

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Veronika Volcová

Zdravotní gramotnost u dospělé populace

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Olomouc 2017

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 9. května 2017

podpis

Děkuji Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za vstřícnost při konzultacích a za odborné vedení a cenné rady při zpracování této práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce:	Bakalářská práce
Téma práce:	Zdravotní gramotnost v kontextu ošetrovatelství a ošetrovateľské péče
Název práce:	Zdravotní gramotnost u dospělé populace
Název práce v AJ:	Health literacy among the adult population
Datum zadání:	2017-01-30
Datum odevzdání:	2017-05-09
Vysoká škola, fakulta, ústav:	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetrovatelství
Autor práce:	Volcová Veronika
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
Oponent práce:	
Abstrakt v ČJ:	

Bakalářská práce prezentuje aktuální dohledané poznatky o zdravotní gramotnosti u dospělé populace. Nízká zdravotní gramotnost výrazně ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva, je tedy zapotřebí vytvářet programy podporující zdravotní gramotnost a vzdělávat občany o podpoře svého zdraví. Ovlivňuje ji především úroveň vzdělání, věk, ekonomická situace, nezaměstnanost, etnický původ, příjem, sociální postavení a pohlaví. Dohledané poznatky byly čerpány z databází EBSCO, PROQUEST, GOOGLE Scholar, PubMed a Medvik.

Abstrakt v AJ:

The thesis presents the current knowledge about gathering evidence of health literacy among the adult population. Low health literacy significantly affects the health of the population, hence the need to create programs that promote health literacy and educate citizens about the promotion of their health. Overall health literacy is mainly affected by the level of education, age, economic situation, unemployment, ethnicity, income, social status and gender. The evidence was gathered using databases such as EBSCO, ProQuest, Google Scholar, PubMed Medvik.

Klíčová slova v ČJ:	zdravotní gramotnost; dospělí; zdraví; nemoc; hodnotící nástroje ZG; škály; znalost ZG; podpora ZG; ZG v ošetrovatelství
Klíčová slova v AJ:	health literacy; adults; health; illness; assessment tools HL; rating scale; knowledge of HL; promoting HL; HL in nursing
Rozsah práce:	51 stran / 2 přílohy

Obsah

Úvod	7
1 Popis řešeršní činnosti	9
2 Zdravotní gramotnost u dospělé populace	11
2.1 Explikace pojmů týkajících se zdraví, podpory zdraví, nemoci a zdravotní gramotnosti.....	12
2.2 Hodnotící nástroje zdravotní gramotnosti u dospělé populace	18
2.3 Evaluace zdravotní gramotnosti u dospělé populace	24
2.4 Podpora zdravotní gramotnosti u dospělé populace	32
2.4.1 Podpora zdravotní gramotnosti v kontextu ošetřovatelství	35
2.5 Význam a limitace sumarizovaných poznatků.....	37
Závěr	39
Referenční seznam.....	40
Seznam zkratk	48
Seznam obrázků.....	50
Seznam příloh	51

Úvod

V posledních letech se zdravotní gramotnost (dále ZG) stává stále více diskutovaným tématem. Na úrovni zdravotní gramotnosti velmi záleží, a to hlavně z toho důvodu, že dnešní doba je uspěchaná a zdravotnický personál nemá na pacienty tolik času, jako tomu bývalo dříve. Krátkodobé hospitalizace a krátké prohlídky jsou tomu příkladem. Od pacientů a rodinných příslušníků se očekává, že se budou aktivně vzdělávat a správně provádět širokou řadu úkolů souvisejících se zdravím. Tyto úkoly však mohou být složité a neznámé, jako je například použití nových typů technologií. Je důležité posoudit, jak dobře pacienti umí číst, chápat a jednat v souvislosti se zdravotními informacemi, proto je nutné znát, jaký hodnotící nástroj by mohl být použit k měření těchto schopností (Osborne, 2013, str. 3, 9). Nízká zdravotní gramotnost postihuje více než polovinu populace, zvyšuje náklady na zdravotní péči, snižuje zdraví a kvalitu života lidí (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2017, str. 4).

V souvislosti s touto problematikou je možno položit si otázku: Jaké jsou aktuální publikované poznatky o terminologii, hodnotících nástrojích, evaluaci a podpoře zdravotní gramotnosti u dospělé populace?

Cílem bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o terminologii, hodnotících nástrojích, evaluaci a podpoře zdravotní gramotnosti u dospělé populace.

Dílčí cíle:

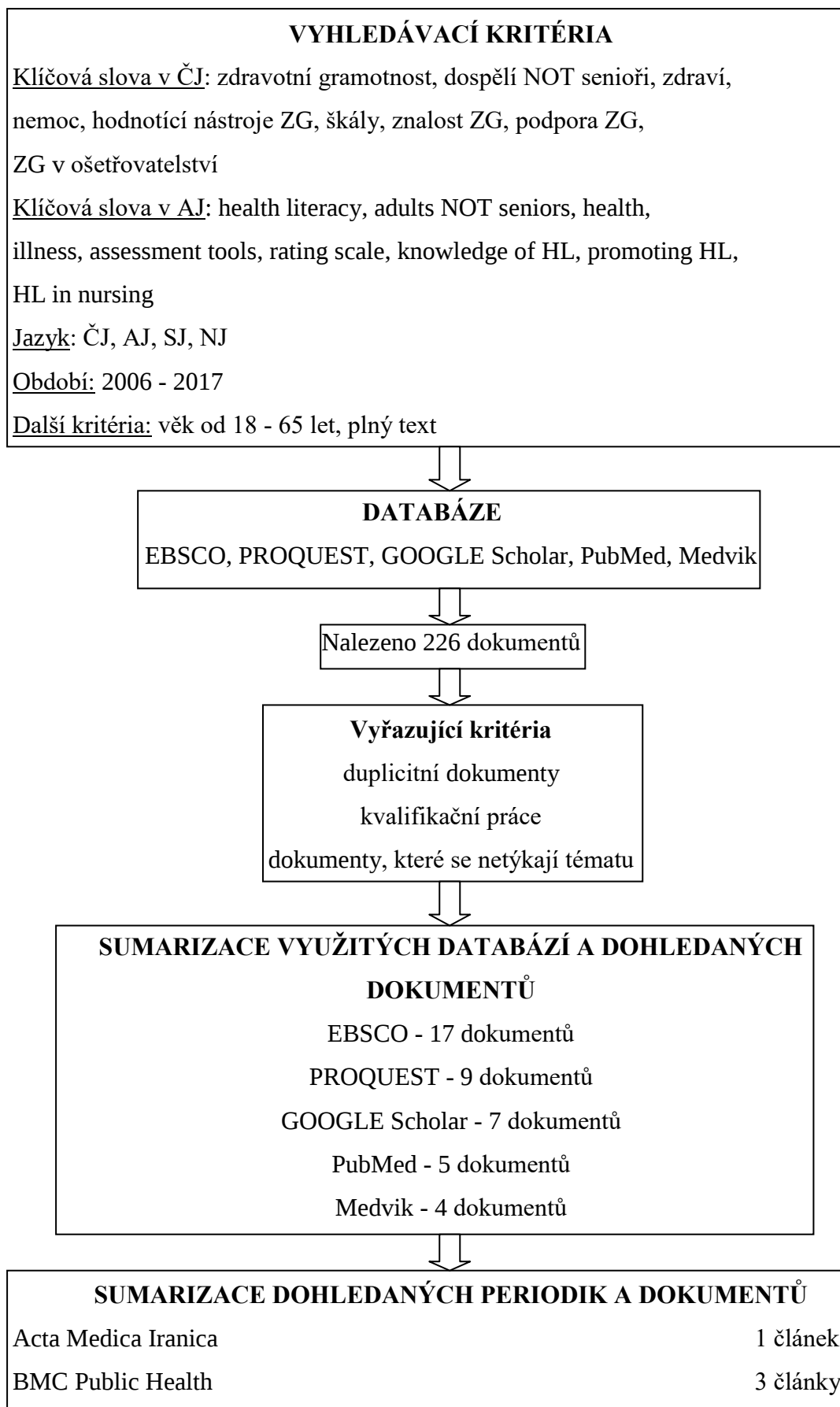
1. Sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o pojmech a termínech vztahujících se ke zdravotní gramotnosti u dospělé populace.
2. Sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o hodnotících nástrojích zdravotní gramotnosti u dospělé populace.
3. Sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o evaluaci zdravotní gramotnosti u dospělé populace.
4. Sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o podpoře zdravotní gramotnosti.

Vstupní studijní literatura:

1. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
2. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-089-0.

3. KOPERA-FRYE, Karen. *Health literacy among older adults*. New York, NY: Springer Publishing Company, 2017. ISBN 9780826194510.
4. MAYER, Gloria G. a Michael VILLAIRE. *Health literacy in primary care: a clinician's guide*. London. Springer Publishing Company, 2007. ISBN 978-0826102294.
5. OSBORNE, Helen. *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message*. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 1449600530.
6. PARNELL, Terri Ann. *Health literacy in nursing: providing person-centered care*. New York: Springer Publishing Company, 2015. ISBN 978-0-8261-6173-4.
7. ZARCADOOLAS, Christina, Andrew F. PLEASANT a David S. GREER. *Advancing health literacy: a framework for understanding and action*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2006. ISBN 9780787984335.

1 Popis rešeršní činnosti



Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz	1 článek
Environmental Health and Preventive Medicine	1 článek
European Journal of Internal Medicine	1 článek
Gerontology	1 článek
Health Policy	1 článek
Hygiene	2 články
International Conference on Communication, Media, Technology and Design	1 článek
International Journal of Nursing Terminologies and Classifications	1 článek
Journal of Biomedical Informatics	1 článek
Journal of Consumer Health on the Internet	1 článek
Journal of Epidemiology and Community Health	2 články
Journal of General Internal Medicine	1 článek
Journal of Health Communication	3 články
Journal of Medical Internet Research	1 článek
Kontakt	1 článek
Medicine and Law	1 článek
Nursing	1 článek
Nursing Forum	1 článek
Nursing Outlook	2 články
Ošetrovatel'stvo	1 článek
Patient Education and Counseling	4 články
Practicus pro praktické lékaře zdarma	1 článek
Prävention und Gesundheitsförderung	1 článek
Public Health Ethics	1 článek
Scandinavian Journal of Caring Sciences	2 články
Society. Integration, Education. Proceedings of the International Scientific Conference	1 článek
Teaching and Learning in Nursing	1 článek
The Journal of Nurse Practitioners	2 články



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 42 dohledaných dokumentů
a 13 bibliografických zdrojů

2 Zdravotní gramotnost u dospělé populace

Rychlý vývoj techniky a vědy s sebou přináší velké množství nových informací, které do jisté míry ovlivňují náš život. Abychom v každodenním životě optimálně fungovali, musíme si v určité kvalitě osvojovat nové informace (Dingová a Jakubcová, 2011, str. 34). V dnešní době se každý jedinec setkává s vícero zdravotními problémy či rozhodnutími. Společnost a zdravotnické systémy jsou stále složitější. V důsledku toho jsou požadavky na gramotnost a optimální využívání zdravotnických informací mnohem důležitější pro udržení dobrého zdravotního stavu. Stále častěji jsou občané vyzýváni k tomu, aby se stali informovanými pacienty a aktivně rozhodovali o svém zdraví (Stormacq, Wosinski a Broucke, 2016, str. 50). Nejen však v posledních letech, ale v průběhu celé historie jde o diskutované téma. Dříve se někteří lidé domnívali, že zdravotní gramotnost je závislá na schopnostech a dovednostech jedince, zatímco jejich oponenti tvrdili, že závisí na dovednostech a schopnostech zdravotnického systému či organizace. Ve skutečnosti jde o vztah mezi dovednostmi osob přijímajících péči nebo léčbu a profesionály nebo systémy, které tuto péči popřípadě léčbu poskytují (Parnell, 2015, str. 3). Do nedávna byla hlavním jazykem medicíny latina. Podle A. E. Barnett (Mayer a Villaire, 2007, předmluva), byla latina primárně navržena tak, aby zahanbila pacienty. Koneckonců hodný pacient byl ten, který poslechl svého lékaře. Zdravotní ngramotnost tedy nebyla vnímána jako problém, spíše jako žádoucí stav. V současné době se situace ovšem změnila. Latina se nyní užívá méně, zůstává převážně v terminologii nemocí. Avšak nízká zdravotní gramotnost je nyní ještě problematičtější, než v období rozkvětu lékařské latiny. Jde především o to, že současné terapie a procedury jsou nejen mnohem účinnější, ale také složitější a v mnoha ohledech nebezpečnější než byly v minulosti. Prevence nemocí a screening zdravotních problémů udělaly dramatické pokroky, což samozřejmě vyžaduje přijetí a větší spolupráci ošetřovaného. Pacienti jsou nyní povinni podílet se na své vlastní zdravotní péči s cílem maximalizovat její výhody. Pokud tomu tak není, jsou dosti znevýhodněni. Mohou být také negativně ovlivněni slabými komunikačními dovednostmi, čímž se celkově snižují jinak potencionálně úspěšné možnosti léčby (Mayer a Villaire, 2007, předmluva).

Termín zdravotní gramotnost byl poprvé použit v roce 1974 k popsání informací o zdraví v rámci edukačního systému a též k výpovědi o systému zdravotní péče v ohledu na masové komunikace. Koncept zdravotní gramotnosti nespadal do zdravotní péče až do 90. let 20. století. Důraz na péči o vlastní zdraví a nemoc se začal klást až počátkem 21. století (Parnell, 2015, str. 6). Čehož si můžeme povšimnout i v Národním průzkumu gramotnosti

dospělých (the National Adult Literacy Survey), která roku 1992 odhalila, že ze 191 milionů dospělých Američanů bylo 44 milionů lidí klasifikováno jako funkčně negramotných a u dalších 53,3 milionů dospělých se prokázala pouze nepatrně lepší zdravotní gramotnost (Mullen, 2013, str. 248). Další studii Ministerstvo školství Spojených států a Národní centrum pro statistiku vzdělání dokončilo v roce 2003: Vnitrostátní hodnocení gramotnosti dospělých (the National Assessment of Adult Literacy - NAAL). Cílem bylo změřit stav gramotnosti dospělých ve Spojených státech a poprvé zde zařadili i samostatný oddíl pro měření zdravotní gramotnosti, který byl zaměřen na schopnost číst, porozumět a aplikovat informace o zdraví v angličtině. Jak bylo uvedeno v NAAL, mnozí dospělí mají potíže fungovat v systému zdravotní péče kvůli nedostatku znalostí o zdravotní gramotnosti. Článek Health literacy and Patient Safety: Help Patients Understand potvrzuje tyto myšlenky a uvádí, že nízká zdravotní gramotnost je silnější prediktor zdravotního stavu člověka než věk, příjem, postavení v zaměstnání, úroveň vzdělání a rasa (Parnell, 2015, str. 4).

Úroveň zdravotního stavu populace se mimo výše zmíněného obecně zvyšuje s rozvojem zdravotní gramotnosti. Důsledkem nízké zdravotní gramotnosti jsou ekonomické ztráty, zvýšené zdravotní riziko a velké rozdíly v úrovni zdraví mezi sociálními skupinami. Podle dalších studií provedených ve Spojených státech působí nízká zdravotní gramotnost ekonomickou škodu odhadovanou ročně na 73 miliard dolarů. Je dokázáno, že spousta zdravotních programů byla úspěšná jen u vyšších sociálních vrstev obyvatelstva s vyšším vzděláním. Sociálně znevýhodněným skupinám tyto programy nepomohli (Holčík, 2009, str. 11-12).

2.1 Explikace pojmů týkajících se zdraví, podpory zdraví, nemoci a zdravotní gramotnosti

Kapitola se zabývá vysvětlením a definováním pojmů zdraví, determinanty zdraví, nemoc, zdravotní gramotnost a její modely.

