

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Marie Kadubcová

Zdravotní gramotnost sociálně znevýhodněných osob

Bakalářská práce

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

Olomouc 2022

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

Olomouc 2.května 2022

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Mgr. Zdeňce Mikšové, Ph.D. za trpělivost, odborné vedení a cenné připomínky během psaní bakalářské práce.

Anotace

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Zdravotní gramotnost v ošetrovatelství v kontextu kompetencí všeobecné sestry

Název práce: Zdravotní gramotnost sociálně znevýhodněných osob

Název práce v AJ: Health literacy of social disadvantage people

Datum zadání: 2021-11-30

Datum odevzdání: 2022-05-02

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Kadubcová Marie

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

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Zdravotní gramotnost je v posledním desetiletí velmi diskutovaným tématem. Přehledová bakalářská práce se zabývá zdravotní gramotností u sociálně znevýhodněných osob. Předkládá publikované poznatky o úrovni zdravotní gramotnosti sociálně znevýhodněných osob. V druhé kapitole jsou popsány faktory, které zdravotní gramotnost ovlivňují. Jedná se zejména o věk, vzdělání, ekonomické faktory, etnikum, pohlaví, schopnost porozumění informacím a další. Autoři v případě rozvoje zdravotní gramotnosti kladou důraz na správné posouzení úrovně zdravotní gramotnosti a na základě specifických potřeb pacienta volbu intervencí. Všeobecná sestra má kompetenci posouzení a rozvoje zdravotní gramotnosti. Autoři se shodují že role všeobecné sestry v oblasti rozvoje zdravotní gramotnosti je klíčová. Informace byly dohledány s použitím databází, EBSCO a Medvik, Google Scholar.

Abstrakt v AJ:

Health literacy has been a much discussed topic in the last decade. This review bachelor thesis focuses on health literacy of socially disadvantaged people. It presents published findings on the level of health literacy among socially disadvantaged people. The second chapter describes the factors that influence health literacy. These include age, education, economic factors, ethnicity, gender, ability to understand information and other. In the case of health literacy development, the authors emphasize the proper assessment of health literacy levels and the selection of interventions based on the specific needs of the patient. The general nurse has a competency to assess and

develop health literacy. The authors agree that the role of the general nurse in health literacy development is crucial. Information was retrieved using databases, EBSCO and Medvik, Google Scholar.

Rozsah: 37/0

Obsah

Úvod	7
1 Popis rešeršní činnosti	9
2 Zdravotní gramotnost u sociálně znevýhodněných osob.....	11
2.1 Explikace pojmů zdravotní gramotnost a sociální znevýhodnění	11
2.2 Úroveň zdravotní gramotnosti u sociálně znevýhodněných osob	15
2.3 Rozvoj zdravotní gramotnosti u sociálně znevýhodněných kompetencích všeobecné sestry	21
2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků	28
Závěr.....	29
Referenční seznam.....	30
Seznam zkratk.....	37

Úvod

Problematika zdravotní gramotnosti je v dnešní době velmi diskutované téma. Zvláště pak její dopad na zdraví jedinců. Dříve se tento pojem zabýval pouze schopností číst, psát a porozumět textu. Nyní zahrnuje řadu faktorů, které ovlivňují schopnost člověka získat přístup k informacím na podporu zdraví, porozumět jim a využívat je (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 853). Zdravotní gramotnost je faktor, který má velký dopad na zdraví a také na kvalitu života, přesto není zdravotní gramotnost dostupná pro všechny (Vacková et al., 2020, s.244). Problém je stále v aplikaci zásad zdravotní gramotnosti do praxe (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 853). Intervence jsou často zaměřené pouze na jedince, kteří již mají přístup ke zdravotní péči. Avšak efektivita intervencí spočívá v dostupnosti pro lidi, kteří rozvoj zdravotní gramotnosti nejvíce potřebují. Nízká zdravotní gramotnost, která je způsobena nízkým vzděláním nebo nízkým socioekonomickým postavením může být překážkou k přístupu ke zdravotní péči (Berkman et al., 2011, s. 99). Nižší zdravotní gramotnost je spojena s vyšším výskytem depresivních příznaků, fyzických omezení a chronických onemocnění; konkrétně srdečních onemocnění, cukrovky, mrtvice a astmatu. S nízkou zdravotní gramotností pozitivně souvisí kouření, fyzická neaktivita a konzumace alkoholu (Bostock, Steptoe, 2012, s. 1602). Zdravotní gramotnost ovlivňuje mnoho faktorů, jedním z nejvýznamnějších je také sociální znevýhodnění. U sociálně znevýhodněných osob jsou často nalézány nedostatky v oblasti zdravotní gramotnosti a následně také ve zdraví (Williams, Priest, Anderson, 2016, s. 407-411). V souvislosti s těmito informacemi vyvstává otázka “Jaké existují poznatky o zdravotní gramotnosti u sociálně znevýhodněných osob v kontextu práce všeobecné sestry?”

Cílem bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o zdravotní gramotnosti u sociálně znevýhodněných osob v kontextu pracovních činností sestry?

Dílčími cíli jsou:

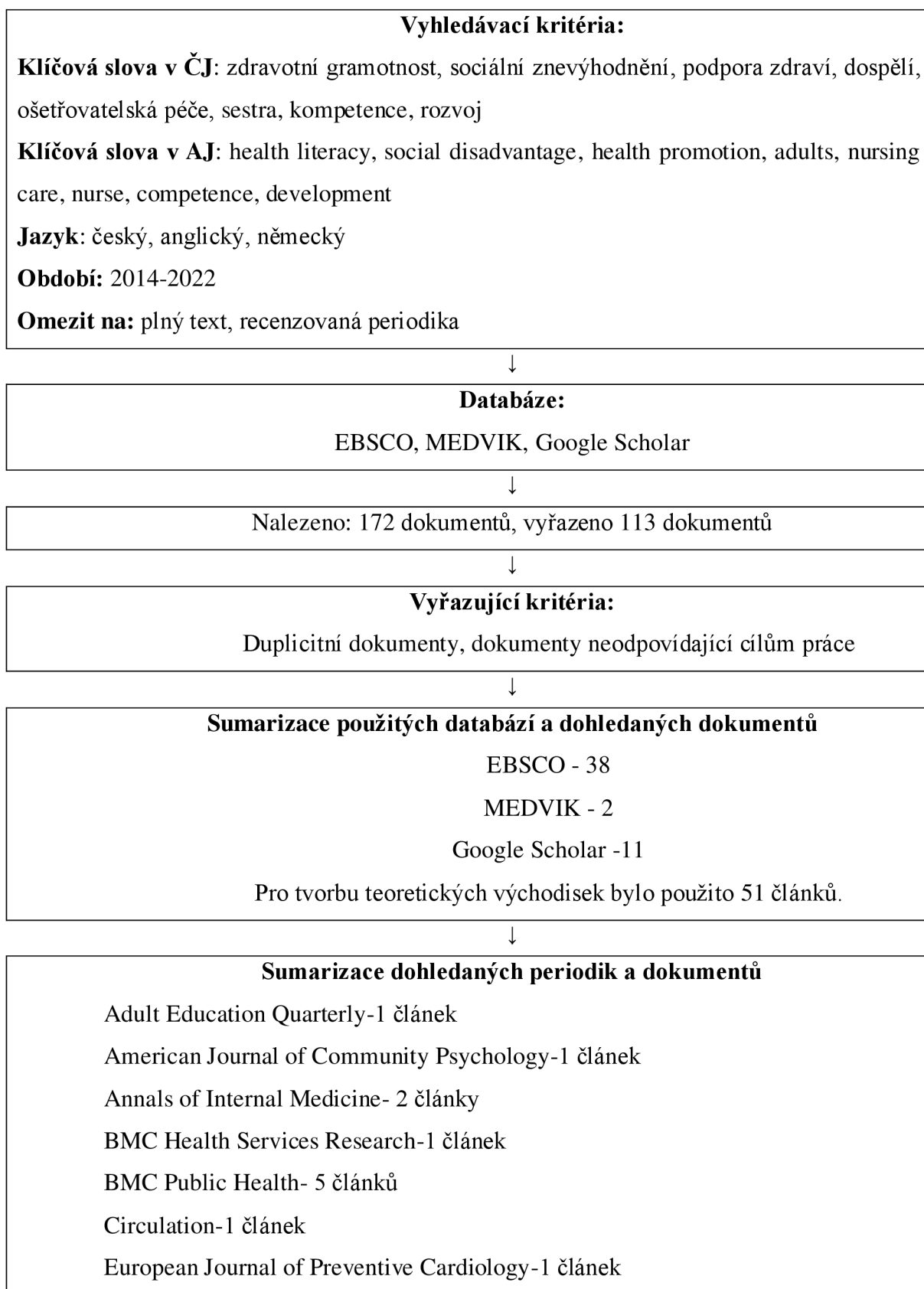
1. Explikace termínů vztahujících se ke zdravotní gramotnosti a specifikace sociálně znevýhodněných osob.
2. Sumarizace dohledaných aktuálních publikovaných poznatků o úrovni zdravotní gramotnosti sociálně znevýhodněných osob.
3. Sumarizace dohledaných aktuálních publikovaných poznatků o rozvoji zdravotní gramotnosti v kontextu kompetencí všeobecné sestry.

Vstupní literatura

1. HAMPLOVÁ, Lidmila. Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing, 2019. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-271-0568-7.
2. HOLČÍK, J. 2010. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví. Brno: *Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD*, 2010. ISBN 978-80-210- 5239-0.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva. Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje. Praha: *Grada*, 2018. ISBN 978-80-271-2201-1.
4. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020 [cit. 2022-05-01]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
5. NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE. A Framework for Educating Health Professionals to Address the Social Determinants of Health. Washington, DC: *The National Academies Press*, 2016, 176 s. ISBN 978-0-309-39265-5. Dostupné z: doi:10.17226/21923

1 Popis rešeršní činnosti

Pro rešeršní činnost byl použit standardní postup vyhledávání s použitím klíčových slov a booleovských operátorů, který je sumarizován v následujícím popisu rešeršní činnosti.



General Practitioner-1 článek
Health & Social Care in the Community-1 článek
Health Education Journal- 2 články
Health Literacy Research and Practice-2 články
Health Promotion International-1 článek
Health Psychology-1 článek
International Journal of Nursing Practice-1 článek
International Journal of Public Health-1 článek
Journal of Epidemiology-1 článek
Journal of General Internal Medicine- 2 články
Journal of Health Communication- 2 články
Journal of Health-1 článek
Journal of Interprofessional Care-1 článek
Journal of Medical Internet-1 článek
Journal of Racial-1 článek
Journal of the American Heart Association-1 článek
Kontakt- 4 články
Nurse Leader -1 článek
Nursing Clinics of North America-1 článek
Nursing Education Perspectives-1 článek
Nursing Forum-1 článek
PLoS ONE- 2 články
Pravention und Gesundheitsforderung-1 článek
Public Health-1 článek
Stroke-1 článek
Studies in health technology and informatics-1 článek
The American Journal of Emergency Medicine-1 článek
The European Journal of Public Health-1 článek
The Lancet-1 článek
Tobacco Use Insights-1 článek

2 Zdravotní gramotnost u sociálně znevýhodněných osob

Zdravotní gramotnost je v běžné populaci důležitým prediktorem zdravotního stavu a chování (Sentell et al., 2011, s. 279). Je nezbytná pro rozvoj a udržení zdraví, protože ovlivňuje využívání služeb, dodržování prevence, dodržování lékařské péče, spokojenost se zdravotním stavem a zapojení do rozhodování o zdraví (Fleary, Ettienne, 2019, s.47). V posledním desetiletí se stalo téma zdravotní gramotnosti velmi populárním. V průběhu let přibýlo mnoho výzkumných prací na toto téma a mnoho zemí přijalo národní strategie na zlepšení zdraví. Je třeba také brát v úvahu socioekonomický kontext, jinak se může stát, že akademický zájem a atraktivní rétorika budou předcházet objektivní důkazy o účinnosti zdravotní gramotnosti (Nutbeam et al., 2019, s. 708). Zdravotní rozdíly a nízká zdravotní gramotnost zůstávají významnými problémy veřejného zdraví. Demografické charakteristiky osob ohrožených zdravotními rozdíly a nízkou zdravotní gramotností se významně překrývají (Fleary, Ettienne, 2019, s.47).

