

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Tauerová Irena

**Zdravotní gramotnost dospělé populace a její subvence  
všeobecnou sestrou**

Bakalářská práce

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

Olomouc 2020

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

Olomouc 30.6.2020

-----

podpis

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

## ANOTACE

<b>Typ závěrečné práce:</b>	Bakalářská práce
<b>Téma práce:</b>	Zdravotní gramotnost
<b>Název práce:</b>	Zdravotní gramotnost dospělé populace a její subvence všeobecnou sestrou.
<b>Název práce v AJ:</b>	Health literacy of the adult population and its subsidies by the nurse.
<b>Datum zadání:</b>	2018-01-21
<b>Datum odevzdání:</b>	2020-06-30
<b>Název škola, fakulta, ústav:</b>	Univerzita Palackého v Olomouci Fakulta zdravotnických věd Ústav ošetřovatelství
<b>Autor práce:</b>	Tauerová Irena
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.
<b>Oponent práce:</b>	Mgr. Tomanová Jitka, PhDr. Ph.D.
<b>Abstrakt v ČJ:</b>	

Tato bakalářská práce prezentuje aktuální dohledatelné poznatky o zdravotní gramotnosti dospělé populace. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva, proto je zapotřebí vzdělávat občany v podpoře svého zdraví. Je důležité, aby všeobecné sestry dokázaly za pomoci screeningových nástrojů identifikovat pacienty s nízkou zdravotní gramotností a poté je edukovaly tak, aby tomu daný člověk dostatečně porozuměl. Dohledatelné poznatky byly čerpány z databází EBSCO, GOOGLE Scholar, Medvik, PubMed.

### Abstrakt v ČJ:

This bachelor thesis presents current traceable knowledge about the health literacy of the adult population. Low levels of health literacy affect the health of the population, so it is necessary to educate citizens about promoting their health. It is important that nurses are able to use screening tools to identify patients with low health literacy and then educate them so that the person has a sufficient understanding. Traceable findings were drawn from the databases EBSCO, GOOGLE Scholar, Medvik, PubMed.

**Klíčová slova v ČJ:** zdravotní gramotnost, dospělá populace, podpora zdraví, zdraví, faktory ZG, nástroje ZG, subvence ZG všeobecnou sesterou

**Klíčová slova v AJ:**

health literacy, health, adult population, promoting HL, factors of HL, tools of HL, HL and nurse, HL and support nurse

**Rozsah:**

43 stran

## **Obsah:**

Úvod .....	7
1 Popis řešeršní činnosti .....	9
2 Zdravotní gramotnost dospělé populace a její podpora všeobecnou sestrou.....	11
2.1 Zdravotní gramotnost dospělé populace .....	20
2.2 Pracovní kompetence všeobecných sester v subvenci zdravotní gramotnosti .....	25
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků .....	32
Závěr.....	34
Referenční seznam.....	35
Seznam zkratk.....	43

## Úvod

V posledních 25 letech došlo k velkému zájmu o zdravotní gramotnost. Lze ji popsat jako dovednosti, které jednotlivcům umožňují získávat, porozumět a používat informace k přijímání rozhodnutí a opatření, která budou mít dopad na jejich zdravotní stav. Důležité jsou však i měřicí nástroje, díky kterým se zjišťuje úroveň zdravotní gramotnosti nejen jednotlivců, ale také populace (Uiteris et al., 2017 s. 902). Lidé s nízkou úrovní zdravotní gramotnosti mají méně informací o zdraví, špatně chápou své zdravotní problémy, nedodržují léčbu, nedbají na preventivní opatření, jsou častěji hospitalizováni a tím dochází k finančním ztrátám ve zdravotnictví (Ivanová et al., 2018, s. 362). Hodnotit úroveň zdravotní gramotnosti je v kompetencích všeobecných sester, které by u pacientů na základě výsledků screeningových testů měly zvolit správné komunikační metody tak, aby pacient porozuměl sděleným informacím a následně je i zpětnou vazbou zopakoval, jak informace pochopil (Wittenberk et al., 2018, s. 2-3).

V souvislosti s touto problematikou je možné položit si otázku: Jaké jsou aktuální dohledatelné poznatky o zdravotní gramotnosti dospělé populace v souvislosti s kompetencemi všeobecných sester v její podpoře?

Cílem bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledatelné poznatky o zdravotní gramotnosti dospělé populace a pracovní kompetence všeobecných sester v její podpoře.

Dílní cíle:

1. Sumarizovat aktuální dohledatelné poznatky o zdravotní gramotnosti dospělé populace.
2. Sumarizovat aktuální dohledané poznatky o pracovních kompetencích všeobecných sester v subvenci zdravotní gramotnosti u dospělých.

Vstupní studijní literatura:

DINGOVÁ, M. a T. JAKUBCOVÁ. 2011. Zdravotná gramotnosť -nový pojem pre ošetrovateľskú prax.Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie[online]. Clinical Journal of Oncology Nursing Volume 2011, ISSN 1338-6263.

HOLČÍK, J. Zdravotní gramotnost je prioritou péče o zdraví-teze. In: Zdravotní gramotnost a zdravotní politika: sborník textů pro kolokvium. Praha: Ústav pro zdravotní gramotnost, 2017.

IVANOVÁ, K., I. OLECKÁ, B. VENCOVÁ a L. JURÍČKOVÁ. Zdravotní gramotnost matek v prvním roce mateřství-interpretativní mapa expertů. Kontakt. 2018, ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/>

KAAS, J. STASKOVÁ, V. ŠULISTOVÁ, R. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetrovatelství. Kontakt (České Budějovice), 2016, ISSN: 1212-4117.

