

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra andragogiky a managementu vzdělávání

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Možnosti edukace seniorů pro rozvoj jejich zdravotní gramotnosti s využitím  
ICT

Possibilities of educating senior citizens for the development of their health  
literacy with the use of ICT

Veronika Stojanova

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Dostálová, Ph.D.

Studijní program: Andragogika a management vzdělávání

Studijní obor: Andragogika a management vzdělávání

Odevzdáním této diplomové práce na téma zdravotní gramotnost seniorů, s názvem Možnosti edukace seniorů pro rozvoj jejich zdravotní gramotnosti s využitím ICT potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 15.04.2024

Velmi ráda bych touto formou poděkovala Mgr. Vladimíře Dostálové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce a cenné připomínky v průběhu jejího zpracování. Velké díky patří také všem aktivním seniorkám a seniorům z Prahy, kteří byli součástí mého výzkumného šetření a bez kterých by praktická část této diplomové práce jednoduše nevznikla.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá tématem zdravotní gramotnost seniorů a jak již samotný název napovídá, jejím cílem je zjistit, jaké mají senioři možnosti edukace pro rozvoj své zdravotní gramotnosti s využitím informačních a komunikačních technologií. Teoretická část diplomové práce je rozdělena do dvou hlavních kapitol. V první kapitole, *Gramotnost*, jsou prvně teoreticky ukotveny pojmy obecné – gramotnost a zdraví. Následně dochází k definování pojmu zdravotní gramotnost, včetně jejích modelů a oblastí, které je vhodné rozvíjet. Důraz je kladen na zdravotní gramotnost seniorů. V závěru první kapitoly je představen strategický dokument Zdraví 2030, jehož jeden ze specifických cílů je zaměřen na zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel ČR. Druhá kapitola, *Geragogika*, se mimo definici tohoto pojmu věnuje pojmu stáří a senior, edukaci seniorů obecně a gerontodidaktice. Neopomíná specifika ve vzdělávání seniorů ani osobu lektora. V neposlední řadě se věnuje možnostem edukace seniorů (Univerzitám třetího věku, Akademii třetího věku, klubům pro seniory apod.) a využití informačních a komunikačních technologií při jejich vzdělávání. Praktická část diplomové práce prostřednictvím dotazníkového šetření, ve kterém jsou osloveni pražští senioři, kteří splňují předem stanovené parametry, identifikuje možnosti edukace seniorů pro rozvoj jejich zdravotní gramotnosti s využitím ICT. Zjišťovány jsou oblasti, ve kterých se senioři vzdělávají, jaké instituce /organizace navštěvují, zda ve svých vzdělávacích aktivitách využívají ICT a zda jsou vůbec využívání ICT otevřeni. V závěru diplomové práce je uveden přehled konkrétních institucí, ve kterých senioři rozvíjí svou zdravotní gramotnost a dále je představen návrh vzdělávacích aktivit pro rozvoj zdravotní gramotnosti seniorů s využitím ICT, jehož využití je vhodné pro sebevzdělávání či jako e-learningová podpora institucionálního vzdělávání ([viz odkaz](#)).

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

edukace seniorů, gerontagogika, gerontodidaktika, informační a komunikační technologie ve vzdělávání seniorů, vzdělávací aktivity, zdravotní gramotnost seniorů

## **ABSTRACT**

The diploma's thesis addresses the topic of health literacy among senior citizens and as the title itself suggests, its aim is to find out what educational opportunities senior citizens have for developing their health literacy with the use of ICT. Its theoretical part is divided into two main chapters. The first one, *Literacy*, theoretically introduces general terms such as literacy and health. This is followed by defining the concept of health literacy, including its models and areas for development. The focus is on health literacy among senior citizens. In the end, the first chapter presents the strategic document Health 2030, one of its specific aims is focused on increasing health literacy of the population of Czech Republic. The second chapter, *Geragogy*, defines its concept and also the term old age and senior citizen, education of senior citizens and its specifics, gerontodidactics and lecturers. The conclusion of the theoretical part is devoted to possibilities of educating senior citizens (Universities of the third age, Academies of the third age, clubs for senior citizens etc.) and to the use of information and communication technologies in their education. Practical part of the diploma thesis uses a questionnaire survey to identify possibilities of educating senior citizens for the development of their health literacy with the use of ICT. Prague senior citizens who meet the predetermined criteria are contacted within the framework of the questionnaire survey. Asked questions identify the areas in which are senior citizens educated, what institutions/ organizations they attend, whether they use ICT in their educational activities and whether they are open using it at all. The diploma thesis concludes with recommendations of specific institutions, as well as proposal of educational activities for the development of health literacy of senior citizens with the use of ICT, the use of which is suitable for self-learning or as e-learning support for institutional education ([link](#)).

## **KEYWORDS**

education of senior citizens, gerontagogy, gerontodidactics, information and communication technologies in education of senior citizens, educational activities, health literacy among senior citizens

## Obsah

Úvod .....	7
1 Gramotnost .....	9
1.1 Zdraví a zdravotní gramotnost.....	13
1.1.1 Modely zdravotní gramotnosti.....	17
1.1.2 Rozvoj zdravotní gramotnosti .....	21
1.1.3 Zdravotní gramotnost seniorů a její rozvoj .....	23
1.2 Zdraví 2030 .....	26
2 Geragogika.....	27
2.1 Stáří a senior .....	28
2.2 Edukace seniorů.....	29
2.2.1 Gerontodidaktika .....	32
2.2.2 Specifika ve vzdělávání seniorů .....	36
2.2.3 Lektor ve vzdělávání seniorů.....	40
2.2.4 Možnosti edukace seniorů v ČR.....	42
2.2.5 Využití informačních a komunikačních technologií ve vzdělávání seniorů	46
3 Metodologie výzkumu.....	49
3.1 Výzkumná strategie .....	49
3.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	50
3.3 Sběr dat.....	51
3.4 Výzkumný vzorek .....	52
3.5 Analýza dat.....	53
3.6 Limity výzkumu .....	53
4 Výsledky výzkumu, jejich interpretace a přehled institucí.....	55
4.1 Vyhodnocení hypotéz.....	61

4.2	Přehled institucí, ve kterých mají senioři možnost rozvíjet svoji zdravotní gramotnost .....	62
4.2.1	Návrh vlastních vzdělávacích aktivit.....	66
	Závěr.....	69
	Seznam použitých informačních zdrojů .....	71
	Seznam zkratk.....	77
	Seznam obrázků.....	77
	Seznam grafů .....	78
	Seznam příloh .....	78

## Úvod

Všichni rádi stárneme, když je nám osmnáct... (Seneca). Bude však tento stav přetrvávat v průběhu celého našeho života? Nejspíše ne. Za dalších pár let si plně uvědomíme rychlost plynutí času, pomíjivost života a kromě radostí, které s sebou stáří přináší, také jeho starosti. Stárnutí je proces, který nelze zastavit. Správnými rozhodnutími jej však můžeme alespoň zpomalit. Důležitá je prevence nemocí, podpora zdravého životního stylu a zdravého prostředí.

Diplomová práce se konkrétně věnuje tématu zdravotní gramotnost seniorů a právě prevence nemocí, podpora zdravého životního stylu a zdravého prostředí tvoří její významnou část. S postupujícím stárnutím populace se význam jejího systematického rozvoje stále více zvyšuje. Alarmující je také výsledek výzkumu, který předkládá Bártlová et al. (2018, s. 53-54), konkrétně uvádí, že téměř u 60 % populace ČR byla zjištěna nedostatečná či problematická úroveň zdravotní gramotnosti. Její nízká úroveň je závažným rizikovým faktorem pro každou společnost v porovnání s ostatními evropskými zeměmi, ČR zaostává za průměrem. Jedním z významných nástrojů, který k systematickému rozvoji zdravotní gramotnosti přispívá, je edukace. Cílem diplomové práce je tak zjistit, jaké mají senioři možnosti edukace pro rozvoj své zdravotní gramotnosti s využitím informačních a komunikačních technologií.

Teoretická část diplomové práce je rozdělena do dvou hlavních kapitol. V první kapitole, *Gramotnost*, jsou prvně teoreticky ukotveny pojmy obecné – gramotnost a zdraví. Následně dochází k definování pojmu zdravotní gramotnost, včetně jejích modelů a oblastí, které je vhodné rozvíjet. Důraz je kladen na zdravotní gramotnost seniorů. V závěru první kapitoly je představen strategický dokument Zdraví 2030, jehož jeden ze specifických cílů je zaměřen na zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel ČR. Druhá kapitola, *Geragogika*, se mimo definici tohoto pojmu věnuje pojmu stáří a senior, edukaci seniorů obecně a gerontodidaktice. Neopomíná specifika ve vzdělávání seniorů ani osobu lektora. V poslední řadě se věnuje možnostem edukace seniorů (Univerzitám třetího věku, Akademiím třetího věku, klubům pro seniory apod.) a využití informačních a komunikačních technologií při jejich vzdělávání. Praktická část diplomové práce prostřednictvím dotazníkového šetření, ve kterém jsou osloveni pražští senioři, kteří splňují



předem stanovené parametry, identifikuje možnosti edukace seniorů pro rozvoj jejich zdravotní gramotnosti s využitím ICT. Zjišťovány jsou oblasti, ve kterých se senioři vzdělávají, jaké instituce /organizace navštěvují, zda ve svých vzdělávacích aktivitách využívají ICT a zda jsou vůbec využívání ICT otevřeni.

V závěru diplomové práce je uveden přehled konkrétních institucí, ve kterých senioři rozvíjí svoji zdravotní gramotnost vč. jejich krátké charakteristiky a dále je představen návrh vzdělávacích aktivit pro rozvoj zdravotní gramotnosti seniorů s využitím ICT, jehož využití je vhodné pro sebevzdělávání či jako možná e-learningová podpora institucionálního vzdělávání.

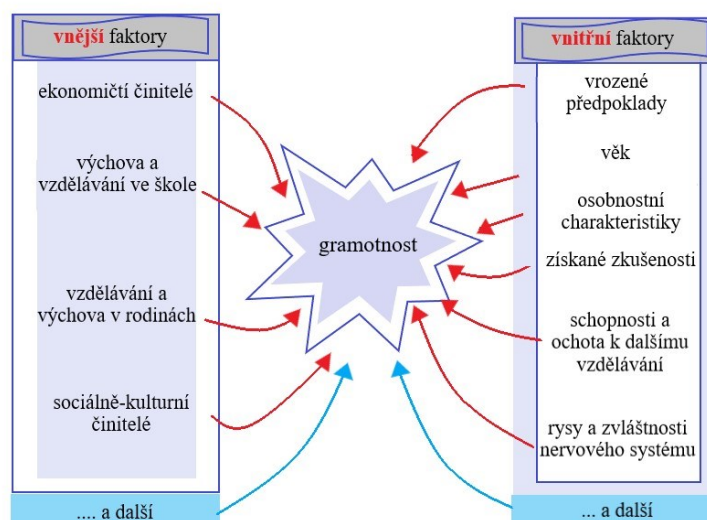
## 1 Gramotnost

Gramotnost (angl. literacy) má v moderní společnosti významné postavení. „*Je bránou ke vzdělávání, k získávání a zpracování informací a tím – zprostředkovaně – k profesní úspěšnosti, k přístupu k médiím, k pěstování kulturních i dalších osobních zájmů a k fungování v celé řadě životních situací*“ (Gavora, 2002, s. 171). Dle Výkladového slovníku z pedagogiky se tímto pojmem obecně označuje schopnost číst a psát (Kolář, 2012, s. 44). Veteška (2016, s. 220) označuje toto pojetí pojmu gramotnost jako původní a uvádí, že mimo čtení a psaní lze případně do elementárních komunikačních dovedností zahrnout i počítání. Gramotnost definuje jako „*schopnost ovládat různé druhy komunikace a početních úkonů za účelem využívání textových informací v rozmanitých životních situacích.*“

Mimo původní pojetí termínu, tj. gramotnost jako obecná znalost čtení a psaní, definuje Průcha a Veteška (2014, s. 120) i dvě nová. První z nich představuje pojem ve smyslu funkční gramotnosti, tj. ve smyslu souboru složitějších dovedností, které jsou pro člověka v současnosti nezbytné, např. potřebné k profesnímu uplatnění. Druhé nové pojetí používá pojem gramotnost pro vyjádření kompetencí (znalosti, dovednosti, způsobilosti) získaných na základě vzdělávání se v jednotlivých konkrétních oborech. Pojem gramotnost tak lze využít pro různé oblasti, např. pro oblast čtenářskou, literární, matematickou, přírodovědnou, finanční, informačních a komunikačních technologií (ICT) a další (Průcha a Veteška, 2014, s. 120).

Gramotnost není vlastností vrozenou, formuje se v průběhu života člověka. Utvářet ji pomáhají určité vnější a vnitřní faktory, graficky znázorněné na obrázku č. 1. Vnější, neboli faktory objektivní, jsou ovlivněny sociálně-kulturními a ekonomickými činiteli. Za klíčového sociálně-kulturního činitele lze označit výchovu a vzdělávání jak v rodinách, tak ve škole. Druhou skupinu ovlivňující gramotnost tvoří vnitřní faktory. Za vnitřní faktory lze považovat např. rysy a zvláštnosti nervového systému, osobnostní charakteristiky, získané zkušenosti, věk, schopnosti a ochotu k dalšímu vzdělávání a další. Jedná se o faktory označované jako subjektivní (Doležalová in PEN, 2009, s. 226).

Obrázek 1: Faktory utvářející gramotnost



Zdroj: vlastní zpracování (2023) dle Doležalová in PEN (2009)

Gramotnost je jevem komplexním a proměnlivým, stále se rozšiřuje a vyvíjí. Rozšiřuje se a vyvíjí díky tomu, že lidé disponují, zabývají se a pracují se stále více a více informacemi a učí se prostřednictvím digitálních technologií (UNESCO, 2023, online). Obecně lze říci, že „definice gramotnosti jsou v poslední době orientovány na zpracování informací a jejich využití v běžném životě a na efektivní začlenění člověka do společnosti a zvládnutí každodenních činností a situací“ (Veteška, 2016, s. 222). Definice jsou závislé zejména na tom, z jakých teoretických východisek se vychází. Vymezení pojmu dále ovlivňuje, jaké praktické potřeby gramotnosti se u lidí identifikují a které faktory (institucionální i mimo-institucionální) se považují za rozhodující při jejím rozvoji a kultivaci (Gavora, 2002, s. 171).

Gavora (2002, s. 172-180) definuje 4 základní modely gramotnosti s charakteristikou jejich základních vlastností, způsoby jejího zjištění a vyhodnocení. Čtyřmi konkrétními modely jsou:

1. bázová gramotnost;
2. gramotnost jako zpracování textových informací;
3. gramotnost jako sociálně-kulturní jev;
4. e-gramotnost.

První model, bázová gramotnost, představuje tradiční chápání tohoto pojmu. Gramotnost je tedy charakterizována jako obecná schopnost číst (plynule a se základním porozuměním) a psát. Důraz je v této fázi kladen zejména na automatizaci těchto dvou schopností, zapamatování si informací s možností jejich případné reprodukce. Čtení je definováno jako dekódování významů, čtenář má tedy roli „konzumenta textu“. Na analýzu obsahu či jeho hlubší interpretaci je však kladen minimální důraz (Gavora, 2002, s. 172).

Druhým modelem je gramotnost jako zpracování textových informací. V tomto modelu je gramotnost chápána již ve smyslu funkční gramotnosti. Čtenář je zde aktivním zpracovatelem a disponuje schopnostmi k rozlišování důležitosti informací, jejich novosti, užitečnosti a pravdivosti, identifikuje hlavní myšlenky textu a další (Gavora, 2002, s. 172-177).

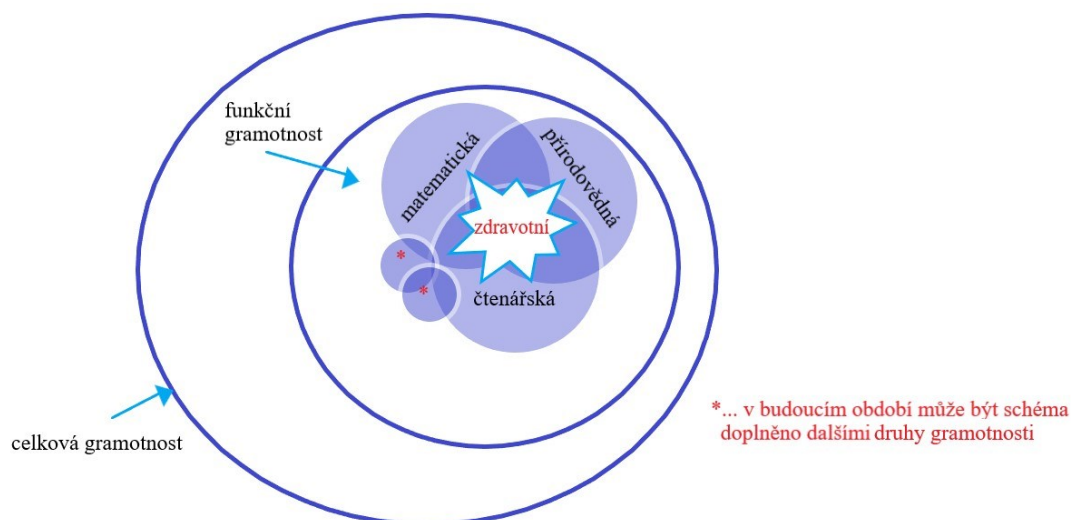
Třetí model gramotnost jako sociálně-kulturní jev chápe gramotnost jako kulturní aktivitu. „*Zdůrazňuje existenci různých gramotnostních činností podle situace a potřeb určité sociální skupiny*“ (Gavora in Doležalová, PEN, 2009, s. 223).

Nejmladší a poslední model představuje e-gramotnost, která je spojena s využíváním počítačů, mobilních telefonů vč. jejich vybavení (např. textové editory, internet a další) a případně jinými elektronickými médii (Gavora, 2002, s. 179).

Gramotnost dále můžeme dělit dle jejích druhů či typů. „*Funkční gramotnost, která je obecná, zahrnuje řadu dílčích gramotností, jež jsou vyjadřovány podle jednotlivých oblastí či oborů, například: čtenářská gramotnost, přírodovědná gramotnost, finanční gramotnost a ICT gramotnost (informační, počítačová či e-gramotnost)*“ (Veteška, 2016, s. 223).

Vztah mezi různými druhy a úrovněmi gramotnosti znázorňuje Doležalová (2005, s. 48) viz obrázek č. 2.

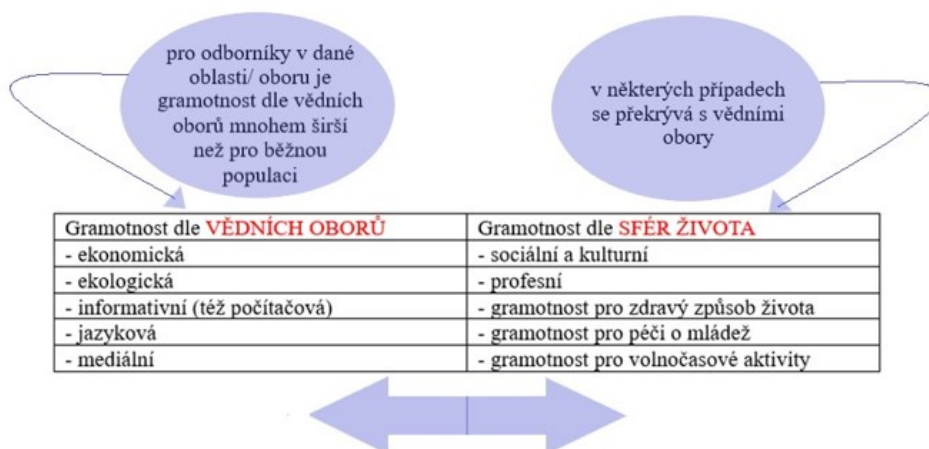
Obrázek č. 2: Vztah mezi druhy a úrovněmi gramotnosti



Zdroj: Doležalová, 2005, s. 48 (upraveno)

Doležalová (2005, s. 44) dělení dle jednotlivých oblastí či oborů ještě podrobněji rozpracovává a gramotnosti dále dělí dle vědních oborů a dle sfér života (v některých případech se mohou i překrývat). V první skupině, tj. gramotnosti dle vědních oborů, je zařazena gramotnost ekonomická, ekologická, informativní, jazyková a mediální. Tyto gramotnosti jsou pro odborníky z informačního hlediska mnohem širší než pro běžnou populaci. Do druhé skupiny, tj. gramotnosti dle sfér života, se řadí gramotnost sociální a kulturní, profesní či gramotnost pro volnočasové aktivity. Konkrétní rozdělení je znázorněno na obrázku č. 3.

