen malá část z dotazovaných potom využívá telefon k přístupu na internet. Používání internetu seniory za posledních dekádu vzrostlo ze 13 % na 43 % v roce 2021, nicméně mezi mladšími generacemi toto číslo ve stejném období kolísá blízko u 100 %. Na denní bázi potom internet využívá téměř 30 % seniorů. Využívání internetu je daleko častější mezi mladými seniory. V některých státech západní Evropy (Dánsko, Nizozemsko, Finsko) se užívání internetu v seniorské generaci blíží téměř úrovni mladších generací. Konkrétně na vyhledávání informací o zdraví podle průzkumu využívá internet 35 % seniorů v ČR (viz obrázek 5).

Obrázek 5. Senioři 65 let a více a vybrané aktivity na internetu podle věkových skupin v roce 2021



Zdroj: převzato z ČSÚ (2022a, s. 77)

3.3 Zdraví z pohledu seniorů

V současné době již nemůže být chápáno zdraví prostě jako opak nemoci. Poznání ukazuje na mnohem provázanější a komplexnější podstatu zdraví. Nejvíce přijímaný model zdraví je v současné době bio-psycho-sociální. Právě z něj vychází definice

zdraví WHO z roku 1948, která zní: „*zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnost nemoci.*“ Pojem pohoda je neurčitý, ale podstatné je, že zdraví se nedá chápat v jednoduchém paradigmatu zdraví/nemoc. Musíme si ho představit spíše jako stupnici potenciálu, kde na jedné straně přímky je úplné zdraví a na druhé straně je smrt. Zdraví v daném momentu života potom můžeme vyjádřit umístěním na přímku. Abychom se co nejvíce přiblížili skutečnosti, musíme si přímku zdraví–nemoc doplnit o přímku pohoda–nepohoda (Holčík, 2010; Ivanová, Juríčková, 2018, s. 14).

Výzkum zdravotního stavu populace ČR, který proběhl v souvislosti s evropským šetřením EHIS (*European Health Interview Survey)* v roce 2014, ukázal, že spolu s rostoucím věkem se v seniorské populaci zvyšuje i podíl osob v běžných aktivitách omezených nebo vážně omezených zdravotními problémy. Z výzkumu vyplynulo, že je takto zasaženo téměř 60 % seniorů ve věku 65–74 let a téměř 80 % ve věku 75 a více let. V porovnání s daty z roku 2008 také vzrostl počet seniorů s chronickou nemocí. U věkové skupiny 65–74 let o více než 15 %, z původních 73,2 % v roce 2008 na 88,7 %. U věkové skupiny 75 let a více potom o více než 11 % z původních 84,3 % na 95,6 % (Daňková, Otáhalová, 2017).

Zdravotní gramotnost je důležitým nástrojem pro udržení zdraví na možném maximu. Informace o zdraví je ale potřeba umět zpracovat a nejdůležitější je poslední krok, kdy danou informaci opravdu uplatníme v praxi. Proces, který popisuje uplatnění zdravotní gramotnosti v praxi popsala Janovská et al. (2016). Jedná se o soustavu tří úkonů, které jeden bez druhého nevedou k uplatnění zdravotní gramotnosti v každodenním životě.

Dle Janovské et al. (2016) závisí úspěšné uplatnění zdravotní gramotnosti v praxi každodenního života na tzv. algoritmu „Chci – Umím – Mohu“ takto:

- **Chci** – Představuje vnitřní motivaci (zájem), ta je pro uplatnění zdravotní gramotnosti v praxi potřebná ať už u mládeže, u dospělých či u seniorů.
- **Umím** – Motivace je však jenom doplňkem. Zásadní jsou znalosti, které jsou přiměřené s ohledem na stáří jedince a které mu umožní činit správné volby. To zahrnuje i cestu k potřebným informacím. Je nutné, aby s nimi jedinec uměl pracovat. Informace nejdříve najít, pochopit je, vyhodnotit jejich relevanci

a výsledně je uplatnit v konkrétních situacích. Tento proces je potřebné realizovat v každodenním životě.

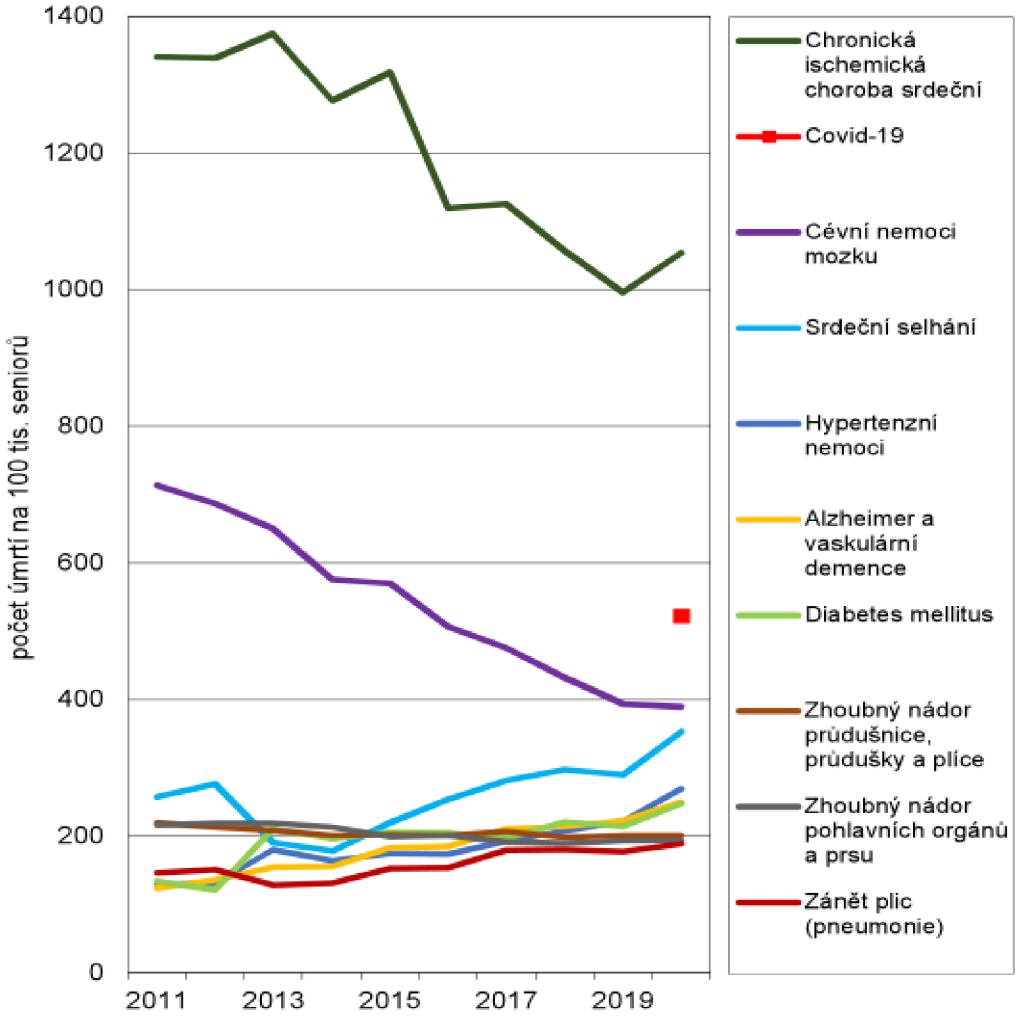
- **Mohu** – Tato část algoritmu míří na podmínky prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Z velké části zde důležitou roli hraje stát a jeho uplatňování zdravotní politiky. Samotný jedinec si jen z menší části ovlivňuje podmínky potřebné pro uplatnění zdravotní gramotnosti v každodenním životě.

Zdraví jedinců také nutně závisí na jeho postoji ke zdraví a hodnotovém žebříčku. Pokud by byla zdravotní gramotnost seniora na excelentní úrovni, ale zdraví by nepřikládal vysokou hodnotu, nemůže zákonitě dosáhnout svého maximálního zdravotního potenciálu. Na rozdíl mezi dosaženou úrovní zdravotní gramotnosti a uplatněním v praxi poukázal například výzkum Ishikawa a Yano (2008).

3.4 Zdravotní problémy v seniorním věku

V seniorském věku jsou zdravotní problémy stále častější už jen z fyziologické podstaty živých organismů. Zvyšuje se pravděpodobnost výskytu nemocí (Kalvach et al., 2004). Některá z onemocnění jsou však alespoň částečně preventabilní zdravým životním stylem, který úzce souvisí se zdravotní gramotností (MZ ČR, 2014). Jedno z takových onemocnění je diabetes mellitus II. typu. U pacientů s nízkou zdravotní gramotností a zároveň diagnostikovaným diabetem, astmatem nebo hypertenzí nastávají problémy s dodržováním stanovených zásad týkajících se životního stylu (Čevela et al., 2014). Zdravá životospráva potom může hrát důležitou roli u onemocnění týkajících se oběhové soustavy, která zaujímají přední pozice v příčinách úmrtí seniorů (ČSÚ, 2022a). S vyšším věkem se také pojí stále častější výskyt chronických onemocnění (Daňková, Otáhalová, 2017). Mezi nejčastějšími příčinami smrti jsou také nádorová onemocnění prsu a pohlavních orgánů, na která jsou zaměřené screeningové programy (ČSÚ, 2022; MZ ČR, 2015b). Dále je v seniorské populaci problém s nádorovými onemocněními kůže, která jsou taktéž preventabilní ochranou kůže před slunečním zářením. Stále častější a větší problém představuje Alzheimerova choroba nebo onemocnění dýchacího ústrojí (více viz obrázek 6).

Obrázek 6. Standardizovaná míra úmrtnosti seniorů 65+ na 10 nejčastějších příčin smrti v letech 2011–2020



Zdroj: převzato z ČSÚ (2022a, s. 42)

3.5 Determinanty zdraví

„Zdraví nevzniká v nemocnicích, ale v rodinách, školách a na pracovištích, všude tam, kde lidé žijí a pracují, odpočívají a stárnou. Zdraví zlepšují, nebo zhoršují ty okolnosti, které na lidi působí v jejich běžném životě, a právě tam je těžiště péče o zdraví. I když je důležité, aby každý sám pečoval o své zdraví, je zřejmé, že to nestačí.“ (MZ ČR, 2015a, s. 13)

Zdraví je velmi podstatně ovlivňováno velkou množinou faktorů působících každý den. Není určováno pouze poskytováním zdravotní péče, jak by se mohlo někdy zdát. Tyto faktory nazýváme determinanty zdraví. Faktory můžeme rozdělit na pozitivní a negativní, popřípadě také ochranné (Ivanová, Juríčková, 2018). Dále také na ovlivnitelné, například zdravotní gramotnost, a neovlivnitelné (MZ ČR, 2014). Řadíme mezi ně faktory prostředí: fyzické, sociální a ekonomické. Dále faktory týkající samotného jedince, jako jsou jeho biologické charakteristiky a jeho chování. Koncept determinant zdraví je referenčním rámcem celé strategie *Zdraví 2020* i *Zdraví 2030* (viz obrázek 7).

Obrázek 7. Determinanty zdraví podle Dahlgren a Whitehead (1993)

Zdroj: převzato z dokumentu Zdraví 2020, MZ ČR (2014, s. 21)

Sørensen et al. (2012) rozděluje determinanty na vzdáleně působící **sociodemografické a environmentální determinanty** (např. demografická situace, kultura, jazyk, politické síly, společenské systémy v daném státě). Další skupinou jsou determinanty působící v bližším pojetí. To jsou jednak **osobní determinanty** (např. věk, pohlaví, rasa, socioekonomický status, vzdělání, povolání, zaměstnání, příjem, gramotnost) a jednak **situační determinanty** (např. sociální podpora, vlivy rodiny a vrstevníků, používání médií a fyzické prostředí).

WHO dále rozeznává komerční determinanty zdraví, které definuje jako aktivity soukromých subjektů ovlivňující zdraví obyvatel pozitivním i negativním způsobem. Soukromý sektor tak působí na faktory typu pracovní podmínky, design výrobků a jejich balení, podpora výzkumu či lobbing. Mezi možné dopady komerčních determinant na zdraví lze uvést obezitu, diabetes mellitus II. typu, kardiovaskulární onemocnění nebo poruchy duševního zdraví. Dle WHO představují tyto determinanty největší riziko pro mladé lidi a málo rozvinuté státy (WHO, 2021).

3.5.1 Životní styl

Z historického pohledu jistě byl důležitým milníkem v problematice Lalondeho report z roku 1974, kde autor upozornil na zásadní význam vlivu životního stylu na zdraví a označil ho za stěžejní determinantu zdraví. Podle závěrů této analýzy může být zdraví determinováno volbou životního stylu až z 60 %. Jako determinanty zdraví Lalonde určil genetickou výbavu, životní prostředí, zdravotnickou péči a životní styl (Lalonde, 1974). Podíl vlivu těchto determinant na zdraví přezkoumávala Komise WHO. Ta dodatečně přisoudila životnímu stylu vliv zhruba mezi 40 až 50 %, což je stále jednoznačně největší podíl mezi determinantami (Ivanová, Juríčková, 2018). Teorie determinant podle Wilkinsona a Marmota (2003) rozeznává deset sociálních determinant zdraví. Jsou to sociální gradient, stres, dětství, sociální vyloučení, práce, nezaměstnanost, sociální opora, závislosti, výživa, doprava. Přinejmenším výživa a závislost jsou přímo složkou životního stylu. Ostatní z determinant potom životní styl přinejmenším ovlivňují.

Čevela et al. (2014) uvádí, že lidé s nižší zdravotní gramotností dle studií mnohdy nerespektují zásady zdravého životního stylu. Úroveň zdravotní gramotnosti tedy představuje klíčový faktor pro zdraví a také pro volbu zdravějšího životního stylu. Chytková et al. (2012) konstatuje, že kvalita jídelníčku příznivě ovlivňuje kognitivní funkce a má pozitivní vliv i na jejich zhoršování. Strava má spolu s pohybovými aktivitami v rámci ovlivnitelných faktorů největší vliv na tělesnou konstituci, potažmo na zdraví. Holmerová et al. (2007) uvádí, že hlavní rizikové faktory z oblasti životního stylu pro seniory jsou strava, pohybová aktivita, kouření a konzumace alkoholu.

Jedním ze základních orientačních indikátorů posouzení tělesného stavu je Body Mass Index (BMI). BMI lze dopočítat z údaje o výšce a váze (BMI = hmotnost v kg / výška v m^2). Získané číslo se potom poměří s vytvořenou škálou, kde zjistíme, zda má jedinec podváhu, normální váhu, nadváhu nebo některý ze stupňů obezity (NZIP, 2022). Nicméně indikátor nerozlišuje mezi pohlavím, věkem nebo skladbou těla (poměr mezi svaly a tukovou tkání). U jedinců ve věku nad 60 let se potom musí zohlednit biologické změny a interval BMI určující normální váhu u dospělých se u seniorů 60 a více let posouvá směrem nahoru. Pro věk 20 až 60 let je jako normální váha klasifikována hodnota BMI mezi 18,5–24,9 a pro věk 60 a více let je jako normální váha klasifikována hodnota BMI 23,0–29,9 (Jandlová et al. 2021).

Mezi závislosti, které by se mohly týkat seniorů můžeme zařadit pití alkoholu. Pití alkoholu může dle Černíkové et al. (2021) představovat riziko pro zhruba 220 tisíc seniorů ve věku 65 let a více. Zhruba 100 až 130 tisíc z nich se řadí do kategorie škodlivého pití. Zejména ve vyšším věku má konzumace alkoholu nepříznivý vliv na zdraví, a to jak fyzické, tak psychické. Skopalová (2014) potom dodává, že nebezpečí spočívá především v interakcích alkoholu s léky.

Kouření je dalším z rizikových faktorů mnohých onemocnění. Csémy et al. (2021) uvádí, že kouří 17,1 % z dotazovaných seniorů (65 a více let). Senioři kouří téměř výhradně tradiční tabákové výrobky jako jsou cigarety nebo doutníky. Nejčastěji v rozmezí 15 až 24 cigaret denně. Dlouhodobé kouření má za následky zejména onemocnění plic, popřípadě dalších částí dýchací soustavy, kudy kouř do těla vstupuje.

3.6 Podpora zdraví v seniorním věku

Podpora zdraví je jedna z priorit a témat, které prostupují strategiemi *Zdraví 21* a dále i *Zdraví 2020*. Ve strategii *Zdraví 2020* je potom zdůrazněno, že podpora zdraví by měla probíhat během celého života. Podpora zdraví staví na pozitivních a ochranných determinantách zdraví. Termín podpora zdraví byl definován už v roce 1986 v Ottawské chartě jako proces, který má za úkol umožnit lidem, aby zlepšili své zdraví. Dále zde je kladen důraz na zapojení dotyčných (jednotlivce či skupiny) do procesu zlepšování. Cílem je působit na celou populaci, protože každý se může nějakým způsobem přičinit

o zlepšení svého zdraví. Do podpory zdraví se zapojují i skupiny, které nejsou přímo součástí zdravotního systému, například samosprávy a komunitní skupiny (Ivanová, 2020). Z pohledu zdravotní gramotnosti můžeme kompetence v oblasti podpory zdraví rozdělit do dvou kategorií. Jsou to životní styl a prostředí, ve kterém jedinec žije a tráví volný čas (Národní síť podpory zdraví, 2016). Jako jeden z výstupů podpory zdraví seniorů můžeme uvést publikaci *Podpora zdravého životního stylu seniorů aneb STÁRNOUT VE ZDRAVÍ A POHODĚ*, která byla publikována v roce 2021.

Kompetence zdravotně gramotného seniora v oblasti podpory zdraví jsou následující (Národní síť podpory zdraví, 2016):

1) Životní styl

Senior má potřebné znalosti o zdravém životním stylu a dokáže rozpoznat, co z každodenních aktivit je spojeno se zdravím. Aktuální stav svého zdraví zohledňuje při volbách v oblasti životního stylu a přebírá zodpovědnost za své chování.

Výživa a závislosti

- Základně se orientuje se v problematice výživy (zná makro a mikronutrienty a ví, jak a proč je do jídelníčku zařadit).
- Orientuje se na zdravé potraviny a je schopný udržet si normální váhu.
- Dokáže rozeznat hodnověrná doporučení.
- Bere na vědomí rizika spojená s konzumací alkoholu a dalších návykových látek a omezuje jejich užívání.

Tělesná aktivita a denní režim

- V rámci možností se zaměřuje na pohybové aktivity, protože ví, že jsou důležité pro jeho fyzické i psychické zdraví.
- V každodenním životě je v rámci možností pohybově aktivní.
- Uvědomuje si benefity a význam denního a spánkového režimu pro zdraví a snaží se řídit doporučeními z této oblasti.

Vnitřní pohoda

- Zná a respektuje souvislost duševní pohody a celkového zdraví.
- Řídí se doporučeními v souladu se zdravím stárnutím a neopomíjí ani důležitost sociálních vztahů, které dále buduje a udržuje.
- V případě potřeby neváhá a umí vyhledat odbornou pomoc týkající se duševního zdraví.

2) Péče o prostředí

Senior se zajímá a stará o prostředí, ve kterém žije a tráví svůj volný čas. V rámci možností se snaží najít možnosti a způsoby, jak do prostředí promítnout se stárnutím spojené potřeby.

Domácnost a osobní čas

- Přizpůsobuje domácnost svým potřebám a dbá na pravidelný úklid a udržování čistoty (včetně například vynášení odpadu a zbavování se nepotřebných věcí).
- Sám nebo s pomocí blízkých osob se postará o zajištění základních potřeb (topení, spotřeby energie a vody) a má přehled o nich přehled.
- Dle aktuálních možností mobilita a funkčního stavu se zapojuje do rozličných aktivit.

Veřejný prostor a instituce

- Zapojuje se do aktivit, které jsou pro seniory koncipovány zájmovými institucemi (kluby, univerzity třetího věku apod.).
- Stále udržuje zájem o věci veřejné a zapojuje se do občanských aktivit, které ho zajímají.
- Orientuje se v souboru povinností (obnovování platnosti ŘP) a výhod (seniorské slevy na MHD a vstup do sportovišť apod.), které přináší seniorský věk.

3.7 Zdravotní péče v seniorním věku

Z pohledu zdravotní gramotnosti můžeme kompetence v oblasti zdravotní péče rozdělit do dvou kategorií. Jsou to ošetřovatelská péče a neodkladná první pomoc a bezpečné chování (Národní síť podpory zdraví, 2016).

Kompetence zdravotně gramotného seniora v oblasti zdravotní péče jsou následující (Národní síť podpory zdraví, 2016):

1) Ošetřovatelská péče

Senior se orientuje v základní problematice týkající se svých diagnostikovaných chorob. Zná informace týkající se léčby i možnosti obrátit se v případě zhoršení na odbornou pomoc. Uvědomuje si rozměr zdraví v bio-psycho-sociálním pojetí.

Rozpoznání příznaků poruchy zdraví

- Má přehled o svém aktuálním zdravotním stavu (nemoci, tělesné hodnoty – teplota, tlak apod.) a umět rozeznat odchylky od normálních hodnot.
- Umí komunikovat o zdravotním stavu, popsat a vystihnout podstatu a projevy případných obtíží.
- Ochotně spolupracuje a přebírá doporučení zdravotnických odborníků (compliance), a to ať už v oblasti lékových doporučení, či léčebných postupů.
- Ví, kde hledat pomoc v případě objevení specifických zdravotních problémů psychického nebo fyzického rázu.

