

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ



Elisabeth Petáková

**Zdravotní gramotnost seniorů žijících v Chebu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Praha, 2022

**Čestné prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Toto prohlášení bude signováno vlastnoručním podpisem.

V Praze, dne 22.června 2023

.....

Elisabeth Petáková

**Poděkování:**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce, paní doc. MUDr. Ivě Holmerové, Ph.D., a také paní Mgr. Vladimíře Dostálové Ph.D., za cenné rady a trpělivost. Ráda bych také poděkovala participantům mého výzkumu. V neposlední řadě patří poděkování také mé rodině, za velkou oporu v průběhu studia.

## **ABSTRAKT:**

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem zdravotní gramotnosti seniorů žijících v Chebu. Cílem práce je zjistit, jaký je postoj seniorů žijících v Chebu ke zdravotní gramotnosti.

V teoretické části bakalářské práce se věnuji problematice stárnutí populace. Na toto téma navazuji tématem demografického přechodu, a definuji stárnutí a stáří, společně s kterými popisuji i fáze stáří. Dále se věnuji problematice aspirace a expektace, a též tématu ageismu, které s problematikou stáří souvisejí.

Největší pozornost je věnována východiskům zdravotní gramotnosti a také problematice zdravotní gramotnosti jako takové.

Empirická část je založená na kvalitativní výzkumné strategii. Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký mají senioři žijící v Chebu ke zdravotní gramotnosti postoj. Pro můj výzkum jsem stanovila 3 následující výzkumné otázky: Jak senioři vnímají podporu zdraví? Jak senioři nahlízejí na prevenci nemocí? Jaká je zkušenost seniorů se zdravotní péčí?

**Klíčová slova:** zdraví, zdravotní péče, zdravotní gramotnost, stárnutí populace, stáří, senioři

## **ABSTRACT:**

In my bachelor thesis I deal with the topic of health literacy among senior people living in Cheb. The aim of this thesis is to find out, what the approach of elderly people living in Cheb to health literacy is like.

In theoretical part of this thesis I deal with the issue of aging population. Then I follow this topic with the topic of demographic development, and I define aging and senescence, and together with that i describe the phases of senescence. Furthermore, I deal with the problematic of aspiration and expectation, and also the topic of ageism, which are related to aging and senescence.

The biggest attention is paid to the basis of health literacy, and health literacy itself. The empiric part is based on qualitative research strategy. The main aim of my bachelor thesis is to find out, what the approach of elderly people living in Cheb to health literacy is like. For my research i set three following research questions: How seniors perceive health promotion? How seniors see the illness prevention? What the experience of seniors with health care is like?

**Key words:** health, health care, health literacy, population ageing, senescence, seniors

# Obsah

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. Stárnutí populace.....	11
1.1 Růst počtu starších obyvatel v České republice .....	12
1.2 Demografický přechod .....	14
2. Stárnutí a stáří.....	15
2.1 Definice stárnutí .....	15
2.2 Definice stáří .....	17
2.3. Fáze stáří – věkové kategorie .....	17
2.4. Aspirace a expektace .....	18
2.5 Postoj společnosti ke stáří - Ageismus .....	18
3. Zdravotní gramotnost .....	19
3.1 Zdraví .....	19
3.1.1 Zdraví dle WHO.....	20
3.1.2 Determinanty zdraví.....	20
3.2 Zdravotní výchova.....	21
3.3 Východiska – vznik zdravotní gramotnosti.....	22
3.3 Definice zdravotní gramotnosti .....	24
3.3.1 Zdravotní gramotnost u seniorů .....	30
3.4 Modely zdravotní gramotnosti .....	32
3.5 Zdravotní gramotnost v České republice .....	34
3.6 Akční plán .....	34
3.6.1 Akční plán – Rozvoj zdravotní gramotnosti .....	35
4. Město Cheb .....	35
4.1 Senior doprava.....	36
4.1.1 Senior taxi .....	36
4.1.2 Městská hromadná doprava.....	37
4.2 Doprava jídla pro seniory .....	37
4.3 Venkovní posilovny pro seniory .....	37
4.4 Pečovatelské služby.....	39
4.4 Lékaři a nemocnice v Chebu .....	39

4.6 Klub seniorů Cheb.....	39
Empirická část.....	41
6 Cíl výzkumu.....	41
7 Metoda výzkumu.....	42
8 Výběr vzorku a prostředí výzkumu.....	42
9 Sběr dat.....	44
10 Analýza dat.....	45
11 Etické aspekty výzkumu.....	47
12 Výsledky výzkumu.....	48
12.1 Život v důchodu.....	49
12.1.1 Pravidelný pohyb a míra pohybu.....	49
12.1.2 Práce.....	50
12.1.3 Setkávání.....	50
12.1.4 Význam zdravotní gramotnosti.....	51
12.1.5 Denní režim.....	52
12.1.6 Uzpůsobení domácnosti.....	52
12.2 Zdravotnictví.....	53
12.2.1 Lékařské prohlídky.....	53
12.2.2 Léky.....	54
12.2.3 První pomoc.....	55
12.3 Stravování.....	56
12.3.1 Zdravá strava.....	56
12.3.2 Konzumace alkoholu.....	57
12.4 Informovanost.....	57
12.4.1 Čerpání informací o zdraví.....	57
12.4.2 Důležité kontakty.....	58
12.5 Podpora ze strany města.....	59
12.5.1 Senior taxi.....	59
12.5.2 Společenské akce a aktivity.....	59
12.5.3 Domovy seniorů.....	59
14 Limity výzkumu.....	63

Závěr.....	64
Seznam literatury.....	66
Přílohy: .....	74
Příloha 1: Scénář polostrukturovaného rozhovoru se seniory.....	74
Příloha 2: Informovaný souhlas .....	76



# ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce je zdravotní gramotnost seniorů, kteří žijí v Chebu.

V době, ve které žijeme, se oproti době dřívější délka života stále prodlužuje, a to převážně díky lepší vzdělanosti, hygieně, kvalitě a dostupnosti zdravotnictví či potravin, a tudíž celkově zlepšující se úrovně života. Podíl seniorů v populaci nejen České republiky neustále roste, a proto je důležité zabývat se tématy, která se jich týkají. Starší lidé se tak totiž stávají důležitou a nedílnou součástí naší společnosti, která je bohužel velmi často opomíjená.

Zdravotní gramotnost hraje v problematice stárnutí populace důležitou roli. Je definována jako schopnost jedince kvalifikovaně rozhodovat o svém zdraví, získat přístup k informacím a zároveň jim porozumět, a využívat je tak, aby si dobré zdraví udržel. Zdravotní gramotnost se tak zasazuje o správnou životosprávu jedince, ale je i součástí prevencí nemocí. Jedinec, který je zdravotně gramotný tak ví, jak si sám poradit při řešení běžných zdravotních problémů, na koho se obrátit v případě nemoci, jak si přizpůsobit svůj jídelníček, denní režim nebo prostředí, ve kterém se pohybuje, v rámci svých momentálních fyzických dispozic. V dnešní době téma zdravotní gramotnosti stále více vyvstává na povrch, a více se rozebírá. Zdravotní gramotnost je i sociálním determinantem, který jedincovo zdraví ovlivňuje více než jiné prediktory zdravotního stavu, jako je například jedincova etnicita, či zaměstnání.

Účelem této bakalářské práce je přiblížit problematiku zdravotní gramotnosti seniorů. Pozornost je věnována zejména zdravotní gramotnosti seniorů žijících ve městě Cheb. Práce je rozdělena na dvě hlavní části: část teoretickou, a část empirickou. V teoretické části práce se věnuji tématu stáří a stárnutí populace, demografickému přechodu, který se s problematikou stárnutí populace pojí, a také pojmům, které ke stáří patří, jako jsou aspirace a expektace, či ageismus. Největší pozornost je věnována východiskům zdravotní gramotnosti a jejím definicím, a zdravotní gramotnosti takové, jak ji chápeme dnes. Snažím se přiblížit co zdravotní gramotnost znamená, co obnáší, a jak ji můžeme zlepšit. Vycházím ze studií zdravotní gramotnosti, které proběhly v jiných zemích, a také z akčního plánu České republiky, s cílem rozvoje zdravotní gramotnosti. V empirické části, která je založená na kvalitativní výzkumné strategii hledám odpovědi na výzkumné otázky. Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaký mají senioři žijící ve městě Cheb ke zdravotní gramotnosti postoj. Pro můj výzkum jsem si stanovila tyto výzkumné otázky: Jak senioři vnímají podporu zdraví? Jak senioři nahlíží na prevenci nemocí? Jaká je zkušenost seniorů se zdravotní péčí?

V závěru práce jsou shrnuty výsledky mého výzkumu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Stárnutí populace

Každý člověk, v každé zemi na světě, by měl mít možnost žít dlouhý a zdravý život. Prostředí, ve kterém žijeme, nám ale může v této možnosti zabránovat. Právě ono prostředí má totiž vliv jak na naše chování, tak na vystavení různým zdravotním rizikům. Ať už se jedná o znečištění ovzduší, či možnost přístupu ke zdravotnickým či sociálním službám.

Počet osob ve věku 60 let a starších v populaci se velmi rychle zvyšuje. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) bylo v roce 1980 zastoupení starších osob (60 let a více) v celosvětové populaci 382 milionů. V roce 2019 toto číslo narostlo více než dvakrát, a to na 1 miliardu starších osob. Do roku 2030 se dle prognóz toto číslo zvýší až na 1,4 miliardy, a do roku 2050 dokonce až na 2,1 miliardy. K tomuto nárůstu dochází nevídaným tempem, a v následujících desetiletích se bude velmi zrychlovat, a to zejména v rozvojových zemích. Tato změna vyžaduje celosvětové přizpůsobení způsobu, jakým je společnost strukturována, a to zejména ve zdravotnické péči, bydlení a dopravě. Musí se začít pracovat na tom, aby svět začal být ke starším lidem přívětivější (Sander, et al., 2015).

Světová zdravotnická organizace (WHO) též uvádí, že stárnutí populace se mimo jiné stává i závažným politickým tématem. V souvislosti se stárnutím světové populace je podstatné, aby se vládní představitelé zasazovali o vytváření nových veřejných služeb a programů určených pro starší osoby. Seniorům musí být umožněno podílet se na rozvoji společnosti. To znamená, že by se vládní představitelé měli zasazovat o vytváření programů zaměřených na zaměstnanost seniorů, zdravotní péči, jejich sociální ochranu či bydlení. Lidské společnosti tak budou muset v budoucnosti vyvinout sociální praktiky a mechanismy, které by zabráňovaly sociální odloučení starších jedinců (WHO, 2017).

Za stárnutí populace jsou dle Světové zdravotnické organizace (WHO) zodpovědné dvě skutečnosti. První z nich je délka života, která se stále prodlužuje, a která byla v minulosti mizivá. Tato změna je způsobená lepšími podmínkami pro přežití dětí. Současně se tak zvyšuje i šance dožít se vyššího věku, kterou způsobil pokrok zdravotnictví, a lepší podmínky pro život lidí v době dnešní, na rozdíl od doby dřívější. Druhou skutečností, odpovědnou za stárnutí populace, je klesající míra porodnosti, plánované rodičovství, a v souvislosti s tím i rozšíření antikoncepčních metod a proměna genderových norem.

Stárnutí populace má vliv na různé struktury života, jako například na bydlení, dopravu, pracovní a finanční trh a v neposlední řadě na rodinné a mezigenerační vztahy. Stárnutí populace tak může pro jednotlivce i společnost znamenat řadu výhod. Starší lidé mohou například svým rodinám pomáhat finančně, v domácnostech, či s výchovou dětí nebo vnoučat (WHO, 2017).

Sander shrnuje stárnutí populace do třech základních výzev – biologické, sociální a kulturní (Sander et al., 2015).

Biologickou výzvou je udržení vysoké duševní a fyzické kapacity v pozdní fázi života. Sociální výzvou je optimalizace věku, ve kterém jedinci odcházejí do důchodu. Kulturní výzvou je poskytnutí možnosti žít důstojně a smysluplně starším jedincům. Dle Sander je k vyřešení těchto výzev zapotřebí, aby lidé společně budovali mosty mezi výzkumnými oblastmi, které souvisejí se stárnutím populace. (Sander, et al., 2015)

### 1.1 Růst počtu starších obyvatel v České republice

Počet obyvatel k 1.1.2020 byl 10 702 000, z toho 2 158 322 seniorů. Seniori (osoby nad 65let a více) tak tvořili 20,2% podílu populace České republiky.

Toto číslo lze srovnat s lety 2011, 2015, 2017 a 2019.

V roce 2011 tvořil podíl seniorů pouze 15,6%, v roce 2015 18,3%, a v roce 2017 19,2% (Český statistický úřad, 2021).

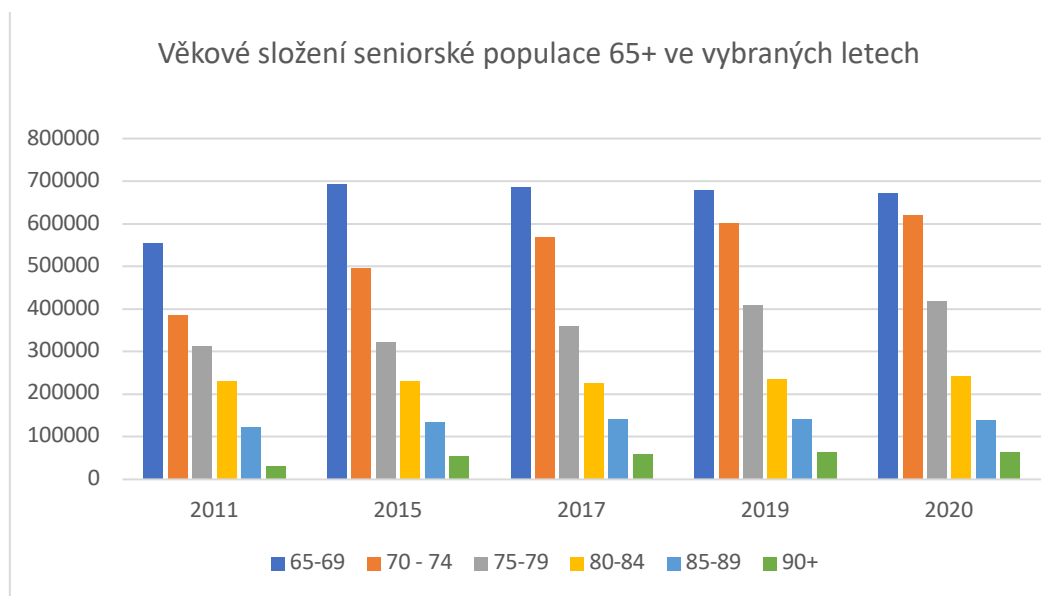
Tato čísla znázorňují na následujících grafech.

Tabulka 1:

Věkové složení seniorské populace 65+ ve vybraných letech (stav k 31. 12.)

Věk (v letech)	2011	2015	2017	2019	2020
65–69	554 230	692 992	684 548	678 927	672 418
70–74	384 438	495 189	569 661	602 974	621 177
75–79	313 316	323 695	358 552	408 629	417 201
80–84	231 596	232 005	226 588	234 495	244 137
85–89	121 524	135 023	141 839	142 589	138 490
90+	31 865	53 508	58 995	64 016	64 899
Podíl 65+letých v populaci (%)	15,6	18,3	19,2	19,9	20,2

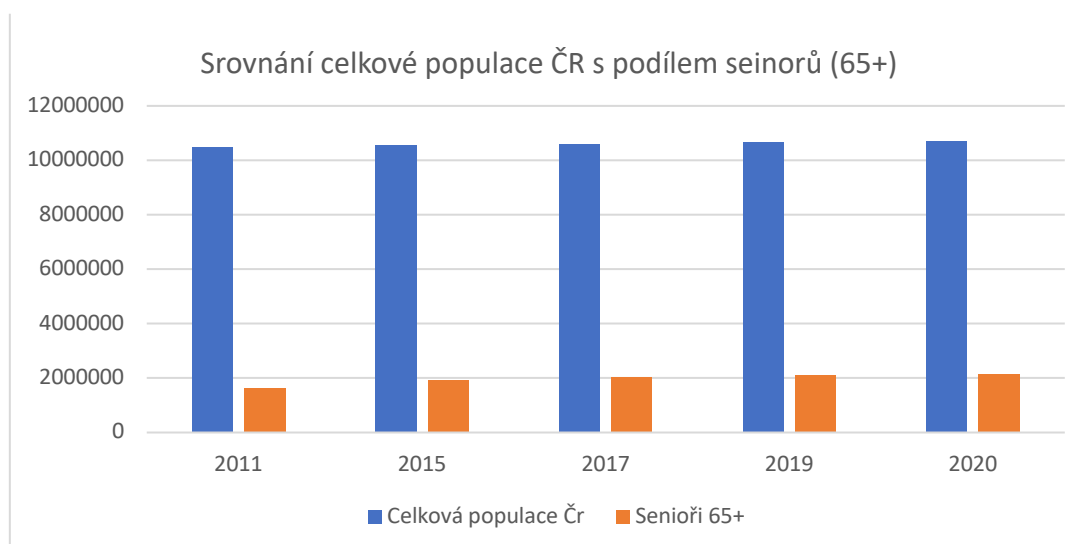
Graf 1 k tabulce 1:



Tabulka 2.: Srovnání celkové populace ČR s podílem seniorů (65+)

	Celková populace Čr	Senioři 65+
2011	10505445	1636969
2015	10553843	1932412
2017	10610055	2040183
2019	10693939	2131630
2020	10701777	2158322

Graf 2 k tabulce 2:



## 1.2 Demografický přechod

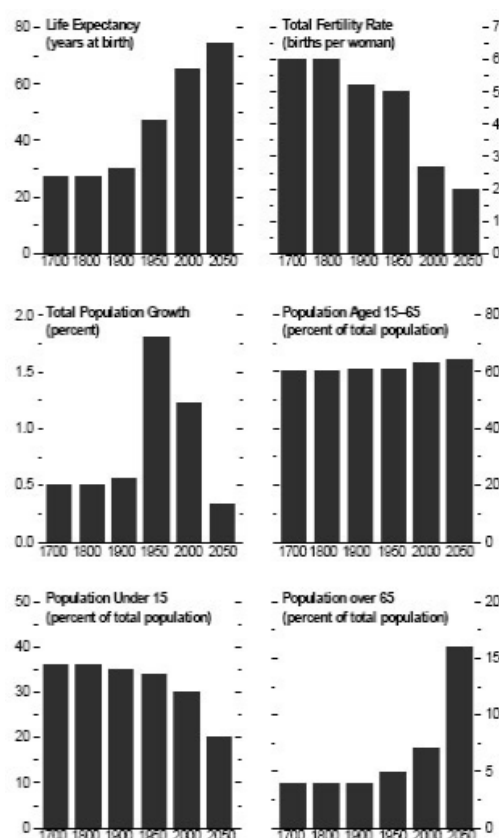
Během 20. století došlo v mnoha zemích ke zvýšení průměrné délky života, a společně s ním i k poklesu lidské plodnosti. Tento přechod je známý jako přechod od starého demografického režimu k novému demografickému režimu. Starý demografický režim byl typický vysokou úmrtností (mortalitou) a vysokou porodností (natalitou). Nový demografický přechod je tak typický nízkou úmrtností, a nízkou porodností. Tento přechod zapříčinily zejména pokroky ve zdravotnictví, zavedení veřejné zdravotnické služby, zlepšující se hygiena lidí a také zlepšení stravovacích návyků.

Demografie lidské populace je tak v dnešní době výrazně jiná než před sto lety. Tato změna ve věkové struktuře lidské populace odráží pokles lidské plodnosti na zhruba 1,5 porodu na ženu, a na prodlužování délky lidského života (Sander et al., 2015).

Momentálně se svět nachází uprostřed významné demografické změny. Populační růst se zpomaluje, a společně s ním se tak mění i věková struktura populace. Podíl mladých osob v populaci klesá, a naopak podíl osob starších významně roste. Různé země a regiony se avšak nacházejí v různých fázích tohoto demografického přechodu. Dle Batiniho Evropa zažívá výrazné stárnutí populace od roku 2020, ale ve většině vyspělých zemí byl tento proces stárnutí zaznamenán již dříve (Batini, et al., 2006).

Před rokem 1900 byl dle Batiniho růst světové populace pomalý, a věková struktura populace byla víceméně konstantní. Málo lidí se dožívalo věku více než 65 let. Během první poloviny 20. století se to avšak začalo proměňovat. S rostoucí průměrnou délkou života započal růst i populace. Druhá polovina 20. století byla další fází přechodu – míra porodnosti výrazně poklesla, téměř o polovinu, a to způsobilo zpomalení růstu populace, pokles počtu mladých lidí a zvýšení počtu starších osob v populaci. Počet obyvatel v produktivním věku avšak zůstával konstantní (Batini, et al., 2006).