Zdraví

Jednou z nejdůležitějších životních hodnot, pro člověka obecně, je zdraví. To by však nemělo být bráno jako cíl života, ale jako podmínka jeho spokojenosti a kvality. Významnou roli v otázce zdraví má životní styl, do kterého se řadí výživa, fyzická aktivita, práce, sexuální aktivita, duševní pohoda, sociální vztahy a odolnost vůči stresu (Čeledová a Čevela, 2010, str. 14). Pokus definovat zdraví má dlouhou tradici již od starověku. Před Hippokratem bylo zdraví považováno za božský dar. Hippokratova představa zdraví je postavena na vyvážené stravě. Domníval se, že zdraví je rovnováha mezi čtyřmi tělesnými tekutinami, žlutou žlučí,

krví, černou žlučí a hlenem. V moderní medicíně se začali objevovat rozdílné definice zdraví. Zdraví může být definováno jako stav pohody, bez nemoci nebo postižení při zachování základních lidských práv nebo jako dynamický stav vyznačující se svým fyzikálním a duševním potenciálem, který splňuje nároky života úměrně s věkem, kulturou a osobní odpovědností (Yousefi a Rezaei, 2017, str. 85). Asi nejznámější definici však představuje Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1948 jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci či postižení. Prožívání nejvyšší dosažitelné úrovně zdraví je jedním ze základních práv každého člověka bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomických či sociálních podmínek. Zdraví je tedy základním lidským právem a dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví patří mezi nejdůležitější celosvětové sociální cíle, jejichž realizace vyžaduje působení mnoho dalších sociálních a hospodářských sektorů kromě zdravotnictví (Nobile, 2014, str. 34). Podle Charlier, Coppens, Malaurie a kol. (2016, str. 33, 36) je současná definice WHO zastaralá, jelikož se zdá, že je nevhodná pro velkou část světové populace. Do definice WHO by se podle nich měla přidat: rovnováha v rámci životního prostředí, schopnost a možnost prožít svou vlastní spiritualitu.

Dále se zdraví od roku 1999 začíná chápat jako snížení mortality, morbidit a postižení v důsledku chorob, které lze zjistit a zároveň je též bráno jako subjektivní pocit. Rovněž může být pochopeno jako stav fyzické, duševní, sociální i duchovní pohody organismu, jehož základní fyziologické funkce jsou v normě, má společenské postavení a schopnost adaptovat se na měnící se podmínky prostředí (Čeledová a Čevela, 2010, str. 14-20). Na rozdíl od jiných autorů, Nobile (2014, str. 39) chápe zdraví jako standard nebo normu - nikoli však morální normu či povinnost, ale stav bytí, který odhaluje samotnou aktivitu jako standard tělesné dokonalosti. Zdraví je dobře pracující organismus jako celek nebo také činnost živého těla v souladu s jeho specifickými vlastnostmi (Nobile, 2014, str. 39). Je také mimo jiné úzce spojeno s pudem sebezáchovy. Díky tomu lze i ze sociálního hlediska chápat fakt, že zdraví pramení z poznání a každý jedinec by měl dbát o své zdraví, pokud chce přežít. S pojmem zdraví souvisí také jeho determinanty a je tedy vhodné je zmínit. Determinanty zdraví jsou faktory, které mají buď pozitivní či negativní vliv na zdraví. Jsou složeny z ekonomického, fyzického a sociálního prostředí jedince a také z jeho individuální charakteristiky a chování (genetika, pohlaví, životní styl atd.). Tudiž k nerovnostem ve zdraví přispívá chudoba, nezaměstnanost, sociální vyloučení a rodinná situace (Machová, Kubátková a kol., 2015, str. 10). Světová zdravotnická organizace (WHO) a Komise sociálních determinantů zdraví (CSHD) vyhlásily zdravotní gramotnost jako hlavní determinant zdraví a nabádají k vytvoření Rady zdravotní gramotnosti a ke koordinování strategické aktivity ke

zlepšení zdravotní gramotnosti (Javadzade a kol., 2012, str. 1). Nejen proto je velmi podstatná ochrana zdraví, jenž je souborem aktivit a postupů, které mají za úkol vytvořit a chránit co nejlepší zdravotní i pracovní podmínky, zamezit rozšiřování infekcí a výskytu hromadných onemocnění (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014, str. 12).

Podpora zdraví

S ochranou zdraví úzce souvisí podpora zdraví, která je souborem ekonomických, technologických, politických a výchovných aktivit, jejichž cílem je chránit zdraví, prodlužovat kvalitní život a zabezpečovat zdravý vývoj generací. Hlavními činiteli v péči o zdraví tedy nejsou pouze finanční prostředky, materiál a technické vybavení zdravotnických služeb, ale mnohem důležitějším faktorem je ochota lidí podílet se na péči o zdraví (Čeledovská a Čevela, 2010, str. 33). Podpora zdraví je podle Ministerstva zdravotnictví ČR (2014, str. 12) soubor aktivit, které lidem mají pomoci zlepšit svůj zdravotní stav a zároveň zvyšovat kontrolu nad činiteli, kteří jej ovlivňují. V rámci WHO je navržena definice podpory zdraví jako proces, který umožňuje jednotlivcům a komunitám zvyšovat kontrolu nad determinanty zdraví a tím zlepšit své zdraví. Může být také definována jako centrálně zaměřená činnost, která posiluje jedince prostřednictvím vzdělání s přesvědčením, že to vše bude přispívat k lepší veřejné politice. Podpora zdraví se dotýká kontroverzních politických otázek, jako je role environmentálních a sociálně-ekonomických faktorů ovlivňujících zdraví (Dawson, 2012, str. 101-102).

V roce 1986 byla přijata tzv. Ottawská charta, která vymezila zásady moderní péče o zdraví: podporu zdraví, prevenci, dostupnost zdravotní péče, zdravou veřejnou politiku, účast obyvatel a obcí v péči o zdraví, mezinárodní spolupráci v péči o zdraví (Čeledovská a Čevela, 2010, str. 34). Podle Ottawské charty jsou základní podmínky a prostředky pro podporu zdraví mír, přístřeší, vzdělání, potrava, příjem, stabilní ekosystém, udržitelné zdroje, sociální spravedlnost a spravedlnost (Nobile, 2014, str. 40).

Nemoc

Opakem zdraví je nemoc a jde o chorobný stav těla nebo intelektu projevující se změnou funkcí a struktur buněk, tkání a orgánů. Podle normativní definice nemoci jde o stav, u kterého dochází k subjektivním obtížím. Tato definice je z lékařského hlediska neúplná, jelikož nepokrývá některé nemoci, jako je například vysoký krevní tlak. Funkcionalistická definice nemoci popisuje funkce organismu, buď jako fyziologické nebo jako patologické, a to bez ohledu na subjektivní obtíže. Nemoc můžeme také chápat jako poruchu adaptace člověka, při které dochází k selhání adaptivních procesů na podněty prostředí (Čeledová a Čevela, 2010, str. 20).

Mezi nejhůře vnímaná onemocnění se obecně řadí civilizační choroby, které jsou hlavní příčinou úmrtí na celém světě. Více než 75 % všech úmrtí je způsobeno jednou ze 4 chronických druhů chorob: rakovinou, srdečními chorobami, diabetem mellitem a nemocemi dýchacího ústrojí. Civilizační nemoci vznikají často následkem chronických stavů. Zde hraje zdravotní gramotnost klíčovou roli, jelikož umožní lidem, aby se o sebe více starali a předcházeli zhoršení těchto chronických nemocí. Rostoucí počet lidí, kteří mají jedno či více chronických onemocnění je s přibývajícím věkem mnoho, přičemž 52 % z těchto lidí je mladších 65 let. Civilizační choroby jsou spojeny s ovlivnitelnými rizikovými faktory a determinanty chování: nedostatkem fyzické aktivity, špatnými stravovacími návyky, kouřením a užíváním alkoholu (Kickbusch a kol., 2013, str. 12).

Zdravotní gramotnost

Abychom předcházeli těmto onemocněním, je dobré znát koncept zdravotní gramotnosti. Avšak před samotným definováním tohoto konceptu, je třeba znát samotný pojem gramotnost, který definoval Národní institut pro gramotnost jako schopnost jedince číst, psát a mluvit anglicky, počítat a řešit problémy na úrovni znalostí nezbytných pro fungování v práci a ve společnosti, k dosažení vlastních cílů a rozvíjení vlastního potenciálu (Mayer a Villaire, 2007, str. 3). Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu (UNESCO) definuje gramotnost jako schopnost identifikovat, chápat, interpretovat, vytvářet, komunikovat a počítat, užitím tištěných a písemných materiálů spojených v různém kontextu. Gramotnost zahrnuje schopnost učení jednotlivců určenou k dosažení jejich cílů, k rozvoji jejich znalostí a potenciálu plně se zapojovat do společnosti (James, Boyle a kol., 2012, str. 532). Existují také další, méně obsáhlejší definice gramotnosti. Jedna z nich říká, že se jedná o schopnost číst, psát a mít základní numerické dovednosti (Stormacq, Wosinski a Broucke, 2016, str. 49). Naproti tomu Terri Ann Parnell chápe gramotnost jako porozumění, hodnocení, využití a aplikování psaného textu za účelem zapojení se do společnosti, dosažení vlastních cílů a rozvíjení znalostí a potenciálu (Parnell, 2015, str. 4). Od samotné gramotnosti se odvíjí pojem zdravotní gramotnost, která představuje souhrn dovedností potřebných k účinnému fungování v prostředí zdravotní péče a reagování odpovídajícím způsobem na informace týkající se zdravotní péče. Tyto dovednosti zahrnují tiskovou gramotnost (schopnost číst, rozumět textu, lokalizovat a interpretovat informace v dokumentech), ústní gramotnost (schopnost mluvit a efektivně naslouchat) a numerickou gramotnost (schopnost používat kvantitativní informace). Numerická gramotnost může být zvláště choulostivá, jelikož jedinci s její absencí nemohou spolehlivě plnit úkoly jako je například měření hladiny cukru v krvi, předepsané dávkování medikamentů nebo interpretování potravinových etiket. Někteří autoři

mimo výše zmíněného zahrnují do konceptu zdravotní gramotnosti i motivaci k politické činnosti týkající se zdravotních problémů či znalost chorobných procesů a schopnost používat novodobé technologie i komunikovat s ostatními prostřednictvím sítí. (Berkman, Sheridan a kol., 2011, str. 1). Zdravotní gramotnost působí jako prostředník mezi vzdělávacími systémy a výsledky v oblasti zdraví. Toto tvrzení je podporováno nedávnými studiemi. Z nichž vyplývá, že nízká zdravotní gramotnost je lepší ukazatel než samotné vzdělání, je tomu tak například u dlouhodobých onemocnění, prevencí nemocí, hospitalizací, neodkladné lékařské péče, kojenecké úmrtnosti a vlastního hodnocení zdraví (Yamashita a Kunkel, 2015, str. 407). Být zdravotně gramotný znamená mít dostatek dovedností a znalostí o zdraví a zdravotní péči, včetně schopností nalézt, pochopit, interpretovat a sdělovat informace o zdraví, hledat odpovídající péči a umět dělat důležitá rozhodnutí v oblasti zdraví (Smith a kol., 2016, str. 1).

Vogt a kol. (2016, str. 47) se ve své studii zabývali výčtem následujících definic ZG z historického hlediska. Poprvé byl pojem zdravotní gramotnost zmíněn v roce 1974. V roce 1990 Ministerstvo školství ve Spojených státech poprvé definovalo zdravotní gramotnost jako používání tištěných a písemných informací pro fungování ve společnosti, k dosažení vlastních cílů a rozvíjení vlastních vědomostí a potenciálu v oblasti podpory zdraví. Dle WHO (1998) je ZG kognitivní a sociální dovednost, která určuje motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup k informacím, pochopit je a využít pro podporu a udržení dobrého zdraví. V roce 1999 American Medical Association (AMA) definovala zdravotní gramotnost jako souhrn dovedností a schopností provádět základní úkony, jako je čtení a aritmetika, požadované pro funkčnost zdravotní péče (Mullen, 2013, str. 248; Vogt a kol., 2016, str. 47). Zdravotní gramotnost může být definována jako schopnost jedince získat, zpracovat a pochopit informace o základní zdravotní péči a službách potřebných pro zlepšení zdraví (Baur, 2010, str. 63; Vogt a kol., 2016, str. 47). Zdravotní gramotnost, kterou v roce 2000 definoval Nutbeam se zaměřuje na osobní, kognitivní a sociální dovednost, která určuje schopnosti jednotlivců získat přístup, porozumět a použít informace na podporu a udržení dobrého zdraví. V roce 2004 definoval Institut of Medicine zdravotní gramotnost jako míru, do níž mají jednotlivci schopnost získávat, zpracovávat a chápat základní informace o zdraví a službách, potřebné k učinění příslušných rozhodnutí o zdravotní péči. Tato definice byla o pět let později upravena a pojata nikoliv z hlediska jednotlivce, ale skupiny a celé společnosti. V roce 2005 byla ZG definována jako široká škála dovedností, kterou lidé rozvíjejí pro hledání, pochopení, vyhodnocení a využití zdravotnických informací a pro učinění nejlepšího rozhodnutí, snížení rizik a zvýšení kvality života. O rok později byla ZG uchopena jako tapiserie dovedností kombinující základní gramotnost, matematické dovednosti a víru

v základní principy léčebné modality. V roce 2008 bylo k definici ZG doplněno, že se jedná o doživotně se vyvíjející proces, který zahrnuje atributy kapacity, porozumění a komunikace (Vogt a kol., 2016, str. 47). Z definice ZG z roku 2010 plyne, že závisí na individuálních a systémových faktorech, které také zahrnují komunikační dovednosti, znalosti a kulturu laiků i profesionálů, jakož i na požadavcích zdravotní péče a systému veřejného zdraví (Parnell, 2015, str. 7-9). Nejaktuálnější a nejobsáhlejší definice zdravotní gramotnosti pochází od European Health Literacy Consortium z roku 2011 a informuje, že je zdravotní gramotnost spojena s gramotností samotnou a její součástí je motivace lidí i schopnost pochopit, hodnotit a aplikovat zdravotní informace, vytvářet soudy a dělat rozhodnutí v každodenním životě o zdravotní péči, prevenci nemocí i podpoře zdraví, k udržení nebo zlepšení kvality života v průběhu životního cyklu. (Vogt a kol., 2016, str. 47).

Modely zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost se od roku 2000 začala rozlišovat na tři základní modely: funkční, interaktivní a kritický (Vogt a kol., 2016, str. 47). První úrovní modelu je funkční zdravotní gramotnost, která obnáší základní úroveň čtení a psaní pro efektivní fungování v každé situaci, zatímco komunikační gramotnost je pokročilá dovednost, která potřebuje extrahovat informace, odvozovat význam z různých forem komunikace a aplikovat nové informace k měnícím se okolnostem. Interaktivní zdravotní gramotnost se týká osobní komunikační dovednosti potřebné k účinné spolupráci s odborníky z oblasti zdravotní péče. Třetím modelem je kritická zdravotní gramotnost, která plynule postupuje od funkční k interaktivní zdravotní gramotnosti. Obnáší schopnost kriticky analyzovat, použít a získávat informace pro větší kontrolu nad životními událostmi a situacemi. Zlepšuje schopnost politicky řešit sociální a ekonomické determinanty zdraví. I individuální odolnosti vůči sociálním a ekonomickým problémům a přispívá k posilování komunity (Mullen, 2013, str. 248-249; Guzys a kol., 2015, str. 2).