Svépomoc a pomoc při poruše zdraví a v nemoci

- Zná své diagnózy a má soubor informací, jak se v tomto ohledu náležitě chovat ve snaze zlepšit své zdraví.
- Umí si sám nebo s pomocí druhých zajistit ošetřovatelskou péči.
- Má přehled o sociálních a zdravotních služeb v místě bydliště, které jsou zaměřeny na seniory.
- V případě nejasností umí aktivně komunikovat se zdravotníky tak, aby získal potřebné informace v pro něj srozumitelné formě.

Dodržování léčebného režimu

- Má dostatek informací o svých nemocech a na základě těchto informací se snaží docílit zlepšení svého stavu.
- Zodpovědně přistupuje k užívání léků.
- Dokáže rozeznávat vliv léčebných prostředků na svůj zdravotní stav.
- Umí se domoci svých práv, které má jakožto pacient při přijímání zdravotní péče.

2) Neodkladná první pomoc a bezpečné chování

Senior zná rizika vzniku úrazu a snaží se předcházet jejich vzniku. Chování přizpůsobuje svému aktuálnímu zdravotnímu stavu a v situacích, které by mohly vést k ohrožení zdraví, ví, jak má postupovat.

První pomoc

- V případě potřeby zná spojení na ať už své ošetřující lékaře, nebo na pohotovostní služby.
- Dovede si ošetřit poranění, která nejsou závažná, a odhadnout, kdy je potřeba vyhledat pomoc odborníků, dokáže s nimi komunikovat a postupovat podle jejich instrukcí.

- Ví, jak postupovat při zhoršení stavu v souvislosti s chronickou nemocí a vždy u sebe nosí potřebné léky (astma – inhalátor, diabetes m. – inzulin apod.).

Bezpečné chování

- Své chování upravuje tak, aby se vyhýbal nebezpečným situacím, protože si uvědomuje, že jeho vyšší věk může v dané chvíli znamenat snížení reakčních schopností.
- Se vší opatrností přistupuje jak k aktivitám sportovním, tak při práci se zvířaty.
- Pod vlivem alkoholu nebo jiných látek se vyvaruje potenciálně nebezpečným aktivitám.

3.8 Prevence nemocí v seniorním věku

Stejně tak prevence nemocí je prioritou strategie *Zdraví 2020*. Prevence nemocí se orientuje na rizikové faktory působící na zdraví. Úkolem prevence nemocí je identifikovat ohrožené skupiny obyvatelstva a na ně následně medicínsky působit tak, aby bylo jejich zdraví zachováno. Obecně lze konstatovat, že cílem prevence nemocí je nepřítomnost nemoci, o kterou se snaží zdravotničtí odborníci. Prevence se zaměřuje na infekční i neinfekční onemocnění (Ivanová, 2020).

Kompetence zdravotně gramotného seniora v oblasti prevence nemocí můžeme rozdělit na hygienické návyky, soubor znalosti prevence infekčních a neinfekčních nemocí a postoje ke zdravotní péči a péči o zdraví (Národní síť podpory zdraví, 2016).

Kompetence zdravotně gramotného seniora v oblasti prevence nemocí jsou následující (Národní síť podpory zdraví, 2016):

Základní hygiena

- Osvojil si a dodržuje základní a běžné denní hygienické návyky
- Dokáže aplikovat hygienické návyky i v oblasti zacházení a uchovávání potravin.

Prevence infekčních nemocí

- Bere ohled na se stářím spojená rizika týkající se infekčních nemocí, jako jsou vyšší náchylnost ke vzniku infekčních onemocnění a vyšší pravděpodobnost závažných komplikací spojených s jejich proděláním.

- Zajímá se o možnosti imunizace jako je očkování a sám si hlídá termíny přeočkování.

Prevence neinfekčních nemocí

- Ví, u jaké zdravotní pojišťovny je evidovaný a ve zdravotnických zařízeních se prokazuje kartou pojištěnce.
- Řídí se základními doporučeními v ohledu preventivních a screeningových vyšetření.
- V případě objevení symptomů nemoci vyhledá odbornou pomoc.
- Má základní informace o chorobách spojených se seniorským věkem a neopomíjí ani fakt, že některé z nich jsou preventabilní zdravým životním stylem.
- Má přehled o lécích, které užívá, a také o případných diagnostikovaných onemocněních (epilepsie, diabetes apod.).

Postoje ke zdravotní péči a péči o zdraví

- Zná rozdíl mezi péčí o zdraví (za kterou je odpovědný každý sám) a zdravotní péčí (za kterou odpovídá stát).
- Respektuje měnící se prostředí zdravotního systému a umí si zajistit potřebné informace o zdraví.
- Dokáže rozlišit mezi hodnověrnými informacemi o zdraví a neváhá si informace ověřovat u více zdrojů (lékař, blízká osoba, literatura, internet apod.).
- Rozlišuje mezi postupy západní a alternativní medicíny.
- Dokáže na základě poskytnutých informací učinit závazná rozhodnutí týkající se možností terapie.

3.8.1 Preventivní prohlídky a screeningové programy

Prevence nemocí je dle konceptuálního modelu Sørensen et al. (2012) jednou ze tří dimenzí zdravotní gramotnosti. Kabayashi et al. (2014) poukázal, že nízká úroveň zdravotní gramotnosti v důsledku vede k neuspokojivé frekvenci návštěv vyšetření konaných v rámci screeningových programů. Čevela et al. (2014) uvádí, že lidé s nižší zdravotní gramotností dle studií méně využívají preventivní opatření jako je například mamografie. Studie ukázaly také na souvislost mezi nízkou zdravotní gramotností a záchytem nádorů v pokročilejším stádiu.

Preventivní prohlídky jsou spolu se screeningovými vyšetřeními stěžejním prvkem sekundární prevence. V ČR jsou koncipovány jako celoplošné testování, tzn. testuje se celá populace. Nezáleží, zda jsou u osob přítomné rizikové faktory nebo se dokonce vyskytují příznaky onemocnění. V závislosti na poznatcích o dané nemoci se ale vybírají určité skupiny osob, u kterých testování dává smysl. Organizace vyšetření může být vymezena jen pro určitou skupinu (vymezeno podle pohlaví – gynekologické a mamografické vyšetření u žen, vyšetření prostaty u mužů; nebo podle věku – všichni ve věku nad 50 let) (MZ ČR, 2015b). V současné době se seniorů v ČR týkají: preventivní prohlídky u praktického a zubního lékaře, screening rakoviny prsu, děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a plic. V roce 2014 začaly pojišťovny zasílat pozvánky na screening pojištěncům, kteří se ho dlouhodobě neúčastní: rakoviny prsu – ženy od 45 let do 70 let; rakoviny děložního hrdla – ženy od 25 let do 70 let; zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku – muži i ženy od 50 let do 70 let (NSC ÚZIS, 2022). Důležitým předpokladem pro schválení screeningového programu je včasné zachycení nemoci. Proto se testování provádí pouze u onemocnění, u nichž je léčba preklinických stádií nemoci významně úspěšnější než ve stádiích klinických. Celoplošné screeningové testování je spojeno s velkými finančními náklady. Proto schválení programu vyžaduje, aby bylo nemocnění v populaci frekventní (nádorová onemocnění), nebo musí být jeho následek velmi závažný (fenylketonurie). Dále musí být u onemocnění dostatečně dlouhé preklinické období onemocnění, kdy je možný záchyt pomocí testu. Nakonec musí existovat vhodný screeningový a následně i diagnostický test. (Azeem, 2014; MZ ČR, 2015b).

Dle Walter a Schonberg (2014) byl při screeningových vyšetřeních zjištěn nejvyšší výskyt pravděpodobně maligního nálezu karcinomu prsu u žen ve věkové skupině 65–70 let a starších 70 let. V otázce karcinomu prsu je hlavním rizikovým faktorem věk. V některých zemích je mamografický screening ohraničen horní hranicí věku. Dle Skovajsové et al. (2014) je v ČR velký podíl screeningem zachycených karcinomů právě ve skupině seniorek. V roce 2010 byla zrušena původně stanovená horní hranice pro screening 69 let.

VZP ČR (2022) na svém webu apeluje na ženy ve věku 50 let a více: *„menopauza není důvodem pro to, aby žena přestala chodit na pravidelné prohlídky ke svému*

gynekologovi nebo na mamografii! Naopak – s postupujícím věkem si své zdraví hlídejte víc než dřív.“

Mužům ve věku 50 let a více VZP ČR (2022) na webu vzkazuje: *„Pokud jste ještě neabsolvovali vyšetření, které by mohlo včas odhalit rakovinu tlustého střeva a konečníku, neváhejte! Muži jsou pro toto onemocnění rizikovou skupinou.“*

Tabulka 2. Přehled vyšetření pro ženy starší 50 let, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění

Frekvence vyšetření	Vyšetření
každé 2 roky	preventivní prohlídka u praktického lékaře
dvakrát ročně	stomatologické vyšetření
jedenkrát ročně	preventivní gynekologická prohlídka (včetně stěru z děložního čípku a následného provedení cytologického vyšetření)
každé 2 roky	orientační vyšetření moči *
každé 2 roky	kontrola glykémie (hladiny cukru v krvi) *
každé 4 roky	vyšetření EKG *
každé 2 roky	preventivní mamografické vyšetření
od 55 let jednou za 2 roky	test okultního krvácení ve stolici – TOKS
jednou za 10 let	endoskopické vyšetření střev (jako druhá varianta k TOKS)
od 50 let každé 4 roky	vyšetření funkce ledvin u pacientek trpících diabetem, hypertenzí nebo kardiovaskulárními komplikacemi *
** vyšetření je součástí preventivní prohlídky*	

Zdroj: upraveno, převzato z VZP (2022a)

Tabulka 3. Přehled vyšetření pro muže starší 50 let, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění

Frekvence vyšetření	Vyšetření
každé 2 roky	preventivní prohlídka u praktického lékaře
dvakrát ročně	stomatologické vyšetření
každé 2 roky	orientační vyšetření moči *
každé 2 roky	kontrola glykémie (hladiny cukru v krvi) *
každé 4 roky	vyšetření EKG *
od 55 let jednou za 2 roky	test okultního krvácení ve stolici – TOKS
jednou za 10 let	endoskopické vyšetření střev (jako druhá varianta k TOKS)
od 50 let každé 4 roky	vyšetření funkce ledvin u pacientů trpících diabetem, hypertenzí nebo kardiovaskulárními komplikacemi *
** vyšetření je součástí preventivní prohlídky*	

Zdroj: upraveno, převzato z VZP (2022b)

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Dílčí cíle a hypotézy

Dílčí cíl 1: Zjistit rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti v závislosti na pohlaví, věku a vzdělání seniorů.

Hypotéza H01: Muži a ženy se neliší v úrovni zdravotní gramotnosti.
Hypotéza HA1: Muži a ženy se liší v úrovni zdravotní gramotnosti.

Hypotéza H02: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů nezávisí na jejich věku.
Hypotéza HA2: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů závisí na jejich věku.

Hypotéza H03: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů nezávisí na vzdělání.
Hypotéza HA3: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů závisí na vzdělání.

Dílčí cíl 2: Porovnat zdravotní gramotnost sledované skupiny seniorů v domovech pro seniory (dále DS) se zdravotní gramotností sledovaných seniorů mimo DS.

Hypotéza H04: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů žijících v DS se neliší od úrovně zdravotní gramotnosti seniorů, kteří žijí mimo DS.
Hypotéza HA4: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů žijících v DS se liší od úrovně zdravotní gramotnosti seniorů, kteří žijí mimo DS.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a aktivní účastí na prevenci nemocí. Předpokládáme, že u seniorů s aktivní účastí na preventivních prohlídkách, resp. na screeningových vyšetřeních, se zjistí také vyšší úroveň zdravotní gramotnosti.

Hypotéza H05: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na preventivních prohlídkách u praktického lékaře.
Hypotéza HA5: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na preventivních prohlídkách u praktického lékaře.

Hypotéza H06: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na screeningových vyšetřeních.
Hypotéza HA6: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na screeningových vyšetřeních.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu. Předpokládáme, že u seniorů s aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu se zjistí také vyšší úroveň zdravotní gramotnosti.

Hypotéza H07: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu.
Hypotéza HA7: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu. Předpokládáme, že u seniorů s aktivní účastí na zdraví stran konzultace zdravotního stavu s více zdravotnickými odborníky zároveň se zjistí také vyšší úroveň zdravotní gramotnosti.

Hypotéza H08: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran konzultace otázek týkajících se zdraví s více zdravotnickými odborníky zároveň.
Hypotéza HA8: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran konzultace otázek týkajících se zdraví s více zdravotnickými odborníky zároveň.

4.2 Metodika výzkumu

V této kapitole jsou podrobně rozebrány charakteristiky a pracovní postup výzkumu. Kapitola obsahuje popis charakteristiky výzkumného souboru, popis přípravy a organizace výzkumu, popis metody sběru dat včetně popisu konceptu výzkumu *HLS-EU*, dotazníku *HLS-EU-Q16* a vlastního dotazníku.

4.2.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří 89 respondentů, z toho je 58 žen a 31 mužů. Z důvodu získání poměrně malého počtu respondentů v DS (n = 62) autorka přistoupila k navýšení

výzkumného souboru o respondenty z řad seniorů žijících na okrese Tachov, avšak ne v DS. Proběhla tedy ještě druhá fáze hledání respondentů a výzkumný soubor se podařilo rozšířit o 27 dalších respondentů (celkem n = 89). Autorka za pomoci rodinných příslušníků rozdistribuovala dotazníky v okolí bydliště. Jednalo se tedy o záměrný výběr. Bližší popis výzkumného souboru viz *podkapitola 5.1*.

Původním záměrem bylo získat adekvátní počet dotazníků z řad seniorů pobývajících v DS. To se později ukázalo jako problematické, protože poměrně velká část seniorů pobývajících v DS neměla kognitivní schopnosti potřebné pro iniciaci dotazníku, menší část se odmítla šetření účastnit. Proto autorka posléze přistoupila k variantě rozšíření základny respondentů o skupinu seniorů, kteří nepobývají v DS.

Kognitivní schopnosti potenciálních respondentů byly vyhodnoceny vedoucí sociální pracovnicí domova, která doporučila vhodné adepty pro participaci na výzkumu. Osloveni byli téměř všichni z doporučených obyvatel domovů, kteří by splňovali kritéria stanovená pro výzkum. Nakonec se podařilo rozdistribuovat 103 dotazníků.

Přehled rozdaných a použitých dotazníků:

- **Domov pro seniory Kurojedy** – rozdáno 22, z toho použito (n = 19)
- **Domov pro seniory Panenská** – rozdáno 25, z toho použito (n = 21)
- **Domov pro seniory Panorama** – rozdáno 26, z toho použito (n = 22)
- **Senioři žijící mimo DS** – rozdáno 31, z toho použito (n = 27)

Rámec charakteristik vymezujících respondenty byl určen na základě literatury, kde je obecně o seniorech pojednáváno jako o osobách starších 65 let. Pro vyplnění dotazníku je nezbytné, aby u respondenta byly zachovány kognitivní schopnosti.

Vymezení kritérií pro účast v dotazníkovém šetření:

- věk 65 let a více
- zachované kognitivní schopnosti pro iniciaci dotazníku
- obyvatel okresu Tachov, respektive obyvatel jednoho ze tří definovaných DS

Vymezení kritérií vylučující účast v dotazníkovém šetření:

- nesplnění kritérií pro účast
- odmítnutí iniciace dotazníku

4.2.2 Příprava organizace výzkumu

Ohledně umožnění provedení dotazníkového šetření autorka oslovila ředitelku Sociálních služeb Tachov, pod které patří vybrané DS. Ta povolila provedení výzkumu ve spravovaných zařízeních. V rámci tvorby vlastního dotazníku byla paní ředitelce nabídnuta možnost do dotazníku přidat otázky, na které by se případně chtěla ona sama klientů zeptat. Tato možnost byla využita a tyto otázky jsou ve vlastním dotazníku uvedeny pod čísly 7, 8 a 9. U dotazníků rozdaných respondentům, kteří nebyli z DS, byla pochopitelně vyškrtnuta část otázek týkajících se dostupnosti péče (otázky 7, 8 a 9). Tyto se týkaly striktně klientů DS a šlo v nich o názor klientů na dostupnost péče. Výzkum v terénu probíhal v květnu 2022, v průběhu pět dnů intenzivního sběru dat.

4.2.3 Metoda sběru dat

Jako metoda sběru dat byl použit standardizovaný dotazník *HLS-EU-Q16* (pouze baterie 16 otázek o zdravotní gramotnosti) doplněný o vlastní dotazník (sociodemografická část přizpůsobená vybrané populační skupině a otázky mířící na aplikaci zdravotní gramotnosti). Standardizovaný dotazník v českém znění i s podklady pro dopočty mi na vyžádání poskytla MUDr. Marie Nejedlá z Centra podpory veřejného zdraví SZÚ v Praze.

Použití standardizovaného dotazníku má hned několik výhod. Jednou z nich je zajištění možnosti snadného srovnání mezi jednotlivými provedenými výzkumy při použití stejné metody sběru dat. Další přednosti standardizovaných výzkumných nástrojů jsou vysoká validita a reliabilita (Vévodová, Ivanová, 2015).

Sociodemografické charakteristiky výzkumného souboru byly zjišťovány pomocí vlastního dotazníku. Dále byly ve vlastním dotazníku zahrnuty otázky na subjektivní pocit zdraví (fyzického a psychického). Další otázky se týkaly ověřování promítnutí úrovně zdravotní gramotnosti do praktických úkonů, které se dají zahrnout do komplexu zdravotní gramotnosti. Otázky na dostupnost zdravotní péče cílily na možnost dopravy k lékaři a možnosti dopravy rodinou či senior taxi. Na konci dotazníku byla otevřená otázka, kde mohli respondenti doplnit dodatečné informace.

4.2.3.1 Dotazník HLS-EU-Q16

Tato verze dotazníku byla vytvořena zredukováním počtu otázek v původním dotazníku *HLS-EU-Q47*. Zkrácené verze dotazníku byly vytvořeny z důvodu lepšího použití při screeningových šetřeních zdravotní gramotnosti (Pelikan et al., 2019). Dotazník *HLS-EU-Q16* sestává z 16 uzavřených otázek s výběrem odpovědí na Likertově škále.

Otázky v dotazníku se dají rozdělit do tří hlavních domén zdraví, tak jak je definovali Sørensen et al. (2012) a které dohromady představují celkovou zdravotní gramotnost, takto:

- Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL): *otázky 1 až 7*
- Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL): *otázky 8 až 12*
- Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL): *otázky 13 až 16*
- Celková zdravotní gramotnost (GHL): *otázky 1 až 16*

4.2.3.2 Pokyny pro dopočty a vyhodnocení standardizovaného dotazníku

Spolu s poskytnutým dotazníkem byla autorce poskytnuta část s údaji pro dopočty. Podle tohoto poskytnutého návodu postupovala při vyhodnocení úrovně zdravotní gramotnosti.

Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)

Index HC-HL bude počítán z odpovědí na otázky č. 1−7.

Index HL-HC = 50 − (průměr − 1) x (50/3)

Průměr = průměr všech položek pro respondenta v otázkách 1 až 7
1 = minimální možná hodnota průměru
3 = rozsah průměru
50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)

Index DP-HL bude počítán z odpovědí na otázky č. 8−12.

Index DP-HL = 50 − (průměr − 1) x (50/3)

Průměr = průměr všech položek pro respondenta v otázkách 8 až 12
1 = minimální možná hodnota průměru
3 = rozsah průměru
50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)

Index HP-HL bude počítán z odpovědí na otázky č. 13−16.

Index HP-HL = 50 − (průměr − 1) x (50/3)

Průměr = průměr všech položek pro respondenta v otázkách 13 až 16
1 = minimální možná hodnota průměru
3 = rozsah průměru
50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Celková zdravotní gramotnost (GHL)

Index GHL bude počítán z odpovědí na otázky č. 1−16.

Index GHL = 50 − (průměr − 1) x (50/3)

Průměr = průměr všech položek pro respondenta v otázkách 1 až 16
1 = minimální možná hodnota průměru
3 = rozsah průměru
50 = zvolená maximální hodnota nové míry

Indexy zdravotní gramotnosti (HC-HL, DP-HL, HP-HL a GHL) nabývají hodnot 0–50 a dle dosaženého počtu bodů jsou rozděleny do čtyř intervalů takto:

- Neadekvátní (0–25 bodů)
- Problematická (26–33 bodů)
- Adekvátní (34–42 bodů)
- Excelentní (43–50 bodů)

4.2.4 Popis tvorby vlastního dotazníku

Celkově se dotazník skládá ze dvou částí; z dotazníku vlastního a dotazníku standardizovaného (viz Příloha 1). Vlastní dotazník sestává ze dvou co do typologie otázek rozdílných částí. První část vlastního dotazníku tvoří základní sociodemografické údaje. Je to pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. Na základě poznatků z programu *Zdraví 2020* byly vybrány další položky dotazníku, které jsou zároveň determinanty zdraví. Je to váha a výška (pro posouzení BMI), kouření, konzumace alkoholu a diagnostikovaný diabetes m. II. typu (pro jeho spojení s rizikovým chováním v oblasti životního stylu).