OSBORNE, H. Health literacy from A to Z: practical ways to communicate your health message. Second edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2013 ISBN: 978-1-4496-0053-2



## 1 Popis rešeršní činnosti

### Vyhledávací kritéria

klíčová slova v češtině: zdravotní gramotnost, dospělá populace, podpora zdraví, zdraví, faktory ZG, nástroje ZG, subvence ZG všeobecnou sestrou

v angličtině: health literacy, health, adult population, promoting HL, factors of HL, tools of HL, HL and nurse, HL and support nurse

vyhledávací období: 2009-2020



### Databáze

EBSCO, GOOGLE Scholar, MEDVIK, Pub Med



Nalezeno 293 dokumentů



### Vyřazující kritéria

Články vyřazeny již podle nadpisu, které neodpovídali cílům práce

Duplicitní články



### Počet využitých zdrojů

MEDVIK - 9

GOODLE Scholar - 8

EBSCO - 21

PuB MED - 14



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ:

Knižní publikace	5 periodik
American Journal of Preventive Medicine	1 článek
BMC Public Health	5 článků
Clinical journal of oncology nursing	2 články
Eastern Mediterranean Health Journal	1 článek
Gulhane Medical Journal	1 článek
Health literacy research and practice	1 článek
Health Promotion International	4 články
Hygiena	2 články
International Journal Of Environmental Research And Public Health	5 článků
Journal of Biomedical Informatics	2 články
Journal of health communication	4 články
Kontakt	3 články
Medicine	1 článek
Nigerian quarterly journal of hospital medicine	1 článek
Nursing Education Perspectives	1 článek
Oman Medical Journal	1 článek
Oncology Nursing Forum	1 článek
Ošetrovael'stvo	1 článek
PloS one	4 články
Practicus	1 článek
Studies in Health Technology	1 článek
The Nursing clinics of North America	1 článek
The European Journal of Public Health	1 článek
Scandinavian Journal of Caring Sciences	1 článek
Studies in Health Technology	1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 52 dohledaných dokumentů.

## **2 Zdravotní gramotnost dospělé populace a její podpora všeobecnou sestrou**

Kapitola se zabývá vysvětlením pojmů souvisejících se zdravotní gramotností (zdraví, nemoc, podpora zdraví, zdravotní gramotnost), zdravotní gramotností u dospělé populace a pracovními kompetencemi všeobecných sester v subvenci zdravotní gramotnosti

### **Zdraví**

Zdraví ovlivňuje kvalitu života, jelikož patří k prioritám každého člověka, rodiny i celé společnosti. I když je zdraví obtížně definovatelné a měřitelné, v Ústavě České republiky je stanoveno, že jde o jedno z lidských práv (Hamplová, 2019, s. 14). Pochopení termínu zdraví je důležitým předpokladem pro přípravu a uskutečnění opatření, které vedou ke zlepšení zdraví. Pro většinu lidí je termín zdraví chápán jako nepřítomnost bolesti, tím jsou ale opomíjeny duševní stavy a tělesné funkce a s tím spojené nerozpoznání stádia začínající nemoci, nebo psychické problémy. Je důležité, aby lidé směřovali ke zdraví, rozvíjeli svou zdravotní gramotnost a rozhodovali se tak, aby zvolené jednání bylo přijatelné pro jejich zdraví. (Holčík, 2010, s.13). Kickbusch udává, že zdraví je považováno za každodenní potřebu v životě, ale nemělo by plnit funkci životního cíle. Zdraví je pozitivní koncept s důrazem na sociální a osobní zdroje, stejně jako fyzické schopnosti (Kickbusch et al., 2013, s.4). Dle Plevové a kol. má zdraví pro každého člověka vysokou hodnotu. Bohužel svou péči o zdraví člověk často zanedbává z důvodu jiných, pro něj důležitých věcí. Hodnotu zdraví si pak člověk nejspíše uvědomí, až když sám nebo někdo z rodiny onemocní. (Plevová et al., 2011, s. 167). Podle toho, jak člověk považuje hodnotu zdraví za významnou, dochází k odlišným důsledkům a to sociálním, zdravotním a ekonomickým (Holčík, 2010, s.13). Jako nejčastější formulaci zdraví lze uvést tu od Světové zdravotnické organizace (WHO - World Health Organization) a sice, že zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nejenom nepřítomnost nemoci nebo slabosti. Nevýhodou této definice je, že zdraví je formulováno široce a obecně a často by nebylo možné jej objektivně měřit. Definice WHO, která je v platnosti od roku 1946, je typická svou jednoduchostí, stručností, srozumitelností a je přijatelná jak pro odbornou, tak i pro laickou veřejnost. Zahrnuje aspekty fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální, které jsou ovlivňovány průběhem lidského života, kulturou, ekonomikou, vývojem medicíny, a dalšími vlivy (Hamplová, 2019, s. 14). Dle Holčíka je zapotřebí, se na tyto tři základní složky zaměřit. Aspekty zdraví:

- Fyzické (tělesné) zdraví- souvisí s nepřítomností nemocí, nebo vady. Je kladen důraz na normální funkci orgánů a nenarušenost tělesných funkcí při úkonech souvisejících se soběstačností.
- Psychické (duševní) zdraví- klade se důraz na kvalitu života, zahrnuje emocionální zdraví a sebehodnocení vlastního zdravotního stavu.
- Sociální zdraví- navazování sociálních kontaktů, podporování rozvoje mezilidských vztahů a zvládání sociální role. Sociální odlišnosti přispívají k zdravotním rozdílům, a to může mít za následek, že špatný zdravotní stav nižších sociálních vrstev může ohrozit zdraví majetnějších lidí (Holčík, 2010, s.14).