Obrázek č. 3: Rozdělení gramotnosti dle vědních oborů či sfér života



Zdroj: vlastní zpracování (2023) dle Doležalová (2005)

V další části se diplomová práce již věnuje jednomu vybranému druhu gramotnosti. Dle Doležalové (2005, s. 44) ji můžeme označit jako gramotnost dle sféry života, zároveň se však v mnoha oblastech překrývá s vědním oborem. Konkrétně jsou následující stránky věnovány problematice zdravotní gramotnosti (dle Doležalové gramotnosti pro zdravý způsob života) – její definici, modelům, rozvoji a mnohému dalšímu.

## 1.1 Zdraví a zdravotní gramotnost

Zdravotní gramotnost. Odborný výraz tvořený pojmy zdraví a gramotnost. Pro ucelenost teoretické části je potřeba si oba pojmy prvně definovat zvlášť. Pojmu gramotnost byla věnována předchozí kapitola, následující řádky se tak, před samotným definováním pojmu zdravotní gramotnost, věnují definici pojmu *zdraví*.

### Zdraví

Světová zdravotnická organizace (WHO) pojem zdraví definuje jako „*stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (WHO, 2020, s. 1). Nejhlavnější předností této definice je, že připomíná 3 základní aspekty zdraví. Těmi je stránka duševní, tělesná a sociální. Duševní zdraví či psychologické zdraví se vztahuje „*k intelektuálnímu schopnostem a k subjektivnímu hodnocení vlastního zdravotního stavu.*“ Tělesné zdraví je poté definováno jako nepřítomnost nemoci či vady. Poslední aspekt, sociální zdraví, představuje schopnost člověka „*navazovat sociální kontakty, rozvíjet uspokojivé mezilidské vztahy a zvládat sociální role*“ (Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 38). Dle definice WHO tedy zdraví představuje subjektivní pocit, který je však obtížně definovatelný a tím i obtížně měřitelný. Snadnější je to s nemocí, z tohoto důvodu se obvykle úroveň zdraví vyjadřuje „*mírami „negativního zdraví“, tzn. nemocností a úmrtností populace*“ (Hamplová, 2019, s. 14).

Čeledová, Holčík et al. (2017, s. 37-42) uvádí, že zdraví je možné definovat dvěma způsoby – jako stav (viz definice WHO) nebo jako proces. Zdraví jako proces výstižně definuje Bureš (in Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 41), dle kterého je zdraví „*potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního*

*prostředí bez narušení životních funkcí.*“ Autoři dále uvádí, že nestačí lidem říkat, jak mají zdraví chápat, je užitečné zjišťovat, co si pod pojmem sami představují. Lidé zdraví vnímají jako:

- stav bez nemoci
- stav zdatnosti a vitality,
- bohaté sociální vztahy,
- činnost,
- psychosociální pohodu (Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 47-48).

S ohledem na téma diplomové práce si větší pozornost zaslouží teze *zdraví jako činnost*. Tato teze se týká *„spíše starších lidí, kteří kladou důraz na možnost a dovednost udělat to, oč jim jde, na schopnost snášet fyzickou námahu, vykonávat zaměstnání, a to i přes těžkosti, které vyšší věk přináší, být soběstačný a pokud možno i užitečný ostatním“* (Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 47).

Zdraví není stálý jev, je to jev dynamický, podmíněný mnoha okolnostmi. Ovlivňují ho determinanty, které lze definovat jako spektrum *„osobních, sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí“* (Hamplová, 2019, s. 14). Dle Čeledové, Holčíka et al. (2018, s. 49) determinanty zahrnují *„vše, co předznamenává růst a vývoj, vnímavost i odolnost organismu, vše, co souvisí s podmínkami, ve kterých lidé žijí, i dalšími okolnostmi a možnostmi, které lidé mají, aby podmínky svého života změnili, popřípadě udrželi.“* Mezi ty základní, které ovlivňují zdraví Holčík (2010, s. 58), Čeledová a Čevela (2010, s. 27) a Hamplová (2019, s. 15) konkrétně řadí:

- životní styl (životní způsob);
- životní prostředí (vč. prostředí socioekonomického = ekonomická úroveň společnosti, bydlení, zaměstnání, reálný příjem a další);
- péči o zdraví a zdravotnictví (zdravotnické služby a jejich kvalita, hygiena a postoj k vlastnímu zdraví a péči o něj);
- biologický (genetický) základ.

Zdravotní determinanty dále definuje např. Statistický úřad Evropské unie (Eurostat) – jeho pojetí lze však označit spíše za výčet zásad zdravého životního stylu. Mezi hlavní řadí:

- nadváhu a obezitu (index tělesné hmotnosti – BMI);
- spotřebu tabáku;
- spotřebu alkoholu;
- výživové návyky (četnost konzumace ovoce a zeleniny);
- aktivní tělesný pohyb;
- psychický well-being a sociální pohodu (Eurostat, 2023, online).

Nejvýznamnější zdravotní determinantou je dle Hamplové (2019, s. 15) životní styl. Tento názor zastává také Čeledová a Čevela (2010, s. 52), kteří zdůrazňují, že jediné životní styl si plně volíme sami, ostatní determinanty ovlivnit nelze, případně pouze částečně. Pojem životní styl výstižně definují Machová a Kubátová (2015, s. 16), které uvádí, že *„životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností.“* Životní styl z vnějšího prostředí ovlivňují ekonomické a sociální faktory, geografické a rodinné vlivy, etnická příslušnost, úroveň vědeckého, zejména medicínského poznání a pracovní podmínky. Mimo to je ovlivněn také řadou vnitřních faktorů, mezi které patří např. psychologické faktory, zdravotní stav a *zdravotní gramotnost* (Hamplová, 2019, s. 15-16).

### **Zdravotní gramotnost**

Nutbeam (1998, s. 357) uvádí, že *„zdravotní gramotnost představuje kognitivní a sociální faktory, které určují motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup k informacím, porozumět jim a používat je způsobem, který podporuje a udržuje dobré zdraví“* (volně přeloženo z anglického jazyka). Autor tuto definici dále rozvíjí. Zdravotní gramotnost znamená více než schopnost číst vzdělávací brožury. Lidé musí být schopni dosáhnout určité úrovně znalostí a dovedností, díky kterým budou moci podniknout kroky ke zlepšení svého zdraví, např. změnou životního stylu. Zdravotní gramotnost je úzce spjata s úrovní



celkové gramotnosti. Pokud je celková gramotnost člověka nízká, předpokládá se, že tento stav bude mít přímý vliv na jeho zdraví (Nutbeam, 1998, s. 357).

Nutbeamova definice zdravotní gramotnosti se stala součástí Slovníku pojmů z oblasti zdraví (Health Promotion Glossary), který v roce 1998 vydala WHO (WHO, 1998, s. 10). V roce 2021 byl tento slovník aktualizován (Health Promotion Glossary of Terms 2021) a definice zdravotní gramotnosti v něm byla upravena. Konkrétně byla aktualizována o důraz na:

- význam celoživotního vzdělávání,
- poskytování důvěryhodných informací jasnou a srozumitelnou formou,
- schopnost kriticky posuzovat zdravotní informace a jejich zdroje,
- posílení schopnosti rozhodovat o svém zdraví (WHO, 2021, s. 6-7).

Definice českých autorů, konkrétně Hamplové (2019, s. 89); Čeledové, Holčíka et al. (2018, s. 68) či autorů Ústavu zdravotní gramotnosti (definice dostupná na NZIP.cz), vychází z výše zmíněných definic WHO. Výstižné shrnutí uvádí právě Čeledová, Holčík et al. (2017, s. 68), dle kterých je zdravotní gramotnost „*schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice.*“

Na důležitost rozvoje zdravotní gramotnosti poukazuje Holčík (2010, s. 147), který uvádí teze, ze kterých je význam rozvoje zřejmý. Zdravotní gramotnost (je):

- součástí základní výbavy pro život,
- jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví,
- významnou součástí sociálního kapitálu,
- nespornou ekonomickou prioritou,
- jedním z důležitých předpokladů cesty ke zdraví,
- přispívá k rozvoji demokracie,
- důležitým nástrojem rozvoje osobnosti,
- cennou součástí obecné kultury.

Je potřeba také zdůraznit, že zdravotní gramotnost se netýká pouze jednotlivců. Žádoucí je, aby byla zdravá i celá společnost. Pro pěstování zdravé společnosti je nutné, aby lidé

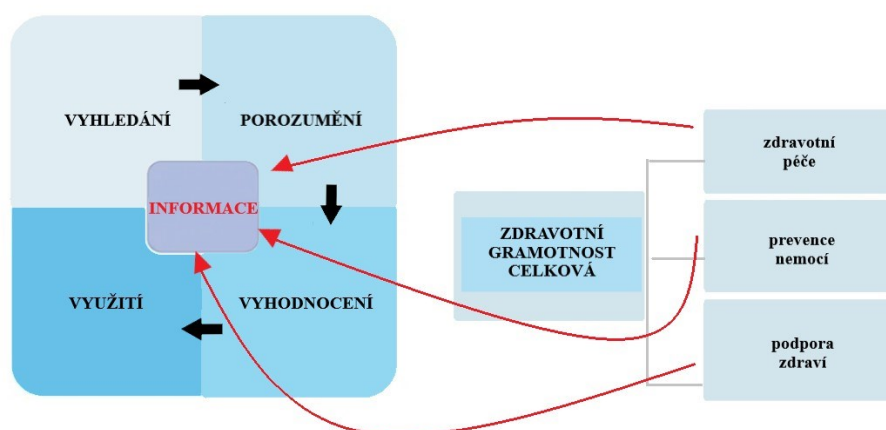
vysoce hodnotili, respektovali a prakticky pěstovali hodnoty jako jsou odpovědnost za zdraví své i těch druhých, mezigenerační solidarita, pozitivní mezilidské vztahy, tvořivá činnost občanů a další (Haškovcová, 2012, s. 173).

### 1.1.1 Modely zdravotní gramotnosti

Modely zdravotní gramotnosti představují „myšlenkové konstrukce, s jejichž pomocí si lze snadněji uvědomit hlavní komponenty zdravotní gramotnosti, jednotlivé hladiny úrovně zdravotní gramotnosti, některé dynamické vazby i možnosti měření a hodnocení zdravotní gramotnosti“ (Holčík, 2010, s. 159). Na následujících řádcích budou vybrané modely zdravotní gramotnosti definovány (celkem 4), některé z nich i graficky znázorněny.

První model zdravotní gramotnosti, graficky znázorněný na obrázku č. 4, zobrazuje cyklus práce se zdravotními informacemi. V první fázi je potřeba umět nové zdravotně relevantní informace, informace o medicínských tématech a rizikových faktorech získávat. Mimo to je potřeba disponovat schopnostmi, díky kterým těmto informacím budeme schopni porozumět, pochopit jejich smysl, interpretovat a vyhodnotit je. A v neposlední řadě je také důležitá schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky a činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů a uvážlivě tak rozhodovat o zdravotní péči, prevenci nemocí a podpoře zdraví (NZIP, 2023, online).

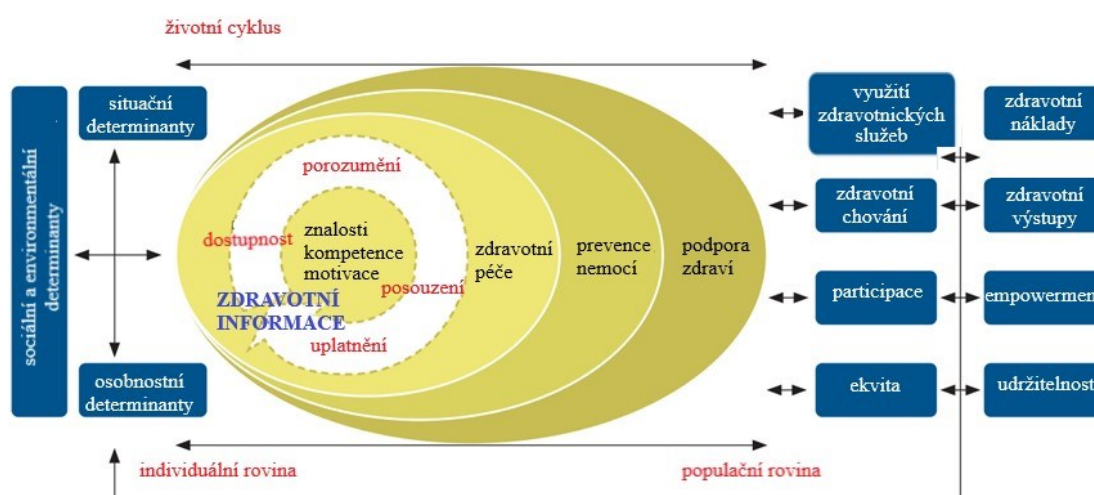
Obrázek č. 4: Model zdravotní gramotnosti 1 – cyklus práce se zdravotními informacemi, vč. oblastí jejího působení



Zdroj: vlastní zpracování (2023) dle NZIP (2023, online)

Druhý model zdravotní gramotnosti, graficky znázorněný na obrázku č. 5, byl navržen Evropským konsorciem zdravotní gramotnosti pro Evropskou studii zdravotní gramotnosti, a který se stejně tak jako model 1 vztahuje „ke kompetencím získat, porozumět, vyhodnotit a aplikovat zdravotně relevantní informace v kontextu zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.“ Tento model je obohacen o sociální a environmentální determinanty, determinanty situační a osobnostní. Dále klade důraz na vztah mezi využitím zdravotnických služeb a zdravotními náklady; zdravotním chováním a zdravotními výstupy; ekvitou a udržitelností či participací a empowermentem (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020, s. 4).

Obrázek č. 5: Model zdravotní gramotnosti 2 – konceptuální model Evropské studie zdravotní gramotnosti



Zdroj: MZČR, 2020, s. 5, online – adaptováno z: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80. (upraveno)

Třetí model zdravotní gramotnosti, graficky znázorněný na obrázku č. 6, navazuje na konceptuální model Evropské studie zdravotní gramotnosti, který byl představen výše. Aktuální model představuje 12 konkrétních sub-dimenzí, které konceptuální model Evropské studie definuje. Hamplová (2019, s. 90) na tento model odkazuje v souvislosti s důsledky různé úrovně zdravotní gramotnosti. Model zobrazuje vztah mezi jednotlivými oblastmi zdravotní gramotnosti a aktivní/ pro-aktivní rolí jednotlivce.

Obrázek č. 6: Model zdravotní gramotnosti 3 – sub-dimenze definované konceptuálním modelem

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
<b>Zdravotní péče</b>	schopnost získat informace o medicínských tématech	schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
<b>Prevence nemoci</b>	schopnost získat informace o rizikových faktorech	schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
<b>Podpora zdraví</b>	schopnost získávat zdravotně relevantní informace	schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

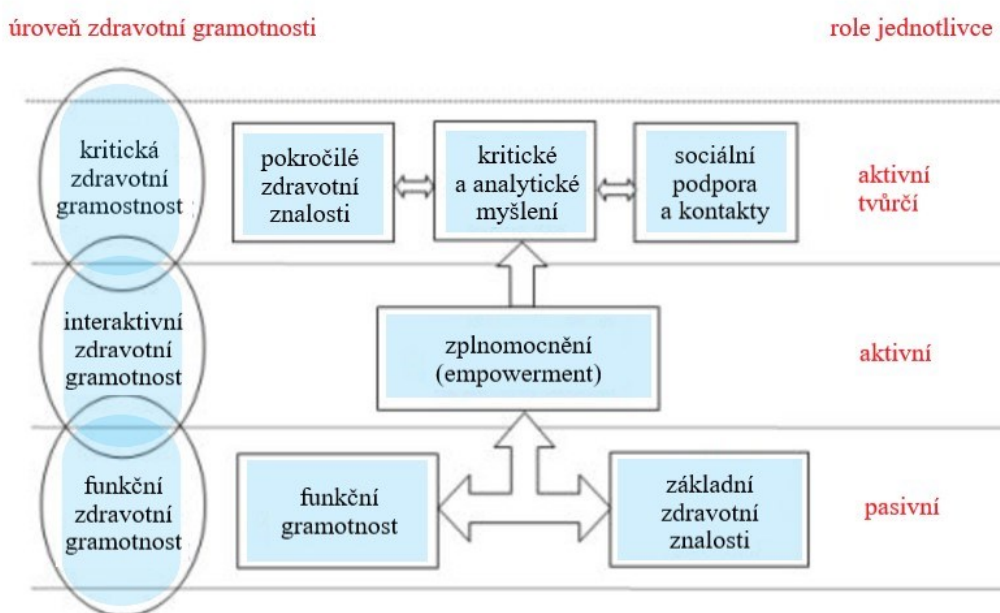
Zdroj: MZČR, 2020, s. 6, online – adaptováno z: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80. (upraveno)

První, druhý i třetí vybraný model zdravotní gramotnosti vychází z definice zdravotní gramotnosti Světové zdravotnické organizace (WHO). „*Zdravotní gramotnost navazuje na obecnou gramotnost a zahrnuje znalosti lidí, jejich motivaci a dovednosti získat, pochopit, zhodnotit a využít informace týkající se zdraví tak, aby byli v každodenním životě schopni uvážlivě rozhodovat o zdravotní péči, prevenci nemocí a podpoře zdraví se záměrem udržet a zlepšit kvalitu života v průběhu životního cyklu*“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020, s. 4).

Základy posledního, čtvrtého modelu zdravotní gramotnosti položil Nutbeam (2000, s. 264-265), který definoval jednotlivé úrovně zdravotní gramotnosti. Zdravotní gramotnost rozdělil na funkční, interaktivní a kritickou. Pro její jednotlivé úrovně je typická role jednotlivce, která může být pasivní, aktivní či pro-aktivní. Tento model ve své publikaci zmiňuje také Kickbusch (2004, s. 3), graficky znázorněn na obrázku č. 7 Do

pozornosti Nutbeam (2000, s. 263-264) prvně dává obecné definice pojmu gramotnost, na základě kterých lze definici funkční, interaktivní a kritické zdravotní gramotnosti jednoduše odvodit. Cílem funkční zdravotní gramotnosti je poskytnout a dále prohlubovat informace o zdravotních rizicích či o tom, jak se orientovat ve zdravotnickém systému. Role jednotlivce je zde pasivní, neočekává se přímá a oboustranná komunikace, neposiluje se jeho samostatnost ani nedochází k rozvoji jeho schopností řešit nestandardní zdravotní problémy. Poskytování a prohlubování informací na této úrovni zdravotní gramotnosti probíhá skrze informační letáky či brožury. Na úrovni interaktivní zdravotní gramotnosti je očekávána aktivní role jednotlivce. Záměrem interaktivní zdravotní gramotnosti je vést jednotlivce k větší samostatnosti, posílit jeho motivaci a mimo to i jeho odpovědnost při respektování pokynů. Zdravotničtí pracovníci zde nejsou ve význačné roli učitele, spíše zastávají roli konzultantů, kteří poukazují na možnosti volby. Nejvyšší úroveň zdravotní gramotnosti je zdravotní gramotnost kritická, která u jednotlivců rozvíjí schopnosti, díky kterým jsou schopni podílet se na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí (Nutbeam, 2000, s. 265).