2.1 Explikace pojmů zdravotní gramotnost a sociální znevýhodnění

Koncept **zdravotní gramotnosti** pochází z USA a navazuje na tamní diskusi o gramotnosti. Pojem zdravotní gramotnost byl poprvé zmíněn v roce 1974. O 16 let později definovalo Ministerstvo školství ve Spojených státech zdravotní gramotnost jako využití písemných informací pro fungování jedince ve společnosti, realizaci vlastních cílů, užití vědomostí v oblasti podpory zdraví. Tato diskuse byla zahájena na summitu o vzdělávání v Charlottesville v roce 1989, kde byly představeny základní cíle a pokyny pro zlepšení vzdělávání obyvatel USA. Pojem zdravotní gramotnosti je zaveden v anglicky mluvících zemích již mnoho desetiletí a stále více pozornosti se mu dostává i v Německu (Vogt et al., 2016, s.46-47). Zdravotní gramotnost se nedá zjednodušit na schopnost člověka číst a psát nebo úroveň dosaženého vzdělání (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 853). Koncept zdravotní gramotnosti je založen na souboru pozorovatelných dovedností, které mohou lidé rozvíjet za využití efektivní komunikace a edukace (Sørensen et al, 2015, s. 1055). Zdravotní gramotností se popisuje získávání, vyhodnocování a aplikování řádných informací v souvislosti se zdravím. Poskytuje lidem možnost posuzování a rozhodování v oblasti zdravotní péče, prevence nemoci a také podpory zdraví za cílem uchování a zlepšení kvality života (Belešová, Filausová, Trešlová, 2019, s. 175). Institute of Medicine definuje nízkou zdravotní gramotnost, jako omezenou schopnost získávat, zpracovávat a chápat základní informace týkající se zdraví a využívat služby, které jsou potřebné k vědomému rozhodování o zdravotním stavu (Schillinger, 2020, s. 24). Zdravotní gramotnost se týká schopnosti lidí v moderní společnosti plnit

komplexní úkony na ochranu zdraví. Navzdory rostoucí pozornosti, kterou tomuto pojmu věnují evropští tvůrci zdravotní politiky, výzkumní pracovníci a odborníci z praxe, je informací o stavu zdravotní gramotnosti v Evropě stále málo (Sørensen et al., 2015, s. 1053). V medicínsko-klinickém pohledu je zdravotní gramotnost vnímána jako funkční koncept, jehož cílem je zlepšit compliance pacienta (Vogt et al., 2016, s.47).

Individuální zdravotní gramotnost se vyznačuje tím, jak pacienti přistupují k informacím o zdraví, jestli jim rozumí a aplikují je do svého života. Zdravotní gramotnost je komplexní a mnohostranná. Individuální faktory a sociální kontext předurčují úroveň zdravotní gramotnosti jednotlivců; proto je třeba brát v úvahu celý rámec sociálně ekologického modelu (SEM), v němž lidé žijí a v němž se zdravotní gramotnost vyskytuje (Feinberg et al., 2018, s.297-299). Princip sociálně-ekologického modelu je v souladu se sociálně kognitivní teorií, která naznačuje, že vytvoření prostředí, které je nakloněno ke změně je důležité pro snadnější přijetí nových opatření k podpoře zdraví (Schillinger, 2020, s. 23). Zdravotní gramotnost působí také jako prostředník mezi socioekonomickým statutem, zdravotním stavem, kvalitou života, využíváním zdravotnických služeb a zdraví protektivním chováním (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 853). Zdravotní gramotnost je považována jako sociální determinanta zdraví (Sentel, 2011, s.279) a také jako nástroj, který lidem umožňuje vykonávat kontrolu nad modifikovatelnými sociálními determinanty zdraví (Social determinant of health-SDOH) (Rowlands et al., 2017, s. 130).

Rizika znevýhodnění mohou být ekonomická, politická, strukturální, geografická nebo historická. Nerovnosti v podmínkách každodenního života a nespravedlivé rozdělení moci, peněz a zdrojů vytvářejí **sociální znevýhodnění**, které májí velký vliv na zdravotní stav. (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 842). Tuto informaci potvrzuje také Schillinger (2020, s. 23), který uvádí, že u skupin lidí, které jsou negativně ovlivněny sociálním nebo ekonomickým znevýhodněním se vyskytují rozdíly ve zdraví. Toto tvrzení vysvětlují také autoři Daniel, Bornstein a Kane (2020, s.557) tím, že determinanty zdraví jsou ovlivňovány sociálními, biologickými a behaviorálními faktory. Vyskytují se skupiny obyvatel, které jsou vystaveny většímu riziku sociálního znevýhodnění vzhledem k jejich zdraví a zdravotní péči. Zranitelné skupiny obyvatelstva jsou vystaveny kontextuálním podmínkám, které je odlišují od zbytku populace. (Schillinger, 2020, s. 23). S tímto tvrzením souhlasí také autoři White-Williams, Rossi, Bittner (2020, s. 842), kteří uvádí, že zdraví a nemoci jsou často důsledkem sociálních, ekonomických, environmentálních a mezilidských faktorů. Nedostatek zdrojů, jako je bezpečné a cenově dostupné bydlení a veřejná a environmentální bezpečnost, můžou mít dopad na zdraví lidí. Sociálně-ekologický model zdraví rozlišuje faktory individuální,

mezilidské, organizační, komunitní a také uvádí veřejnou politiku, která má vliv na zdraví jedince. (Schillinger, 2020, s. 23). Individuální faktory ovlivňují způsob, jakým lidé získávají a aplikují informace v průběhu svého života. Faktory mohou být nemodifikovatelné kterým může být například genetika nebo modifikovatelné. Předpokládá se, že přesvědčení člověka, jeho hodnoty, postoje a zkušenosti vyplývají z dosaženého vzdělání, gramotnosti a socioekonomického statusu. Mezilidské faktory se zaměřují na vztahy s blízkými osobami, které mají přímý i nepřímý vliv na vnímání informací a to, jak je lidé aplikují ve prospěch svého zdraví. Tyto vztahy zahrnují rodinu, partnery, blízké přátele a kulturu. Faktory komunitní zahrnují zaměstnání, vzdělávání a dostupnost zdravotní služby (Feinberg et al., 2018, s.297-299).

Na nerovnosti v oblasti zdraví mají také vliv sociálními determinanty zdraví (SDOH - Social Determinants of Health), které jsou komplexní a vzájemně provázané se sociálními faktory a ekonomickými faktory (Schillinger, 2020, s. 23). Sociální determinanty zdraví nejsou medicínské faktory, ale mají vliv na celkové zdraví člověka. Předčasné úmrtí nebo délku života mohou být ovlivněny místem, kde se člověk narodí a také sociálními podmínkami. Americká lékařská komora uznává vliv SDOH na zdraví a klade důraz na řešení negativních dopadů, které mohou bránit rovnosti ve zdraví (Daniel, Bornstein, Kane, 2018, s. 577). Rovnost v oblasti zdraví je souborem podmínek, v kterém mají všichni lidé možnost dosáhnout zdraví a nikdo není znevýhodněn sociálním postavením nebo jinými sociálními podmínkami (Schillinger, 2020, s. 23). SDOH souvisejí s většinou nerovností v oblasti zdraví. Sociální znevýhodnění pocházejí především z rozdělení zdrojů a ovlivňují faktory na místní, národní ale i globální úrovni (Daniel, Bornstein, Kane, 2018, s. 577).

Sociální determinanty lze rozdělit na předcházející a následné. Předcházející SDOH jsou vlastnosti sociálního prostředí, které má jedinec jen málo pod kontrolou, ale mohou mít vliv na chování, onemocnění a zdravotní stav (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 842). Společnost všeobecného interního lékařství (SGIM-Society of General Internal Medicine) uznává celé spektrum SDOH, včetně politiky, environmentálních, behaviorálních, individuálních faktorů a klinických problémů. Zdůrazňuje důležité rozlišení mezi komunitními sociálními determinanty zdraví, které vyžadují změnu na úrovni politiky a systémů, a individuálními sociálními faktory, jako je bezdomovectví nebo nedostatek potravin (Byhoff et al., 2020, s. 2721). SDOH lze také rozřadit dle Kaiser Family Foundation (KFF) do šesti domén, kterými jsou ekonomická stabilita, prostředí, ve kterém jedinec žije, vzdělání, dostatek potravin, komunita a sociální zázemí a dostupnost zdravotní péče. Při posouzení SDOH je nutné se zaměřit nejen na obecné SDOH jako je věk, etnický původ nebo zdravotní pojištění. Často

je opomíjeno hodnocení individuálních SDOH jako je nedostatek potravin, sociální izolace, vzdělání nebo finanční zabezpečení. Zhodnocení obecných a individuálních SDOH může poskytnout lepší pochopení rizik které mohou přispět k sociálnímu znevýhodnění jednotlivce (Wray et al., 2021, s. 2-3). Socioekonomické faktory zahrnují sociální prostředí, fyzickou i psychickou rovnováhu prostředí, zdravotnické služby a také strukturální a komunitní faktory. Sociální determinanty zdraví jsou utvářeny současným a historickým rozdělením peněz, moci a zdrojů v rámci místních komunit, národů a celého světa. (Schillinger, 2020, s. 23). SDOH ovlivňují fyzickou a duševní pohodu jedince. Ovlivněno je vnímání péče ve zdravotnickém systému, komunitě a také doma (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s.842). Sociální nebo ekonomické překážky jsou historicky spojené s diskriminací nebo vyloučením, na základě rasy, etnického původu, náboženství, socioekonomického statusu, pohlaví, duševního zdraví, sexuální orientace, komunitě původních obyvatel nebo zeměpisné polohy. Mezi další faktory patří, kognitivní, smyslové nebo fyzické postižení (Schillinger, 2020, s. 23). Diskriminaci na základě sociálního znevýhodnění popisuje i autor Ghasemi (2021, s.1) a doporučuje zjistit příčiny nerovností, aby k diskriminaci nedocházelo ani v oblasti zdraví. Socioekonomické znevýhodnění, diskriminace nebo stigmatizace mohou vést k rozdílnému přístupu k péči (Scott et al., 2017, s.1) to potvrzují také autoři White-Williams, Rossi a Bittner (2020, s.841) kteří uvádějí že je mnoho pacientů u kterých se projevuje nepříznivý dopad SDOH a mají horší přístup ke zdravotní péči.