Obrázek 1: Globální demografický přechod v letech 1700-2050



Převzato z: IMF Working Papers 2006, 009; Dostupné z: [10.5089/9781451862690.001.A001](https://www.elibrary.imf.org/view/journals/001/2006/009/article-A001-en.xml)  
<https://www.elibrary.imf.org/view/journals/001/2006/009/article-A001-en.xml>

## 2. Stárnutí a stáří

### 2.1 Definice stárnutí

Definice stáří a stárnutí existuje několik. Každý autor nahlíží na problematiku stáří a stárnutí různým způsobem. Již Thorová podotýká, že definovat stáří je složité, a je důležité rozlišovat stárnutí normální a patologické. Součástí patologického stárnutí jsou prodělaná traumata či nemoci. Doba, ve které se projevují dílčí faktory stárnutí bývá dle autorky u jedinců velmi individuální. Podílí se na nich náš životní styl a dědičnost. Involuci autorka chápe za postupnou a nevyhnutelnou (Thorová, 2015).

Rostislav a kol. definují stárnutí jako součást ontogenetického vývoje, ve kterém se v čase projevují choroby a jejich důsledky, úrazy a adaptace na ně. Jednou z nejvýznamnějších složek stárnutí je u každého různě rychle probíhající snižování potenciálu zdraví, odolnosti a adaptability. Během stárnutí postupně klesá výkonnost, odolnost ke stresorům, zátěžím a také

přizpůsobivost změnám. Stárnutí je tak na individuální úrovni bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních a adaptačních změn, ke kterým dochází od dosažení sexuální dospělosti. Stárnutí může u jedinců probíhat různými způsoby, záleží na genetických dispozicích jedince, životním prostředí, psychickém zdraví, úrazech a chorob, či na vlivech prostředí (Rostislav et al, 2014).

I Čeledová chápe stárnutí jako součást ontogenetického vývoje. Pojem stáří je užíváno pro označení pozdní fáze ontogeneze, poslední vývojovou etapu, která zakončuje život jedince. Také ale lze stáří chápat jako sociální charakteristiku. Autorka stáří chápe jako sociální konstrukt, přičemž ale přiznání statusu stáří může mít dvojakou povahu, a to buďto diskriminačního vyloučení jedince či skupiny – ať už ve smyslu post produktivnosti či poklesu životní úrovně, nebo také pozitivního zvýhodňování – přijetí jedince do rady starších, moudrosti, či vysoké životní úrovně – života na odpočinku. Avšak to, jak jedinec prožívá stáří a stárnutí je zcela individuální, závisící na životních zkušenostech jedince, průběhu života, jeho povahových a osobnostních rysech (Čeledová, et al., 2016).

Stárnutí, jako „*souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.*“ definují Langmeier a kolektiv (Langmeier, Krejčířová, Čevela, 2016).

Problémem je též chápání stárnutí i stáří v negativním významu. Stáří bývá velmi často doprovázené obavami, s očekáváním problémům, omezeními spojenými se ztrátou soběstačnosti, či ztráty možnosti seberealizace a snížení mentálních funkcí. Tyto obavy a očekávání mohou vést až ke strachu ze ztráty soběstačnosti a lidské důstojnosti. Dle autorky jsou ale tyto obavy často neopodstatněné. Při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nemusí k oněm problémům docházet automaticky, odvíjí se od konkrétního průběhu stárnutí (Malíková, 2011).

Podstatné je též rozlišovat dva typy stárnutí: stárnutí fyziologické a stárnutí patologické. Fyziologické stárnutí je takové stárnutí, které probíhá přirozeně. Toto stárnutí je zákonitostí ontogenetického vývoje a je normální součástí života jedince. Patologické stárnutí se může projevovat jak předčasným stárnutím, tak také nesouladem mezi funkčním a kalendářním věkem, kdy funkční věk je vyšší než věk kalendářní. Toto stárnutí se poté projevuje sníženou soběstačností jedince (Pacovský, 1990, s 30, in Jarošová 2006, s 8).



## 2.2 Definice stáří

Stáří je vnímané jako důsledek stárnutí. Je to pozdní fáze dlouhého lidského života. I stáří má své charakteristiky, ať už týkající se sociálních rolí, společenského a ekonomického postavení, či věku a naděje dalšího dožití. Tyto charakteristiky mohou, ale nemusí být ve shodě, a to z toho důvodu, že biologický věk člověka může být nižší či vyšší, než věk kalendářní (Rostislav, et al., 2014).

Biologický věk je takový věk, který hodnotíme biologickými parametry tělesného nebo psychického vývoje a zrání. Kalendářní věk je nejvíce jednoznačným činitelem, ale může být v rozporu s biologickým věkem. Existuje také věk sociální, který je daný zkušenostmi, sociálním statutem nebo příslušností k určité generaci (Čeledová, et al., 2016).

Stáří tak může nabývat rozdílných podob, na kterých se podílejí různé faktory, jako například již zmiňované vlivy prostředí, způsob života daného jedince, choroby jak fyzické, tak psychické a podobně (Rostislav, et al., 2014).

V současné době se za hranici počátku stáří v rozvinutých zemích považuje 65. rok života, ale v celosvětovém měřítku spíše 60. rok života. V méně rozvinutých zemích může být tato hranice již 50. rok života (Thorová, 2015).

Langmeier a Krejčířová stáří chápou jako období, které nastává po 65. roce života. Typické pro stáří dle autorů je, že organismus slábne a stává se náchylnější k nemocem a úrazům (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Stáří lze definovat i skrze 3 hlavní faktory: chronologický věk, biologický věk spolu s výkonností a změny v sociálních rolích. Stáří je tak určeno mírou involuce a degenerace tkání, které se projevuje snížením fyzických sil jedince, jeho kognitivních schopností ale i celkové výkonnosti organismu. Lze ho definovat i změnami v sociálních rolích, jako například ukončením aktivního rodičovství či odchodem do důchodu (Thorová, 2015).

## 2.3. Fáze stáří – věkové kategorie

Věk je chápán jako jedna ze základních charakteristik člověka, a důležitý ukazatel. Avšak věk sám o sobě nemá dostatečnou vypovídající hodnotu, a to právě zejména ve stáří. Věkové kategorie se dělí různými způsoby. Ty nejznámější vycházejí ze Světové zdravotnické organizace (WHO), či od autora Mühlpachra (Malíková, 2011).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z 15letých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení (Malíková, 2020):

- 30–44 let dospělost
- 45–59 let střední věk (nebo také zralý věk)
- 60–74 let senescence (počínající, časné stáří)
- 75–89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost)

V současné době je hodně rozšířené a používané členění stáří podle Mühlpachra (Mühlpachr, 2004):

- 65–74 let – mladí senioři (problematika penzionování, volného času, aktivit)
- 75–84 let – staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 a více let – velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

#### 2.4. Aspirace a expektace

Ke stáří a stárnutí se také váží pojmy aspirace a expektace.

Aspirace a expektace lidí vyššího věku jsou velmi závažným tématem sociální gerontologie. Aspirace a expektace lze chápat jako očekávání. Z hlediska sociální gerontologie je vážnost aspirace a expektace starších lidí velmi zdůrazňována (Rostislav, Čevela, et al, 2014).

Aspirace a expektace je to, co stárnoucí člověk očekává, že se přihodí, a o co chce usilovat. Je to jeho představa o vlastním stáří. Aspirace a expektace může být v konfliktu, pokud je aspirace vysoká, a expektace nízká, může to vést k úzkosti až s psychosomatickými projevy. Důležité je také to, jakým způsobem starší osoby žijí, jaké sociální role jsou jim přiznávány a jaké oni sami přijímají (Rostislav, Čevela, et al, 2014).

S aspirací a expektací také souvisí adaptační strategie na stáří společně s osobními ambicemi (Čeledová, et al., 2016).

#### 2.5 Postoj společnosti ke stáří - Ageismus

Pojem ageismus pochází z anglického slova „age“, které lze přeložit jako stáří či věk. Zakončení „ismus“ odkazuje na diskriminační charakter tohoto slova, podomně jako sexismus, či rasismus (Kryková, 2011).

Ageismus je zjednodušeně chápán jako nebezpečná stereotypizace jednotlivců nebo skupiny na základě jejich věku. K ageismu mimo jiné patří vytváření tzv věkové identity (Rostislav, Čevela, et al., 2014). Haškovcová chápe ageismus jako averzi proti osobám staršího věku, nebo všemu, co mladším připomíná stáří (Haškovcová, 2012)

Poprvé se s tímto pojmem setkáváme v USA na konci 60. let 20. století. S definicí ageismu jako první přišel Robert N. Butler v roce 1975. „*Ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech*“ (Butler, 1975, in Vidovičová, Rabušic, 2005).

S prvky ageismu se můžeme setkat na mnoha místech, ať už v médiích, ve kterých dochází k přehlížení seniorů, či například v prostředí pracovního trhu, kdy dochází k nepřijetí starších osob do zaměstnání (Kryková, 2011).

### 3. Zdravotní gramotnost

Zdravotní gramotnost se týká nejen jednotlivců, ale i celé populace. Je to komplexní pojem, týkající se schopností jedince a společnosti získat a osvojit si informace o zdraví, a převést tyto informace do svého života a svého životního stylu.

#### 3.1 Zdraví

Zdraví je považováno za jednu z nejzákladnějších hodnot lidského života, které je důležité jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost. Je spojené s kvalitou života a životní spokojeností jedince, ale i s faktor ekonomického a společenského rozvoje (Holčík, 2008).

Dle Kachlíka je zdraví chápáno jako „*komplexní výsledek interakce řady složitých pochodů v lidském organismu, sociálních vztahů a vnějšího prostředí včetně kosmických vlivů*“ (Kachlík, 2016, str 51).

Zmíněné pochody a interakce popisuje mnoho modelů, jako model biomedicínský, model bio-psycho-sociální či model holistický. Biomedicínský model rozumí zdraví jako samozřejmosti, a chorobu chápe jako poruchu, která jde napravit. Model bio-psycho-sociální je uznávaný zejména v západních společnostech, a je pokročilejší od modelu biomedicínského, jelikož zdůrazňuje rovnováhu, jak mezi tělesným zdravím, tak i zdravím

duševním a sociálním. V tradiční východní medicíně je uznávaný spíše model holistický, který obohacuje model bio-psycho-sociální o spirituální, emocionální a osobní rovinu (Kachlík, 2016).

### 3.1.1 Zdraví dle WHO

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala zdraví následovně: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení.*“ Zdraví je tedy více faktorový pojem, nejedná se pouze o nepřítomnost nemoci. Je to hodnota, která významně ovlivňuje kvalitu života člověka, a netýká se pouze fyzického zdraví, ale člověka v jeho celistvosti a jeho prostředí (WHO, 2014).

Podobně zdraví definuje i Velký lékařský slovník, jako stav úplné sociální a duševní pohody (Velký lékařský slovník, 2000).

Zdraví člověka ovlivňují i sociální determinanty, které lze chápat jako nelékařské faktory či podmínky, do kterých se jedinec narodí, ve kterých roste, žije, stárne a také pracuje. Je to soubor systémů, které utvářejí podmínky každodenního života jedince. Pod sociální determinanty ovlivňující zdraví spadají sociální normy, politické systémy, hospodářská politika a rozvojové systémy. To znamená, že sociálními determinanty ovlivňující zdraví jsou například vzdělání, nezaměstnanost, podmínky bydlení, přístupnost potravin, a v neposlední řadě také přístup ke zdravotnickým službám, a jejich kvalita. Sociální determinanty zdraví mají mimo jiné vliv i na nerovnosti v oblasti zdraví – na rozdíly ve zdravotním stavu v rámci různých zemí. Čím je jedincovo socioekonomické postavení nižší, tím horší je i jeho zdraví. (WHO, 2014)

### 3.1.2 Determinanty zdraví

Téma zdraví se týká celé společnosti. Zdraví je podmíněné mnoha okolnostmi, lze ale definovat vymezení, které obsahuje čtyři základní determinanty zdraví.

Velký lékařský slovník definuje determinanty zdraví jako soubor podmínek a jevů, které zdraví určují, či ho výrazně ovlivňují. Jsou to osobní, ekonomické i sociální faktory životního prostředí, to znamená faktory, které zdraví ovlivňují. Zjednodušeně lze tyto faktory chápat jako faktory mající jak pozitivní, tak i negativní vliv na zdraví (Velký lékařský slovník, 2000).

Determinanty zdraví můžeme rozdělit na přímé a nepřímé, podle toho, zda při nich působí role jednotlivce či společnosti, a také podle toho, jakými mechanismy působí (Kebza, 2005).

Přímé determinanty se projevují přímo na úrovni lidského zdraví. Některé lze ovlivnit relativně snadno, některé nelze ovlivnit vůbec. Mezi čtyři základní determinanty lidského zdraví spadá: genetika, kvalita a dostupnost zdravotní péče, životní styl a životní prostředí (Čeledová a Čevela, 2010).

Nepřímé determinanty zdraví jsou například osobní hodnoty, politicko-ekonomický systém, kulturní tradice, sociální rozvrstvení, role jednotlivce a sociální prostředí. Některé z těchto determinantů může jedinec ovlivnit, například přes zvolené orgány řízení státu. (Kachlík, 2016, Kebza, 2005).

Naše zdraví je tedy ovlivněno genetikou, zdravotní péčí, životním prostředím a životním stylem. Genetika zdraví ovlivňuje z cca 10-15% ve formě vrozených vad či predispozic k nemoci. Stejným množstvím zdraví ovlivňuje i zdravotní péče, pod kterou spadá její dostupnost, úroveň či organizace. Zdraví je více (a to z 15-20%) ovlivněné životním prostředím, což je například kvalita vody či ovzduší, pracovní prostředí, doprava a jiné. Ale největší kvantifikovatelný vliv na naše zdraví má zejména náš životní styl, a to až z 50%. Jedná se o sociální faktory a naši osobní hygienu, pohybovou aktivitu, způsob stravování, stres, a konzumace návykových látek – jsou to faktory, které jsme schopni ovlivnit naším chováním či postojem (Marková, 2012).

### 3.2 Zdravotní výchova

Výchova ke zdraví, či zdravotní výchova, je prostředek sloužící ke zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti v primární prevenci u zdravých osob. Lze ji také chápat jako součást vzdělávání pacientů v rámci sekundární a terciální prevence. Nachází se zde snaha motivovat jedince ke zdravému životnímu stylu, správnému prožívání života a případně i ke změnám jednání a chování. Mezi hlavní cíle zdravotní výchovy spadá například informovanost o prevenci nemocí, nabývání vědomostí o determinantech zdraví, osvojování návyků ohledně ochrany a podpory zdraví a dosažení žádoucí úrovně zdravotní gramotnosti. Tomu dopomáhají intervence – individuální, skupinové, komunitní, anebo plošné (Holčík, Řehulka, 2007).

Individuální intervence se zaměřují pouze na jedince, se snahou podpořit zdravý životní styl, a vyloučit zdravotní rizika. Velkou výhodou této intervence je osobní přístup, a nevýhodou poté může být nedostatek personálu, nebo větší časová náročnost. Typickou

individuální intervencí je poradenství (například výživové poradenství). Skupinové intervence jsou zaměřené na určité sociální skupiny, u kterých se předpokládají stejná zdravotní rizika, či stejný životní styl (jako například na seniory, žáky či skupiny minoritní). Efektivnost těchto intervencí je založená na vzájemné podpoře členů skupiny. Plošné a komunitní intervence se zaměřují na velké populační skupiny, a vycházejí z analýzy obyvatelstva, které žije na jednom území (Čeledová, Čevela, 2010).

Zdravotní výchova je důležitá součást léčebných postupů, a měla by být zahrnuta v každodenním kontaktu s pacienty. Nejen že zvyšuje efektivitu léčby, ale napomáhá i samotnému pacientovi (Čeledová, Čevela, 2010; Holčík, Řehulka, 2007).

V nedávné době bylo zjištěno, že se zdravotní gramotností výrazně souvisí věk (Baker et al., 2007). To, zda člověk rozumí informacím, které s jeho vlastním zdravím souvisí může být do určité míry ovlivněno duševním, a i tělesným úpadkem spojeným s věkem. Starší lidé potřebují určité schopnosti, aby byli schopni v adekvátní míře využívat zdravotnických služeb. Také používají, oproti ostatním dospělým, v menší míře internet (European Master, 2015). Z tohoto důvodu jsou starší lidé v obzvlášť zranitelném postavení, co se jejich kapacity zdravotní gramotnosti týká (Sørensen et al., 2013).

Ve výzkumech zdravotní gramotnosti bylo též zjištěno, že problém omezené či nedostatečné zdravotní gramotnosti je největší právě u starších dospělých (Rudd et al., 2004).

### 3.3 Východiska – vznik zdravotní gramotnosti

Termín „zdravotní gramotnost“ již není nový a neznámý.

Jako první použil termín *zdravotní gramotnost* Simonds v roce 1974 v dokumentu s názvem „*Health Education as Social Policy*“ (v překladu: Výchova ke zdraví jako sociální politika). Simondsovo pojetí zdravotní gramotnosti ale bylo jiné, než jaké je dnes. (Ratzan, 2001)

Simonds přišel s požadavkem na doplnění osnov, jelikož usoudil, že žáci musí být gramotní ve zdraví stejně, jako jsou gramotní v historii či ve vědách (Holčík, 2009; Ratzan, 2001).

V diskuzi o výchově ke zdraví jakožto politické otázce ovlivňující systém zdravotní péče, vzdělávací systém a masovou komunikaci je zdravotní gramotnost definována jako výchova ke zdraví, splňující minimální standardy pro všechny stupně škol. Na tomto raném užití termínu zdravotní gramotnost lze ukázat, že existuje souvislost mezi zdravotní gramotností a

zdravotní výchovou. Další vývoj pojmu avšak ukázal, že zdravotní gramotnost nespočívá v zavedení dalšího školního předmětu, doplnění osnov či v nějakém jiném proškolení (Holčík, 2009).

Koncept zdravotní gramotnosti vznikl v rámci amerického prostoru veřejného zdraví, a je definován jako „schopnost jednotlivce získat, interpretovat a porozumět základním zdravotním informacím a zdravotním službám ve směru, který zlepšuje zdraví“ (Sihota, 2004; Holčík, 2009).

V dnešní době se zjišťuje, že nedostatečná zdravotní gramotnost přispívá k nerovnostem v oblasti zdraví. Nízká zdravotní gramotnost je nejrozšířenější mezi nižšími socioekonomickými vrstvami lidí, etickými menšinami, staršími lidmi či osobami s dlouhodobými zdravotními problémy nebo postižením (Sihota, 2004).

Kořeny zdravotní gramotnosti dle Holčíka (2009) nalézáme ve výchově. Lidé se snažili ovlivňovat a zlepšovat své zdraví již od nepaměti, někdy mu škodili, a jindy prospívali. Velmi často bylo toto zlepšování ovlivněné náboženskými rituály či příkazy, které se mohly týkat například způsobu, jakým lidé provozovali osobní hygienu. Ani novověká medicína toho nemohla člověku tolik nabídnout až do konce 19. století. Její rozvoj, společně s rychlým nárůstem poznatků medicíny, započal až během 20. století, převážně v jeho 2. polovině. V 60. a 70. letech 20. století se začala zdravotní výchova především v rozvinutějších zemích orientovat na chronické nemoci, které byly do značné míry podmíněny životním stylem. V této době se ale věřilo, že pokud lidé dostanou klíčové informace o zdraví a nemocích, změní automaticky své chování a jejich zdraví se taklepší. Zkušenost pozdějších let ale ukázala, že se tak stalo pouze u vyšších vrstev, kde lidé byli více vzdělaní a žili v relativním dostatku. U nižších, sociálně znevýhodněných vrstev se ukázalo, že jen poučování a předávání informací nemá žádanou účinnost. Jako více vhodné se později ukázaly zdravotně výchovné programy, které byly široce zaměřené, a které plně respektovaly sociální situace osob na které se zaměřovaly. Tyto programy se postupně rozšiřovaly, až daly za vznik oblasti s názvem *Health Promotion* (HP), v překladu „podpora zdraví“ (Holčík, 2009).

*Health Promotion* se stala nedílnou součástí zdravotnických programů, které požadovaly spolupráci se širokou veřejností. HP se tak stalo formou účasti veřejnosti na péči o zdraví, a metodou a východiskem zdravotní politiky. V roce 1996 uspořádala Světová zdravotnická organizace (WHO) v kanadské Ottawě konferenci, v jejímž závěrečném materiálu se mimo jiné uvádí, kde vzniká zdraví. Zdraví nevzniká v nemocnicích, tam se pouze napravuje to, co se pokazilo. Na vzniku zdraví se podílí rodina, školy a pracoviště – všechny místa či instituce, kde lidé žijí, odpočívají, pracují, či stárnou (Sihota, 2004; Holčík, 2009).