Obrázek č. 7: Model zdravotní gramotnosti 4 – tři úrovně zdravotní gramotnosti



Zdroj: Kickbusch, 2004, s. 3, online/ Holčík, 2010, s. 160 (upraveno)

### 1.1.2 Rozvoj zdravotní gramotnosti

Nízká úroveň zdravotní gramotnosti je pro každou společnost závažným rizikovým faktorem. Vede k výskytu preventabilních nemocí ve společnosti, tedy k výskytu takových nemocí, ke kterým by vůbec nemuselo dojít, kdyby lidé věděli, jak jim lze předcházet. Pacienti s nízkou zdravotní gramotností obecně hůře spolupracují se zdravotnickým personálem, méně se podílejí na své léčbě a znemožňují tak dosažení potřebných výsledků. Obecně lze říci, že nízká zdravotní gramotnost je příčinou plýtvání prostředků, a to nejen finančních (Hamplová, 2019, s. 89).

Opatření přispívající k posílení gramotnosti definují Čeledová, Holčík et al. (2017, s. 73-74), kteří se shodují, že je nezbytné zdravotní gramotnost rozvíjet „*všude, kde se lidé vzdělávají, pracují, odpočívají a žijí*“. Důležitým faktorem je vlastní aktivní zapojení občanů, růst jejich schopností a snaha o spravedlnost. Dosavadní opatření, která přispívají k posílení či rozvoji zdravotní gramotnosti se osvědčila zejména:

- ve městech;
- v organizacích;
- ve vzdělávacích institucích;
- v obchodech;
- na pracovišti;
- ve zdravotnických zařízeních;
- v médiích a komunikaci;
- na sociálních médiích (Facebook, Twitter, YouTube apod.).

Například ve městech, napříč celou Českou republikou, probíhá program *Zdravá města*. Program *Zdravá města* je programem Světové zdravotnické organizace a v České republice funguje pod záštitou organizace Národní síť Zdravých měst České republiky. Program v ČR funguje již 30 let, od roku 1994 a do této chvíle „*má 139 členů, s regionální vlivem na 2347 měst a obcí, ve kterých žije 5,590 milionu obyvatel (51% populace ČR)*“ (Národní síť Zdravých měst, 2024, online). Toto opatření je velmi významné, jeho činnost se dotýká všech sociálních i profesních skupin jež se v daných městech vyskytují. Program *Zdravá města* „*soustavně rozvíjí zdravotní gramotnost občanů a rozšiřuje jejich podíl na zlepšení zdraví a životní pohody obyvatel města*“ (Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 73).

Dále se opatření osvědčila také v organizacích. Zdravotní gramotnost se týká všech zaměstnanců, organizace by měly její zvyšování považovat za součást své práce. Úkolem organizací je usnadňovat získávání zdravotních informací, informovat zaměstnance a nejen je, ale i své zákazníky o dosažitelnosti zdravotnických služeb. Zároveň by měly reagovat na zdravotní rizika a snažit se je eliminovat. S touto oblastí souvisejí i opatření prováděna na pracovišti (Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 73-74).

Zdravotní gramotnost se buduje již v dětství, významnou roli tak v jejím rozvoji mimo měst a organizací zastávají také vzdělávací instituce. Například ve školách mateřských, základních a středních probíhá program Světové zdravotnické organizace „*Škola podporující zdraví*“ (Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 73). Tento program „*řeší systematicky otázky a problémy v oblasti fyzického, psychického a sociálního zdraví... a zároveň je nástrojem včasné primární prevence civilizačních chorob, antisociálního chování a všech závislostí*“ (NZIP, 2024, online). V souvislosti s rozvojem zdravotní gramotnosti ve vzdělávacích institucích Hamplová (2019, s. 91) uvádí příklady dalších programů/ projektů, které jsou ve školách realizovány. Jedná se konkrétně o projekt Ovoce a zelenina do škol či Mléko do škol. Cílem těchto projektů je přispět *k trvalému zvýšení spotřeby ovoce a zeleniny, mléka a mléčných výrobků, vytvořit zdravé stravovací návyky ve výživě u dětí...* Pro dospělou populaci však v současné době v České republice neexistuje systematická podpora rozvoje zdravotní gramotnosti. Významnou roli v oblasti rozvoje zastávají neziskové a jiné organizace, které svými vzdělávacími či poradenskými aktivitami zaměřenými na oblast zdraví či obecně životního stylu, přispívají k rozvoji zdravotní gramotnosti. (NPI, 2022, s. 3). Toto tvrzení lze vztáhnout i na systematickou podporu rozvoje zdravotní gramotnosti seniorů.

Určité propojení lze nalézt v opatřeních, která byla stanovena pro oblast obchodu a zdravotnických zařízení. Jejich hlavním úkolem je lidem co nejvíce usnadnit rozhodování na základě poskytování potřebných a ověřených informací, které vedou ke zdravému životnímu stylu. Důležitým aspektem je komunikace, u které je potřeba, aby byla srozumitelná (Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 73-74).

Poslední oblastí, ve které jsou opatření vedoucí k rozvoji zdravotní gramotnosti významná, je oblast médií včetně médií sociálních. V obou případech je kladen důraz na kvalitu

sdělovaných zdravotních informací a jejich návaznost. Důležité je také čelit mylným a pro lidské zdraví nebezpečným informacím. Zdravotní informace jsou dostupné na Facebooku, Twitteru či YouTube a je žádoucí, aby byly průběžně kontrolovány a doplňovány (Čeledová, Holčík et al., 2017, s. 74).

Dle Hamplové (2019, str. 91) je ke zvyšování zdravotní gramotnosti potřeba pořádat zdravotnické kampaně, poskytovat skupinová či individuální poradenství ve vybraných oblastech životního stylu, např. na Dnech zdraví.

Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZČR) do roku 2030 plánuje realizovat aktivity, „*kteřé povedou k tvorbě nástrojů a politik přispívajících k ochraně zdraví a časnému záchytu nemoci, zlepšování zdraví české populace a podpory její zdravotní gramotnosti*“ (MZČR, 2020, s. 58). Jedním z cílů MZČR je vytvoření Národního programu zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti a zahájení jeho implementace a nastavení monitoringu zdravotní gramotnosti. Vysoká úroveň zdravotní gramotnosti je velkým přínosem pro celou společnost (Hamplová, 2019, s. 89). Skutečný význam zdravotní gramotnosti se však naplní až tehdy, kdy se s jejími principy a metodami „*seznámí co nejvíce lidí, když získané poznatky uplatní v praxi a když dále budou stavět na nových poznatcích a průběžně získaných zkušenostech*“ (Holčík, 2010, s. 148).

### **1.1.3 Zdravotní gramotnost seniorů a její rozvoj**

Zdravotní gramotnost by neměla být rozvíjena pouze individuálně. Je potřeba rozvíjet ji také ve směru společenském, napříč všemi sociálními a profesními skupinami. Těmi jsou např. zdravotničtí pracovníci, politici, učitelé a další. Ani zdravotní gramotnost seniorů by neměla být podceňována (Čevela et al., 2014, s. 104). Hamplová (2019, s. 91) s tímto názorem souhlasí a dále uvádí, že z hlediska zdravotní gramotnosti jsou považována za klíčová čtyři období lidského života. Jedním z nich je právě období *člověk na prahu stáří*, tedy sociální skupina seniori.

„*Zvýšená dostupnost zdravotních informací a zároveň vyšší potřeba samostatnosti seniorů poukazuje na důležitost kvalitní úrovně zdravotní gramotnosti*“ (Bártlová et al., 2018, s. 53). Oproti střední délce života, která se ve všech věkových kategoriích v ČR



prodlužuje, se tzv. zdravá délka života, tj. „*očekávaná doba, kterou jedinec prožije bez výrazných dlouhodobých zdravotních omezení*“, prodlužuje jen zvolna (Janovská et al., 2015, s. 3). Na toto tvrzení navazují Hroboň a Klimková (2023, s. 7), kteří souhlasí a doplňují, že lidé do seniorských let nevstupují jako zdraví lidé, čas získaný navíc stráví v nemoci, tedy s významně zhoršenou kvalitou života a vysokou potřebou nákladné léčby a sociálních služeb. Znalost a praktická dovednost správné péče o vlastní osobu a zdraví je základem bez něhož nelze zdravou délku života populace prodloužit (Janovská et al., 2015, s. 3).

Předpokladem prodloužení zdravé délky života je rozvoj zdravotní gramotnosti ve všech věkových kategoriích. Při rozvoji zdravotní gramotnosti seniorů je nutné respektovat částečný pokles jejich schopností čelit nejrůznějším potížím. Na straně druhé je však potřeba rozšiřovat možnosti pro to, aby mohlo dojít k využití jejich zkušeností. Dále je potřeba podporovat jejich zájem o zdravotní gramotnost a také podporovat jejich chuť zůstat aktivní po co nejdélší dobu (Čevela et al., 2014, s. 104). Autor dále definuje důležité oblasti rozvoje zdravotní gramotnosti seniorů a konkrétně mezi ně řadí:

- vzdělávání seniorů;
- posilování schopností seniorů ovládat informační a komunikační technologie;
- mobilitu seniorů;
- uplatnění seniorů;
- zdravotní péči o seniory;
- existenční zajištění seniorů;
- respektování role seniorů ve společnosti (Čevela et al., 2014, s. 98).

K rozvoji zdravotní gramotnosti ve velké míře přispívá vzdělávání seniorů. Toto vzdělávání může být jak obecné, které umožňuje zvyšovat zájem o dění v současném světě, tak i specifické. Specifickým vzděláváním je myšleno vzdělávání zaměřené na otázky zdraví, životního stylu, zdravotnického systému a jeho funkcí a další (Čevela et al., 2014, s. 98).

Janovská et al. (2015, s. 4-11) dále definuje základní rozsah potřebných kompetencí v oblasti zdravotní gramotnosti pro seniorský věk. Jednotlivé kompetence dělí do tří základních částí/ oblastí, které byly definovány modelem zdravotní gramotnosti 1 (graficky

znázorněno na obrázku č. 4). V oblasti podpory zdraví se jedná o kompetence v oblasti životního stylu a péče o prostředí. Životní styl je dále definován výživou, tělesnou aktivitou, denním režimem, vnitřní pohodou a svobodou od závislosti. „*Zdravotně gramotný člověk na prahu seniorského věku je aktivním spoluvůrcem prostředí, ve kterém žije, a aktivně přistupuje k adaptaci na vlastní stárnutí.*“ Druhou oblastí je oblast prevence nemocí, která je dále definována základní hygienou, prevencí infekčních či neinfekčních nemocí, postojem ke zdravotní péči a péči o zdraví. V neposlední řadě se jedná o oblast zdravotní péče. Lidé v seniorském věku dokáží rozpoznat příznaky poruch zdraví, dokáží si pomoci při poruše zdraví a v nemoci, dodržují léčebný režim atp. (Janovská et al., 2015, s. 4-11).

Bártlová et al. v letech 2016-2018 realizovali výzkum, jehož cílem bylo popsat úroveň zdravotní gramotnosti u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje. Jednou ze skupin obyvatelstva, u kterých byla zdravotní gramotnost měřena, byli senioři. Z celkových výsledků vyplývá, že neadekvátní, tedy nedostatečná zdravotní gramotnost byla zjištěna u 23,1 % dotázaných seniorů, problematická zdravotní gramotnost u 37,8 % dotázaných seniorů a dostatečná zdravotní gramotnost u 39,1 % dotázaných seniorů. Tato čísla odpovídají průměrným hodnotám české populace, srovnání s daty Státního zdravotnického ústavu z roku 2016. Nedostatečná zdravotní gramotnost byla zjištěna u 19,1 % dotázaných a problematická zdravotní gramotnost u 40,3 % dotázaných (Bártlová et al., 2018, s. 53-54). Například při návštěvě lékaře se tak může stát, že senioři působí dojmem, že všem zdravotním informacím, pokynům rozumí. Avšak doma, v momentě, kdy jsou o samotě, mohou být bezradní. Také se může stát, že pokyny zdravotníků plně nepochopili a díky tomuto nepochopení je budou plnit nepřiměřeně (Čevela et al., 2014, s. 105).

Na rozvoj zdravotní gramotnosti seniorů má vliv také jejich sociální a ekonomická situace, obě významným způsobem ovlivňují rozhodování v otázkách zdraví. Při řešení každého zdravotního problému je potřeba brát v úvahu jejich sociální okolí – rodinné vztahy, přátele, další sociální skupiny a jejich ekonomickou situaci včetně její perspektivy (Čevela et al., 2014, s. 105).

## 1.2 Zdraví 2030

Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, zkráceně nazván jako Zdraví 2030, byl schválen vládou České republiky dne 18. listopadu 2019. Samozřejmostí je návaznost na dřívější strategické materiály, kterými jsou například Zdraví 2020, Národní strategie elektronického zdravotnictví či Strategie reformy psychiatrické péče. Společně se schválením strategického dokumentu Zdraví 2030 došlo také ke schválení zastřešujícího cíle pro oblast zdravotnictví. Cílem zdravotnictví do roku 2030 je zajistit stav, kdy *„se zdraví u všech skupin obyvatel zlepšuje.“* V souvislosti s vyhlášením pandemie COVID-19 došlo k mimořádné aktualizaci strategického dokumentu Zdraví 2030 v části jeho priorit. Obecný cíl zdravotnictví zůstal nezměněn (MZČR, 2020, s. 3-4).

Strategický rámec Zdraví 2030 soustřeďuje specifické cíle celkem do tří cílů strategických. Konkrétními strategickými cíli jsou:

- 1) ochrana a zlepšení zdraví obyvatel;
- 2) optimalizace zdravotnického systému;
- 3) podpora vědy a výzkumu (MZČR, 2020, s. 50).

Jak již bylo naznačeno výše každý ze strategických cílů je rozpracován do podrobnějšího členění na cíle specifické. V návaznosti na téma diplomové práce si pozornost zaslouží specifický cíl č. 1.2, který se mimo jiné věnuje problematice zvyšování zdravotní gramotnosti. Z výsledků šetření vyplývá, že Česká republika, v porovnání s ostatními evropskými zeměmi, zaostává v úrovni zdravotní gramotnosti za průměrem. *„Zvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve schopnosti získávat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat se v intencích těchto informací“* (MZČR, 2020, s. 31). Na základě teoretických východisek uvedených průběžně v podkapitolách hlavní kapitoly 1 Gramotnost (zejména v částech, kde byla zdravotní gramotnost definována či uvedeny její modely) lze uvést, že ustanovení o nepříznivé situaci uvedené ve strategickém dokumentu Zdraví 2030 pokrývá kompletně všechny oblasti zdravotní gramotnosti.

## 2 Geragogika

Geragogika je jednou z mnoha pedagogických disciplín. Předmětem jejího zájmu jsou lidé v seniorském věku, respektive jejich učení, vzdělávání, sebevýchova i výchova. Pro geragogiku nebyly vytvořeny zvláštní principy výchovně-vzdělávacího procesu, ve výchovně-vzdělávacím procesu tak aplikuje principy obecné, které přizpůsobuje specifickým podmínkám vzdělávání seniorů. Společně s tím však dále zkoumá možnosti jejich motivace, způsoby jejich vzdělávání a sebevzdělávání (Kolář, 2012, s. 43). Obecně je geragogika relativně novou disciplínou, prochází procesem legitimizace, obsahově a terminologicky se stále ještě vyvíjí (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 17). Jednotliví autoři tak vedou diskuse o tom, jaké místo v systému věd geragogika zastává, co je předmětem a objektem jejího zájmu, ale i o tom, jak tuto disciplínu vlastně nazývat. V literatuře je tak možné setkat se s mnoha různými pojmy:

- gerontopedagogika;
- gerontagogika;
- gerontogogika;
- geragogie;
- vzdělávací gerontologie;
- gerontologické vzdělávání;
- vzdělávání seniorů;
- eldergogy (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 17-18).

Průcha a Veteška (2014, s. 117) a dále i Veteška (2016, s. 156) tuto disciplínu nazývají gerontagogikou a definují ji jako aplikovanou andragogickou disciplínu jejímž předmětem je výchovně-vzdělávací práce s dospělými a seniory. Na výchovně-vzdělávací práci pohlížejí ze dvou hledisek. První z nich je ve smyslu výchovy a vzdělávání ke stáří či učení se stárnout, a to druhé ve smyslu aktivizace a vzdělávání již v samotném stáří.

V Andragogickém slovníku (Průcha a Veteška, 2014, s. 304) je také mimo pojem gerontagogika definován i pojem vzdělávání seniorů. Autoři vzdělávání seniorů definují jako „*oblast teorie a praxe, která se zabývá intencionálním edukačním působením*“ a dále uvádějí, že v českém a slovenském prostředí je tato problematika k nalezení pod názvy

gerontopedagogika, geragogika či gerontagogika. Potvrzují tím terminologickou nejednotnost oboru.

Špatenková a Smékalová (2015, s. 18) uvádí, že geragogika v užším pojetí zaměřuje svou pozornost pouze na seniory. Pojetí Průchy a Vetešky by se tak dalo charakterizovat jako širší pojetí geragogiky, které dává do pozornosti nejen seniory, ale i dospělé, které na stáří připravuje. Geragogika je oblastí společenské činnosti, teoretickou disciplínou i studijním oborem. Výstižnou definici geragogiky ve své publikaci uvádí Šerák (2009, s. 189), konkrétně geragogiku definuje jako „*teorii výchovy a vzdělávání pro stáří a ve stáří.*“

Hlavními zdroji geragogiky jsou pedagogika a andragogika. Kolář (2012, s. 43) uvádí, že geragogika je součástí andragogiky. Průcha a Veteška (2014, s. 117) toto tvrzení ještě zpřesňují a geragogiku definují jako aplikovanou andragogickou disciplínu. Mimo to geragogika přesahuje i do psychologie, sociologie a filozofie.

## 2.1 Stáří a senior

Stáří, „*poslední vývojová etapa, která uzavírá lidský život*“ (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 49). V literatuře se věková hranice dosažení stáří liší, Špatenková a Smékalová (2015, s. 49) uvádí, že za „*počátek stáří je dnes považován věk 65+, o vlastním stáří se pak hovoří od věku 75+.*“ Obecně lze říci, že s tímto souhlasí také Bártlová et al. (2018, s. 18), kteří v letech 2016-2018 realizovali výzkum, jehož cílem bylo popsat úroveň zdravotní gramotnosti u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje. Jednou z cílových skupin, u kterých byla zdravotní gramotnost měřena, byli senioři. A právě věk 65+ byl kritériem pro zařazení do výzkumného souboru. I Haškovcová (2010, s. 20) uvádí věk 65+ jako milník, kdy společnost začíná člověka považovat za starého a věk 75+ považuje za skutečné stáří. Mimo obecné určení počáteční věkové hranice stáří, lze stáří rozčlenit také do několika fází, Haškovcová (2010, s. 20) na základě věkové kategorizace uvádí fáze následující:

- střední, nebo též zralý věk (45-59 let);
- vyšší věk, nebo též rané stáří (60-74 let);
- stařecký věk, nebo též sénium či vlastní stáří (75-89 let);

- dlouhověkost (90 let a více).

Další možnost věkové kategorizace stáří uvádí například Von Humboldt a Leal (2014). Autorky stáří (neboli *late adulthood*) rozčlenily do tří kategorií a konkrétně je nazývají:

- young old (60-69 let, odpovídá ranému stáří);
- middle-aged old (70-79 let, odpovídá vlastnímu stáří);
- old-old (80 let a více, odpovídá dlouhověkosti).

Kromě věkového určení, lze stáří členit také dle jeho typologie. Literatura pracuje s pojmy – biologické stáří, sociální stáří a kalendářní stáří.