Sociodemografickou část následuje šest uzavřených otázek zaměřujících se na samotnou problematiku zdravotní gramotnosti. Jsou to otázky na subjektivní pocit zdraví fyzického a psychického (otázky 1 a 2). Dále jsou v dotazníku dvě dvojice otázek uzavřených zaměřující se na v praxi uplatnitelné úkony patřící do komplexu zdravotní gramotnosti – na aktivní účast na prevenci nemocí (otázky 3 a 4) a na aktivní účast na zdraví stran zdravotních informací (otázky 5 a 6). Následuje trojice uzavřených otázek na dostupnost zdravotní péče (otázky 7, 8 a 9). Poslední otázka je otevřená, respondenti zde mohou vepsat doplňující informace o kterémkoliv z témat dotazníku (otázka 10).

4.2.5 Popis průběhu výzkumného šetření

Po prvotním sestavení vlastního dotazníku autorka na základě konzultace s vedoucí diplomové práce přistoupila k provedení předvýzkumu. Vlastní dotazník byl příslušníky autorčiny rodiny v seniorním věku podroben pilotní iniciaci, kterou doprovázel rozbor srozumitelnosti otázek a vhodnosti formulace. Výstupem toho byly poznámky, které posléze posloužily jako základy pro precizaci dotazníku. Provedené změny byly ještě jednou ověřovány s potenciálními respondenty. V rámci tohoto procesu byla připravena vysvětlení k otázkám, která byla respondentům v případě potřeby poskytnuta.

Výstupem předvýzkumu bylo také zjištění, že pro lepší pochopení otázek v dotazníku je dobré, aby si respondent otázky četl sám nebo přinejmenším viděl před sebou arch s dotazníkem. V tom případě je respondentovi zřejmé, jak jsou koncipovány odpovědi na otázky. V případě, kdy byl dotazník pouze předčítán a respondenti sami ho v daný moment neviděli, pro ně bylo těžší reagovat na otázky variantou z nabízených odpovědí. Sdělovali místo odpovědi na otázku více podrobností z vlastní praxe, které se k dotazované problematice váží. Tímto se iniciace dotazníku prodlužovala. Pelikan et al. (2019) uvádí, že by iniciace dotazníku *HLS-EU-Q16* měla trvat zhruba tři minuty, a to za předpokladu, že je dotazník respondentovi předčítán. Nicméně v praxi se při „ostrém“ výzkumu potvrdily poznatky z předvýzkumu a uváděného času se nepodařilo ani zdaleka dosáhnout. Doba iniciace obou předkládaných dotazníků (standardizovaného a vlastního) se odhadem pohybovala okolo dvou desítek minut, přičemž zhruba více než dvě třetiny času trvala iniciace standardizovaného dotazníku.

Po finalizaci podoby dotazníku autorka začala v domovech pro seniory postupně oslovovat potenciální respondenty. V rámci šetření se pokusila oslovit všechny potenciální respondenty v jednotlivých DS, kteří splňovali vymezená kritéria. Po představení a vysvětlení tématu dotazníkového šetření požádala respondenty o vyplnění dotazníku. V případě projevení zájmu vyplnit dotazník byl zdůrazněn fakt, že jde o anonymní dotazník. Většina z respondentů přistoupila na iniciaci s podmínkou, že jim dotazník bude předčítán a oni budou odpovídat. To se ukázalo jako poměrně časově náročné.

Standardizovaný dotazník se ukázal na iniciaci složitější než dotazník vlastní. Potvrdil se předpoklad zjištěný během předvýzkumu. Některé otázky se pro seniory ukázaly jako hůře srozumitelné. Na základě předvýzkumu však již měla autorka připravené doplňující vysvětlení, popřípadě příklady ke každé z otázek. Formulace některých otázek byla problematická na porozumění, proto často musely být předčítány vícekrát. I nabídka odpovědí, která je u standardizovaného dotazníku stále stejná, musela být často respondentům předčítána opakovaně. Často se stávalo, že respondenti sdělovali mnoho informací mimo dotazník. Ve spoustě případů se z iniciace dotazníku stal spíše strukturovaný rozhovor. Tento fakt autorka přičítá tomu, že se velká část seniorů snažila využít příležitosti s někým si „popovídat“. Zdálo se, že jsou senioři rádi, že mohou s někým interagovat a jsou alespoň na krátko vytrženi z „pěny všedních dní“. To by mohlo vysvětlit, proč většina respondentů na iniciaci přistoupila jen za podmínky, že jim bude dotazník předčítán.

4.2.6 Zpracování dat

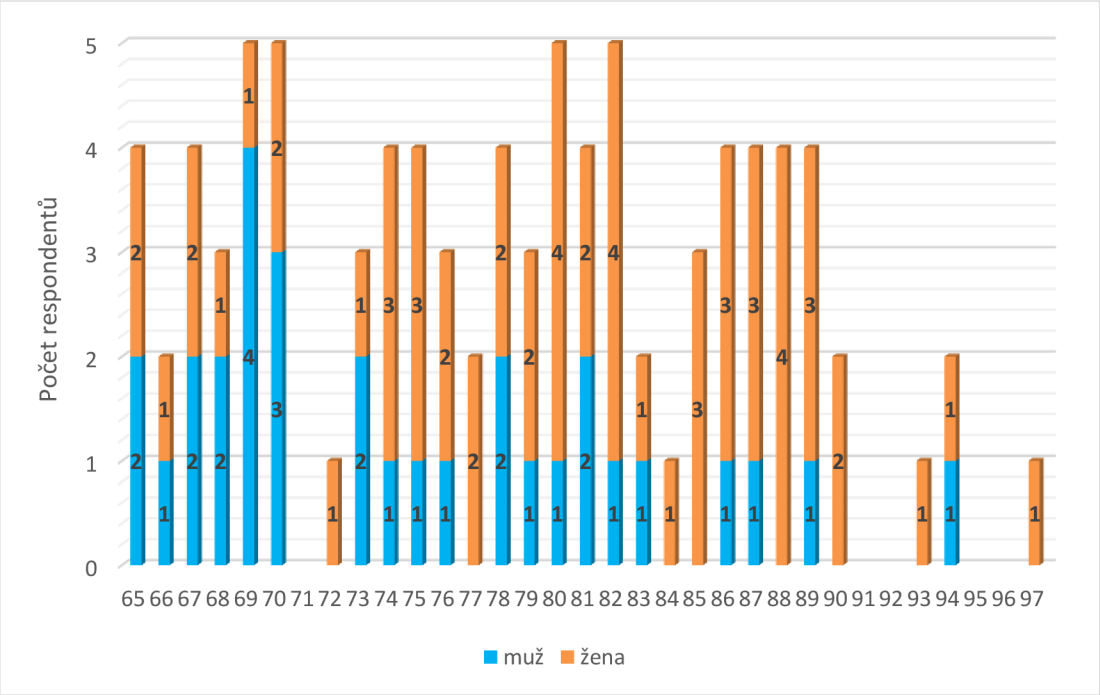
Díky důkladné kontrole při sbírání dotazníků se podařilo u všech získaných zajistit, aby byly vyplněny všechny otázky. Získaná data byla převedena do datové matice do programu Microsoft Excel, kde byla dále vyhodnocována pomocí kontingenčních tabulek. Následně byly tvořeny grafy. V programu bylo provedeno také testování hypotéz. Pro ověření platnosti hypotéz byl použit chí-kvadrát test, pomocí funkce CHITEST a získaná hodnota p byla porovnána s hladinou významnosti $\alpha = 0{,}05$.

5 VÝSLEDKY

V následujících podkapitolách jsou vyhodnoceny sociodemografické údaje a odpovědi na otázky týkající se zdravotní gramotnosti zjišťované ve vlastním dotazníku, dále odpovědi na otázky zjišťované pomocí standardizovaného dotazníku a nakonec je zde popsáno testování platnosti stanovených hypotéz. Všechny grafy a tabulky předložené v této kapitole jsou vlastním zpracováním autorky práce.

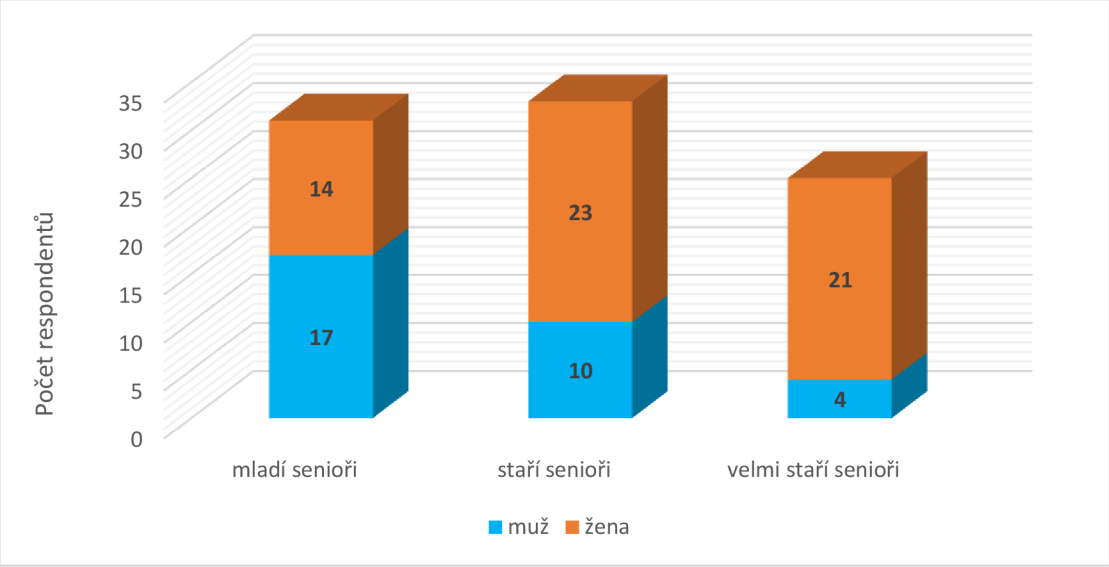
5.1 Vyhodnocení sociodemografické části vlastního dotazníku

Graf 2. Celkové věkové rozložení respondentů podle pohlaví



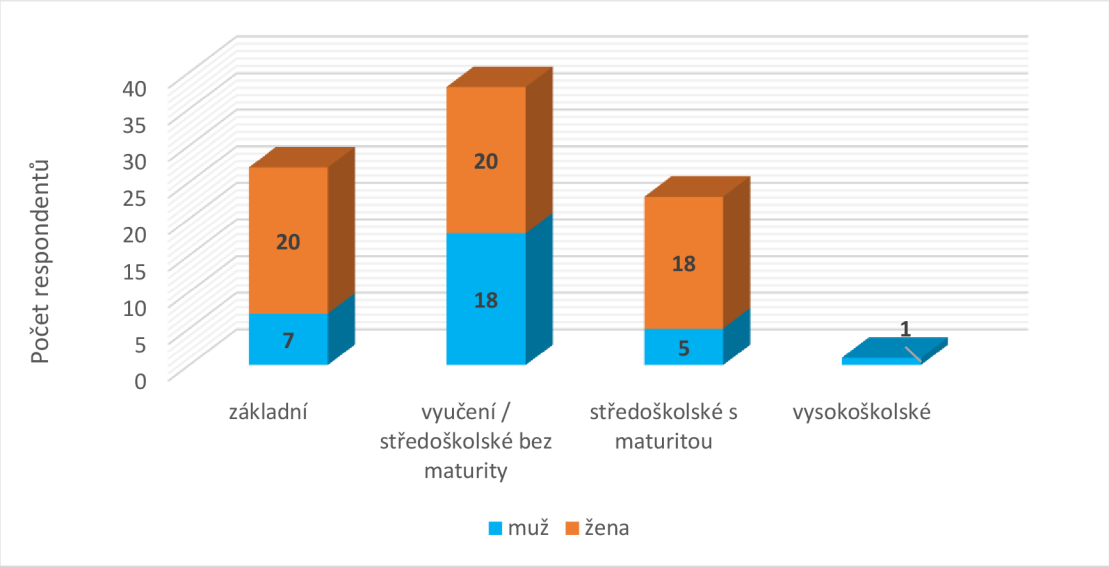
Z grafu 2 věkové je patrné rozložení respondentů od minima 65 let až po maximum 97 let. Mezi respondenty bylo 31 mužů (34,8 %) a 58 žen (65,2 %). Modus souboru je pro muže věk 69 let a pro ženy 80 a 82 let. Průměrný věk respondentů bez ohledu na pohlaví činí 78 let. Průměrný věk žen je 80 let a průměrný věk mužů je 75 let.

Graf 3. Struktura respondentů podle věku a pohlaví



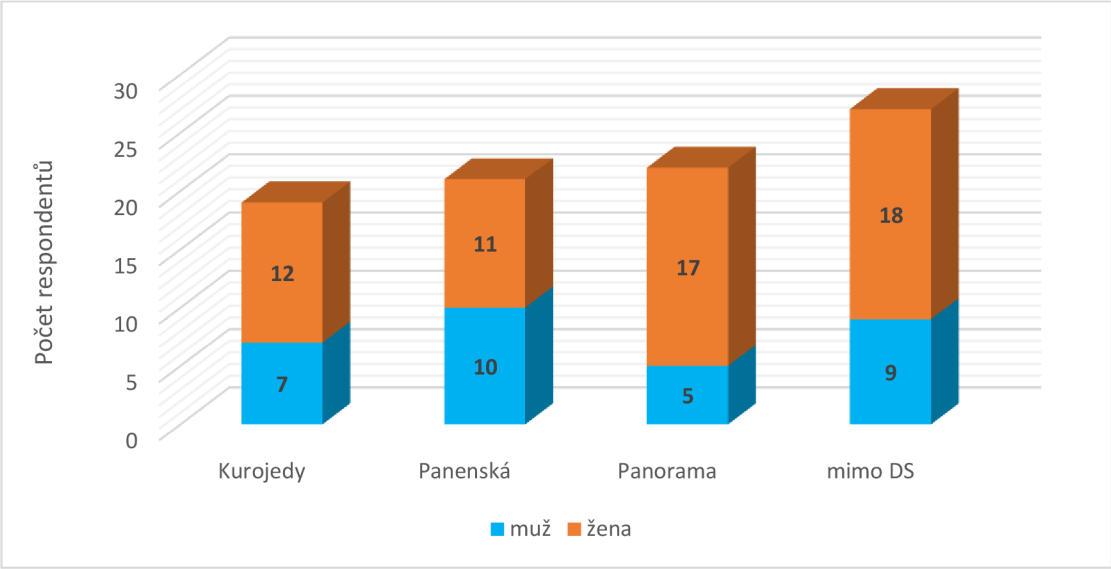
Z grafu 3 lze vyčíst, jak vypadá struktura výzkumného souboru při rozdělení do tří věkových skupin seniorů, jak jsou definovány v literatuře. Mladí senioři tvoří 34,8 %, starší 37,1 % a velmi staří senioři 28,1 % z celkového počtu respondentů.

Graf 4. Struktura respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání a pohlaví



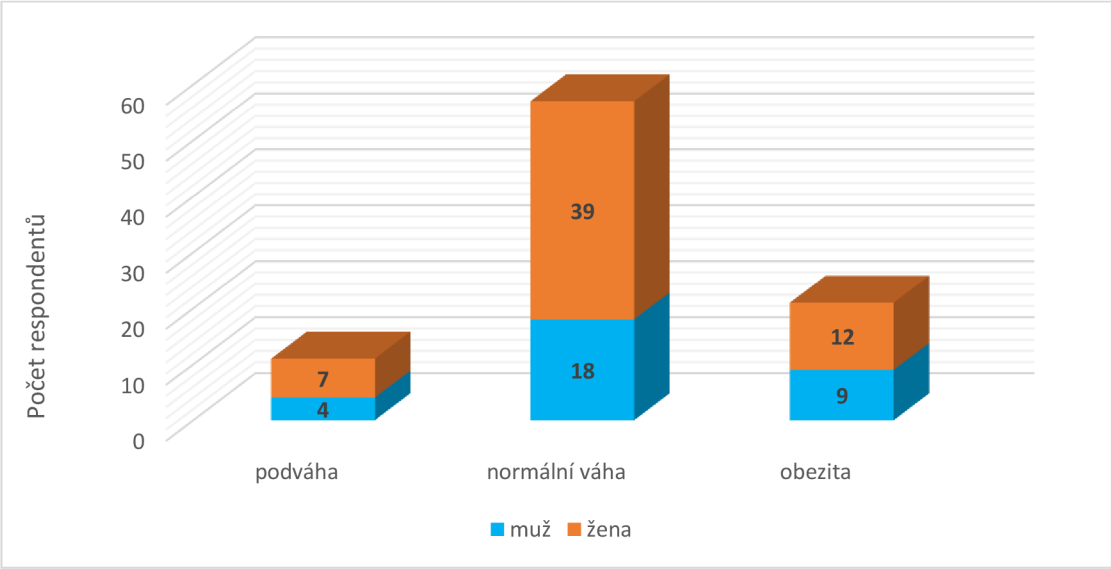
V grafu 4 je znázorněna struktura výzkumného souboru rozdělená podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Soubor tvoří respondenti se základním vzděláním (30,3 %), vyučení nebo středoškoláci bez maturity (42,7 %), středoškoláci s maturitou (25,8 %) a vysokoškoláci (1,2 %).

Graf 5. Struktura respondentů podle DS / mimo DS a pohlaví



V grafu 5 je znázorněno, jaký je poměr respondentů z jednotlivých DS a respondentů, kteří nežijí v DS (označeno jako *mimo DS*). Z DS Kurojedy se výzkumu zúčastnilo 19 seniorů (21,3 %), z DS Panenská 21 seniorů (23,6 %), z DS Panorama 22 seniorů (24,8 %) a 27 seniorů žijících mimo DS (30,3 %).

Graf 6. Rozdělení hodnocení BMI respondentů podle pohlaví



Z grafu 6 plyne, že 12,4 % respondentů má podváhu (BMI pod 23), 64 % respondentů má normální váhu (BMI v rozmezí 23,0–29,9) a 23,6 % respondentů má nadváhu (BMI nad 29,9).

Odpovědi na otázky ohledně kouření, pití alkoholu a diagnostikovaného diabetu m. II. typu jsou znázorněny v tabulce 4.

Tabulka 4. Odpovědi na otázky diabetes mellitus II. typu, alkohol a kouření

Otázka	Absolutní četnost		Relativní četnost [%]	
	ano	ne	ano	ne
Diabetes mellitus II. typu	29	60	32,6	67,4
Alkohol	6	83	6,7	93,3
Kouření	18	71	20,2	79,8

Z tabulky 4 můžeme vyčíst, že pozitivní diagnózu diabetes mellitus II. typu má 32,6 % respondentů. Konzumace alkoholu se týká 6,7 % respondentů a kouření 20,2 %, ostatní respondenti se tohoto rizikového chování nezúčastňují.

Na konzumenty alkoholu a kuřáky by mohly zajímavý pohled poskytnout odpovědi na otázku 9 standardizovaného dotazníku, která zněla: *„Jak těžké je pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití?“*

Tabulka 5. Srovnání odpovědí na otázku 9 u respondentů s rizikovým chováním

Pozitivní odpověď na rizikové chování	Odpověď na otázku číslo 9 standardizovaného dotazníku			
	Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké
Alkohol (n = 6)	4	2	0	0
Kouření (n = 18)	12	5	1	0

Z odpovědí v tabulce 5 je zřejmé, že respondenti, kteří kouří, nebo pijí alkohol, jsou si vědomi následků tohoto chování. Většina z nich dokonce považovala pochopení zdravotního varování týkajícího se rizikového chování za *velmi snadné*. Z pohledu zdravotní gramotnosti mají potřebné informace a chápou, jaké konsekvence může dané rizikové chování mít na jejich zdraví. Mimo dotazník k této otázce z úst respondentů často zaznívalo, že *„pochopit to je snadné, ale přestat kouřit je těžké...“*

5.2 Vyhodnocení vlastního dotazníku

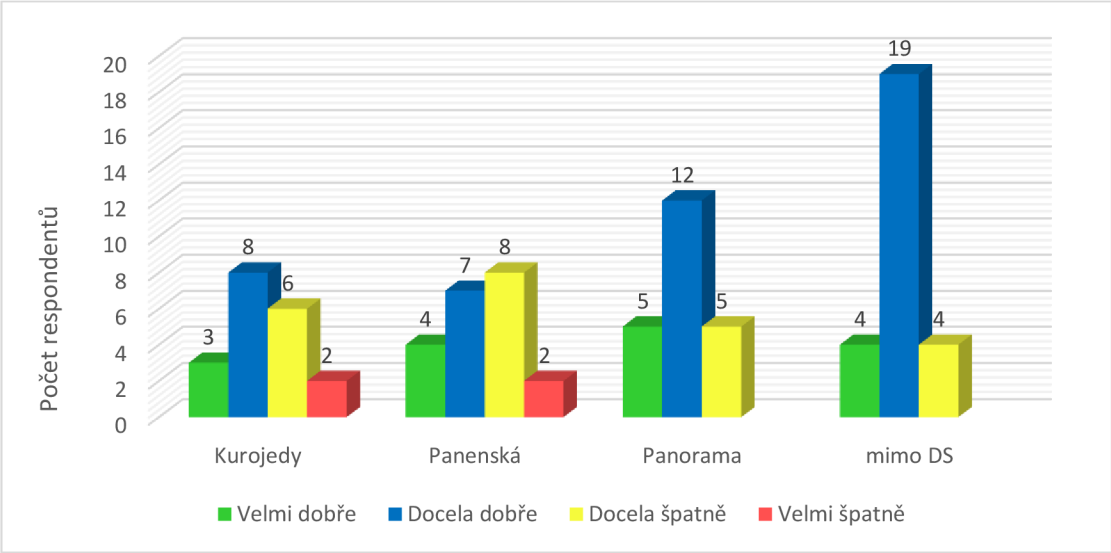
V tabulce 6 jsou uvedeny absolutní a relativní četnosti odpovědí na jednotlivé otázky týkající se zdravotní gramotnosti z vlastního dotazníku. Na následujících grafech (graf 18 až graf 23) jsou data srovnávána podle bydliště seniorů tak, aby bylo možné vyčíst, jaké rozdíly mezi skupinami byly.