Mimo modely ZG je třeba představit čtyři typy kompetencí, které jsou nezbytné pro pohyb ve zdravotnictví a to: přístup, porozumění, hodnocení a použití. Přístup odkazuje na schopnost hledat, najít a získat údaje o zdravotním stavu. Porozumění zase poukazuje na schopnost pochopit informace týkající se zdraví. Hodnocení popisuje schopnost interpretovat, filtrovat, soudit a hodnotit zdravotní informace. A použití odkazuje na schopnost komunikovat, využívat informace a dělat rozhodnutí k zachování či zlepšení zdraví. Pokrok v těchto čtyřech úrovních lidem umožňuje získat velké množství společenských, osobních a kognitivních schopností, které jsou nezbytné pro větší kontrolu nad vlastním zdravím a životními událostmi. Zdravotní gramotnost vychází ze dvou odlišných perspektiv: klinické

péče a veřejného zdraví. Perspektiva klinické péče chápe zdravotní gramotnost jako příčinný faktor, který ovlivňuje výsledky v oblasti zdraví. Z tohoto pohledu má nízká zdravotní gramotnost vliv na dodržování klinických doporučení, což ovlivňuje zdravotní klinické výsledky. ZG v klinické praxi zahrnuje dovednosti jako je například výběr poskytovatelů zdravotní péče, pochopení a vyplňování formulářů souhlasu, chápání příbalových letáků u léků, pochopení instrukcí lékaře, jak brát léky a jak zvládat svou nemoc. Oproti tomu perspektiva veřejného zdraví vnímá zdravotní gramotnost jako výsledek zájmu. Veřejné zdraví lze tedy považovat za nástroj či prostředek jednotlivce k vyvíjení větší kontroly nad všemi osobními, sociálními a environmentálními faktory, které určují zdraví (Watkins a Xie, 2014, str. 2; Stormacq, Wosinski a Broucke, 2016, str. 51).

2.2 Hodnotící nástroje zdravotní gramotnosti u dospělé populace

Po definování pojmu zdravotní gramotnosti je třeba naučit se ji měřit a hodnotit. Pro měření ZG je zapotřebí vyvinout platný univerzální hodnotící nástroj, který zhodnotí úroveň ZG spolehlivě. Je vhodné zmínit, že v textu se vykytuje koeficient Cronbach alfa, který určuje spolehlivost hodnotících nástrojů. Excelentní spolehlivost nástroje se pohybuje od hodnoty 0,90 a výše. Hodnota 0,50 a nižší vykazuje nepřijatelnou spolehlivost. Dále se zde vyskytuje index validity (CVI), jehož hodnota musí být nad 0,80, aby hodnotící nástroj dosáhl náležité platnosti (Polit a Beck, 2006, str. 491; Tavakol a Dennick, 2011, str. 54).

Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) patří mezi nejznámější nástroje hodnocení zdravotní gramotnosti. Byl vyvinut nejen k měření schopnosti číst a správně vyslovovat slova jako jiné nástroje, ale posuzuje také schopnost porozumět zdravotnickým informacím. TOFHLA je aplikován lékaři a používá reálné materiály, se kterými se pacienti setkávají, jako jsou například léky, recepty a žádanky. Skládá se z 67 položek a dělí se na dvě oblasti. První oblast je číselná stupnice, která měří základní matematické dovednosti a obsahuje 17 položek. Druhá oblast je zaměřená na čtení s porozuměním a skládá se z 50ti položek. Test trvá asi 22 minut (Collins a kol., 2012, str. 5). Podle Laurie Scudder (2006, str. 32) je TOFHLA pro lékaře nepraktický z důvodu zdlouhavé administrativy. TOFHLA se od roku 1995 stal "zlatým standardem", jelikož vykazuje vynikající spolehlivost a platnost měření. Později byl upraven do interaktivního počítačového programu pro hodnocení zdravotní gramotnosti, který se nazývá Talking Touchscreen a v roce 2009 byl testován stejně jako dříve TOFHLA. Otázky TOFHLA byly přizpůsobeny tak, aby je bylo možné měřit prostřednictvím interaktivního Talking Touchscreen nástroje, který umožňuje pacientovi buď číst otázky na obrazovce, nebo slyšet otázku nahlas. Po pilotním

testování bylo vybráno 90 nejlepších otázek (Collins a kol., 2012, str. 5). TOFHLA je dostupná pouze v americké a španělské verzi, neexistuje žádná verze, která by hodnotila zdravotní gramotnost v evropských zemích. V důsledku toho, se Emtekaer Haesum a kol. (2015, str. 573-574) ve své studii publikované v časopise *Scandinavian Journal of Caring Sciences* rozhodli přeložit a upravit TOFHLA do dánské verze (Emtekaer Haesum a kol., 2015, str. 573 – 574).

TOFHLA byla později zkrácena na S-TOFHLA a přeložena do brazilštiny, portugalštiny, španělštiny, hebrejštiny, srbštiny, čínštiny, mandarínštiny, francouzštiny, němčiny a italštiny. S-TOFHLA byla vyvinuta roku 1999 a obsahuje 4 numerické položky a 36 položek na čtení s porozuměním, kde je každé třetí nebo čtvrté slovo z textu odstraněno a musí být nahrazeno jedním ze čtyř možných slov (Collins a kol., 2012, str. 6; Griffin a kol., 2010, str. 677). ZG je stanovena skórem 0-36. Existují 3 úrovně zdravotní gramotnosti; nedostatečná (0-16), okrajová (17-22) a adekvátní (23-36). Zkrácená verze trvá 8 minut (McLeod-Sordjan, 2011, str. 841). Studie, která byla zveřejněna v časopise *Patient Education and Counseling* ověřuje, zda německá, italská a francouzská verze tohoto testu je spolehlivá. Výsledky odhalily, že pokud nejsou brány v úvahu kulturní rozdíly (vysoká úroveň vzdělanosti, přítomnost chronických nemocí, celková péče o zdraví a zdravotní pojištění), platnost a spolehlivost testu může být špatná (Connor, Mantwill a Schulz, 2013, str. 13, 16).

Mezinárodně nejčastěji používaná škála zdravotní gramotnosti je the Rapid Estimate of Adult Literacy (REALM), která posuzuje schopnost dospělého pacienta číst běžné lékařské termíny i laické výrazy pro části těla a nemoci (Shen a kol., 2015, str. 2). REALM byl vyvinut na počátku roku 1990. Je důležité vědět, že neměří schopnost porozumět lékařským výrazům, ale slouží jako screeningový nástroj pro lékaře, tím, že poskytuje odhad úrovně čtení pacientů, podle stupňů vzdělání v USA. Podle Laurie Scudder (2006, str. 32) je určen k použití v prostředí primární péče. REALM trvá asi 3 minuty a obsahuje 66 medicínských pojmů, jeho zkrácená verze REALM-R obsahuje 8 medicínských slov a trvá asi 2 minuty (Collins a kol., 2012, str. 6-7). Ukázka škály REALM lze nalézt v příloze 2.

Rychlý screening zdravotní gramotnosti s dobrou spolehlivostí a citlivostí je The Newest Vital Sign (NVS), který lze nalézt v příloze 2. Tento šesti-položkový test hodnotí schopnost číst a pochopit výživové etikety z pultu zmrzliny. Použití nutriční etikety je důležitou zdravotní učební složkou mnoha chronických onemocnění, včetně diabetes, hypertenze a obezity. Skóre je: 0-1 nízká gramotnost, 2-3 omezená gramotnost, >4 adekvátní gramotnost. Je prokázáno, že NVS měl špatnou prediktivní platnost pro posuzování znalostí nemoci, kritické myšlení, dodržování medikace nebo zdravotního režimu (McLeod-Sordjan,

2011, str. 843). NVS vznikl v roce 2005 a vyžaduje v průměru 3 minuty času (Collins a kol., 2012, str. 7). V této souvislosti se Fransen a kol. (2014, str. 403-404) rozhodli vytvořit holandskou verzi NVS (NVS-D) a posoudit její spolehlivost, proveditelnost a platnost v Nizozemsku. V pilotní verzi NVS-D se objevil problém v hodnocení nutričního označení zmrzliny. Respondenti pilotní verze neznali tuto zmrzlinu a měli problém s výpočtem množství jídla "v porcích", namísto v gramech. Odborníci se tedy museli zabývat výběrem potravinářského výrobku, který je známý v Nizozemsku, se zachováním podobného obsahu, jak je tomu v původní verzi NVS. Výsledky dokazují, že spolehlivost testu byla podle koeficientu Cronbach alfa 0,76 přijatelná. NVS je tedy spolehlivý a platný nástroj, který v Nizozemsku umožňuje mezinárodní srovnání zdravotní gramotnosti (Fransen a kol., 2014, str. 403-404).

The Chinese Resident Health Literacy Scale byla vyvinuta na základě manuálu, který byl zveřejněn Čínským Ministerstvem zdravotnictví roku 2008. Škála obsahuje 64 otázek ze třech oblastí: 1. znalosti a postoje, 2. chování a životní styl, 3. zdravotní dovednosti. Otázky obsahují 6 aspektů: vědecké názory na zdraví; infekční nemoci; chronická onemocnění; bezpečnost a první pomoc; zdravotní péči; a informace o zdraví. Test obsahuje 4 typy otázek: pravda-nepravda; jedna správná odpověď-více správných odpovědí. Bylo dosaženo vhodné spolehlivosti (Cronbach alfa 0,95) a validity škály. Bylo zjištěno, že otázky mají silné psychometrické vlastnosti. Nevýhodou této škály je však to, že obvykle trvá asi 30 minut, tudíž není příliš vhodná pro klinickou praxi (Shen a kol., 2015, str. 2, 9).

V Japonsku rozvinuli the Japanese Functional Health Literacy Test (JFHLT), který obsahuje 72 položek posuzujících počítání, čtení a porozumění, založený na bázi REALM a TOFHLA. Další položky testu se týkají situací, se kterými by se mohl pacient setkat v nemocničním zařízení. Zabývají se zdravotním systémem v Japonsku, výchovou ke zdraví a materiály od zdravotnických pracovníků, jako jsou například pravidla pro užívání léků a pokyny při podstoupení endoskopického vyšetření nebo rentgenu. Po recenzích od profesorů, lékařů a studentů byl počet položek snížen na 16. JFHT vyžaduje 10-15 minut. Reliabilita byla podle koeficientu Cronbach alfa 0,81 a validita byla vyhodnocena podle CVI (content validity index) 0,91. JFHT má tedy dobrou spolehlivost a platnost (Nakagami a kol., 2014, str. 202-203). Japonská škála JFHLT byla přeložena také do švédštiny. Jedná se o spolehlivý nástroj, ale pouze pro část švédské populace. Aby mohl být test využit pro širší populaci, je nutno provést více testů validity tohoto nástroje (Wangdah a Martensson, 2015, str. 165).

Podle japonské studie publikované v časopise The Japanese Society for Hygiene (Suka a kol., 2013, str. 407) se většina stávajících nástrojů zdravotní gramotnosti zaměřuje na čtení,

porozumění textu a počítání. Cílem této studie bylo vyvinout obecný nástroj pro měření zdravotní gramotnosti u japonských dospělých. Zdravotní gramotnost byla hodnocena pomocí 14 - položkové škály (HLS-14). Skládá se z pěti položek o funkční zdravotní gramotnosti, pěti položek o komunikativní zdravotní gramotnosti a čtyřech položek o kritické zdravotní gramotnosti. Závěry prokázaly dostatečnou spolehlivost a platnost pro japonskou dospělou populaci (Suka a kol., 2013, str. 407).

Za zmínku stojí i Korean Health Literacy Scale (KHLS), která byla vytvořena z důvodu nízké ZG, nedostatku hodnotících nástrojů a studií o ZG v Koreji. Skládá se z 24 položek, které hodnotí čtení, porozumění textu, počítání a zdravotní podmínky korejské zdravotní péče týkající se vzdělávacích materiálů, novinových článků a péče o vlastní zdraví v každodenním životě. Administrativní zpracování této škály trvá 15-30 minut (Lee a kol., 2009, str. 306-307).

The Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults (SAHLSA-50) je založena na široce uznávaném nástroji REALM. Test zkoumá schopnost vyslovovat slova a spojovat definice. Je snadno použitelný, ale dostatečně neposuzuje, zda jedinec pochopil dané slovo. SAHLSA-50 byla navržena pro posouzení rozpoznávání slov, ale zahrnuje také otázky, které hodnotí porozumění lékařským pojmům. Test vyžaduje 3-6 minut. SAHLSA-50 je zvláště užitečná k identifikaci nízké ZG u hispánských pacientů. Test však není určen na dovednosti, jako je počítání a mezilidská komunikace. Mezi další omezení patří neschopnost stanovení schopnosti číst edukační materiály (McLeod-Sordjan, 2011, str. 841).

Health Literacy Screening Question Methodologies (HLSQMs) jsou založeny na kladení 16 otázek pacientům, kteří musí odpovídat na každou otázku 1. Vždy, 2. Často, 3. Občas, 4. Příležitostně, 5. Nikdy. Omezením tohoto nástroje je, že detekuje pouze nízkou zdravotní gramotnost, nikoliv mezní zdravotní gramotnost. E-Health Literacy Scale (eHEALS) je spolehlivý nástroj, který měří schopnost najít a používat elektronické zdravotní informace. EHEALS je tvořena 8 prohlášeními pacienta o tom, jak vnímá svoji gramotnost v oblasti eHealth na pětibodové Likertově stupnici (Collins a kol., 2012, str. 8, 11). Její ukázkou lze nalézt v příloze 2.

Health LiTT hodnotí gramotnost zaměřenou na využívání informací z textů, schopnost vyhledat a použít informace z formulářů, tabulek a grafů, i schopnost aplikovat aritmetické operace obsažené v tištěných materiálech. Respondenti vyplňují Health LiTT dotazník na dotykovém počítači. Všechny otázky doprovází zvukový záznam. Dotazník je rozdělen do 6 oblastí s 30 položkami. Dotazník trvá v přibližně 18 minut (Yost a kol., 2013, str. 320).

Systematický přehled publikovaný v časopise BMC Public Health se zabýval vývojem nástrojů zdravotní gramotnosti. Studie zkoumala 17 dohledaných hodnotících nástrojů zdravotní gramotnosti vyvinutých od roku 2009. Nástroje se zabývaly buďto objektivním měřením (přímý test schopností jedince) nebo subjektivním měřením (hodnocení vlastních schopností). U studií, zabývajících se objektivními metodami měření, byly schopnosti pacienta hodnoceny pomocí řešení úkolů, které se zabývaly tiskovou, matematickou nebo ústní gramotností, zatímco studie týkající se subjektivního hodnocení se dělily na tyto domény: setkání pacienta s poskytovatelem, interakce se systémem zdravotní péče, práva a povinnosti, informace o zdravotním stavu. Většina nástrojů však měla kombinaci obou způsobů. Mezi objektivně měřící nástroje, které se zkoumaly, patří The Medical Term Recognition Test (METER), který byl vyvinut ve Spojených státech a obsahuje 40 odborných slov a 40 laických slov podobného významu, užívaných ve zdravotnictví. Short Assessment in Health Literacy in Spanish and English populations (SAHL-S&E) také používá přístup založený na rozpoznávání slov a kombinuje je s testem, v němž je na výběr několik odpovědí. K získání záruky, že pacient slovům porozuměl, je nutné, aby si přečetl nahlas 18 lékařských pojmů a přiřadil je ke slovům podobného významu. Anglická a španělská verze testu vykazuje vysoké hodnoty spolehlivosti a jsou zvláště vhodné pro měření jedinců s nízkou zdravotní gramotností, její ukázkou lze nalézt v příloze 2. Jeden nástroj vyvinutý k měření zdravotní a finanční gramotnosti zkoumá zdravotní gramotnost pomocí 9 položek, které se zabývají zdravotními znalostmi týkající se zdravotního pojištění, léčebných výloh, jakož i znalostí léků. Test pro měření Critical health competencies (CHC-Test) se skládá ze 72 položek prezentovaných ve 4 oblastech posouzení, které se zabývají dovednostmi, jako je pochopení lékařských pojmů, vyhledávání literatury a základní statistiky. Dvojjazyčné zdravotní gramotnosti (Talking Touchscreen) se zaměřuje na budování nové položky v souladu s položkami používanými v the Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA). Měří kvantitativně gramotnost v oblasti některých civilizačních chorob a obsahuje otázky ohledně pojištění i práv pacientů. Hodnotící nástroj zaměřující se na subjektivní měření lze nalézt ve škále the Health Literacy Management Scale (HELMS), která se skládá z 8 škál se 4 až 5 položkami a jejím cílem je posoudit zdravotní gramotnost pomocí následujících domén: postoje pacientů ke zdraví, porozumění a využívání informací z oblasti zdraví a komunikace se zdravotnickými odborníky. Dalším subjektivně měřícím nástrojem je The Swiss Health Literacy Survey (HLS-CH), obsahuje 127 položek zabývajících se řadou oblastí, jako je informační a kritické rozhodování, kognitivní a interpersonální dovednosti a řešení problémů. The All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS) měří zdravotní