S pojmem stáří se velmi úzce pojí pojem senior. Definovat jej však není jednoduché (Janiš a Skopalová, 2016, s. 33). Autoři doplňují, že faktory určující označení člověka za seniora jsou ve velké míře subjektivní. Benešová (2014, s. 14) s tímto názorem souhlasí a doplňuje, že obecnou skupinu geragogiky, tj. seniory, jednoznačně definovat nelze. Senioři se odlišují svými zkušenostmi, psychickým i fyzickým stavem, mají odlišné osobnostní předpoklady, jiné zájmy atp. Jediný faktor, který lze označit za objektivní je kalendářní věk (Janiš a Skopalová, 2016, s. 34). Toto potvrzuje definice pojmu senior od Hartla (2004, s. 239), jehož definice je založená pouze na kalendářním věku – „*senior, označení lidí starších 60 let.*“

## 2.2 Edukace seniorů

Výchova, vzdělávání, edukace – tři pojmy vztahující se k výchovně-vzdělávacímu procesu. V pedagogickém pojetí je výchova chápána jako proces záměrného a cílevědomého působení na osobnost člověka, jejímž cílem je dosáhnout pozitivních změn v jeho myšlení, způsobech chování, hodnotách, názorech a postojích. Druhé širší pojetí výchovy definuje výchovu z hlediska psychosociálního a chápe ji jako nejen záměrné, ale i nezáměrné působení osob a okolí. Výchova je tedy uskutečňována i nezáměrně, na základě životních prožitků a zkušeností. V andragogice stojí výchova na okraji zájmu, i přesto, že v praxi různé typy výchovy realizuje – například osvětové aktivity zaměřené na zdravý životní styl atp. (Průcha a Veteška, 2014, s. 289). S výchovou je úzce spojen pojem vzdělávání. Např. Průcha a Veteška (2014, s. 301) pojem vzdělávání definují jako „*proces řízeného učení*

*a vyučování, k němuž dochází typicky v edukačním prostředí školy nebo v jiném edukačním prostředí.*“ Kolář (2012, s. 110) doplňuje, že vzdělávání má vždy své cíle a konkrétní obsahy. Pojem edukace v obecném významu *„vyjadřuje veškeré situace, při nichž probíhají nějaké edukační procesy, tj. dochází k nějakému druhu učení (záměrnému i bezděčnému)“* (Průcha a Veteška, 2014, s. 93). Autoři dále uvádějí, že edukací není jen učení a vyučování ve školní situaci. Je jí např. i působení zdravotnické osvěty či samostudium cizích jazyků.

V geragogickém kontextu je tak obecně mnohem vhodnější používat pojem edukace než tradiční výraz 'výchova a vzdělávání' (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 35). Jak vyplývá z definic uvedených výše, tradiční výraz 'výchova a vzdělávání' se vztahuje pouze k řízeným vzdělávacím procesům v prostředí školy (Průcha a Veteška, 2014, s. 93). Kolář (2012, s. 36) dále doplňuje, že využívání pojmu edukace je vhodnější i s ohledem k mezinárodní terminologii.

Edukace seniorů je předmětem geragogiky. Mimo to lze edukaci seniorů charakterizovat také jako přípravu na stáří, cestu ke kvalitě života ve stáří či jako druhý životní program (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 35-45). Edukace seniorů je specifická a relativně samostatná oblast vzdělávání dospělých (Šerák, 2009, s. 183). Autor dále doplňuje, že má mnoho společného se vzděláváním zájmovým. Společnými znaky je charakter dobrovolnosti, orientace na volný čas, uspokojení individuálních, zpravidla neutilitárních potřeb. Zároveň se však typickými vlastnostmi od zájmového vzdělávání odlišuje (motivы či cíli), a to právě svým zaměřením na osoby v postproduktivním věku. Veteška (2016, s. 159) edukaci seniorů charakterizuje jako:

- *„veškeré situace, při nichž probíhají edukační procesy, tedy dochází k učení (intencionálnímu či bezděčnému);*
- *záměrné a cílevědomé formování člověka, jeho vychovávání a vzdělávání (formální, neformální i informální);*
- *významný prostředek aktivizace jedince;*
- *součást konceptu a systému celoživotního učení a vzdělávání.*“

Oblast edukace seniorů netvoří jednotný a provázaný systém. Může mít charakter neprofesního všeobecného seniorského vzdělávání či podobu inovace odborných znalostí

a dovedností (Klevetová, 2017, s. 62-63). Edukační aktivity seniorů zahrnují široké rozpětí vzdělávacích programů. Na jedné straně mohou být programy zaměřené na profesní vzdělávání, např. kurzy zaměřené na prohlubování znalostí a dovedností pro setrvání či (znovu)zapojení na trh práce. Na straně druhé vzdělávání zájmové, zaměřené na rozvoj dovedností užitečných např. pro dobrovolnické aktivity až po kurzy se zaměřením na osobnostní rozvoj (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 38). Janiš a Skopalová (2016, s. 87) uvádí, že edukační aktivity seniorů jsou zpravidla jejich volnočasovou aktivitou. Špatenková a Smékalová (2015, s. 38) doplňují, že kromě kvalitního trávení volného času seniorů jsou edukační aktivity také efektivním prostředkem rozvoje osobnosti a navýšení kulturního kapitálu, příležitostí k seberealizaci atp. Edukační aktivity zvyšují adaptabilitu seniorů a napomáhají jim k snadnějšímu zvládnutí nejrůznějších společenských změn. Účast na vzdělávání zabraňuje sociálnímu vyloučení a má pozitivní vliv na zdraví. Senioři edukačním procesem nabývají nových informací, které jim umožňují být psychicky vyrovnanější. Získávají přehled nad každodenním životem a zároveň s tím i možnost volby nad uspořádáním si vlastního spokojeného stáří (Veteška, 2016, s. 158).

Edukace seniorů ale není jen o vědomostech. Velmi významným faktorem je sociální kontakt, který edukací senioři získávají. Senioři přicházejí do kontaktu s okolním prostředím, lektory a ostatními účastníky. Na vzdělávací aktivitě senioři tedy nezískávají jen vědomosti, znalosti a dovednosti, ale získávají také pocit potřebnosti a užitečnosti. Edukační aktivity uspokojují nejen intelektuální, ale především jejich sociální a emoční potřeby (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 34-35). Edukace seniorů tak plní celou řadu neméně důležitých funkcí. První členění uvádí Haškovcová (2010, s. 129), která mezi funkce edukace seniorů řadí funkce:

- preventivní;
- rehabilitační;
- posilovací;
- komunikační.

Na toto rozdělení navazují Špatenková a Smékalová (2015, s. 38), které srovnávají modely rozdělení funkcí edukace seniorů napříč odbornou literaturou. Autorky představují možnou



kategorizaci funkcí dle specifického zaměření a vyjma čtyř funkcí výše zmíněných doplňují funkce následující:

- anticipační;
- kompenzační;
- aktivizační;
- relaxační;
- mezigeneračního porozumění.

### **2.2.1 Gerontodidaktika**

Gerontodidaktika. Odborný výraz složený z pojmů geront a didaktika. Pojem 'geront' je zde v postavení odborného výrazu pro starého člověka či seniora (podrobněji výše v kap. 2.1 Stáří a senior) a v pojmu didaktika je skryta teorie o edukačních procesech. Jedná se o edukační procesy, které jsou intencionální, tedy záměrné či účelově plánované a na jejichž základě jsou konstruovány modely učení a vyučování, způsobů zjišťování a hodnocení edukačních procesů (Průcha a Veteška, 2014, s. 82).

Gerontodidaktika tak představuje teorii o intencionálních edukačních procesech jejichž objektem jsou senioři a které respektují jejich edukační specifika (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 113). Autorky z edukačního procesu dále odvozují proces didaktický, který chápou jako interakci mezi činností lektora (lektorováním) a činností seniora (učení se) s akcentem na oboustrannou zpětnou vazbu. Za předmět didaktického procesu považují základní didaktické kategorie. Autorky mezi ně řadí:

- cíle,
- obsahy,
- metody,
- formy a prostředky,
- didaktické zásady a podmínky.

Na následujících řádcích jsou vybrané didaktické kategorie (cíle, metody, formy a prostředky) podrobněji definovány.

## Cíle

Cíle jsou jednou z nejdůležitějších didaktických kategorií. Jejich adekvátní vytyčení je velmi důležité, lektor skrze ně vzbuzuje u seniorů pozornost a motivaci. Volba vhodných činností lektorovi poskytuje možnost jejich aktivizace, usměrnění a řízení (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 118). Veteška, Vacínová et al. (2011, s. 86) vzdělávací cíle definují jako konkrétní znalosti, dovednosti a vědomosti. V geragogice se jedná o znalosti, dovednosti a vědomosti, které si v průběhu edukačního procesu osvojují senioři. Lze říci, že Špatenková a Smékalová (2015, s. 118) definici Vetešky, Vacínové et al. shrnují, vzdělávací cíle považují za očekávané výsledky edukačního procesu.

Správně definovaný cíl by měl být zřetelný, konkrétní a seniorům srozumitelný. Měl by být vymezen v souladu s metodou SMART. Pokud tento stav nastane, cíl se stává motivem k učení (Veteška, Vacínová et al, 2011, s. 88). Průcha a Veteška (2014, s. 63) doplňují, že optimální stanovení cílů je možné pouze v případě, že jsou zjištěny:

- *„vzdělávací potřeby učících se subjektů a zamýšlené změny v jejich poznání a chování,*
- *podmínky k dosahování změn a k vyhodnocování míry dosahovaných změn.“*

Stanovený vzdělávací cíl tak ovlivňuje množství učiva, které má být seniorům předáno, výběr pomůcek, které budou při edukaci využity a další (Veteška, Vacínová et al., 2011, s. 86).

Tomczyk (2014, s. 64) přináší další pohled na vzdělávací cíle v edukaci seniorů. Uvádí, že v případě přenesení důrazu při edukaci seniorů z výuky na učení, lze seniory zapojit do vytváření jejich vlastních vzdělávacích cílů. Vzdělávací cíle se tak stávají jejich individuálními projekty, které plně odpovídají jejich potřebám.

Ani ty nejsprávněji zvolené vzdělávací cíle však nemohou zaručit didaktický úspěch, pokud nejsou provázány s vhodnými vzdělávacími aktivitami. Tento úkol plní vhodně zvolené didaktické metody (Skibińska in Tomczyk, 2014, s. 68).

## Metody

Didaktické metody představují způsoby zprostředkování učiva. Jinými slovy představují cestu, která vede k naplnění předem stanovených vzdělávacích cílů. Výběr didaktických metod by měl probíhat na základě kritérií, které se odvozují od základních didaktických kategorií, zejména od předem stanovených vzdělávacích cílů a obsahu učiva. Je potřeba položit si otázku, zda „*bude cílů prostřednictvím vybraných metod dosaženo a zda je možné určitou metodou vybrané učivo prezentovat*“ (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 125). Výběr didaktických metod závisí plně na lektorovi. Autorky dále uvádějí, že obecně lze definovat tři velké skupiny didaktických metod ve vzdělávání seniorů, konkrétně metody:

- tradiční,
- aktivizační,
- kreativní.

Za klasické didaktické metody Průcha a Veteška (2014, s. 183) považují vysvětlování, vyprávění, práci s textem, demonstraci experimentu, didaktické hry a další. Špatenková a Smékalová (2015, s. 125-143) doplňují metody, které jsou využitelné pro edukační aktivity seniorů a k výše uvedenému výčtu přidávají – přednášku, rozhovor, diskusní metody, metodu problémového výkladu, dramatizaci, kazuistiku, brainstorming a brainwriting. Uvádějí také metody více specifické, například – Vennův diagram, Heuristickou metodu, Sokratovskou metodu, Gordonovu metodu, Bonovu metodu či 'rybí kost'. Didaktickým metodám v edukaci seniorů se věnuje např. také Tomczyk (2014, s. 69), nové metody však nepřináší.

## Formy

Didaktické formy představují „*vnější organizační uspořádání vzdělávací akce*“ (Průcha a Veteška, 2014, s. 115). Autoři dále uvádí, že didaktické formy obecně můžeme členit dle délky trvání akce, prostředí, organizačního uspořádání či zaměření vzdělávacího procesu. Ve shodě s Průchou a Veteškou uvádí další členění didaktických forem Mužík (2011, s. 84), dle kterého vzdělávání dospělých (resp. edukace seniorů) probíhá vždy jednou ze

čtyř základních forem, konkrétně – přímou výukou, distanční výukou, kombinovanou výukou či sebevzděláváním. Špatenková a Smékalová (2015, s. 145) doplňují, že edukace seniorů je nejčastěji realizována formou přímé výuky, případně sebevzděláváním. Autorky dále definují didaktické formy s ohledem na edukační specifika seniorů a možnosti, které přímá výuka nabízí, konkrétně se jedná o:

- hromadnou výuku;
- kooperativní výuku;
- problémovou výuku.

Špatenková a Smékalová (2015, s. 145) dále uvádějí didaktické formy, kterými je vhodné realizovat skupinovou výuku seniorů, konkrétně se jedná o:

- exkurze,
- zájezdy,
- výjezdy,
- tematické večery,
- výstavy,
- autorská čtení,
- návštěvy muzeí, galerií, botanických a zoologických zahrad, hvězdáren atp.

## **Prostředky**

„*Vše, co vede v didaktickém procesu k dosažení jeho cílů*“, lze označit za didaktický prostředek (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 145). Kolář (2012, s. 30) doplňuje, že chápání didaktických prostředků v tomto pojetí je v širším slova smyslu. V tom užším se jedná „*o materiální předměty, které zajišťují, podmiňují a zefektivňují průběh vyučovacího procesu.*“ V tomto pojetí lze tedy didaktické prostředky chápat jako didaktické pomůcky. Špatenková a Smékalová (2015, s. 145) s definicí Koláře souhlasí, didaktické prostředky člení na:

- nemateriální (metody a formy),
- materiálně-didaktické (učební a textové pomůcky, pořady, výuková technika a výukové prostory).

Autorky dále doplňují, že ve vzdělávání seniorů je velmi důležitým didaktickým prostředkem tištěný textový materiál.

### **2.2.2 Specifika ve vzdělávání seniorů**

„Vzdělávací proces je v zásadě stejný pro všechny věkové kategorie. Ve vzdělávání seniorů je však nezbytné respektovat specifika, možnosti a limity stárnoucích a starých lidí“ (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 58). Mezi účastníky vzdělávání totiž existují značné rozdíly. Autorky uvádí, že se nejedná jen o rozdíly věkové, značné rozdíly mezi účastníky jsou také ve fyzických, psychických či kognitivních schopnostech, v dosaženém vzdělání, socioekonomickém statusu či v jejich zájmech a potřebách. Starší lidé se také odlišují ve svých prioritách, zvycích a životním stylu. Jediné, co je spojuje, je zpravidla pouze účast na vzdělávací aktivitě (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 57). Tomczyk (2014, s. 64-65) odlišnosti doplňuje a uvádí, že mimo jiné souvisí s několika zásadními otázkami. Pozornost je dle něj potřeba věnovat specifickým vlastnostem účastníků vzdělávání, resp. seniorů, jako jsou například jejich životní zkušenosti, motivace či preferovaný způsob učení. Dalším autorem věnující se specifikům ve vzdělávání seniorů je například Veteška. Autor zdůrazňuje změny ve fyzických a psychických schopnostech a uvádí, že je potřeba respektovat s věkem narůstající zatížení organismu. Jedná se jak o zatížení biologické, tak i psychické (Veteška, 2016, s. 160).

Při přípravě vzdělávacích aktivit, které jsou určeny pro seniory, je úkolem lektora vzít jednotlivá specifika ve vzdělávání seniorů v úvahu (Skibińska in Tomczyk, 2014, s. 71). Benešová (2014, s. 95-96) představuje konkrétní výčet oblastí, které je s ohledem na specifika nezbytné zohlednit. Jedná se o:

- používání adekvátních forem vzdělávání seniorů přizpůsobené k jejich věku;
- zaměření se na organizaci vzdělávací aktivity;
- zvolení vhodné normy pro posuzování výsledků vzdělávání;
- respektování zvláštností vycházejících z psychických i fyzických změn v procesu stárnutí;
- odlišování vzdělávacích podmínek seniorů z pohledu věkové diferenciacce;

- vytváření takových vzdělávacích programů, které pomáhají řešit i osobní a nadosobní problémy;
- vytváření co nejvíce tvořivých aktivit pro seniory;
- poskytování emocionální podpory;
- podporování aktivního modelu života ve stáří.

Kromě výše zmíněných fyzických, psychických a sociálních změn lze mezi specifika ve vzdělávání seniorů zařadit také oblast motivace seniorů k jejich dalšímu vzdělávání se. Vybraná specifika jsou podrobněji definovaná níže.

### **Fyzické změny**

Biologické stárnutí označuje změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni. Tyto změny postihují tělesné tkáně a orgány, avšak neprobíhají u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem. Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí (Klevetová, 2017, s. 19). Vágnerová et al. (2007, s. 312) doplňuje, že na zdravotní stav ve stáří a rychlost involučních změn má mimo genetických predispozicí a životního stylu vliv také životní prostředí a typ zaměstnání, které člověk v průběhu života vykonával. Langmeier a Krejčířová (2006, s. 204) upozorňují, že v rámci fyzických změn ve stáří probíhají nejzávažnější změny ve smyslovém vnímání, konkrétně se jedná o zhoršení zraku a sluchu. Langer a Šerák (2023, s. 6) doplňují, že po dosažení šedesátého roku života lze výrazné zhoršení zraku pozorovat u 90% osob a výrazné zhoršení sluchu u 30% osob.

Fyzické změny včetně změn zdravotních jsou faktory, které v procesu edukace seniorů hrají velmi významnou roli. Stárnutí je přirozený fyziologický proces, při kterém dochází k řadě změn postihujících lidský organismus (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 64-65). Mimo výše zmíněných změn, tj. zhoršení zraku a sluchu, autorky doplňují, že se změny v oblasti fyzické projevují také zhoršením odolnosti vůči nepříznivým a rušivým vlivům a úbytkem energie.

Neméně významnou fyzickou změnou, která ve stáří nastává, je ubývání rychlosti pohybů, na úrovni motorické se jedná o celkové zpomalení seniora – v chůzi či jemné motorice (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 64-65).

### **Psychické změny**

Ubývání rychlosti pohybů u seniorů se projevuje i na úrovni psychické – zhoršeným vybavováním či zpomaleným tempem myšlení (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 64-65). Autorky dále uvádí, že obvykle dochází k celkovému zpomalení psychických procesů a mimo zhoršení pamětních funkcí se zhoršuje i pozornost seniorů. Tyto změny způsobují pokles celkového výkonu, negativně se mohou projevit také v komunikaci (Langer a Šerák, 2023, s. 6). V souvislosti se zhoršením pamětních funkcí autoři doplňují, že postižena bývá obvykle vizuální paměť a paměťová schopnost se přesouvá z mechanické na logickou. Dlouhodobá paměť je věkem postižena výrazně méně než paměť krátkodobá, může být však emočně zkreslena. Také inteligence v průběhu let doznává jistých změn. Schopnost učit se novým věcem, řešit problémy pod časovým stresem či přecházet z jednoho způsobu myšlení k druhému klesá. Jedná se o tzv. fluidní inteligenci. Naopak krystalická inteligence zůstává v pozdějším věku relativně zachována, případně se může i mírně zvyšovat. Jedná se o inteligenci, která vychází ze zkušeností, které jsou získávány spontánně, případně i formálním vzděláním (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 204).

Psychické změny ovlivňují také rychlost učení. Starším lidem osvojování nových poznatků zabere více času (Langer a Šerák, 2023, s. 4).

### **Sociální změny**

Ve stáří se člověku známé sociální role redukuje a přibývají nové, ne vždy příliš příznivé. To vše pro seniory znamená poměrně velkou zátěž (Vágnerová, 2007, s. 415). Sociální kontakty v životě seniorů přirozeně řídnu – přátelé, kamarádi a známí umírají či jim zdravotní omezení nedovolují se stýkat. Senioři se často mohou cítit osamocení a izolovaní. Edukace seniorů tak není jen o vědomostech, velmi významným faktorem je sociální kontakt, který v průběhu edukace získávají. Senioři přicházejí do kontaktu

s okolním prostředím, lektory, ostatními účastníky... zejména tedy se svými vrstevníky. Dostává se jim tak možnosti navazovat nová přátelství (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 34-35, s. 70). Krupková et al. (2022, s. 114) doplňují, že senioři vyhledávají vzdělávací aktivity z důvodu sociálního kontaktu s podobně smýšlejícími lidmi.