Dopady sociálního znevýhodnění jsou zjevné, mohou přispět k řadě onemocnění (Sterling et al., 2020, s. 1). Mnoho pacientů čelí výzvám, které jsou spojeny s náklady na péči v případě chronických onemocnění dále musí činit obtížná rozhodnutí o svém zdraví, zejména pokud jsou náklady na léky a návštěvy zdravotní péče v rozporu se základními potřebami v oblasti stravování a bydlení (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s.841). Jedinci s větším počtem SDOH mají větší riziko výskytu diabetu mellitu, kouření nebo také ischemické choroby srdeční, než jedinci s menším počtem SDOH (Sterling et al., 2020, s. 1). Například riziko vzniku diabetu mellitu se zvyšuje s výskytem nepříznivých sociálních faktorů. Sociální rizikové faktory, jako je nízký finanční příjem, nízká úroveň vzdělání, příslušnost menšinové rasové nebo etnické skupiny přispívaly ke vzniku diabetu mellitu (Echouffo-Tcheugui, 2016, s. 1282). Sociálně znevýhodnění jedinci s nižším příjmem anebo vzděláním mají také vyšší výskyt rakoviny plic (Sayani et al., 2021, s. 1-2). Vyšší výskyt cévní mozkové příhody byl spojen s těmito SDOH: nízké vzdělání, nízký příjem, bydlení v chudších čtvrtích, bydlení v oblasti s nízkým počtem zdravotních služeb nebo oblastech venkova a také sociální izolace (Reshetnyak et al., 2020, s.2445). Na riziko hospitalizace má vliv spousta klinických a

epidemiologických faktorů, ale také nelze opomenout SDOH. Riziko hospitalizace je vyšší s vyšší zátěží SDOH. Studie zkoumala vliv jednotlivých SDOH a také kumulativní vliv SDOH na hospitalizaci lidí. Respondenti Národního průzkumu byli dospělí starší 18 let, žijící v komunitách v USA. Bylo zjištěno, že riziko hospitalizace zvyšují tyto SDOH: nouze o potraviny, sociální izolace a také nižší vzdělání. V celkovém vzorku uvedlo ekonomickou nestabilitu 27 % respondentů, sociální izolaci 24 %, nedostatečné vzdělání uvedlo 61 % a 10 % uvedlo nedostatek sociálního kontaktu, nedostatkem potravin trpělo 9 % respondentů. Užívání návykových látek se prokázalo v případě 16 % respondentů a nedostatek zdravotní péče u 13 % respondentů. Téměř polovina respondentů, která se potýká s finančními obtížemi uvedla obavu o zachování současné životní úrovně nebo nedostatek financí na důchod. Obavu z nedostatku financí na zaplacení měsíčních výdajů uvedla jedna třetina respondentů. Na výdaje spojené s bydlením měla nedostatek financí jedna čtvrtina respondentů. Z respondentů, kteří uvedli nedostatek jídla jedna pětina dostávala v uplynulém roce potravinovou podporu a dlouhodobě žije v obavě z budoucího nedostatku potravin. Na hospitalizaci měli největší vliv tyto SDOH: sociální izolace, nedostatek potravin a nižší vzdělání. Z celkového vzorku respondentů uvedlo jednu až dvě SDOH 50,2 % respondentů tři až čtyři SDOH 34,4 % a více než 5 SDOH 5,6 % (Wray, 2021, s. 1-6).

2.2 Úroveň zdravotní gramotnosti u sociálně znevýhodněných osob

Úroveň zdravotní gramotnosti je ovlivněna mnoha faktory např. věkem, pohlavím, vzděláním, místem bydliště a také kulturními a ekonomickými podmínkami (Belešová, Filausová, Trešlová, 2019, s. 175). Ve srovnávací studii, která byla provedena v jednotlivých evropských zemích se úroveň zdravotní gramotnosti výrazně lišila, přičemž nejvyšší skóre prokázalo Nizozemsko a nejnižší Bulharsko. V porovnání s celkovým vzorkem byly vyšší průměrné hodnoty zaznamenány v Irsku, Německu a Polsku, ale průměrná hodnota v Nizozemsku byla významně vyšší než v kterékoli z ostatních sledovaných zemí. Výsledky ukazují, že některé země mají nejen nižší průměrnou zdravotní gramotnost, ale také větší nerovnosti ve zdravotní gramotnosti v jejich populaci. Nedostatečnou nebo problematickou zdravotní gramotnost měl dle studie téměř každý druhý respondent (47,6 %) z celkového vzorku (Sørensen et al, 2015, s. 1055). V neposlední řadě ekonomické zdroje, stres a zdravotní chování částečně vysvětlují, jak vzdělání ovlivňuje zdraví. (Yamashita, Kunkel, 2015, s 407). Podskupiny v populaci znevýhodněné finanční deprivací, nízkým sociálním postavením, nízkým vzděláním nebo vysokým věkem, měly vyšší podíl osob s omezenou zdravotní gramotností, což naznačuje přítomnost sociálního gradientu. Nejsilnějším ukazatelem nízké

zdravotní gramotnosti je finanční deprivace, sociální postavení, vzdělání, věk a pohlaví. Průřezová studie zaměřená na zdravotní gramotnost v Evropě byla provedena v osmi zemích: Rakousku, Bulharsku, Německu, Řecku, Irsku, Nizozemsku, Polsku a Španělsku. V každé zemi se studie zúčastnilo 1000 respondentů. Sběr dat byl založen na standardech Eurobarometru a provádění dotazníku HLS-EU-Q při osobních rozhovorech s počítačovou nebo papírovou podporou. Nižší zdravotní gramotnost se dle studie objevila u respondentů s „nízkým“ (60 %) nebo „velmi nízkým“ (73,9 %) sociálním statutem, s nejnižším nebo nízkým vzděláním (68 a 57,2 %), u osob, které mají dlouhodobé problémy s placením účtů (63,4 %) a lidmi ve věku 66-75 let (58,2 %) 76 let nebo starší (60,8 %). Velké rozdíly se vyskytují mezi jednotlivými zeměmi. Omezená zdravotní gramotnost často přesahovala 75 % u sociálně znevýhodněných skupin, v Nizozemsku se podíl pohyboval pod 50 % (Sørensen et al, 2015, s. 1056). Kvalita podávání zdravotnických informací a kvalita zdravotní péče závisí na úrovni zdravotní gramotnosti (Nutbeam et al., 2019, s. 705). Autoři srovnávací studie vytvořili čtyři úrovně zdravotní gramotnosti: nedostatečnou, problematickou, dostatečnou a vynikající. Nejméně 1 z 10 (12 %) respondentů vykazoval nedostatečnou zdravotní gramotnost a téměř 1 ze 2 (47 %) měl nedostatečnou nebo problematickou zdravotní gramotnost. Rozložení jednotlivých úrovní se však v jednotlivých zemích výrazně lišilo (29-62 %) (Sørensen et al, 2015, s. 1056).

Zdravotní gramotnost zprostředkovává vztah mezi **vzděláním** a zdravím. Je však málo známo, zda jsou tyto souvislosti stejné v různých společnostech (Yamashita, Kunkel, 2015, s. 407). U respondentů bez vzdělání byla čtyřikrát vyšší pravděpodobnost nízké zdravotní gramotnosti, než u účastníků s vysokoškolským vzděláním (Bostock, Steptoe, 2012, s. 1602). Lidé s nižšími příjmy nebo vzděláním mají častěji horší přístup ke zdravotní péči. Jsou také ovlivněni více stresory, které neusnadňují používání zdravotní gramotnosti. Intervenční strategie pro tuto skupinu by měly brát při poskytování zdravotních informací tyto překážky v úvahu (Fleary, Ettienne, 2019, s.49). Dospělí s nízkým dosaženým vzděláním mají zpravidla nízkou zdravotní gramotnost a je méně pravděpodobné, že budou mít znalosti o preventivních zdravotních opatřeních, že budou zvládat projevy onemocnění a vyhledávat informace o zdraví. Projevuje se u nich také větší pravděpodobnost, že budou obtížně komunikovat se zdravotníky (Feinberg et al., 2018, s.298). Kvantitativní studie rozšířila výzkum zdravotní gramotnosti a znevýhodnění o kvantifikaci sociálních nerovností v rámci zdravotní gramotnosti. Analyzovali údaje z Health Information National Trends Survey z roku 2013. Studie se zúčastnilo 1675 respondentů. K určení rozdílů ve zdravotní gramotnosti byl použit rozšířený Gastwirthův index. Gastwirthův index je nekorelační metoda, která využívá k výpočtu poměr rozdílů, srovnání mezi skupinami. Poměry vypočítává zvlášť pro každou demografickou charakteristiku a poté

celkový poměr rozdílů. Při kvantifikaci osobního a kolektivního podílu sociodemografických charakteristik a rozdílů v oblasti zdraví poskytuje tato metodika procenta, pro informování o cílených intervencích a porovnávání změn nerovností v čase. Nejvyšší zdravotní gramotnost prokázali účastníci, ženského pohlaví, ve věku 18-34 let, bílé pleti, s vysokoškolským vzděláním a s příjmy $\geq 200\,000$ USD, ti sloužili jako referenční skupina. Nejvyšší rozdíly ve zdravotní gramotnosti měli muži, ve věku 35 až 49 let, kteří vystudovali střední školu s maturitou a osoby hispánského původu s příjmy 50 000-74 999 USD. Na celkových rozdílech ve zdravotní gramotnosti se nejvíce podílel příjem (~30 %) a vzdělání (~37 %), nejméně se podílelo pohlaví (~3 %). Převažující podíl příjmu a vzdělání na rozdílech ve zdravotní gramotnosti a rozsah rozdílů v rámci těchto demografických charakteristik upozorňují na skupiny obyvatel, kterým by mohly prospět intervence šité na míru s cílem zlepšit jejich zdravotní gramotnost. (Fleary, Ettienne, 2019, s.47).