Tabulka 6. Celkový přehled odpovědí na otázky z vlastního dotazníku

Otázka 1	Jak se cítíte po stránce tělesného zdraví?				
Odpovědi	**Velmi dobře**	**Docela dobře**	**Docela špatně**	**Velmi špatně**	**Celkem**
Absolutní č.	16	46	23	4	89
Relativní č.	18,0 %	51,7 %	25,8 %	4,5 %	100 %
Otázka 2	Jak se cítíte po stránce duševního zdraví?				
Odpovědi	**Velmi dobře**	**Docela dobře**	**Docela špatně**	**Velmi špatně**	**Celkem**
Absolutní č.	49	33	6	1	89
Relativní č.	55,1 %	37,1 %	6,7 %	1,1 %	100 %
Otázka 3	Chodíte na preventivní prohlídky k praktickému a zubnímu lékaři?				
Odpovědi	**Na všechny/a**	**Na některé/á**	**Pouze ojediněle**	**Na žádné**	**Celkem**
Absolutní č.	26	37	16	10	89
Relativní č.	29,2 %	41,6 %	18,0 %	11,2 %	100 %
Otázka 4	Chodíte na screeningová pravidelná vyšetření?				
Odpovědi	**Na všechny/a**	**Na některé/á**	**Pouze ojediněle**	**Na žádné**	**Celkem**
Absolutní č.	15	16	26	32	89
Relativní č.	16,9 %	18,0 %	29,2 %	36,0 %	100 %
Otázka 5	Jak často si ověřujete nebo dohledáváte informace týkající se zdraví?				
Odpovědi	**Vždy**	**Velmi často**	**Někdy**	**Nikdy**	**Celkem**
Absolutní č.	14	32	35	8	89
Relativní č.	15,7 %	36,0 %	39,3 %	9,0 %	100 %
Otázka 6	Jak často konzultujete otázky týkající se zdraví se dvěma či více zdravotnickými odborníky zároveň?				
Odpovědi	**Vždy**	**Velmi často**	**Někdy**	**Nikdy**	**Celkem**
Absolutní č.	5	23	36	25	89
Relativní č.	5,6 %	25,8 %	40,4 %	28,1 %	100 %

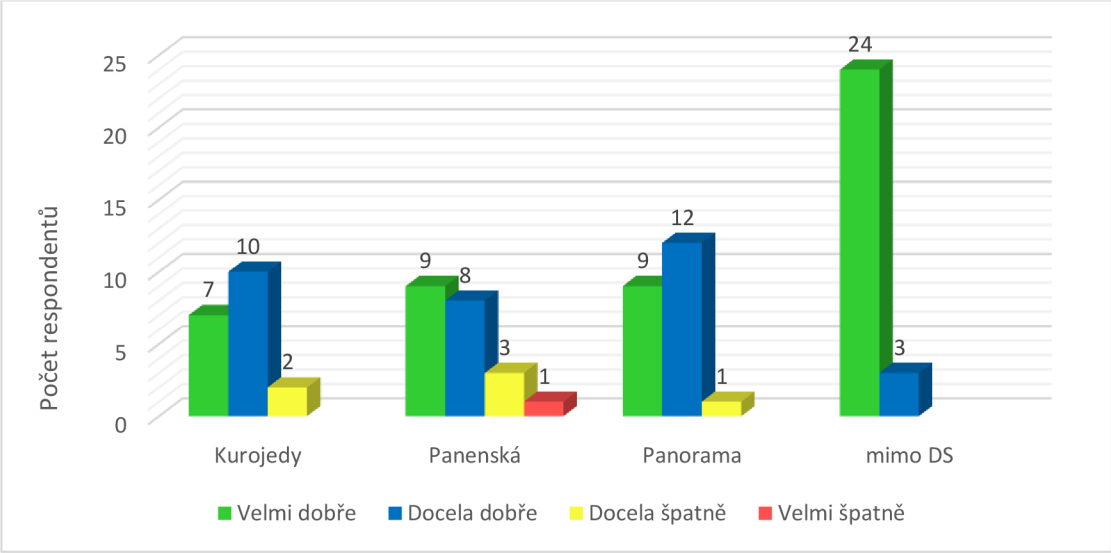
Vyhodnocení otázek týkajících se dostupnosti péče (otázky 7, 8 a 9 vlastního dotazníku) bylo poskytnuto ředitelce zapojených DS, do výsledkové části diplomové práce nebude zahrnuto z důvodu nerelevance k tématu. Data jsou k dispozici u autorky práce. Na poslední otevřenou otázku 10 potom odpověděl jen jeden respondent, který prostor využil pro pochvalu a poděkování personálu za péči.

Graf 7. Otázka 1) Jak se cítíte po stránce tělesného zdraví



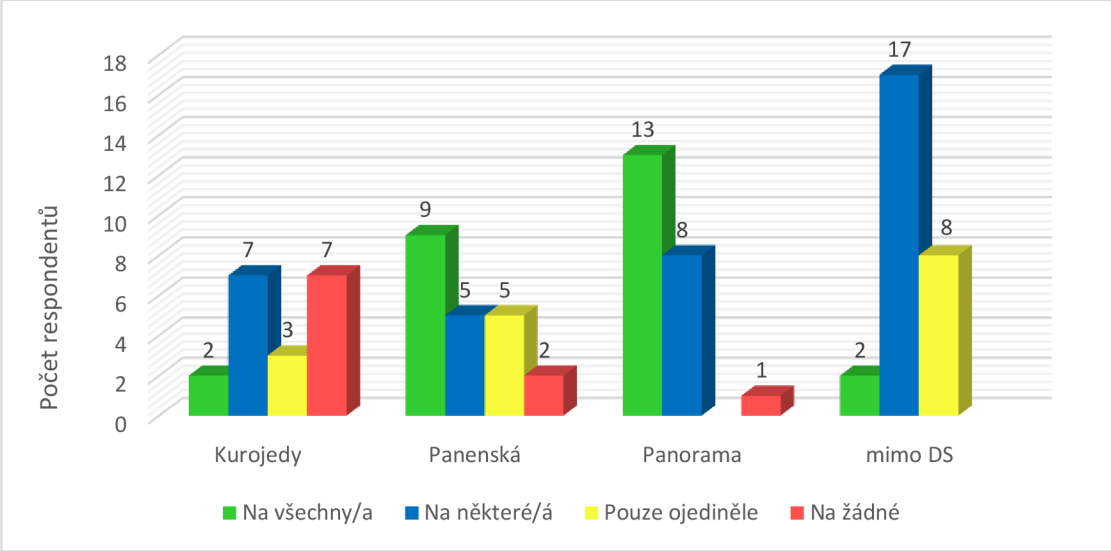
Z grafu 7 vyplývá, že většina respondentů na otázku číslo 1 odpověděla, že se po fyzické stránce cítí *docela dobře* (51,7 %). Odpověď *velmi dobře* označilo 18 % respondentů. Odpovědi *docela špatně* (25,8 %) nebo *velmi špatně* (4,5 %) volili častěji respondenti z DS než ti mimo DS.

Graf 8. Otázka 2) Jak se cítíte po stránce duševního zdraví



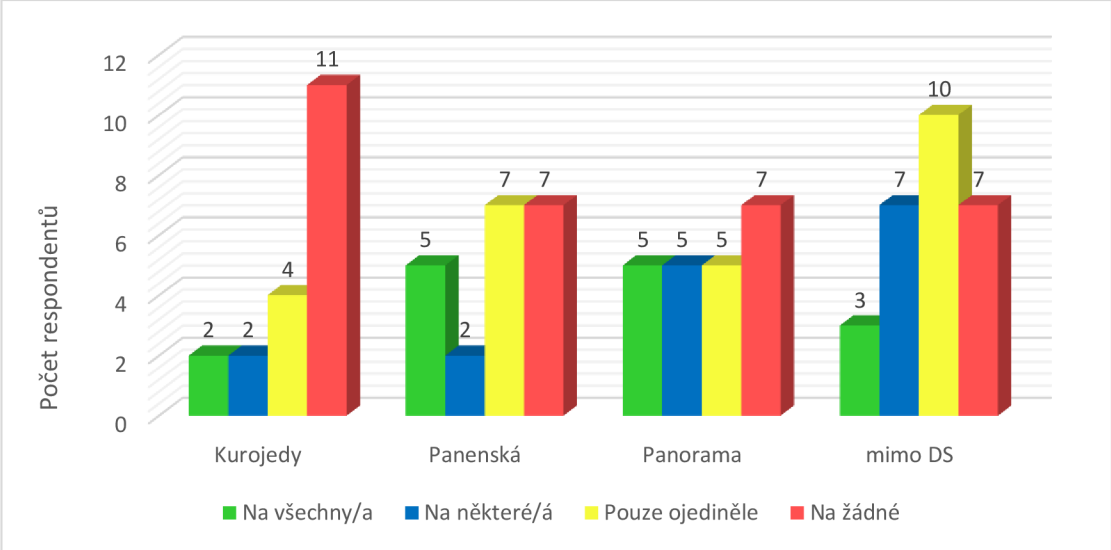
Z grafu 8 je patrné, že většina respondentů se po psychické stránce cítí *velmi dobře* (55,1 %) nebo alespoň *docela dobře* (37,1 %). Odpověď *docela špatně* označilo 6,7 % respondentů a *velmi špatně* jen 1,1 %. Patrný je i značný rozdíl mezi odpověďmi respondentů z DS a respondenty mimo DS, kteří častěji označili možnost *velmi dobře*.

Graf 9. Otázka 3) Chodíte na preventivní prohlídky k praktickému a zubnímu lékaři



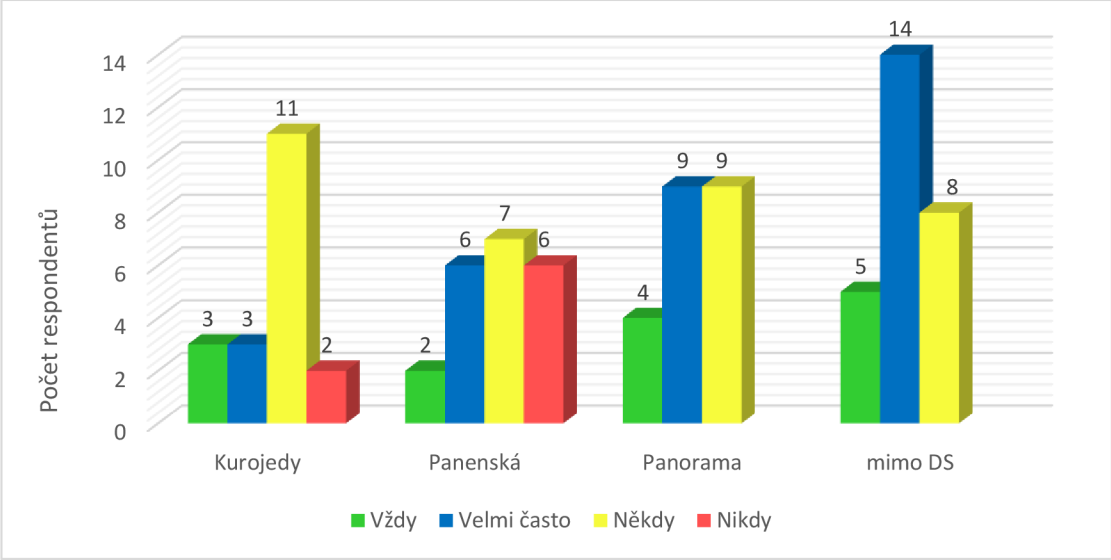
Na všechny preventivní prohlídky chodí 29,2 %, *na některé* 41,6 % respondentů. *Pouze ojediněle* na preventivní prohlídky chodí 18 % a *na žádné* 11,2 % respondentů. Nejvyšší četnost odpovědí *pouze ojediněle* nebo *nikdy*, je mezi respondenty v DS Kurojedy.

Graf 10. Otázka 4) Chodíte na screeningová pravidelná vyšetření



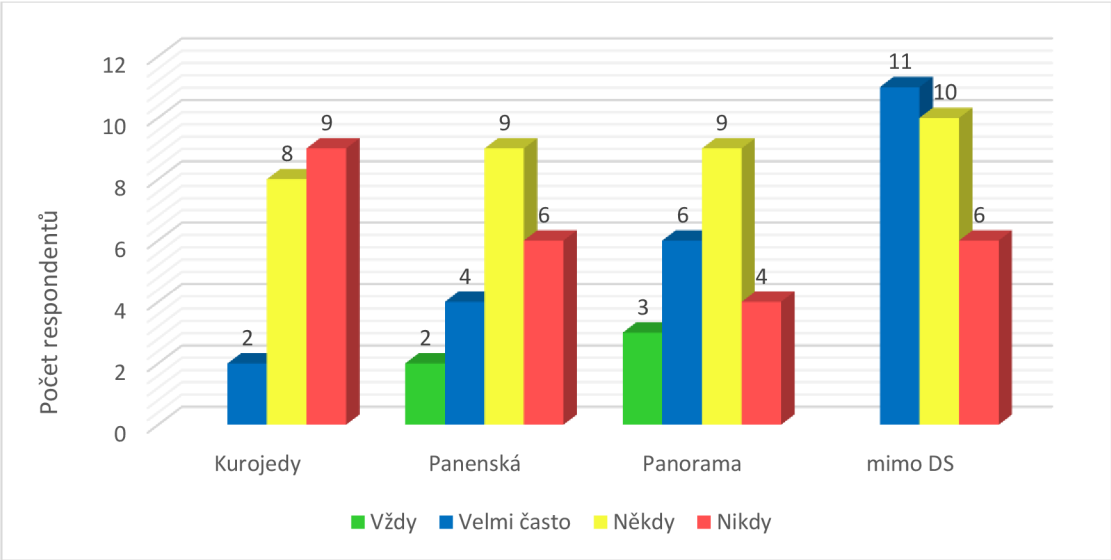
Respondenti, kteří se účastní *všech* screeningových vyšetření, tvoří 16,9 % z dotazovaných, ti, kteří se účastní *některých*, představují 18 % z nich. Respondenti, kteří na vyšetření chodí *pouze ojediněle*, tvoří 29,2 % a ti, kteří nechodí na *žádná* screeningová vyšetření, tvoří 36 % z dotazovaných. Nejvíce seniorů, kteří nechodí na *žádná* screeningová vyšetření, je v DS Kurojedy.

Graf 11. Otázka 5) Jak často si ověřujete nebo dohledáváte informace týkající se zdraví



Z grafu 11 můžeme vyčíst, že *vždy* si ověřuje nebo dohledává informace 15,7 %, *velmi často* 36 %, *někdy* 39,3 % a *nikdy* 9 % respondentů.

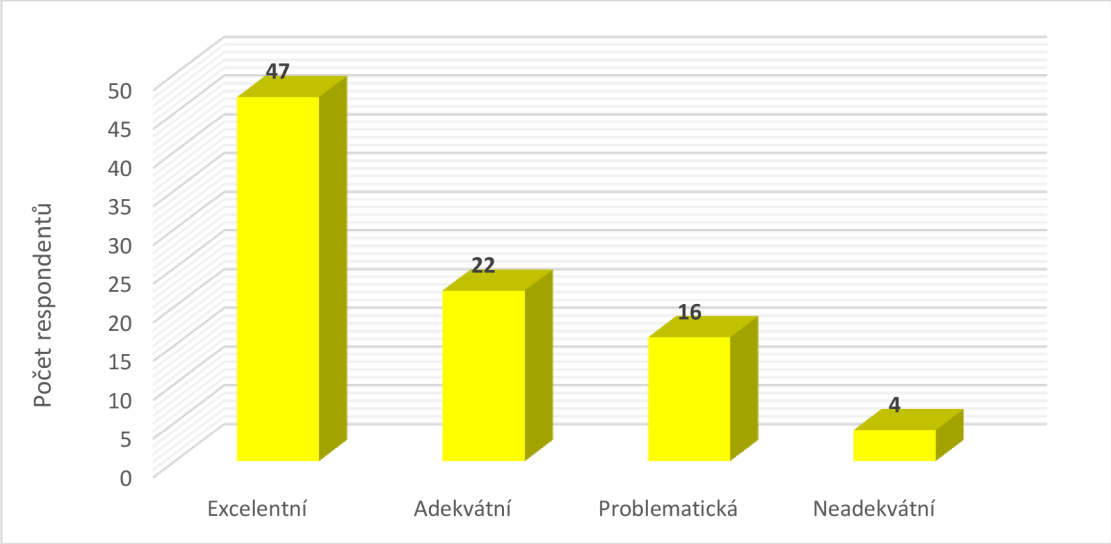
Graf 12. Otázka 6) Jak často konzultujete otázky týkající se zdraví se dvěma či více zdravotnickými odborníky zároveň



Z grafu 12 můžeme vyčíst, že *vždy* konzultuje otázky týkající se zdraví se dvěma či více odborníky zároveň jen 5,6 % respondentů, *velmi často* konzultuje 25,8 %, *někdy* 40,4 % a *nikdy* nekonzultuje 28,1 % respondentů.

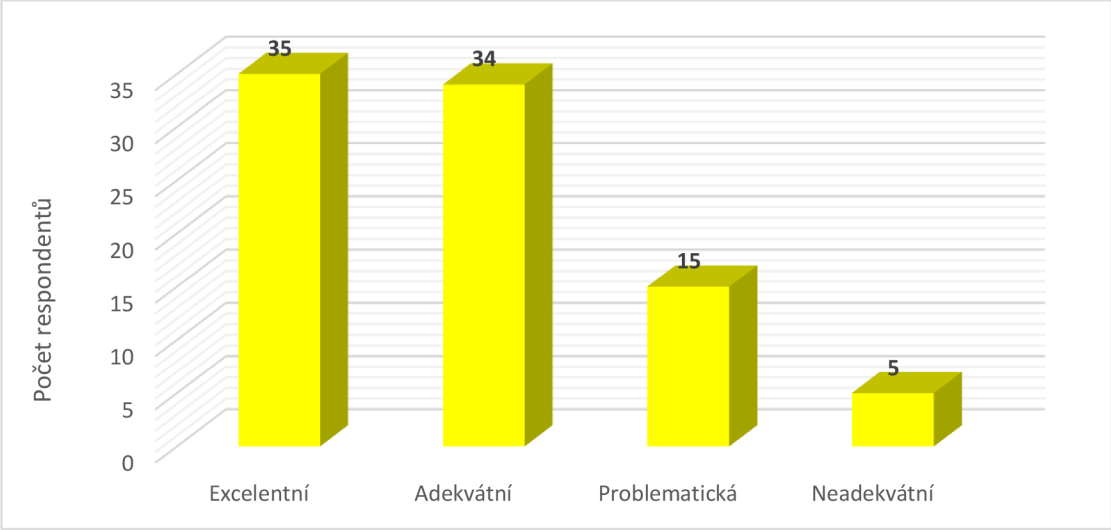
5.3 Vyhodnocení standardizovaného dotazníku

Graf 13. Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL)



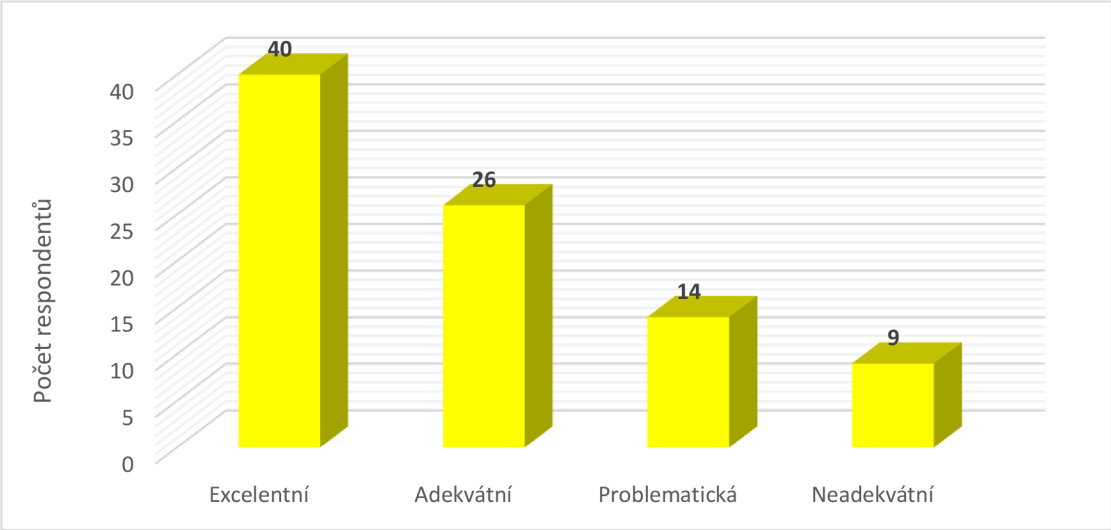
Nedostačující zdravotní gramotnost (problematickou a neadekvátní) v oblasti zdravotní péče vykazovalo 22,5 % respondentů. Více než polovina (52,8 %) respondentů vykazovala excelentní gramotnost v oblasti zdravotní péče.