Na Ottawskou chartu zareagovala další mezinárodní konference, v australském městě Adelaide. Ta přijala chartu, která se též týkala zdravotní politiky. Další z významných konferencí byla konference ve švédském Sundswallu v roce 1991. Ta se zaměřovala na zdravotně příznivé prostředí. (Holčík, 2009)

### 3.3 Definice zdravotní gramotnosti

Od doby, co byla zdravotní gramotnost uvedena poprvé jako termín a koncept, bývá definována mnoha různými způsoby. Je to pojem, který lze popsat, a také lze zdravotní gramotnost změřit. Není ovšem snadné zdravotní gramotnost zcela jasně uchopit. Každý z níže zmíněných autorů na ni nahlíží o něco jinak, a její popis a definice je stále předmětem debaty akademické obce.

Obecně lze ale zdravotní gramotnost shrnout jako schopnost jedince získat, pochopit, zhodnotit a využít informace, které se týkají zdraví tak, aby byl v každodenním životě schopen uvážlivě rozhodovat o zdravotní péči, o prevenci nemocí, a o podpoře zdraví, s cílem zlepšit a udržet kvalitu života. (Holčík, 2009)

Zdravotní gramotnost (v angličtině *Health Literacy*) je dle D. Nutbeama definována jako schopnost jedince získat přístup k informacím, a jejich používání s cílem získat a udržet si kvalitní zdraví (Nutbeam, 2000).

Sylva vyzdvihuje nutnost správného rozhodování jedince o svém zdraví, a definuje zdravotní gramotnost jako schopnost získat, pochopit a využívat zdravotní informace tak, aby člověk mohl právě správně rozhodovat o svém zdraví. (Sylva, 2019)

Definice zdravotní gramotnosti dle WHO chápe zdravotní gramotnost jako soubor kognitivních a také sociálních schopností, které definují způsobilost a motivaci jednotlivce k tomu, aby získal informace o zdraví, porozuměl jim, a také k využívání těchto informací způsobem, který vede k podpoření a zároveň udržení dobrého zdraví. Člověk, který je zdravotně gramotný je tak takový člověk, který dokáže správně a kvalifikovaně rozhodovat o svém vlastním zdraví (WHO, 2013).

Zdravotní gramotnost tak dle Mojžíšové a kol v každé demokratické společnosti charakterizuje postoj ke zdraví, a je podmíněná jak věkem, sociálním statutem, tak i dosaženým vzděláním (Mojžíšová, et al., 2017).

Hamplová a kol. chápají zdravotní gramotnost nejenom jako vlastnost jednotlivců, ale i schopnost zdravotnických systémů pečovat o zdraví svých klientů. Mezinárodní relevantní ukazatele dokazují, že zdravotní gramotnost je v České republice poměrně nízká. Česká



republika dle závěrů zveřejněné studie zaostává za nejlepšími zeměmi EU ve všech složkách zdravotní gramotnosti (Hamplová, et al., 2015).

Dále zdravotní gramotnost definovalo i Centrum pro strategii zdravotní péče (Center for Health Care Strategies): „*Zdravotní gramotnost je schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací.*“ Poněkud širší definici podal United States Department of Health and Human Services (USDHHS), podle něhož zdravotní gramotnost je „*schopnost získat, interpretovat a rozumět základním zdravotním informacím i službám a dovednost využít takové informace a služby ke zlepšení zdraví.*“ (Kocmanová, 2020).

Neustále vyvíjející se zdravotní péče v dnešní době vyžaduje, aby pacienti nebyli jen pouhými příjemci zdravotní péče, ale aby se na své péči o zdraví účinně a aktivně podíleli. Takoví pacienti ale musejí mít dostatečné dovednosti a znalosti, aby mohli převzít odpovědnost za své vlastní zdraví. A právě tak vznikl pojem zdravotní gramotnost, dle které je pacient schopen jednat na základě získaných informací, a poté je schopen tyto informace využívat ke zlepšení vlastního zdraví. Nízká zdravotní gramotnost ve společnosti spočívá především ve vyšším výskytu situací, které ohrožují život, a celkově horšímu zdravotnímu stavu populace, a tím i zvyšujícími se náklady na zdravotní péči (Kaas, 2016).

Na základě úrovně zdravotní gramotnosti je také možné zjistit kvalitu podávání zdravotnických informací, a také kvalitu zdravotní péče jako takové (Nutbeam, 2019).

Nutbeam též definoval 3 úrovně, kterých zdravotní gramotnost nabývá. První úroveň je tzv. funkční gramotnost, která znamená základní porozumění pojmům a informacím. Druhá úroveň je gramotnost tzv. integrativní, což jsou speciální kognitivní schopnosti, díky kterým jsme schopni o tomto tématu komunikovat. Poslední, nejvyšší úroveň, je gramotnost kritická. Tato gramotnost je schopnost informace o zdraví analyzovat a aplikovat, s cílem získání vyšší kontroly nad různými životními situacemi (Nutbeam, 2000).

Společnost v dnešní době zdravotní gramotnost stále více rozebírá, a obrací k ní svou pozornost. Dle WHO je zdravotní gramotnost významným sociálním determinantem (WHO, 2021), který ovlivňuje zdraví jedince mnohem více, než jiné prediktory zdravotního stavu (jako například zaměstnání, etnicita či výše příjmu nebo vzdělání) (Kickbusch, et al. 2020).

Zdravotní gramotnost také lze charakterizovat jako formu sociálního kapitálu, jelikož společnost, ve které je stupeň zdravotní gramotnosti vyšší, se těší lepšímu zdraví, a zároveň vyšší životní pohodě a vyšší životní úrovni vůbec (Nutbeam, et al., 2018).

Pro to, aby se zdravotní gramotnost úspěšně uplatnila v každodenním životě, lze použít algoritmus chci – umím – mohu. Chci znamená vnitřní motivaci; umím znamená jedincovu dispozici základních znalostí přiměřených svému věku a dostatečných ke

správnému rozhodování, zároveň také schopnost najít si potřebné informace, porozumění jim a jejich uplatnění v životě; a mohou poté lze chápat jako vytvoření podmínek pro uplatnění znalostí jedince v denním životě. (Zdravotní gramotnost, 2016)

Zdravotní gramotnost lze rozdělit do 3 základních oblastí, přičemž toto rozdělení vychází z modelu WHO, který byl použitý při tvorbě Akčního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti v rámci dokumentu *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. (Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti (AP č. 12). In: Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Pracovní skupina č. 12. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. ISBN: 978-80-85047-47-9)*

Tyto oblasti zdravotní gramotnosti jsou 3 – oblast podpory zdraví, oblast prevence nemocí a oblast zdravotní péče (Křížová, 2018):

- Oblast podpory zdraví zahrnuje schopnosti pochopit a porozumět širší problematice zdraví, umět získané informace vyhodnotit a správně zformulovat svůj vlastní názor na danou zdravotní problematiku. Pod tuto oblast spadá například péče o životní prostředí či životní styl.
- Oblast prevence nemocí zahrnuje prevenci úrazů, infekcí, chorob, schopnost zajištění si informací o různých rizikových faktorech, a základní hygienické návyky.
- Do oblasti zdravotní péče se řadí ošetrovatelská péče, neodkladná první pomoc anebo též nabytí dostatků lékařských informací.

#### 1) Oblast podpory zdraví

Senior, který je zdravotně gramotný sám zvládá zajistit si informace vedoucí k rozvoji zdravotního uvědomění, rozumí širší problematice zdraví, zvládá sám vyhodnotit informace které se zdraví týkají, a také dokáže formulovat svůj názor na zdravotní problematiku (Křížová, 2018).

Do oblasti podpory zdraví spadá péče o prostředí a péče o zdraví. Zdravotně gramotný senior se stará o prostředí, ve kterém žije, a aktivně se adaptuje na vlastní stárnutí. Do prostředí spadá jedincova domácnost, osobní čas, ale i instituce a veřejný prostor. V domácnosti zdravotně gramotný senior pravidelně udržuje čistý prostor, a přizpůsobuje si svou domácnost tak, aby se v ní pro něj nevyskytovaly bariéry zabraňující mu vykonávat aktivní činnost a být soběstačný. V rámci institucí zdravotně gramotný senior zůstává dlouho aktivní jako zaměstnanec či dobrovolník, anebo student, a je seznámený s výhodami či speciálními opatřeními vztahujícími se na jeho věk. Ve svém osobním čase si zajišťuje

vybavení pro aktivní činnost, a vyhledává rozmanité aktivity, které přizpůsobuje svému zdravotnímu stavu. Také nerezignuje na občanskou aktivitu, a zapojuje se dle svých uvážených možností do činností zájmových institucí které podporují aktivní život seniorů (Zdravotní gramotnost, 2016).

Nedílnou součástí oblasti podpory zdraví je i životní styl jedince.

Důležitá je jedincova pohybová aktivita, výživa, duševní hygiena, denní režim a v neposlední řadě také návykové chování. Senior by měl rozumět tomu, že správná výživa má důležitý vliv na jeho zdraví, chápe význam základních živin (sacharidy, tuky a bílkoviny), a také dodržuje zásady jídelního režimu v průběhu dne. Také je obeznámen s tím, že tělesná aktivita má důležitý vliv na zdraví a psychickou pohodu, v běžném životě je pohybově aktivní, a také pobývá přiměřený čas ve venkovním prostředí. Respektuje také potřeby svého vlastního těla ve vztahu ke spánku, a umí kriticky vyhodnocovat reklamní a marketingové strategie. Ve smyslu návykových látek zná a chápe jejich rizika, a vědomě odmítá jejich užívání (Zdravotní gramotnost, 2016; Křížová, 2018).

## 2) Oblast prevence nemocí

Zdravotně gramotný senior je schopen zjistit si informace, které náleží různým rizikovým faktorům týkajících se jeho vlastního zdraví, rozumí jim, chápe jejich závažnost, a také dokáže tyto informace o rizicích správně vyhodnotit (Křížová, 2018).

K prevenci nemocí jedince se vztahuje základní hygiena, prevence infekčních i neinfekčních nemocí, a také postoj k péči o zdraví. Zdravotně gramotný jedinec v seniorských letech zná svůj funkční stav, chápe, že pod vlivem fyziologického procesu stárnutí dochází v jeho organizmu ke zásadním změnám, a o své zdraví pečuje (Zdravotní gramotnost, 2016).

Zdravotně gramotný senior rozumí informacím, které se týkají způsobu léčby, léků, které užívá, a také svému zdravotnímu stavu (Liu et al., 2020).

V rámci základní hygieny přijímá zdravotně gramotný senior důvody, proč jsou základní hygienické návyky podstatné, zvládá péči sám o sebe a dodržuje běžné hygienické návyky týkající se tělesné čistoty. Uvědomuje si, že s přibývajícím věkem se snižuje obranyschopnost těla, a přizpůsobuje tak své chování, ať už se jedná o pobyt v kolektivu, výběr stravy či odívání nebo osobní hygienu. O vhodnosti léčby a očkování se radí se svým lékařem, ale termíny pravidelného očkování (například proti tetanu) si hlídá sám. Ví také, u které pojišťovny má pojištění, nepodceňuje své zdravotní potíže ani preventivní prohlídky u lékaře. Se svým lékařem komunikuje, nezdráhá se ho zeptat na věci, kterým nerozumí, je schopný si

zjistit validní informace, a dokáže se zodpovědně rozhodnout při volbě léčebného zákroku či pouze preventivních metod (Zdravotní gramotnost, 2016).

### 3) Oblast zdravotní péče

V oblasti zdravotní péče je zdravotně gramotný jedinec obdařen schopností porozumění lékařským informacím, chápání jejich smyslu, jejich vyhodnocení a následné učinění kompetentního rozhodnutí při následující léčbě. Dokáže si také zajistit validní informace ke klinickým problémům (Křížová, 2018).

Zdravotně gramotný jedinec v seniorském věku projevuje dobrou orientaci v projevech, příčinách i důsledcích svých diagnostikovaných chorob, chápe léčebný režim a ví, na koho se v případě zhoršení zdravotního stavu obrátit. Rozumí též rizikům vzniku úrazu, respektuje svůj aktuální zdravotní stav a chová se zodpovědně (Zdravotní gramotnost, 2016). Je schopen efektivně zpracovávat, a také využívat informace, které se zdraví a zdravotní péče týkají (Liu et al., 2020).

Pod oblast zdravotní péče spadá neodkladná první pomoc a bezpečné chování spolu s ošetrovatelskou péčí. (Zdravotní gramotnost, 2016)

Senior, který je zdravotně gramotný, ví, jaké chování je pro zdraví bezpečné, dokáže rozpoznat situace které přináší nepřiměřené riziko pro život, a dokáže se těmito situacím vyvarovat. Neprovádí aktivity, které přinášejí riziko úrazu pod vlivem alkoholu či jiných omamných látek. V rámci první pomoci si pamatuje kontaktní údaje svých lékařů či specialistů, u kterých se léčí, zná základy první pomoci a umí ošetřit méně závažná poranění sám sobě i ostatním, a dokáže také přivolat odbornou pomoc. V rámci péče ošetrovatelské senior zná svůj zdravotní stav, a základní fyziologické hodnoty jako je například tělesná teplota či tlak krve, a dokáže vyhodnotit změny v těchto hodnotách od běžné situace. Dokáže pojmenovat své zdravotní problémy a to, jak se projevují, dbá na doporučení odborníků a spolupracuje se zdravotníky. V chorobách a nemocech, které má diagnostikované se orientuje a zná svou diagnostiku, rozumí tomu, co je jejich příčinami a ví, jak se projevují a léčí. Také chápe a respektuje zásady léčby v době nemoci, orientuje se ve skupinách léků a je obeznámen s jejich vedlejšími účinky, a dokáže na základě sebezpozorování vyhodnotit účinky léčby (Zdravotní gramotnost, 2016).

Zdravotně gramotný senior je tak schopen využívat své znalosti a informace ke správnému chování v návaznosti na své zdraví a nemoci, uvědomuje si vlastní zdravotní

situaci, zvládá kriticky analyzovat možné následky, a má schopnost sebekontroly (Liu et al., 2020)

Střední délka života při narození dosahuje v dnešní době 75 let u mužů, a 81 let u žen. Zdravá délka života, kterou lze chápat jako očekávanou dobu, jenž jedinec prožije bez významnějších dlouhodobých zdravotních omezení naopak ale roste velmi pomalu, a dosahuje 62 let u mužů, a 64 let u žen. Z toho vyplývá že lidé, kteří v dnešní době vstupují do seniorských let se těchto let nedožívají ve zdraví, a dlouhou část svého života prožívají v nemoci. Tuto situaci lze pozměnit právě lepší zdravotní gramotností. O zdraví jedince se zasazuje jeho péče o vlastní zdraví spolu se životním stylem. Zdravou délku života lze tak prodloužit zejména znalostí a dovedností správné péče o sebe sama a o vlastní zdraví. Důležitou roli hraje i prevence nemocí a péče o prostředí. (Zdravotní gramotnost, 2016)

Zdravotnický systém v dnešní době je velmi složitý, a orientace v něm může být pro značnou část populace velmi náročná. Není totiž jednoduché dělat správná rozhodnutí ve věcech, které se týkají léčby či zdraví. V mnoha zemích se spíše než nedostatek informací, projevuje neochota a nezáměr jedinců zdravotním informacím porozumět.

V České republice byla dříve dobrá úroveň sociálního lékařství (existovaly například aktivní pracoviště zdravotní výchovy a osvěty – jako instituce Zdravé město, Zdravá nemocnice či Zdravá škola. Dnes ale velká část populace v nebývalé míře vykazuje mnoho typických zdravotních rizik a ignorací. Lidem již tedy nestačí pouhé informace o zdraví, léčbě apod., ale stává se důležitou ochota těmto informacím i aktivně porozumět. Právě na tento fakt ukazuje pojem zdravotní gramotnost. Nyní již tedy neplatí skutečnost, že znalost faktů vede ke změně chování – je důležité daným informacím porozumět.

Souhrnně lze říci, že gramotnost ztělesňuje lidskou motivaci, kompetenci a vědomosti vedoucí k zajištění dostatku zdravotních informací, kterým jedinec rozumí, a je schopen je vyhodnotit a užívat v každodenním životě. Tím si člověk udrží či zlepší kvalitu nejen svého zdraví, ale i svého života. (Zdravotní gramotnost, 2016)

Kickbusch a kolektiv vysvětlují zdravotní gramotnost jako schopnost rozumět konstatování a doporučení lékařů, rozlišování spolehlivosti informací, obstarání si informací o psychických problémech jako je například stres či deprese, porozumění údajům, které se nachází na obalech potravin, či účastnění se aktivit, které zdraví posilují (Kickbusch et al., 2013).

V dnešní době jsou také částečně problémem média a sociální sítě, které lidé konzumují dnes a denně. Do médií se stále dostávají neověřené a často zavádějící informace,

a právě i to je důvodem že zdravotní gramotnost médií není v současné době nijak uspokojivá. Například veřejnoprávní média dnes bývají považována za relevantní zdroj, ale přitom je právě jejich úroveň informací často pochybná. Dalším z pochybných, a nepříliš vhodným zdrojem informací, jsou sociální sítě, které lidé sledují dnes a denně. Objevují se zde například názory o různých alternativních metodách, které mohou často vést ke špatnému postoji a také dezinformaci špatně edukovaných osob. Nebezpečnou může být také i pohodlná povaha osob, zabraňující osobám navštívení zdravotnických zařízení k diagnostice a léčbě. Tito lidé poté raději využívají domácí metody léčení (Kicbusch et al., 2013; Křížová 2018; Šimůnková, 2017).

V dnešní době je zdravotní gramotnost chápána převážně jako sociální determinant zdraví, ovlivňující zdravotní výsledky u pacientů s řadou onemocnění (Chinn, McCarhty, 2013).

Re-konceptualizace konstruktů zdravotní gramotnosti tvrdí, že k tomu, aby mohli jedinci zacházet s informacemi o zdraví a své zdraví si zlepšovat, potřebují širší škálu kognitivních a sociálních dovedností, nad rámec základních dovedností, jako je čtení a psaní (Chinn, McCarhty, 2013).

Zdravotní gramotnost je tak významnou hodnotou pro jedince, ale i pro společnost. Dle Holčíka se váže jak k základním informacím o zdraví a lidském organismu, ale i k okolnostem, které se zdravím souvisejí. (Holčík, 2009)

Význam zdravotní gramotnosti v Evropě i ve světě narůstá, a stává se důležitým nástrojem „zdravé společnosti“. „Zdravá společnost“ má dle Holčíka, který čerpá z Kickbusche, šest charakteristik, které ji definují. (Holčík, 2009)

- 1) Zdravotnický systém, který se rychle rozvíjí
- 2) Zdraví jakožto důležitý cíl života
- 3) Zdraví a zdravotní péče je právo občanů
- 4) Stárnutí populace a vyšší střední délka života
- 5) Důležitým tématem diskuzí veřejnosti i politiků je zdraví a zdravotní péče
- 6) Podíl soukromého sektoru ve službách a ve výrobě související se zdravím roste

### 3.3.1 Zdravotní gramotnost u seniorů

Senioři jsou skupinou obyvatel, která je velmi zranitelná, a u které je prokázané vysoké riziko nedostatečné úrovně zdravotní gramotnosti. I ve výzkum zdravotní gramotnosti

v Německu se prokázalo, že osoby ve věku 65 let a více mají vyšší míru omezené zdravotní gramotnosti než mladší účastníci daného výzkumu (Schaeffer et al., 2017).

Zdravotní gramotnost starší populace ovlivňují i sociodemografické faktory, nejsilněji tak vzdělání, etnicita, příjem a věk (Patel et al., 2011). K podobným výsledkům došla i studie zdravotní gramotnosti ve Vietnamu Van Hoa a kolektivu, ze které po analýze determinantů zdravotní gramotnosti vzešlo, že úroveň zdravotní gramotnosti účinně ovlivňuje věk jedince, jeho povolání, péče o děti či vnoučata, a sport či společenské aktivity (Van Hoa et al., 2020).

Pozitivní korelace mezi sociálním postavením jedince ve společnosti a jeho zdravotní gramotností byla potvrzena i ve výzkumu, který provedla Brabcová a kolektiv v roce 2018. Zdravotní gramotnost respondentů tohoto výzkumu rostla společně s vyšším sociálním statutem (Brabcová et al., 2018).