## **Motivace**

*„Specifikum edukace v období stáří tkví především v tom, že na seniory není vyvíjen tlak na získání kvalifikace ani na její zvyšování“* (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 72). Vnější motivace ve vzdělávání seniorů má tedy jen minimální zastoupení. Jak autorky dále uvádí, významnou roli naopak zastává motivace vnitřní, která vychází z vlastních pohnutek daného jedince. V seniorském věku je vzdělávání dobrovolné, senior se rozhoduje sám a svobodně, zda se vzdělávacích aktivit zúčastní, sám a svobodně také volí obsahové zaměření. V tomto věku vzdělávání může být považováno za koníček, senioři se v tomto případě snaží získávat více informací o tom, co je zajímavé (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 72-73). Spojitost se zájmovým vzděláváním dává do pozornosti také Šerák (2009, s. 183), konkrétně uvádí, že vzdělávání seniorů má mnohé společné znaky se zájmovým vzděláváním (dobrovolnost či orientace na volný čas), upozorňuje však na skutečnost, že zařazování vzdělávání seniorů pouze do segmentu zájmového vzdělávání je chybné. I Veteška, Vacínová et al. (2011, s. 145) tuto spojitost potvrzují, uvádí, že motivace seniorů vychází ze *„vzdělávacích potřeb a motivů rozšířit, doplnit či prohloubit stávající poznatky, orientovat se v současném společenském dění a nezůstat v rychle měnícím se světě pozadu.“*

Motivace ve vzdělávání seniorů je různorodá, záleží na mnoha faktorech, např. na dosaženém vzdělání, dřívější účasti na dalším vzdělávání, dříve rozvinutých zájmech, účasti na kulturním životě a mnohém dalším (Beneš, 2008, s. 90). Autor dále definuje hlavní motivy seniorů, řadí mezi ně:

- touhu po sociálních kontaktech,
- snahu najít smysl života ve vědomí vlastní konečnosti,
- zvládání tělesných, psychických a sociálních změn,



- udržování vlastních sil.

I Šerák (2009, s. 193) uvádí, že motivy seniorů ke vzdělávání jsou velmi různorodé. S motivy, které uvádí Beneš (2008, s. 90) se shoduje a doplňuje dvě nové oblasti – naplnění osobních zájmů a uskutečnění toho, co lidé nestihli v době své ekonomické aktivity. Další motivy seniorů přináší Tomczyk (2014, s. 68), který uvádí, že nejčastějším motivem seniorů ke vzdělávání je zlepšení sebevědomí a zlepšení kvality života.

### 2.2.3 Lektor ve vzdělávání seniorů

Kolář (2012, s. 70) ve Výkladovém slovníku z pedagogiky definuje osobu lektora dvěma způsoby. Prvně pojmem lektor označuje vyučující na vysoké škole. V souvislosti s tématem diplomové práce však bude pozornost věnována pojetí druhému. V druhém pojetí je totiž lektor chápán jako vyučující v rámci vzdělávání dospělých pro jakýkoliv vzdělávací kurz. Lektor vede vzdělávací proces dospělých, metodicky se podílí na přípravě vzdělávacího projektu. Jeho úkolem je stanovení adekvátních forem a metod vzdělávání, dále vybírá nejvhodnější didaktické pomůcky a techniky a mimo to zajišťuje také evaluaci vzdělávací akce (Průcha a Veteška, 2014, s. 172). Tyto činnosti jsou stěžejní i pro lektora ve vzdělávání seniorů, definici Průchy a Vetešky tak lze využít i v tomto kontextu. Lektor ve vzdělávání seniorů vede vzdělávací proces, metodicky se podílí na přípravě vzdělávacího projektu. Úkolem lektora není jen poskytování informací, především ve vzdělávání seniorů je důležité, aby přicházející informace senioři jen pasivně nevstřebávali. Role seniorů by měla být aktivní a samostatnější, úkolem lektora je vést seniory k uvědomění a podrobení kritice toho, co berou jako samozřejmost. Lektor by tak měl seniorům pomoci aktivně a samostatně uvažovat (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 181).

Lektor ve vzdělávání seniorů musí být citlivý k individuálním charakteristikám seniorů, jako je zdravotní stav, motivace, předchozí zkušenosti, socioekonomický status atd. Jak uvádí Špatenková a Smékalová (2015, s. 183) „*seniorský věk svými specifiky předurčuje parametry edukace, na které by měl být lektor seniorského vzdělávání náležitě připraven.*“ Janiš a Skopalová (2016, s. 87) zdůrazňují, že „*ne každý „učitel“ je kompetentní vzdělávat i seniory.*“ Krystoň a Gracová (2018, s. 198) na toto tvrzení navazují a zdůrazňují potřebu

specifické přípravy lektorů v závislosti na edukační realitě, v níž budou působit. Autoři dále uvádí, že každý lektor ve vzdělávání seniorů by měl znát obecné, vědecky ověřené poznatky o jednotlivých attributech procesu učení u této skupiny lidí.

Konkrétní kompetence, kterými by měl lektor ve vzdělávání seniorů disponovat, jsou uspořádány do kompetenčních modelů. Skutečnost je ale taková, že neexistuje mnoho návrhů kompetenčních modelů, které jsou specificky zaměřené právě na osobu lektora ve vzdělávání seniorů (Krystoň a Gracová, 2018, s. 200). Špatenková a Smékalová (2015, s. 187-188) jeden z kompetenčních modelů sestavily, skládá se z celkem 4 kompetencí. Dříve než budou jednotlivé kompetence představeny, je potřeba zmínit, že je autorky uspořádaly dle kritéria rolí profesionálního lektora, který vystupuje v edukačním procesu. Konkrétně se jedná o roli odborníka, lektora, geragoga a roli osobnosti lektora. Role **odborníka** odpovídá na otázku „**CO**“ má předávat?, role **lektora** na otázku „**JAK**“ to má předávat?, role **geragoga** „**KOHO**“ se předávání týká? a v neposlední řadě role **osobnosti lektora**, která odpovídá na otázku „**KDO**“ předává?.

Na základě výše uvedených rolí lektora ve vzdělávání seniorů autorky vytvořily kompetenční model, graficky znázorněný na obrázku č. 11, který se skládá z kompetence odborné, lektorské, andragogicko-pedagogické a osobnostní. Krystoň a Gracová (2018, s. 197-201) do pozornosti dávají možnou pátou kompetenci, konkrétně kompetenci etickou. Lektor ve vzdělávání seniorů by měl být trpělivý, slušný, empatický, respektovat účastníky a vytvářet pozitivní atmosféru. Autoři doplňují, že na základě teoretických analýz a empirických zjištění se kompetence etická ukazuje jako jedna z klíčových. Špatenková a Smékalová (2015, s. 188) s kompetencí etickou ve svém kompetenčním modelu také pracují, považují ji však za součást kompetence osobnostní.

Obrázek č. 11: Kompetenční model lektora ve vzdělávání seniorů

kompetence	dílčí kompetence	kompetenční kotvy
osobnostní	etická	humanizační aspekty a zdvořilost, být schopen vyjádřit respekt, úctu, toleranci, objektivitu; mít trpělivost, odpovědnost
	intersubjektivní	vyjadřuje sdílení, být schopen vyjádřit porozumění, empatii; mít ochotu pomáhat
	empirická	široký kompetenční základ; mít rozhled a být schopen akceptovat ponaučení
	seberefektivní	umožňuje posoudit své chování a vyvodit z něj patřičné závěry; mít ochotu k celoživotnímu učení; být schopen reflektovat intrapsychické procesy a aplikovat pravidla psychohygieny
odborná	oborová	mít a garantovat odborné vědomosti, dovednosti a zkušenosti z oboru; sledovat jeho aktuální vývoj
	mezioborová	znalost oborového přesahu do příbuzných disciplín
andragogicko-geragogická	andragogická	penzum vědomostí a dovedností z teorie a metodologie andragogiky
	geragogická	specifické znalosti a dovednosti z geragogiky; být schopen aplikovat metodiku práce se seniory
lektorská ("know-how")	didaktická	dovednost aplikovat adekvátní metody a formy; dodržovat didaktické zásady; mít informační a počítačovou gramotnost; pracovat systematicky a tvořivě
	psychodidaktická	být schopen užívat rozmanité zpětné vazby; dokázat naslouchat a citlivě vnímat projevy účastníků; využívat humor; prokládat učivo zajímavostmi a zkušenostmi ze života
	psychosociální	umožňuje vytvářet pozitivní psychosociální klima; podporovat důvěru ve schopnost a zkušenost druhých; užívat sociotechniky; vytvářet prostor pro facilitaci a poradenství
	interpersonální	být schopen vnímat skupinovou dynamiku; dovednost diagnostikovat; podporovat komunikaci, interaktivitu, kooperaci
	rétorická	vyjadřuje dovednost efektivně používat verbální, neverbální i paralingvistické formy komunikace; dovednost autenticky komunikovat a schopnost zaujmout
	manažerská	být schopen projektovat, organizovat, řídit a evaluovat vzdělávací akce a programy

Zdroj: vlastní zpracování dle Špatenková a Smékalová (2015, s. 188)

#### 2.2.4 Možnosti edukace seniorů v ČR

V České republice je v současné době pro seniory k dispozici rozsáhlá nabídka forem vzdělávání v různých institucích a to nejen v těch vzdělávacích. Jednak se jedná o realizaci

edukačních aktivit pro seniory v rámci specializovaných institucí (Univerzity třetího věku, Akademie třetího věku), jednak v prostředí knihoven, divadel, muzeí, tělovýchovných spolků apod. Významnou roli ve vzdělávání seniorů hrají také kluby seniorů a masmédi (Šerák a Dvořáková, 2009, s. 31). Ve sféře seniorské edukace však jednoznačně dominuje organizovaná výuka, v převážné míře je tak segment seniorské edukace závislý na činnosti specializovaných institucí (Šerák, 2015, s. 93). Ve vzdělávání seniorů jsou edukační aktivity zajišťovány:

- školami (především vysokými školami prostřednictvím Univerzit třetího věku) a školskými institucemi;
- neziskovými organizacemi (rozpočtovými a příspěvkovými organizacemi, nadacemi, církvemi, občanskými sdruženími, odbory, politickými stranami);
- komerčními vzdělávacími institucemi (na komerčním základě mohou v oblasti vzdělávání seniorů působit i školy);
- aj. (Šerák, 2015, s. 93).

Další výčet institucí, které zajišťují realizaci edukačních aktivit pro seniory přináší Špatenková a Smékalová (2015, s. 89). Mezi ty základní řadí:

- univerzity třetího věku;
- akademie třetího věku;
- univerzity volného času;
- kluby seniorů.

Edukační aktivity seniorů jsou realizovány formou přednášek, seminářů apod., Špatenková a Smékalová (2015, s. 89) dále uvádí, že je potřeba myslet i na sebevzdělávání seniorů, které je jednou z důležitých forem vzdělávání. Jedná se např. o četbu odborné literatury.

Na následujících řádcích budou představeny vybrané instituce, ve kterých edukace seniorů probíhá.

### **Univerzity třetího věku (U3V)**

Univerzity třetího věku jsou instituce, které poskytují zájmové neprofesní vzdělávání, které nevede k získání žádného akademického titulu či vědecké hodnosti (Špatenková

a Smékalová, 2015, s. 91). Veteška (2016, s. 161) toto tvrzení shrnuje a uvádí, že vzdělávání na U3V má výlučně charakter osobnostního rozvoje. U3V představují veškerou nabídku vzdělávacích akcí pořádaných vysokými školami a jejich fakultami, které jsou určeny pro seniory (Šerák a Dvořáková, 2009, s. 31). Pořádající vysoké školy jsou přirozeně vnímány jako garant poskytovaného vzdělávání, čímž vzdělávání získává určitou prestiž (Veteška, 2016, s. 161). Šerák a Dvořáková (2009, s. 32) doplňují, že vzdělávání na U3V je charakteristické právě vysokoškolskou úrovní přednášek. S tímto tvrzením souhlasí i Špatenková a Smékalová (2015, s. 90) které dále uvádí, že U3V poskytují seniorům nejnáročnější vzdělávání.

Jednotlivé kurzy slouží k rozšíření poznatků v oblasti individuálních zájmů seniorů (Šerák a Dvořáková, 2009, s. 32). Obsahové zaměření je velmi rozsáhlé a mělo by spadat do odborné specializace organizující fakulty či školy (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 90). Autorky dále uvádí, že výjimku tvoří kurzy počítačové gramotnosti. Mezi seniory je o tyto kurzy relativně vysoký zájem a proto je mají ve své nabídce prakticky všechny U3V. Na toto tvrzení navazuje Šerák a Dvořáková (2009, s. 32), autoři potvrzují, že o kurzy počítačové gramotnosti je ze strany seniorů velký zájem. Mezi kurzy s absolutně největším zájmem dále řadí kurzy zaměřené na medicínské otázky, psychologii a dějiny umění.

Absolventi U3V dokáží využít své vědomosti ve svůj prospěch anebo i pracovní příležitosti, které se jim mohou naskytnout (Hrapková, 2014, online). Zanovitová (2015, s. 22) dodává, že U3V prostřednictvím vzdělávacích aktivit zlepšují kvalitu života seniorů včetně jejich zdravotní pohody. Janiš a Skopalová (2016, s. 94) s tímto tvrzením souhlasí, dle nich U3V pozitivně přispívají k aktivnímu stárnutí. Posláním U3V je zejména:

- zpřístupnění nových informací, poznatků a dovedností pro seniory vhodnou formou;
- poskytování možnosti sociálních kontaktů, zdoání izolovanosti a pocitu neužitečnosti;
- kvalitní trávení volného času;
- vytváření podmínek pro setkání generací, tvorbu prostředí pro výměnu zkušeností a smysluplný dialog mezi mladšími a staršími lidmi (Benešová, 2014, s. 114).

### **Akademie třetího věku (A3V)**

Akademie třetího věku jsou považovány za mezistupeň mezi vzděláváním na U3V a vzděláváním v klubech seniorů. Akademie třetího věku se vyznačují přístupností výkladů a přizpůsobováním obsahu potřebám seniorů (Zanovitová, 2015, s. 23). Špatenková a Smékalová (2015, s. 94) doplňují, že A3V je možné považovat za středně náročnou formu studia seniorů.

Akademie třetího věku jsou zakládány především v regionech, kde není dostatečná nabídka ze strany vysokých škol (Šerák a Dvořáková, 2009, s. 32). Žumarová a Černá (2011, s. 772) upřesňují, že jsou zakládány především v regionech, kde univerzity vůbec nepůsobí. Janiš a Skopalová (2016, s. 94) uvádí, že jsou realizovány především městy, kraji, knihovnami či kulturními středisky.

Výuka probíhá v krátkodobých i dlouhodobých cyklech, nejčastěji se však jedná o jednorázové akce (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 94). Šerák a Dvořáková (2009, s. 32) doplňují, že realizace výuky probíhá převážně formou přednášek, seminářů, diskusí a různých doprovodných programů, které jsou realizovány např. formou exkurze, zájmového kroužku, sportovních aktivit apod. (Šerák a Dvořáková, 2009, s. 32). Žumarová a Černá (2011, s. 772) potvrzují, že A3V nabízí širokou škálu vzdělávacích aktivit, jako jeden z příkladů uvádí vzdělávací aktivity týkající se zdravého životního stylu.

### **Univerzity volného času (UVČ)**

*„Univerzity volného času (UVČ) představují formu systematického zájmového mezigeneračního vzdělávání“* (Špatenková a Smékalová, 2015, s. 94). Autorky doplňují, že aby se skutečně jednalo o univerzity, měly by být zřizovány, organizovány nebo garantovány konkrétní vysokou školou. Šerák a Dvořáková (2009, s. 32) na toto tvrzení navazují, uvádějí však, že většina UVČ vzniká pod záštitou kulturních domů, knihoven či domovů pro seniory. Studium je otevřené pro všechny, jedinou podmínkou zapsání je dovršení 18 let. Oficiálně se jedná o mezigenerační projekt, Špatenková a Smékalová (2015, s. 94) v této souvislosti upozorňují, že tato forma vzdělávání tak nemůže reflektovat specifika geragogických přístupů.

## **Kluby seniorů**

Kluby seniorů fungují na podobném základě jako akademie třetího věku (Šerák a Dvořáková, 2009, s. 32). Autoři dále doplňují, že v porovnání s A3V se většinou vyznačují méně formálními a trvalejšími vztahy a větším důrazem na rozvoj osobních zájmů. Obvykle se jedná o kulturně-výchovná zařízení, která seniorům umožňují setkávat se s vrstevníky s podobnými životními zkušenostmi, názory, zájmy a tím přispívají k plnohodnotnému naplnění jejich volného času (Zanovitová, 2015, s. 23). Špatenková a Smékalová (2015, s. 99) uvádí, že vzdělávací činnost klubu seniorů má zpravidla zájmový a jednorázový charakter – jedná se o přednášky, besedy, poznávací zájezdy, návštěvy divadel, koncertů, výstav, relaxační cvičení apod. Šerák a Dvořáková (2009, s. 32) široký záběr činností klubů pro seniory potvrzují, mimo výše zmíněných dále uvádí např. ruční práce či společenské hry.

## **Další možnosti edukace seniorů**

Zanovitová (2015, s. 23-24) uvádí, že mimo institucionálních forem vzdělávání se v rámci edukace seniorů využívá také velké množství programů, které jsou realizovány soukromými či neziskovými organizacemi. Autorka dále představuje výčet dalších možností edukace seniorů, řadí mezi ně:

- letní univerzitní kurzy pro seniory v zahraničí,
- edukační aktivity veřejných knihoven,
- poznávací zájezdy pro seniory,
- tréninky paměti,
- poradenství pro seniory,
- a další.

### **2.2.5 Využití informačních a komunikačních technologií ve vzdělávání seniorů**

Informační a komunikační technologie (ICT) lze definovat jako prostředky, které „zahrnují všechny technologické a telekomunikační systémy umožňující práci s daty v elektronické (digitální) podobě“ (Zounek, 2009, s. 7). UNESCO (2009, s. 120) tuto

definici rozvíjí a uvádí, že se jedná o soubor nástrojů a prostředků, které jsou využívány k přenosu, ukládání, vytváření, sdílení nebo výměně informací. Tyto technologické nástroje zahrnují počítače, internet, živé vysílání (rozhlas, televize atp.), nahrávané vysílání (podcasting atp.) a telefony. Je potřeba upozornit, že výše zmíněné definice dávají do pozornosti pouze hardwarové prostředky. Průcha a Veteška (2014, s. 138) definici ICT dále rozvíjí a doplňují ji o prostředky softwarové. Mezi softwarové prostředky řadí operační systémy, textové editory, grafické programy, síťové protokoly apod. Zároveň doplňují, že definice zaměřené pouze na hardwarové prostředky vychází z dřívějšího pojetí ICT, tedy pouze jako IT – informační technologie.

*„Rozvoj informačních a komunikačních technologií přinesl do vzdělávání nové přístupy a přispěl, mimo jiné, i k výrazným inovacím všech tří standardních forem vzdělávání. Všechny formy vzdělávání používají informační a komunikační technologie k podpoře vzdělávacího procesu“* (Veteška, Vacínová et al., 2011, s. 174). Vzdělávání by mělo reagovat na změny a současně je očekávat. Právě informační a komunikační technologie, moderní technologie, jsou jednou z příčin mnoha změn ve vzdělávání, ale také potenciálním prostředkem k jeho rozvoji (Zounek, 2009, s. 23).

Využití informačních a komunikačních technologií ve vzdělávání seniorů se přímo věnovala Anikeeva et al. (2019), kteří uvádějí, že v současné době se informační technologie staly nezbytnou podmínkou kvality vzdělávání, ve vzdělávání seniorů se však spíše neuplatňují. Výjimkou jsou vzdělávací programy zaměřené přímo na rozvoj jejich počítačové gramotnosti. V případě využití ICT ve vzdělávání je nutné myslet na to, že je potřeba vynaložit více úsilí přípravě, zaměřit svou pozornost na organizaci výuky, využívat přizpůsobených informačních technologií atp.