Graf 14. Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL)



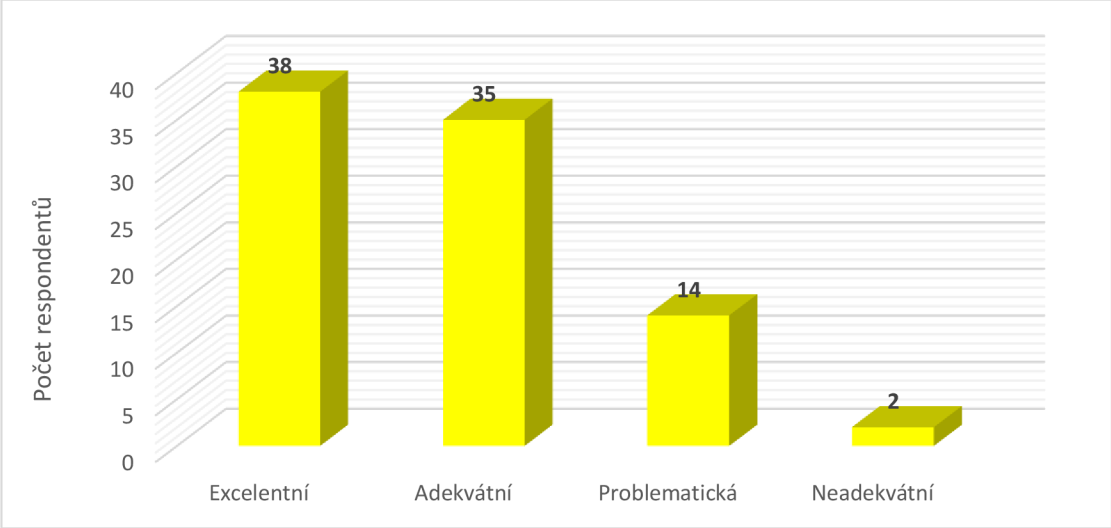
Nedostačující zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí vykazovalo 22,5 % respondentů. Z toho 16,9 % problematickou a 5,6 % neadekvátní. Adekvátní gramotnost vykazovalo 38,2 % respondentů a excelentní zdravotní gramotností 39,3 % respondentů.

Graf 15. Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL)



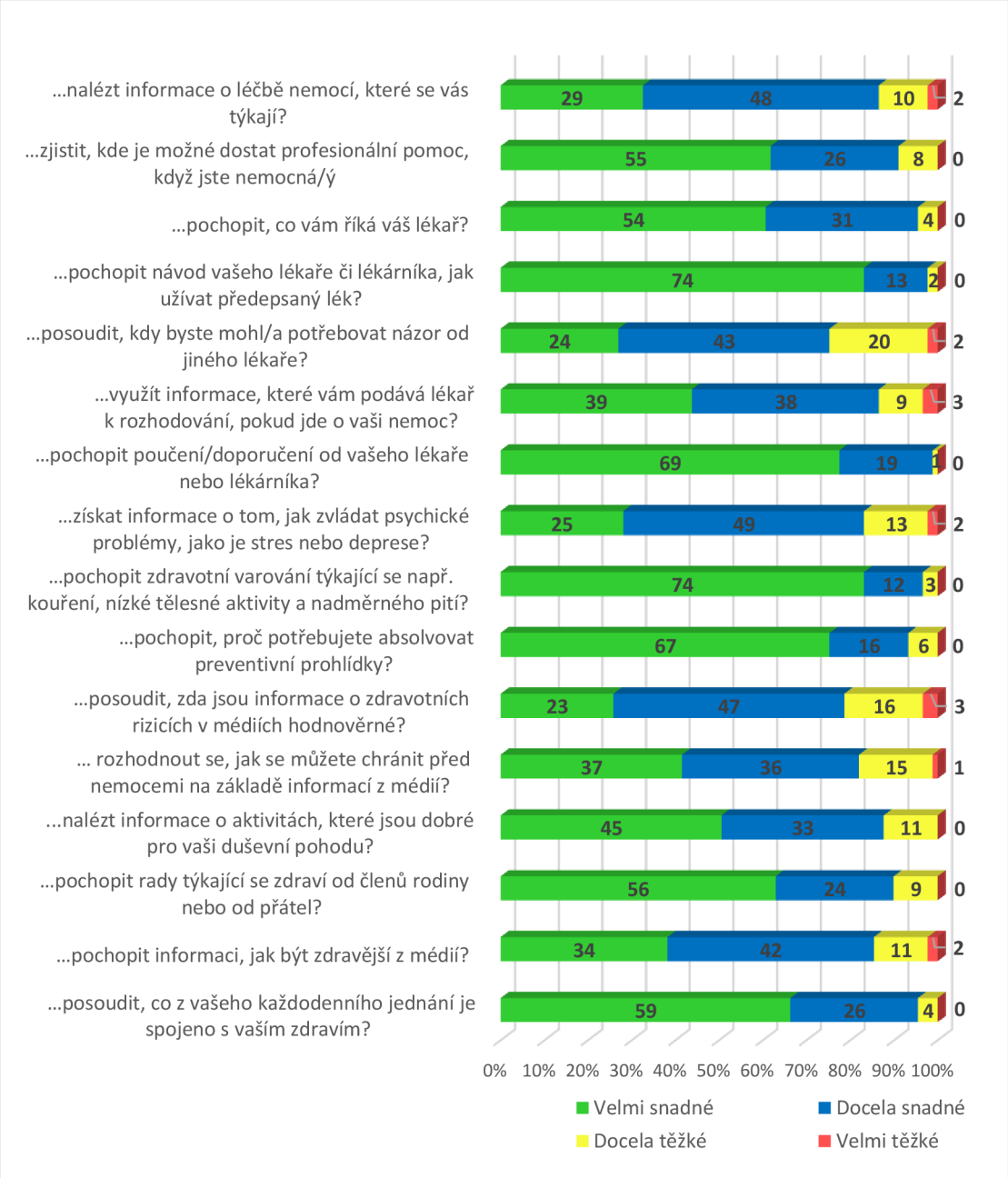
Nedostačující zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví vykazovalo 25,8 % respondentů. Z čehož 15,7 % problematickou a 10,1 % neadekvátní. Excelentní gramotnosti dosahovala téměř polovina respondentů (44,9 %). V oblasti podpory zdraví byl mezi respondenty nejvyšší podíl respondentů dosahujících neadekvátní gramotnosti (10,1 %).

Graf 16. Celková zdravotní gramotnost (GHL)



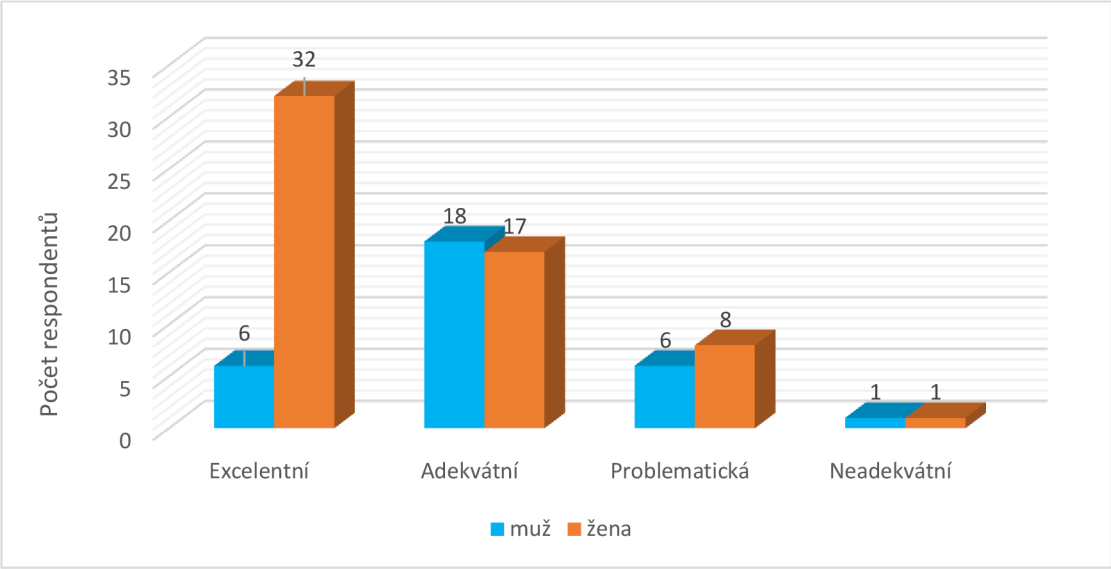
Nedostačující (problematickou a neadekvátní) celkovou zdravotní gramotnost vykazovalo 20,2 % respondentů, přičemž pouze 2,2 % neadekvátní. Excelentní celkovou zdravotní gramotnost vykazovalo 42,7 % respondentů. Adekvátní celkovou zdravotní gramotnost vykazovalo 39,3 % respondentů.

Graf 17. Poměr odpovědí na jednotlivé otázky ve standardizovaném dotazníku



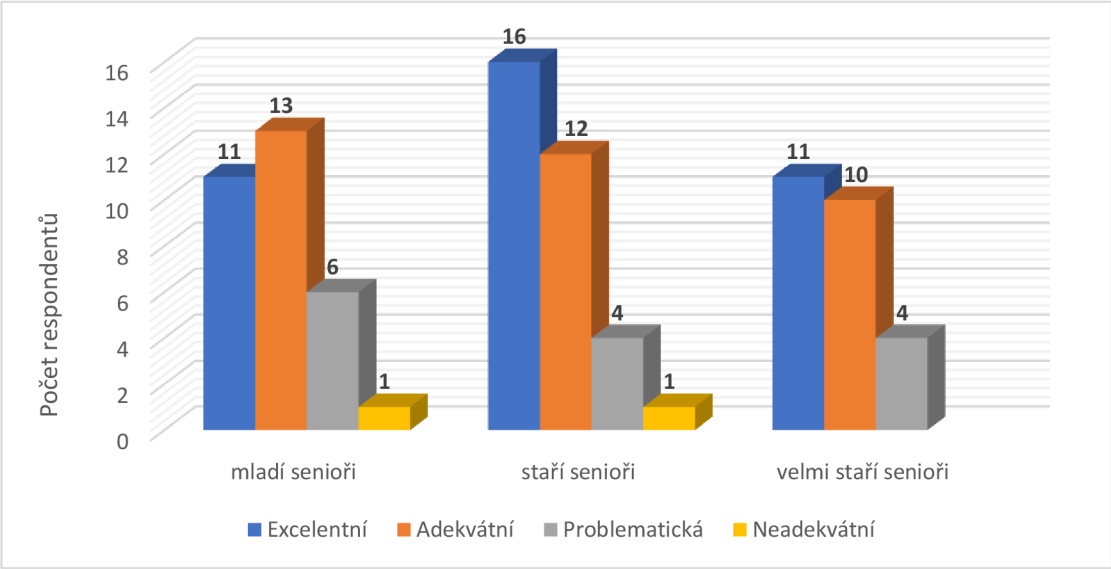
Otázky ve standardizovaném dotazníku začínají: *„Jak těžké je…“* a následuje 16 dovětků, jejichž znění je uvedeno v grafu 17. Jednoznačně nejjednodušší bylo pro respondenty (83,1 % respondentů označilo odpověď *velmi snadné*) *pochopit návod lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék* a také *pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké pohybové aktivity a nadměrného pití*. Jako nejsložitější vyhodnotili respondenti otázku *jak těžké je posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře* (22,4 % *docela těžké* a 2,2 % *velmi těžké*).

Graf 18. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle pohlaví



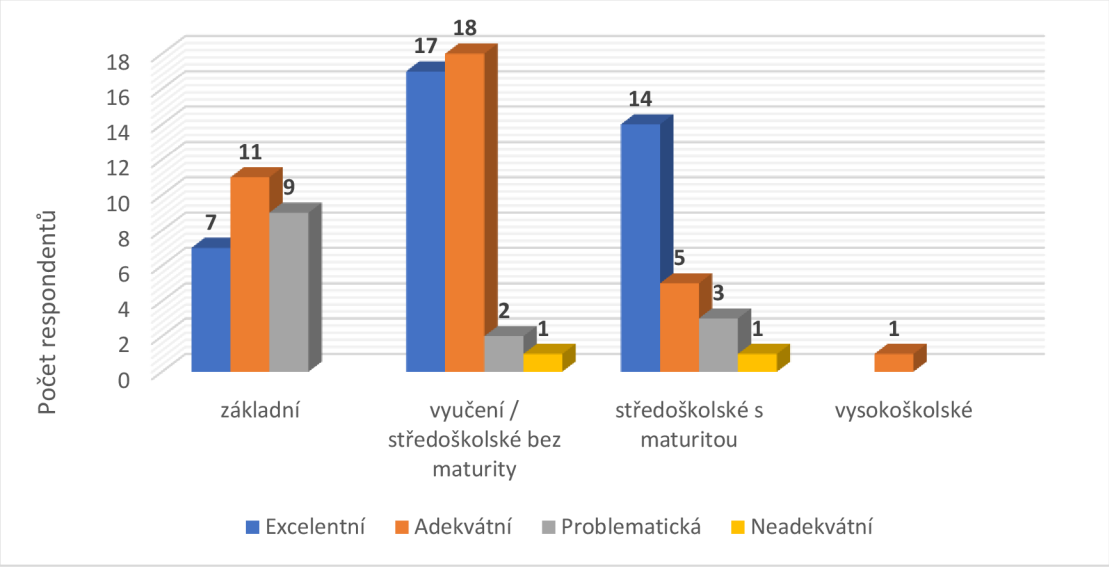
Graf 18 znázorňuje, jak vypadá rozložení dosažené úrovně celkové zdravotní gramotnosti podle pohlaví. Z grafu lze vyčíst, že excelentní úroveň celkové zdravotní gramotnosti je ve výzkumném souboru mnohonásobně častější u žen než u mužů. Graf 18 ilustruje závislost popsanou v Hypotéze 1.

Graf 19. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle věku



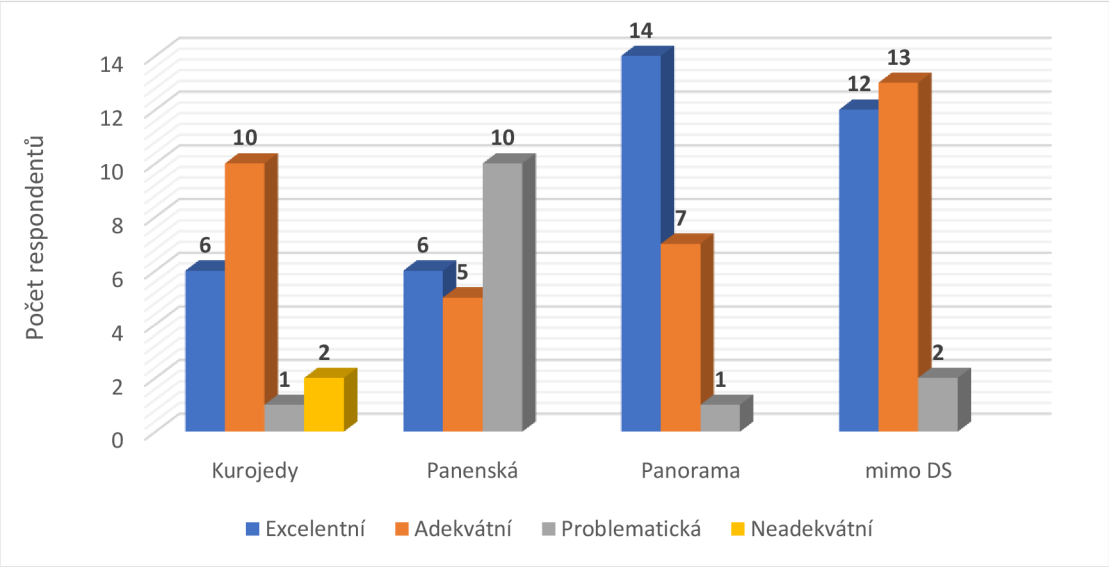
Graf 19 znázorňuje, jak vypadá rozložení dosažené úrovně celkové zdravotní gramotnosti podle věku. Graf 19 ilustruje závislost popsanou v Hypotéze 2.

Graf 20. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle vzdělání



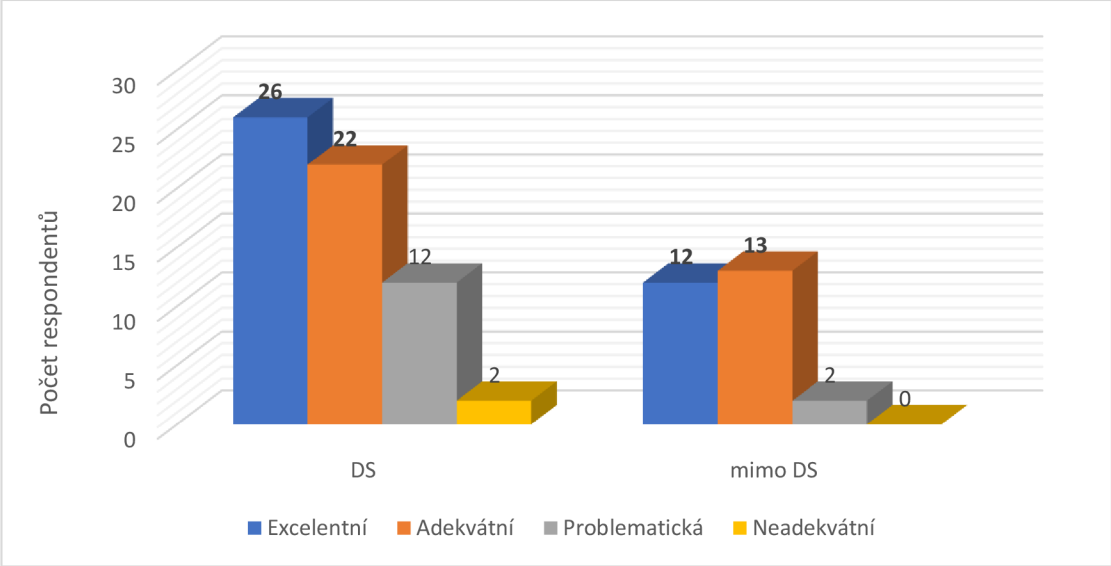
Graf 20 znázorňuje, jak vypadá rozložení dosažené úrovně celkové zdravotní gramotnosti podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Graf 20 ilustruje závislost popsanou v Hypotéze 3.

Graf 21. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle jednotlivých DS/mimo DS



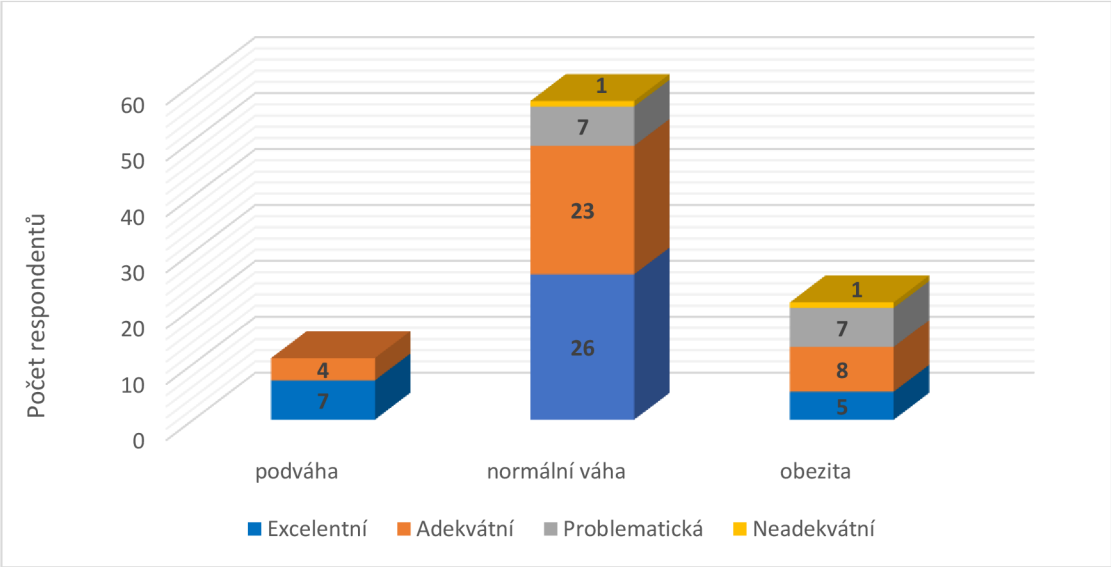
Graf 21 ukazuje srovnání dosažené úrovně celkové zdravotní gramotnosti respondentů podle toho, zda žijí v konkrétním domově pro seniory, nebo mimo domov pro seniory. Lze dospět k závěru, že nejlepších výsledků mezi DS dosáhl DS Panorama a obecně nejlepší výsledky měli respondenti mimo DS.