gramotnost na základě rámce vyvinutého podle Nutbeam a měří funkční, komunikativní a kritickou gramotnost pomocí 14 položek. Její ukázkou lze nalézt v příloze 2. Kombinace objektivního a subjektivního měření lze nalézt u hodnotícího nástroje the Health Literacy Skills Instrument (HLSI). Stejně jako jeho krátká forma (HLSI-SF) používají reálné zdravotní podněty k posouzení zdravotní gramotnosti jedince pomocí tiskové, orální a kvantitativní gramotnosti a získávání informací na internetu. The European Health Literacy Survey (HLS-EU) se uskutečnil v roce 2011 v 8 evropských zemích (Německo, Bulharsko, Rakousko, Řecko, Španělsko, Irsko, Nizozemsko, Polsko) za použití objektivních metod měření (The Newest Vital Sign) a subjektivních metod měření s 47 položkami. (Altin a kol., 2014, str. 3-4). Zvláštní pozornost byla věnována individuální schopnosti získat, pochopit, zpracovat a použít informace týkající se zdraví, vzhledem k funkční, interaktivní a kritické zdravotní gramotnosti. Sedm otázek bylo zaměřených na posouzení samotné gramotnosti a numerických dovedností prostřednictvím NVS. Dalších 16 otázek zkoumalo hlavní sociální determinanty zdravotní gramotnosti, včetně pohlaví, věku, vzdělání, zaměstnání a společenského postavení. Posledních 16 otázek poskytovalo informace o každodenním životním stylu a využívání zdravotnických služeb. Hlavním omezením této studie je, že nezahrnovala objektivní otázky pro měření schopností respondentů. Výsledky mohly být tedy zkresleny subjektivním hodnocením. I přesto je platnost tohoto dokumentu podpořena staticky pozitivní korelací mezi posouzením zdravotní gramotnosti a nejvíce využívaného objektivního nástroje, NVS (Palumbo a kol., 2016, str. 2,7).

K dalšímu hodnocení zdravotní gramotnosti, lze použít následující škály, jejíž hlavní nevýhodou je, že se zaměřují pouze na jednu oblast zdravotní gramotnosti. Patří sem REALM; TOFHLA; NVS; eHEALS; the Medical Achievement Reading Test; the Set of Brief Screening Questions; Functional, Communicative and Critical Health Literacy; the Cancer Health Literacy Test; a the Diabetes Numeracy Test. Naopak následující testy zdravotní gramotnosti mají multidimenzionální charakter, což znamená, že se zabývají různými oblastmi zdraví. Patří mezi ně: the Health Activity Literacy Scale; the Demographic Assessment of Health Literacy; the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NAAL); the Adult Literacy and Life Skills Survey; a the Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology. (Shen a kol., 2015, str. 2)

Národní centrum pro statistiku vzdělání publikovalo v roce 2006 článek s výsledky Národního posouzení gramotnosti dospělých (NAAL) ve Spojených státech. Existují tři měřítka hodnotící gramotnost, které jsou použity k hodnocení gramotnosti v roce 2003. První je orientace v textu, kterou značí znalost a dovednost potřebná k vyhledávání, pochopení a

využívání informací z kontinuálního textu. Například zpráv, příběhů, brožur a instruktážních materiálů. Dále je to orientace v běžných dokumentech, což je znalost a dovednost potřebná k vyhledání, pochopení a využívání informací z nesouvislých textů v různých formátech. Jedná se například o žádosti zaměstnání, jízdní řády, mapy, příbalové letáky léků, a etikety na potravinách. Posledním měřítkem je numerická gramotnost, což je znalost a dovednost potřebná k identifikaci a provádění výpočtů či použití čísel. Jde například o vypsání šekové knížky, vyplnění objednávkových formulářů, určení správné výše spropitného nebo spočítání výhodnosti úvěru nabízeného v reklamách (White, 2006, str. 2). Úkoly tohoto průzkumu byly zaměřené na tři oblasti týkající se zdravotnictví a zdravotnických služeb: klinika, prevence a orientace v systému zdravotní péče. Tyto oblasti se zároveň prolínaly se třemi výše zmíněnými měřítky gramotnosti. Klinická oblast se zabývala interakcí mezi pacientem a lékařem, diagnózou, léčbou nemoci a léky. Oblast prevence zahrnovala aktivity spojené s udržováním zdraví, prevencí chorob a zapojení se do vlastního managementu onemocnění. Orientace v systému zdravotní péče zahrnuje ty činnosti, které jsou spojeny s pochopením fungování systému zdravotní péče, práv a povinností. Celkem bylo vytvořeno 28 úkolů (White, 2006, str. 3)

Nástroje zdravotní gramotnosti poskytující spolehlivé informace o zdravém životním stylu lze nalézt na Healthfinder.gov. Webové stránky a nástroje jsou spravovány podle Amerického Ministerstva zdravotnictví a Sociálních služeb a koordinovány Úřadem pro prevenci nemocí a podporu zdraví (ODPHP) a Národním zdravotním informačním centrem. Webové stránky a nástroje jsou finančně podporovány vládou USA. Neplacené zdroje na Healthfinder.gov poskytují aktuální a spolehlivé informace a nástroje, týkající se různých témat ohledně zdraví a wellness. Členství není vyžadováno k přístupu k informacím, odkazům a nástrojům, ale je nutné si uvědomit, že Healthfinder.gov nediagnostikuje nemoci, nenabízí lékařské rady a neschvaluje produkty nebo služby (Millican, 2014, str. 385-386).

2.3 Evaluace zdravotní gramotnosti u dospělé populace

Je dokázáno, že adekvátní zdravotní gramotnost zvyšuje sebedůvěru ve vlastní schopnosti a využití preventivní péče (Zhen a kol., 2013, str. 70). Nízká zdravotní gramotnost je naopak spojena s nízkou účastí na péči o vlastní zdraví, rizikovějšími zdravotními volbami (zvýšené kouření) i s větším množstvím pracovních úrazů, horším zvládáním chronických nemocí (diabetes, HIV, astma), špatným užíváním léků, zvýšenou hospitalizací, několikanásobnou hospitalizací, zvýšenou nemocností a dokonce s předčasnou smrtí (Kickbusch a kol., 2013, str. 7). Omezená zdravotní gramotnost dospělých, snižuje jejich

schopnost pochopit a používat základní materiály týkající se zdraví, receptů na předpis, potravinových etiket, článků, brožur a zdravotních pojištění, což může ovlivnit jejich schopnost přijmout odpovídající zdravotní péči (Javadzade a kol., 2016, str. 1).

Mimo schopnosti přijmout odpovídající zdravotní péči je velkým problémem odmítání vakcinace, který vznikl v důsledku nedostatečné zdravotní gramotnosti lidí. Mohlo by totiž dojít k návratu některých nemocí, které se už vůbec nevyskytují, nebo se vyskytují v omezené míře. Role praktických lékařů a pediatriů je tedy při komunikaci s rodiči, kteří odmítají očkování velmi důležitá. Pokud ve Spojených státech odmítají rodiče očkování, stává se, že poskytovatelé služeb s nimi přeruší veškeré vztahy. Americká studie zjistila, že respondenti, kteří nevyužívali preventivní služby, měli nižší zdravotní gramotnost, než ti, kteří ji využívali. Proti chřipce například nikdy nebylo očkováno 29 % lidí s neadekvátní zdravotní gramotností, oproti 19 % lidí, kteří měli vyhovující zdravotní gramotnost. Podobné to bylo u očkování proti pneumokokům, kdy negramotných nebylo očkováno 65 %, oproti 54 % zdravotně gramotných (Kříž, 2014, str. 148-149).

Osoby s vyšším vzděláním mají obecně lepší zdravotní výsledky, nižší nemocnost a nižší úmrtnost. Vyšší vzdělání je spojeno s delším a zdravějším životem podle měření průměrné délky života a předpokladu aktivního života. Yamashita a Kunkel (2015, str. 406) zkoumali vztah mezi zdravotní gramotností a vzděláním v různých kulturních kontextech. Adult and Life Skills Survey (ALL) byl proveden v Kanadě, USA, Itálii, Norsku, Švýcarsku a Bermudách a výzkumu se zúčastnilo 43 559 respondentů. Výsledky dokazují, že respondenti, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako dobrý, měli mnohem lepší ZG, než ti, kteří hodnotili své zdraví záporně. Většina respondentů ve všech státech své zdraví hodnotilo kladně. Dobrý zdravotní stav byl v rozmezí od 92,5 % Švýcarska do 83,3 % ve Spojených státech. Nicméně, úroveň ZG se mezi státy lišila. Například u jedinců s dobrým zdravotním stavem se průměrná gramotnost pohybovala od levelu 2,89 ve Švýcarsku a 1,85 v Itálii. Ti, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako špatný, ve Švýcarsku měli stále nejvyšší ZG levelu 2,39 a v Itálii zase nejnižší level 1,56. I když je mezi státy pozorována významná variabilita, přibližně čtvrtina respondentů se pohybovala kolem levelu 1. Respondenti s dobrým zdravotním stavem měli zákonitě také vyšší stupeň vzdělání, a naopak. Respondenti s lepším zdravotním stavem byli zaměstnaní více (61,2 % v Itálii; na Bermudách 91,7 %), ve srovnání s těmi, jejichž zdraví bylo špatné (43,0 % v Itálii; 88,74% na Bermudách) s výjimkou Bermud. Budoucí výzkum by se měl věnovat pozornost hodnocení školství a zdravotnictví napříč kulturami (Yamashita a Kunkel, 2015, str. 406,409,113-114).

Japonsko je dobře známé pro svůj vysoký standard vzdělání i podíl lidí s vysokoškolským titulem je zde vysoký. Zatímco 15 % amerických dospělých nemá maturitu a univerzitu dokončilo pouhých 19 %, existuje jen 8 % japonských dospělých, kteří nemají středoškolský diplom a 34 %, kteří dokončili univerzitu. Zdravotní gramotnost byla v Japonsku měřena v roce 2009 pomocí dotazníku World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF), který prokázal dobrou platnost a spolehlivost při opakování testu. Zkoumal se zde vztah nízké zdravotní gramotnosti a fyzické a psychické pohody v japonské populaci. Výzkumu se zúčastnilo 1040 dospělých (průměrný věk byl 57 let, žen bylo 52 %), 161 respondentů (15,5 %) mělo nízkou zdravotní gramotnost. Tito jedinci měli také nižší tělesné a duševní zdraví (Tokuda a kol., 2009, str. 412).

Jordan a Hoebel (2015, str. 944) se zabývali zdravotní gramotností v Německu u 4845 respondentů starších 18 let. Výsledky dokázaly, že více než polovina dospělých Němců má dostatečnou zdravotní gramotnost (55,8 %), podle kritérií testu HLS EU. Problematickou zdravotní gramotnost má téměř každý třetí člověk (31,9 %) a téměř každý osmý člověk má nedostatečnou zdravotní gramotnost (12,3 %). Výzkum zjistil, že úroveň zdravotní gramotnosti byla ovlivněna vzděláním, ale ne pohlavím a věkem. Péče o zdraví je zde pozitivně ovlivněna zdravotní gramotností. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti byla též spojena s horším fyzickým a duševním zdravím (Jordan a Hoebel, 2015, str. 944).

Velká Británie v roce 2007 zkoumala u 759 respondentů ve věku v průměru asi 47,6 let funkční zdravotní gramotnost, vlastní hodnocení zdraví, konzumaci ovoce a zeleniny, tělesné cvičení a kouření. Z výsledků bylo zjištěno, že 11,4 % účastníků mělo nedostatečnou zdravotní gramotnost. Analýza ukázala, že omezená zdravotní gramotnost se zvyšovala s věkem, s mužským pohlavím, s nízkým vzděláním a nízkými příjmy. Naopak dobrá zdravotní gramotnost zvyšovala pravděpodobnost nekuřáctví, konzumaci alespoň 5 porcí ovoce a zeleniny denně a hodnocení vlastního zdraví pozitivně nezávisle na věku, vzdělání, pohlaví, příjmu či etnickém původu (Wagner, 2007, str. 1086).

Cílem litevské studie bylo identifikovat vztahy mezi subjektivní zdravotní gramotností a vlastním vnímáním zdraví u mladých dospělých ve věku 18-29 let. Studie se zúčastnilo 798 respondentů (399 mužů a 399 žen), což byl dostatečný výzkumný vzorek. Hodnocení vlastního zdraví bylo většinou dobré nebo velmi dobré. Subjektivní zdravotní gramotnost byla u mladých dospělých hodnocena ve třech oblastech zdraví: zdravotní péče, prevence nemocí a podpora zdraví. Ačkoliv většina mladých dospělých měla dostatečný přístup informacím, více než polovina účastníků měla nedostatečné nebo problematické schopnosti interpretovat a hodnotit lékařské informace. Skutečností je, že ne všichni účastníci výzkumu měli vyvinuté

kritické myšlení. Výsledky ukázaly, že jen 14 % účastníků mělo vynikající zdravotní gramotnost a 35,3 % ji mělo dostatečnou (Cesnaviciene, Ustilaite a Kalinkeviciene, 2016, str. 426-429).

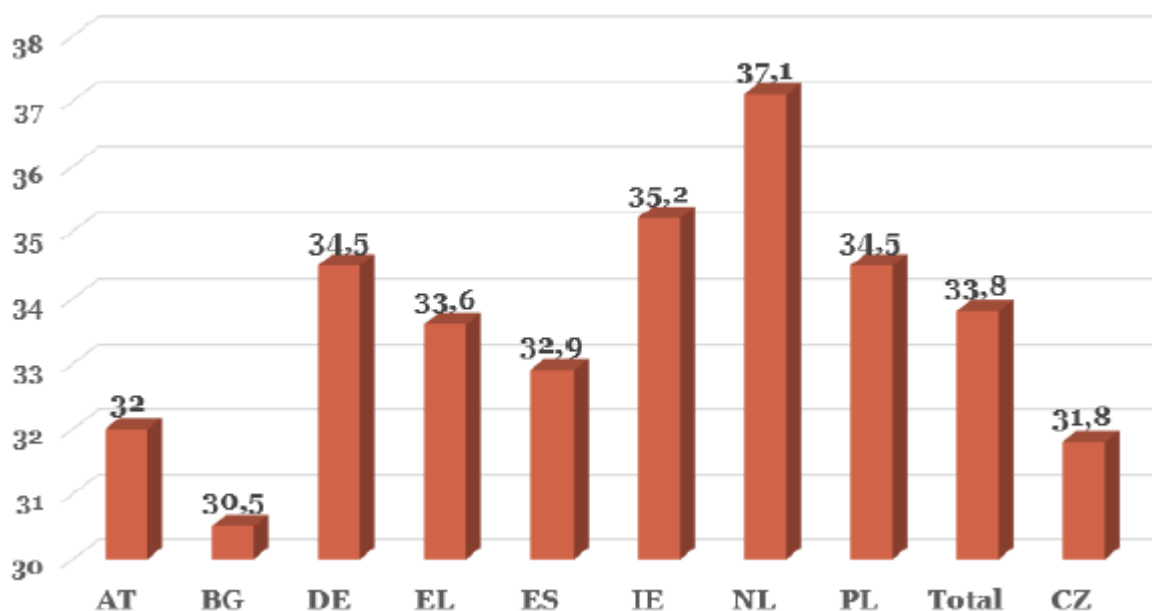
Nizozemská studie se zabývala tím, jak zdravotní gramotnost souvisí se vzděláním, příjmy, sociálním postavením, věkem a pohlavím. Studie se zúčastnilo 925 dospělých Holanďanů. Stojí za zmínku, že 72 % Holanďanů, má podle studie vysoký sociální status a pouze 6,9 % nemá dokončené základní vzdělání. Bylo zjištěno, že nízká zdravotní gramotnost souvisí s nízkou úrovní vzdělání, nízkým sociálním postavením a mužským pohlavím (Heide a kol., 2013, str. 1). Výsledky studie dokazují, že informace o zdraví, ať už se jedná o zdravotní péči, prevenci chorob či podporu zdraví, nebudou mít s největší pravděpodobností stejný účinek na různé sociálně-ekonomické vrstvy nizozemského obyvatelstva (Heide a kol., 2013, str. 9). Mimo původní obyvatele je třeba se zaměřit na ZG migrujících jedinců. WHO v Evropě má v odhadu 75 milionů migrantů, což je 8 % populace. Migranti mají obvykle nižší skóre zdravotní gramotnosti, často z důvodu hospodářských a sociálních bariér. Četné studie dokazují, že intervence zaměřené na zlepšení přístupu ke screeningu rakoviny, péči o duševní zdraví, vzdělávání o diabetu, odvykání kouření, programy HIV a dětskou imunizaci jsou méně úspěšné pro migrující populaci. To platí i pro obyvatelstvo etnických menšin jako jsou Romové (Kickbusch a kol., 2013, str. 19).