Podle Card (2017, s. 127-128) je definice WHO nevhodná ve spojitosti s hodnotami. Je zde potřeba vyvinout praktičtější definici zdraví a sice, že zdraví je zážitek z fyzické i psychické pohody, a nevyznačuje se jako dichotomie, ale jako kontinuum. Absence nemoci nebo postižení není dostatečná, avšak ani nevytváří dobrý zdravotní stav. Navrhuje tedy definici zaměřující se na člověka, která je vedena ke splnění cílů a opatření pro zlepšení a zachování zdraví než od nemožného cíle úplné pohody, jak se uvádí u definice WHO.

S pojmem zdraví jsou také spojeny determinanty, zahrnující souhrn jevů a podmínek, které ovlivňují zdraví, buď negativně, nebo pozitivně. Determinanty jsou spojeny s charakteristikou životního prostředí, s osobními nebo sociálními a ekonomickými faktory. Mezi základní determinanty lze zařadit životní styl, postoj k vlastnímu zdraví, zdravotnické služby a jejich kvalitu, faktory životního prostředí a genetické faktory (Hamplová, 2019, s.14-15).

### **Nemoc**

Lze definovat mnohem snadněji než zdraví, jelikož je vyjadřována nemocností a úmrtností populace. Nemocností se udává, jak často a čím lidé onemocní. Prevalence je dalším ukazatelem, udává počet případů daného onemocnění za určité období na počet obyvatel. V České republice je kardiovaskulární onemocnění považováno za nejčastější příčinu úmrtí. Po nemoci oběhové soustavy jsou nejčastější příčinou nemocnosti v populaci onkologická onemocnění a diabetes mellitus (Hamplová, 2019, s. 84-85)

### **Subvence zdraví**

Podporou zdraví se rozumí proces umožňující lidem podpořit vliv na svůj vlastní život a zlepšit si své zdraví. Podpora zdraví významně přispívá k vývoji zdravotní gramotnosti. Preventivní, organizační a výchovná opatření podpory zdraví lze nalézt již ve středověku a starověku. Za nejvýznamnější impulz pro vývoj podpory zdraví se uvádí situace během 19. a

20. století, kdy v tomto období bylo doloženo, že klinická medicína lidem pomáhá. Zdraví však vzniká ve školách, rodinách a na pracovištích nikoliv v nemocnicích, tam se pouze napravuje to, co se pokazilo. (Holčík, 2010, s.120, 131). Podpora zdraví se týká všech občanů, společnosti, zdravotní péče, okolního prostředí i zdravotního systému. Jsou v ní zahrnuty enviromentální, sociální a ekonomické aspekty. Uvádí se, že lepšího zdravotního stavu lze dosáhnout prostřednictvím změny životního stylu a životního prostředí, nikoliv investicí do zdravotní péče (Duplaga, 2015, s.142).

Světová zdravotnická organizace je zapojena do řízení podpory zdraví pro 53 regionálních Evropských států. Formování náplně podpory zdraví započalo v roce 1948. Tehdy WHO jednala nejen o definici zdraví, ale i o tom, že za zdraví mají odpovědnost také vlády a jejich sociálními a zdravotními opatřeními (Hamplová, 2019, s. 63-64). Protože usilovat o co nejlepší kvalitu života obyvatel je v zájmu každého státu. Ministerstvo zdravotnictví uvádí podporu zdraví jako soubor činností, které mají lidem pomoci zlepšit svůj zdravotní stav a zvyšovat kontrolu nad determinanty zdraví. Dále zahrnuje činnosti, které zajišťují přijatelné sociální, ekonomické a enviromentální podmínky pro postupný vývoj zdraví, zdravotního a sociálního stavu. Toto se týká nejen aktivit fyzických osob, činností státu nebo samosprávy, ale také dalších složek společnosti (Zdraví 2020, 2014, s.12).

V roce 1986 se v kanadské Ottawě uskutečnila první mezinárodní konference, kde byla přijata Ottawská charta podpory zdraví. Definice podpory zdraví Ottawskou chartou byla stanovena jako proces, pomáhající lidem zlepšit své zdraví a zvýšit nad ním kontrolu (Kickbusch et.al, 2013, s. 13). Mezi předpoklady pro zdraví charta uvedla mír, přístřeší, vzdělání, jídlo, příjem, stabilní ekosystém, udržitelné zdroje a sociální spravedlnost. Těchto předpokladů lze dosáhnout prostřednictvím tří typů strategií a to prosazováním, podporou a zprostředkováním zdraví (Duplaga, 2015, s.142).

### **Zdravotní gramotnost**

Kořeny zdravotní gramotnosti jsou řazeny do výchovy, z důvodu schopnosti lidí ovlivňovat své zdraví. Již v minulosti si byli lidé schopni ke svému zdraví buď pomoci, nebo naopak byli schopni si ve zdraví škodit. Původně zdravotní gramotnost znamenala řídit se náboženskými příkazy - osvědčenými tradicemi, které se týkaly toho jak lidé mají žít (způsob života), nebo jak o sebe mají pečovat (osobní hygiena) (Holčík, 2009, s. 12). Zdravotní gramotnost byla pojata jako kognitivní a sociální dovednost, která určuje motivaci a schopnost lidí získávat přístup k informacím, dokázat jim porozumět a používat je k dobrému udržení zdraví (Liu H. et al., 2018, s. 2). Jedná se tedy o schopnost člověka aktivně uplatňovat získané informace o