Jedním z rizik nízké zdravotní gramotnosti je také **věk** (Sørensen et al, 2015, s. 1056). Prevalence nízké zdravotní gramotnosti je výrazně vyšší u starších dospělých (Smith, 2015, s. 474). Nízká zdravotní gramotnost v kombinaci s fyziologickými změnami stárnutí staví starší osoby do zranitelné pozice. Může negativně ovlivnit zdravotní chování a zdravotní stav také může vést k ekonomické zátěži nejen pro jednotlivce, ale i pro celou společnost (Mullen, 2013, s.248). Nižší zdravotní gramotnost zvyšuje u starších dospělých riziko rychlejšího zhoršování fyzické kondice v průběhu času. Zdravotní gramotnost je potenciálním rizikovým faktorem pro špatné fyzické funkce (Smith, 2015, s. 474). Omezená gramotnost představuje zdravotní riziko a je spojena s horším sebehodnocením zdravotního stavu. (Vogt et al., 2016, s.46). Průřezová studie porovnávala věkové kohorty a měřila nejen dopad stárnutí, ale také rozdíly mezi generacemi. Byla provedena vícerozměrná lineární regrese a kontrola různých kombinací sociálních determinant, díky kterým je možno lépe posoudit přímý účinek sociálních faktorů na zdravotní gramotnost. V určitých podskupinách populace se vyskytuje nižší zdravotní gramotnost. Jedná se zejména o osoby se špatným zdravotním stavem, vysokou mírou využívání zdravotnických služeb, nízkým socioekonomickým statusem, nižším vzděláním a vyšším věkem. Respondenti, kteří hodnotili svůj zdravotní stav jako „velmi špatný“ nebo „špatný“ nebo měli více než jeden dlouhodobý zdravotní problém, a u osob které uvedly, že navštívily lékaře v průběhu jednoho roku více než šestkrát. Horší zdravotní stav a také častější využívání zdravotních služeb, je doprovázen nižší úrovní zdravotní gramotnosti (Sørensen et al, 2015, s. 1056). Nízká zdravotní gramotnost může vést ke zvláště škodlivým důsledkům ve vyšším věku vzhledem ke složitosti zvládnutí chronických onemocnění a úbytku kognitivních funkcí souvisejících s věkem. Mohou nastat větší potíže s užíváním léků a u starších lidí i

dřívější úmrtnost. Populační longitudinální kohortová studie, která byla uskutečněna ve Velké Británii měla za cíl zjistit souvislost mezi nízkou funkční zdravotní gramotností a úmrtností starších dospělých. Do studie bylo vzato 7857 respondentů ve věku 52 let a více, kteří se zúčastnili druhé vlny anglické longitudinální studie stárnutí a přežili více než 12 měsíců po rozhovoru. Zdravotní gramotnost byla klasifikována jako vysoká, střední nebo nízká dle dosažených bodů. Účastníci vyplnili krátký čtyř položkový test funkční zdravotní gramotnosti, který hodnotil porozumění písemným pokynům k užívání tablet aspirinu. Během sledování, které trvalo průměrně 5,3 roku došlo k 621 úmrtím: (6,1 %) v kategorii vysoké zdravotní gramotnosti, 143 (9,0 %) v kategorii střední a 157 (16,0 %) v kategorii nízké. Nižší skóre souviselo s rostoucím věkem a ukazateli nízkého socioekonomického postavení, ale nikoli s etnickou příslušností. Třetina starších dospělých ve Velké Británii má problémy se čtením a porozuměním základním písemným informacím týkajícími se zdraví. Horší porozumění je spojeno s vyšší úmrtností. Omezené schopnosti této populace v oblasti zdravotní gramotnosti mají důsledky pro navrhování intervencí a poskytování zdravotní péče (Bostock, Steptoe, 2012, s. 1602). Nízká zdravotní gramotnost může být překážkou sebezpečí, která vyžaduje určitou úroveň znalostí a porozumění vlastním nemocem a dovednost rozpoznat včasné varovné příznaky vedoucí ke zhoršení stavu. Dvě třetiny Američanů, kteří mají více než 65 let mají nízkou nebo základní zdravotní gramotnost. Nízká zdravotní gramotnost je spojena se zvýšenou úmrtností, zvýšenou hospitalizací, špatnou adherencí k medikaci, nedostatečnými dovednostmi v oblasti sebezpečí a špatným porozuměním (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 853). Na základě nízké funkční zdravotní gramotnosti mají pacienti horší znalosti o onemocnění, kterým trpí, neužívají předepsané léky, mají horší výsledky v případě chronických onemocnění a častěji využívají nemocniční péči. Což se odráží ve zvýšené úmrtnosti. Je však málo informací, jak zdravotní gramotnost ovlivňují individuální, sociální a kulturní faktory (Jessup et al., 2018, s.5).

Odlišné **kultury** mohou nakládat se zdravotními informacemi, zdravotními problémy a přístupem ke zdraví různými způsoby, což by mohlo vést k rozdílům ve vztahu zdravotní gramotnosti ke zdraví u různých rasových nebo etnických podskupin (Sentell et al., 2011, s. 281). Studie na Havajských ostrovech měla za cíl zjistit, zda mají souvislost špatné zdravotní výsledky a nízká zdravotní gramotnost u Havajců, Filipínců a ostatních Američanů asijského nebo pacifického původu ve srovnání s bělochy. Nízká zdravotní gramotnost se významně lišila podle skupin: 23,9 % u Filipínců, 20,6 % u ostatních Američanů asijského nebo pacifického původu, 16,0 % u Japonců, 15,9 % u původních Havajců a 13,2 % u bělochů. Všechny zdravotní výsledky kromě nadváhy se v jednotlivých rasových a etnických skupinách lišily. Nejhuře

hodnotili svůj zdravotní stav původní obyvatelé Havaje, následovní Filipínci a ostatními Američany asijského nebo pacifického původu. Běloši měli nejnižší procento diabetu (5,4 %), ale nejvyšší procento depresí, které sami uváděli (4,6 %). Původní obyvatelé Havaje měli ve srovnání s ostatními rasovými a etnickými skupinami nejvyšší procento obezity (43,3 %). Ve vícerozměrných modelech byla nízká zdravotní gramotnost významně spojena se špatným sebehodnocením zdravotního stavu u Japonců, Filipínců, ostatních Američanů asijského nebo pacifického původu a bělochů; s diabetem mellitem u Havajců a Japonců a s depresí u Havajců. Nízká zdravotní gramotnost významně nepredikovala nadváhu nebo obezitu v žádné etnické skupině (Sentell et al., 2011, s. 279-294). Nižší zdravotní gramotnost u menšin s nižším socioekonomickým statusem byly zjištěny i celostátní studii ve Velké Británii (Smith, 2015, s. 474). Rozdíly podle kulturní historie a etnické identity mohou poskytnout vhled do fungování mechanismů, které by mohly vést k horšímu zdravotnímu stavu v důsledku nižší zdravotní gramotnosti. Při zvážení faktorů může být navržena adekvátní intervence. (Sentell, 2011, s. 281). Multikulturní srovnávací studie analyzovala údaje z Mezinárodního průzkumu gramotnosti, který byl proveden v Kanadě, Spojených státech, Itálii, Norsku, Švýcarsku a na Bermudách s cílem zjistit souvislosti mezi zdravotní gramotností, vzděláním a zdravím v různých kulturních kontextech. Výsledky ukázaly, že gramotnost má vliv na vzdělání a na zdraví ve všech sledovaných lokalitách (Yamashita, Kunkel, 2015, s 407).

Zdravotní gramotnost ovlivňuje zdraví prostřednictvím řady faktorů jako je např. **schopnost porozumět informacím**, přístup ke zdravotní péči, díky čtenářským dovednostem, soběstačnosti nebo důvěry v poskytovatele (Sentell, 2011, s. 281). Vyšší skóre zdravotní gramotnosti bylo spojeno s lepšími kognitivními schopnostmi, včetně orientace, plynulosti slovní komunikace a paměti (Bostock, Steptoe, 2012, s. 1602). Lidé mají schopnosti a dovednosti, které lze dle kontextu aplikovat v oblasti zdravotní gramotnosti v podobě pozitivních rozhodnutí a činů. Může dojít k neadekvátnímu uplatnění dovedností i v případě člověka s vysokou úrovní zdravotní gramotností v nekomfortním prostředí nebo při interakci s neznámou či zstrašující osobou. Je třeba stále hodnotit sociální, ekonomické a enviromentální faktory, které mají vliv na zdravotní gramotnost a komunikaci (Nutbeam et al., 2019, s. 708). Zdravotní gramotnost není založena pouze na úrovni dovedností nebo gramotnosti jednotlivce, ale je širší a zahrnuje interakce mezi jednotlivcem a požadavky jeho prostředí. Část tohoto prostředí vytvářejí také ti, kteří poskytují zdravotní informace, tzn. zdravotničtí pracovníci a zdravotnické systémy (Feinberg et al., 2018, s.297-299). Lze snížit situační nároky ve kterých může jedinec činit rozhodnutí nebo získávat informace týkající se zdraví. Je neméně důležité, dívat se na zdravotní gramotnost v širším kontextu podpory zdraví,

protože je jedním z přístupů, jak zlepšit zdraví v populaci. Je nutno brát v úvahu také sociální mobilizaci a politickou podporu, které mohou mít dopad na sociální a ekonomické determinanty zdraví (Nutbeam et al., 2019, s. 708). Dle schopností pacientů v různých zdravotnických kontextech se ukázalo, že mnoho pacientů má potíže s pochopením pokynů k léčbě nebo s rozpoznáním příznaků a symptomů nemoci (Vogt et al., 2016, s.46). Pochopení a zapamatování si biomedicínských, terapeutických, lifestyleových a psychosociálních informací jsou rozhodujícími faktory pro dodržování léčby. Z lékařských informací, které byly poskytnuty ústně si pacient zapamatuje 40-80 %, téměř polovina z toho, co si pacient zapamatuje, je však nesprávná. Dovednosti poskytovatelů při ústním podávání informací velmi ovlivňují, nakolik a čemu pacient rozumí. Tyto dovednosti jsou také rozhodující jak pro výuku dovedností sebepečce, tak pro rozvoj partnerského vztahu s pacientem, což jsou dvě zásadní složky zapojení pacienta. (Feinberg et al., 2018, s.297-299). Zdravotní gramotnost lze také aplikovat na informační materiály tak, aby splnili pacienti očekávání, která jsou na ně kladena (Vogt et al., 2016, s.47).

Komunikace mezi poskytovateli zdravotní péče a osob s nízkou zdravotní gramotností je častým problémem, který může vycházet z předchozí negativní zkušenosti. Znevýhodnění nemusí vědět, jak požádat o vysvětlení nebo ujištění. Jazyk medicíny je náročný a dospělí s nízkou gramotností mohou mít problémy kvůli nedostatečným znalostem zdravotnických termínů, interkulturní komunikaci a jazykovým dovednostem (Feinberg et al., 2018, s.298). Lze rozdělit komunikaci založenou na úkolech, které vedou ke zvládnutí potřebných činností, jako je užívání medikace nebo změna chování. Druhou variantou je komunikace založená na vzdělávacích aktivitách, které vedou k rozvoji samostatných rozhodnutí týkajících se zdraví za různých okolností (Nutbeam et al., 2019, s. 708). Cílem analytické studie bylo identifikovat vzorce ústní komunikace mezi pacienty s různou úrovní individuální zdravotní gramotnosti a jejich poskytovateli zdravotní péče. Byl analyzován soubor sekundárních dat 68 audiozáznamů klinických setkání pacientů a poskytovatelů zdravotní péče s využitím metody REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine), která měřila zdravotní gramotnost. Pacienti byli převážně ženy (66 %) s průměrným věkem 53,1 let. Většina měla středoškolské vzdělání s maturitou nebo vyšší (62 %). Série t-testů neodhalila žádné významné průměrné rozdíly mezi muži a ženami v oblasti zdravotní gramotnosti. Stejně tak nebyly zjištěny žádné významné rozdíly mezi účastníky s nižším než středoškolským vzděláním oproti účastníkům s maturitou nebo vyšším vzděláním v oblasti zdravotní gramotnosti (Feinberg et al., 2018, s.303-306).