V roce 2003 americké národní středisko pro statistiku vzdělání zveřejnilo výsledky National Assessment of Adults Literacy (NAAL). Do NAAL bylo zahrnuto více než 18 000 účastníků starších 16 let, kteří byli vybráni z více než 35 000 domácností. Většina dospělých (53 %) měla střední zdravotní gramotnost, dalších 22 % dospělých mělo základní úroveň zdravotní gramotnosti, 14 % mělo neadekvátní zdravotní gramotnost a posledních 12 % ji mělo adekvátní. Větší procento nedostatečné zdravotní gramotnosti měli muži. Průměrné skóre zdravotní gramotnosti se lišilo podle etnické skupiny. Bílá rasa a Asiaté měli vyšší zdravotní gramotnost, než černá rasa, Hispánci, Indiáni, domorodci z Aljašky a mnohonárodnostní dospělí. Hispánci měli celkově nejnižší zdravotní gramotnost z výše uvedených ras. Dospělí, kteří mluvili pouze anglicky před zahájením školní docházky, měli vyšší zdravotní gramotnost než dospělí, kteří hovořili jiným jazykem před zahájením školní docházky. Střední gramotnost byla u dospělých mluvících španělským, anglickým a jiným jazykem. Nejnižší gramotnost měli ti, kteří mluvili pouze španělsky. Zdravotní gramotnost se zvyšovala s každým vyšším stupněm dosaženého vzdělání (White, 2006, str. 10-13).

European Health Literacy Survey (HLS-EU) je nástroj, který hodnotil zdravotní gramotnost v roce 2011 v 8 evropských zemích (Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko,

Irsko, Nizozemsko, Polsko a Španělsko). Výzkum prokázal, že celkem 47 % respondentů má omezenou zdravotní gramotnost. Studie byla následně rozšířena o výzkum zdravotní gramotnosti v Itálii. Ženy byly lepší než muži v manipulaci s informacemi o zdraví. Lidé ve věku 65 let a více měli nižší zdravotní gramotnosti než ti mladší. Kromě toho bylo zjištěno, že lidé s vyšším vzděláním měli lepší schopnosti řešit problémy související se zdravím. Lidé s nižším příjmem a s nižším sociálním postavením měli také výrazně horší zdravotní gramotnost a většinou trpěli nadváhou nebo obezitou (Palumbo a kol., 2016, str. 2-4). Hned po Bulharsku (62,1 %), Španělsku (58,3 %) a Rakousku (56,4 %), je v Itálii (54,6 %) hlášen nejvyšší počet obyvatel s omezenou zdravotní gramotností. Neadekvátní zdravotní gramotnost má Bulharsko (26,9 %), Rakousko (18,2 %) a Itálie (17,3 %). Nizozemsko se ukázalo jako stát s nejvíce zdravotně gramotným obyvatelstvem, jelikož omezená gramotnost činila 28,7 % a neadekvátní pouze 1,8 % (Palumbo a kol., 2016, str. 5-6).

Na přelomu roku 2014/2015 se do European Health Literacy Survey zapojila i Česká Republika (obr. 1). Výzkumu se v Česku zúčastnilo 1037 respondentů, neadekvátní a problematickou úroveň zdravotní gramotnosti mělo celkem 59,4 % dospělých účastníků. Ukázalo se, že Česká republika se usadila hned po Bulharsku na poslední příčce ve zdravotní gramotnosti. Nejlépe se opět umístilo Nizozemsko a hned za ním Irsko, Německo a Polsko (Šimůnková a Vojtíšková, 2015, str. 34).

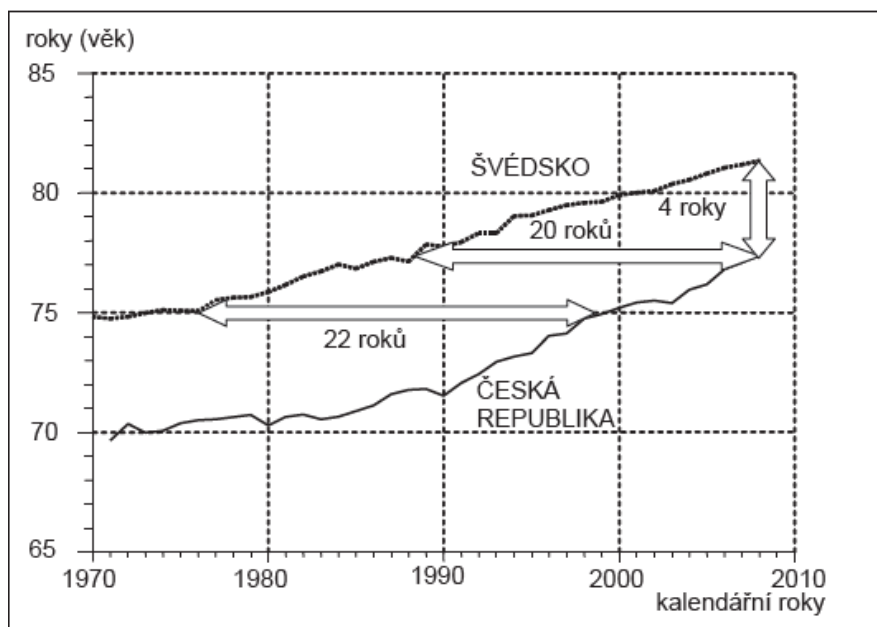


Obr. 1: Zdravotní gramotnost ve vybraných evropských zemích

zleva v Rakousku (AT), Bulharsku (BG), Německu (DE), Řecku (EL), Španělsku (ES), Nizozemsku (NL), Polsku (PL), Total (průměr zemí bez ČR) a České Republice (CZ)

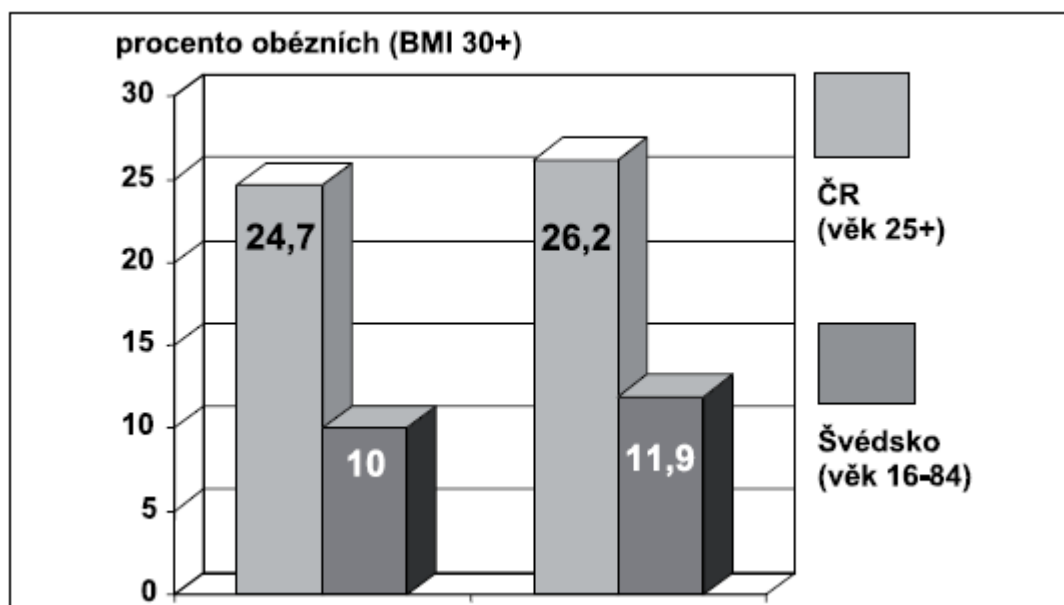
Zdroj: (Vojtíšková a Šimůnková, 2015, str. 34)

Holčík srovnával zdravotní stav obyvatelstva a některé faktory zdraví ve Švédsku a v České republice. Z výsledků studií vyplývá, že v České republice je střední délka života asi o 4 roky kratší než ve Švédsku (obr. 2). V souvislosti s tím srovnává obr. 3 obezitu u mužů a žen ve Švédsku a ČR. Z obrázku plyne, že je v České Republice o polovinu více obézních mužů a žen než ve Švédsku. Je zřejmé, že za tyto výsledky může především nízká zdravotní gramotnost a odlišné chápání významu zdraví v ČR. Dalším z důvodů těchto výrazných rozdílů je dobrá zdravotní politika a lepší ekonomická situace ve Švédsku. Nejen však touto problematikou se Holčík zabýval. Dalším problémem v ČR je spotřeba alkoholu a cigaret. Na obr. 4 je zobrazena spotřeba alkoholu v obou státech a obr. 5 poskytuje informace o spotřebě cigaret v těchto zemích. Z obou obrázků je patrné, že v České republice je spotřeba těchto látek o polovinu větší než ve Švédsku. Naopak spotřeba zeleniny a ovoce je výrazně vyšší ve Švédsku než v České republice, jak lze vidět na obr. 6 (Holčík, 2011, str. 12-13).



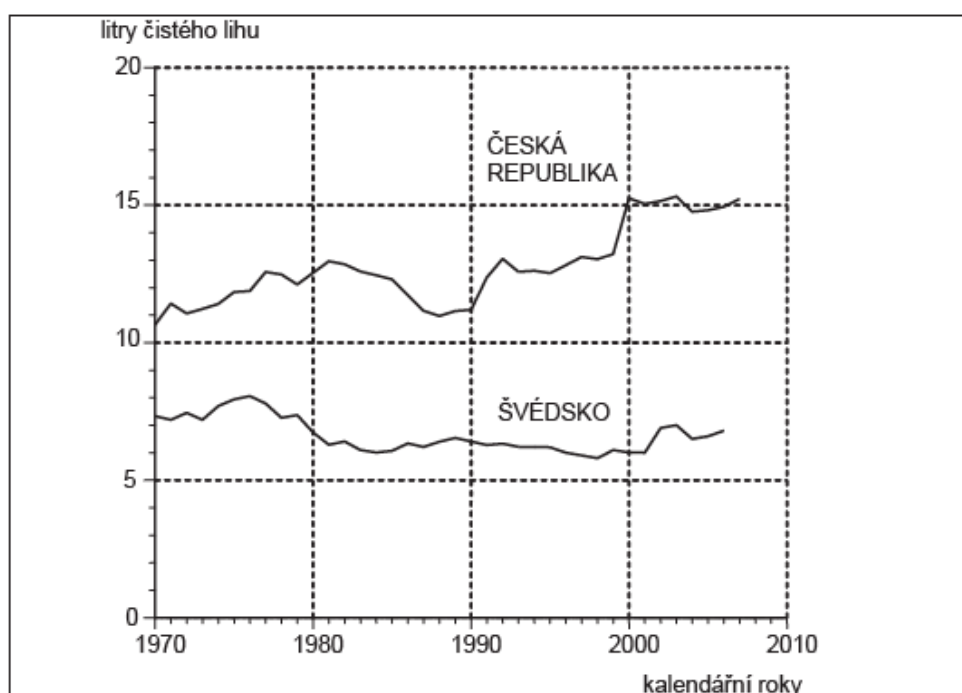
Obr. 2: Střední délka života v České republice a ve Švédsku

Zdroj: (Holčík, 2011, str. 13)



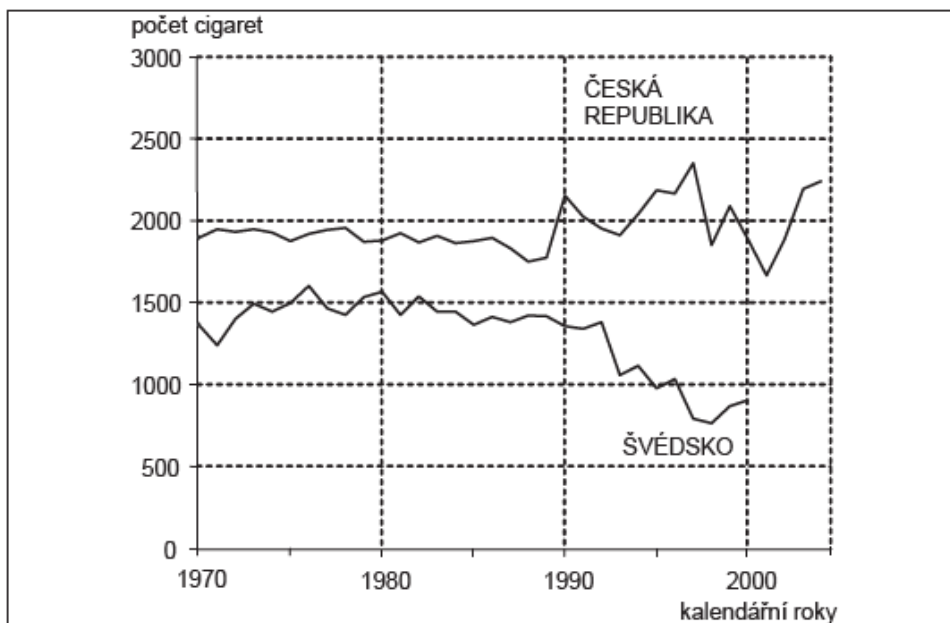
Obr. 3: Srovnání obezity u mužů a žen (v %) v ČR a ve Švédsku

Zdroj: (Holčík, 2011, str. 12)



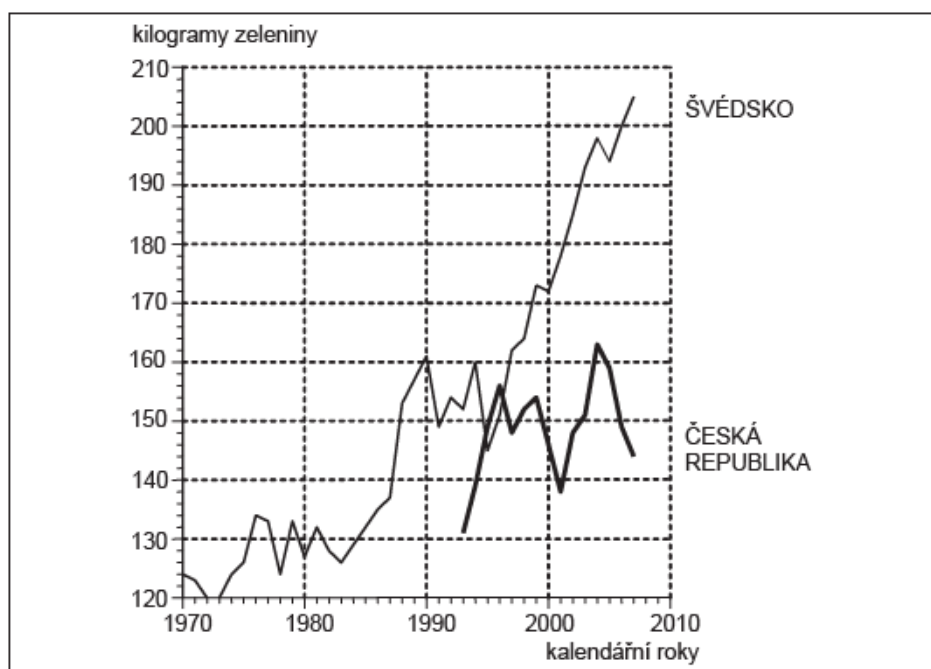
Obr. 4: Spotřeba alkoholu osob starších 15 let v ČR a ve Švédsku