zdraví v sebeděči. (Kaas et. al., 2016, s. 249). Uvádí se, že je to důležitý konstrukt v oblasti zdravotní péče, která má vliv na výsledky zdravotního stavu pacientů a na jejich celkové zdraví. (Foster, et al., 2016, s. 433-436). Je to soubor znalostí, postojů, dovedností a sítí, které jednotlivci, rodiny a komunity potřebují k řízení svého zdraví. Přiměřená zdravotní gramotnost podporuje lidi v udržování dobrého zdraví, zvládnání menších nemocí, přístupu k zdravotním službám a jejich rozumné využívání. Dále pak k dodržování dohodnutých postupů a rutinní péče o sebe a obhajování zdravé společnosti. Dosažení těchto cílů vyžaduje pochopení zdraví a faktorů, které na něj mají vliv, jakož i pochopení zdravotních služeb a způsobu jejich práce a motivace hrát aktivní role při řízení vlastního zdraví. Všechny úkoly související se zdravím, od udržování dobrého zdraví až po zvládnání nemoci a přijímání zdravotní péče, vyžadují určitý stupeň zdravotní gramotnosti (Lloyd et al., 2018, s. 2). Z Evropského průzkumu bylo zjištěno, že téměř polovina všech dospělých v osmi testovaných evropských zemích měli nedostatečné nebo problematické dovednosti v oblasti zdravotní gramotnosti a tím ji nepříznivě ovlivňovali. Politická opatření, která by měla řešit krizi v této oblasti se objevují pomalu (Kickbusch et al., 2013, s. 1). Pokud je úroveň ZG nízká dochází u lidí ke špatnému udržování zdraví, a tudíž je s tím spojena i vyšší finanční nákladovost na zdravotní péči. Nejčastěji se nízká úroveň zdravotní gramotnosti vyskytuje u občanů finančně nezaopatřených, kteří žijí v omezených sociálních podmínkách a mají nízký stupeň dosaženého vzdělání (Kučera et. al., 2017, s. 28). S tím se dále spojuje větší využívání zdravotních služeb, menší využití preventivní péče, větší potíže s řízením dlouhodobých nemocí, nižší úroveň zdraví lidí a vyšší úmrtností u starších osob. (Rowlands et. al., 2015, s. 379–386). Za dospělého zdravotně gramotného člověka se považuje ten, který je schopen o svém zdraví a o zdraví rodinných příslušníků, jako například dětí a prarodičů, způsobit rozhodovat. (Národní síť podpory zdraví, 2014, s. 3). Osoba, která má odpovídající úroveň zdravotní gramotnosti, je mnohem schopnější v porozumění, tlumočení informací i v kritickém myšlení (Kendir et al, 2020, s. 5). Znalostí problematiky o ZG dochází k eliminaci nežádoucích zdravotních výsledků, počtu hospitalizací a akutních návštěv pohotovostní služby (Dingová a Jakubcová, 2011, s. 34). Proto zlepšení zdravotní gramotnosti je mocným nástrojem pro rozvoj nového typu vztahu mezi jednotlivci a zdravotnickým systémem, což je další přínos jak pro jednotlivce, skupiny tak i pro zdravotnictví. (Bonaccorsi G., 2016, s. 114). Světová zdravotnická organizace uvádí, že je nutné pečovat o zdraví jednotlivců, protože pokud se zdravotní problémy řeší až v nemocnicích, je zdravotní systém málo účinný, a tudíž i zbytečně nákladný (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, s. 5).

V projektu „Zdravotní gramotnost u dospělých“ jsou popsány konkrétní vědomosti a schopnosti člověka, které by měl mít dospělý člověk ve věku od 25let – 65 let, aby byl schopen

své zdraví pozitivně ovlivnit. Při členění a definování byl využit model Světové zdravotnické organizace. Obsahem je rozdělení ZG do 3 oblastí:

- Oblast podpory zdraví, kam spadají potřebné kompetence životního stylu (výživa, tělesná aktivita, denní režim, vnitřní (duševní) pohoda, návykové chování, a péče o prostředí (domácnost, instituce, veřejný prostor)
- Oblast prevence nemocí: do které patří přístup k medicíně založené na důkazech, ale také prevence infekčních, neinfekčních chorob a úrazů
- Oblast zdravotní péče, kam spadají kompetence z ošetrovatelské péče a neodkladné první pomoci.

Pro úspěšné uplatnění zdravotní gramotnosti v každodenním životě, lze využít jednoduchý postup a to: chci- umím- mohu

- Chci- každý člověk by měl mít určitý stimul (zájem) o podporu svého zdraví a zdravotní gramotnosti.
- Umím- člověk by měl kromě motivace přispět svými znalostmi, které jsou přiměřené jeho věku a dostatečné, ke správnému rozhodnutí. Důležité informace by měl umět vyhledat, snažit se je pochopit a použít je v případných situacích. Následně by měl být schopen jednat podle těchto informací a znalostí v běžném životě každý den
- Mohu- podmínky které jedinci umožňují uplatnit své vědomosti, způsobilosti a zájmy v každodenním životě (Národní síť podpory zdraví, 2016, s.4).

#### Definice zdravotní gramotnosti

Před definováním zdravotní gramotnosti je nutné zmínit gramotnost samotnou. Pojem gramotnost v minulosti znamenal být obeznámený s literaturou, nebo být vzdělaný. Později pak být znalý a vzdělaný v určité oblasti. V 19. století se vyznačuje jako schopnosti číst a psát (Sørensen et al., 2012, s.1). Nutbeam však udává, že gramotnost je důležitý, ale složitý koncept. Obecně uznává, že má dva charakteristické prvky: první založen na úkolech a druhý založen na dovednostech. Gramotnost založená na úkolech se zaměřuje, nato do jaké míry může člověk provádět klíčové úkoly v oblasti gramotnosti, jako je čtení základního textu a napsání jednoduchého prohlášení. Gramotnost založená na dovednostech se zaměřuje na znalosti a dovednosti, které musí mít dospělý, aby mohl zmíněné úkoly plnit (například od základního rozpoznání slov až po složitější vyvozování závěrů ze souvislého textu). Tyto základní dovednosti pak lidem umožňují lépe rozvíjet znalosti, zlepšovat potenciál dosažení cílů a tím se lépe zapojit do společnosti, a to jak ekonomicky, tak i společensky (Nutbeam, 2009, s. 303).