V mnoha studiích (Baker et al., 2007; Duong et al., 2015; Pelikan et al., 2012) bylo zjištěno, že zdravotní gramotnost bývá negativně ovlivněná věkem. Starší skupiny často mívají zdravotní gramotnost nižší, jelikož mají vyšší pravděpodobnost nemožnosti navštěvování školní docházky, a to zejména v rozvojových zemích. Výsledky studie Van Hoa a kolektivu zdravotní gramotnosti starších lidí ve Vietnamu avšak ukázaly, že by všichni senioři neměli být považováni za homogenní skupinu. I mezi nimi se nacházejí rozdíly. Bylo zjištěno, že senioři, kteří stále pracují, měli skóre zdravotní gramotnosti výrazně vyšší, a to pravděpodobně z důvodu komunikace s kolegy, díky sdílení pocitů, myšlenek a zkušeností, a poskytování nových informací (Van Hoa et al., 2020; Duong et al., 2015; Pelikan et al., 2012).

Podobně také bylo zjištěno na výzkumu zdravotní gramotnosti v Kazachstánu, že i účast na společenských aktivitách má pozitivní účinek na zdravotní gramotnost (Kayupova et al., 2017). Společenské aktivity jsou totiž místa, kde se senioři také mohou setkávat, sdílet své znalosti a zkušenosti s ostatními (Van Hoa et al., 2020).

Pozitivní vliv na jedincovu zdravotní gramotnost se prokázal také i u čtení novin, sledování televize či poslouchání rádia (Van Hoa et al., 2020; Duong et al., 2015; Kayupova et al., 2017). Média jsou v mnoha zemích jedním z hlavních zdrojů informací lidí, kterých veřejné zdravotnictví využívá pro zdravotní výchovu obyvatelstva. Ze studií, provedených ve Vietnamu a Kazachstánu vyplývá, že intervence v oblasti veřejného zdraví, realizované v těchto zemích jsou pravděpodobně účinné. Podobně účinné jako sledování médií se prokázalo i užívání internetu, avšak míra používání internetu u seniorů bývá často velmi nízká (Van Hoa et al., 2020).

Jako nejvýznamnější činitel zvyšování zdravotní gramotnosti se ve výzkumu zdravotní gramotnosti seniorů ve Vietnamu prokázalo sociální propojení lidí, které zde bylo velmi významné. Autoři studie sami upozorňují na významnost častých schůzek starších jedinců s osobami svého věku. Z hlediska veřejného zdraví poukazuje tento fakt na důležitost cílení na komunity namísto na jedince, při snaze o zvyšování zdravotní gramotnosti (Van Hoa et al., 2020).

### 3.4 Modely zdravotní gramotnosti

Myšlenkové konstrukce, pomocí kterých si jednodušeji uvědomujeme hlavní komponenty zdravotní gramotnosti, či možnosti měření zdravotní gramotnosti, se nazývají modely zdravotní gramotnosti (Nutbeam, 2000; Holčík, 2009).

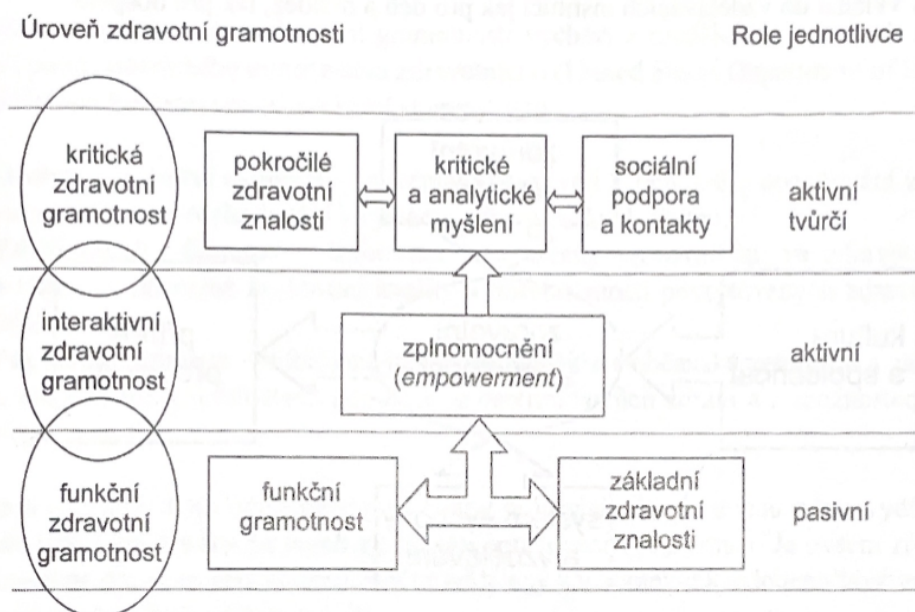
Nejznámější model zdravotní gramotnosti zmiňuje Nutbeam v roce 2000, který definuje 3 úrovně zdravotní gramotnosti. Jedná se o tyto úrovně (Nutbeam, 2000):

- 1) Funkční zdravotní gramotnost
- 2) Interaktivní zdravotní gramotnost
- 3) Kritická zdravotní gramotnost

Funkční zdravotní gramotnost se zabývá poskytováním informací o zdraví, zdravotních rizicích, a o počínání si ve zdravotnickém systému. Jejím cílem je zvýšit povědomost lidí o rizikových zdravotních faktorech, a vést je tak ke schopnosti chápat a také přijímat předepsaná opatření. Jedná se například o dodržování časové lhůty návštěv preventivních prohlídek u lékaře. Nástrojem zdravotníků v této oblasti jsou například různé informační brožury či letáky. Interaktivní zdravotní gramotnost se týká nového zaměření zdravotní výchovy v posledních 30 letech. Jejím účelem je rozvíjení schopnosti lidí jednat samostatně, zejména tedy při dodržování pokynů. Jedná se o rozvoj samostatnosti při rozhodování a při snaze přispět ke zlepšení vlastního zdraví. Zdravotníci zde hrají roli spíše konzultantů představující lidem možnost volby, než dominantních učitelů. Kritická zdravotní gramotnost má za úkol u jedinců rozvíjet schopnosti, které se týkají jejich chování a činností ve smyslu podílení se na vytváření zdravotně příznivého prostředí. V této úrovni je velice důležitá komunikace o zdraví, a rozvíjení si vlastních schopností posouzení realizovatelnosti opatření, která mají vliv na determinanty zdraví. Může se zdát, že kritická zdravotní gramotnost je ze všech 3 úrovní nejcennější, je ale avšak důležité rozvíjet všechny tři (Nutbeam, 2000; Holčík, 2009).



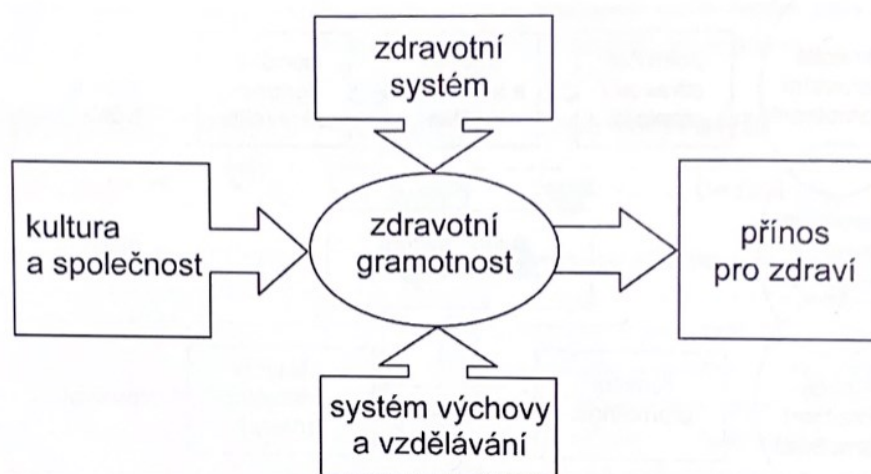
Obrázek 2: Základní struktura zdravotní gramotnosti



(převzato z: Holčík, 2009, str 19)

Dle Holčíka je pro rozvoj zdravotní gramotnosti velice důležité investovat souběžně do 3 systémů, a to do kultury a společnosti, zdravotního systému a do systému výchovy a vzdělávání. Jde tedy o investice například do propagaci zboží přispívajícího ke zdraví, podpory zdravotní výchovy, či investice do vzdělávacích institucí (Holčík, 2009).

Obrázek 3: Rozvojové systémy zdravotní gramotnosti



(převzato z: Holčík, 2009, str 20)

### 3.5 Zdravotní gramotnost v České republice

V České republice funguje nezisková organizace Ústav pro zdravotní gramotnost, jehož účelem je podporovat a zvyšovat rozvoj zdravotní gramotnosti Čechů. Ředitelem ústavu je PhDr. Jan Hauser. Tento ústav realizuje například výzkumy zdravotní gramotnosti, odborné konference či semináře, a také připravuje strategické dokumenty o rozvoji zdravotní gramotnosti (Ústav pro zdravotní gramotnost, [www.uzg.cz](http://www.uzg.cz)).

Dle mezinárodního srovnávacího výzkumu zdravotní gramotnosti v 17 evropských zemích a Izraeli se zdravotní gramotnost v České republice od roku 2015 do roku 2020 výrazně zlepšila, a to o více než 20%. V roce 2015 Česká republika za průměrem ve vybraných zemích evropské unie výrazně zaostávala. Během tohoto výzkumu bylo též zjištěno, že ženy a starší lidé vykazovaly vyšší úroveň zdravotní gramotnosti, a osoby s finančními problémy či osoby s vyšším vzděláním vykazovaly úroveň nižší. Zjistilo se také, že více než polovina dotazovaných měla problém s orientací v systému zdravotní péče, stejné množství též mělo potíže posoudit spolehlivost informací, které se zobrazují na internetu. Pětina respondentů pocítovala problémy při komunikaci s lékaři, a čtvrtina respondentů se velmi těžko orientuje v informacích spojených s očkováním. V rámci očkování bylo velmi znepokojivé zjištění, že až 40% dotazovaných věří, že samo očkování by mohlo způsobit nemoc, na kterou je určeno, a 25% respondentů věří že očkování oslabuje imunitu. Ze všech respondentů tohoto výzkumu mají nejen Češi, ale i Slováci závažný problém komunikace s lékaři, společně s dodržováním jejich doporučení. Přes 17% dotazovaných dodržování dokonce považuje za velmi obtížné. Zmiňovaný „Výzkum zdravotní gramotnosti M-POHL19“ byl v České republice provedený Ústavem pro zdravotní gramotnost, který spolupracoval s Českou lékařskou společností JEP. Finanční podporu výzkumu poskytly zdravotní pojišťovny. Sběr dat provedla agentura STEM, dotázáno bylo 1650 respondentů nad 18 let ve všech 17 zmiňovaných zemích (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2021).

### 3.6 Akční plán

Téma zdravotní gramotnosti se dostalo díky evropskému programu Zdraví 2020 do společnosti, a zároveň i mezi současné zdravotní politiky. Z národní strategie poté vychází 13 akčních plánů, které lze chápat jako strategie, jak témata těchto plánů implementovat na podmínky České republiky. Je to souhrn kroků, které když uskutečníme, naplní se cíle. Součástí akčního plánu jsou termíny plnění, odpovědnost, požadavky na finanční pokrytí a

v neposlední řadě také dílčí cíle. (Zdraví 2020 - národní strategie ochrany a podpory, 2014, p. 30)

Akční plány pokrývají zásadní problémy zdravotní politiky České republiky, jako například prevenci obezity, potravinovou bezpečnost, správnou výživu, či podporu pohybové aktivity. V neposlední řadě jeden z akčních plánů pokrývá problematiku zdravotní gramotnosti. Každý z akčních plánů v rámci Národní strategie byl vytvořený odborníky na danou problematiku (MZČR, 2020).

### 3.6.1 Akční plán – Rozvoj zdravotní gramotnosti

Akční plán rozvoje zdravotní gramotnosti je nástrojem pro realizaci programu Zdraví 2020 v České republice, a základem pro Národní plán rozvoje zdravotní gramotnosti. Pro tvorbu tohoto akčního plánu se ustanovila skupina, kterou tvoří členi Společnosti sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP, zástupci ČLK, MZ ČR, MŠMT, SZÚ, ČLK a další odborníci. Tito zástupci poukázali na důležitost zdravotní gramotnosti, jakožto na jeden z významných faktorů, které ovlivňují úroveň zdravotního stavu obyvatel, a též jakožto na nepostradatelný nástroj zdravé demokratické společnosti. V rámci jednání poukázali i na nízkou úroveň zdravotnictví v České republice (Akční plán č.12, 2015).

V souvislosti se zjištěními v oblastech zdravotní gramotnosti populace České republiky vymezili šest základních oblastí, kterým se pak věnovaly jednotlivé podkapitoly tohoto akčního plánu. Mezi tyto oblasti patří: strategie soustavného rozvoje zdravotní gramotnosti, informace, výchova a vzdělání, média, a komunitní projekty. V rámci těchto oblastí se stanovily metody, které měly vést ke zlepšování zdravotní gramotnosti. Rozvoj zdravotní gramotnosti považují tvůrci tohoto akčního plánu za jednu z nejdůležitějších priorit zdravotní politiky 21. století (Akční plán č.12, 2015).

## 4. Město Cheb

Město Cheb se nachází na západě České republiky, ve stejnojmenném okrese, v Karlovarském kraji. Město má v dnešní době více než 30 tisíc obyvatel. Cheb je druhým největším městem v kraji, po Karlových Varech. Nachází se zde sedm základních škol, dvě střední, jedna odborná škola, dvě gymnázia a Fakulta ekonomická Západočeské univerzity.

První historicky dochovaná sbírka o Chebu se datuje do roku 1061. Chebské hradiště bylo v 9. století osídlené Slovy, skupinou Indoevropanů, která hovořila slovanskými jazyky. Chebsko připadlo římskému císaři z rodu Štaufů, Fridrichu I. Barbarossovi. V roce 1180 zde nechal postavit středověký hrad, který je až dodnes z části zachovaný. Nejznámějšími historickými událostmi, které se s Chebem pojí, je podpis zemského míru mezi králem Václavem IV. a jihoněmeckými říšskými městy. Další událostí je zavraždění Albrechta z Valdštejna dne 25.2.1634 v Pachelbelově domě na náměstí krále Jiřího z Poděbrad. K této události se dodnes váže výstava v Chebském Muzeu, které se nachází právě v Pachelbelově domě. Cheb byl důležitou součástí Sudet, a do konce druhé světové války zde byla převážná část obyvatel německá. Po skončení války ale byli tito němečtí obyvatelé vysídleni, a ve městě tak počet obyvatel výrazně ubyl. Význačnou částí chebského obyvatelstva v dnešní době jsou i Vietnamci, kteří se zde usídlili ve velké komunitě po sametové revoluci (Wikipedie: Cheb).

#### 4.1 Senior doprava

Senioři, žijící v Chebu, mají možnost využívat buďto zlevněných tarifů na městskou hromadnou dopravu, či služby Senior taxi, která funguje jako běžné taxi služby, ale za menší sumu, a má omezené časové úseky, ve kterých je možné si službu objednat.

##### 4.1.1 Senior taxi

Pro seniory v Chebu je od května roku 2018 spuštěná služba Senior doprava. Využít jí mohou senioři ve věku 65 let a více, a i držitelé průkazů ZTP a ZTP/P. Město chtělo touto dopravou usnadnit a zpřístupnit seniorům cesty na úřad či k lékaři. Senior taxi je výrazně levnější než běžné taxi služby, a jakákoli doprava bude cestujícího stát pouze 20 korun. Tuto dopravu v Chebu zajišťuje pan Stredný, který v Chebu provozuje též taxislužbu Hallo taxi. Tato služba byla spuštěna v roce 2019, od května do září pouze ve zkušební době, ale od září 2019 funguje již v plném provozu, vzhledem k její velké oblíbenosti (Taxi pro seniory: Cheb, 2018).

Podmínkou pro využívání této výhodnější dopravy je věk seniorů nad 65 let, či držení průkazu ZTP nebo ZTP/P, a zároveň také trvalé bydliště v Chebu. Zájemci o tuto dopravu si musí zažádat o průkaz, ke kterému dostanou na každý měsíc kupon na deset jízd. Město Cheb

poté dopravci doplácí za každou jízdou 30 korun. Tuto dopravu si senioři mohou objednat od pondělí do pátku, od 6:30 do 16 hodin, a musejí si tuto dopravu, pokud možno, zarezervovat nejlépe dva dny předem (Taxi pro seniory: Cheb, 2018).

#### 4.1.2 Městská hromadná doprava

Na cestu k lékaři, na úřad, na nákup či na návštěvy mohou senioři také využívat městskou hromadnou dopravu. Senioři nad 65 let, kteří mají trvalé bydliště v Chebu mohou tuto městskou dopravu využívat úplně zdarma, musí ale svůj trvalý pobyt ve městě Cheb při nástupu do autobusu prokázat (Tarif MHD Cheb, 2023).

#### 4.2 Doprava jídla pro seniory

V letošním roce (2023) začal v Chebu fungovat rozvoz potravin přes službu Košík.cz. V rámci něj se mohou senioři či držitelé ZTP zaregistrovat do programu Plná péče, která členům nabízí mnoho výhod, od speciálních slev, výnosu těžký tašek až ke dveřím, pomocníkem na telefonu a servisem vratných obalů. Lidé se mohou zaregistrovat založením účtu na jméno seniora či držitele průkazu ZTP, TP či ZTP/P, poté zavoláním na zákaznickou linku, a poté už jen musejí při převzetí nákupu ukázat kurýrovi průkaz ZTP či občanský průkaz pro ověření věku (Plná péče, Košík.cz, 2023).

Město Cheb také zavedlo službu poskytování potravinové pomoci pro samostatně žijící seniory ve věku 75 let a více. Pracovníci Správy zdravotních a sociálních služeb na základě seniorů žijících v Chebu bezplatně rozvázejí potravinové balíčky. Tato nabídka ale platí pouze pro seniory, kteří žijí osaměle či ve společné domácnosti s dalšími osobami, které pobírají starobní důchod. Pro tuto službu byla zřízená telefonická linka na Správě zdravotních a sociálních služeb, kam mohou občané volat od pondělí do pátku od osmi do čtrnácti hodin. Rozvozové dny potravinových balíčků jsou od úterý do pátku, a tato služba je bezplatná (Potravinové balíčky pro osaměle žijící seniory (75+), Cheb, 2020).

#### 4.3 Venkovní posilovny pro seniory

Město Cheb se snaží podporovat i fyzickou aktivitu seniorů. Ve sportovně-rekreačním areálu na březích řeky Ohře v Chebu byl vybudovaný Fitpark pro seniory, ve kterém nejen si senioři mohou zadarmo zacvičit na nenáročných posilovacích strojích (Cheb, Fitpark pro seniory Krajinka).

Obrázek 4: Fitpark pro seniory Krajinka Cheb



(převzato z: <http://www.joslafitpark.com/reference/cheb-fitpark-pro-seniory-krajinka/>)

Obrázek 5: Fitpark pro seniory Krajinka Cheb



(převzato z: <http://www.joslafitpark.com/reference/cheb-fitpark-pro-seniory-krajinka/>)

#### 4.4 Pečovatelské služby

Město Cheb poskytuje pro seniory několik možností sociálních služeb. Jedná se o 2 domovy důchodců, jedem domov pro dlouhodobě nemocné a též několik domácích ošetrovatelských péčí.

Domovy pro seniory v Chebu existují 2 – Domov pro seniory Skalka, a Domov pro seniory Spáleníště.

V Chebu se též nachází Léčebna dlouhodobě nemocných Amica, která poskytuje dlouhodobou lůžkovou péči, ale i péči rehabilitační. V léčebně pracují kvalifikovaní zdravotníci, kteří plní diagnostické a léčebné ordinace lékaře. Domácí ošetrovatelské péče ale i služby osobní asistence mají v Chebu též široké pole působnosti. Mezi ošetrovatelské péče, které ve městě fungují, patří například Jana-care 93 s.r.o., či Hospic sv. Jirí o.p.s., který domácí péči rozšiřuje i o hospicovou složku (Senioři: Sociální služby město Cheb, 2010).

#### 4.4 Lékaři a nemocnice v Chebu

V Chebu momentálně ordinuje 18 praktických lékařů, a nachází se zde také Karlovarská krajská nemocnice. Nachází se zde oddělení dětské, gynekologicko – porodnické, chirurgické, interní, anestezie a resuscitační péče, radioterapie a klinické onkologie, ORL a také rehabilitační oddělení, ambulance, a také transfuzní a radiodiagnostické oddělení.