Zdroj: (Holčík, 2011, str. 14)



Obr. 5: Spotřeba cigaret na 1 obyvatele za rok v ČR a ve Švédsku

Zdroj: (Holčík, 2011, str. 14)



Obr. 6: Spotřeba zeleniny a ovoce v kg na obyvatele a rok v ČR a ve Švédsku

Zdroj: (Holčík, 2011, str. 15)

2.4 Podpora zdravotní gramotnosti u dospělé populace

Medicína je v dnešní době nepopíratelně na velmi vysoké úrovni, nejenže rozumí lidskému organismu, ale vlastní i nové technologie, které snižují úmrtnost a prodlužují život. Nevýhodou tohoto pokroku je však špatná kvalita života většiny lidí, kteří stále vyžadují další zdravotnické služby z důvodu chronických nemocí. Rostoucí počet pacientů vyžaduje mnohem větší náklady na zdravotní péči a je zřejmé, že samotný příliv financí do zdravotnictví situaci nezlepší. Stále je však patrná snaha zvýšit přísun finančních prostředků pomocí nárůstu platby státu, hledání sponzorů, investorů atd. Nadále se zvyšuje efektivita poskytovaných zdravotnických služeb nebo se hledají možnosti jak omezit rozsah těchto služeb. Omezování rozsahu poskytovaných služeb provádí zdravotničtí pracovníci např. regulačními poplatky, odkládáním neakutních zákroků, odrazováním pacienta od jejich využití (důsledným informováním o rizicích zákroku či léčby), neinformováním pacienta o všech možnostech terapie, snižováním počtu lůžek a zaměstnanců a snahou o co nejkratší dobu hospitalizace. Pojišťovny mohou také omezovat rozsah služeb tím, že určí limity a standardy zdravotní péče. WHO však nabízí přínosnější metody prostřednictvím Zdraví 2020. Pozornost by se neměla vztahovat k době, kdy je jedinec nemocný a prodlužovat toto období života, ale naopak by se měla zaměřit na zdravé období jedince a podporovat jeho prodloužení. Výsledkem by tedy byla lepší ZG občanů i bez zvýšených nákladů. Dalším návrhem tohoto programu je zlepšit řízení zdravotnictví (Holčík, 2014, str. 140-141; Holčík, 2011, str. 9-10). Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020, schválená Ministerstvem zdravotnictví předpokládá využití finančních prostředků v období 2014 - 2020 z investičního fondu EU pro zdravotnictví v ČR. Hlavním cílem Zdraví 2020 je zlepšit zdravotní stav populace a snížit výskyt nemocí v ČR. Jednotlivé cíle zpracovává program Zdraví 21 (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014, str. 10,17). Na obr. 7 jsou zobrazena hlavní témata týkající se prevence nemocí a podpory zdraví v rámci národní strategie Zdraví 2020.



Obr. 7: Hlavní témata týkající se prevence nemocí a podpory zdraví v rámci národní strategie Zdraví 2020

Zdroj: (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2014, str. 22)

Švédská politika je pro Evropu dobrým vzorem, jelikož je zaměřena na základní faktory zdraví a vyzývá veřejnost k účasti na podpoře svého zdraví, za předpokladu, že motivace občanů není zvyšována sankcemi, ale cílevědomým rozvojem ZG (Holčík, 2011, str. 11).

Nizozemsko se naopak snaží zlepšit ZG tak, že podporuje komunikaci u jednotlivců a komunit ve zdravotnictví. Národní aliance pro zdravotní gramotnost vznikla v Nizozemsku v roce 2010 a nyní má více než 60 členských organizací: pacienti, poskytovatelé služeb, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny, akademické obce, průmysl atd. Cílem aliance je prosadit zařazení zdravotní gramotnosti do každodenního provozu zdravotnických zařízení, sdílet znalosti a zkušenosti a plánovat společné akce. Aliance má webové stránky s informacemi a organizuje pravidelná setkání a semináře. Podporuje organizace, které pomáhají jednotlivcům a komunitám. Nizozemsko má dlouhotrvající tradici zvláštní zdravotní komunikace pro imigranty a menšiny, často v cizích jazycích, s využitím informačních materiálů, tlumočníků a školitelů. Z výzkumu, který se týká nerovnosti v oblasti zdraví, byly komunikační programy rozšířeny tak, aby lidé s omezenou zdravotní gramotností přistupovali ke zdravotnickým službám adekvátněji. Zdravotnická zařízení, nemocnice, organizace domácí

péče a poskytovatelé zdravotních pojišťoven revidují své zdravotní informace na webových stránkách, v brožurách, ve složkách a na tabulích umístěných v budovách. Podporují je specializovaní komunikační odborníci, kteří úzce spolupracují s lidmi s omezenou gramotností. Podpora zdraví by měla být aplikována ve městech, školách, nemocnicích, na pracovištích, vysokých školách, ve věznicích a v dalších organizacích. V této souvislosti vznikl mezinárodní program Zdravých měst, zprostředkovaný WHO, který je klíčovým faktorem v šíření podpory zdraví v Evropě i mimo ni. Program se zaměřuje na vytváření a zlepšování sociálního prostředí a rozšiřování společenství, které umožní lidem, aby se vzájemně podporovali ve všech částech života a rozvíjeli svůj potenciál na maximum. V oblasti edukace se WHO snaží vybudovat základy ZG již v raném vývoji dítěte. Dále se snaží zlepšit přístupy škol k podpoře zdraví a řeší překážky bránící vzdělávání dospělých. Řešení sociální nerovnosti v oblasti vzdělání související se ZG je založena na jasném pochopení, proč se lidé nezapojují do vzdělávacích aktivit. Lidé se neúčastní vzdělání především v důsledku nedostatku motivace, nezájmu a předchozí negativní situace. Dalšími překážkami jsou náklady, nedostatek času, péče o děti a jazyk. Vzdělávací programy pro dospělé s omezenými schopnostmi mohou také pozitivně ovlivnit schopnosti jejich dětí. WHO také uplatňuje zásady participativního vzdělávání, které podporuje sebereflexi, diskuzi a sdílení mezi studenty a zkoumá nové učební přístupy pro zdraví a pohodu. Důsledné vzdělávání může pomoci uvědomit si důležitost politických debat, o podpoře zdravotní gramotnosti, která se zaměřuje na práva pacienta znát původ a složení potravin. Proto je ze strany WHO snaha tvořit v oblasti trhu příznivé prostředí pro spotřebitele, jelikož by lidé měli pochopit, jaké druhy potravin jsou dobré pro jejich zdraví (Kickbusch a kol., 2013, str. 24-41). Jedním z dalších programů je projekt Podpory zdraví na pracovišti, jejímž cílem je snižovat výskyt nemocí z povolání, zlepšovat prevenci nemocí a zdravotní stav populace na pracovišti. V médiích se ZG nepropaguje příliš obstojně, jelikož se na veřejnost dostávají neověřené a zavádějící informace vzhledem k tomu, že novináři nemají zdravotnické vzdělání. Sociální sítě jsou také velmi nespolehlivým zdrojem, kterým mohou lidé získat nesprávné informace a postoje v oblasti zdraví. Často se stává, že lidé si raději vyhledají informace na internetu místo toho, aby navštívili svého lékaře. Pracovní skupina pro rozvoj zdravotní gramotnosti, proto navrhla zlepšit zdravotní gramotnost českých novinářů a omezit vliv alternativních směrů (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2017, str. 31, 33).

2.4.1 Podpora zdravotní gramotnosti v kontextu ošetřovatelství

Ze všech klinických oborů má ošetřovatelství unikátní vztah ke zdravotní gramotnosti, protože sestry tráví s pacientem mnoho času a nejvíce se podílí na samotné péči, edukaci a komunikaci (Baur, 2010, str. 68). Následující informace však dokazují, že samotná ZG všeobecných sester je na nízké úrovni. Registrované všeobecné sestry s licenci ze státu Kalifornie byly náhodně vybrány a vyzvány k účasti ve studii (O'Connel, 2011, str. 295), která popisuje všeobecné znalosti a vnímání sester. Průzkum se zaměřuje na otázku, která žádá účastníky definovat ZG pomocí svých vlastních slov. Z výsledků této studie vyplynulo, že znalosti všeobecných sester o ZG jsou omezené. Dickens, Lambert, Cromwell a kol. (2013, str. 62) se zabývají tím, jak umí všeobecné sestry na lůžkových odděleních odhadnout pomocí NVS úroveň zdravotní gramotnosti pacientů. Do studie bylo celkem zařazeno 65 pacientů a 30 sester. Výsledky ukazují, že sestry nesprávně identifikovali pacienty s nízkou zdravotní gramotností. Většina sester pacienty příliš přeceňuje, což může přispět ke špatným výsledkům v oblasti zdraví (Dickens, Lambert, Cromwell a kol., 2013, str. 62). Zdravotničtí pracovníci postrádají totiž školení o zásadách zdravotní gramotnosti. Proto je třeba zvýšit a zlepšit zdravotnická školení o zdravotní gramotnosti u personálu. Zdravotničtí pedagogové reagují na tuto potřebu tím, že rozvíjí osnovy ZG, které využívají širokou škálu didaktických a zážitkových učebních metod a nástrojů (Coleman, 2011, str. 70).

Všeobecné sestry hrají klíčovou roli v edukaci pacientů o zásadních zdravotních informacích, jako je podávání léků a instrukce k propuštění. The Institute of Medicine identifikoval zdravotní gramotnost jako nezbytnou koncepci, která by měla být začleněna do osnov vzdělání všeobecných sester. I přesto, že zdravotnické školy mají odpovědnost za realizaci těchto osnov, nedostatek předmětu ZG je stále aktuální. Proto se model zdravotní gramotnosti rozšířil o výzkum posouzení potřeb učení a integraci učebních cílů a aktivit studentů o zdravotní gramotnosti. Tyto výukové aktivity byly vybrány ze současných osvědčených postupů prováděných u pacientů s nízkou ZG. Avšak několik zdravotnických škol již začlenilo ZG do standardního učebního plánu, který zahrnuje výuku studentů o vztahu mezi zdravotní gramotností a zdravotními výsledky a o rozvoji dovedností pro posuzování a navrhování intervencí pro výuku pacientů s nízkou ZG. Podle ošetřovatelské literatury postrádá mnoho studentů povědomí o vhodných výukových strategiích u pacientů s nízkou ZG. Některé příklady komunikačních technik, které jsou prospěšné při výuce studentů, zahrnují například použití laického jazyka či virtuálního průvodce u pacientů. Screening zdravotní gramotnosti ukázal, že je termín ZG pro studenty zdravotnických škol neznámý (Mosley, 2017, str. 109-113). Podle výsledků australské studie (McCann a kol., 2009, str. 61)

mnoho studentů bakalářského studia ošetrovatelství nemá požadovanou zdravotní gramotnost v oblasti psychického zdraví. Autoři tedy navrhuji začlenit problematiku duševního zdraví do osnov dříve a každý rok ji prohlubovat. Představitelé mezinárodních sesterských sdružení vyzývají sestry, aby se účastnily edukace pacientů. V podmínkách ČR se tak otevírá nevyužitý potenciál pro edukaci zdravotní gramotnosti v komunitním ošetrovatelství. Sestry, mají díky své převaze a času stráveného s pacientem, možnost realizovat změny v systému zdravotní péče a zlepšovat kvalitu edukace pacientů o ZG. Významnou roli hraje sestra také ve zvyšování ZG u etnických skupin z důvodu současné migrace. Avšak i přesto, že edukace o ZG je především v rukou sester, chybí stále povědomí o této problematice. Lze tedy říci, že všeobecné sestry si neuvědomují, jakou intenzitou ovlivňuje ZG zdraví celkové populace. Mezi podmínky, které musí sestra splňovat, aby účinně působila na pacienta v oblasti ZG, jsou její dobré komunikační schopnosti, naslouchání, umění přizpůsobit edukaci potřebám pacienta a také věnovat pacientovi dostatek času v problematice, které nerozumí. Dalším problémem je, že sestry neumí identifikovat pacienta s nízkou zdravotní gramotností. V této souvislosti se nabízí možnost, aby se odborníci zaměřili na vytvoření univerzálního nástroje, který usnadní sestřám zmapovat zdravotní gramotnost pacientů. Vzdělání budoucích sester by se tedy mělo zaměřit na seznámení s technikami a nástroji, které se na mapování ZG využívají. V souvislosti se vzděláním se také hovoří o vytvoření nové role sestry coby zdravotní propagátorky (Kaas, Stasková a Šulistová, 2016, str. 250-252). Případová studie (Reyes, 2010, str. 177) představuje klinické rozhodování sester v oblasti poskytování péče o osoby s nízkou ZG. Z výsledků studie lze vyvodit, že nízkou zdravotní gramotnost je třeba brát v úvahu při identifikaci ošetrovatelských diagnóz dle NANDA. Po navázání důvěry s pacientem, by měl být použit screeningový nástroj k vyhodnocení úrovně ZG dané osoby (Reyes, 2010, str. 177). V roce 2010 pracovníci v úseku Prevence nemocí a podpory zdraví (ODPHP) amerického ministerstva zdravotnictví a sociálních služeb (HHS), vydali Národní Akční Plán pro zlepšení zdravotní gramotnosti. Mezi jeho cíle patří zvyšovat bezpečnost a ochranu zdravotních informací, propagovat změny v systému zdravotnické péče, dodržovat zdravotní a vědecké standardy, zlepšovat vzdělání dospělých, budování partnerství, změna politiky, zvýšit výzkum v oblasti ZG a zvyšovat postupy založené na důkazech týkající se ZG a intervencí. Podstatné je, že všeobecné sestry mohou převzít vedoucí roli při určování, psaní, výrobě a testování písemných materiálů, včetně značení zdravotnických zařízení a ústních pokynů pro pacienty, tak aby jim rozuměli. Mohou pomáhat s vyplňováním formulářů, radit s užíváním léků (místo „vzít 2x denně“ raději použít „vzít si jeden ráno a jeden večer“), hodnotit dotazníky a průzkumy. Mohou vytvořit partnerství s agenturami sociálních služeb a

knihovny, které slouží lidem, kteří nevědí, jak využívat zdravotní informace a služby (Baur, 2010, str. 63, 67).

2.5 Význam a limitace sumarizovaných poznatků

Význam pojmu zdravotní gramotnost je velmi důležitý, jelikož z výsledků studií vyplývá, že je to hlavní ukazatel zdraví. V současné době se problematikou ZG zabývá jen několik států a na národní úrovni se nehodnotí pravidelně. Je proto zapotřebí dalšího úsilí v oblasti měření zdravotní gramotnosti tak, aby mohla být monitorována její prevalence a aby mohly výsledky měření ZG přispět k vytváření intervencí. ZG by měla být měřena každoročně ve více zemích.