Chudoba je také jedním z podstatných faktorů zdravotní gramotnosti a také významným prediktorem předčasného úmrtí. Metanalýza, která zahrnovala 7 zemí a 1,7 milionu osob, zjistila, že dospělí s nízkým socioekonomickým statusem mají téměř 1,5krát vyšší pravděpodobnost úmrtí před dosažením věku 85 let než ti s vyšším socioekonomickým statusem (Stringhini et al., 2017, s.1229-1231). Následující srovnávací studie porovnávala zdravotní gramotnosti dvou vybraných skupin obyvatelstva, přičemž respondenti jedné skupiny museli splňovat kritérium dospělosti a současné ohrožení chudobou, druhá skupiny byla zastoupena dospělými lidmi neohroženými chudobou. K posouzení zdravotní gramotnosti vybrané skupiny byla použita kvantitativní metoda za využití standardizovaného dotazníku one-dimenzional Rasch-scale o 16 položkách. Získané body mohly být v rozmezí 0-16. Na základě této stupnice byly stanoveny tři úrovně zdravotní gramotnosti. První úroveň byla neadekvátní zdravotní gramotnost v rozmezí bodů 0 až 8. Druhá úroveň byla problematická zdravotní gramotnost, v rozmezí bodů 9 až 12 a třetí úroveň byla dostatečná zdravotní gramotnost, s rozmezím bodů 13 až 16 bodů. Data byla zpracována softwarem SASD. Respondentů neohrožených chudobou ve věku 18 až 64 let bylo celkem 303, skupina osob ohrožených chudobou měla celkem 300 respondentů ve věku 18 a více let. Po zpracování dat se prokázala u skupiny respondentů neohrožených chudobou neadekvátní zdravotní gramotnost u 17,5 %, problematická zdravotní gramotnost u 31,5 % respondentů a dostatečná zdravotní gramotnost u 51,0 % respondentů, zatím co u skupiny ohrožených chudobou byla neadekvátní zdravotní gramotnost u 31,3 %, problematická zdravotní gramotnost u 34,3 % a dostatečná u 33,8 % respondentů dané skupiny. Při porovnání výsledku těchto skupin dospělých ohrožených a neohrožených chudobou převažuje nedostatečná zdravotní gramotnost u osob ohrožených chudobou (Belešová, Filausová, Trešlová, 2019, s. 175-176).

2.3 Rozvoj zdravotní gramotnosti u sociálně znevýhodněných osob v kompetencích všeobecné sestry

Jak už bylo v předchozí kapitole popsáno, nedostatečná úroveň zdravotní gramotnosti je rizikem špatného zdravotního stavu a následně vyšších nákladů na zdravotní péči (Janura, 2018, s.446). Nedostatečná zdravotní gramotnost, přispívá také ke zdravotním nerovnostem, avšak zdravotní gramotnost, může být nástrojem pro zmírnění zdravotních nerovností. Kvantitativní studie potvrzuje, že skupiny, které jsou nejvíce ohroženy nerovnostmi v oblasti zdraví, jsou ohroženy zejména nerovnostmi v oblasti zdravotní gramotnosti, která je jedním z mála ovlivnitelných faktorů, kde mohou mít intervence na individuální úrovni velký účinek (Fleary, Ettienne, 2019, s.51). V Německu je rozvoj zdravotní gramotnosti soustředěn na

jedince. Zejména na rozvoj individuálních dovedností a podporu zodpovědnosti za své zdraví. Cíl rozvoje zdravotní gramotnosti je zaměřen na zdravý životní styl a rozvoj uživatelsky srozumitelného zdravotního systému. Příčinné intervence by mohly pomoci dosáhnout zvýšení zdravotní gramotnosti a následně podpory zdraví (Janura, 2018, s.446). Batterham et al. (2014, s.2) taktéž uvádí, že na rozvoj zdravotní gramotnosti nemá vliv pouze jedinec a sociální prostředí ve kterém žije, ale také vláda, zdravotní a komunitní služby. Pokud budou zdravotní zařízení brát ohled na nízkou zdravotní gramotnost pacientů, může dojít k zpřístupnění zdravotní péče a větší rovnosti ve zdraví (Batterham et al., 2016, s.10). Přístupy a nástroje podpory zdraví a zdravotní gramotnosti mohou být užitečné nejen pro občany ale i pro místní a národní vlády (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s.842). Kaas, Stasková, Šulistová (2016, s.249-253) souhlasí, že koncept zdravotní gramotnosti nemá pouze osobní význam pro člověka, ale má také význam ekonomický a je přínosem pro celou společnost.

Hodnocení zdravotní gramotnosti přispívá ke zlepšení klinických služeb, zapojení komunity, plánování intervencí, vzdělání a k rozvoji politiky (Beauchamp et al., 2015, s.2). Hodnocení zdravotní gramotnosti není kompetencí jen zdravotníků v první linii, ale má být prováděno na všech úrovních zdravotnického systému. Zdravotníci, manažeři zdravotnických služeb, politici a akademičtí pracovníci musí rozumět, jak se zdravotní gramotnost může lišit u různých skupin obyvatel, se kterými se setkávají (Batterham et al., 2016, s.10). Ačkoli většinu intervencí na podporu zdraví provádějí všeobecné sestry, všichni zdravotníci musí podávat informace jasně a srozumitelně a adekvátně je přizpůsobit různorodé populaci pacientů, pečovatелů a rodin. Je všeobecně známo, že přiměřená úroveň zdravotní gramotnosti je zásadní pro zajištění sebezpečenosti pacientů (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 853). Úroveň zdravotní gramotnosti nezávisí pouze na pacientovi, ale hrají zde velkou roli schopnosti a dovednosti zdravotníků sdělovat přiměřené informace přijatelnou formou (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016, s.250). Důležitá je flexibilita zdravotníků. Zdravotnický personál musí znát zásady nestigmatizujících komunikačních postupů, rozumět správným postupům rozvoje zdravotní gramotnosti a umět sdělovat informace v různých jazycích. Zdravotníci by měli vnímat rozmanité potřeby jednotlivců a zvolit vhodnou strategii pro rozvoj zdravotní gramotnosti (Batterham et al., 2016, s. 5-7).

Sestry pracující v primární péči mohou navázat důvěrný vztah s pacientem díky kterému můžou snadněji předávat informace, které jsou přesnější a lépe přijatelné (French, 2015, s. 89). Výhodou všeobecných sester oproti lékařům také je, že s pacienty tráví více času. Sestry v primární péči jsou v rozvoji zdravotní gramotnosti nenahraditelné (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016, s.250). Přehledová studie se zaměřila na zmapování problematiky zdravotní

gramotnosti v kontextu ošetrovatelské péče s využitím metody obsahové analýzy. Uvádí klíčovou roli všeobecných sester, které mají mezi zdravotníky početné zastoupení a díky tomu, mohou zvyšovat úroveň zdravotní gramotnosti laické veřejnosti a zároveň zefektivnit systém zdravotní péče (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016, s.249-253). Všeobecné sestry mohou také zmírnit negativní důsledky vyplývající pro pacienty z nedostatečné zdravotní gramotnosti (Mandysová, Matějková, Fusek, 2018, s. 374).

Úroveň zdravotní gramotnosti je třeba posoudit za pomoci validních nástrojů, jako je Universal precautions toolkit, Ophelia (OPTimising Health Literacy and Access), Teach-back training toolkit, Health Literacy Questionnaire (HLQ) a Information and Support for Health Actions Questionnaire (ISHA-Q) (Batterham et al., 2016, s. 5). Posouzení zdravotní gramotnosti je klíčovým úkolem všeobecné sestry. Znalost nástrojů při posouzení zdravotní gramotnosti je pro všeobecnou sestru zásadní (Kennard, 2016, s. 118-119). Všeobecná sestra potřebuje znát úroveň zdravotní gramotnosti pacientů, protože s nimi komunikuje a poskytuje jim informace v rámci ošetrovatelské péče daného onemocnění (Mandysová, Matějková, Fusek, 2018, s. 369).

Dotazník zdravotní gramotnosti HLQ je vícedimenzionální nástroj pro zhodnocení zdravotní gramotnosti, který umožňuje nahlédnout do zdravotní gramotnosti jednotlivce. (Beauchamp et al., 2015, s.2). HLQ poskytuje zdravotníkům možnost lepšího posouzení potřeb pacientů v oblasti zdravotní gramotnosti, včetně sociální podpory, kulturních vlivů, osobní hodnoty a motivace. Při vývoji intervencí pro rozvoj zdravotní gramotnosti je vždy důležité zapojit pacienta i personál k spolupráci na intervencích pro navrhnutí specifického řešení problémů. Tyto intervence vznikají, díky porozumění celému kontextu problému zdravotní gramotnosti. Pokud jsou navržené intervence přijatelné, jak pro poskytovatele, tak i pro pacienta, mohou být i udržitelné (Jessup et al., 2018, s.2). HLQ měří silné stránky a omezení v oblasti zdravotní gramotnosti, které ovlivňují efektivitu nakládání s informacemi a službami. Mnohdy i zdravotnický personál může mít silné a slabé stránky ve způsobu jakým reaguje na úroveň zdravotní gramotnosti. Zdravotnický personál by měl pracovat na zvýšení zdravotní gramotnosti pacientu bez ohledu na jejich nynější sociální status (Beauchamp et al., 2015, s.5). Tohoto dotazníku se využívá zejména u pacientů s chronickými nemocemi a s omezeným přístupem ke zdravotní péči (Batterham et al., 2016, s. 5). Kvantitativní studie, která se zaměřila na popis zdravotní gramotnosti pomocí dotazníku Health Literacy Questionnaire (HLQ) u dospělých v městských a venkovských oblastech státu Victoria v Austrálii změřila velikosti efektů (ES-effect sizes) standardizovaných průměrných rozdílů. Tyto hodnoty byly použity k popisu rozdílu mezi demografickými podskupinami. Průměrný věk respondentů byl 72,1 roku,

63 % respondentů byly ženy, 48 % nemělo dokončené středoškolské vzdělání a 96 % uvedlo alespoň jedno onemocnění, kterým aktuálně trpí. Díky pokrokům v měření zdravotní gramotnosti lze popsat celou škálu individuálních a sociálních faktorů. Na základě zjištěných rozdílů zdravotní gramotnosti v různých skupinách obyvatelstva lze pochopit, jak zdravotní gramotnost přispívá k nerovnostem v oblasti zdraví a poskytne informace pro rozvoj adekvátních intervencí. Rozdíly ve zdravotní gramotnosti byly definovány v devíti oblastech zdraví. Anglicky mluvící respondenti měli vyšší skóre HLQ, větší míru porozumění informacím a lepší orientaci ve zdravotním systému než ti, kteří mluvili jinými jazyky. Menší ES byly shledány u pohlaví, věku, počtu chronických onemocnění, soukromého zdravotního pojištění nebo u osamělých lidí (Beauchamp et al., 2015, s.1). Poté, co jsou známy specifické potřeby v oblasti zdravotní gramotnosti, je nejvíce používaný nástroj Universal Precautions Toolkit. Sumarizace, analýza a zhodnocení údajů o zdravotní gramotnosti u vybraných jedinců nebo komunit může zdravotníkům nebo organizacím přispět ke správnému pochopení potřeb a výběru správné intervence (Batterham et al., 2016, s. 5-7). Cílem kvalitativní studie bylo zjistit, zda realizace intervencí vedla ke zlepšení úrovně zdravotní gramotnosti a zdravého životního stylu. Respondentkami bylo 30 žen. Ke sběru dat byl použit dotazník obsahující Škálu zdravotní gramotnosti dospělých, Škálu zdravého životního stylu-II, Škálu vnímání zdraví a Krátký test funkční zdravotní gramotnosti. Po prvním rozhovoru následovalo osm návštěv v domácím prostředí včetně školení a následných kontrol. Školení o zdravém životním stylu bylo prováděno jednou týdně během domácích návštěv. Po ukončení školení byly ženy sledovány prostřednictvím návštěv v domácím prostředí dvakrát týdně po dobu dvou měsíců. Školící a poradenské intervenční návštěvy zvýšily zdravotní gramotnost, ale významně nezměnily chování v oblasti zdravého životního stylu a vnímání zdraví žen (Ayaz-Alkaya et al. 2020, s.8).