Využívání různých prostředků ICT ve vzdělávacím procesu lze označit pojmem e-learning (Zounek, 2009, s. 7). V ČR se tento pojem začal používat koncem 20. století v současné době již prostupuje všechny etapy a formy vzdělávání (Veteška, 2016, s. 197). Autor dále samotný pojem definuje, e-learning považuje za *„jakékoli využívání elektronických materiálních a didaktických prostředků k efektivnímu dosažení vzdělávacího cíle s tím, že je realizován zejména/ nejen prostřednictvím počítačových sítí (internet, intranet).“*



Z českých autorů se využití e-learningu ve vzdělávání starších skupin obyvatelstva věnovali např. Veteška, Vacínová et al. (2011, s. 175). Nevhodnost využívání e-learningu ve vzdělávání dospělých, zejména jeho využití ve vzdělávání starších skupin obyvatelstva považují za jeden z mnoha mýtů, které okolo e-learningu existují. Autoři potvrzují, že starší lidé často bojují s problémem zvládnutí technických prostředků a aktivní komunikace v elearningovém prostředí, přesto tato bariéra není nepřekonatelná. Lze říci, že souhlasí s Anikeevou et al. (2019), vzdělavatel musí vyvinout více úsilí při přípravě a zaměřit svou pozornost na organizaci výuky – na první hodině je potřeba, aby vzdělavatel zajistil pro všechny účastníky studia přístup k e-learningovému prostředí a prezenční trénink dovedností spojených s jeho využíváním při učení. *„Praktické zkušenosti ukazují, že studující, kteří překonali tuto bariéru a vzdělávací aktivitu zvládli, považují to za „přidanou hodnotu“ tohoto vzdělávání a dokonce vyhledávají další vzdělávací aktivity podpořené eLearningem“* (Veteška, Vacínová et al., 2011, s. 175).

### **3 Metodologie výzkumu**

Teoretická část diplomové práce byla věnována zdravotní gramotnosti seniorů a jejich edukaci. Zdůrazňuje důležitost zdravotní gramotnosti a poukazuje na její převážně nízkou úroveň napříč společnostmi. V porovnání s ostatními evropskými zeměmi, Česká republika zaostává za průměrem. Rozvíjet zdravotní gramotnost je potřeba napříč všemi sociálními skupinami, významnou z nich jsou senioři. A právě edukace je významným prostředkem jejího rozvoje.

Praktická část diplomové práce se tak věnuje možnostem edukace seniorů pro rozvoj jejich zdravotní gramotnosti.

#### **3.1 Výzkumná strategie**

Pro účely této diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Chráska (2016, s. 11) jej vymezuje jako záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají hypotézy – ověřují se, verifikují, testují. Autor dále doplňuje, že je v rámci kvantitativního výzkumu možné řešit jeden problém, zároveň však i problémů více, zpravidla spolu souvisejících.

Kvantitativní výzkum pracuje s exaktními metodami a nástroji pro sběr dat, jejich zpracování a vyhodnocování. Typickými metodami jsou hromadný dotazník, experiment, pozorování a testování (Průcha a Veteška, 2014, s. 170). Hendl (2005, s. 46) upřesňuje, že kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a silně strukturovaný sběr dat pomocí testů, dotazníků nebo pozorování.

Řešení výzkumného problému představuje řadu navzájem propojených a na sobě závislých kroků a činností, postup bývá zpravidla následující:

- stanovení výzkumného problému,
- formulace hypotézy,
- testování (verifikace, ověřování) hypotézy,
- vyvození závěrů a jejich prezentace (Chráska, 2016, s. 11).

V neposlední řadě je potřeba doplnit, že se u kvantitativního výzkumu požaduje, aby měření bylo validní (tzn., že se měří skutečně to, co se měřit má). Měření musí být také spolehlivé – „*tedy jestliže se bude měřit stejná věc, pak pokud se nezměnila, dostaneme stejný výsledek*“ (Hendl, 2005, s. 46).

### 3.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zjistit, jaké mají senioři možnosti edukace pro rozvoj své zdravotní gramotnosti s využitím ICT. Pro naplnění výzkumného cíle byly položeny celkem tři výzkumné otázky, konkrétně:

- VO1: Jakými způsoby se senioři v oblastech zdravotní gramotnosti vzdělávají?
- VO2: Jaké zdroje senioři využívají pro své sebevzdělávání v oblastech zdravotní gramotnosti?
- VO3: Které prostředky informačních a komunikačních technologií senioři využívají ve svých vzdělávacích aktivitách zaměřených na rozvoj zdravotní gramotnosti?

Výzkumné otázky jsou dále doplněny hypotézami, v textu označené jako „HX“. Svobodová (2020, online) uvádí, že hypotézy se používají pouze tehdy, pokud je možné „*u výzkumné otázky predikovat odpověď, ještě před tím, než budu mít k dispozici data.*“

Stanovené hypotézy zní:

- H1: Senioři znají možnosti institucionálního vzdělávání pro rozvoj své zdravotní gramotnosti a dávají mu přednost před sebevzděláváním.
- H2: Senioři využívají v rámci svého sebevzdělávání v oblastech zdravotní gramotnosti více tištěné zdroje než zdroje digitální.
- H3: Většina dotazovaných seniorů v rámci svých vzdělávacích aktivit zaměřených na rozvoj zdravotní gramotnosti využívá více počítač/notebook než mobilní telefon/tablet.

### 3.3 Sběr dat

Pro sběr kvantitativních dat byl využit dotazník, který tvoří přílohu č. 1 diplomové práce. Jak uvádí Chráska (2016, s. 158), dotazník je velmi frekventovanou metodou získávání dat. Aby došlo k eliminaci chyb, byla provedena pilotáž dotazníku. Zpětnou vazbu jsem obdržela celkem od osmi respondentů (seniorů ve věku 65-84 let), kteří akcentovali potřebu zkrácení dotazníku a zjednodušení formulace u většiny otázek. Struktura dotazníku byla na základě zpětné vazby změněna – otázky byly formulovány jednodušeji a jejich počet byl zkrácen na minimum tak, aby i přesto došlo k naplnění výzkumného cíle.

Finální podoba dotazníku čítá 12 otázek. Celkově 4 z těchto otázek byly identifikační, zjišťovaly věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a pracovní situaci seniorů, zbylých 8 se týkalo tématu a cíle diplomové práce. Převážnou většinu z nich tvoří otázky uzavřené (celkem 5), které se „*vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá vždy určitý počet předem připravených odpovědí*“ (Chráska, 2016, s. 160). Celkem 3 otázky v dotazníku byly polouzavřené. Chráska (2016, s. 161) uvádí, že se polouzavřené otázky využívají proto, „*abychom se vyhnuli nebezpečí, že neuvedeme některou možnou odpověď.*“ V rámci mého dotazníkového šetření polouzavřené otázky seniorům dávají prostor pro konkretizaci svých odpovědí – zejména pro doplnění názvu institucí, ve kterých se vzdělávají. Otevřené otázky v dotazníku využity nebyly.

V úvodu dotazníku jsou uvedeny základní informace o výzkumu – téma a cíl diplomové práce, celkový počet otázek a přibližná délka vyplnění dotazníku. Respondenti jsou, zde také informováni o tom, že je dotazník zcela anonymní a veškeré údaje budou využity pouze pro účely této diplomové práce.

Distribuce dotazníku probíhala osobně v městském obvodu Praha 1 (okolí Městské ústřední knihovny aj.), Praha 2 (okolí 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy aj.) a Praha 4 (okolí Úřadu městské části Praha 4 aj.), v dubnu 2024. Výhodou osobní distribuce bylo, že jsem byla přítomna u vyplňování dotazníků a v případě nejasností tak měla možnost seniorům odbornější termíny vysvětlit apod.

### 3.4 Výzkumný vzorek

Ve výzkumu není zpravidla možné prozkoumat všechny jedince, kteří nás zajímají. Zjištění jsou tak většinou opírána pouze o znalost určitého vzorku. Cílem je, aby vlastnosti vybraného vzorku byly pokud možno stejné jako vlastnosti celé skupiny, kterou zkoumáme (Chráska, 2016, s. 16-17). Skutil et al. (2011, s. 66) informace shrnuje a uvádí, že „*smyslem kvantitativního výzkumu je získat obecně platné poznatky o jevech, objektech a vztazích mezi nimi vzhledem k určité množině objektů či jevů.*“ V této souvislosti jsou rozlišovány pojmy základní a výběrový soubor. Základní soubor představuje všechny prvky patřící do skupiny, kterou zkoumáme. Výběrový soubor označuje již jen určitou část prvků vybranou ze základního souboru, která ten základní reprezentuje (Chráska, 2016, s. 16-17).

Způsobů výběru výzkumného vzorku existuje více, jedná se např. o výběr – prostý náhodný, skupinový, stratifikovaný, kontrolovaný, vícenásobný, záměrný, mechanický či spárovaný (Chráska, 2016, s. 17-20).

Pro účely diplomové práce byl výzkumný vzorek vybrán prostřednictvím výběru stratifikovaného. Stratifikovaný výběr se provádí u základních souborů, které jsou složeny z několika charakteristických podskupin. Dostatečně reprezentativní výběr je v tomto případě zajištěn pomocí náhodného výběru určitého počtu prvků z jednotlivých charakteristických podskupin.

V rámci tohoto výzkumného šetření byl pořízen stratifikovaný výběr seniorů podle jejich věku. Všichni pražští senioři, kteří se aktivně vzdělávají v otázkách zdraví byli rozděleni do tří podskupin:

1. podskupina – pražští senioři, kteří se aktivně vzdělávají v otázkách zdraví ve věku 65-69 let (ranné stáří, upraveno);
2. podskupina – pražští senioři, kteří se aktivně vzdělávají v otázkách zdraví ve věku 70-79 let (vlastní stáří);
3. podskupina – pražští senioři, kteří se aktivně vzdělávají v otázkách zdraví ve věku 80 let a více (dlouhověkost).

Z každé výše uvedené skupiny byl poté náhodně vybrán určitý počet seniorů, čímž bylo zaručeno, že se ve výběru určitým způsobem uplatnily vlastnosti pražských seniorů, kteří se aktivně vzdělávají v otázkách zdraví, všech kategorií podle jejich věku.

### 3.5 Analýza dat

Dotazník byl sestaven v programu Microsoft Word a jak již bylo uvedeno výše, distribuován byl osobně, v jeho papírové podobě. Následně byly výsledky odpovědí překlopeny do programu Microsoft Excel (ukázka zpracovávání získaných dat viz obrázek č. 9). V závěrečné fázi byla získaná data analyzována – proběhla popisná analýza, tvorba grafů a jejich interpretace.

Obrázek č. 9: Ukázka zpracovávání získaných dat v programu Microsoft Excel

Respondent	vek	pohlaví	vzdělání	pracuje	oblast ZG	U3V	VU3V	UVČ	A3V	klub	knihovna	organizace	U3V	VU3V	UVČ	A3V	klub	knihovna	organizace	sebe-vzdělává	drh	preferen
senior 1	69	žena	maturita	ANO	podpora prevence	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	T/D	T
senior 2	84	žena	maturita	NE	podpora	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	T	T
senior 3	72	muž	SOU	NE	podpora	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	T/D	T
senior 4	71	žena	maturita	ANO	podpora prevence ZP	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	T/D	D
senior 5	65	žena	SOU	ANO	podpora prevence	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	T/D	T
senior 6	69	žena	SOU	NE	podpora prevence ZP	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	ANO	T	T
senior 7	73	muž	maturita	NE	podpora	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	T/D	T
senior 8	77	žena	maturita	NE	podpora	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	T	T
senior 9	73	žena	maturita	NE	podpora	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	T/D	T
senior 10	72	žena	maturita	NE	podpora prevence	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	T/D	T
senior 11	79	žena	VŠ	NE	podpora	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	T	T

Zdroj: vlastní zpracování (2024)

### 3.6 Limity výzkumu

Provedený kvantitativní výzkum má svá metodická omezení, lze je označit za limity výzkumu. Definované limity jsou celkem tři, prvním z nich je velikost výzkumného vzorku. Osloveno bylo celkem 200 pražských seniorů – aktivně se v otázkách zdraví

vzdělávalo pouze 53 z nich. Tento počet odpovídá počtu získaných dotazníků, senioři byli ochotní dotazník vyplnit. Jedná se však o malý vzorek, u kvantitativního výzkumu platí, že čím je vzorek větší, tím jsou závěry přesnější. Za druhý limit výzkumného šetření lze považovat samotný dotazník a s ním související možnost nadměrného zjednodušení výzkumu. V závislosti na cílové skupině seniorů bylo potřeba otázky v dotazníku, co nejvíce zjednodušit a celkový rozsah dotazníku zkrátit. V této návaznosti byl definován třetí limit výzkumu, kterým je skutečnost, že výzkumník má v kvantitativním výzkumu pouze omezený rozsah informací o mnoha jedincích a při zkoumání problém tak nelze jít zcela do hloubky.

## 4 Výsledky výzkumu, jejich interpretace a přehled institucí

Osloveným pražským seniorům bylo v rámci dotazníkového šetření položeno celkem 12 otázek. Celkem 4 z nich byly identifikační, zjišťovaly věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a pracovní situaci seniorů, zbylých 8 se týkalo tématu a cíle diplomové práce.

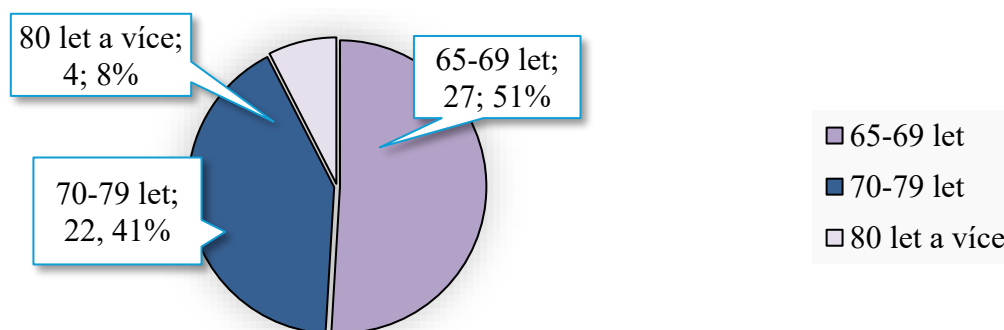
Osloveno bylo celkem 200 pražských seniorů – aktivně se v otázkách zdraví vzdělávalo pouze 53 z nich. Tento počet odpovídá počtu získaných dotazníků. Distribuce dotazníku probíhala osobně v městském obvodu Praha 1 (okolí Městské ústřední knihovny aj.), Praha 2 (okolí 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy aj.) a Praha 4 (okolí Úřadu městské části Praha 4 aj.), v dubnu 2024. Výhodou osobní distribuce bylo, že jsem byla přítomna u vyplňování dotazníků a v případě nejasností tak měla možnost seniorům odbornější termíny vysvětlit apod.

Následující část diplomové práce se již zaměřuje na vyhodnocení a rozbor výsledků dotazníkového šetření. Získaná data byla vyhodnocována tříděním prvního stupně, které vyjádřilo počet stejných odpovědí (variant) získaných od respondentů v rámci dotazníkového šetření. Tříděním prvního stupně byl vyjádřen výčet absolutních a relativních hodnot četností. Absolutní četností byl vyjádřen celkový počet respondentů, kteří na otázku odpověděli stejně, a relativní četností byl poté počet respondentů vyjádřen procentuálně. Výstupy jednotlivých otázek budou prezentovány zvlášť, první čtyři identifikační otázky pouze formou grafického znázornění.

---

### Otázka č. 1 – Věk

Graf č. 1: Věk



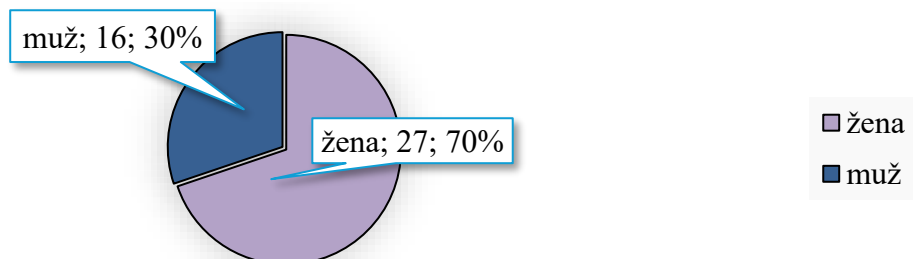
Zdroj: vlastní zpracování (2024)

---



## Otázka č. 2 – Pohlaví

Graf č. 2: Pohlaví

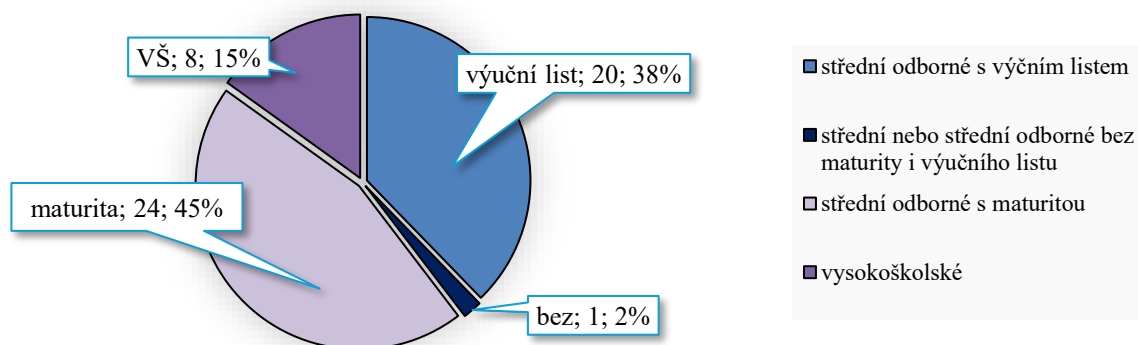


Zdroj: vlastní zpracování (2024)

---

## Otázka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

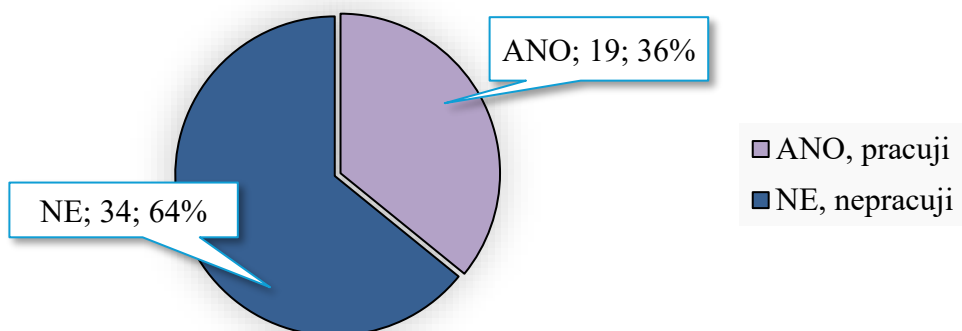


Zdroj: vlastní zpracování (2024)

---

## Otázka č. 4 – Pracujete ještě, třeba jen částečně, i když jste v důchodu?

Graf č. 4: Pracovní situace



Zdroj: vlastní zpracování (2024)

### **Otázka č. 5 – V jakých oblastech zdravotní gramotnosti se vzděláváte?**

Pátá otázka zjišťovala, v jakých oblastech zdravotní gramotnosti se pražští senioři vzdělávají. Respondenti v této otázce měli možnost označit odpovědi více, celkem 26 z nich (49 %) této možnosti využilo.

Všichni dotázaní uvedli (53 respondentů, 100%), že se vzdělávají v okruhu témat *Podpora zdraví*. Tento okruh je možné označit za jeden z nejobsáhlejších, zahrnuje například témata spojená s výživou, zdravým životním stylem, pohybovými aktivitami, duševním zdravím či péčí o prostředí. V okruhu témat *Prevence nemocí* se vzdělává 26 respondentů (49 %). Nejméně se respondenti věnují okruhu témat *Zdravotní péče*, který zahrnuje témata ošetrovatelské péče, práv a povinností v případě nemoci nebo úrazu a neodkladné první pomoci a bezpečného chování. V těchto tématech se vzdělává pouze 9 respondentů (17 %).