Graf 22. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle DS/mimo DS



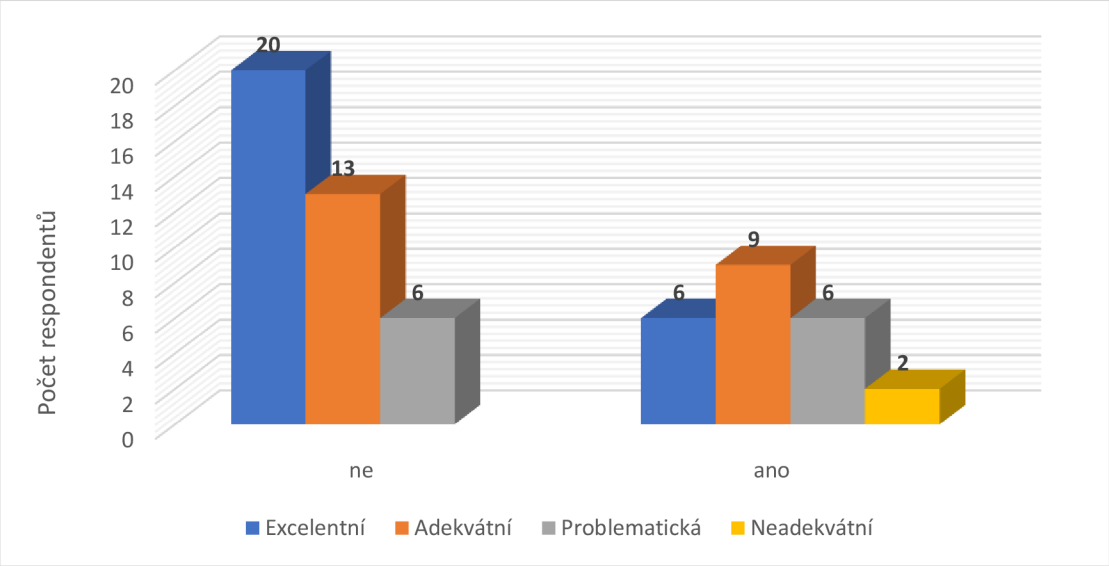
Graf 22 znázorňuje, jak vypadá rozložení dosažené úrovně celkové zdravotní gramotnosti podle toho, zda respondenti bydlí v domově pro seniory nebo mimo něj. Graf 22 ilustruje závislost popsanou v Hypotéze 4.

Graf 23. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle BMI



Graf 23 znázorňuje, jak vypadá rozložení dosažené úrovně celkové zdravotní gramotnosti podle dosaženého BMI. Z grafu je patrné, že největší část respondentů dosahovala v hodnocení BMI normální váhy (64 %). Obezitu má 23,6 % respondentů a podváhu 12,4 %.

Graf 24. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) mezi diabetiky a nediabetiky



Graf 24 znázorňuje, jakou úroveň zdravotní gramotnosti mají respondenti s diagnostikovaným diabetem m. II. typu (v grafu jako *ano*) a respondenti bez přítomnosti této diagnózy (v grafu jako *ne*). Respondenti výzkumného souboru, kteří vykazovali neadekvátní celkovou zdravotní gramotnost, patří mezi diabetiky. Mezi diagnostikovanými diabetiky je nižší poměr těch, co vykazovali excelentní zdravotní gramotnost.

5.4 Princip ověření platnosti hypotéz

Ověřování platnosti definovaných dílčích cílů bylo provedeno v programu Microsoft Excel, za použití kontingenčních tabulek a chí-kvadrát testu (χ^2-*test*). Test byl vybrán na základě povahy získaných dat. Chí-kvadrát test je neparametrická statistická metoda, která umožní zjistit, zda je mezi dvěma znaky výrazný vztah. Pro vyhodnocení byl použit test nezávislosti na diskrétních kvantitativních znacích, jejichž hodnoty byly sdruženy do pásem (UPOL, neuvedeno).

Princip chí-kvadrát testu spočívá v porovnání pozorovaných a očekávaných četností. Pozorované četnosti získáme za použití kontingenční tabulky. Tabulku očekávaných četností je nutné posléze dopočítat (viz níže). Následně vyhodnotíme velikost rozdílu mezi pozorovanými a očekávanými četnostmi pomocí funkce CHITEST. Při výpočtu vycházíme z předpokladu, že nulová hypotéza platí, tzn. že mezi dvěma kvalitativními veličinami není žádná závislost, pokud je hodnota funkce nižší než předem stanovená hladina významnosti. Na základě pravděpodobnostního rozložení chí-kvadrát se vypočítá pravděpodobnost pozorované vzdálenosti změřených dat od očekávaných dat. Tato pravděpodobnost se nazývá dosažená hladina významnosti statistického testu (*p-hodnota*). Výsledkem funkce CHITEST je *hodnota p*, kterou porovnáváme ku hladině významnosti $\alpha = 0{,}05$. Tato hodnota představuje pravděpodobnost výskytu změřených hodnot náhodných dat (nezávislých veličin). Pokud je hodnota malá, znamená to, že je nepravděpodobné, aby byly veličiny nezávislé, a tedy pokud je $p < 0{,}05$, zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Tehdy je pravděpodobnost, že by pozorované rozdíly či závislosti vznikly pouze náhodou, menší než 5 %. Pokud je $p > 0{,}05$, nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu (UPOL, neuvedeno).

$$\text{očekávaná četnost} = \frac{\text{součet hodnot v příslušném řádku} \times \text{součet hodnot v příslušném sloupci}}{\text{celkový počet pozorování}}$$

$$\chi 2 = \sum \frac{(\text{pozorované četnosti} - \text{očekávané četnosti})^2}{\text{očekávané četnosti}}$$

5.4.1 Ověření platnosti hypotéz dílčích cílů

Všechny hypotézy pracovaly s proměnnou zjištěné úrovně celkové zdravotní gramotnosti, tedy vypočteným indexem GHL. Ten byl převeden do čtyř intervalů úrovně zdravotní gramotnosti: excelentní (50–43 bodů), adekvátní (42–34 bodů), problematická (33–26 bodů) a neadekvátní (25–0 bodů) zdravotní gramotnost.

5.4.1.1 Ověření dílčího cíle 1

Dílčí cíl 1: Zjistit rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti v závislosti na pohlaví, věku a vzdělání seniorů.

Pro vyhodnocení prvního dílčího cíle byla vytvořena kontingenční tabulka, v jejíchž řádcích figurovala proměnná pohlaví (respektive věk a nejvyšší dosažené vzdělání) a ve sloupcích dosažená úroveň celkové zdravotní gramotnosti (GHL).

Hypotéza H01: Muži a ženy se neliší v úrovni zdravotní gramotnosti.
Hypotéza HA1: Muži a ženy se liší v úrovni zdravotní gramotnosti.

Tabulka 7. Pozorované četnosti (pohlaví)

Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
muž	18	6	1	6	31
žena	17	32	1	8	58
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Tabulka 8. Očekávané četnosti (pohlaví)

Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
muž	12,2	13,2	0,7	4,9	31
žena	22,8	24,8	1,3	9,1	58
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Chí-kvadrát signifikance $p = 0{,}0121803 \Rightarrow p < 0{,}05$

Při zkoumání platnosti H01 byly porovnávány dosažené úrovně zdravotní gramotnosti mezi ženami (n = 58) a muži (n = 31). Výsledná hodnota $p = 0{,}012$ (tj. $p < 0{,}05$) značí, že byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami, a proto **lze zamítnout H01 a lze přijmout HA1**. **Jeví se jako pravděpodobné, že muži a ženy se liší v úrovni zdravotní gramotnosti.**

Hypotéza H02: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů nezávisí na jejich věku.
Hypotéza HA2: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů závisí na jejich věku.

Tabulka 9. Pozorované četnosti (věk)

Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
mladí senioři	13	11	1	6	31
velmi staří senioři	10	11		4	25
staří senioři	12	16	1	4	33
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Tabulka 10. Očekávané četnosti (věk)

Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
mladí senioři	12,2	13,2	0,7	4,9	31
velmi staří senioři	9,8	10,7	0,6	3,9	25
staří senioři	13,0	14,1	0,7	5,2	33
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Chí-kvadrát signifikance $p = 0{,}9573201 \Rightarrow p > 0{,}05$

Při zkoumání platnosti H02 byly porovnávány dosažené úrovně zdravotní gramotnosti mezi mladými seniory (n = 31), starými seniory (n = 33) a velmi starými seniory (n = 33). Výsledná hodnota $p = 0{,}957$ ($p > 0{,}05$) značí, že nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami, a proto **nelze zamítnout H02**. **Jeví se jako pravděpodobné, že úroveň zdravotní gramotnosti seniorů nezávisí na jejich věku.**

Hypotéza H03: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů nezávisí na vzdělání.
Hypotéza HA3: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů závisí na vzdělání.

Tabulka 11. Pozorované četnosti (nejvyšší dosažené vzdělání)

Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
středoškolské s maturitou	5	14	1	3	23
vysokoškolské	1				1
vyučení/středoškolské bez maturity	18	17	1	2	38
základní	11	7		9	27
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Tabulka 12. Očekávané četnosti (nejvyšší dosažené vzdělání)

Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
středoškolské s maturitou	9,0	9,8	0,5	3,6	23
vysokoškolské	0,4	0,4	0,0	0,2	1
vyučení/středoškolské bez maturity	14,9	16,2	0,9	6,0	38
základní	10,6	11,5	0,6	4,2	27
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Chí-kvadrát signifikance $p = 0{,}0774654 \Rightarrow p > 0{,}05$

Při zkoumání platnosti H03 byly porovnávány dosažené úrovně zdravotní gramotnosti mezi seniory s nejvyšším dosaženým vzděláním: základní (n = 27), vyučení/středoškolské bez maturity (n = 38), středoškolské s maturitou (n = 23) a vysokoškolské (n = 1). Přičemž výsledná hodnota $p = 0{,}077$ ($p > 0{,}05$) značí, že nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami, a proto **nelze zamítnout H03**. **Jeví se jako pravděpodobné, že úroveň zdravotní gramotnosti seniorů nezávisí na vzdělání.**

5.4.1.2 Ověření dílčího cíle 2

Dílčí cíl 2: Porovnat zdravotní gramotnost sledované skupiny seniorů v DS se zdravotní gramotností sledovaných seniorů mimo DS.

Pro vyhodnocení druhého dílčího cíle byla vytvořena kontingenční tabulka, kde v řádcích figurovaly jednotlivé skupiny seniorů rozdělené na DS a mimo DS, ve sloupcích dosažená úroveň celkové zdravotní gramotnosti (GHL).

Hypotéza H04: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů žijících v DS se neliší od úrovně zdravotní gramotnosti seniorů, kteří žijí mimo DS.
Hypotéza HA4: Úroveň zdravotní gramotnosti seniorů žijících v DS se liší od úrovně zdravotní gramotnosti seniorů, kteří žijí mimo DS.

Tabulka 13. Pozorované četnosti (DS/mimo DS)

Počet z GHL Popisky řádků	Popisky sloupců Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
DS	22	26	2	12	62
mimo DS	13	12		2	27
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Tabulka 14. Očekávané četnosti (DS/mimo DS)

Počet z GHL	Popisky sloupců				
Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
DS	24,4	26,5	1,4	9,8	62
mimo DS	10,6	11,5	0,6	4,2	27
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Chí-kvadrát signifikance $p = 0{,}4291565 \Rightarrow p > 0{,}05$

Při zkoumání platnosti H04 byly porovnávány dosažené úrovně zdravotní gramotnosti mezi seniory žijícími v DS (n = 62) a seniory žijícími mimo DS (n = 27). Přičemž výsledná hodnota $p = 0{,}429$ ($p > 0{,}05$) značí, že nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami, a proto **nelze zamítnout H04**. **Jeví se jako pravděpodobné, že úroveň zdravotní gramotnosti seniorů žijících v DS se neliší od úrovně zdravotní gramotnosti seniorů, kteří žijí mimo DS.**

5.4.1.3 Ověření dílčího cíle 3

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a aktivní účastí na prevenci nemocí. Předpokládáme, že u seniorů s aktivní účastí na preventivních prohlídkách, resp. na screeningových vyšetřeních, se zjistí také vyšší úroveň zdravotní gramotnosti (GHL).

Pro vyhodnocení třetího dílčího cíle byla vytvořena kontingenční tabulka, kde v řádcích byly vyneseny odpovědi na otázku č. 3 (respektive č. 4) vlastního dotazníku a ve sloupcích dosažená úroveň celkové zdravotní gramotnosti.

Hypotéza H05: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na preventivních prohlídkách u praktického lékaře.
Hypotéza HA5: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na preventivních prohlídkách u praktického lékaře.

Tabulka 15. Pozorované četnosti (otázka č. 3)

Počet z GHL	Popisky sloupců				
Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
Na všechny/a	8	16		2	26
Na některé/á	14	19	1	3	37
Pouze ojediněle	9	1		6	16
Na žádné	4	2	1	3	10
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Tabulka 16. Očekávané četnosti (otázka č. 3)

Počet z GHL Popisky řádků	Popisky sloupců Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
Na všechny/a	10,2	11,1	0,6	4,1	26
Na některé/á	14,6	15,8	0,8	5,8	37
Pouze ojediněle	6,3	6,8	0,4	2,5	16
Na žádné	3,9	4,3	0,2	1,6	10
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Chí-kvadrát signifikance $p = 0{,}0091199 \Rightarrow p < 0{,}05$

Při zkoumání platnosti H05 byly porovnávány dosažené úrovně zdravotní gramotnosti mezi seniory, kteří chodí na všechny preventivní prohlídky (n = 26), s těmi, kteří chodí na některé (n = 37), kteří chodí pouze ojediněle (n = 16) a těmi, kteří nechodí na žádné (n = 10). Přičemž výsledná hodnota $p = 0{,}009$ ($p < 0{,}05$) značí, že byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami, a proto **lze zamítnout H05 a lze přijmout HA5**. **Jeví se jako pravděpodobné, že existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na preventivních prohlídkách u praktického lékaře.** Hodnota p nám navíc říká, že závislost mezi zkoumanými znaky je silná.

Hypotéza H06: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na screeningových vyšetřeních.
Hypotéza HA6: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na screeningových vyšetřeních.

Tabulka 17. Pozorované četnosti (otázka č. 4)

Počet z GHL Popisky řádků	Popisky sloupců Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
Na všechny/a	2	12		1	15
Na některé/á	3	12	1		16
Pouze ojediněle	10	11		5	26
Na žádné	20	3	1	8	32
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Tabulka 18. Očekávané četnosti (otázka č. 4)

Počet z GHL	Popisky sloupců				
Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
Na všechny/a	5,9	6,4	0,3	2,4	15
Na některé/á	6,3	6,8	0,4	2,5	16
Pouze ojediněle	10,2	11,1	0,6	4,1	26
Na žádné	12,6	13,7	0,7	5,0	32
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Chí-kvadrát signifikance $p = 0{,}0004780 \Rightarrow p < 0{,}05$

Při zkoumání platnosti H06 byly porovnávány dosažené úrovně zdravotní gramotnosti mezi seniory, kteří chodí na všechna screeningová vyšetření (n = 15),s těmi, kteří chodí na některá (n = 16), kteří chodí pouze ojediněle (n = 26) a těmi, kteří nechodí na žádná (n = 32). Přičemž výsledná hodnota $p = 0{,}0004$ ($p < 0{,}05$) značí, že byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami, a proto **lze zamítnout H06 a lze přijmout HA6**. **Jeví se jako pravděpodobné, že existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na screeningových vyšetřeních.** Hodnota *p* nám navíc říká, že závislost mezi zkoumanými znaky je silná.

5.4.1.4 Ověření dílčího cíle 4

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu. Předpokládáme, že u seniorů s aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu se zjistí také vyšší úroveň zdravotní gramotnosti (GHL).

Pro vyhodnocení čtvrtého dílčího cíle byla vytvořena kontingenční tabulka, kde byly vyneseny v řádcích odpovědi na otázku č. 5 vlastního dotazníku a ve sloupcích dosažená úroveň celkové zdravotní gramotnosti.

Hypotéza H07: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu.

Hypotéza HA7: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu.

Tabulka 19. Pozorované četnosti (otázka č. 5)

Počet z GHL Popisky řádků	Popisky sloupců Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
Vždy	1	13			14
Velmi často	10	19		3	32
Někdy	21	6	2	6	35
Nikdy	3			5	8
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Tabulka 20. Očekávané četnosti (otázka č. 5)

Počet z GHL Popisky řádků	Popisky sloupců Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
Vždy	5,5	6,0	0,3	2,2	14
Velmi často	12,6	13,7	0,7	5,0	32
Někdy	13,8	14,9	0,8	5,5	35
Nikdy	3,1	3,4	0,2	1,3	8
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Chí-kvadrát signifikance $p = 0{,}0000207 \Rightarrow p < 0{,}05$

Při zkoumání platnosti H07 byly porovnávány dosažené úrovně zdravotní gramotnosti mezi seniory, kteří si ověřují nebo dohledávají informace o zdraví: vždy (n = 14), velmi často (n = 32), někdy (n = 35) a nikdy (n = 8). Přičemž výsledná hodnota $p = 0{,}00002$ ($p < 0{,}05$) značí, že byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami, a proto **lze zamítnout H07 a lze přijmout HA7. Jeví se jako pravděpodobné, že existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu.** Hodnota *p* nám navíc říká, že závislost mezi zkoumanými znaky je velmi silná.

5.4.1.5 Ověření dílčího cíle 5

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu. Předpokládáme, že u seniorů s aktivní účastí na zdraví stran konzultace zdravotního stavu s více zdravotnickými odborníky zároveň se zjistí také vyšší úroveň zdravotní gramotnosti.

Pro vyhodnocení čtvrtého dílčího cíle byla vytvořena kontingenční tabulka, kde byly vyneseny v řádcích odpovědi na otázku č. 6 vlastního dotazníku a ve sloupcích dosažená úroveň celkové zdravotní gramotnosti (GHL).

Hypotéza H08: Neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran konzultace otázek týkajících se zdraví s více zdravotnickými odborníky zároveň.

Hypotéza HA8: Existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran konzultace otázek týkajících se zdraví s více zdravotnickými odborníky zároveň.

Tabulka 21. Pozorované četnosti (otázka č. 6)

Počet z GHL	Popisky sloupců				
Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
Vždy	1	3		1	5
Velmi často	4	16		3	23
Někdy	19	13	1	3	36
Nikdy	11	6	1	7	25
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Tabulka 22. Očekávané četnosti (otázka č. 6)

Počet z GHL	Popisky sloupců				
Popisky řádků	Adekvátní	Excelentní	Neadekvátní	Problematická	Celkový součet
Vždy	2,0	2,1	0,1	0,8	5
Velmi často	9,0	9,8	0,5	3,6	23
Někdy	14,2	15,4	0,8	5,7	36
Nikdy	9,8	10,7	0,6	3,9	25
Celkový součet	**35**	**38**	**2**	**14**	**89**

Chí-kvadrát signifikance $p = 0{,}0683303 \Rightarrow p > 0{,}05$

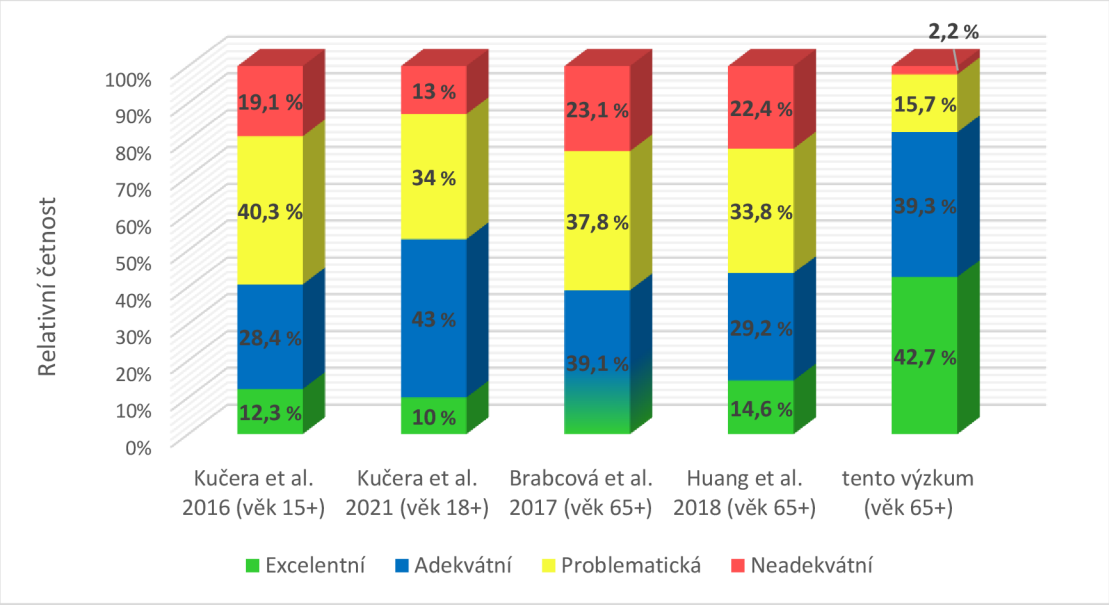
Při zkoumání platnosti H08 byly porovnávány dosažené úrovně zdravotní gramotnosti mezi seniory, kteří konzultují otázky týkající se zdraví s více zdravotnickými odborníky zároveň: vždy (n = 5), velmi často (n = 23), někdy (n = 36) a nikdy (n = 25). Přičemž výsledná hodnota $p = 0{,}068$ ($p > 0{,}05$) značí, že nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi zkoumanými skupinami, a proto **nelze zamítnout H08**. **Jeví se jako pravděpodobné, že neexistuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran konzultace otázek týkajících se zdraví s více zdravotnickými odborníky zároveň.**

DISKUZE

Výzkumná část práce byla navržena tak, aby se autorce podařilo naplnit stanovený cíl práce. Cílem práce bylo zjistit, jaká je zdravotní gramotnost seniorů v ČR v okrese Tachov. Jako metoda sběru dat byl použit standardizovaný dotazník *HLS-EU-Q16* doplněný o dotazník vlastní. Výsledky výzkumu budou v této kapitole porovnány s vybranými výzkumy zdravotní gramotnosti.