Většina dohledaných hodnotících nástrojů ZG je v anglickém jazyce. Ostatní nástroje jsou většinou navrženy státy, které nástroje využívají a nejsou přeloženy do jiných jazyků. Bylo by tedy dobré přeložit nejvíce užívané hodnotící nástroje, jako je například TOFHLA, REALM a The Newest Vital Sign, do více jazyků, aby se mohla hodnotit zdravotní gramotnost i v dalších státech. Dohledané poznatky dokazují, že sociální determinace má velký vliv při tvorbě hodnotících nástrojů. Z dohledaných studií týkající se jednotlivých států vyplývá, že nízká zdravotní gramotnost má globální charakter, avšak existují také výjimky, kterých se tato problematika příliš nedotýká. Je to například Nizozemsko, Švédsko, Švýcarsko, Irsko, Německo, Polsko a Japonsko. Mezi státy s neadekvátní ZG patří Bulharsko, Rakousko, Itálie, Česká Republika, Čína a USA. Je však nutné brát v potaz fakt, že mnohé z těchto studií měly nízký počet respondentů a je tedy zapotřebí dalších výzkumů v oblasti ZG populace. Je také důležité zefektivnit programy podporující ZG u etnických skupin. Zdravotní politika ve státech s nízkou zdravotní gramotností by měla také snižovat nerovnost ve zdraví a iniciovat tvorbu právě těchto programů. S tím souvisí také podpora zdraví a zdravotní gramotnosti obyvatelstva, kterou se WHO snaží prosazovat ve městech a v oblasti vzdělání. Je však zapotřebí, aby se potřeba zlepšovat ZG dostala do povědomí všech států světa. Z výsledků studií dále vyplývá, že budoucí a vystudované všeobecné sestry jsou neznalé, co se týče pojmu ZG. Také neumí správně používat hodnotící nástroje ZG a rozpoznat pacienta s nízkou zdravotní gramotností. O začlenění ZG do osnov vzdělání budoucích všeobecných sester se hovoří jen v několika málo studiích.

Limitací dohledaných poznatků je především nedostatek znalostí o samotném pojmu zdravotní gramotnosti v ČR a ve světě. Další nevýhodou je malý počet studií zaměřených na zdravotní gramotnost v České republice a v jiných státech. O problematice ZG se v ČR teprve nedávno začalo hovořit, jelikož v kontextu ošetrovatelství byla dohledána pouze jedna studie.

Dohledané poznatky lze tedy považovat jako podnět k důslednějšímu vzdělávání jak zdravotnického personálu, tak veřejnosti. Je důležité, aby byl zdravotnický personál plně obeznámen s touto problematikou a napomáhal zlepšit zdravotní gramotnost tím, že aplikuje poznatky o ZG při komunikaci s pacientem. Veřejnost by měla být už od dětství vedena k tomu, aby pečovala o své zdraví a vzdělávala se v této oblasti. V příloze č. 1 je k dispozici seznam užitečných odkazů, které podporují informovanost lidí o zdraví a zdravotní gramotnosti.

Závěr

Zdravotní gramotnosti je v současnosti přikládán mnohem větší význam a to hlavně z toho důvodu vyššího výskytu chronických onemocnění u dospělé populace a vyšší náklady ve zdravotnictví. Proto je zapotřebí naučit lidi starat se o své zdraví, získávat informace o zdraví a orientovat se ve zdravotnických službách. Dohledané studie dokazují, že nízká zdravotní gramotnost je ovlivněna vysokým věkem, mužským pohlavím, nezaměstnaností, nízkým příjmem, nízkým vzděláním, etnickým původem, špatnou ekonomickou situací a nízkým sociálním postavením. Je také dokázáno, že nízká ZG zvyšuje počet hospitalizací, opakovaných hospitalizací, úmrtí, zvyšuje pravděpodobnost výběru špatného životního stylu (kouření, nedostatek spánku, alkohol atd.) a množství chronických onemocnění.

Z dohledaných informací bylo dosaženo stanovených dílčích cílů. Výsledky dohledaných studií o ZG mohou být využity všeobecnými sestrami, studenty ošetrovatelství a jinými pracovníky ve zdravotnictví. Všeobecné sestry by měly prohloubit vzdělání o ZG v oblasti zdravé stravy, environmentální a sociální sféry. Měly by také umět poznat pacienta s nízkou ZG, doplnit informace, které nezná nebo ho odkázat na instituci, web či kurz potřebný ke zlepšení daných informací.

Referenční seznam

1. ALTIN, Sibel Vildan, Isabelle FINKE, Sibylle KAUTZ-FREIMUTH a Stephanie STOCK. The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health* [online]. 2014, 14(1), - [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1207. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1207>
2. BAUR, Cynthia. Calling the nation to act: Implementing the national action plan to improve health literacy. *Nursing Outlook* [online]. 2011, 59(2), 63-69 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.outlook.2010.12.003. ISSN 00296554. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029655410004793>
3. BERKMAN, Nancy D., Stacey L. SHERIDAN, Katarina E. DONAHUE, et al. *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review* [online]. 1. North Carolina: RTI International–University of North Carolina Evidence-based Practice Center, 2011 [cit. 2017-03-16]. ISBN 290-2007-10056-1. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23126607>
4. CESNAVICIENE, Jurate, Stase USTILAITE a Ausra KALINKEVICIENE. The relationship between self-reported health status and subjective health literacy among young adults in Lithuania. *Society. Integration, Education. Proceedings of the International Scientific Conference* [online]. 2016, 3, 423- [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.17770/sie2016vol3.1468. ISSN 2256-0629. Dostupné z: <http://journals.ru.lv/index.php/SIE/article/view/1468>
5. COLEMAN, Clifford. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nursing Outlook* [online]. 2011, 59(2), 70-78 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1016/j.outlook.2010.12.004. ISSN 00296554. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002965541000480X>
6. COLLINS, Sarah A., Leanne M. CURRIE, Suzanne BAKKEN, David K. VAWDREY a Patricia W. STONE. Health literacy screening instruments for eHealth applications: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics* [online]. 2012, 45(3), 598-607 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.jbi.2012.04.001. ISSN 15320464. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1532046412000548>
7. CONNOR, Melanie, Sarah MANTWILL a Peter J. SCHULZ. Functional health literacy in Switzerland—Validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Education and Counseling* [online]. 2013, 90(1), 12-17 [cit. 2017-03-12].

- DOI: 10.1016/j.pec.2012.08.018. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399112003461>
8. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8
 9. DAWSON, Angus a Kalle GRILL. Health Promotion: Conceptual and Ethical Issues. *Public Health Ethics* [online]. 2012, 5(2), 101-103 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1093/phe/phs024. ISSN 1754-9973. Dostupné z: <https://academic.oup.com/phe/article-lookup/doi/10.1093/phe/phs024>
 10. DICKENS, Carolyn, Bruce L. LAMBERT, Terese CROMWELL a Mariann R. PIANO. Nurse Overestimation of Patients' Health Literacy. *Journal of Health Communication* [online]. 2013, 18(1), 62-69 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1080/10810730.2013.825670. ISSN 1081-0730. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2013.825670>
 11. EMTEKAER HAESUM, Lisa Korsbakke, Lars EHLERS a Ole K. HEJLESEN. Validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults in a Danish population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2015, 29(3), 573-581 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1111/scs.12186. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12186>
 12. FRANSEN, Mirjam P., Karlijn E.F. LEENAARS, Gillian ROWLANDS, Barry D. WEISS, Henk Pander MAAT a Marie-Louise ESSINK-BOT. International application of health literacy measures: Adaptation and validation of the newest vital sign in The Netherlands. *Patient Education and Counseling* [online]. 2014, 97(3), 403-409 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.pec.2014.08.017. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399114003668>
 13. GRIFFIN, Joan M., Melissa R. PARTIN, Siamak NOORBALOOCHI, et al. Variation in Estimates of Limited Health Literacy by Assessment Instruments and Non-Response Bias. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2010, 25(7), 675-681 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1007/s11606-010-1304-2. ISSN 0884-8734. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-010-1304-2>
 14. HOLČÍK, Jan. Health 2020 is a Good Strategy for Health. *Hygiena* [online]. 2014, 59(3), 140-144 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.21101/hygiena.a1311. ISSN 18026281. Dostupné z: http://apps.szu.cz/svi/hygiena/show_en.php?kat=archiv/h2014-3-08
 15. HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-089-0

16. CHARLIER, Philippe, Yves COPPENS, Jean MALAURIE, et al. A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European Journal of Internal Medicine* [online]. 2017, 37, 33-37 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1016/j.ejim.2016.06.027. ISSN 09536205. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0953620516301960>
17. JAKUBCOVÁ, Tatiana a Michaela DINGOVÁ. Zdravotná gramotnost' - nový pojem pre ošetrovateľskú prax. *Ošetrovateľstvo* [online]. 2011, 1(1), 34-41 [cit. 2017-03-16]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2011-rocnik-1/cislo-1/zdravotna-gramotnost-novy-pojem-pre-oseetrovatelsku-prax>
18. JAMES, Bryan D., Patricia A. BOYLE, Jarred S. BENNETT a David A. BENNETT. The Impact of Health and Financial Literacy on Decision Making in Community-Based Older Adults. *Gerontology* [online]. 2012, 58(6), 531-539 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1159/000339094. ISSN 1423-0003. Dostupné z: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000339094>
19. JORDAN, Susanne a Jens HOEBEL. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* [online]. 2015, 58(9), 942-950 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1007/s00103-015-2200-z. ISSN 1436-9990. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00103-015-2200-z>
20. KAAS, Jiří, Věra STASKOVÁ a Radka ŠULISTOVÁ. The concept of health literacy in contemporary nursing. *Kontakt* [online]. 2016, 18(4), e219-e223 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2016.10.001. ISSN 12124117. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1212411716300356>
21. KICKBUSCH, Ilona, Jürgen M. PELIKAN, Franklin. APFEL a Agis D. TSOUROS. *Health literacy: the solid facts*. Solid facts (Series). ISBN 9789289000154
22. KUTNER, Mark, et al. *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy* [online]. 1. Washington, DC: National Center for Education Statistics: U.S.Department of Education, 2006 [cit. 2017-03-19]. ISBN 2006-483. Dostupné z: <https://eric.ed.gov/?id=ED493284>
23. KRÍŽ, Jaroslav. Rejection of Vaccination and Health Literacy. *Hygiena* [online]. 2014, 59(3), 148-150 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.21101/hygiena.a1304. ISSN 18026281. Dostupné z: http://apps.szu.cz/svi/hygiena/show_en.php?kat=archiv/h2014-3-11

24. LEE, Tae Wha, Soo Jin KANG, Han Joo LEE a Soo In HYUN. Testing health literacy skills in older Korean adults. *Patient Education and Counseling* [online]. 2009, 75(3), 302-307 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.pec.2009.04.002. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399109001566>.
25. MACABASCO-O'CONNELL, Aurelia a Eileen K. FRY-BOWERS. Knowledge and Perceptions of Health Literacy Among Nursing Professionals. *Journal of Health Communication* [online]. 2011, 16(3), 295-307 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1080/10810730.2011.604389. ISSN 1081-0730. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10810730.2011.604389>
26. MAYER, Gloria G. a Michael VILLAIRE. *Health literacy in primary care: a clinician's guide*. London. Springer Publishing Company, 2007. ISBN 978-0826102294
27. MCLEOD-SORDJAN, Renee. Assessing Functional Health Literacy Among Hispanic Elders With Chronic Disease. *The Journal for Nurse Practitioners* [online]. American College of Nurse Practitioners, 2011, 7(10), 839-846 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.nurpra.2011.05.008. ISSN 15554155. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1555415511002571>
28. MILLICAN, Kim P. U.S. Government Health Literacy Tools. *Journal of Consumer Health On the Internet* [online]. 2014, 18(4), 385-395 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1080/15398285.2014.953000. ISSN 1539-8285. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15398285.2014.953000>
29. MOSLEY, Carolyn M. a Barbara J. TAYLOR. Integration of Health Literacy Content Into Nursing Curriculum Utilizing the Health Literacy Expanded Model. *Teaching and Learning in Nursing* [online]. 2017, 12(2), 109-116 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1016/j.teln.2016.12.005. ISSN 15573087. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S155730871630124X>
30. MULLEN, Ellen. Health Literacy Challenges in the Aging Population. *Nursing Forum* [online]. 2013, 48(4), 248-255 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1111/nuf.12038. ISSN 00296473. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/nuf.12038>.
31. NAKAGAMI, Katsuyuki, Toyoaki YAMAUCHI, Hiroyuki NOGUCHI, Tohru MAEDA a Tomoko NAKAGAMI. Development and validation of a new instrument for testing functional health literacy in Japanese adults. *Nursing* [online]. 2014, 16(2),

- 201-208 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1111/nhs.12087. ISSN 14410745. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/nhs.12087>.
32. Národní konference o zdravotní gramotnosti. *Ústav pro zdravotní gramotnost, z. ú.* [online]. Praha: Nové město, 2017 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
33. NOBILE, Marianna. The WHO Definition of Health: A Critical Reading. *Medicine and law*. Miláno: Università degli Studi di Milano. 2014, 33(2), 33-40 [cit. 2017-03-12]. Dostupné z: http://heinonline.org/HOL/Page?handle=hein.journals/mlv33&div=14&g_sent=1&collection=journals
34. OSBORNE, Helen. *Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message*. 2nd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 1449600530.
35. PALUMBO, Rocco, Carmela ANNARUMMA, Paola ADINOLFI, Marco MUSELLA a Gabriella PISCOPO. The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. *Health Policy* [online]. 2016, 120(9), 1087-1094 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.08.007. ISSN 01688510. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0168851016302123>.
36. PARNELL, Terri Ann. *Health literacy in nursing: providing person-centered care*. New York: Springer Publishing Company, 2015. ISBN 978-0-8261-6173-4.
37. POLIT, Denise F. a Cheryl Tatano BECK. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health* [online]. 2006, 29(5), 489-497 [cit. 2017-04-26]. DOI: 10.1002/nur.20147. ISSN 0160-6891. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.20147>
38. Promoting Health among Older Adults via E-health Literacy. *International Conference on Communication, Media, Technology and Design* [online]. Dubai: United Arab Emirates, 2015 [cit. 2017-03-16]. Dostupné z: <http://www.cmdconf.net/2015/pdf/31.pdf>
39. REYES, Darcel. My First Patient as a Nurse Practitioner: A Man With Low Literacy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* [online]. 2010, 21(4), 177-181 [cit. 2017-04-15]. DOI: 10.1111/j.1744-618X.2010.01165.x. ISSN 15415147. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-618X.2010.01165.x>

40. ŘEHULKA, Evžen, ed. *Výchova ke zdraví: podněty ke vzdělávacím oblastem: škola a zdraví pro 21. století*, 2011. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5533-9
41. ŘEHULKA, Evžen, ed. *Health literacy through education: School and health 21*, 2011. Brno: Masaryk University with collaboration by MSD, 2011. ISBN 978-80-210-5720-3
42. SCUDDER, Laurie. Words and Well-being: How Literacy Affects Patient Health. *The Journal for Nurse Practitioners* [online]. 2006, 2(1), 28-35 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.nurpra.2005.11.006. ISSN 15554155. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1555415505002412>
43. SHEN, Minxue, Ming HU, Siyun LIU, Yan CHANG a Zhenqiu SUN. Assessment of the Chinese Resident Health Literacy Scale in a population-based sample in South China. *BMC Public Health* [online]. 2015, 15(1), - [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1186/s12889-015-1958-0. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1958-0>
44. SMITH, Samuel G, Rachel O'CONOR, Laura M CURTIS, Katie WAITE, Ian J DEARY, Michael PAASCHE-ORLOW a Michael S WOLF. Low health literacy predicts decline in physical function among older adults: findings from the LitCog cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health* [online]. 2015, 69(5), 474-480 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1136/jech-2014-204915. ISSN 0143-005x. Dostupné z: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2014-204915>
45. SUKA, Machi, Takeshi ODAJIMA, Masayuki KASAI, et al. The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine* [online]. 2013, 18(5), 407-415 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1007/s12199-013-0340-z. ISSN 1342-078x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s12199-013-0340-z>
46. ŠIMŮNKOVÁ, Marta a Jana VOJTÍŠKOVÁ. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. *Practicus pro praktické lékaře zdarma* [online]. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2015, 14(9), 34-35 [cit. 2017-03-12]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2015-09/34-Zdravotni-gramotnost-v-CR-je-nizka.pdf>
47. TAVAKOL, Mohsen a Reg DENNICK. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education* [online]. 2011, 2, 53-55 [cit. 2017-