V kompetencích všeobecné sestry je také využívání strategií založených na důkazech, které rozvíjí zdravotní gramotnost a v důsledku rozvoje přístup pacientů k informacím, pochopení daných intervencí a jejich realizaci (Mandysová, Matějková, Fusek, 2018, s. 369). Zvýšení počtu intervenčních programů může výrazně zvýšit úroveň zdravotní gramotnosti. (Cook et al., 2013, s.885). Díky intervencím zaměřeným na zvýšení úrovně zdravotní gramotnosti může dojít ke zlepšení zdravotního stavu a snížení nerovností v oblasti zdraví. Zdravotní gramotnost ovlivňuje mnoho faktorů, proto je důležité se zaměřit na různé potřeby jednotlivců nebo komunit pro rozvoj zdravotní gramotnosti (Batterham et al., 2014, s.3). S touto informací souhlasí kolektiv autorů Jessup et al. (2018, s.3) kteří tvrdí, že je důležité, aby intervence na zlepšení zdravotní gramotnosti byly vytvářeny s ohledem na specifické potřeby

daného jedince nebo komunity. Význam těchto intervencí je obzvláště u sociálně znevýhodněných skupin, kde je důležité pracovat s celou komunitou. Díky tomuto způsobu mohou být intervence lépe pochopeny, osvojeny a aplikovány do běžného života. Intervence nemusí vždy fungovat plošně z důvodu specifických potřeb. Cílem projektu Ophelia (OPTimising HEalth LIterAcy) je vytvoření rámce, který poskytne nabídku možných intervencí, které mohou být využity na konkrétní potřeby v oblasti zdravotní gramotnosti. Projekt byl vyvinut k vytváření intervencí v oblasti zdravotní gramotnosti. Rámec popisuje tři klíčové fáze. První fáze je zaměřena na potřeby a úroveň zdravotní gramotnosti, aby mohly být poskytnuty adekvátní intervence. Využita může být například škála HLQ. Druhou fází je tvorba intervenčních plánů, které jsou zaměřeny na specifické potřeby. V třetí fázi je realizace intervencí v praxi (Batterham et al., 2014, s.3-4).

Zdravotní gramotnost lze zlepšit pomocí screeningu a na míru šité edukace pacientů. Cílem je zlepšit porozumění vlastní nemoci, rozvoji sebepěče, včetně rozpoznání a předcházení zhoršení stavu (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 853). Zdravotní gramotnost není nutné posuzovat u jednotlivých pacientů v případě univerzálních preventivních postupů. Jednou z obtíží přístupu založeného na univerzálních preventivních opatřeních je jejich velký rozsah. Při provedení screeningu zdravotní gramotnosti může dojít k falešně negativním výsledkům a předpokládá se, že jedinci nemají potřeby v oblasti zdravotní gramotnosti, ale skutečnost může být jiná. Dalším negativem screeningu je stigmatizace. Při výsledku nízké zdravotní gramotnosti mohou pacienti pociťovat stud, a díky tomu se distancovat od zdravotních služeb. V případě chronicky nemocných, kteří se nedostatečně zapojují do péče o vlastní zdraví a u pacientů, pro které znamená nedodržení lékařských doporučení ohrožení na životě, je nejlepší volbou zhodnotit konkrétní silné a slabé stránky (Batterham et al., 2016, s. 5-7). Důležité je se zaměřit na motivaci pacientů k absolvování screeningu a získávání validních informací na podporu zdraví (Sayani et al., 2021, s.11).

Motivace jednotlivců k získání porozumění a aplikaci informací na podporu zdravotní gramotnosti je ovlivněna kognitivními a sociálními dovednostmi. Spolupráce personálu a pacientů přispívá k vytváření intervencí se zaměřením na potřeby daného jedince nebo komunity (Jessup et al., 2018, s.1). Nejdůležitějšími faktory při tvorbě intervencí, které podporují kvalitu života a ovlivňují zdravotní problémy, jsou sami členové komunity. Jedinci budou mít větší prospěch z intervencí, pokud mají vliv na směřování svých zdravotních služeb. (Bowland, Hines-Martin, 2020, s. 230). Nejčastější motivací pro opuštění špatného vzorce chování, které ohrožovalo zdraví, byla osobní pohoda a osobní hodnoty (Michalek, et al., 2020, s.3).

Strategie pro zlepšení pacientovy zdravotní gramotnosti by se měly zaměřit na kombinaci různých intervencí, včetně jasné komunikace, metody teach-back (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s.842). Všeobecné sestry mohou působit nejen v klinickém ošetřovatelství, ale díky edukaci také v oblasti prevence (Kaas, Stasková, Šulistová, 2016, s.250). Všeobecná sestra je plně kompetentní edukovat pacienta v oblasti zdravotní gramotnosti (Koncepte ošetřovatelství, 2021, s.11). Metoda teach-back může být alternativou ke screeningu zdravotní gramotnosti. Může zdravotníkům poskytnout relevantní a aktuální informace o zdravotní gramotnosti dané osoby a lépe porozumět potřebám pacientů v oblasti zdravotní gramotnosti. Mají-li být intervence touto metodou účinné, musí mít zdravotnický personál schopnost nejen rozpoznat, že má pacient problém, ale také znát strategie, jak tyto problémy překonat. Metoda teach-back má několik zásad. Důležité je vybrat jen některé informace, které se pacient potřebuje aktuálně dozvědět. Nelze vybrat všechny. Otevřené otázky mohou pomoci k zjištění, čemu pacient rozumí a čemu ne. Pacient nesmí mít pocit, že je zkoušen, ale že personál chce poznat potřeby, které má v oblasti zdravotní gramotnosti. Důležité je klást konkrétní praktické otázky. V průběhu je důležité se ptát, zda pacient rozumí a zda není zahlcen poskytovanými informacemi (Batterham et al., 2016, s. 9).

Zdravotní gramotnost nelze získat hned, ale je k tomu zapotřebí celoživotní proces učení. (Paakkari, Okan, 2019, s.161). Je vhodné rozvíjet zdravotní gramotnosti hned od dětství, aby se zamezilo zdravotním nerovnostem v důsledku nízké zdravotní gramotnosti. (Goss, Mcdermott, Hickey, 2021, s. 2). Do školních osnov byla zavedena výuka zdravotní gramotnosti v mezinárodním měřítku. Ta zahrnuje informace o zdraví a dovednosti související se zdravotní gramotností, například jak a kde hledat informace, jak si udržet dobré zdraví a jak najít dobré zdroje informací. Výsledkem tohoto přístupu může být generace lidí s odpovídající úrovní zdravotní gramotnosti. Intervence zaměřené na zlepšení zdravotní gramotnosti mohou být prostředkem k dosažení větší rovnosti v oblasti zdraví (Peralta, 2017, s. 363). Spravedlivý přístup ke kvalitním informacím je základem moderní podpory zdravotní gramotnosti (Nutbeam et al.,2019, s. 705). Informace musí být dostupné, srozumitelné a smysluplné, aby je jednotlivci mohli využívat, orientovat se ve zdravotnickém systému a mít lepší znalosti o svém zdraví. Formální i neformální vzdělávání pomáhá zvyšovat získávání, porozumění a využívání dovedností v oblasti zdravotní gramotnosti (Feinberg et al., 2018, s.297-299). Informace by měly být jasné, přístupné, srozumitelné a použitelné pro každého. Zdravotní gramotnost lze zlepšit prostřednictvím vzdělávacích materiálů, které jsou snadno čitelné. Vizuální obsah, včetně obrázků, je nadřazen jiným formám komunikace, díky němu se zlepšuje porozumění a uchování informací. Poskytovatelé by měli používat různé formy, aby odpovídaly úrovni

gramotnosti a stylu učení pacienta. Při tvorbě a výběru formy by měl být zohledněn obsah sdělení, čitelnost, využitelnost, vzhled textu, vizuální stránka, rozvržení, design. Sdělení by mělo obsahovat pár důležitých bodů, ze kterých bude mít prospěch většina cílové skupiny. Obsah by měl jedince motivovat k drobným úspěchům. Na konci každé části by měl materiál shrnout klíčové body. Z hlediska čitelnosti by měl být materiál srozumitelný, kvalitně lingvisticky přeložený, materiály by měly být dopředu otestovány a měly by obsahovat krátké jasné věty. Důležitým prvkem je také interaktivita, která může jedince např. vybízet ke kladení si otázek. Při úpravě textu je třeba dbát na velikost a typ písma, barvu, formát a řádkování. S ohledem na vizuální stránku je třeba dát si pozor, aby grafické prvky byly jasné, byly propojeny s hlavní myšlenkou a také kulturně a věkově přiměřené (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s. 854). Přehledová studie sdílí perspektivy z několika východních měst USA, kde bydlí převážně Afroameričané. Pacienti uváděli jako zdroj informací o zdraví na prvním místě lékaře, zdravotnická zařízení, internet, brožury a církev. Pacienti by chtěli posílit verbální komunikaci se zdravotníky, aby měli dostatečné informace o svém zdravotním stavu. Osoby, u kterých bylo riziko nízké zdravotní gramotnosti, uváděli televizi jako nejčastější zdroj informací. Většina preferovala šíření informací pomocí sdělovacích prostředků a uváděla, že by měla zájem o další informace, které by zvýšily povědomí veřejnosti, snížily stigma a vedly k podpoře a povzbuzení pacientů k dokončení léčby. (Royce et al., 2017, s.47). Nedílnou součástí sdělovacích prostředků se staly sociální sítě. Díky sociální podpoře, tlaku vrstevníků a sdílení informací v online komunitách, může být chování na podporu zdraví ovlivněno. Pouze sociální sítě však mohou být pro podporu zdraví nedostatečné. Kromě toho mohou uvádět nepřesné nebo zavádějící informace o zdraví. Cílem přehledové studie bylo shrnout informace odborně vedených intervencí na podporu zdraví pomocí online sociálních sítí. Na základě těchto informací je možné posoudit, do jaké míry jsou chápány a využívány a také lze zhodnotit jejich celkový benefit. Ve studiích autoři hledali odpovědi na otázky: Jaké jsou konkrétní problémy při dosahování změny zdravotního chování, a jak se projevuje účinnost intervencí a jak průkazný je vliv sociálních sítí. Do studie bylo zahrnuto 162 relevantních studií, z nichž bylo 120 vyřazeno pro nesplnění kritérií. Většina neidentifikovala specifické vlastnosti, které by mohly hrát roli v účinnosti. Otázky týkající se pochopení a míry využití intervencí byly častější mezi pilotními studiemi, zatímco pozorovací studie ukázaly pozitivní důkazy o roli sociální podpory. Celkem 20 studií prokázalo využití teoretických informací při navrhování intervencí, ale pouze v 10 studiích autoři hodnotili účinnost (Balatsoukas et al., 2015, s.141). Pokud mají pacienti přístup k informacím na internetu, budou potřebovat doporučení na spolehlivé a kvalitní webové stránky. Doporučuje se poskytnout pacientům a jejich

pečovatelům seznam spolehlivých webových stránek o dané problematice (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, s.842).