Z dostupných zdrojů bylo možné získat výsledky týkající se celkové zdravotní gramotnosti (GHL). Pro srovnání autorka vybrala výzkum Kučera et al. (2016), výzkum Kučera et al. (2021), výzkum Brabcová et al. (2017) a výzkum Huang et al. (2018). Podíl respondentů v jednotlivých výzkumech, kteří dosáhli dané úrovně celkové zdravotní gramotnosti, je pro lepší přehlednost vynesen v grafu 25.

Graf 25. Srovnání výsledků celkové zdravotní gramotnosti (GHL) mezi výzkumy



Zdroj: vlastní zpracování, hodnoty převzaty z citovaných výzkumů

Výzkumy Kučera et al. (2016) a Kučera et al. (2021) jsou zaměřeny na dospělou populaci a jako metodu sběru dat autoři použili standardizovaný dotazník *HLS-EU-Q47*, respektive HLS_{19}*-Q22*. Výzkumy Brabcová et al. (2017) a Huang et al. (2018) jsou

zaměřeny na seniory, respondenty ve věku 65 a více let, a jako metodu sběru dat autoři použili standardizovaný dotazník *HLS-EU-Q16*.

Ve srovnání s citovanými výzkumy respondenti zahrnutí do našeho výzkumu vykazovali mnohem lepších výsledků celkové zdravotní gramotnosti. Kromě výzkumu Brabcová et al. (2017) byly vždy výsledky celkové zdravotní gramotnosti rozděleny do tří intervalů. Nedostačující (problematickou a neadekvátní) celkovou zdravotní gramotnost v tomto vykazovalo pouze 17,9 % respondentů, přičemž ve srovnávaných výzkumech tato skupina tvořila skupinu o velikosti 47 % až 60,9 % výzkumného souboru.

Ze srovnání je patrné, že náš výzkum se od ostatních nejvíce liší v poměru respondentů, kteří vykazují excelentní zdravotní gramotnost. Důvodů, proč jsou výsledky tak odlišné od ostatních publikovaných výzkumů, může být hned několik. V našem výzkumu tvoří převážnou část respondentů senioři z domovů pro seniory. V domovech pro seniory mají možnost se na zdravotní otázky dotázat zdravotníků, se kterými mohou být v kontaktu každý den. Díky tomu se mohou snáze dostat zprostředkovaně k informacím o zdraví. Se zdravotníky se v domovech setkávají denně, alespoň při podávání léků.

Dalším faktorem vysvětlujícím výsledky výzkumu by mohl být vliv epidemie covid-19, která v ČR od roku 2020 probíhala. K tomuto závěru došel i Kučera et al. (2021), jenž tento fakt sdělil na tiskové konferenci k průzkumu *M-POHL*$_{19}$ konané 8. prosince 2021. Zlepšení výsledků zdravotní gramotnosti, ke kterému v období pěti let mezi výzkumy populace ČR došlo, připisuje také vlivu covid-19. Lidé kvůli covid-19 začali více vyhledávat a zjišťovat informace o zdraví. Nastalá situaci se dotkla samozřejmě i seniorů; ti se taktéž častěji než dříve setkávali s informacemi o zdraví. Právě senioři byli jednou ze skupin nejvíce ohrožených onemocněním covid-19 a na jejich ochranu byla dlouhodobě cílena velká množina opatření. V domovech pro seniory se dlouhodobě dodržovala přísná opatření proti šíření nákazy. Téma covid-19 se neustále objevovalo v médiích. Zkušenost s covid-19 také posloužila při iniciaci dotazníku jako jednoduchý a názorný příklad k dokreslení smyslu otázek. To v důsledku mohlo vést k lepšímu představení si situací, na které se standardizovaný dotazník zaměřoval.

Průměrné dosažené skóre v oblasti péče o zdraví ve standardizovaném dotazníku činilo v našem výzkumu 41 bodů, přičemž výzkum Kučera et al. (2016) uváděl hodnotu

33 bodů. Průměrné dosažené skóre v oblasti prevence nemocí činilo 39 bodů, přičemž výzkum Kučera et al. (2016) uváděl hodnotu 32,1 bodů. Průměrné dosažené skóre v oblasti podpory zdraví činilo 41 bodů, přičemž výzkum Kučera et al. (2016) uváděl hodnotu 30 bodů. Průměrný bodový výsledek celkové zdravotní gramotnosti činil 40 bodů, přičemž Kučera et al. (2016) uváděl hodnotu 31,8 bodů. Ve všech ohledech tedy náš výzkumný soubor předčil výsledky výzkumu zdravotní gramotnosti dospělé populace ČR provedeného v roce 2014. Výsledky se liší i z hlediska toho, která z oblastí zdravotní gramotnosti byla pro respondenty nejproblematičtější. Zatímco výzkum Kučera et al. (2016) jako nejhorší oblast z pohledu dosaženého skóre označil oblast podpory zdraví, v našem výzkumu dosahovali respondenti nejhoršího skóre v oblasti prevence nemocí.

Co se týče sociodemografických údajů, zajímavým se jevil podíl seniorů, kteří pijí alkohol více než jednou týdně. Při iniciaci dotazníku se naprostá většina respondentů vyjadřovala, že alkohol nepije. Často zaznívaly vyjádření jako: *„alkohol už vůbec nepiji.“* Pouze 6,7 % respondentů z našeho výzkumu potvrdilo, že užívají alkohol minimálně jednou týdně (n = 6). ČSÚ (2022a) uvádí, že ve věkové skupině seniorů je denní konzumace alkoholu častá zejména u mužů. Ve věkové skupině 65 a více let konzumuje alkohol zhruba 20 % mužů na denní bázi. Podíl konzumentek alkoholu je ve stejné věkové kategorii u žen zhruba 5 %.

Kouření se týkalo 20,2 % respondentů (n = 18) našeho výzkumu, což zhruba odpovídá zjištěním výzkumu Csémy et al. (2021), který uvádí, že kouří zhruba 17 % seniorů ve věku 65 a více let. ČSÚ (2022a) uvádí, že v průměru pro obě pohlaví kouří zhruba 17 % respondentů ve věku 65 až 74 let, a ve skupině 75 a více let je to už jen zhruba 5 %. Zajímavý poznatek na téma rizikového chování uvedla jedna z respondentek, která dotaz na alkohol a kouření komentovala takto: *„Já nefajčim ja nepijem, ja iba tancujem a milujem.“*

Dosažená hodnota BMI byla u většiny respondentů (64 %) odpovídající normální váze. Respondentů s diagnostikovaným diabetem m. II. typu je ve výzkumném souboru 32,6 %. Zajímavé je porovnání dosažené úrovně zdravotní gramotnosti a přítomnosti diagnózy. Zajímavým zjištěním je, že všichni respondenti (n = 2), kteří dosáhli neadekvátní úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL), měli diagnostikovaný diabetes m. II. typu. Je možné, že k onemocnění dospěli v důsledku nezdravého

životního stylu. Mezi diabetiky je celkově menší podíl respondentů s dostačující úrovní zdravotní gramotnosti.

Subjektivně vnímané zdraví podle ČSÚ (2022a) ve skupině 65 a více let označuje za *velmi dobré* a *dobré* 34 % seniorů, za *ani dobré ani špatné* 50 % seniorů a za *špatné* a *velmi špatné* 16 % seniorů. Náš výzkum se v otázce mířené na subjektivně vnímané zdraví dotazoval odděleně na fyzické a psychické zdraví. Fyzické zdraví hodnotilo odpovědí *velmi dobře* 18 % respondentů, *docela dobře* 51,7 %, *docela špatně* 25,8 % a *velmi špatně* 4,5 %. Psychické zdraví hodnotilo odpovědí *velmi dobře* 55,1 % respondentů a *docela dobře* 37,1 % respondentů. Odpověď *docela špatně* označilo 6,7 % respondentů a *velmi špatně* jen 1,1 %.

V otázce duševního zdraví byl v našem výzkumu patrný rozdíl mezi odpověďmi respondentů z DS a respondentů mimo DS, kteří častěji označili možnost *velmi dobře*. Bártlová et al. (2018) k tomuto uvádí, že subjektivní pocit zdraví nemusí být přesným vyjádřením reálného zdravotního stavu. V provedeném výzkumu zdravotní gramotnosti seniorů byla prokázána statisticky významná souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a zdravotním stavem (u respondentů s horším zdravotním stavem je častější nižší úroveň zdravotní gramotnosti; u seniorů s lepším zdravotním stavem byla ve vyšší míře vykazována dostačující úroveň zdravotní gramotnosti).

Ve výsledkové části jsou také porovnávány jednotlivé skupiny seniorů podle místa pobytu. V rámci tohoto srovnání lze zjednodušeně seřadit domovy podle celkového přístupu ke zdraví a dosažené zdravotní gramotnosti. Nejhorších výsledků v rámci dotazníkového šetření dosáhli respondenti z DS Kurojedy. Za nimi se umístili senioři z DS Panenská a nejlepších výsledků dosáhli senioři z DS Panorama a senioři žijící mimo DS.

Dílčí cíl 1: Zjistit rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti v závislosti na pohlaví, věku a vzdělání seniorů.

Statistické testování ukázalo, že ve výzkumném souboru je pravděpodobné, že se muži a ženy liší v úrovni zdravotní gramotnosti. Ženy dosahovaly lepších výsledků zdravotní gramotnosti. K podobným závěrům dospěl i Huang et al. (2018), který zjistil, že u žen je mírně lepší zdravotní gramotnost. Výzkum Kučera et al. (2021) také poukázal na ženy

jako skupinu s vyšší zdravotní gramotností. Nicméně Brabcová et al. (2017) statisticky významnou souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a pohlavím nepotvrdila.

Závislost mezi úrovní zdravotní gramotností a vzděláním nebo věkem se v našem výzkumu nepodařilo prokázat. Brabcová et al. (2017) stejně jako Huang et al. (2018) obě tyto závislosti prokázali. Respondenti s vyšším vzděláním měli častěji adekvátní zdravotní gramotnost a u respondentů s vyšším věkem byl vyšší výskyt neadekvátní gramotnosti. Výzkum Kučera et al. (2021) potom poukázal na vyšší zdravotní gramotnost u starších osob.

Dílčí cíl 2: Porovnat zdravotní gramotnost sledované skupiny seniorů v domovech pro seniory (dále DS) se zdravotní gramotností sledovaných seniorů mimo DS.

Statisticky významná závislost mezi úrovní zdravotní gramotností a tím, jestli senioři bydlí v DS nebo mimo DS, se nepodařila prokázat. Obě skupiny dosahovaly přibližně srovnatelných výsledků úrovně celkové zdravotní gramotnosti.

Ishikawa a Yano (2008) poukázali na rozdíl mezi dosaženou úrovní zdravotní gramotnosti a uplatněním zdravotní gramotnosti v praxi. Otázky vlastního dotazníku byly koncipovány tak, aby bylo možné ověřit, zda se úroveň zdravotní gramotnosti propisuje i do vzorců chování v praktickém životě respondentů. Na tomto podkladě byly stanoveny dílčí cíle 3, 4 a 5.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a aktivní účastí na prevenci nemocí.

Závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na preventivních prohlídkách a na screeningových vyšetřeních se potvrdila. Výsledkem testování byl závěr, že pravděpodobně existuje silná závislost mezi úrovní celkové zdravotní gramotnosti a účastí na preventivních prohlídkách a screeningových vyšetřeních (hodnota *p* byla výrazně nižší než stanovená hladina významnosti). Můžeme tedy tvrdit, že u našeho výzkumného souboru se s vyšší zdravotní gramotností pojí také vyšší frekvence návštěv preventivních prohlídek a screeningových vyšetření. Na to poukázal také Kabayashi et al. (2014), který zjistil, že nízká úroveň zdravotní gramotnosti v důsledku vede k neuspokojivé frekvenci návštěv vyšetření konaných v rámci screeningových programů. Čevela et al. (2014) dále uvádí, že lidé s nižší zdravotní gramotností méně navštěvují je například mamografický screening.

Dílčí cíl 4: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu.

Informace o zdraví a práce s nimi jsou samotným jádrem zdravotní gramotnosti. Mezi úrovní celkové zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu je nejsilnější změřená závislost. Můžeme konstatovat, že když si senioři informace sami ověřují a dohledávají, jsou v důsledku zdravotně gramotnější.

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda existuje závislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a aktivní účastí na zdraví stran ověřování informací o zdravotním stavu.

V tomto případě se statisticky významná závislost nepodařila prokázat. Mezi úrovní zdravotní gramotnosti seniorů a jejich aktivní účastí na zdraví stran konzultace zdravotního stavu v našem výzkumu spíše není statisticky významná závislost. Důvodem by mohl být fakt, že někteří respondenti mohli považovat za aktivní účast stran konzultace i konzultování jednoho zdravotního problému s různými lékaři na různých odděleních. Proto mohli i méně zdravotně gramotní respondenti konzultovat s více odborníky. U takových respondentů mohla výsledek ovlivnit proměnná zdravotního stavu, který může být horší, a musí tak častěji řešit různé otázky týkající se zdraví.

ZÁVĚR

Zdravotní gramotnost seniorů představuje v době současné i budoucí aktuální problém, a to nejen kvůli stoupajícímu podílu seniorů v populaci. Zdravotní gramotnost je významnou determinantou zdraví, kterou můžeme ovlivnit vlastním přičiněním.

Tato diplomová práce se zabývá problematikou zdravotní gramotnosti seniorů v okrese Tachov. V teoretické části jsou shrnuty teoretické poznatky týkající se zdravotní gramotnosti a seniorů, včetně specifik této skupiny populace. V empirické části je popsána metodika výzkumu a dále jsou zde interpretovány výsledky provedeného výzkumu. Jako metoda sběru dat byl vybrán standardizovaný dotazník zdravotní gramotnosti *HLS-EU-Q16*, který byl doplněný o vlastní dotazník. Vlastní dotazník obsahoval část otázek zaměřených na sociodemografické údaje a dále část otázek, které ověřovaly, zda respondenti skutečně v praxi realizují vybrané úkony z oblasti zdravotní gramotnosti. Výzkumný soubor je tvořen 89 respondenty. Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká je zdravotní gramotnost seniorů v okrese Tachov. Dále byly stanoveny také dílčí cíle, k nimž byly vytvořeny hypotézy. Výsledky empirické části diplomové práce jsou spolu s výsledky dílčích cílů komentovány v diskuzi. Hlavní cíl i dílčí cíle autorka považuje za splněné.

V porovnání s vybranými výzkumy na téma zdravotní gramotnost dospělé populace ČR a zdravotní gramotnost seniorů dosáhli respondenti našeho výzkumu znatelně lepších výsledků. Úroveň zdravotní gramotnosti v jednotlivých domovech pro seniory nebyla stejná. Výsledky provedeného výzkumu mohou posloužit vedení zapojených DS jako podklad pro cílené zlepšení zdravotní gramotnosti svých klientů. Podstatným zjištěním je, že respondenti našeho výzkumu s vyšší úrovní celkové zdravotní gramotnosti se opravdu aktivně účastní například preventivních prohlídek, screeningových vyšetření a také si častěji dohledávají a ověřují informace týkající se zdraví. Dále bylo zjištěno, že ve výzkumném souboru byl statisticky významný rozdíl mezi úrovní celkové zdravotní gramotnosti mužů a žen. Ženy dosahovaly lepších výsledků než muži.

Zdravotní gramotnost je soubor znalostí a dovedností, na kterém je potřeba soustavně pracovat, a to jak ze strany společnosti a státu, tak ze strany jednotlivců. V průběhu času

dochází ke změnám úrovně zdravotní gramotnosti ve společnosti. To může být výsledkem aplikace nástrojů strategie *Zdraví 2020*, popřípadě *Zdraví 2030*, které se ovšem nezaměřují jen na zlepšení zdravotní gramotnosti. Stejně tak mají na úroveň zdravotní gramotnosti vliv události jako byla v průběhu uplynulých dvou let probíhající pandemie covid-19. To potvrdil i po pěti letech opakovaný výzkum zdravotní gramotnosti v ČR, který zaznamenal pozitivní změny v úrovni zdravotní gramotnosti dospělé populace ČR.

Je důležité podotknout, že jednotlivé skupiny populace se mohou ve zdravotní gramotnosti výrazně lišit. Například u seniorů je velmi specifické to, jak dokáží využívat technologie k přístupu k informacím, přičemž jistý vliv v tomto ohledu mohou mít také dezinformace. Proto je důležité přistupovat k takto specifickým skupinám obyvatelstva individuálně a přihlížet k okolnostem. Ruku v ruce s podporou zdravotní gramotnosti jde také podpora gramotnosti obecně a podpora digitální gramotnosti. Na místě je také aktivní přístup ze strany zdravotníků. Ti by se měli zejména v případech, kdy jednají se seniorem s nižší zdravotní gramotností, snažit komunikovat tak, aby byl dotyčný optimálně saturován potřebnými informacemi, a zajistit tak dobrou compliance. Zvyšování zdravotní gramotnosti u seniorů tak představuje výzvu, na jejímž splnění je třeba soustavně a koncepčně pracovat.

Home message

Zdravotní gramotnost ovlivňuje zdraví, zejména ve stáří.

ANOTACE

Jméno a přímení:	**Bc. Martina Malačinová**
Pracoviště:	**Ústav veřejného zdravotnictví**
Vedoucí práce:	**PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.**
Rok obhajoby:	**2022**

Název diplomové práce:	**Zdravotní gramotnost seniorů**
Název diplomové práce v anglickém jazyce:	**Health literacy of the elderly in Czech Republic**
Anotace diplomové práce:	**Diplomová práce se zabývá zdravotní gramotností seniorů na okrese Tachov. V teoretické části práce je popsána problematika zdravotní gramotnosti a specifika seniorů. Výzkumná část práce sestává z popisu metodiky výzkumu a vyhodnocení získaných dat na téma zdravotní gramotnost. Jako metoda sběru dat byl využit standardizovaný dotazník *HLS-EU-Q16* a vlastní dotazník.**
Annotation of diploma thesis:	**This diploma thesis deals with health literacy of the elderly in the Tachov district. The theoretical part of the thesis describes the problematics of health literacy and specifics of elderly. The empirical part of the thesis consists of a description of the methodology and the evaluation of the data obtained on the topic of health literacy. As a method of data collection, the standardized *HLS-EU-Q16* questionnaire and a self-administered questionnaire were used.**
Klíčová slova:	**senioři, zdravotní gramotnost, *HLS-EU-Q16***
Keywords:	**elderly (or older adults), health literacy, *HLS-EU-Q16***
Přílohy vázané v práci:	**Příloha č. 1 – Použitý dotazník**
Rozsah práce:	**100 s. (128 365 znaků)**
Jazyk práce:	**český jazyk**

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

ALTIN, Sibel, Isabelle FINKE, Sibylle KAUTZ-FREIMUTH a Stephanie STOCK. 2014. *The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review*. *BMC Public Health*. **12**(80). doi: 10.1186/1471-2458-14-1207

AZEEM, Kateřina. 2014. *Screening*. In: KOLLÁROVÁ, Helena, Dagmar HORÁKOVÁ. 2014. *Základy epidemiologické metodologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 51–57. ISBN 978-80-244-4101-6.

BÁRTLOVÁ, Sylva et al. 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-2201-1.

BÁRTLOVÁ, Sylva, Iva BRABCOVÁ, Hana HAJDUCHOVÁ, Lenka ŠEDOVÁ a Lenka MOTLOVÁ. 2017. *Nové cesty pro zlepšení zdravotní gramotnosti seniorů*. *Časopis lékařů českých*., **156**(8): 445–449. ISSN 0008-7335.

BRABCOVÁ, Iva, Hana HAJDUCHOVÁ, Lenka ŠEDOVÁ, Iva BÁRTLOVÁ a Lenka MOTLOVÁ. 2017. *Zdravotní gramotnost seniorů*. *Praktický lékař*. **98**(4): 178–181. ISSN 1805-4544.

BEŇADIKOVÁ, Daniela a Ivana BÓRIKOVÁ. 2020. *Sociodemografické charakteristiky seniorskej populácie a ich vplyv na úroveň zdravotnej gramotnosti: literárny prehľad*. *Praktický lékař*. **100**(3): 113–117. ISSN 1805-4544.

Centrum sociálních služeb Tachov. 2022. *Výroční zpráva o činnosti organizace v roce 2021*. [online]. Dostupné z: https://www.csstachov.cz/wp-content/uploads/2022/06/V%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD-zpr%C3%A1va-o-%C4%8Dinnosti-organizace-v-roce-2021-CSS-Tachov-p.-o..pdf

CSÉMY, Ladislav, Zuzana DVOŘÁKOVÁ, Alena FIALOVÁ, Miloslav KODL, Marek MALÝ a Miroslava SKÝVOVÁ. 2021. *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2020 (NAUTA)*. Praha: SZÚ ČR. ISBN 978-80-7071-405-8.