#### 4.6 Klub seniorů Cheb

V rámci města Chebu funguje také Klub seniorů, sídlící na adrese Dlouhá 12. Od roku 2016 má tento klub zázemí právě v Dlouhé ulici, v bývalém hotelu Hradní dvůr. Tyto prostory mohou využívat členové dvou seniorských klubů, které v Chebu sídlily – jeden dříve sídlil na Evropské ulici, a druhý v Kamenné ulici v domě s pečovatelskou službou. V části bývalého hotelového objektu bylo pro seniory vybudováno 18 bytů, včetně osmi bezbariérových, uskutečnila se i celková oprava fasády, střešní krytiny, výměna oken a instalace nového výtahu pro snadnější přístup seniorů (Chebští senioři už mají nový klub, Cheb, Oficiální web města, 2016).

Členové Klubu seniorů podnikají mnoho aktivit, jednou z nich je například nedávny výlet do Průhonického parku (Klub seniorů navštívil Průhonický park: Cheb, Oficiální web města, 2022).



## Empirická část

### 6 Cíl výzkumu

Pro mou bakalářskou práci jsem si za hlavní cíl stanovila zjistit, jaký mají senioři žijící v Chebu postoj ke zdravotní gramotnosti. Jako dílčí cíle jsem si stanovila zjistit, jak senioři vnímají podporu zdraví, jak nahlízejí na prevenci nemocí, a jaká je jejich zkušenost se zdravotní péčí. V dnešní době se setkáváme s významným stárnutím populace, a senioři tak tvoří nemalou část naší populace, která je bohužel velmi často opomíjena. Proto pokládám za významné zaměřit se právě na tuto skupinu obyvatel. Hodlám prozkoumat, jak senioři na zdravotní gramotnost nahlízejí a jaký k ní mají postoj. Zdravotní gramotnost je schopnost nejen jedince, ale i celé společnosti, získat a osvojit si informace o zdraví, a převedení těchto informací do vlastního života. Zdravotně gramotný jedinec je ten, který dokáže správně a kvalifikovaně rozhodovat o svém zdraví (WHO, 2013).

Senioři jsou zranitelnou skupinou obyvatel, u které se prokázalo se, že zdravotní gramotnost může být negativně ovlivněná vyšším věkem, jelikož jim často nebývá umožněno navštěvovat školní docházku, ve které by svou zdravotní gramotnost zvyšovali (Van Hoa et al, 2020). Zdravotní gramotnost starších lidí ovlivňují i sociodemografické faktory, nejsilněji tak vzdělání, etnicita, příjem a věk (Patel et al., 2011).

Ve svém výzkumu jsem se zaměřovala na to, jak senioři zdravotní gramotnost chápají, jaký k ní mají postoj, jak vnímají podporu zdraví, prevenci nemocí, a jaká je jejich zkušenost se zdravotní péčí. Zdravotní gramotnost je rozdělaná na 3 základní oblasti, a to jsou: oblast podpory zdraví, oblast prevence nemocí a oblast zdravotní péče. Právě na základě těchto oblastí jsem si pro můj výzkum stanovila tři následující výzkumné otázky:

- 1) Jak senioři žijící v Chebu vnímají podporu zdraví?
- 2) Jak senioři nahlízejí na prevenci nemocí?
- 3) Jaká je zkušenost seniorů se zdravotní péčí?

Zodpovězení těchto výzkumných otázek mi umožnilo porozumět a dozvědět se, jak se senioři žijící v Chebu zdravotní gramotnost chápají, jak získávání informace o zdraví, jaká je jejich zkušenost s lékaři, jak se staví k pohybové aktivitě, jak tráví svůj volný čas a jak přizpůsobují pohybovou aktivitu svému vyššímu věku.

## 7 Metoda výzkumu

Výzkum byl realizován kvalitativní výzkumnou strategií. „*Kvalitativní výzkum se snaží porozumět světu a toto porozumění zprostředkovat, většinou, byť ne výhradně, prostřednictvím textu. Takové porozumění má řadu rovin: chceme rozumět jednání aktérů i sociálním strukturám, v nichž se dané jednání uskutečňuje. Studujeme, co lidé dělají, jak o tom hovoří, jak tomu rozumějí, jak to prožívají*“ (Novotná, et al., 2019, str 260). Tato strategie mi zprostředkovala možnost získat náhled na subjektivní postoje participantů na zdravotní gramotnost.

Podstatou kvalitativních výzkumů je, dle Novotné a kol., důraz na jedinečnost či specifickou. Cílem tohoto přístupu je rozpoznat drobné detaily a variace fenoménu, který sledujeme, a jejich vzájemné porovnávání, sledování odlišností a podobností. (Novotná, et al., 2019)

## 8 Výběr vzorku a prostředí výzkumu

Pro svou práci jsem zvolila jako výběrovou strategii účelový výběr. „*Účelový výběr je takový způsob tvorby vzorku, kdy to, jaký vzorek bude, vyplývá přímo z výzkumného problému*“ (Novotná et al., 2019, str 303).

V rámci účelového výběru vzorku je předmětem výzkumu jev, který je jasně vymezený. V mém výzkumu byl tímto jevem problematika zdravotní gramotnosti seniorů. Tento jev se vyskytuje v jasně vymezené lokalitě nebo skupině participantů. O povaze vzorku je potřeba uvažovat společně s vymezeným výzkumného problému a také spolu s tvorbou výzkumných otázek (Novotná et al., 2019).

Takovou to vymezenou skupinou jsou v mém případě senioři žijící ve městě Cheb.

Participantí v mém výzkumu byli senioři, kteří žijí ve městě Cheb. Pro výzkum jsem si stanovila věkovou hranici participantů, která byla 65 let a více. Kritéria pro to, abych participanta zařadila do výzkumu bylo bydliště ve městě Cheb, věk 65 let a více, a do výzkumu jsem zařadila muže a ženy. Nábor participantů probíhal metodou nabalování, či jinak řečeno technikou sněhové koule. Metodu nabalování používáme tehdy, „*pokud jsou terén či témata dostatečně ohraničené, ale zároveň je ještě důvěryhodně neznáme. Jde totiž o to, že nám jeden aktér doporučí druhého, ten třetího a tak dál. Vzorek se tedy postupně*

*nabaluje jako sněhová koule*“ (Novotná, et al., 2019, str 297). Do výzkumu se tímto způsobem mohou nabalovat nejen participanti, ale i dokumenty a podobně.

Jako první jsem oslovila seniorku, která se schází společně se svými kamarádkami pravidelně každý čtvrtek v prostorách kavárny Café Domeček v Chebu. Představila jsem ji náplň mého výzkumu a bakalářské práce, a požádala jsem ji o možnost provést s ní rozhovor. Poté jsem se s ní domluvila na termínu provedení rozhovoru. Domluvily jsme se, že neprovedeme individuální interview, ale rozhovor s více osobami (tedy s kamarádkami participantky, se kterými se pravidelně schází) najednou. Tento typ rozhovoru je znám pod výrazem „focus group“. Realizace tohoto typu rozhovoru může být náročná, ve smyslu nalezení prostoru pro vedení rozhovoru, nahrávání rozhovoru a zároveň i moderátora rozhovoru (Novotná, et al., 2019). Prostor pro skupinu focus group se odehrával na obvyklém místě scházení participantek, a to v kavárně Café Domeček v Chebu. Vedení kavárny nám k provedení rozhovoru umožnilo klidný prostor v zadní místnosti kavárny.

Hlavní výhodou focus group je možnost sledovat, jak se projevuje skupinová dynamika při prosazování a utváření sdílených významů. Během focus group je možné sledovat a analyzovat jaká témata vytvářejí ve skupině souhlas, nesouhlas, či dokonce konflikt (Novotná et al., 2019).

Rozhovor měl jasně určené téma (zdravotní gramotnost), ke kterému se účastníci měli možnost vyjádřit. Já, jakožto moderátor, jsem pokládala otázky, a vedla jsem rozhovor. Moderátor do rozhovoru zasahuje, či záměrně nezasahuje a dává tak prostor projevům skupinové dynamiky (Novotná et al., 2019). Počet participantek rozhovoru ve skupině byl 5, a jednalo se o jedince, které spojovala určitá charakteristika.

Dalšími oslovenými participanty byli známí, které mi doporučila participantka Zdenka. Rozhovor s nimi se uskutečnil v jejich domácnostech, a byli to participanti manželé Zdislava a Jiří. Ti mi poté doporučili další známé, manžele Miroslavu a Eduarda, a rozhovor s nimi se také odehrál v jejich domácnosti.

Celkem bylo provedeno 9 rozhovorů.

Níže je přiložena tabulka, ve které jsou vepsané základní údaje participantů. V rámci zachování anonymity participantů jsem jejich jména nahradila pseudonymy, které nejsou nijak spojená s jejich skutečnými jmény.

Tabulka č. 3: Přehled participantů

Jméno - pseudonym	Věk	Žije v Chebu	Pohlaví
Martina	80 let	78 let	Žena
Jarmila	66 let	Celý život – 66 let	Žena
Jiřina	71 let	Celý život – 71 let	Žena
Eva	66 let	Celý život – 66 let	Žena
Zdenka	77 let	Celý život – 77 let	Žena
Miroslava	83 let	64 let	Žena
Eduard	75	52 let	Muž
Zdislava	72	57 let	Žena
Jiří	75	65 let	Muž

## 9 Sběr dat

Data byla sbírána od května do června 2023. Byla sbírána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, kterými jsem chtěla zjistit, jak senioři nahlíží na podporu zdraví, na prevenci nemocí a na zdravotní péči. V rámci těchto výzkumných otázek jsem se ptala na to, jak velký důraz participanti kladou na zdravou stravu, zda mají pravidelný pohyb, či pravidelný denní režim; zda zvládají péči sami o sebe, jak a odkud získávají informace o zdraví; a také zda znají základy první nemoci, chápou, jaké je bezpečné chování úměrné jejich věku, či zda a jak často navštěvují lékaře, a co s ním rozebírají.

U polostrukturovaného rozhovoru je výhodné, že ačkoli má výzkumník již předem připravené okruhy, kterým se chce věnovat, „zůstává participantům velký prostor pro vlastní vyjádření a vlastní formulace. Rozhovor, který je vedený polostrukturovaně má prostor pro reakce na nové situace nebo zajímavá témata, která v průběhu rozhovoru vyvstanou. Přínosný je také větší prostor pro vlastní myšlenky a vyjádření participantů“ (Novotná, et al., 2019, str 322).

Okruhy a otázky v rozhovoru byly sestavovány tak, aby navazovaly na výzkumné otázky. Před provedením rozhovoru jsem si vytvořila osnovu, která mi během rozhovorů sloužila jako vodítko, kterého jsem se při rozhovorech chtěla držet.

Rozhovor formou focus group trval jednu hodinu.

Individuální rozhovory s participanty poté trvaly od deseti minut až do 45ti minut.

Se svolením participantů jsem si rozhovory nahrávala do diktafonu v mém mobilním telefonu. Tuto nahrávku jsem poté použila k doslovné transkripci rozhovoru, a tato transkripce mi poté umožnila analyzovat sesbíraná data. Transkripcí nahraných rozhovorů začíná vlastní analýza (Novotná et al., 2019). Vzhledem k tomu, že byly rozhovory polostrukturované, jsem si kromě nahrávání během rozhovoru sepisovala poznámky. Tyto poznámky se nazývají „field notes“, a během rozhovorů jsem si do nich poznamenávala vše, co mi přišlo podstatné.

Na počátku rozhovorů jsem vždy jako první krátce představila téma své bakalářské práce, participantům jsem představila cíl výzkumu, dílčí výzkumné otázky a také jsem objasnila roli participanta, kterou ve výzkumu má.

Po představení jsem participantům předložila informovaný souhlas k podepsání, seznámila jsem je s etickými pravidly výzkumu, společně jsme informovaný souhlas přečetli a vysvětlili, dala jsem prostor k otázkám, a poté participanti souhlas podepsali. Informovaný souhlas dostali participanti dvakrát, jeden z nich si mohli uchovat, a druhý jsem si v rámci výzkumu uchovala já. Poté jsem zapnula nahrávání, a rozhovory započaly. Jako první jsem se participantů ptala na jejich charakteristiky, jako je věk, jak dlouho v Chebu žijí, a zda žijí sami či s někým. Po zodpovězení těchto otázek jsme se přesunuli již k samotné části rozhovoru, týkající se zdravotní gramotnosti. Na konci rozhovoru byl ještě umožněn prostor dotazům k tématu, a vyjádření dodatečných myšlenek a otázek které s tématem souvisejí. Žádný z participantů neprojevil problém vést rozhovor, či neochotu odpovídat na dílčí otázky. Atmosféra rozhovorů byla vždy velmi příjemná.

## 10 Analýza dat

Data jsem analyzovala pomocí tematické analýzy.

Tematické analýza dat je často užívána při analýze kvalitativních dat. Braun a Clarke chápají tematickou analýzu jako samostatnou metodu, a rozlišují dva přístupy k ní. První z nich je takový přístup, kdy výzkumná otázka vyvstává až v průběhu analýzy, a druhý je takový, kdy je výzkumná otázka charakterizovaná předem (Braun, Clarke, 2006). Já jsem pro svůj výzkum zvolila postup druhý. Při analýze dat jsem postupovala podle postupu zmíněném Braun a Clarke, a také postupem zmíněným v knize *Metody výzkumu ve společenských vědách*. (Braun, Clarke, 2006; Novotná, Špaček, Jantulová, 2019).

Rozhovory byly z nahrávek doslovně přepsané, a poté několikrát přečtené. Pročítání je první z analytických činností, kdy data čteme ve snaze vyvodit z nich závěry, které nám pomáhají odpovědět na stanovený výzkumný problém (Heřmanský, Novotná, et al., 2019). Během pročítání rozhovorů jsem si poznamenávala důležité body, které jsem četla. Po přečtení jsem se přesunula k redukci dat, to znamená, že jsem vybírala data, která se mi jevila jako důležitá pro porozumění výzkumnému problému. Následně jsem důležité body začala porovnávat, což je stěžejní činnost při následném kódování. Jako poslední jsem si pojmenovala porovnávané jednotky a kritéria, které je charakterizují.

Poté jsem začala vytvářet kódy. Kódování je postup, díky němuž přidělíme vytvořeným částím popisek, kterým je charakterizujeme, lze říci pojmenujeme (Novotná et al., 2019). Tyto kódy byly vytvářené na základě důležitosti pro moje výzkumné otázky a cíl výzkumu. Důležité tedy bylo, aby se tyto kódy týkaly zdravotní gramotnosti. Kódy byly následně roztríděné dle shody a souvislostí daných témat do kategorií a také subkategorií, díky nimž jsem mohla provést výslednou analýzu dat, a poté sepsat výsledky mého výzkumu.

Tematická analýza mi umožnila prozkoumat materiály, které jsem získala z příběhů účastníků, a to právě tím, že se rozdělí na menší jednotky, a tyto jednotky jsou poté deskriptivně zpracovány. Tematická analýza tak spočívá v hledání souvislostí celém souboru rozhovorů (Vaismoradi, Turunen, Bondas, 2013). Data jsem kodovala induktivním způsobem, a to znamená, že kódy jsem vytvářela přímo z dat, které jsem sesbírala. Pomocí otevřeného kódování, které znamená shromažďování kódu do témat či kategorií, lze dojít ke srovnávání vzniklých kategorií kódu v rámci celého souboru dat či mezi sebou. (Vaismoradi, Turunen, Bondas, 2013).

Během kódování jsem si určila kategorie, které odpovídaly mému výzkumnému cíli a otázkám, a poté několik subkategorií vázících se na tyto kategorie. Výroky účastníků výzkumu byly doplněny o přímé citace, které tak zprostředkovaly větší věrohodnost informací. Kategorií, které jsem si určila, bylo 5, a k nim náležících 16 subkategorií.

Jako poslední krok byla data interpretována na základě nejčastějších odpovědí účastníků. Výsledky výzkumu byly ke konci analýzy dány do souvislosti s odbornou literaturou zabývající se stejnou problematikou jako stanovené kategorie.

Tabulka č.4: Kategorie a náležité subkategorie

Kategorie	Subkategorie
Život v důchodu	Pravidelný pohyb a míra pohybu Práce Setkávání Význam zdravotní gramotnosti Denní režim Uzpůsobení domácnosti
Zdravotnictví	Pravidelné lékařské prohlídky Léky První pomoc
Stravování	Zdravá strava Konzumace alkoholu
Informovanost	Čerpání informací o zdraví Důležité kontakty
Podpora ze strany města	Senior taxi Společenské akce a aktivity Domovy seniorů

## 11 Etické aspekty výzkumu

Jako první krok bylo zapotřebí se s participanty ve výzkumu spojit, a informovat je o tom, že bych s nimi ráda provedla polostrukturované rozhovory na téma „Zdravotní gramotnost seniorů žijících v Chebu“. Od participantů bylo zapotřebí podepsání informovaného souhlasu, kterým vyjádřili svou dobrovolnou účast na výzkumu. Participantů též, v rámci informovaného souhlasu, byli obeznámeni s možností odstoupení od výzkumu, také byli obeznámeni s tím, o jaký výzkum se jedná, jakou zastupují ve výzkumu roli, a také jim byl sdělen cíl a důvod výzkumu.

Dohoda o informovaném souhlasu byla v písemné podobě, a ústně byla doplněna dalšími informacemi potřebnými k rozhodnutí participantů na účasti ve výzkumu (Novotná et al., 2019). V informovaném souhlasu jsem stručně představila mou bakalářskou práci, a účel prováděného výzkumu. Další informace, které v informovaném souhlasu nebyly zmíněny jsem během osobního setkání doplnila ústně. V informovaném souhlasu bylo též uvedeno, že

sesbíraná data budou anonymizována. Informovaný souhlas byl participantům předán v písemné podobě ve dvou vyhotoveních, z nichž jedno zůstalo pro účely práce mě, a jedno vyhotovení si nechal participant.

Se svolením participantů byly rozhovory nahrávány, díky čemuž jsem mohla rozhovory následně sepsat (následná transkripce) a analyzovat. Sesbíraná data byla anonymizována, jména participantů byla nahrazena pseudonymy.

Audionahrávky rozhovorů jsem měla po čas výzkumu bezpečně uložené v mém počítači, a po skončení výzkumu budou tyto nahrávky vymazány.

Participantí byli ujištěni o anonymitě rozhovorů. Ujistila jsem je, že nikde nebudou uvedené jejich citlivé údaje, ani jejich jméno. Poté, co byl předán informovaný souhlas participantům k podepsání jsme ho společně ještě jednou prošli, a participantí dostali možnost k otázkám k výzkumu.

Informované souhlasy byly rozdány a podepsány vždy před zahájením rozhovorů.

## 12 Výsledky výzkumu

V rámci kódování byly stanoveny následující kategorie, v návaznosti na výzkumný cíl a výzkumné otázky:

- 1) Život v důchodu
- 2) Zdravotnictví
- 3) Stravování
- 4) Informovanost
- 5) Podpora ze strany města

V návaznosti na výzkumné otázky spadají tyto kategorie pod následující otázky:

Tabulka č.5: Výzkumné otázky a kategorie stanovené v rámci kódování

<b>Výzkumná otázka</b>	<b>Kategorie</b>
Jak senioři vnímají podporu zdraví?	Stravování Život v důchodu
Jak senioři nahlíží na podporu nemocí?	Informovanost Podpora ze strany města
Jaká je jejich zkušenost se zdravotní péčí?	Zdravotnictví Informovanost



## 12.1 Život v důchodu

Participant, kteří se účastnili mého výzkumu byli lidé, kterým je 65 let a více. Jednalo se tedy z velké části o osoby ve starobním důchodu. Jako subkategorie k této kategorii jsem stanovila subkategorie, které se váží k jedincovo životu v důchodu, a to následující:

*pravidelný pohyb a míra pohybu; práce; setkávání; význam zdravotní gramotnosti; denní režim; a uzpůsobení domácnosti.*

### 12.1.1 Pravidelný pohyb a míra pohybu

Většina participantů k otázce na pravidelný pohyb často zmiňovala pohyb na zahradě, či pravidelnou chůzi. Odpovědi se často shodovaly v tom, že sportovní aktivita, jako například tancování či lyžování byla dříve jejich velkým koníčkem. „*Já jsem do sedmdesáti jezdila na lyžích, na sjezdovkách. Jsem jako takhle sportovala. V současné době už holt to aktivní lyžování není, protože mám osteoporózu kostí, takže se neodvažuju, abych si náhodou nepřivodila nějaký ošklivý úraz*“ (Zdenka). Ale ve věku, ve kterém jsou nyní, přizpůsobují svou pohybovou aktivitu svým fyzickým možnostem, a dávají přednost spíše pomalejším a klidnějším pohybům, které nejsou tak fyzicky náročné. „*Do takových pětasedmdesáti, šestasedmdesáti jsem cvičila, ale teď už necvičím teda*“ (Martina), „*s pohybem, když jsem byla mladá tak jsem taky všechno, tenkrát jo, ale teď už ne.*“ (Jarmila).