- 04-26]. DOI: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd. ISSN 20426372. Dostupné z: <http://www.ijme.net/archive/2/cronbachs-alpha/>
48. TOKUDA, Yasuharu, Nobutaka DOBA, James P. BUTLER a Michael K. PAASCHE-ORLOW. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling* [online]. 2009, 75(3), 411-417 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1016/j.pec.2009.03.031. ISSN 07383991. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399109001517>
49. VAN DER HEIDE, Iris, Jany RADEMAKERS, Maarten SCHIPPER, Mariël DROOMERS, Kristine SØRENSEN a Ellen UITERS. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* [online]. 2013, 13(1), - [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1186/1471-2458-13-179. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-179>
50. VOGT, Dominique, Melanie MESSER, Gudrun QUENZEL a Doris SCHAEFFER. Health Literacy – ein in Deutschland vernachlässigtes Konzept? *Prävention und Gesundheitsförderung* [online]. 2016, 11(1), 46-52 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1007/s11553-015-0519-9. ISSN 1861-6755. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11553-015-0519-9>
51. WAGNER, Christian. v., Katherine KNIGHT, Andrew STEPTOE a Jane WARDLE. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. 2007, 61(12), 1086-1090 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1136/jech.2006.053967. ISSN 0143-005x. Dostupné z: <http://jech.bmj.com/cgi/doi/10.1136/jech.2006.053967>
52. WÅNGDAHL, Josefin M. a Lena I. MÅRTENSSON. Measuring health literacy - the Swedish Functional Health Literacy scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2015, 29(1), 165-172 [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.1111/scs.12125. ISSN 02839318. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/scs.12125>
53. WATKINS, Ivan a Bo XIE. EHealth Literacy Interventions for Older Adults: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Medical Internet Research* [online]. 2014, 16(11), e225- [cit. 2017-03-12]. DOI: 10.2196/jmir.3318. ISSN 1438-8871. Dostupné z: <http://www.jmir.org/2014/11/e225/>
54. YAMASHITA, Takashi a Suzanne R. KUNKEL. An International Comparison of the Association Among Literacy, Education, and Health Across the United States, Canada, Switzerland, Italy, Norway, and Bermuda: Implications for Health Disparities. *Journal of Health Communication* [online]. 2015, 20(4), 406-415 [cit.

- 2017-03-12]. DOI: 10.1080/10810730.2014.977469. ISSN 1081-0730. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2014.977469>
55. YOUSEFI, Hila a Nima REZAEI. A Theory Towards a Measurable Definition for Health: Introducing Two Variables. *Acta Medica Iranica*. 2017, 55(2), 85-86. ISSN 1735-9694
56. ZARCADOOLAS, Christina, Andrew F. PLEASANT a David S. GREER. *Advancing health literacy: a framework for understanding and action*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 2006. ISBN 9780787984335.
57. *Zdraví 2020: národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.

Seznam zkratek

AAHLS	the All Aspects of Health Literacy Scale
ALL	the Adult and Life Skills Survey
AMA	the American Medical Association
CHC – Test	the Critical Health Competencies Test
CSHD	the Commission on Social Determinants of Health (Komise sociálních determinantů zdraví)
CVI	Content Validity Index (Test validity)
ČR	Česká Republika
eHEALS	the eHealth Literacy Scale
EU	Evropská unie
EUPHA	the European Public Health Association (Evropská asociace veřejného zdravotnictví)
Health LiTT	Health Literacy Assessment Using Talking Touchscreen Technology
HELMS	the Health Literacy Management Scale
HHS	United States Department of Health and Human Services (Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb ve Spojených státech)
HLS – EU	The European Health Literacy Survey
HLS – CH	The Swiss Health Literacy Survey
HLSI	Health Literacy Skills Instruments
HLSI – SF	Health Literacy Skills Instruments – Short Form
HLSQMs	Health Literacy Screening Question Methodologies
IROHLA	Interventions Research On Health Literacy among Ageing populations
JFHLT	the Japanese Functional Health Literacy Test
KHLS	Korean Health Literacy Scale
METER	the Medical Term Recognition Test
MHLS	Mandarin Health Literacy Scale
NAAL	the National Assessment of Adult Literacy
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NVS	the Newest Vital Sign

NVS – D	the Newest Vital Sign - Dutch
ODPHP	The Office of Disease Prevention and Health Promotion
REALM	the Rapid Estimate of Adult Literacy
REALM – R	the Rapid Estimate of Adult Literacy - Revised
SAHL – S&E	Short Assessment in Health Literacy in Spanish and English population
SAHLSA – 50	The Short Assessment of Health Literacy for Spanish – speaking Adults
S-MHLS	Short Mandarin Health Literacy Scale
S-TOFHLA	Short Test of Functional Health Literacy in Adults
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
UNESCO	United Nations for Educational, Scientific and Cultural Organization (Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life - BREF
ZG	Zdravotní gramotnost

Seznam obrázků

Obr. 1: Zdravotní gramotnost ve vybraných evropských zemích.....	28
Obr. 2: Střední délka života v České republice a ve Švédsku	29
Obr. 3: Srovnání obezity u mužů a žen (v %) v ČR a ve Švédsku	30
Obr. 4: Spotřeba alkoholu osob starších 15 let v ČR a ve Švédsku.....	30
Obr. 5: Spotřeba cigaret na 1 obyvatele za rok v ČR a ve Švédsku	31
Obr. 6: Spotřeba zeleniny a ovoce v kg na obyvatele a rok v ČR a ve Švédsku	31
Obr. 7: Hlavní témata týkající se prevence nemocí a podpory zdraví v rámci národní strategie Zdraví 2020	33

Seznam příloh

- | | |
|-----------|---|
| Příloha 1 | Užitečné odkazy na podporu informovanosti lidí o zdraví a zdravotní gramotnosti |
| Příloha 2 | Ukázky vybraných hodnotících škál zdravotní gramotnosti |

PŘÍLOHY

Příloha 1 Užitečné odkazy na podporu informovanosti lidí o zdraví a zdravotní gramotnosti

Podpora zdravotní gramotnosti u dospělých a seniorů – ČJ

<http://nspz.cz/zdravotni-gramotnost/>

<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi>

<http://www.gramotnost.cz/o-projektu>

<http://apps.szu.cz/czzp/lekarna/>

<http://www.zdravotnigramotnost.info/>

<http://old.mammahelp.cz/zdravotni-gramotnost.php>

<http://zdravotnigramotnost.cz/zdravotni-gramotnost-senioru/>

http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/starnuti/zdrave_starnuti_web.pdf

Znalost nemocí

<http://www.szu.cz/publikace/onemocneni-choroby>

http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/starnuti/Alzheimer_plakat.pdf

Podpora zdraví

<http://www.szu.cz/publikace/dusevni-zdravi-a-stres> - duševní zdraví, stres

<http://www.szu.cz/publikace/diety-specielni-vyziva> - výživa

Rehabilitace a pohyb

<http://www.szu.cz/publikace/pohyb-a-rehabilitace>

http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/edice/Nove/aktivni_a_sobestacny_senior.pdf

Prevence

<https://www.ockovacentrum.cz/cz> - očkování

http://www.mzcr.cz/obsah/prevence_2956_1.html - preventivní prohlídky

<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/prevence-aids-hiv> - prevence HIV

http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/kampan_Predej_informaci/letak_kliste_web.pdf - o klíšťatech

<http://www.szu.cz/publikace/prevence-zavislosti> - prevence závislosti

Testy a kvízy týkající se zdravotní gramotnosti

<http://www.indigo.cz/clients/szu/kviz/>

<http://apps.szu.cz/czzp/riziko/vek.php>

Podpora zdravotní gramotnosti u dospělých a seniorů – AJ

<https://health.gov/communication/literacy/olderadults/default.htm>

O zdravotní gramotnosti – AJ

<http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/health-literacy/index.php>

<https://www.cdc.gov/healthliteracy/researchevaluate/index.html>

<https://healthliteracy.bu.edu/> - hodnotící nástroje

Příloha 2 Ukázky vybraných hodnotících škál zdravotní gramotnosti

REALM

Přečtěte si každé slovo nahlas. Pokud slovo neznáte, můžete říci "vynechat" a přesunout se na další slovo.

Tazatel: Dejte účastníkovi seznam slov. V případě, že mu trvá déle než 5 sekund u nějakých slov říci "vynechat", přejděte na další slovo. Bodovací tabulku držte tak, aby ji účastník neviděl.

List 1	List 2	List 3
tučný	únava	alergický
chřipka	pánevní	menstruační
pilulka	žloutenka	varle
dávka	infekce	kolitida
oko	cvičení	pohotovostní
stres	chování	medikace
výtěr	recept	povolání
nervy	ohlásit	sexuální
choroboplodné zárodky	žlučník	alkoholismus
jídla	kalorie	iritující
choroba	deprese	obstipace
rakovina	potrat	kapavka
kofein	gravidita	zánětlivý
záchvat	artritida	diabetes
ledvina	výživa	hepatitida
hormony	menopauza	antibiotika
herpes	apendix	diagnóza
záchvat	abnormální	draslík
střevo	syfilis	anemie
astma	hemoroidy	obezita
rektální	nauzea	osteoporóza
incest	řízený	líšej

SKÓRE (spočítejte počet slov vyslovených správně)

0-18 slov	3. třída nebo nižší	Nejste schopni číst jednoduché materiály. Budete potřebovat opakovat ústní pokyny, obrázkové nebo zvukové materiály.
19-44 slov	4. až 6. třída	Budete potřebovat jednoduché materiály. Nebudete schopni číst příbalové letáky u léků.
45-60 slov	7. až 8. třída	Budete bojovat s většinou edukačních materiálů a neurazí vás materiály pro méně gramotné.
61-66 slov	Střední škola	Budete schopni číst většinu edukačních materiálů.

Zdroje: <https://healthliteracy.bu.edu/realm>

<http://www.impactinformation.com/impactinfo/newletter/realm.pdf>

NVS

Nutriční hodnoty

Velikost porce	½ šálku
Množství porcí na kyblík	4
Množství na porci	
Kalorie 250	Tučné kalorie 120
	%DV
Tuky 13g	20%
- z toho nasycené tuky 9g	40%
Cholesterol 28mg	12%
Sodík 55mg	2%
Sacharidy 30g	12%
- z toho vláknina 2g	
- z toho cukry 23g	
Bílkoviny 4g	8%

* Procentuální denní hodnota (DV) je založena na dietě obsahující 2 000 kalorií. Vaše denní hodnota může být vyšší nebo nižší v závislosti na vaší potřebě kalorií.

Složení: smetana, odstředěné mléko, tekutý cukr, voda, žloutky, třtinový cukr, cukr, máslo, sůl, vanilkový extrakt, arašídový olej, mléčný tuk, karagenan

Tyto informace jsou uvedeny na zadní části kyblíku půllitrové zmrzliny.

1. Jestliže sníte celý kyblík zmrzliny, kolik kalorií sníte?
2. Jestliže byste snědli 60 gramů sacharidů na svačinu, kolik zmrzliny byste měli?
3. Váš doktor vám poradí zredukovat množství nasycených tuků. Vy obvykle sníte denně 42 g nasycených tuků, které zahrnují jednu porci zmrzliny. Jestliže přestanete jíst zmrzlinu, kolik gramů nasycených tuků budete konzumovat každý den?
4. Jestliže obvykle sníte 2 500 kalorií za den, kolik procent z vašeho denního množství kalorií sníte, pokud sníte jednu porci?

Předstírejte, že jste alergický na následující látky: penicilin, arašídový olej, latex, včelí bodnutí

5. Je bezpečné jíst tuto zmrzlinu?
6. (Ptejte se pouze v případě, že pacient odpoví "ne"): Proč ne?

Zdroj: <http://www.jabfm.org/content/24/3/281/F1.expansion>

SAHL-E

V uvedné tabulce vyberte ke slovu v prvním sloupci, slovo, které má s daným slovem spojitost. Pokud si nevíte rady, označte odpověď "nevím", nehádejte. Za každou správnou odpověď získáte jeden bod. V případě, že dosáhnete 0 – 14 bodů, znamená to, že vaše zdravotní gramotnost je nízká.

1. ledvina	moč	horečka	nevím
2. zaměstnání	práce	vzdělání	nevím
3. medikace	nástroj	léčba	nevím
4. výživa	zdravý	soda	nevím
5. potrat	ztráta	manželství	nevím
6. infekce	rostlina	virus	nevím
7. alkoholismus	závislost	rekreace	nevím
8. gravidita	narození	dětství	nevím
9. záchvat	závrať	uklidnit se	nevím
10. dávka	spánek	množství	nevím
11. hormony	růst	harmonie	nevím
12. abnormální	jiný	stejný	nevím
13. řízený	instrukce	rozhodnutí	nevím
14. nervy	nudný	úzkostný	nevím
15. zácpa	blokový	volný	nevím
16. diagnóza	ohodnocení	zotavení	nevím
17. hemoroidy	žíly	srdce	nevím
18. syfilis	antikoncepce	kondom	nevím

Zdroj: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy/index.html>

AAHLS

Prosím zaškrtněte v tabulce pouze jednu odpověď na každou otázku.

Jak často potřebujete někoho, kdo by vám pomohl přechít informace, které jste dostali od lékaře, sestry nebo lékárníka?	často	někdy	zřídka	
Když potřebujete pomoc, seženete snadno někoho, kdo by vám pomohl?	často	někdy	zřídka	nikdy
Nevíte si rady s vyplněním oficiálních dokumentů?	často	někdy	zřídka	
Když mluvíte s lékařem nebo sestrou, dokážete jim poskytnout veškeré informace, které potřebují, aby vám pomohli?	často	někdy	zřídka	
Když mluvíte s lékařem nebo sestrou, ptáte se opravdu na to, na co potřebujete?	často	někdy	zřídka	
Když mluvíte s lékařem nebo sestrou, jste si jistí, že vám vysvětlili vše, čemu nerozumíte?	často	někdy	zřídka	
Rád zjišťujete spoustu různých informací o svém zdraví?	často	někdy	zřídka	
Jak často se důkladně zamýšlíte, zda informacemi o zdraví se týkají vaší konkrétní situace?	často	někdy	zřídka	
Jak často se snažíte zjistit, zda se dá věřit informacím o vašem zdraví?	často	někdy	zřídka	
Jste typ člověka, který by zpochybnil radu svého lékaře nebo sestry na základě svého vlastního výzkumu?	Ano, určitě	Možná/někdy	Určitě ne	
Myslíte si, že existují způsoby, jak ovlivnit to, jak se vláda stará o zdraví?	Ano, určitě	Možná/někdy	Určitě ne	

Podnikl jste během posledních 12 měsíců něco pro to, abyste pomohl vyřešit zdravotní problém rodiny nebo komunity?	Ano	Ne
Co myslíte, že je nejdůležitější pro zdraví každého z nás?	Informace a motivace vést zdravý životní styl	Dobré bydlení, vzdělání, slušná práce a dobré místní možnosti

Zdroj: <https://healthliteracy.bu.edu/aahls>

eHEALS

Řekněte, zda souhlasíte nebo ne s těmito tvrzeními.

1. Zním nějaké internetové stránky zabývající se zdravím.
2. Vím, kde najít užitečné internetové stránky zabývající se zdravím.
3. Vím, jak najít užitečné internetové stránky zabývající se zdravím.
4. Vím, jak používat internet k zodpovězení mých otázek ohledně zdraví.
5. Vím, jak používat informace o zdraví, které najdu na internetu tak, aby mi pomohli.
6. Dovedu vám vyjmenovat kvalitní a nekvalitní internetové stránky o zdraví.
7. Věřím, že využívání zdravotních informací mi pomáhá v rozhodování o mém zdraví.

Zdroj: <https://healthliteracy.bu.edu/eheals-2>