ČERNÍKOVÁ, Tereza, Pavla CHOMYNOVÁ a Viktor MRAVČÍK. *Užívání návykových látek ve starších věkových skupinách: dotazníkový průzkum v domovech se zvláštním režimem pro osoby závislé nebo ohrožené závislostí*. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.* **4**(2): 70–77. doi: 10.35198/APLP/2021-002-0002.

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ, Zdeněk KALVACH, Jan HOLČÍK a Pavel KUBŮ. 2014. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČSÚ. 2021a. Demografická ročenka správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem: okres Tachov. [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/142756974/13005721127.pdf

ČSÚ. 2021b. *Vývoj obyvatelstva České republiky 2020*. Praha: ČSÚ. ISBN 978-80-250-3165-0.

ČSÚ. 2022a. *Senioři v ČR v datech 2021*. Praha: ČSÚ. ISBN 978-80-250-3190-2.

ČSÚ. 2022b. *Seniorů přibývá i přes vyšší úmrtnost*. [online]. [cit. 30.5.2022]. Dostupné z: https://www.statistikaamy.cz/2022/05/23/senioru-pribyva-i-pres-vyssi-umrtnost

DAŇKOVÁ, Šárka a Hana OTÁHALOVÁ. 2017. *Zdravotní stav české populace podle výběrového šetření o zdraví EHIS. Demografie*. 59(3): 258–272. ISSN 1805-2991.

Eurostat. 2022. *Healthy life years statistics*. [online]. [cit. 30.5.2022]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_hlye/default/table?lang=en

HAJDUCHOVÁ, Hana, Sylva BÁRTLOVÁ, Iva BRABCOVÁ, Lenka MOTLOVÁ, Lenka ŠEDOVÁ a Veronika TÓTHOVÁ. 2017. *Zdravotní gramotnost seniorů a její vliv na zdraví a čerpání zdravotních služeb*. *Praktický lékař*. **97**(5): 223–227. ISSN 1805-4544.

HOLČÍK, Jan. 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost.* Brno: Masarykova Univerzita. ISBN 978-80-210-5239-0.

HOLČÍK, Jan. 2016. *Sociální lékařství, veřejné zdravotnictví a řízení péče o zdraví*. *Časopis lékařů českých*. **155**(5): 229–232. ISSN 0008-7335.

HOLČÍK, Jan. 2017. *Zdravotní gramotnost a zdravotní politika: sborník textů pro kolokvium*. [online]. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú. Dostupné z: https://www.uzg.cz/wp-content/uploads/2021/06/Kolokvium_Sbornik.pdf

HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ, Květa ZIKMUNDOVÁ et al. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.

HUANG, Chi Hsien et al. 2018. *Impact of Health Literacy on Frailty among Community-Dwelling Seniors. Journal of Clinical Medicine*. **7**(12):481. doi:10.3390/jcm7120481

CHYTKOVÁ, Zuzana, Martina KUNDEROVÁ, Božena JURAŠKOVÁ a Miroslav KARLÍČEK. 2012. *Vnímání zdravého životního stylu seniory: komparativní kvalitativní studie. Geriatrie a Gerontologie*. **1**(1): 14–19. ISSN1805-4684.

ISHIKAWA, Hirono, a Eiji YANO. 2008. *Patient health literacy and participation in the health-care process. Health Expect* **11**(2):113-122. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x.

IVANOVÁ, Kateřina. 2018. *Zdravotní politika jako součást sociální politiky státu*. In: Sociální lékařství. Olomouc: UPOL. s 57–70. ISBN 978-80-244-5326-2.

IVANOVÁ, Kateřina. 2020. *Zdraví, nemoc, prevence, podpora a ochrana veřejného zdraví.* [online]. Dostupné z: https://psych.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/uchazecum/psycholog_ve_zdravotnicti/4/Zdravi__nemoc__prevence__podpora_FF_2020.pptx

IVANOVÁ, Kateřina a Lubica JURÍČKOVÁ. 2018. *Sociální lékařství a teorie zdraví.* In: Sociální lékařství. Olomouc: UPOL. s 9–18. ISBN 978-80-244-5326-2.

JANDLOVÁ, M., BISCHOFOVÁ, S., RUPRICH, J. 2021. *Jak hmotnost a strava omezuje pohyblivost v průběhu stárnutí?* [online]. Dostupné z: www.szu.cz/uploads/CZVP/pohyb_hmotnost_strava.pdf

JANOVSKÁ, Kateřina, et al. 2016. *Zdravotní gramotnost seniorů.* [online]. Praha: Národní síť podpory zdraví, z.s. Dostupné z: http://www.zdravotnigramotnost.cz/wpincludes/files/gramotnost_A5_seniori.pdf

KALVACH, Zdeněk et al. 2004. *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.

KICKBUSCH, Ilona, Jürgen PELIKAN, Franklin APFEL a Agis TSOUROS. 2013. *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen: WHO. ISBN 978-92-890-0015-4.

KUČERA, Zdeněk. 2021. *Zdravotní gramotnost v České republice 2020: Hlavní výsledky mezinárodního srovnávacího výzkumu – HLS19 v ČR.* [online]. Dostupné z: https://www.uzg.cz/wp-content/uploads/2021/12/M-POHL_prez_zdr_pojist_16_11_21.pdf

KUČERA, Zdeněk, Jürgen PELIKAN a Alena ŠTEFLOVÁ. 2016. *Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. Časopis lékařů českých*. **155**(5): 233–241. ISSN 0008-7335.

LALONDE, Marc. 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians. A working document.* Ottava: Minister of Supply and Services Canada. ISBN 0-662-50019-9.

MZ ČR. 2014. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví*. [online]. Praha: MZ ČR. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/zdravi-2020.pdf

MZ ČR. 2015a. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví. Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020*. [online]. Praha: MZ ČR. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ap-12-rozvoj-zdravotni-gramotnosti.pdf

MZ ČR. 2015b. *Akční plán č. 7: Rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR*. [online]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/ap-07_screeningy_rev-av.pdf

MZ ČR. 2018. *Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 – září 2018*. [online]. Praha: MZ ČR. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16291/35384/Program%20Zdrav%C3%AD%202020.rar

MZ ČR. 2019. *Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. [online]. Praha: MZ ČR. Dostupné z: https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf

Národní screeningové centrum ÚZIS. 2022. *Informace pro širokou veřejnost: Obecné informace o screeningu*. [online]. [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: https://nsc.uzis.cz/index.php?pg=informace-pro-verejnost

NOVÁK, Pavel. 2018. *SPECIAL REPORT: Pobytová zařízení pro seniory*. [online]. Dostupné z: https://www.csas.cz/content/dam/cz/csas/www_csas_cz/dokumenty/analyzy/Pobytov%C3%A1%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20pro%20seniory_2018_12.pdf

NUTBEAM, Don. 2000. *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health Promotion International*. **15**(3), 259–267. ISSN 1460-2245. doi:10.1093/heapro/15.3.259

Národní zdravotnický informační portál. 2022. [online]. [cit. 6.6. 2022]. Praha: MZČR a ÚZIS ČR. Dostupné z: https://www.nzip.cz. ISSN 2695-0340.

PELIKAN, Jürgen, Kristin GANAHL, Stephan Van den BROUCKE a Kristine SØRENSEN. 2019. *Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)*. In: International handbook of

health literacy. Research, practice and policy across the lifespan. Policy Press. s 115-138. ISBN 978-1-4473-4452-0 OA.

PELIKAN, Jürgen, Florian RÖTHLIN, Kristin GANAHL. 2012. Comparative report on health literacy in eight EU members states. The European Health Literacy Project 2009 – 2012. doi: 10.1093/eurpub/ckv043

PLEASANT, Andrew, Caitlin MAISH, Catina O'LEARY and Richard CARMONA. 2019. *Measuring health literacy in adults: An overview and discussion of current tools.* In: International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the lifespan. Policy Press. s 67-82. ISBN 978-1-4473-4452-0 OA.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8250-8.

Národní síť podpory zdraví. 2016. *Zdravotní gramotnost seniorů*. [online]. Dostupné z: http://www.zdravotnigramotnost.cz/wp-includes/files/gramotnost_A5_seniori.pdf

SKOPALOVÁ, Blanka. 2014. *Vliv alkoholu na zdravotní stav seniorů. Adiktologie*, **14**(4), 420–427. [online]. Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2014_4_Skopalova_The-influence-of-alcohol.pdf

SKOVAJSOVÁ, Miroslava, Ondřej MÁJEK, Jan DANEŠ, Helena BARTOŇKOVÁ, Ondřej NGO a Ladislav DUŠEK. 2014. *Výsledky Národního programu screeningu karcinomu prsu v České republice. Klinická onkologie.* **27**(2): 69–78, doi: 10.14735/amko20142S7

SØRENSEN, Kristine, Stephan Van den BROUCKE, James FULLAM, Gerardine DOYLE, Jürgen PELIKAN, Zofia SLONSKA a Helmut BRAND. 2012. *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health.* **12**(80): 1–13. doi: 10.1186/1471-2458-12-80

ŠÍDLO, Luděk a Jana KŘESŤANOVÁ. 2018. *Kdo se postará? Domovy pro seniory v Česku v kontextu demografického stárnutí. Demografie.* **60**(3): 248–265. [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/61449038/13005318q3_248-265.pdf/b1d83a59-0fd5-40ac-9751-61bad442ba70?version=1.0

The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. 2021. *International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL.* Vienna: Austrian National Public Health Institute. [online]. Dostupné z: https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf

URBANČOK, Ivan KOVÁR A David PALA. 2017. *Vztah seniorů k moderním technologiím.* [online]. Dostupné z: http://trilobit.fai.utb.cz/Data/Articles/PDF/6eeaff6b-3fee-436e-bf37-7bf8b2b9c079.pdf

UPOL. neuvedeno. *III. cvičení ze statistiky*. [online]. Dostupné z: http://ulb.upol.cz/praktikum/statistika3.pdf

ÚZIS ČR. 2022. *Regionální zpravodajství Národního zdravotnického informačního systému* [online]. Praha: ÚZIS ČR. [cit. 30.5.2022]. Dostupné z: http://reporting.uzis.cz/cr

VALENTA, Vladimír a Jarmila RÁŽOVÁ. 2015. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. Dostupné z: http://www.vyzivaspol.cz/wp-content/uploads/2016/01/razova-valenta.pdf

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese.* Olomouc: UPOL. ISBN 978-80-244-4770-4.

VZP ČR. 2022a. Preventivní prohlídky: Ženy - 50 a starší. [online]. [cit. 4.6.2022]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/zeny-50-a-starsi

VZP ČR. 2022b. Preventivní prohlídky: Muži - 50 a starší. [online]. [cit. 4.6.2022]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky/muzi-50-a-starsi

WALTER, Louise a Mara SCHONBERG. 2014. *Screening Mammography in Older Women. JAMA*. **311**(13): 1336–1347. ISSN 0098-7484. doi:10.1001/jama.2014.2834

WHO. 1998. *Health promotion glossary.* [online]. Geneva: WHO. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/60968/retrieve

WHO. 2013. *Health 2020: A European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhagen: WHO. ISBN 978-92-890-0278-3.

WHO. 2021. *Commercial determinants of health*. [online]. [cit. 5.6.2022]. Dostupné z: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health

WILKINSON, Richard, a Michael MARMOT. 2003. *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Oxford: Oxford University Press. ISBN: 9780198565895.

SEZNAM ZKRATEK

BHLS	Brief Health Literacy Screen
BMI	Body Mass Index
ČSÚ	Český statistický úřad
DP-HL	Health Literacy on Disease Prevention
DS	domov pro seniory
eHEALS	eHealth Literacy Scale
EHIS	European Health Interview Survey
GHL	General Health Literacy
HC-HL	Health Literacy on Health Care
HLS-EU	Health Literacy Survey
HLS-EU-Q	Health Literacy Survey Questionnaire
HLY	Healthy Life Years
HP-HL	Health Literacy on Health Promotion
MHD	městská hromadná doprava
M-POHL	Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy
NVS	Newest Vital Sign
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
ŘP	řidičský průkaz
SDGs	Sustainable Development Goals
SILS	Single Item Literacy Screener
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Přehled kapacity a věkového složení klientů DS 29

Tabulka 2. Přehled vyšetření pro ženy starší 50 let, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění 44

Tabulka 3. Přehled vyšetření pro muže starší 50 let, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění 44

Tabulka 4. Odpovědi na otázky diabetes mellitus II. typu, alkohol a kouření 56

Tabulka 5. Srovnání odpovědí na otázku 9 u respondentů s rizikovým chováním 56

Tabulka 6. Celkový přehled odpovědí na otázky z vlastního dotazníku 57

Tabulka 7. Pozorované četnosti (pohlaví) 69

Tabulka 8. Očekávané četnosti (pohlaví) 69

Tabulka 9. Pozorované četnosti (věk) 70

Tabulka 10. Očekávané četnosti (věk) 70

Tabulka 11. Pozorované četnosti (nejvyšší dosažené vzdělání) 70

Tabulka 12. Očekávané četnosti (nejvyšší dosažené vzdělání) 71

Tabulka 13. Pozorované četnosti (DS/mimo DS) 71

Tabulka 14. Očekávané četnosti (DS/mimo DS) 72

Tabulka 15. Pozorované četnosti (otázka č. 3) 72

Tabulka 16. Očekávané četnosti (otázka č. 3) 73

Tabulka 17. Pozorované četnosti (otázka č. 4) 73

Tabulka 18. Očekávané četnosti (otázka č. 4) 74

Tabulka 19. Pozorované četnosti (otázka č. 5) 75

Tabulka 20. Očekávané četnosti (otázka č. 5) 75

Tabulka 21. Pozorované četnosti (otázka č. 6) 76

Tabulka 22. Očekávané četnosti (otázka č. 6) 76

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Projekce podílu osob starších 65 a 80 let na celkové populaci v ČR 28
Graf 2. Celkové věkové rozložení respondentů podle pohlaví 53
Graf 3. Struktura respondentů podle věku a pohlaví 54
Graf 4. Struktura respondentů podle nejvyššího dosaženého vzdělání a pohlaví 54
Graf 5. Struktura respondentů podle DS / mimo DS a pohlaví 55
Graf 6. Rozdělení hodnocení BMI respondentů podle pohlaví 55
Graf 7. Otázka 1) Jak se cítíte po stránce tělesného zdraví 58
Graf 8. Otázka 2) Jak se cítíte po stránce duševního zdraví 58
Graf 9. Otázka 3) Chodíte na preventivní prohlídky k praktickému a zubnímu lékaři 59
Graf 10. Otázka 4) Chodíte na screeningová pravidelná vyšetření 59
Graf 11. Otázka 5) Jak často si ověřujete nebo dohledáváte informace týkající se zdraví 60
Graf 12. Otázka 6) Jak často konzultujete otázky týkající se zdraví se dvěma či více zdravotnickými odborníky zároveň 60
Graf 13. Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče (HC-HL) 61
Graf 14. Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí (DP-HL) 61
Graf 15. Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví (HP-HL) 62
Graf 16. Celková zdravotní gramotnost (GHL) 62
Graf 17. Poměr odpovědí na jednotlivé otázky ve standardizovaném dotazníku 63
Graf 18. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle pohlaví 64
Graf 19. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle věku 64
Graf 20. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle vzdělání 65
Graf 21. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle jednotlivých DS/mimo DS 65
Graf 22. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle DS/mimo DS 66
Graf 23. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) podle BMI 66
Graf 24. Srovnání úrovně celkové zdravotní gramotnosti (GHL) mezi diabetiky a nediabetiky 67
Graf 25. Srovnání výsledků celkové zdravotní gramotnosti (GHL) mezi výzkumy 77

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Schéma rešeršní činnosti v online databázích 9

Obrázek 2. Základní struktura zdravotní gramotnosti podle Kickbusch (2012)..... 12

Obrázek 3. Integrovaný model zdravotní gramotnosti podle Kickbusch et al. (2013). 13

Obrázek 4. Struktura a návaznost hlavních komponent akčního plánu rozvoje gramotnosti 21

Obrázek 5. Senioři 65 let a více a vybrané aktivity na internetu podle věkových skupin v roce 2021..... 31

Obrázek 6. Standardizovaná míra úmrtnosti seniorů 65+ na 10 nejčastějších příčin smrti v letech 2011–2020..... 34

Obrázek 7. Determinanty zdraví podle Dahlgren a Whitehead (1993) 35

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1. Použitý dotazník…… 98

PŘÍLOHY

PRŮVODNÍ DOPIS

Vážení senioři, vážení respondenti,

jmenuji se Martina Malačinová a studuji na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který slouží pouze pro účely mé diplomové práce s názvem *Zdravotní gramotnost seniorů*.

Dotazník se skládá ze dvou částí. První část tvoří vlastní dotazník, kde se vyplňují sociodemografické údaje a odpovídá na otázky na téma zdravotní gramotnost v praxi. Druhou část dotazníku tvoří standardizovaný dotazník zdravotní gramotnosti *HLS-EU-Q16*.

Děkuji, že jste si našli čas na vyplnění dotazníku, a přeji Vám hodně zdraví a pohody.

VLASTNÍ DOTAZNÍK

Sociodemografické údaje (zakroužkujte nebo doplňte údaj)					
Pohlaví:	muž / žena	Věk:		Diabetes m. II. typu: *(cukrovka)*	ano / ne
Výška/Váha:		Alkohol: *(min. 1x týdně)*	ano / ne	Kouření:	ano / ne

Nejvyšší dosažené vzdělání	Nedokončené základní	Základní	Vyučení / Středoškolské bez maturity	Středoškolské s maturitou	Vyšší odborné	Vysokoškolské

A) Subjektivní pocit zdraví		Velmi dobře	Docela dobře	Docela špatně	Velmi špatně
1	Jak se cítíte po stránce tělesného zdraví?	1	2	3	4
2	Jak se cítíte po stránce duševního zdraví?	1	2	3	4

B) Aktivní účast na prevenci nemocí		Na všechny/a	Na některé/á	Pouze ojediněle	Na žádné/á
3	Chodíte na preventivní prohlídky k praktickému a zubnímu lékaři *(popř. ke gynekologovi, urologovi)*?	1	2	3	4
4	Chodíte na screeningová pravidelná vyšetření? *(např. karcinom kolorekta, prsu, děložního čípku)*	1	2	3	4

C) Aktivní účast na zdraví stran informací		Vždy	Velmi často	Někdy	Nikdy
5	Jak často si ověřujete nebo dohledáváte informace týkající se zdraví? *(např. u zdravotníků, v médiích, u rodiny)*	1	2	3	4
6	Jak často konzultujete otázky týkající se zdraví se dvěma či více zdravotnickými odborníky zároveň? *(např. zdravotní sestry, lékaři, ošetřovatelé)*	1	2	3	4

D) Dostupnost zdravotní péče		Velmi dobrá	Docela dobrá	Docela špatná	Velmi špatná
7	Jaká je možnost dopravy k lékaři, kterého zrovna potřebujete?	1	2	3	4
8	Jaká je možnost pro vaši rodinu Vás dopravit k lékaři?	1	2	3	4
9	Jaká je pro vás možnost zavolat senior taxi, když potřebujete navštívit lékaře?	1	2	3	4

E) Chcete na závěr ještě něco sdělit nebo doplnit? *(např. ke zdravotní gramotnosti, vašemu zdraví, prevenci nemocí, dostupnosti zdravotní péče)*	
10	

Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SZÚ

DOTAZNÍK ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI HLS-EU-Q16

Ohodnoťte na škále od „velmi snadné“ k “ velmi těžké“, **jak těžké je:**

		Velmi snadné	Docela snadné	Docela těžké	Velmi těžké
1	…nalézt informace o léčbě nemocí, které se vás týkají?	1	2	3	4
2	…zjistit, kde je možné dostat profesionální pomoc, když jste nemocná/ý? *(jako je lékař, lékárník, psycholog)*	1	2	3	4
3	…pochopit, co vám říká váš lékař?	1	2	3	4
4	…pochopit návod vašeho lékaře či lékárníka, jak užívat předepsaný lék?	1	2	3	4
5	…posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?	1	2	3	4
6	…využít informace, které vám podává lékař, k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc?	1	2	3	4
7	…pochopit poučení/doporučení od vašeho lékaře nebo lékárníka?	1	2	3	4
8	…získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?	1	2	3	4
9	…pochopit zdravotní varování týkající se např. kouření, nízké tělesné aktivity a nadměrného pití?	1	2	3	4
10	…pochopit, proč potřebujete absolvovat preventivní prohlídky? *(např. vyšetření prsou, vyšetření hladiny cukru v krvi, krevního tlaku)*	1	2	3	4
11	…posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrné? *(např. TV, internet nebo jiná média)*	1	2	3	4
12	… rozhodnout se, jak se můžete chránit před nemocemi na základě informací z médií? *(např. noviny, letáky, internet nebo jiná média)*	1	2	3	4
13	…nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu? *(např. meditace, cvičení, procházky, pilates apod...)*	1	2	3	4
14	…pochopit rady týkající se zdraví od členů rodiny nebo od přátel?	1	2	3	4
15	…pochopit informaci, jak být zdravější z médií? *(např. internet, noviny, časopisy)*	1	2	3	4
16	…posoudit, co z vašeho každodenního jednání je spojeno s vaším zdravím? *(např. pitný režim, stravovací návyky, cvičení)*	1	2	3	4