Jediná participantka Eva uvedla, že dodnes, pravidelně již 30 let, chodí na pomalejší lekce jógy. „*Já chodím na jógu spoustu let, tak to zase není takovej pohyb, ale člověk si procvičí všechny svaly, i ty nejmenší*“.

Participant Eduard zmínil, že je pro něj pohyb byl velmi důležitý celý život, a nyní je pro něj velmi přínosný pohyb na zahradě, a přirovnal ho k jeho „fitcentru“. „*Pravidelným pohybem jsem se zabýval jako profesionální hasič, kde bylo nutné mít fyzickou, no a to přetrvává i dodnes, kdy v podstatě koníčkem pro zdraví je zahrada, kde v rámci svých dispozic se staráme o udržování zahrady, a to je naše fitcentrum*“. Opět zmínil, jako většina respondentů, že práci na zahradě vykonává úměrně svým dispozicím. Paní Miroslava také uznala, že pociťuje ve svém věku potřebu odpočívat více, než dříve. „*To kdybych neměla revma, a chodím o berlích, no... Tak odpočívám, nemůžu, nemůžu. Teď víc odpočívám, pracuju míň na zahradě. Co zvládnu to zvládnu*“ (Miroslava).

Participantka Zdislava dokonce zmiňuje, že se každý den snaží dodržet počet kroků, který jí nastavili synové. „*Mám od svých synů nastavenej počet kroků, který musím dodržovat. Takže jako se snažim, aby těch 6 tisíc kroků který mi tam nastavili jsem dodržela*“.

Také zmiňuje, že pravidelně chodí a starají se o zahradu. Sám respondent Jiří celou otázku na pohyb shrnul slovy „*pohyb musí bejt*“ (Jiří).

### 12.1.2 Práce

Většina participantů v mém výzkumu již placenou, ani dobrovolnou práci nevykonává. Participantka Zdislava sama i zmiňuje, že úměrně věku přizpůsobila i své pracovní povinnosti. „*Vzhledem k tomu, že jsem se starala čtyři a půl let o ležící maminku, tak si myslím, nechci říct, že mám vyčerpáno, ale bylo to docela namáhavý, i když to bylo samozřejmý, bylo to s radostí. Takže si myslím, že už nemusím mít žádný povinnosti*“ (Zdislava).

Placenou práci vykonává pouze participant Eduard, a participantka Eva a Jiřina. Pan Eduard každoročně provádí dle svých slov „*kontrolu hydrantů, hasicích přístrojů pro bytový družstvo nebo pro vlastníky domů*“ (Eduard). Tuto činnost nechápe jako práci, ale spíše jako svůj koníček, a říká, že „*pokud budu moct a budou mít o mě lidé zájem, budu v tom pokračovat*“ (Eduard).

Paní Eva chodí dva dny v týdnu pomáhat jako dozor do školní jídelny, a paní Jiřina dělá účetnictví dvěma firmám. Říká ale, že pokud by tyto firmy skončily, další práci by nevyhledávala. „*Já jako kdyby oni skončili, nebo něco se dělo, tak už taky nebudu hledat*“ (Jiřina). Sama paní Eva ale zmiňuje, že tím, že je již starší, pociťuje, že je potřeba aby více odpočívala. „*A člověk taky potom jak je už starší, tak už chce trošku víc odpočívat, užít si trošku toho důchodu*“.

### 12.1.3 Setkávání

Účast na společenských aktivitách má na zdravotní gramotnost pozitivní účinek, jelikož zde senioři mohou sdílet své zkušenosti a znalosti s ostatními, jak se prokázalo například na výzkumu zdravotní gramotnosti u seniorů v Kazachstánu (Kayupova et al., 2017).

U většiny participantů se důležitost setkávání s vrstevníky a rodinou potvrdila. Velká část z nich zmiňuje, že se setkávají pravidelně každý týden, či ob týden. Všichni, kteří setkávání zmínili, se scházejí v restauračních zařízeních ve městě Cheb, kterých je, podle jejich slov, dostatek.

Pravidelné scházení se již u některých proměnilo v jakýsi zvyk, který rádi dodržují, a to například paní Zdislava s manželem. „*Chodíme i s kamarádama, že máme jednou za čtrnáct dní v pondělí jedno sezení, pak chodíme každé tejdne každý úterý jedno sezení, pak chodim se známejma na kávičku... Takovýhle zvyky dodržuju*“ (Zdislava).

Participantky z focus group se takto pravidelně setkávají se svými kamarádkami již třicet pět let. Paní Eva zmiňuje, jak důležité je chodit do společnosti, upravit se a „*udělat si hezký den*“. Říká, že pokud by se lidi nesetkávali, pouze by seděli doma a sledovali televizi. „*Člověk má takovej hezkej den. Když nikam nejdou ty lidi, tak si doma sednou v teplákách a ve špinavym tričku a čučí na televizi*“. Paní Zdena zdůraznila, že v rámci chození do společnosti či na setkávání jí bavilo právě to, že se mohla párkrát do měsíce hezky upravit, a to ji dělalo radost. „*No a hlavně že si se taky musela trochu upravit, žejo. Jednou tejdne prostě člověk se načančal, šaty jsem si kupovala*“ (Zdena).

Participantky focus group také zdůraznili nutnost přizpůsobování výběru míst pro setkávání jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu. Zmiňovaly, že vybíraly místo pro setkávání tak, aby to jejich kamarádky, které již nemůžou dobře chodit či řídit neměly daleko, a měly místo snadno přístupné. „*No tak my jsme chodily U kmotra, Hanibala, taky jsme byly, ale tam málo, a potom v Attice. Tam nebyly schody, my jsme musely, protože Věra nechodí, viš, a muselo se tam parkovat, aby mohla parkovat, a nemusela daleko*“ (Martina). Do kavárny Café Domeček, ve které rozhovor probíhal, začaly poté chodit kvůli blízkosti domu jedné z jejich kamarádek. „*Lída po mrtvici, když začala chodit, tak nejbliž je to tady*“ (Martina). Zmiňovaly také, že dříve chodily i na taneční kurzy. „*Jo tak to já se ještě musím přihlásit, že jsem asi před kolika lety, osmi lety, chodila tancovat pro starší a pokročilé na dva kurzy. Senzační! Chodili jsme do Kasu a chodili jsme se známejma*“ (Zdena).

Kulturní akce pořádané městem většina z participantů již nenavštěvuje. „*Takhle, my už se teď na starý kolena tý kultuře nějak vyhýbáme. Ale společensky žijeme, s okruhem svých přátel pravidelně se stýkáme. Míst je dostatek*“ (Jiří).

Pouze paní Miroslava zmínila, že do města chodí málokdy. „*No já nevím, málokdy. A když jo, tak já nevím, jdu třeba nakoupit ne co potřebuju, ale co nutně potřebuju pro sebe. A nebo jdeme s vnučkou na oběd*“ (Miroslava).

#### 12.1.4 Význam zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost chápal každý z participantů trochu jinak. Odpovědi se ale shodovaly v tom, že zdravotně gramotný jedinec má nějaké uvědomění: toho, co by měl dělat

pro to, aby byl zdravý, či takového, že rozezná příznaky nemocí. Například pro paní Martinu znamenala zdravotní gramotnost chápat významnost stravy a pravidelného pohybu. „*No, víš, tak vím, co bych měla jíst, co bych měla dělat, co bych neměla jíst a co bych neměla dělat. Všecko nedodržuju, ani z jedny ani z druhé strany, ale myslím, že nic nepřeháním, jako vůbec nic. Ale hlavně se hodně hejbu jako jo*“ (Martina). Participant Eduard chápal zdravotní gramotnost spíše jako porozumění základnímu zdravotnímu stavu člověka. „*člověk by měl vědět, co je chřipka, co je angína*“, „*nemoci, který by měl sám člověk umět rozlišit*“ (Eduard). Podobně tak zdravotní gramotnost definoval i pan Jiří. „*No zdravotní... Bejt informovanej o svym zdraví, a nejenom o svym zdraví, ale i o tom, čím zdraví se dá ovlivnit, jak se k němu chovat, jak předcházet problémům a nebo řešit problémy, když nastanou*“ (Jiří).

#### 12.1.5 Denní režim

Pro všechny participanty výzkumu byl denní režim součástí života, a určitá pravidelnost pro ně byla velmi podstatná. Každý denní režim nějakým způsobem dodržoval.

Paní Zdislava zmínila, že má ráda, když ví, co bude jaký den dělat. „*Jo, protože já jsem ráda, když dodržujeme že v devět hodin snídáme, jo, to se snažim neodbejvat, když v poledne ve dvanáct obědváme, pak si dáváme ve dvě hodiny kávičku, a pak v zimě, když není hezký počasí chodíme pravidelně na procházky, to dodržujeme. A v létě chodíme na zahradu*“ (Zdislava). I pro pana Eduarda znamenal denní režim program na následující dny. Také zmínil, že jeho režim se proměňuje v závislosti na počasí. „*Když je člověk v důchodu, tak toho denního režimu nějak moc nevyužívá, spíš toho, jaké je počasí. Je horko, nelze lézt na sluníčko, když prší... Ale denní režim mám takový, že se snažim udělat si program na ten den, není velký, ale měl by být takový, který v ten den se snažim splnit. Dám si dva body, neslibuju moc, protože pak jsem nešťastný z toho, že jsem to neudělal. Takže menší plány, a větší efektivita se pak dostaví sama*“ (Eduard). I paní Martina potvrdila, že denní režim dodržuje. „*Tak třeba u mě, já to jako mám, denní režim. Fakt jako to nevyspávám, vzbudim se jako, v poledne, všechno je tak, i večer*“ (Martina).

#### 12.1.6 Uzpůsobení domácnosti

Participanti, kterým se již hůře chodí zmiňovali, že v domácnosti mají vše uzpůsobené tak, aby v jejich vyšším věku byli schopni se bez problému pohybovat, a postarat se sami o sebe.

„*I když teď se mi blbě chodí, tak máme všechno tak, abych to sám zvládnul*“ (Jiří).  
Paní Miroslava zmiňovala i podpůrné pomůcky ve sprše, díky kterým je schopna se sama umýt. „*No to mám no, ve sprše úchytky mám. Chodím o malé hůlce*“ (Miroslava).

## 12.2 Zdravotnictví

V rámci kategorie zdravotnictví byly stanoveny 3 subkategorie: *lékařské prohlídky; léky; a první pomoc.*

### 12.2.1 Lékařské prohlídky

V rámci této subkategorie jsem se ptala na pravidelné lékařské prohlídky, diskuzi s lékařem a také dopravu k lékaři.

Všichni participanti ve výzkumu se shodli v tom, že nepodceňují nutnost pravidelných lékařských prohlídek, a poctivě na ně docházejí. „*Na preventivku chodím jednou za rok. Nikdo nezve, musíš si to pohlídat*“ (Eva). Potvrdila to i paní Martina, „*Chodíme, každé rok*“, stejně tak jako paní Miroslava, či pan Jiří. Pouze participant Eduard zmínil, že na prohlídky k lékaři chodí pouze tehdy, pokud musí, jako například na prohlídky kvůli řidičskému průkazu. „*Pokud musím, tak tam jdu, pokud ne nemusím. Chodím na ty prohlídky, který musím mít jako řidič, tak na ty se snažím chodit, ale jinač za svůj život profesní nebo normální, za 47 let práce, jsem marodil, a to je důkazem toho že jsem se staral asi o to zdraví, jsem byl jako na nemocenský pouhých deset dnů. Takže pokud nemusím tak lékaře nenavštěvuji. Pravidelně to nedělám, když to musím udělat tak to udělám*“ (Eduard). Nechápe lékařské prohlídky jako nezbytné, a dokazuje to tím, že byl na nemocenské dovolené za celý svůj pracovní život pouze 10 dní.

V komunikaci s některými lékaři ohledně zdravotních problémů, či léků a podobně nevidí žádný z participantů výrazný problém.

Paní Zdenka pouze zmiňuje, že s obvodním lékařem diskuze většinou moc neprobíhá, jelikož se u něj vystřídá mnoho lidí, a lékař na ně nemá čas. Zmiňuje ale také, že s jejím hematologem vždy vše rozebere, a vše jí ochotně vysvětlí. Popisuje to na problému, který nedávno měla. „*Tadyhleten pan doktor, ke kterému já jako chodím, ten hematolog, ten je úžasnej, ten je skutečně úžasnej, ten je jako bezvadnej. Ten to vždycky vysvětlí, ten dokonce mě ještě i napsal lék... Já jsem byla u obvodáka, a ten mě jako tak poslal na nějaký vyšetření, ale tendleten mi dal vlastně i jako lék když mě to chytlo. Takže mi vysvětlil, že mě to vlastně*

*bolí, že tam byl ten písek, a tak jsou ty cesty, ty žlučovody, že je potřebuje roztáhnout, takže mě dal jako lék. Takže ten mi to napsal, obvod'ák ne“ (Zdenka). Paní Martina ji na to přikyvuje, a říká, že „No u obvod'áku je sto lidí žejo za odpoledne, ten si tě nevšímne“ (Martina).*

Podobný pohled má i paní Zdislava, která zmínila že je ráda, že má všechny doktory, které potřebuje. *„A musím říct, že mám kliku, že mám všechny lékaře, které potřebuju. Protože když slyším okolo sebe, jaký jsou problémy s lékaři, tak jsem ráda, že máme své lékaře“ (Zdislava). Také je ráda, že s lékaři, které má, může diskutovat, a může se na ně spolehnout. „Mám štěstí, že máme takový lékaře, s kterými můžu diskutovat, mám-li nějaký problém, jo. Protože když slyším, jaký mají zkušenost nějaký moji vrstevníci, tak jsem ráda, že mám ty lékaře, na který se můžu spolehnout“ (Zdislava). Stejnou ochotu lékařů zmínil i pan Jiří. „Chodím k internistkám, který se mnou vždycky proberou to, jak by mělo moje zdraví v mojom věku vypadat. Takže si myslím, že jsem o tom informovanej. Probíhá nějaká diskuze a poradí mi“ (Jiří).*

Co se dopravy týče, participantů se dopravují k lékařům buď pěšky, nebo autem, kdy buď sami řídí, nebo je veze některý z příbuzných. Žádný z nich nevyužívá městské hromadné dopravy či možnosti Senior taxi. Možnosti Senior taxi nevyužívají, jelikož dokud mohou, preferují chůzi. *„Bud'to běhám, nebo autem. Ale jako došli bysme“ (Jarmila). Paní Miroslavu k lékaři vozí rodina, a to buďto dcera, nebo vnučka. Participantka Zdislava zmínila, že je ráda, že má většinu lékařů v okolí. „Jé, k lékaři se dopravuju po svých, protože mám štěstí, že jsou všechny tady v rámci města. Jen k ortopedovi jezdím do Sokolova, a jinak ne. Jo, vlastně ke gynekologovi jezdím do Vodňan, a na mamograf do Budějovic“ (Zdislava).*

### 12.2.2 Léky

V otázce na užívání léku, a porozumění jim, se všichni respondenti shodli, že ví, jaké léky a na co užívají. Sami mi poté sdělili, na co jaké léky užívají. *„Jo, člověk toho moc nemá, Já mám teda jenom na tlak“ (Jarmila). „Já třicet let už se léčím vlastně na štítnou žlázu, která potom když mi oni jako nasadili dietu, a všechno, tak ten cholesterol se neměnil, ta diagnóza byla že štítná žláza není funkční vlastně, a tím pádem ten cholesterol zůstal takovej jakej je. Takže na cholesterol a na štítnou žlázu na funkci беру už třicet let prášky. Ale jinak nic vlastně“ (Jarmila).*

Paní Zdislava mi řekla, že kromě klasických léků věří i alternativnější medicíně, jako vitamínům a bylinám. *„Ano, orientuju se. A věřím, je to věř a víra tvá tě uzdraví, ale věřím i podpůrným lékům. A ještě k tomu podotknu, že ty byliny si sbíráme sami na Šumavě“*

(Zdislava). Pro paní Miroslavu mohou být léky, které bere, občas matoucí, a proto se o lécích radí. „*Jak bych to řekla, no něco ano, něco se, když dostanu něco nového, tak se radím. S dcerou většinou, no*“ (Miroslava).

Respondentka Martina zmínila, že první lék dostala až v pozdním věku. „*V třiašedesáti jsem měla první prášek, v třiašedesáti jsem dostala ten první prášek*“ (Martina).

### 12.2.3 První pomoc

Pouze dva participanti mi řekli něco k první pomoci. Důkladně mi první pomoc popsal pan Eduard. „*No, pokud bych, prvně co je v této otázce důležitý, je pokud jsem blízko zdroje, kterým můžu oslovit lékaře, tak to je na prvním místě. Přizvat lidi, který tomu rozuměj. Pokud je člověk, leží na chodníku, tak ho dát do stabilizované polohy, to znamená položit ho na bok, anebo pokud dýchá, tak se snažit, anebo pokud vidím, že má zvratky u úst, tak se snažit mu ty ústa vyčistit. No a takový to říkám to základní je že toho člověka dát do stabilizovaný polohy. Pokud vidím že nedýchá, snažit se mu pomoci tím že mu na prsou udělám pět zmáčknutí u srdce, no a pak ty vdechy to samý... Takže myslím, si že bych se s tím člověkem jaksi poradil, ale v životě v praxi, i když jsem byl dvaadvacet roků hasičem z povolání, nikdy jsem to nepotřeboval, protože k tomu byli určeni jiní, ale učili jsme se o tom, a myslím si že při takovejhle věci je dobrý zachovat klid a rozvahu. Ale hlavní a nejdůležitější, pokud je spojení, okamžitě volat ty, který tomu rozuměj. Protože někdy i neodborným zákrokem spíš člověku můžeš uškodit, než ... Základní je, pokud by byly u úst pěna zvratky tak vyčistit ústa, uvolnit mu dýchací cesty. To je základní věc, kterou bych dělal. Ostatní činnosti, pokud tam budu sám tak bych se snažil maximálně možně, ho úvest do té stabilizační polohy na bok, vybrat ty zvratky, a tak, a čekat na příjezd, případně ještě postupovat dál pokud by na to moje síly stačily. Takže, nesetkal jsem se s tím v životě, i když jsem dělal profesionálně hasiče, kde jsme měli tuto disciplínu, ale nepatřila do mých oblíbených předmětů. Takže k první pomoci tolik asi*“ (Eduard). Sám zmínil, že důležité je jako první krok zavolat odborníka, a také zachovat klidnou hlavu. Nikdy se, dle jeho slov, s poskytováním první pomoci nesetkal, ani při své práci jako hasič, ale popsal mi, krok za krokem, jak správně postupovat. Paní Miroslava mi odpověděla, že základy první pomoci dříve znala, ale nyní si je již, vzhledem ke svému věku, nepamatuje, a ani by na jejich provedení neměla dostatek fyzických sil.

## 12.3 Stravování

Ke kategorii stravování jsem si stanovila dvě subkategorie: *zdravá strava*; a *konzumace alkoholu*. Tyto subkategorie vyvstaly z odpovědí, na které se účastníci výzkumu zaměřovali nejvíce.

### 12.3.1 Zdravá strava

Všichni účastníci se rozhodli svou stravu úměrně přizpůsobit svému věku. Z rozhovoru focus group se seniorkami se všechny účastnice shodly, že nejvíce z nich se zdravou stravou zabývá paní Zdena, a popisuje mi to i na příkladu. *„Je pravda ta, že na sobě poznávám, že strava a určitá dieta má velkej vliv. Ted' třeba to nejnovější, co jsem měla, mě chytnul žlučník, a opravdu ted' tou dietou a těma jsem si to prostě zase všechno uzdravila. Našla jsem si jídelníček na internetu, a podle toho jsem si prostě držím jídla, jídla si vybírám, a to, a opravdu je pravda že se to pak změnilo. Byla jsem na tom mizerně, měla jsem záchvat jako blázen, taky se mi z toho rozsykala krev, ale už to mám zase všechno dobrý“* (Zdena).

Pan Eduard zmínil, že když byl ještě dítě, dbali na jeho zdravé stravování rodiče. *„V dětství na to dbali rodiče, někde bylo líp, jinde hůř. Vyrostl jsem na otrubových plackách, které dnes považujeme za luxus, jako celozrnný chleba a tak. U nás to byla nutnost, protože na nic jinýho v podstatě nebylo. Tak to bylo moje dětství, kde jsem vyrostl v podstatě na té zdravé výživě, protože nic jinýho nebylo“* (Eduard). S přibývajícím věkem se jeho strava měnila, a závisela také spíš na tom, co zrovna bylo vzhledem k jejich životní úrovni dostupné. *„No později, tak už bylo jídla dostatek, tak už se přestalo hledět tak na komfort, že už jsme spíš jedli to, co bylo, a to co by bylo zrovna nejzdravější, to ne. Jedli jsme, co přišlo pod ruku, co dům dal“* (Eduard).