Pojetí zdravotní gramotnosti je považováno za faktor velkého vlivu. Původně byla definována jako schopnost čtení, psaní a numerické dovednosti v oblasti zdraví. Nyní je však považována za vícerozměrný koncept a celosvětově existuje mnoho definic o zdravotní gramotnosti. Pojem zdravotní gramotnost byl poprvé použit Simondsem v roce 1974 ve sborníku konference výchovy ke zdraví. Od té doby se zájem o zdravotní gramotnost a její definice a měření výrazně zvýšil. Později už není ZG definována jen jako dovednosti v oblasti zdraví, ale prohlubuje se její význam, jak o schopnost získávat, zpracovávat a porozumět zdravotním informacím tak i o služby potřebné ke správnému rozhodnutí ve zdravotnictví, které jsou potřebné pro zlepšení zdraví (Frisch et al., 2011, 117-118). V roce 1998 Světová zdravotnická organizace definovala zdravotní gramotnost jako kognitivní a sociální dovednost, která určuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup k informacím, porozumět jim a používat je způsobem, který podporuje udržení dobrého zdraví (Sørensen et al., 2017, s. 5). Zdravotní gramotnost tedy znamená schopnost porozumět, vyhledávat a používat informace, nástroje a služby, které jsou spojeny se zdravím při kontrole nad svým zdravím. (Hamplová, 2019, s. 89). Oproti tomu v roce 1999 American Medical Association definovala zdravotní gramotnost jako soubor dovedností a schopností používat základní čtenářské a numerické úkony, které jsou potřebné pro fungování v prostředí zdravotní péče. Ve Spojených státech amerických byla zdravotní gramotnost skupinou Health people 2010 také definována jako míra, do jaké mají jednotlivci schopnost získat, zpracovat a pochopit základní informace o zdraví a o službách, které jsou potřebné k příslušnému rozhodování ve zdravotnictví. V roce 2002 Fok a Wond zdůraznili důležitost individuální autonomie v jejich definici a poznamenali, že zdravotní gramotnost znamená porozumět fyzickým a psychosociálním činnostem a následně podle toho jednat. Také být schopen jednat s lidmi a vyrovnat se se změnami, mít přiměřenou autonomii, takovým způsobem, aby bylo dosaženo úplné fyzické, duševní a sociální pohody. V roce 2004 Institute of Medicine navrhuje, aby zdravotní gramotnost byla sdílená funkce sociálních a individuálních faktorů, která vyplývá z interakce dovedností jednotlivců a požadavků sociálního systému. ZG je tedy definována jako schopnost jednotlivců získávat, zpracovávat a porozumět základním zdravotním informacím a službám nezbytných pro vhodné rozhodování se ve zdravotnictví. Podobně Kickbusch a Maag navrhují definici ZG jako schopnost činit zdravá rozhodnutí v oblasti zdraví v kontextu každodenního života - doma, v komunitě, na pracovišti, ve zdravotnictví, na trhu a na politické scéně. Je to strategie pro posílení postavení, která zvyšuje kontrolu lidí nad jejich zdravím, schopnost vyhledávat informace a schopnost převzít odpovědnost. Kwam a kol. poskytují podobnou definici, která odkazuje na schopnost lidí vyhledávat, porozumět, hodnotit a předávat informace, tak aby se zapojili do různých



životních kontextů na podporu zdraví v průběhu celého života. Kwam et al. dále zdůrazňuje význam zapojení se a vybavení všech stran zapojených do komunikace a rozhodování o zdraví, včetně pacientů, poskytovatelů, pedagogů zdraví a laiků. Tuto definici doplňuje Zarcadoolas, Pleasant a Greer's a definují zdravotní gramotnost jako širokou škálu dovedností a kompetencí, které lidi rozvíjejí, aby vyhledávali, porozuměli, hodnotili a využívali informace a koncepce zdraví, aby se mohli informovaně rozhodovat, snižovat zdravotní rizika a zvyšovat kvalitu života (Sørensen et al., 2017, s. 5-7). Jelikož existuje mnoho odlišných definic o zdravotní gramotnosti Sørensen provedl výzkum týkající se této problematiky. Ve studii provedl výzkum 17 definic, přičemž odvodil, že společným znakem všech zkoumaných definic je důležité se zaměřit na individuální schopnosti člověka získávat, chápat a zpracovávat informace o zdraví a o službách potřebných k přijetí vhodných rozhodnutí v oblasti zdraví. Navrhuje tedy definici: zdravotní gramotnost je spojena s gramotností a vyžaduje znalosti, motivaci a schopnosti lidí získat přístup, porozumět, hodnotit a používat informace o zdraví, aby mohli v každodenním životě činit úsudky a přijímat rozhodnutí týkající se zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví za účelem udržení nebo zlepšení kvality života během životního cyklu (Sørensen et al., 2012, s. 1-13). Ačkoliv definice naznačují, že zdravotní gramotnost je vícerozměrný, komplexní heterogenní jev, mohou popisovat různé aspekty stejného jevu (Kendir, 2020, s. 3).

### Modely zdravotní gramotnosti

Modely zdravotní gramotnosti slouží k jednoduššímu pochopení komponentů zdravotní gramotnosti. Mezi nejčastěji zmiňovaný model zdravotní gramotnosti patří model od Nutbeam. Vznikl v roce 2000 a lze ho rozdělit do 3 úrovní – funkční, interaktivní a kritické zdravotní gramotnosti.