Bližší souvislosti mezi věkem, pohlavím, nejvyšším dosaženým vzděláním a pracovní situací nebyly identifikovány. Na základě analýzy získaných dat bylo zjištěno, že tyto identifikátory nemají vliv na výběr oblasti zdravotní gramotnosti, ve kterých se respondenti vzdělávají.

### **Otázka č. 6 – Jaké znáte možnosti institucionálního vzdělávání (oblasti zdravotní gramotnosti)? Využíváte je?**

Šestá otázka zjišťovala, jaké možnosti institucionálního vzdělávání pro rozvoj zdravotní gramotnosti pražští senioři znají a jaké z nich využívají. Všichni dotázaní (53 respondentů; 100 %) uvedli, že znají možnosti vzdělávání se na Univerzitách třetího věku. Naopak o možnostech vzdělávání se na Akademiích třetího věku ví pouze 1 respondent (2 %). Důvodem může být to, že Akademie třetího věku jsou zakládány především v regionech, kde není dostatečná nabídka ze strany vysokých škol případně, kde univerzity vůbec nepůsobí. Toto tvrzení totiž pro Prahu neplatí, nabídka vzdělávání pro seniory je zde bohatá. V poslední době však Městské části ve spolupráci s Městskou policií ČR začínají pořádat Akademie třetího věku, nazývají je Senior akademie. Ve svých přednáškách se dotýkají i témat zdravotní gramotnosti, konkrétně problematiky první pomoci a kondičního cvičení. Ani o Univerzitách volného času respondenti víceméně neví, na otázku, zda je

znají odpovědělo 'ano' pouze 6 z nich (11%). Neziskové organizace (38; 72%), knihovny (48; 91 %) i kluby pro seniory (46; 87 %) zná převážná většina respondentů. Poslední definovanou možností edukace seniorů byly Virtuální univerzity třetího věku. Virtuální univerzity třetího věku zná 19 respondentů (36 %).

Druhá část otázky zjišťuje, zda respondenti využívají nabídky institucionálního vzdělávání a konkrétně které instituce navštěvují. Nikdo z respondentů nenavštěvuje Akademie třetího věku ani Univerzity volného času. Zjištění není překvapivé, odpovídá uvedeným datům z první části otázky, respondenti o těchto možnostech víceméně neví. Nejvíce jsou pro vzdělávací aktivity navštěvovány knihovny (45; 85 %), respondenti se zde účastní přednášek, seminářů či workshopů. I kluby pro seniory (23; 43 %) a neziskové organizace (19; 36 %) respondenti navštěvují. Univerzity třetího věku jsou navštěvovány minimálním počtem respondentů (5; 9 %). U3V jsou charakteristické tím, že poskytují seniorům nejnáročnější vzdělávání, senioři tak mohou mít obavy, že vysokoškolské úrovni přednášek nebudou stačit. Sedmou možností jsou Virtuální univerzity třetího věku, navštěvují je celkem 4 respondenti (8 %). Společný znak respondentů navštěvujících VU3V je věk, jedná se o mladé seniory (kategorie rané stáří).

#### **Otázka č. 7 – Sebevzděláváte se v tématech zdravotní gramotnosti?**

Sedmá otázka zjišťovala, zda se respondenti v tématech zdravotní gramotnosti sebevzdělávají. Sebevzdělávání může mít formu čtení odborné literatury, časopisů, článků, poslechu rozhovorů s odborníky na témata zdravotní gramotnosti atp. Všichni respondenti (53; 100 %) uvedli, že se v oblastech zdravotní gramotnosti sebevzdělávají.

Bližší souvislosti mezi věkem, pohlavím, nejvyšším dosaženým vzděláním a pracovní situací tak nemohou být identifikovány.

#### **Otázka č. 8 – Jaké zdroje využíváte ke svému sebevzdělávání (oblasti zdravotní gramotnosti)? Které preferujete?**

V osmé otázce měli respondenti za úkol uvést, které zdroje (tištěné či digitální) ke svému sebevzdělávání využívají. Respondenti měli v této otázce možnost označit odpovědi více,

převážná většina z nich (35; 66 %) uvedla, že ke svému sebevzdělávání používá jak zdroje tištěné, tak i zdroje digitální. Pouze tištěné zdroje využívá ke svému sebevzdělávání 16 respondentů (30 %). Celkem 2 respondenti (4 %) využívají ke svému sebevzdělávání pouze digitální zdroje. Jedná se o mladé seniory (kategorie rané stáří), posluchače VU3V.

Druhá část otázky zjišťuje, které zdroje respondenti preferují. Celkem 36 respondentů (68 %) uvedlo, že preferuje zdroje tištěné. Toto zjištění není překvapivé, ve vzdělávání seniorů je tištěný textový materiál velmi důležitým didaktickým prostředkem. Zbylých 17 respondentů (32 %) preferuje zdroje digitální. Společným znakem těchto respondentů je to, že jsou stále součástí pracovního procesu. Lze tak předpokládat, že jsou na práci s ICT prostředky a digitálními zdroji zvyklí.

#### **Otázka č. 9 – Jaký způsob vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti preferujete?**

Devátá otázka zjišťovala, jaký způsob vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti respondenti preferují. Celkem 28 respondentů (54 %) uvedlo, že preferuje sebevzdělávání. Zbylých 25 respondentů (46 %) preferuje institucionální vzdělávání. Toto zjištění je vcelku překvapivé, edukace v seniorském věku většinou není jen o vědomostech, ale velmi významným faktorem je sociální kontakt, který edukací senioři získávají. Institucionální vzdělávání dává seniorům unikátní příležitost přijít do kontaktu se svými vrstevníky. Je však potřeba vzít v úvahu také konkrétní složení výzkumného vzorku, který je z významné části tvořen pracujícími seniory, u nichž lze předpokládat, že se jich sociální změny zatím významněji nedotkly.

#### **Otázka č. 10 – Využíváte ve vzdělávacích aktivitách zaměřených na oblasti zdravotní gramotnosti ICT?**

Desátá otázka zjišťovala, zda senioři ve svých vzdělávacích aktivitách zaměřených na oblasti zdravotní gramotnosti využívají ICT. Celkem 40 respondentů uvedlo, že ve svých vzdělávacích aktivitách ICT využívá – konkrétně 1 respondent (2 %) využívá ICT pouze v rámci institucionálního vzdělávání, 9 respondentů (17 %) jak v rámci institucionálního vzdělávání, tak i sebevzdělávání a 30 respondentů (57 %) pouze v rámci svého

sebevzdělávání. Tato zjištění nejsou překvapivá, i přesto, že se v současné době informační technologie staly nezbytnou podmínkou kvality vzdělávání, v institucionálním vzdělávání seniorů se spíše neuplatňují. Zbývajících 13 respondentů (25 %) ICT ve svých vzdělávacích aktivitách vůbec nevyužívá. Jedná se o seniory z kategorie vlastní stáří a dlouhověkost.

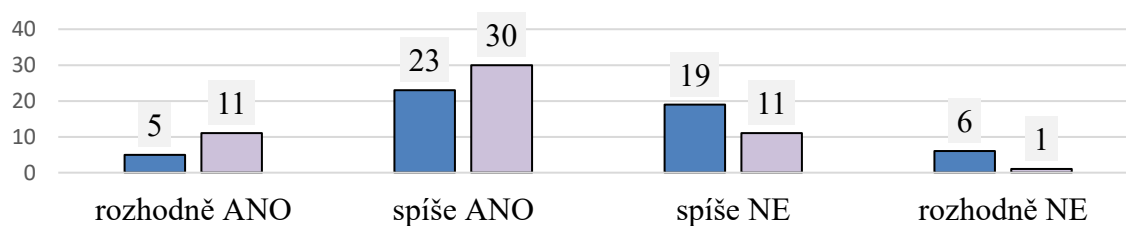
### Otázka č. 11 – Jaké ICT ve vzdělávacích aktivitách zaměřených na oblasti zdravotní gramotnosti využíváte?

Otázka č. 11 zjišťovala, jaké konkrétní ICT ve svých vzdělávacích aktivitách respondenti využívají. Respondenti využívají ICT nejvíce v rámci svého sebevzdělávání, na první příčce jsou PC/notebook a internetové vyhledávače. Převážně se jedná o mladší pracující seniory (kategorie rané stáří). Následuje mobilní telefon/ tablet. Textové editory respondenti téměř nevyužívají, tuto odpověď uvedlo 46 z nich (87 %).

### Otázka č. 12 – Jste otevřeni využívání ICT ve vzdělávacích aktivitách zaměřených na oblasti zdravotní gramotnosti?

Poslední otázka dotazníku zjišťovala, zda jsou respondenti otevřeni využívání ICT ve svých vzdělávacích aktivitách zaměřených na oblasti zdravotní gramotnosti. Ze získaných dat vyplývá, že respondenti jsou více otevřeni využívání ICT ve svých sebevzdělávacích aktivitách, než v rámci institucionálního vzdělávání. Většina z nich však ICT v těchto aktivitách již používá.

Graf č. 5: Postoj seniorů k využívání ICT v rámci institucionálního vzdělávání a sebevzdělávání



Zdroj: vlastní zpracování (2024)

■ institucionální vzdělávání ■ sebevzdělávání

## 4.1 Vyhodnocení hypotéz

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny 3 hypotézy, konkrétně:

*H1: Senioři znají možnosti institucionálního vzdělávání pro rozvoj své zdravotní gramotnosti a dávají mu přednost před sebevzděláváním.*

Tuto hypotézu je možné vyhodnotit na základě odpovědí na otázky č. 6 a 9. Otázka č. 6 zjišťovala, jaké možnosti institucionálního vzdělávání pro rozvoj zdravotní gramotnosti respondenti znají. Všichni dotázaní (53 respondentů; 100 %) uvedli, že znají možnosti vzdělávání se na Univerzitách třetího věku. Naopak o možnostech vzdělávání se na Akademiích třetího věku ví pouze 1 respondent (2 %). Ani o Univerzitách volného času respondenti víceméně neví, na otázku, zda je znají odpovědělo 'ano' pouze 6 z nich (11%). Neziskové organizace (38; 72%), knihovny (48; 91 %) i kluby pro seniory (46; 87 %) zná převážná většina respondentů. Poslední definovanou možností edukace seniorů byly Virtuální univerzity třetího věku. Virtuální univerzity třetího věku zná 19 respondentů (36 %).

Otázka č. 9 zjišťovala, jaký způsob vzdělávání v oblasti zdravotní gramotnosti respondenti preferují. Celkem 28 respondentů (54 %) uvedlo, že preferuje sebevzdělávání. Zbýlých 25 respondentů (46 %) preferuje institucionální vzdělávání.

Shrnutí: Senioři znají možnosti institucionálního vzdělávání pro rozvoj své zdravotní gramotnosti, nedávají mu však přednost před sebevzděláváním. Hypotéza č. 1 byla na základě výsledků šetření vyvrácena.

*H2: Senioři využívají v rámci svého sebevzdělávání v oblastech zdravotní gramotnosti více tištěné zdroje než zdroje digitální.*

Hypotézu č. 2 lze vyhodnotit na základě odpovědí na otázku č. 8, ve které měli respondenti za úkol uvést, které zdroje (tištěné i digitální) ke svému sebevzdělávání využívají a které z nich preferují.

Převážná většina respondentů (35; 66 %) v první části otázky uvedla, že ke svému sebevzdělávání používá jak zdroje tištěné, tak i zdroje digitální. Pouze tištěné zdroje

využívá ke svému sebevzdělávání 16 respondentů (30 %). Celkem 2 respondenti (4 %) využívají ke svému sebevzdělávání pouze digitální zdroje.

Druhá část otázky zjišťuje, které zdroje respondenti preferují. Celkem 36 respondentů (68 %) uvedlo, že preferuje zdroje tištěné. Zbýlých 17 respondentů (32 %) preferuje zdroje digitální.

Shrnutí: Senioři využívají v rámci svého sebevzdělávání v oblastech zdravotní gramotnosti tištěné zdroje, preferují je před zdroji digitálními. Hypotéza č. 2 byla na základě výsledků šetření potvrzena.

*H3: Většina dotazovaných seniorů v rámci svých vzdělávacích aktivit zaměřených na rozvoj zdravotní gramotnosti využívá více počítač/ notebook než mobilní telefon/ tablet.*

Třetí hypotéza je vyhodnocena na základě odpovědí na otázku č. 11, která zjišťovala, jaké konkrétní ICT ve vzdělávacích aktivitách respondenti využívají. Respondenti využívají ICT nejvíce v rámci svého sebevzdělávání, na první příčce jsou PC/notebook a internetové vyhledávače. Následuje mobilní telefon/ tablet. Textové editory respondenti téměř nevyužívají, tuto odpověď uvedlo 46 z nich (87 %).

Shrnutí: Senioři v rámci svých vzdělávacích aktivit zaměřených na rozvoj zdravotní gramotnosti využívají více počítač/ notebook než mobilní telefon/ tablet. Na stejné příčce se dále umístily internetové vyhledávače. Hypotéza č. 3 byla na základě výsledků šetření potvrzena.

## **4.2 Přehled institucí, ve kterých mají senioři možnost rozvíjet svoji zdravotní gramotnost**

Již došlo ke shrnutí výsledků dotazníkového šetření, potvrzení/ vyvrácení hypotéz, v neposlední řadě by tak mělo dojít k představení možností edukace seniorů pro rozvoj jejich zdravotní gramotnosti (s využitím informačních a komunikačních technologií). Respondenti měli v dotazníku, konkrétně v otázce č. 6, možnost doplnit název instituce, ve které se vzdělávají/ případně v nedávné době vzdělávali. Vybrané instituce budou na

následujících řádcích představeny. Tato část diplomové práce přináší přehled možností, které pražští senioři pro rozvoj své zdravotní gramotnosti mají. Pro ucelenost bude přehled doplněn navíc o 2 instituce, ve kterých se nikdo z respondentů nevzdělává a ani v poslední době nevzdělával. Konkrétně se jedná o Akademii třetího věku a Univerzitu volného času.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že senioři preferují vzdělávání se v oblastech zdravotní gramotnosti formou sebevzdělávání. Druhým významným zjištěním je, že převážná většina seniorů je otevřena využívání ICT ve svých vzdělávacích aktivitách. Tento přehled možností tak bude doplněn o odkaz na webové stránky, ze kterého mohou senioři čerpat ověřené informace.

V úplném závěru bude představen vlastní návrh vzdělávacích aktivit pro rozvoj zdravotní gramotnosti seniorů s využitím ICT, jehož využití je vhodné pro sebevzdělávání či jako e-learningová podpora institucionálního vzdělávání.

## **1. Univerzita třetího věku**

Název: Univerzita třetího věku 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (UK)

Místo: Praha 2

Představení instituce: U3V poskytuje zájmové studium, které v rámci 1. lékařské fakulty UK v Praze seznamuje posluchače s biologickou bází medicíny a se základy teoretických a preklinických oborů lékařství.

Zaměření: biologie člověka – od buňky přes správné fungování lidského těla, jeho onemocnění a předcházení nemocem až po výživu ve stáří či duševní hygienu...

Odkaz: <https://www.lfl.cuni.cz/u3v>

Další pražské Univerzity třetího věku:

- Univerzita třetího věku 2. lékařské fakulty UK (zaměření: význam prevence v medicíně)
- Univerzita třetího věku 3. lékařské fakulty UK (zaměření: zdravý životní styl člověka)



## 2. Virtuální univerzita třetího věku

Název: Virtuální univerzita 3. věku – portál vzdělávání pro seniory

Místo: Praha 4

Představení instituce: Moderní alternativní způsob výuky pomocí videopřednášek – prezenčně na projekčním plátně v učebnách konzultačních center. Přednášky jsou didakticky přizpůsobené potřebám a možnostem seniorů. Po videopřednáškách probíhají vědomostní testy formou průběžných diskusí účastníků s asistencí vzdělávacího lektora a zpracování odpovědí na PC.

Zaměření: lidské zdraví, potraviny a spotřebitel...

Odkaz: <https://www.hobbycentrum4.cz/pro-seniory/27-virtualni-univerzita-3-veku>

## 3. Akademie třetího věku

Název: Senior akademie

Místo: Praha 9 (a ostatní městské části)

Představení instituce: Městské části ve spolupráci s Městskou policií hl. m. Prahy pořádají cyklus vzdělávacích programů prevence kriminality pro seniory.

Zaměření: základy první pomoci – seznámení se zásadami první pomoci, postup činnosti při: akutním infarktu myokardu, mozkové mrtvici, mdlobě; ukázka AED, resuscitace...

Odkaz: <https://www.praha9.cz/senior-akademie-0>

## 4. Univerzita volného času

Název: Centrum celoživotního vzdělávání Ing. Dany Steinové

Místo: Praha 7

Představení instituce: Centrum celoživotního vzdělávání poskytuje seniorům zájmové prezenční i online vzdělávání s absencí zkoušek, včetně jednoho oboru mezigeneračního.

Zaměření: trénování paměti, doprovodné aktivity – cvičení (jóga, pilates, zdravotní tělesná výchova, dechová cvičení)...

Odkaz: <https://www.aktivnisti.eu/>

## 5. **Knihovna**

Název: Městská knihovna v Praze

Místo: Praha

Představení instituce: Městská knihovna v Praze na všech svých pobočkách pravidelně pořádá tematické kurzy, přednášky a workshopy pro seniory.

Zaměření: trénování paměti...

Odkaz: <https://www.mlp.cz/cz/akce/e27265-trenovani-pameti-pro-seniory-jaro-2024/>

## 6. **Klub seniorů**

Název: Klub seniorů Roháčova

Místo: Praha 3

Představení instituce: Klub seniorů je střediskem volného času. Slouží pro společenskou, kulturní a jinou zájmovou činnost seniorů. Nabízí zájmové aktivity jako jsou rekondiční cvičení, cvičení na rotopedu. Klub rovněž pořádá přednášky a návštěvy zajímavých hostů.

Zaměření: zdravotní cvičení...

Odkaz: <https://psp3.cz/program-klubu-senioru/>

## 7. **Neziskové organizace**

Název: Elpida

Místo: Praha 5, Praha 7, online

Představení instituce: Vzdělávací a kulturní prostor pro aktivní seniory.

Zaměření: meditace a relaxace, trénink paměti, psychologická poradna, jóga, zdravotní cvičení, pilates...

Odkaz: <https://www.elpida.cz/>

Další neziskové organizace:

- Právě Ted! o.p.s. (zaměření: trénink paměti, plavání, komunikace s lékaři, představení aplikace SENIFIT a další)
- Život90 (zaměření: zdravý životní styl, trénink paměti)

## 8. Sebevzdělávání

Ministerstvo zdravotnictví spravuje webové stránky Národního zdravotnického informačního portálu (NZIP), k nalezení jsou zde odborné články o prevenci, zdravém životním stylu, nemocech a dalším, psané jednoduchou a srozumitelnou formou. Dále je zde k nalezení rejstřík zdravotnických pojmů pro laickou veřejnost, odkazy na doporučené weby a mnoho dalšího. Web je dostupný na: <https://www.nzip.cz/>.