Nelze opomenout také limity, které v ošetrovatelské péči vyskytují. Důležité je podotknout, že rozvoj zdravotní gramotnosti sestry mají ve své kompetenci, ale ne vždy ji adekvátně využívají. Sestry často nemají povědomí o zdravotní gramotnosti a neuvědomují si svou roli a dopad nedostatečné zdravotní gramotnosti na zdraví celé populace (Kennard, 2016, s. 118-119). V současné době existuje řada zdrojů a školení, které mohou pracovníkům ve zdravotních zařízeních pomoci rozvíjet znalosti a dovednosti v oblasti zdravotní gramotnosti (Batterham et al., 2016, s. 5-7). Dle Parnell (2014, s.50) se sestry mohou v oblasti zdravotní gramotnosti zapojit do výzkumných aktivit i vzdělávání. Rozvoj zdravotní gramotnosti kompetentním zdravotním personálem může vést k větší spokojenosti pacientů a taky bezpečí.

2.4 Význam a limitace dohledaných poznatků

Nerovnosti v podmínkách každodenního života a nespravedlivé rozdělení moci, peněz a zdrojů vytvářejí sociální znevýhodnění, které má velký vliv na zdravotní stav. Autoři většiny dohledaných studií se shodují také na významu sociálního znevýhodnění pro zdravotní gramotnost jedince nebo komunity (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, Sentel, 2011, Feinberg et al., 2018, Schillinger, 2020, Daniel, Bornstein a Kane, 2020). Zdravotní gramotnost je třeba rozvíjet, aby se zamezilo negativním dopadům na zdraví. Rozvoj zdravotní gramotnosti by měl být vždy zaměřený na specifické potřeby jedince nebo komunity. Což zvyšuje pravděpodobnost, že budou intervence účinně a dlouhodobě udržitelné (Jessup et al., 2018, Beauchamp et al., 2015, Batterham et al., 2016). Většinu intervencí na rozvoj zdravotní gramotnosti ve zdravotních zařízeních provádějí všeobecné sestry a proto by měly znát zásady strategií, které mohou být prospěšné u lidí s nízkou zdravotní gramotností (White-Williams, Rossi, Bittner, 2020, Batterham et al. 2016).

K hlavním limitacím dohledaných poznatků je neostrá hranice mezi zdravotní gramotností a širokou škálou souvisejících pojmů, jako je zdravotní rovnost, sebeřízení, posílení postavení pacienta a aktivace pacienta. Je také zapotřebí dalšího výzkumu, který by zkoumal, jak intervence v oblasti zdravotní gramotnosti ovlivňují edukaci a také i dlouhodobé výsledky morbidit a mortality. Většina faktů z výzkumných studií, které jsou v práci uvedeny pocházely ze zahraničních zdrojů což snižuje implementaci na sociálně znevýhodněné a všeobecné sestry v České republice. I Kaas, Stasková, Šulistová (2016, s.249-253) udávají že v České republice je doposud velmi málo studií, které by se zabývaly problematikou zdravotní gramotnosti v kontextu ošetrovatelství.

3 Závěr

Pro tvorbu přehledové bakalářské práce bylo zvoleno téma zdravotní gramotnosti u sociálně znevýhodněných osob. Téma zdravotní gramotnosti je v posledním desetiletí velmi diskutované, protože je známa souvislost mezi úrovní zdravotní gramotnosti a nerovnostmi v oblasti zdraví. Faktorů, které ovlivňují zdravotní gramotnost je mnoho. Významnou roli však hraje sociální znevýhodnění, které s sebou rovněž jako nízká zdravotní gramotnost nese řadu rizik. Proto je důležité, zvyšovat úroveň zdravotní gramotnosti a snižovat sociální znevýhodnění. Tuto kompetenci mají především všeobecné sestry v rámci posouzení a také edukace. K posouzení zdravotní gramotnosti slouží řada nástrojů, které by všeobecná sestra měla znát. Při rozvoji zdravotní gramotnosti je důležité dbát na individuální přístup. Díky tomu mohou být intervence pro pacienta lépe přijatelné a také účinné. Z toho důvodu by se všeobecné sestry měly vzdělávat v oblasti zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti

Dohledané informace a jejich sumarizace mohou pomoc zdravotníkům pochopit faktory sociálního znevýhodnění a poskytnout způsoby pro rozvoj zdravotní gramotnosti u znevýhodněných osob, které jsou v kompetencích všeobecné sestry. Tato bakalářská práce může také sloužit jako studijní materiál pro pregraduální a postgraduální studium nejen všeobecné sestry, ale i pracovníky v sociálních službách. Informace uvedené v práci mohou sloužit jako podklad pro článek v odborných periodikách, které by zvýšily povědomí o zdravotní gramotnosti sociálně znevýhodněných osob.

4 Referenční seznam

AMATO, Stas, Flavia NOBAY, David Petty AMATO, Beau ABAR a David ADLER. Sick and unsheltered: Homelessness as a major risk factor for emergency care utilization. *The American Journal of Emergency Medicine* [online]. 2019, **37**(3), 415-420 [cit. 2021-10-18]. ISSN 07356757. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajem.2018.06.001

AYAZ-ALKAYA, Sultan, Handan TERZI, Betül IŞIK a Ebru SÖNMEZ. A healthy lifestyle education programme for health literacy and health-promoting behaviours: A pre-implementation and post-implementation study. *International Journal of Nursing Practice John Wiley* [online]. 2020, **26**(2), 1-8 [cit. 2021-10-9]. ISSN 13227114. Dostupné z: doi:10.1111/ijn.12793

BALATSOUKAS, Panos, Catriona M KENNEDY, Iain BUCHAN, John POWELL a John AINSWORTH. The Role of Social Network Technologies in Online Health Promotion: A Narrative Review of Theoretical and Empirical Factors Influencing Intervention Effectiveness. *Journal of Medical Internet Research* [online]. 2015, **17**(6) [cit. 2022-02-26]. ISSN 1438-8871. Dostupné z: doi:10.2196/jmir.3662

BATTERHAM, R.W., M. HAWKINS, P.A. COLLINS, R. BUCHBINDER a R.H. OSBORNE. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health* [online]. 2016, **132**(9), 3-12 [cit. 2022-03-28]. ISSN 00333506. Dostupné z: doi:10.1016/j.puhe.2016.01.001

BATTERHAM, Roy W, Rachelle BUCHBINDER, Alison BEAUCHAMP, Sarity DODSON, Gerald R ELSWORTH a Richard H OSBORNE. The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health* [online]. 2014, **14**(1), 1-10 [cit. 2022-03-25]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2458-14-694

BEAUCHAMP, Alison, Rachelle BUCHBINDER, Sarity DODSON, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [online]. 2015, **15**(1), 1-13 [cit. 2022-03-28]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-015-2056-z

BELEŠOVÁ, R., D. FILAUSOVÁ a M. TREŠLOVÁ. Komparace zdravotní gramotnosti u vybraných skupin obyvatelstva. *General Practitioner / Praktický Lekar* [online]. 2019, **99**(4), 175-180 [cit. 2021-11-04]. ISSN 00326739. Dostupné z: <https://1url.cz/fKD5v>

BERKMAN, Nancy D., Stacey L. SHERIDAN, Katrina E. DONAHUE, David J. HALPERN a Karen CROTTY. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine* [online]. 2011, **155**(2), 97-107 [cit. 2022-03-28]. ISSN 0003-4819. Dostupné z: doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

, S. a A. STEPTOE. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *British Medical Journal* [online]. 2012, **344**(mar15 3), e1602-e1602 [cit. 2022-03-14]. ISSN 0959-8138. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.e1602

BOWLAND, Sharon a Vicki HINES-MARTIN. Strengthening Health in Mixed-Age Housing Communities. *Journal of Health* [online]. 2020, 43(2), 218 [cit. 2021-10-11]. ISSN 10793739. Dostupné z: doi:10.37808/jhhsa/43.2.8

BYHOFF, E., S. KANGOVI, S. A. BERKOWITZ, et al. A Society of General Internal Medicine Position Statement on the Internists' Role in Social Determinants of Health. *Journal of general internal medicine* [online]. 2020, **35**(9), 2721-2727 [cit. 2021-10-11]. ISSN 15251497. Dostupné z: doi:10.1007/s11606-020-05934-8

COOK, Benjamin, Geoffrey Ferris WAYNE, Anne VALENTINE, Anna LESSIOS a Ethan YEH. Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012. *International Journal of Public Health* [online]. 2013, **58**(6), 885-911 [cit. 2022-04-26]. ISSN 1661-8556. Dostupné z: doi:10.1007/s00038-013-0518-6

DANIEL, Hilary, Sue S. BORNSTEIN a Gregory C. KANE. Addressing Social Determinants to Improve Patient Care and Promote Health Equity: An American College of Physicians Position Paper. *Annals of Internal Medicine* [online]. 2018, 168(8), 577-578 [cit. 2022-03-21]. ISSN 0003-4819. Dostupné z: doi:10.7326/M17-2441

ECHOUFFO-TCHEUGUI, Justin B, Rishi CALEYACHETTY, Peter A MUENNIG, KM NARAYAN a Sherita H GOLDEN. Cumulative social risk and type 2 diabetes in US adults: The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 1999–2006. *European*

Journal of Preventive Cardiology [online]. 2016, **23**(12), 1282-1288 [cit. 2022-03-21]. ISSN 2047-4873. Dostupné z: doi:10.1177/2047487315627036

FEINBERG, Iris, Elizabeth L. TIGHE, Daphne GREENBERG a Michelle MAVRELES. Health Literacy and Adults With Low Basic Skills. *Adult Education Quarterly* [online]. 2018, **68**(4), 297-315 [cit. 2021-10-9]. ISSN 07417136. Dostupné z: doi:10.1177/0741713618783487

FLEARY, S. A. a R. ETTIENNE. Social Disparities in Health Literacy in the United States. *Health literacy research and practice* [online]. 2019, **3**(1), e47-e52 [cit. 2022-03-12]. ISSN 24748307. Dostupné z: doi:10.3928/24748307-20190131-01

FRENCH, Kempa S. Transforming Nursing Care Through Health Literacy ACTS. *Nursing Clinics of North America* [online]. 2015, **50**(1), 87-98 [cit. 2022-04-27]. ISSN 00296465. Dostupné z: doi:10.1016/j.cnur.2014.10.007