- Funkční zdravotní gramotnost – je zaměřena na výchovu ke zdraví, která spočívá v poskytování informací o rizikových faktorech a orientaci ve zdravotnickém systému. Cílem je vést lidi ke zdraví a prohlubovat u nich tak znalosti spojené se zdravím (Holčík, 2010, s. 159). Nutbeam uvádí, že základní dovedností v oblasti funkční zdravotní gramotnosti je možnost lidí lépe rozvíjet své znalosti a zlepšovat potenciál k dosažení osobních cílů, čímž se více zapojí do společnosti, a to jak ekonomicky, tak i sociálně. (Nutbeam, s. 303, 2009). Aby se mohla funkční zdravotní gramotnost lépe šířit, slouží k tomu například formuláře informovaných souhlasů, informační letáky, nebo také příbalové informace u léků (Rademkers, 2018, s. 1)

- Interaktivní zdravotní gramotnost- je rozvíjena vzdělávacími zařízeními a zdravotníky (Hamplová, 2019, s. 89). Zdravotničtí pracovníci by však měli být jako konzultanti. Přínosem je zejména samostatnost lidí jednat za sebe, spíše se snažit u nich posilovat motivaci a odpovědnost za dodržování pokynů od zdravotníků (Holčík, 2010, s. 159).
- Kritická zdravotní gramotnost- je zaměřena na schopnosti vystupování a působení jednotlivců. Smyslem je, aby se podíleli na vytváření zdravotně přijatelného sociálního prostředí. Zahrnuje tedy schopnosti lidí orientovat se ve zdravotnických informacích, které jsou obsaženy v médiích, nazýváno jako mediální gramotnost (Hamplová, 2019, s.89). Je tedy důležité, aby lidé byli schopni navrhnout a posoudit opatření, která ovlivňují sociální, ekonomické a další determinanty zdraví a životní prostředí (Holčík, 2010, s.160).

Freedman uvádí další model zdravotní gramotnosti v oblasti veřejného zdraví, který obsahuje 3 rozměry ZG a každý obsahuje různé kompetence:

- Koncepční základy: zde jsou zahrnuty informace, které jsou potřebné k porozumění a jednání ve veřejném zdraví. Jednotlivci nebo skupiny by měli umět prokázat schopnost diskutovat o konceptech veřejného zdraví.
- Kritické dovednosti: zahrnují nezbytné dovednosti, které jsou potřebné k získávání, zpracovávání, vyhodnocování a jednání informací o veřejném zdraví, tak aby občané činili správná rozhodnutí v oblasti veřejného zdraví, které jsou prospěšné pro komunitu. Jednotlivec nebo skupina by měli umět získat, hodnotit a využívat informace o veřejném zdraví z různých zdrojů.
- Občanská orientace: jejím obsahem jsou dovednosti a zdroje, které jsou potřebné pro řešení zdravotních problémů prostřednictvím občanského zapojení. Jednotlivec nebo skupina by měli být schopni vyjádřit, řešit, vyhodnotit a sdělit problémy veřejného zdraví prostřednictvím občanských akcí (Freedman et al., 2009, s. 448).

Významný model zdravotní gramotnosti uvedlo Americké ministerstvo zdravotnictví, které dělí zdravotnické informace do tří základních skupin:

- Osobní zdravotní dimenze – jsou to informace, které napomáhají jedinci k ochraně, upevňování zdraví a rozhodování se ve zdravotnickém systému.
- Zdravotní dimenze – informace sloužící zdravotnickým pracovníkům ke zvyšování kvality a hospodárnosti při poskytování zdravotních služeb.

- Populační dimenze – obsahem jsou informace pro širokou veřejnost, zde jsou zahrnuty údaje o stavu populace a jejich zdraví, dále pak determinanty zdraví a možnosti, jak zlepšit zdraví (Holčík, 2010, s. 162).

## 2.1 Zdravotní gramotnost dospělé populace

S vývojem vědy a techniky vzniká ve zdravotnictví spousta nových informací, které ovlivňují náš každodenní život, proto je důležité, abychom si v relativně krátkém čase a v určité kvalitě nově vzniklé informace osvojovali, abychom mohli optimálně fungovat v každodenním životě (Dingová a Jakubcová, 2011, s. 34). V dnešní moderní společnosti a složitém zdravotnickém systému jsou lidé stále více vyzýváni k tomu, aby svůj osobní i rodinný život vedli zdravým životním stylem, který podporuje zlepšení zdraví, což je velice obtížné i pro vzdělané lidi (Kickbusch et al., 2013, s.1). Většina lidí totiž tímto stylem nežije. Dokazuje to vysoká spotřeba cigaret, alkoholu, výskyt drogově závislých, nesprávné stravování a s tím spojené vysoké procento obézních lidí (Holčík, 2014, s. 143). To vše svědčí o nízké úrovni zdravotní gramotnosti, která vede k vyššímu výskytu život ohrožujících stavů, celkově horšímu zdravotnímu stavu, následně k hospitalizacím a finančním ztrátám ve zdravotnickém systému (Kickbusch et al., 2013, s.1). Zdravotní gramotnost tedy nemá pouze osobní význam pro každého člověka, ale je také ekonomickým přínosem pro celou populaci (Kaas et al., 2016, s. 250). Ze studie provedené v USA vyplývá, že celkové sociální náklady spojené se špatnou zdravotní gramotností mohou ročně činit až 50 miliard dolarů. Aby nedocházelo k takto finančním ztrátám, je zapotřebí zvyšovat úroveň zdravotní gramotnost u lidí, a to nejen v dodržování jejich terapie, ale také zlepšovat rozvoj vztahu mezi jednotlivcem a zdravotním systémem (Bonaccorsi et al., 2016, 117). Ve zdravotní péči je kladen důraz na to, aby se pacient aktivně podílel na péči o zdraví a nebyl pouze pasivním příjemcem. Proto k dosažení této skutečnosti je potřebné, aby měl pacient dostatečné znalosti a dovednosti, které slouží k efektivní spoluúčasti na odpovědnosti za své zdraví (Kaas et al., 2016, s. 250).