### 4.2.1 Návrh vlastních vzdělávacích aktivit

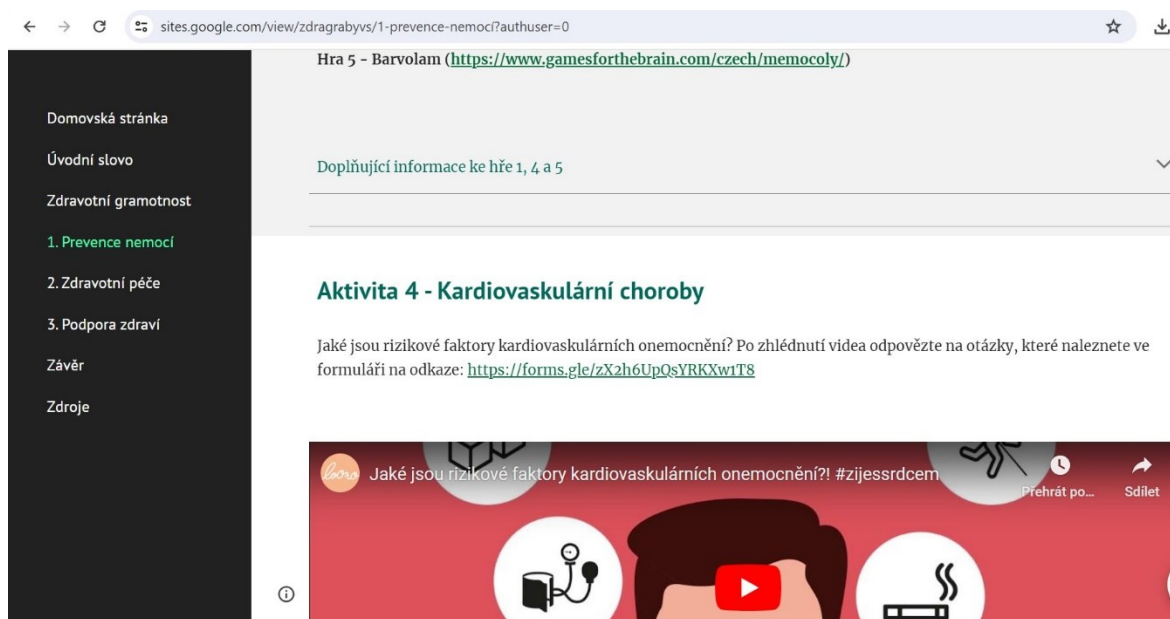
V této části diplomové práce je představen návrh vlastních vzdělávacích aktivit pro seniory, ve formátu webových stránek, které mohou být využity pro sebevzdělávání či jako inspirace pro lektory pro možnou tvorbu e-learningových podpor institucionálního vzdělávání. Následující řádky se budou prvně stručně věnovat popisu postupu tvorby vzdělávacích aktivit (celkem ve 4 krocích) a poté budou webové stránky blíže představeny.

Prvně bylo potřeba pochopit všechna specifika cílové skupiny, aby mohly být vzdělávací aktivity přizpůsobeny přesně jejím potřebám. Na základě studia odborné literatury jsem se blíže seznámila s gerontodidaktikou (edukačními cíli, metodami aj.) a specifiky ve vzdělávání seniorů. V druhém kroku bylo potřeba identifikovat edukační cíle, tedy stanovit si, jaké znalosti, dovednosti a vědomosti si senioři v průběhu vzdělávacích aktivit mají osvojit. Témata vzdělávacích aktivit byla předem stanovená, vychází z modelů zdravotní

gramotnosti, které pracují se třemi oblastmi zájmu, konkrétně – prevence nemocí, zdravotní péče a podpora zdraví. Ve třetím kroku bylo potřeba stanovit si kurikulum a rozdělit jej do menších jednotek, jelikož tematické bloky jsou velmi rozsáhlé. Při zestručňování obsahů je velmi důležité dbát na logickou strukturu. V posledním, čtvrtém kroku byly shromažďovány zdroje, ze kterých byly následně vytvářeny vzdělávací prezentace a texty k jednotlivým vzdělávacím aktivitám. Poté, co byly všechny vzdělávací materiály připraveny, přišla na řadu tvorba webu.

S ohledem na cílovou skupinu bylo potřeba zvolit jednoduchou strukturu webu. V první části webových stránek, v úvodním slovu, senioři naleznou stručné představení celého projektu, včetně instrukcí, jak ke vzdělávacím aktivitám nejlépe přistoupit. Pro kompletní uvedení do problematiky, zde senioři naleznou také definici zdravotní gramotnosti a poté pro každou její část (prevenci nemocí, zdravotní péči a podporu zdraví) vlastní výukový prostor.

Obrázek č. 10: Ukázka webových stránek – vlastní vzdělávací aktivity



Zdroj: vlastní zpracování (2024)

Studující senior by měl vždy začít prezentací, která mu představí obsah lekce a vzdělávací cíle. Na několika snímcích v prezentaci jsou uvedena upozornění na vzdělávací aktivity, které je dobré plnit v předem stanoveném pořadí, tak aby si studující neodkryli správné

odpovědi dříve, než danou vzdělávací aktivitu splní. Pokud nemá vzdělávací aktivita formu kvízu atp., správné odpovědi si studující ověřuje sám, přímo v prezentaci, na následujícím snímku.

V rámci těchto vzdělávacích aktivit nejsou seniorům předávány jen informace týkající se zdravotní gramotnosti, senioři si také mají možnost osvojit nové ICT dovednosti – např. nastavení si českých titulek u zahraničního YouTube videa.

Vzdělávací aktivity jsou dostupné zde: <https://sites.google.com/view/zdragrabyvs/1-prevence-nemoc%C3%AD?authuser=0>

## **Závěr**

Diplomová práce se zabývala tématem zdravotní gramotnost seniorů. Zdravotní gramotnost obecně je velmi důležité téma, s postupujícím stárnutím populace se význam jejího systematického rozvoje stále více zvyšuje. Její nízká úroveň je totiž závažným rizikovým faktorem pro každou společnost, v porovnání s ostatními evropskými zeměmi, ČR zaostává za průměrem. Jedním z významných nástrojů, který k systematickému rozvoji zdravotní gramotnosti přispívá, je edukace. Cílem diplomové práce tak bylo zjistit, jaké mají senioři možnosti edukace pro rozvoj své zdravotní gramotnosti s využitím ICT.

Teoretická část diplomové práce byla rozdělena do dvou hlavních kapitol. V první kapitole, *Gramotnost*, byly prvně teoreticky ukotveny pojmy obecné – gramotnost a zdraví. Následně byl definován samotný pojem zdravotní gramotnost, včetně jejích modelů a oblastí, které je vhodné rozvíjet. Důraz byl kladen na zdravotní gramotnost seniorů. V závěru první kapitoly byl představen strategický dokument Zdraví 2030, jehož jeden ze specifických cílů je zaměřen na zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatel ČR. Druhá kapitola, *Geragogika*, se mimo definici tohoto pojmu věnovala pojmu stáří a senior, edukaci seniorů obecně a gerontodidaktice. Mimo to se věnovala také specifikům ve vzdělávání seniorů a osobě lektora. V neposlední řadě možnostem edukace seniorů (Univerzitám třetího věku, Akademiím třetího věku, klubům pro seniory a dalším) a využití informačních a komunikačních technologií při jejich vzdělávání.

Praktická část diplomové práce prostřednictvím dotazníkového šetření, ve kterém byli osloveni pražští senioři, kteří splňovali předem stanovené parametry, identifikovala možnosti edukace seniorů pro rozvoj jejich zdravotní gramotnosti s využitím ICT.

Provedený kvantitativní výzkum má svá metodická omezení, lze je označit za limity výzkumu. Konkrétními limity jsou – velikost výzkumného vzorku (pouze 53 respondentů), možnost nadměrného zjednodušení výzkumu v závislosti na cílové skupině seniorů, dotazník byl zjednodušen a zkrácen na základě zpětné vazby, kterou jsem obdržela v rámci pilotáže dotazníku. Třetím limitem je skutečnost, že výzkumník má v kvantitativním výzkumu pouze omezený rozsah informací o mnoha jedincích a při zkoumání problému tak nelze jít zcela do hloubky.

V rámci výzkumného šetření byly stanoveny celkem tři hypotézy H2 a H3 byly potvrzeny:

- H2: *Senioři využívají v rámci svého sebevzdělávání v oblastech zdravotní gramotnosti více tištěné zdroje než zdroje digitální.*
- H3: *Většina dotazovaných seniorů v rámci svých vzdělávacích aktivit zaměřených na rozvoj zdravotní gramotnosti využívá více počítač/ notebook než mobilní telefon/ tablet.*

První hypotéza *Senioři znají možnosti institucionálního vzdělávání pro rozvoj své zdravotní gramotnosti a dávají mu přednost před sebevzděláváním*, byla vyvrácena. Celkem 54 % respondentů uvedlo, že preferují sebevzdělávání před institucionálním vzděláváním. Toto zjištění je vcelku překvapivé, edukace v seniorském věku většinou nebývá jen o vědomostech, ale velmi významným faktorem je sociální kontakt, který edukací senioři získávají. Je však potřeba myslet na konkrétní složení výzkumného vzorku, který je z významné části tvořen pracujícími seniory, u nichž lze předpokládat, že se jich sociální změny zatím významněji nedotkly.

I přes výše uvedené limity, věřím, že toto výzkumné šetření je přínosem oboru. Přináší přehled institucí, ve kterých se senioři mohou vzdělávat a rozvíjet tak svou zdravotní gramotnost. Dále v návaznosti na zjištění, že je převážná většina seniorů otevřena využívání ICT ve svých edukačních aktivitách (zejména sebevzdělávacích), přináší návrh vzdělávacích aktivit pro seniory, ve formátu webových stránek, které mohou být využity pro sebevzdělávání či jako inspirace pro lektory pro možnou tvorbu e-learningových podpor institucionálního vzdělávání.

## Seznam použitých informačních zdrojů

ANIKEEVA, O. A. et al., 2019. IT and computer technologies for education of senior citizens and improving the quality of their life. *EURASIA Journal of mathematics, science and technology education*. Vol. 15, Issue 11, article NO: em1768 <https://doi.org/10.29333/ejmste/109504>

BÁRTLOVÁ, S. et al., 2019. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-271-2201-1.

BENEŠ, M., 2008. *Andragogika*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-4824-5.

BENEŠOVÁ, D., 2014. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. První vydání. Praha: UJAK. ISBN 978-80-7452-039-6.

ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČELEDOVÁ, L. a J. HOLČÍK, 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-3819-3.

ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

DOLEŽALOVÁ, J., 2005. *Funkční gramotnost – proměny a faktory gramotnosti ve vztazích a souvislostech*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-115-5.

EUROSTAT, 2023. *Health in the European Union – facts and figures*. [online]. [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: [Health in the European Union – facts and figures - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://health.ec.europa.eu/health-in-the-eu-facts-and-figures-statistics-explained)

GAVORA, P., 2002. Gramotnost: vyvíň modelov, reflexia praxe a výskumu. *Pedagogika*, pp. 171-181. Dostupné z: <https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=2048>

HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-271-0568-7.



- HARTL, P., 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, s.r.o. ISBN: 80-7178-803-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-210-5239-0.
- HRAPKOVÁ, N. et al. 2014. *Edukácia v treťom veku*. In Zborník abstraktov a príspevkov odbornej konferencie s medzinárodnou účasťou orgnizovanej k 20. výročiu založenia Asociácie univerzít tretieho veku na Slovensku. Bratislava: Univerzita Komenského. [online]. [vid. 2024-03-30]. Dostupné z: [Zborník k 20. výročiu založenia ASUTV na Slovensku | Asociácia univerzít tretieho veku na Slovensku](#)
- HROBOŇ, P. a V. KLIMKOVÁ, 2023. *Prevence – praktický návod na zlepšení zdravotního stavu a podporu ekonomického růstu*. [online]. [vid. 2024-03-30]. Dostupné z: [https://www.advanceinstitute.cz/images/publikace/Advance\\_prevence.pdf](https://www.advanceinstitute.cz/images/publikace/Advance_prevence.pdf)
- CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. akt. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9225-0.
- JANIŠ, K. a J. SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5535-9.
- JANOVSKÁ, K. et al., 2015. *Zdravotní gramotnost seniorů*. [online]. [vid. 2023-12-30]. Dostupné z: [zdravotni\\_gramotnost\\_brozura.pdf \(zdravotnigramotnost.cz\)](#)
- KICKBUSCH I., 2004. *Improving health literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active healt citizens*. Dostupné z:

[http://infosihat.moh.gov.my/images/Bahan\\_Rujukan/He\\_Ict/Improving\\_Health\\_literacy.pdf](http://infosihat.moh.gov.my/images/Bahan_Rujukan/He_Ict/Improving_Health_literacy.pdf)

KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3710-2.

KOLÁŘ, Z., 2012. *Výkladový slovník z pedagogiky: 583 vybraných hesel*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3710-2.

KRUPKOVÁ, K., BĚLÍK, V. a B. NOVÁKOVÁ, 2022. Senior education as a form of prevention from social exclusion. *Edukacja Doroslych*. Vol. 87, NO 2, pp. 113-123. <https://doi.org/10.12775/ED.2022.017>

KRYSTOŇ, M., a D. GRACOVÁ, 2018. *Etické aspekty edukácie seniorov*. Součástí sborníku *Vzdělávání dospělých 2017 – v době rezonujících společenských změn*. Praha: Česká andragogická společnost (ČAS). ISBN 978-80-906894-2-8.

LANGER, T. a M. ŠERÁK, 2023. *Metodika pro lektory*. Praha: Poustevna. Dostupné na: [https://www.researchgate.net/publication/367412805\\_Metodika\\_pro\\_lektory\\_-\\_vzdelavani\\_senioru](https://www.researchgate.net/publication/367412805_Metodika_pro_lektory_-_vzdelavani_senioru)

LANGMEIER, J. a D. KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.

MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5351-5.

MUŽÍK, J., 2011. *Řízení vzdělávacího procesu: andragogická didaktika*. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-581-6.

Národní síť Zdravých měst ČR [online]. ©2024 [vid. 2024-01-18]. Dostupné z: [ZdravaMesta.cz](https://www.zdravamesta.cz)

NPI, 2023. *Zdravotní gramotnost dospělých* [online]. [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: [Zdravotní\\_gramotnost.pdf \(npi.cz\)](https://www.npi.cz/zdravotni-gramotnost.pdf)

NUTBEAM, D., 1998. *Health promotion glossary*. December 1998, Vol 13, No. 4, pp. 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

- NUTBEAM, D., 2000. *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. September 2000, Vol. 15, No. 3, pp. 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- NZIP, Státní zdravotní ústav. *Program Škola podporující zdraví (ŠPZ)*. [online]. [vid. 2023-12-18]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: [Program Škola podporující zdraví \(ŠPZ\) | NZIP](#)
- NZIP, Ústav zdravotní gramotnosti. *Zdravotní gramotnost*. [online]. [vid. 2023-12-18]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: [Zdravotní gramotnost | NZIP](#)
- PRŮCHA, J., JANÍK, T. a M. RABUŠICOVÁ, 2009. *Pedagogická encyklopedie*. (PEN). Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-546-2.
- PRŮCHA, J. a J. VETEŠKA, 2014. *Andragogický slovník*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8993-4.
- SKUTIL, M., 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.
- SVOBODOVÁ, Z., 2020. *Základy metodologie výzkumu – kvalitativní přístupy*. Univerzita Karlova: Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7603-256-9. Dostupné z: <https://cuni.futurebooks.cz/book/33-zaklady-metodologie-vyzkumu-kvalitativni-pristupy/?/impressum/>
- ŠERÁK, M., 2009. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-551-6.
- ŠERÁK, M. a M. DVOŘÁKOVÁ, 2009. *Kapitoly z teorie a praxe vzdělávání dospělých*. Praha: Česká zemědělská univerzita. ISBN 978-80-213-2201-7.
- ŠERÁK, M., 2015. *Vzdělávání seniorů v České republice – současnost a budoucnost*. Brno. Součástí sborníku příspěvků ke konferenci konané u příležitosti 25. výročí založení Univerzity třetího věku na Masarykově univerzitě dne 16. září 2015. ISBN 978-80-210-7997-7. Dostupné z: <https://munispace.muni.cz/library/catalog/view/778/2492/402-1/#preview>

- ŠPATENKOVÁ, N. a L. SMÉKALOVÁ, 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8.
- TOMCZYK, L., 2014. *Methods and forms of senior education*. Krakow: Wydział Pedagogiczny (Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej). ISBN 978-83.941568-1-7. Dostupné z: <https://ojs.wsb.edu.pl/index.php/bgs/>
- VÁGNEROVÁ, M., SVOBODA, M. a Z. HADJ-MOUSSOVÁ, 2007. *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VETEŠKA, J., VACÍNOVÁ, T. et al., 2011. *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-012-9,
- VETEŠKA, J., 2016. *Přehled andragogiky: úvod do studia vzdělávání a učení se dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1026-9.
- VON HUMBOLDT, S. a I. LEAL, 2014. Adjustment to aging in late adulthood: A systematic review. *International Journal of Gerontology*, September 2014, Vol. 8, No. 3 pp. 108-113. <https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.03.003>
- UNESCO, 2009. *Guide to measuring information and communication technologies (ICT) in education*. ISBN: 978-92-9189-078-1. Dostupné z: [https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/guide-to-measuring-information-and-communication-technologies-ict-in-education-en\\_0.pdf](https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/guide-to-measuring-information-and-communication-technologies-ict-in-education-en_0.pdf)
- UNESCO, 2023. *What you need to know about literacy*. Dostupné z: [What you need to know about literacy | UNESCO](#)
- WHO, 1998. *Health promotion glossary*. [online]. [vid. 2024-01-16]. Dostupné z: [Health promotion glossary \(who.int\)](#)
- WHO, 2020. *Basic documents – forty-ninth edition*. [online]. [vid. 2024-01-16]. Dostupné z: [BASIC DOCUMENTS \(who.int\)](#)
- WHO, 2021. *Health promotion glossary of terms 2021*. ISBN 978-92-4-003834-9 [online]. Dostupné z: [9789240038349-eng.pdf \(who.int\)](#)

*Zdraví 2030 – Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* [online]. [vid. 2023-12-18]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

*Zdravotní gramotnost – solidní fakta.* [online]. [vid. 2023-12-16]. Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ústavem pro zdravotní gramotnost, z. ú. a Státním zdravotním ústavem. První vydání. ISBN 978-80-85047-63-9. Dostupné z: [ZG\\_brozura-10\\_2020\\_final.pdf \(uzg.cz\)](https://uzg.cz/ZG_brozura-10_2020_final.pdf)

ZANOVITOVÁ, M. a kol., 2015. *Vybrané aspekty starostlivosti o zdravie seniorov: Študijné texty pre študentov Univerzity tretieho veku pri JLF UK v Martine.* ISBN 978-80-89544-93-6. [online]. [vid. 2024-03-27]. Dostupné z: <https://portal.jfmed.uniba.sk/download.php?fid=677>

ZOUNEK, J., 2009. *E-learning – jedna z podob učení v moderní společnosti.* Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5123-2.

ŽUMAROVÁ, M. a M. ČERNÁ, 2011. Senior citizens as a specific non-traditional group of students in a lifelong education. *IEEE Global Engineering Education Conference (EDUCON)*, Amman Jordan, pp. 771-776. <https://doi.org/10.1109/EDUCON.2011.5773226>

## **Seznam zkratek**

A3V = akademie třetího věku

BMI = index tělesné hmotnosti (z angl. body mass index)

ICT = informační a komunikační technologie (z angl. information and communication technologies)

MZČR = Ministerstvo zdravotnictví České republiky

U3V = univerzita třetího věku

UK = Univerzita Karlova

UVČ = univerzita volného času

WHO = Světová zdravotnická organizace (z angl. World Health Organization)

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Faktory utvářející gramotnost

Obrázek 2: Vztah mezi druhy a úrovněmi gramotnosti

Obrázek 3: Rozdělení gramotnosti dle vědních oborů či sfér života

Obrázek č. 4: Model zdravotní gramotnosti 1 – cyklus práce se zdravotními informacemi, vč. oblastí jejího působení

Obrázek č. 5: Model zdravotní gramotnosti 2 – konceptuální model Evropské studie zdravotní gramotnosti

Obrázek č. 6: Model zdravotní gramotnosti 3 – sub-dimenze definované konceptuálním modelem

Obrázek č. 7: Model zdravotní gramotnosti 4 – tři úrovně zdravotní gramotnosti

Obrázek č. 8: Kompetenční model lektora ve vzdělávání seniorů

Obrázek č. 9: Ukázka zpracovávání získaných dat v programu Microsoft Excel

Obrázek č. 10: Ukázka webových stránek – vlastní vzdělávací aktivity

## **Seznam grafů**

Graf č. 1: Věk

Graf č. 2: Pohlaví

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 4: Pracovní situace

Graf č. 5: Postoj seniorů k využívání ICT v rámci institucionálního vzdělávání a sebevzdělávání

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník – Možnosti edukace seniorů pro rozvoj jejich zdravotní gramotnosti s využitím informačních a komunikačních technologií