I účastnice Zdislava zmínila, že se její stravování s věkem změnilo. *„Zdravou stravu se snažím dodržovat, protože už jsem ve věku, kdy nemůžu hýřit tak, aby mi... Lépe řečeno, hýřím-li, nedělá mi to dobře. A vzhledem k tomu, že mám cukrovku, kterou jsem zdědila, protože to je opravdu nemoc, kterou dědiš, i když se všemožně bráníš, tak na tebe stejně skočí. Tak se všemožně snažím kvůli té cukrovce teda tu zdravou stravu dodržovat“* (Zdislava).

Pan Jiří se dokonce snaží dodržovat i správnou vyváženost jídelníčku. *„No snažíme se žít zdravě, a myslím si, že i zdravě žijeme, nic nepřeháníme. Máme ve svém jídelníčku všechno, co má bejt, toho, co nemá bejt se snažíme vyvarovat. Mám kladnej vztah k pivu, toho se nehodlam vzdát, ale jinak si myslím že žijem normálně. Že se stravujem normálně“* (Jiří).



### 12.3.2 Konzumace alkoholu

Velká část participantů zmiňovala konzumaci alkoholu. Většina z nich ale také dodala, že alkohol konzumují pouze příležitostně, a to většinou při setkávání se svými známými.

Paní Zdislava říká, že si nedokáže představit, že by si při setkání s kamarádkami nedala skleničku piva či vína. „*Občas konzumuju, protože si nedovedu představit, že když jdu s kamarádkama že bych si nedala skleničku vína nebo skleničku piva. Příležitostně no samozřejmě*“ (Zdislava). Podobně to tak má i participantka Jarmila. „*Příležitostně si člověk dá, když jsou nějaký narozeniny, zatancovat si, tak si dá, v Domečku si dáme rády, právě se na to těšíme*“ (Jarmila). „*A k tomu, jako k tomu večeru, a když je společnost, tak je to i to vínečko, k tomu jako ten alkohol...*“ (Martina).

Pravidelně konzumují pivo pouze mužští participanté mého výzkumu. Pan Eduard dokonce říká, že dle něj nejdou bez alkoholu plnit pracovní úkoly. Připodobnil také, že alkohol je pro lidi něco jako benzín či nafta pro auta. „*Ráno pravidelně třetí rok vypiju 3 deci vody. A pak, jestli na konci si dám jedno, dvě nebo tři piva, a je to poměrně pravidelně, a necítím se být alkoholikem jen proto, že vypiju tři piva. Je to jako víceméně taková smyšlenka, pokud je člověk v kondici, tak dvě až tři piva ho nemůžou zabít, spíš mu pomůžou. Protože auto taky nejezdí na vodu, co má v chladiči, musí mít benzín, naftu. A dospělej člověk musí mít také pohonné hmoty. Alkohol pít v malém množství, v jakýchkoli dávkách, přiměřeně. Pochopitelně, že to je... Je to jenom můj osobní názor. Není to dogma, ale je to taková vlastní poučka, že ti, co pili vodu už tady taky nejsou. Pili, umřeli. Nepili, umřeli taky*“ (Eduard).

Sama paní Eva dodává, že s alkoholem to člověk nesmí přehánět.

## 12.4 Informovanost

Pro kategorii informovanost jsem stanovila 2 podkategorie, a to: *čerpání informací o zdraví*; a *důležité kontakty*. V rámci této kategorie jsem si chtěla ověřit to, odkud senioři informace (nejen) o zdraví získávají, a zda jsou dobře informovaní o důležitých kontaktech.

### 12.4.1 Čerpání informací o zdraví

Každý z participantů se ke získávání informací o zdraví staví poněkud jinak. Někdo preferuje získávat informace z internetu, kdežto někdo získávání informací na internetu naprosto odsuzuje.

„Snažím se moc informací neshírat, speciálně z internetu, tomu se vyhýbám. Ale v nějakých rozumných časopisech, nějaký, který má úroveň, si rád přečtu zajímavosti, ať už o svém zdraví, nebo o problémech který lidé mají. Ale odmítám internet“ (Jiří). „Takže jako z televize určitě jako žádná informace ne. A ani nepoužívám doktora googla“ (Zdislava). „Našla jsem si jídelníček na internetu, a podle toho jsem si prostě držím jídla, jídla si vybírám“ (Zdena). Paní Martina zase říká, že s internetem moc neumí. „Jo, oni jsou takový počítačový. To já ne, já nemám internet. Já mám zelený zákal, a nevidím na to. Já dělala, do té doby dvanáct hodin na počítači... Ne, teď to mám jenom na fotky“ (Martina).

Někteří zase rádi sdílí informace s vrstevníky, jako například participantky z focus group, jiní, jako Jiří, se tomuto sdílení spíše vyhýbají.

„A snažím se vyhýbat diskuzím o zdraví s vrstevníky. To mě úplně irituje, když většina, bohužel většina z nich v tomhle věku má pocit, že musí vykládat co jim je. Tendence pocitů vůbec nemám“ (Jiří). Participantka Zdena získává zdravotní informace i z knih, a věci, které se dozvěděla, potom ráda sdílí na čtvrtěčních setkáních s kamarádkami. „Ale ona čte i knížky, i knížky má. O bylinkách i o zdravotnictví. A my to dycky vyslechnem“ (Martina). Paní Zdena to potvrzuje, a rovnou navrhuje, že na setkání příště své kamarádky s knihou seznámí. „Jestli Vás to bude, dámy, zajímat, můžu příště přinést knížku, a udělat přednášku“ (Zdena).

Participantka Zdislava si ráda informace ověřuje u svých příbuzných lékařek. „Mám dvě sestřenicí lékařky, takže když potřebuju něco odborného vědět, tak zavolám svejm sestřenicím. Jedna je velevážená paní profesorka, naše nejlepší odbornice na roztroušenou sklerózu, jo, a obvodní lékařka“ (Zdislava). Zároveň také odebírá Dia časopis, který jí předplatil jeden ze synů, ve kterém získává informace o cukrovce.

#### 12.4.2 Důležité kontakty

Kontakty na své lékaře mají všichni z respondentů uložené ve svém mobilním telefonu. „Všechny mám v telefonu, takže když něco potřebuju, tak vím, kam volat“ (Zdislava). „Mám je všechny v telefonu“, přitakává i pan Jiří.

Všichni z participantů jsou si i dobře vědomi toho, u jaké pojišťovny jsou pojištěni. „My máme VZP teda no“ (Jarmila), „My máme no, ministerstva vnitra“ (Martina). „No, u zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra“, říká také Miroslava.

## 12.5 Podpora ze strany města

K této kategorii náleží tři subkategorie, které participanti zmiňovali: *senior taxi*; a *společenské akce a aktivity*; *domovy seniorů*.

### 12.5.1 Senior taxi

Službu senior taxi žádný z participantů nevyužívá. Pro využívání je totiž potřeba si předem zažádat o možnost užívání na městském úřadě. „*To ne, no, to se musí nějak jako na výbor...*“ (Jarmila). Většina participantů se tak po městě pohybuje buďto pěšky, nebo autem, které buď sami řídí, nebo je vozí někdo z příbuzných. „*Vozí mě rodina, vnučka, nebo dcera*“ (Miroslava). „*Buďto běhám, nebo autem. Ale jako, došli bysme*“ (Jarmila).

### 12.5.2 Společenské akce a aktivity

Ve městě Cheb se často pořádaly sportovní či pohybové akce pro seniory. Paní Jarmila zmiňuje například lekce aerobiku, taneční kurzy či plesy. „*My jsme chodili na aerobik, třeba. Jo, na plesy ještě chodíme, jo. No lákaj mě, tady Tochor dělá furt nějaký tydle, ale jenom tak když jsou ty plesy no, tak si aspoň trošku zařadíme*“ (Jarmila). Taneční kurzy se pořádaly v Kasu, a vyučovala je paní Steinke se svým partnerem, panem Šmídem. Tyto tance byly dle slov paní Zdeny i dobrá příležitost pro setkávání s vrstevníky. „*Chodili jsme se známejma, jo, a pak už jsme tam byli taková perfektní parta, a vždycky, když třeba se, když jsme měli že jsme dělali český tance, valčík, polku, todleto, tak si chlapi, my sme ženský jsme to odřídily, a chlapi si dali slivovičku, my jsme měli latinsko-americký tak si dali kubánskej rum, a takhle, to podle tohodu bylo, že tam byl i bar*“ (Zdenka). V dnešní době se ale všichni z participantů scházejí buď doma, nebo v restauračních zařízeních, a akcí pořádaných městem Cheb se již neúčastní.

### 12.5.3 Domovy seniorů

O domovech pro seniory jsem hovořila pouze s participantky focus group. Shodly se na tom, že v případě, že senior nemá rodinu, která by se o něj postarala, je domov pro seniory nejlepší možnou volbou. „*No, někdy to taky nejde, někdy to nezvládaj. Ale když má ženská tři děti, a je sama, a měla by se starat i o maminku, tak si to nemůže dovolit*“ (Martina).

Zároveň ale říkaly, že na ně tyto domovy špatně působí. Paní Jiřina zmínila, že když o možnosti pobytu v domově seniorů uvažovala pro svou maminku, rozhodla se, po návštěvě jednoho z nich, že se o maminku raději postará sama. „*Jedno vim. Že když jsem tam byla s maminkou, a prošly jsme to tam, a jely jsme zpátky, tak mi tekly slzy, a říkala jsem si: a mamku tam v životě nedám! Prostě to na mě tak působilo hrozně*“ (Jiřina). Na to reagovala paní Zdenka, „*No, ale lidi, který jsou sami, já vám jenom chci říct...*“.

## 13 Diskuze

Cílem výzkumu pro mou bakalářskou práci byli zjistit, jaký je postoj seniorů žijících v Chebu ke zdravotní gramotnosti. Po analýze rozhovorů jsem si stanovila 5 hlavních kategorií. Nejdůležitější kategorie nyní přiřadím k odborné literatuře, zabývající se podobnými tématy.

- Život v důchodu
- Zdravotnictví
- Stravování
- Informovanost
- Podpora ze strany města

Odchod do starobního důchodu je chápán jako předěl mezi středním věkem a stářím. Člověk se jím stává seniorem. Odchod do starobního důchodu je tak sociální mezník, jakožto ukončení profesní kariéry. Je to nejen přechod z dospělosti do stáří, ale je to i závěr velice dlouhého úseku lidského života, který často definovala profesní činnost (Vágnerová, 2007).

Bylo zjištěno, že lidé, kteří se k odchodu do starobního důchodu blíží často mívají obavy o své budoucnosti, a jsou více sebekritičtí (Hamilton, 1999). Odchod do důchodu tak může narušovat jedincovu dosavadní rovnováhu osobního, ale i profesního života. Představuje tak i snížený sociální status a jistá omezení pro jedince. Často je chápán jako jistá výhoda, jelikož člověk již nemusí pracovat a dostává peníze, ale může být také často spojený s horším hodnocením starších lidí většinovou společností. Odchod do důchodu má tak velký vliv na život jedince, ať už na jeho životní styl, manželství, či sociální vazby. Jedinec se tomuto přechodu musí značně přizpůsobit. (Vágnerová, 2007).

Výzkumy týkající se odchodu do důchodu ukazují pozitivitu tohoto přechodu, a to ve zvýšení volného času jedince, ale zároveň i negativitu, a to například s určitou nespokojeností ve smyslu financí (Bonsang, Klein, 2012).

Jelikož se jedinci, který do důchodu přešel, naskytuje velké množství volného času, je důležité, aby měl dostatek aktivit, které pro něj budou smysluplné. Důchodce si musí sám určit míru činnosti, která pro něj bude představovat potěšení, a která bude uzpůsobena jeho fyzickým možnostem. Je podstatné, aby si i nadále udržel činnost, která pro něj bude mít smysl, i když to občas může být obtížné. Velký význam nese i postoj společnosti, která již od lidí ve starobním důchodu nic neočekává, a v krajním případě může jejich pokusy o činnost dokonce zesměšňovat (Vágnerová, 2007).

Během rozhovorů jsem proto kladla otázky týkající se denního režimu participantů, pravidelného pohybu, práce či setkávání. Chtěla jsem tím zjistit, jak oni sami prožívají starobní důchod, přizpůsobují svůj denní režim a aktivitu svým fyzickým možnostem, a jak se změnil jejich režim v souvislosti s vyšším věkem.

Během rešerše literatury jsem hledala studie, které by se zabývaly zdravotní gramotností v jiných městech, a popřípadě v jiných zemích. Například v rámci studie zdravotní gramotnosti seniorů ve Vietnamu bylo zjištěno, že úroveň zdravotní gramotnosti jedince ovlivňovala pohybová činnost, péče o děti či vnoučata nebo společenské aktivity (Van Hoa et al., 2020). Významnost účasti na společenských aktivitách byla prokázána i ve výzkumu zdravotní gramotnosti seniorů žijících v Kazachstánu (Kayupova et al., 2017).

Komunikace s lékařem ohledně léčby, či porozumění a rozeznání léků, které jedinec užívá, se ukázala být význačným činitelem zdravotní gramotnosti. V rámci studie provedené v rámci USA bylo zjištěno, že mnoho starších osob může mít problémy s například zapamatováním pokynů týkajících se léčby, které sděluje doktor. Zároveň bylo též zjištěno, že lidé, kteří mají zdravotní gramotnost nižší, mají horší schopnost si tyto informace vybavit (McCarthy et al, 2012). Ve studii zaměřené na zdravotní gramotnost obyvatel Německa se prokázalo, že mnoho lidí má potíže s porozuměním informací, které jim předává lékař. Zjištění v této studii také ukázaly, že funkční zdravotní gramotnost je nezbytná pro správné zacházení s informacemi, které se zdraví týkají. Je proto potřeba přikládat větší význam komunikaci lékařů s pacienty, která by se měla odvíjet od lepší verbální, ale i písemné komunikace s pacienty. Systém zdravotních služeb by měl být mnohem srozumitelnější. (Schaeffer et al., 2017).

Stravování má velký význam pro udržení zdraví jedince v seniorském věku. Nejen v tomto věku je totiž důležité věnovat pozornost výběru stravy a jejímu složení. Je důležité, aby senior přizpůsobil své stravovací návyky úměrně svému věku. Z výzkumu stravovacích návyků seniorů v Praze bylo zjištěno, že senioři často nemají dostatečný příjem tekutin během dne, a také že nekonzumují dostatek zeleniny. Zároveň ale bylo zjištěno, že přizpůsobili příjem masa svému věku, a nekonzumují již tolik masa vepřového či hovězího, které je velmi tučné (Zvolánková, 2020). Proto jsem se na stravovací návyky, včetně konzumace alkoholu, ptala i ve svém výzkumu. Zajímalo mě, zda participantů nějak přizpůsobili stravovací návyky svému věku.

Ve studiích zdravotní gramotnosti bylo zjištěno, že pozitivní vliv má také sledování médií, jako například sledování televize, čtení novin, poslouchání rádia či užívání internetu (Van Hoa et al., 2020; Kayupova et al., 2017). V rámci výzkumu jsem se tak participantů ptala i na to, odkud informace o zdraví získávají.

Z hlediska podpory ze strany města jsem zjišťovala, jaké aktivity seniorům žijících v Chebu město nabízí, a jaké mají možnosti dopravy.

Rychlý růst starší populace by mohl vést k dopravním problémům, pokud by tak byla ohrožena jejich mobilita. Pro seniory je mobilita jedním ze zásadních prvků životní spokojenosti, ale i předpoklad pro aktivní stárnutí. Nedostatek mobility by mohl odradit seniory od účasti na společenských aktivitách, což by mělo za následek vyšší osamělost jedinců. Je tedy důležité zachovat mobilitu starších osob, aby měli možnost zapojovat se do společenského života a účastnit se různých aktivit, či se dopravovat k lékaři. (Wong et al, 2018).

V rámci dopravy jsem si zjišťovala, zda existují levnější alternativy městské hromadné dopravy či možnosti využití taxi služeb. Město Cheb zavedlo levnější jízdné hromadné dopravy pro osoby ve starobním i invalidním důchodu. Zároveň mají lidé možnost využít i levné taxi služby s názvem Senior taxi. Zajímalo mě i, zda je zaveden dostatek spojení městské hromadné dopravy, které jezdí často a v rámci celého města.

Zajímala jsem se i o to, zda senioři mají v rámci města dostatek příležitostí a míst pro setkávání. Setkávání se totiž v rámci studií provedených v různých zemích ukázalo jako nejvýznamnější činitel zvyšování zdravotní gramotnosti (Van Hoa et al., 2020). Je také důležité, aby senioři neměli v rámci zachování psychického zdraví pocit osamělosti. S osamělostí se jedinec vyrovnává jinak v každém věkovém období. Avšak u seniorů je častý pocit nevděku, zbytečnosti, či osobního selhání. Mohou pocítovat často i vztek, který může vést až k agresivnímu chování vůči svým blízkým, který poté může vést k ještě většímu

vyhýbání (Kašpárková, 2007). Častým důsledkem osamělosti může být až deprese. „*Příčiny deprese a osamělosti jsou si velice blízké, a řekla bych, že se tyto pocity, stavy prolínají nebo mají postupný rámeček. Kdy nejdříve z nějaké příčiny dochází k osamělosti a z prohlubované osamělosti se stává deprese*“ (Kašpárková, 2007, str 52). Bylo zjištěno, že osamělost může vést dokonce až například ke kardiovaskulárním onemocněním, kdy vyšší hladina osamělosti znamená sníženou funkci parasymptiku, což znamená, že osamělí jedinci mohou být méně citliví na pozitivní účinky oxytocinu na kardiovaskulární reaktivitu (Růžičková, 2019).

## 14 Limity výzkumu

Před provedením výzkumu jsem se obávala možné neochoty ze strany participantů sdílet se mnou poměrně citlivé informace. Tato obava se ale ukázala jako zbytečná, jelikož všichni z participantů byli velmi komunikativní, a snažili se mi na mé otázky podat co nejvíce široké odpovědi. Sami mi, poté, co jsem se zeptala na závěrečné otázky, sdělovaly s ochotou i informace navíc.

Další limit spatřuji také v tom, že 5 participantek z focus group se poměrně pravidelně schází, a jejich názory tak mohou být velmi podobné, a možná až vzájemně ovlivněné. Možný limit může být i menší vzorek participantů. V tomto menším vzorku se tak nemusely projevit možné negativní či odlišné názory a zkušenosti.

Možným limitem mé práce je také poměr mužských a ženských participantů. Spíše než muži projevily ochotu se mnou hovořit ženy, a tak se mého výzkumu účastnilo více žen než mužů. Ženy byly také více komunikativnější a sdílné. Ke zkreslení výsledků také mohlo dojít tím, že ženy se často více zajímají o své zdraví, jak fyzické, tak psychické.

Dalším z limitů mohlo být také zkreslení výsledků kvůli mým osobním názorům, či dojmům. Kvalitativní výzkum sice je subjektivní, ale pouze ve smyslu zohlednění subjektivity aktérů výzkumu, jak participantů, tak výzkumníka. Přiznaná subjektivita se děje prostřednictvím reflexivity, což je aspekt vědění a jednání, pomocí něž aktér monitoruje události, které se odehrávají v prostředí jeho jednání, a vyhodnocuje jejich význam pro důležitost svého výzkumu (Novotná, et al, 2019).

## Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem zdravotní gramotnosti seniorů žijících ve městě Cheb. Hlavním cílem bylo zjistit, jaký mají senioři v Chebu žijící ke zdravotní gramotnosti postoj. Vedlejšími cíly výzkumu bylo zjistit, jak tito senioři vnímají podporu zdraví, jak nahlízejí na prevenci nemocí, a jakou mají zkušenost se zdravotní péčí.

V teoretické části práce uvádím stárnutí populace a demografický přechod. Dále popisuji základní definice stárnutí a stáří, společně s jednotlivými fázemi stáří. Zmiňuji též problematiku aspirace a expektace, a ageismu. Hlavním tématem teoretické části je zdravotní gramotnost. V rámci této problematiky jako první popisuji témata, která se ke zdravotní gramotnosti váží, a to co je to zdraví, co jsou determinanty zdraví a co je to zdravotní výchova. Poté představuji východiska zdravotní gramotnosti, dále se věnuji zdravotní gramotnosti jako takové, a problematice zdravotní gramotnosti u seniorů a zdravotní gramotnosti v České republice. V poslední kapitole teoretické části práce se věnuji městu Cheb, a možnostem, které seniorům nabízí. Empirická část mé bakalářské práce byla založena na kvalitativní výzkumné strategii. Pro můj výzkum jsem si stanovila tři výzkumné otázky, a to následující: Jak senioři vnímají podporu zdraví? Jak senioři nahlízejí na prevenci nemocí? Jaká je zkušenost seniorů se zdravotní péčí?