Stále více zemí hodnotí a monitoruje zdravotní gramotnost svých občanů. Například v roce 2003 bylo zjištěno, že 14 % dospělých Američanů má nízkou zdravotní gramotnost, v roce 2006 byl proveden výzkum v Austrálii, kde 60 % dospělých Australanů mělo nízkou zdravotní gramotnost. Výsledky u Čínské populace z roku 2012 ukazují, že 90 % má nízkou, nebo nedostatečnou úroveň zdravotní gramotnosti (Liu et al., 2018, s. 2).

Z Evropského průzkumu (2009-2012) kam bylo zařazeno 8 zemí (Rakousko, Bulharsko, Německo, Řecko, Irsko, Nizozemsko, Polsko a Španělsko) je dokazatelné, že 47,6 % populace vykazuje omezenou, nebo nízkou zdravotní gramotnost. Nejlepší úroveň zdravotní gramotnosti byla zjištěna v Nizozemsku, naopak nízká v Bulharsku. Z výsledků je dále zřejmé, že v každé zemi je omezená úroveň zdravotní gramotnost ovlivněna zranitelnou skupinou. Do této skupiny jsou zařazeni lidé, kteří jsou chronicky nemocní, mají různou úroveň vzdělání a mají

různé sociální postavení. Nejsilnější prediktor nízké zdravotní gramotnosti je však finanční deprivace (Sørensen et al, 2015,1053-1057).

V České republice byl proveden výzkum na přelomu roku 2014/2015. Zdravotní gramotnost byla zjišťována ve třech oblastech, a to ve zdravotní péči, v prevenci nemocí a v podpoře zdraví. Z výsledků je dokazatelné, že zdravotní gramotnost v Česku je nízká. Z 1037 respondentů vykazovalo 60 % populace neadekvátní, nebo problematickou úroveň. V oblasti prevence nemocí 54,1 %, u podpory zdraví 64,1 %. Pouze u orientace v oblasti zdravotní péče převažoval lehký nadprůměr a to 50,5 % (Šimůnková et al., 2015, s. 34).

### **Faktory ovlivňující zdravotní gramotnost**

Zdravotní gramotnost je ovlivnitelnou determinantou zdraví (Liu et al., 2018, s. 2). S ohledem na mnoho proběhlých populačních studií je dokazatelné, že úroveň zdravotní gramotnosti je ovlivnitelná několika faktory a to: pohlavím, věkem, úrovní dosaženého vzdělání, příslušností k etnické menšině, či ekonomickým a sociálním postavením. Zmíněné faktory buď efektivně, nebo neefektivně ovlivňují zdravotní gramotnost a celkový zdravotní stav jedinců (Duplaga, 2020, s. 2).

#### **a) Pohlaví jako faktor ovlivňující ZG**

Islámská studie (2015) se zabývala tím, jak úroveň zdravotní gramotnosti souvisí s pohlavím. Ve věku 18-60 let se studie zúčastnilo 8439 respondentů, z nichž 47 % byli muži a 53 % ženy. Většina zúčastněných žen byly ženy z domácnosti, jen malé množství mělo trvalé zaměstnání. Bylo zjištěno, že muži mají výrazně vyšší zdravotní gramotnost než ženy (92,4 % u mužů a 86,4 % u žen). Důvodem tohoto rozdílu bylo, že muži měli lepší přístup ke zdravotním informacím ze svého zaměstnání a měli více finančních prostředků na zdravotní péči než ženy. Ty, které v domácím prostředí měly přístup pouze k informacím z médií, které vedou ke špatné orientaci ve zdravotnickém systému a následnému vyhledávání zdravotní péče (Haghdoost et al., 2019, s. 828-834). Naopak z Francouzské studie (2018) je dokazatelné, že se ženy lépe orientují v systému zdravotní péče a je pro ně snadnější vyhledávat zdravotní informace. Jako zdůvodnění lze uvést to, že se ženy více zajímaly o zdraví než muži. Ženy častěji vyhledávaly léčbu a navštěvovaly tak lékaře, který jim poskytoval podrobné vysvětlení (Rouquette et al., 2018, s. 9).

#### b) Věk jako faktor ovlivňující ZG

Z Německé studie, kde byli lidé rozděleni do různých věkových skupin je prokazatelné, že omezená úroveň zdravotní gramotnosti se zvyšuje s věkem. Dle věku byli lidé rozděleni do čtyř skupin. U respondentů ve věku pod 29 let mělo 47,3 % omezenou zdravotní gramotnost, v rozmezí 30-45 let 47,2 %, ve věku 46-64 let 55,2 % a u lidí ve věku nad 65let dosahoval výsledek 66,4 %. Z výsledků studie vyplynulo, že mezi všemi věkovými skupinami byla omezená funkční zdravotní gramotnost, nízký sociální status a vysoká návštěvnost lékaře spojena s nízkou úrovní ZG. Po dokončení studie bylo navrženo, aby zdravotní gramotnost byla více zaměřena na tyto rizikové skupiny (Berens, 2016, s. 1-8). Příčinou nižší úrovně zdravotní gramotnosti spojené s věkem může být pokles fyzických a duševních schopností člověka. Dále pak omezené činnosti a rychlejší kognitivní pokles rostoucí s věkem (Rikard, 2016, s. 2).

#### c) Vzdělání jako faktor ovlivňující ZG

Vzdělanější lidé mají lepší sociální postavení, znalosti, dovednosti a následně i zdraví. Úroveň dosaženého vzdělání se promítá do lepších celkových zdravotních výsledků a vyšší úrovně zdravotní gramotnosti (Rikard, 2016, s. 2).