GHASEMI, Elham, Reza MAJZADEH, Fatemeh RAJABI, Abouali VEDADHIR, Reza NEGARANDEH, Ensiyeh JAMSHIDI, Amirhossein TAKIAN a Zahra FARAJI. "Applying Intersectionality in designing and implementing health interventions: a scoping review." *BMC Public Health* [online]. 2021, **21**(1), 1-13 [cit. 2021-10-7]. ISSN 14712458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-021-11449-6

GOSS, Hannah R., Clare MCDERMOTT, Laura HICKEY, et al. Understanding disadvantaged adolescents' perception of health literacy through a systematic development of peer vignettes. *BMC Public Health* [online]. 2021, **21**(1), 1-12 [cit. 2022-03-24]. ISSN 1471-2458. Dostupné z: doi:10.1186/s12889-021-10634-x

JANURA, Lukáš. From the first surveys to an action plan - Examining health literacy in Germany. *Kontakt* [online]. 2018, **20**(4), e440-e448 [cit. 2022-04-26]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2018.10.004

JESSUP, Rebecca L., Richard H. OSBORNE, Rachelle BUCHBINDER a Alison BEAUCHAMP. Using co-design to develop interventions to address health literacy needs in a hospitalised population. *BMC Health Services Research* [online]. 2018, **18**(1), 1-13 [cit. 2022-03-25]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: doi:10.1186/s12913-018-3801-7

KAAS, Jiří, Věra STASKOVÁ a Radka ŠULISTOVÁ. The concept of health literacy in contemporary nursing. *Kontakt* [online]. 2016, **18**(4), 249-253 [cit. 2022-04-27]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2016.10.001

KENNARD, D.K. Health Literacy Concepts in Nursing Education. *Nursing Education Perspectives* [online]. 2016, **37**(2), 118 - 119 [cit. 2022-04-27]. ISSN 15365026. Dostupné z: doi:10.5480/14-1350

MANDYSOVÁ, Petra, Iryna MATĚJKOVÁ a Josef FUSEK. Chronic pain health literacy: A scoping review of existing instruments. *Kontakt* [online]. 2018, **20**(4), e340-e347 [cit. 2022-04-27]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.1016/j.kontakt.2018.10.005

MANTOVANI, N., M. PIZZOLATI a S. GILLARD. Engaging communities to improve mental health in African and African Caribbean groups: a qualitative study evaluating the role of community well-being champions. *Health & Social Care in the Community* [online]. 2017, **25**(1), 167-176 [cit. 2021-10-11]. ISSN 13652524. Dostupné z: doi:10.1111/hsc.12288

MICHALEK, Anne K, Samantha L WONG, Cati G BROWN-JOHNSON a Judith J PROCHASKA. Smoking and Unemployment: A Photo Elicitation Project. *Tobacco Use Insights* [online]. 2020, **13**, 1-7 [cit. 2021-10-7]. ISSN 1179173X. Dostupné z: doi:10.1177/1179173X20921446

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Koncepce ošetrovatelství. [online]. Praha: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*, 2021 [cit. 2022-04-30]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/05/Vestnik-MZ_6-2021.pdf

MULLEN, Ellen. Health Literacy Challenges in the Aging Population. *Nursing Forum* [online]. 2013, **48**(4), 248-255 [cit. 2022-03-09]. ISSN 00296473. Dostupné z: doi:10.1111/nuf.12038

NUTBEAM, Don, Katie FITZPATRICK, Deana LEAHY a Peter AGGLETON. Health education and health promotion revisited. *Health Education Journal* [online]. 2019, **78**(6), 705-709 [cit. 2022-02-26]. ISSN 00178969. Dostupné z: doi:10.1177/0017896918770215

PAAKKARI, Leena a Orkan OKAN. Health Literacy—Talking the Language of (School) Education. *Health Literacy Research and Practice* [online]. 2019, **3**(3), e161 [cit. 2022-03-24]. ISSN 24748307. Dostupné z: doi:10.3928/24748307-20190502-01

PARNELL, Terri Ann. Nursing Leadership Strategies, Health Literacy, and Patient Outcomes. *Nurse Leader* [online]. 2014, **12**(6), 49-52 [cit. 2022-04-27]. ISSN 15414612. Dostupné z: doi:10.1016/j.mnl.2014.09.005

PERALTA, Louisa R a Louise ROWLING. Implementation of school health literacy in Australia: A systematic review. *Health Education Journal* [online]. 2017, **77**(3), 363-376 [cit. 2021-11-24]. ISSN 0017-8969. Dostupné z: doi:10.1177/0017896917746431

RESHETNYAK, Evgeniya, Mariella NTAMATUNGIRO, Laura C. PINHEIRO, Virginia J. HOWARD, April P. CARSON, Kimberly D. MARTIN a Monika M. SAFFORD. Impact of Multiple Social Determinants of Health on Incident Stroke. *Stroke* [online]. 2020, **51**(8), 2445-2453 [cit. 2022-03-21]. ISSN 0039-2499. Dostupné z: doi:10.1161/STROKEAHA.120.028530

ROWLANDS, Gillian, Adrienne SHAW, Sabrena JASWAL, Sian SMITH a Trudy HARPHAM. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promotion International* [online]. 2017, **32**(1), 130–138 [cit. 2022-03-12]. ISSN 0957-4824. Dostupné z: doi:10.1093/heapro/dav093

ROYCE, Rachel, Paul COLSON, Cynthia WOODSONG, Tammeka SWINSON-EVANS, Wanda WALTON, Allison MAIURI a Nickolas DELUCA. Tuberculosis Knowledge, Awareness, and Stigma Among African-Americans in Three Southeastern Counties in the USA: a Qualitative Study of Community Perspectives. *Journal of Racial* [online]. 2017, **4**(1), 47-58 [cit. 2021-10-7]. ISSN 21973792. Dostupné z: doi:10.1007/s40615-015-0200-1

SAYANI, Ambreen, Mandana VAHABI, Mary Ann O'BRIEN, et al. Advancing health equity in cancer care: The lived experiences of poverty and access to lung cancer screening. *PLoS ONE* [online]. 2021, **16**(5), 1-15 [cit. 2021-09-14]. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0251264

SCOTT, Nick a Peter HIGGS. Longitudinal changes in personal wellbeing in a cohort of people who inject drugs. *PLoS ONE* [online]. 2017, **12**(5), e0178474 [cit. 2021-11-15]. ISSN 19326203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0178474

SENTELL, Tetine, Kay Kromer BAKER, Alvin ONAKA a Kathryn BRAUN. Low Health Literacy and Poor Health Status in Asian Americans and Pacific Islanders in Hawai'i. *Journal of Health Communication* [online]. 2011, **16**(sup3), 279-294 [cit. 2022-03-12]. ISSN 1081-0730. Dostupné z: doi:10.1080/10810730.2011.604390

SCHILLINGER, D. The Intersections Between Social Determinants of Health, Health Literacy, and Health Disparities. *Studies in health technology and informatics* [online]. 2020, **269**(25), 22-41 [cit. 2022-03-11]. ISSN 18798365. Dostupné z: doi:10.3233/SHTI200020

SMITH, Samuel G, Rachel O'CONNOR, 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* [online]. 2015, **69**(5), 474-475 [cit. 2022-03-08]. ISSN 0143005X. Dostupné z: doi:10.1136/jech-2014-204915

SØRENSEN, K., J.M. PELIKAN, F. RÖTHLIN, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health* [online]. 2015, **25**(6), 1053–1058 [cit. 2022-03-10]. ISSN 1464360X. Dostupné z: doi:10.1093/eurpub/ckv043

STERLING, Madeline R., Joanna Bryan RINGEL, Laura C. PINHEIRO, Monika M. SAFFORD, Emily B. LEVITAN, Erica PHILLIPS, Todd M. BROWN a Parag GOYAL. Social Determinants of Health and 90-Day Mortality After Hospitalization for Heart Failure in the REGARDS Study. *Journal of the American Heart Association* [online]. 2020, **9**(9), 1-10 [cit. 2022-03-21]. ISSN 2047-9980. Dostupné z: doi:10.1161/JAHA.119.014836

STRINGHINI, Silvia, Cristian CARMELI, Markus JOKELA, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet* [online]. 2017, 389(10075), 1229-1237 [cit. 2022-03-23]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(16)32380-7

SYLVESTRE, John, Fran KLODAWSKY, Evie GOGOSIS, et al. Perceptions of Housing and Shelter among People with Histories of Unstable Housing in three Cities in Canada: A Qualitative Study. *American Journal of Community Psychology* [online]. 2018, **61**(3/4), 445-458 [cit. 2021-10-7]. ISSN 00910562. Dostupné z: doi:10.1002/ajcp.12243

VACKOVÁ, Jitka, Jana MAŇHALOVÁ, Lucie ROLANTOVÁ a David URBAN. Health literacy in the Roma population. *Kontakt* [online]. 2020, 22(4), 243-250 [cit. 2022-04-26]. ISSN 12124117. Dostupné z: doi:10.32725/kont.2020.021

VOGT, D., M. MESSER, G. QUENZEL a D. SCHAEFFER. Health literacy – a neglected concept in Germany?. *Pravention und Gesundheitsforderung* [online]. 2016, 11(1), 46 - 52 [cit. 2022-03-09]. ISSN 18616763. Dostupné z: doi:10.1007/s11553-015-0519-9

WHITE-WILLIAMS, Connie, Laura P. ROSSI, Vera A. BITTNER, et al. Addressing Social Determinants of Health in the Care of Patients With Heart Failure: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* [online]. 2020, 141(22), e841 [cit. 2021-9-14]. ISSN 00097322. Dostupné z: doi:10.1161/CIR.0000000000000767

WILLIAMS, David R., Naomi PRIEST a Norman B. ANDERSON. Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: Patterns and prospects. *Health Psychology* [online]. 2016, 35(4), 407-411 [cit. 2022-03-23]. ISSN 1930-7810. Dostupné z: doi:10.1037/hea0000242

WRAY, Charlie M., Janet TANG, Lenny LÓPEZ, Katherine HOGGATT a Salomeh KEYHANI. Association of Social Determinants of Health and Their Cumulative Impact on Hospitalization Among a National Sample of Community-Dwelling US Adults. *Journal of General Internal Medicine* [online]. 2021, 36(8), 1-8 [cit. 2022-03-21]. ISSN 0884-8734. Dostupné z: doi:10.1007/s11606-021-07067-y

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. 2022-03-08]. ISSN 1081-0730. Dostupné z: doi:10.1080/10810730.2014.977469

ZIERLER, Brenda K., Erin ABU-RISH BLAKENEY, Kevin D. O'BRIEN a IPCP Heart Failure TEAMS. An interprofessional collaborative practice approach to transform heart failure care: An overview. *Journal of Interprofessional Care* [online]. 2018, 32(3), 378-381 [cit. 2021-11-21]. ISSN 1356-1820. Dostupné z: doi:10.1080/13561820.2018.1426560

5 Seznam zkratek

HLQ	Health Literacy Questionnaire
ISHA-Q	Information and Support for Health Actions Questionnaire
KFF	Kaiser Family Foundation
OPHELIA	Optimising Health Literacy and Access,
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SDOH	Social Determinant of Health
SEM	socioekologický model
SES	Socioekonomický status
SGIM	Society of General Internal Medicine
SS	sociální stabilita
USA	Spojené státy americké
WHO	World Health Organisation