V rámci výzkumu bylo provedeno 9 rozhovorů, které byly polostrukturované, se seniory žijícími ve městě Cheb. Do výzkumu byli zařazeni muži i ženy, a hlavními kritérii pro zařazení jedince do výzkumu bylo bydliště v Chebu, a věk 65 let a více. Nábor participantů probíhal v kavárně Café Domeček v Chebu, kde jsem oslovila seniorky, které se zde pravidelně scházejí.

Na základě výsledků, které z výzkumu vzešly, jsem došla k závěru, že senioři žijící ve městě Cheb v rámci podpory zdraví přizpůsobili své stravování, pohybovou aktivitu a denní režim možnostem, které jim jejich fyzický stav dovoluje. Snaží se pravidelně hýbat, dodržují vyváženou stravu, a denní režim je pro ně velmi důležitý. Udržují i kontakty se svými vrstevníky a rodinou, a nepodceňují významnost sociálních vazeb. Ve městě Cheb mají dostatek možností, kde se setkávat. Sice již nenavštěvují žádné ze společenských aktivit pořádaných městem, avšak dříve těchto možností využívali hojně, ať se jednalo o kurzy tance či lekce cvičení. Participantů se sníženou možností pohybu si také uzpůsobili svou domácnost tak, aby se jim snadno pohybovalo, a nenacházely se tak pro ně nikde žádné bariéry.



V rámci prevence nemocí všichni participanté výzkumu chápejí, jak jejich organismus slábne, nepodceňují důležitost pravidelných lékařských prohlídek, a dobře si uvědomují, u jaké zdravotní pojišťovny jsou pojištěni. Jeden z participantů byl velmi dobře obeznámen se zásadami první pomoci, které mi barvitě popsal.

V otázce na zdravotní péči se všichni z participantů orientují v léčích, které užívají, ví, na koho se obrátit s žádostí o radu, ať už se jedná o lékaře, či rodinu, a všechny důležité kontakty na lékaře mají uložené ve svém mobilním telefonu. Většina participantů, kteří lékaře pravidelně navštěvují se shodli, že alespoň jeden z jejich lékařů je ochotný s nimi déle rozebrat možnosti léčby, vysvětlit léčebné postupy a probrat možnosti, které mají.

Zdravotní gramotnost představovala pro každého z participantů něco jiného, ale opakovaly se určité motivy, jako například uvědomění v tom smyslu, co by měl jedinec dělat pro své zdraví, co by měl provádět, či jak by měl jíst, a čeho se naopak vyvarovat. Také chápali zdravotní gramotnost jako orientování se v nemocech, rozpoznání normalit ve smyslu zdraví, které jsou úměrné jejich věku, a také informovanosti, jak zdraví ovlivnit.

## Seznam literatury

Akční plán č. 12: Rozvoj zdravotní gramotnosti na období 2015–2020: Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2015. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub-upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf>

Batini, N., Callen, T., & McKibbin, W. J. (2006). The global impact of demographic change. Dostupné z: <https://www.elibrary.imf.org/view/journals/001/2006/009/article-A001-en.xml>

Bonsang, E., & Klein, T. J. (2012). Retirement and subjective well-being. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 83(3), 311-329.

Brabcová, I., Hajduchová, H., Šedová, L., Bártlová, S., & Motlová, L. (2018). Zdravotní gramotnost seniorů. *General Practitioner/Praktický Lekar*, 98(4).

Braun, V., Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3, 77–101.

Čeledová, L., Kalvach, Z., & Čevela, R. (2016). *Úvod do gerontologie*. Charles University in Prague, Karolinum Press

Čeledová, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

Český statistický úřad: Obyvatelstvo - roční časové osy [online]. 2022. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo\\_hu](https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu)

Český statistický úřad: Seniori v datech - 2021 [online]. 2021. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2021>

D. W. Baker, M. S. Wolf, J. Feinglass, J. A. Thompson, J. A. Gazmararian, and J. Huang, "Health literacy and mortality among elderly persons," *Archives of Internal Medicine*, vol. 167, no. 14, pp. 1503–1509, 2007.

D. W. Baker, M. S. Wolf, J. Feinglass, J. A. Thompson, J. A. Gazmararian, and J. Huang, "Health literacy and mortality among elderly persons," *Archives of Internal Medicine*, vol. 167, no. 14, pp. 1503–1509, 2007.

Determinanty zdraví. In: *Velký lékařský slovník* [online]. Praha: Maxdorf, 2000 [cit. 2018-12-07]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/determinanty-zdravi>

European Master, "European network of sport science, education & employment," in XIII ESSEE Forum, The European Network of Sport Science, Education and Employment, Rome, Italy, 2015.

G. Kayupova, B. Turdaliyeva, K. Tulebayev, T. Duong, P. Chang, and D. Zagulova, "Health literacy among visitors of district polyclinics in Almaty, Kazakhstan," *Iranian journal of public health*, vol. 46, p. 1062, 2017.

Hamplová L, Hulinský P, Jexová S, Pekara J. Problematika zdravotní gramotnosti v České republice. In: *Sborník z 10. vědecké konference s mezinárodní účastí Vzdělávání ve zdravotnictví*. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2015, s. 49–56. IN Mojžíšová

Hamilton, I. S. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 320, 51.

Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie: Aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén

Holčík, J. (2009). *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. MSD, spol. s ro.

Holčík, Jan. Podpora zdraví a její teoretická východiska. *Hygiena – časopis pro ochranu a podporu zdraví* [online]. 2008, 08(1), 4–7 [cit. 2018-06-06].

HOLČÍK, Jan and Evžen ŘEHULKA. Potřeba a poslání zdravotní výchovy (Needfulness and Mission of Health Education). Časopis lékařů českých. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2007, vol. 146, No 1, p. 3-8. ISSN 0008-7335

Cheb. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-, 2023 [cit. 2023-06-19]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Cheb>

Cheb Fitpark pro seniory Krajinka: Josla fitpark [online]. [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: <http://www.joslafitpark.com/reference/cheb-fitpark-pro-seniory-krajinka/>

Chebští senioři už mají nový klub: Cheb, Oficiální web města [online]. 2016 [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: <https://www.cheb.cz/chebsti-seniori-uz-maji-novy-klub/d-958261>

Chinn, D., & McCarthy, C. (2013). All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient education and counseling*, 90(2), 247-253.

J. M. Pelikan, F. Röthlin, and K. Ganahl, “Comparative report on health literacy in eight EU member states,” *The European health literacy survey HLS-EU*, p. 89, 2012.

Jak se zvýšila úroveň zdravotní gramotnosti v České republice během posledních pěti let?: Ústav pro zdravotní gramotnost [online]. 8.12.2021 [cit. 2023-06-19]. Dostupné z: <https://www.uzg.cz/jak-se-zvysila-uroven-zdravotni-gramotnosti-v-ceske-republice-behem-poslednich-peti-let/>

K. Sørensen, S. van den Broucke, J. M. Pelikan et al., “Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q),” *BMC Public Health*, vol. 13, no. 1, 2013.

Kaas, Jiří, Věra Stasková a Radka Šulistová. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetrovatelství. *Kontakt*. 2016, 18(4), 249-253. ISSN 1212-4117. Dostupné také z:

Kachlík, Petr. Lidské zdraví, jeho determinanty a možnosti jeho ovlivňování. In: BĚLÍK, Marcel. Člověk ve svém pozemském a kosmickém prostředí. Úpice: Hvězdárna v Úpici, 2016, s. 51-61. ISBN 978-80-86303-44-4.

Kašpárková, Zuzana, 2007. Kvalita života – osamělost ve stáří. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce PhDr. Helena Chloubová.

Kebza, Vladimír. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

Kickbusch, Ilona, Jürgen M. PELIKAN, Franklin APFEL a Agis D. TSOUROS, ed., [2020].

Klub seniorů navštívil Průhonický park: Cheb, Oficiální web města [online]. 2022 [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: <https://www.mestocheb.cz/klub-senioru-navstivil-pruhonicky-park/d-990832>

Kocmanová, Z. (2020). Zdravotní gramotnost u žen podstupujících gynekologickou operaci.

Kryková, D. (2011). Ageismus.

Křížová, Eva. Zdraví - kultura - společnost. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3937-6. /

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). Vývojová psychologie. Grada publishing as.

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., ... & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. Family medicine and community health, 8(2)

Malíková, E. (2011). Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Grada Publishing as.

Malíková, E. (2020). Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb (2. aktual. a dopl. vydání). Praha: Grada

Marková, Marie. Determinanty zdraví. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-545-7.

McCarthy, D. M., Waite, K. R., Curtis, L. M., Engel, K. G., Baker, D. W., & Wolf, M. S. (2012). What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Medical care*, 50(4), 277.

Mojžíšová, A., Dvořáčková, D., & Kajanová, A. (2017). Vybrané aspekty zdravotní gramotnosti u klientů ohrožených chudobou

Novotná, H., Špaček, O., & Jantulová, M. Š. (2019). Metody výzkumu ve společenských vědách. FHS UK

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15(3), 259-267.

Nutbeam, Don, 2019. Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal* [online]. 78(6), 705-709 [cit. 2021-02-09]. ISSN 0017-8969. Dostupné z: doi:10.1177/0017896918770215

Patel PJ, Steinberg J, Goveas R, et al. Testing the utility of the newest vital sign (NVS) health literacy assessment tool in older African – American patients. *Patient Educ Couns* 2011; 85(3): 505–507

Plná péče: Košík.cz [online]. 2023 [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: <https://www.kosik.cz/stranky/plna-pece?kampan=paticka>

Potravinové balíčky pro osaměle žijící seniory (75+): Cheb, Oficiální web města [online]. 2020 [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: <https://www.cheb.cz/potravinove-balicky-pro-osamele-zijici-seniory-75/d-982434>

R. Rudd, I. Kirsch, and K. Yamamoto, Literacy and Health in America, Educational Testing Service, America, 2004

Ratzan, S. C. (2001). Health literacy: communication for the public good. *Health promotion international*, 16(2), 207-214.

Rostislav, Č., Libuše, Č., Zdeněk, K., Jan, H., & Pavel, K. (2014). *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Grada Publishing as.

Růžičková, M. *Vnímání osamělosti z pohledu seniorů*, 2019.

Sander, M., Oxlund, B., Jespersen, A., Krasnik, A., Mortensen, E. L., Westendorp, R. G. J., & Rasmussen, L. J. (2015). The challenges of human population ageing. *Age and ageing*, 44(2), 185-187. Dostupné z: <https://academic.oup.com/ageing/article/44/2/185/93994?paperetoc>

Senioři: Sociální služby město Cheb [online]. 2010 [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.cheb.cz/seniori/d-1005/p1=1025>

Schaeffer, D., Berens, E. M., & Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population: results of a representative survey. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(4), 53.

Sihota S, Lennard L. *Health literacy: being able to make the most of health*. London: National Consumer Council; 2004.

Sylva, B. (2019). *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Grada Publishing as.

Tarif MHD Cheb: Dopravní podnik Cheb [online]. 2023 [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: <https://www.dpch.cz/cz/jizdne/tarif-mhd/>

Taxi pro seniory: Cheb, Oficiální web města [online]. 2018 [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: <https://www.cheb.cz/taxi-pro-seniory/d-969148>

The Global Impact of Demographic Change [online]. 2006. Dostupné z: <https://www.elibrary.imf.org/view/journals/001/2006/009/article-A001-en.xml>

Thorová, K. (2015). Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt. Portál.

Ústav pro zdravotní gramotnost [online]. Dostupné z: <https://www.uzg.cz/>

Vágnerová, M. (2007). Vývojová psychologie II, Dětství, dospělost a stáří. Karolinum.

V. T. Duong, I. F. Lin, K. Sorensen et al., "Health literacy in Taiwan," *Asia Pacific Journal of Public Health*, vol. 27, no. 8, pp. 871–880, 2015.

V. T. Duong, V. T. Pham, T. H. Nguyen, M. Khue, Q. T. Truong, and T. K. Nguyen, Health literacy surveys in Taiwan and Vietnam, pp. 1–26, 2015

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*, 15(3), 398-405.

Van Hoa, H., Giang, H. T., Vu, P. T., Van Tuyen, D., & Khue, P. M. (2020). Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. *BioMed research international*, 2020

Vidovičová, L., & Rabušic, L. (2005). Věková diskriminace-ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh. VÚPSV, výzkumné centrum Brno.

WHO Regional Office for Europe v r. 2013 pod názvem: Health literacy: The solid facts.

Wong, R. C. P., Szeto, W. Y., Yang, L., Li, Y. C., & Wong, S. C. (2018). Public transport policy measures for improving elderly mobility. *Transport policy*, 63, 73-79.

World health organization: Social determinants of health [online]. Dostupné z: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)



World Population Ageing 2017: Highlights [Online]. (2017). Citováno 4. června 2022, dostupné z:

[https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)

Zdravotní gramotnost. Zdravotní gramotnost [online]. Národní síť podpory zdraví, z.s, 2016

Dostupné z: <https://zdravotnigramotnost.cz/>

Zdravotní gramotnost: solidní fakta. Přeložil Zdeněk KUČERA. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ústavem pro zdravotní gramotnost, z.ú. a Státním zdravotním ústavem. ISBN 978-80-85047-63-9.

Zvolánková, T. (2020). Stravování vybrané skupiny seniorů v Praze a menších obcích.

## Přílohy:

### Příloha 1: Scénář polostrukturovaného rozhovoru se seniory

#### Úvod:

- Představení
- Představení bakalářské práce, seznámení s výzkumem a cílem výzkumu
- Informovaný souhlas

#### Charakteristiky:

- Věk
- Jak dlouho žijí v Chebu
- Muž/Žena
- Žijí sami, nebo s někým?

#### Zdravotní gramotnost obecně:

- Co si představujete pod pojmem zdravotní gramotnost?
  
- 1. VO: Podpora zdraví
  - o Výživa – Jak velký důraz kladete na zdravou stravu? Co konkrétně?
  - o Tělesná aktivita – Pravidelný pohyb, kdy a kde? Podmínky města k pohybové aktivitě?
  - o Denní režim – Je pro vás režim důležitý? Pravidelnost denního režimu? Jak?
  - o Návykové chování – Konzumace alkoholu či jiných omamných látek, jak často a v jakém množství?
  - o Osobní čas – Jak trávíte volný čas ve městě? Kdy a kde?
  - o Péče o domácnost - uzpůsobení domácnosti, bariéry
  - o Veřejný prostor a instituce – Doprava, spolky, Místa pro setkávání ve městě?
  - o Práce – vykonává či nevykonává? Pokud ano tak zda dobrovolnou či placenou?
  - o Osamělost, setkávání
- 2. VO: Prevence nemocí
  - o Základní hygiena - zvládáte péči sám o sebe?
  - o Prevence infekčních nemocí – pobyt v kolektivu, snižování obranyschopnosti těla
  - o U které pojišťovny pojištění, kontakty na lékaře, pravidelné lékařské prohlídky
  - o Postoj ke zdravotní péči a péči o zdraví – Jak a odkud získávají informace o zdraví?
- 3. VO: Zdravotní péče
  - o Rozpoznání příznaků poruchy zdraví
  - o Orientace v lécích

- Dodržování léčebného postupu – Na koho se obrátit s žádostí o pomoc?
- První pomoc – Znáte základy první pomoci?
- Bezpečné chování
- Lékař
  - Jak si lékaře vybrat
  - Zda lékaře navštěvují, a pokud ano, jak často?
  - Jak se k lékaři dopravují?
  - Má dostatek příležitostí lékaře navštívit?
  - Co s lékařem probírají?
  - Zda lékař pouze léčí, či i poskytuje informace o zdraví, zda s ním participant i diskutuje?
  - Informovaný souhlas / nesouhlas se zdravotním výkonem
- Léčební postupy
- Zdravotní stav

Závěr:

- Napadá Vás ještě něco k tématu?
- Závěrečné otázky
- Poděkování
- Možnost nasdílení výsledků výzkumu
- Rozloučení

## Příloha 2: Informovaný souhlas



**FAKULTA  
HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
Univerzita Karlova

### Informovaný souhlas

#### **Souhlas s poskytnutím individuálního rozhovoru pro účely výzkumu k bakalářské práci**

Vážená paní, vážený pane,  
v souvislosti s Vaší účastí na výzkumu k bakalářské práci, jejímž cílem je zjistit, jaký mají senioři žijící v Chebu postoj ke zdravotní gramotnosti, se na Vás obracím s žádostí o poskytnutí individuálního rozhovoru. Vaše názory a zkušenosti přispějí k řešení problémů, kterých se výzkum týká.

Rozhovor není zatížen žádným rizikem. Pokud by Vám však některá otázka byla nepříjemná, nemusíte na ni odpovídat. Máte také právo rozhovor kdykoliv přerušit, a i bez uvedení důvodů v něm nepokračovat.

Ujišťuji Vás, že rozhovor je důvěrný. Rozhovor bude nahráván, aby Vaše informace, které v něm zazní, mohly být odborně zpracovány. Vaše identita bude známa výzkumníkovi, který s touto informací bude pracovat v souladu se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, zákonem č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s nařízením (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR). Rozhovor bude zpracován pod unikátním kódem. Výsledky rozhovoru budou použity výhradně pro účely bakalářské práce a pouze v anonymní podobě.

Aby bylo možné kvalifikovaně zpracovat všechny informace, které mi sdělíte, prosím, abyste k takovému zpracování udělil/ udělila svůj dobrovolný souhlas.

S úctou a poděkováním, Elisabeth Petáková

Subjekt: *Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Pátkova 2137/5 182 00 Praha 8 - Libeň*

Kontaktní osoba: Elisabeth Petáková, Nezvalova 22, Che

Čestné prohlášení

- a. Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o tom, že podle výše uvedených právních předpisů o zpracování osobních údajů mám právo:
  - kdykoliv odvolat udělený souhlas, a to pro každý ze shora uvedených účelů samostatně;
  - vyžádat si informaci o tom, jaké mé osobní údaje jsou zpracovávány;
  - vyžádat si opravu nebo doplnění mých osobních údajů;

- žádat výmaz osobních údajů, pro jejichž zpracování již dále není důvod;
- žádat omezení zpracování údajů, které jsou nepřesné, neúplné nebo u nichž odpadá důvod jejich zpracování, ale nesouhlasím s jejich výmazem;
- žádat umožnění přenesení zpracovávaných údajů;
- vznést námitku proti zpracování mých osobních údajů pro přímý marketing, včetně souvisejícího profilování;
- nebýt předmětem automatizovaného individuálního rozhodování, včetně profilování;
- mám právo dostat odpověď na svou žádost bez zbytečného odkladu, v každém případě do jednoho měsíce od obdržení žádosti správcem.

Pro kontaktování správce ve věci zpracování osobních údajů lze využít následující kontakt na výzkumníka

Jméno a příjmení, tel.: Elisabeth Petáková, +420608423074 ; e-mail: elisabeth.petakova@gmail.com

- b. Potvrzuji, že jsem si přečetl/a tento informovaný souhlas týkající se výše uvedeného individuálního rozhovoru a porozuměl/a mu.
- c. Souhlasím s tím, že úryvky z individuálního rozhovoru mohou být součástí bakalářské práce. Pro tyto účely smí být úryvky z individuálních rozhovorů uvedeny jen v anonymizované podobě bez mého jména a souvislosti s mojí osobou.
- d. Prohlašuji, že jsem byl seznámen s tím, že po obhajobě diplomové práce budou individuální rozhovor a s ním spojené materiály smazány.
- e. Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti klást otázky. Rovněž prohlašuji, že všem výše uvedeným skutečnostem a poskytnutým informacím rozumím a beru je na vědomí. Nemám žádné další otázky ani nejasnosti a vyslovuji svůj výslovný svobodný souhlas s účastí na individuálním rozhovoru.
- f. Prohlašuji, že jsem plně způsobilý/á k právním úkonům a jako takový/á prohlašuji, že jsem informován/a o skutečnosti, že individuální rozhovor poskytuji dobrovolně a jsem oprávněn/a kdykoliv od něj odstoupit.
- g. Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním mých osobních a citlivých údajů v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Tento souhlas je sepsán ve dvou vyhotoveních s povahou originálu, přičemž jedno vyhotovení obdrží účastník výzkumu a jedno vyhotovení obdrží výzkumník bakalářské práce.

Účastník

výzkumu:	Jméno a příjmení (tiskacím)	Podpis	Místo	Datum
----------	-----------------------------	--------	-------	-------

Výzkumník:

Jméno a příjmení (tiskacím)	Podpis	Místo	Datum
-----------------------------	--------	-------	-------