Ve studii provedené za účelem kvality života v Maďarském městě Nyíregyháza byl proveden výzkum vztahující se na úroveň dosaženého vzdělání. Do studie bylo zahrnuto 389 dospělých osob starších 18 let. Dosažené vzdělání se pohybovalo od nízkého po vyšší např. doktorský titul. Lidé byli rozděleni do tří kategorií základní, střední a vyšší vzdělání. Z výsledku studie je dokazatelné, že nižší úroveň vzdělání vykazuje nižší úroveň zdravotní gramotnosti (Erdei, 2018, s. 405-409).

Jednotlivci s nižším vzděláním mají často nezdravý životní styl (kouření, špatná strava, nedostatek fyzické aktivity, obezita) než ti, kteří mají vyšší úroveň vzdělání. Health Literacy Questionnaire (HLQ) byl proveden v Dánsku za účelem zjistit, zda zdravotní gramotnost má souvislost mezi dosaženým vzděláním a zdravím. Studie se zúčastnilo 29 473 respondentů. Byly použity dvě škály o zdravotní gramotnosti a) dostatečné porozumění zdravotním informacím, aby věděli, co dělat, b) schopnost aktivně spolupracovat s poskytovateli zdravotní péče. Výsledky studie ukázaly, že nízkou úroveň vzdělání mělo 18,6 % respondentů, 17,6 % kouřilo, 18,9 % bylo fyzicky neaktivních, 12,3 % mělo špatné stravování a 15,6 % bylo obézních. Zdravotní gramotnost obecně a schopnost porozumět informacím zejména vztah mezi dosaženým vzděláním a zdravím se vztahuje na fyzickou neaktivitu (20 %), špatné stravování (13 %) a obezitu (16 %). Znalosti o zdravotní gramotnosti skutečně fungují jako zprostředkovatelé vztahu mezi vzděláním a zdravím (Friis et al, 2016, s. 54-56).

Wang et al. (2013) zkoumali vztah mezi zdravotní gramotností a vzděláním v různých životních dovednostech u Holandských dospělých. Adult Literacy and Life Skills Survey (ALL) byla provedena u 5 136 respondentů ve věku od 25 let do 65 let. Proměnou v této studii byl zdravotní stav (subjektivní hlášení zdraví, fyzické a duševní zdraví), úroveň dosaženého vzdělání a zdravotní gramotnost. Výsledky studie o zdravotním stavu se pohybovaly od 12 % do 65,4 % pro fyzické zdraví a od 11,3 % do 70,5 % pro duševní zdraví, přičemž průměrné skóre bylo nad dobrým zdravím. U zdravotní gramotnosti značná část respondentů prokázala špatnou, nebo velmi špatnou zdravotní gramotnost (43,4 % a 10,6 %), což ukazovalo, že čím vyšší je úroveň vzdělání, tím vyšší je podíl respondentů, kteří dosáhli přiměřené a dobré úrovně zdravotní gramotnosti. Dále studie dokázala, že čím nižší úroveň vzdělání, tím nižší úroveň zdravotní gramotnosti respondenta. Vzdělanější lidé měli více dovedností v oblasti ZG, lepší hlášení zdravotního stavu, zatímco nižší vzdělání bylo spojeno s horším uváděním zdravotního stavu uváděným na vlastní kůži i pro fyzické a duševní zdraví. Celkově výsledky dokazují, že zdravotní gramotnost částečně zprostředkovává souvislost mezi nízkým vzděláním a špatným zdravotním stavem. Zlepšení zdravotní gramotnosti jako takové může být užitečnou strategií pro snižování rozdílů ve zdraví souvisejících se vzděláním (Wang et al., 2013, s. 172-179).

d) Příslušnost etnické menšiny jako faktor ovlivňující ZG

V Nizozemské studii za pomoci dotazníku HLQ (Health Literacy Questionnaire) a definice WHO o zdravotní gramotnosti bylo porovnáváno, jaká je úroveň zdravotní gramotnosti dospělé etnické menšiny v oblasti zdraví s porovnáním s domorodou populací. Ve studii se porovnávala návštěvnost etnika u praktického lékaře. Nejčtenější etnickou menšinou v Nizozemsku jsou lidé z Maroka, Turecka, Surinamu a Nizozemských Antil. Do studie bylo zahrnuto 974 respondentů. Rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti byly zjištěny pouze mezi Tureckou populací a Holandskými (domorodými) obyvateli a to proto, že se turečtí lidé špatně orientovali v systému zdravotní péče, měli problémy se čtením, vyhledáváním a porozuměním zdravotním informacím. Studie také zjistila, že etnická menšina navštěvuje praktického lékaře o 33 % častěji než Holanďané. U ostatních etnických menšin nebyly zjištěny žádné rozdíly (Gaag et al., 2017, 1-8).

e) Sociálně - ekonomický stav jako faktor ovlivňující ZG

Výzkumy dokazují, že úroveň zdravotní gramotnosti je spojena s finanční nerovností. Lidé, kteří mají nižší příjem mají také horší zdravotní výsledky a také nižší zdravotní gramotnost (Mantwill et al., 2015, s.2). Nigérie, která je známá pro velkou chudobu je jednou

ze zemí, která dokazuje, že socioekonomický status ovlivňuje úroveň zdravotní gramotnosti. Dokazuje to hlavně předčasná úmrtnost, která je v průměru 52 let. Lidé žijící v této zemi trpí chudobou a nízkým vzděláním. Tito lidé mají problém s porozuměním informací ve využití preventivních služeb, neumí popsat své obtíže, zvyšuje se u nich nemocnost, často navštěvují lékaře a jsou hospitalizováni. Tímto se pak zvyšují výdaje na zdravotní péči a dochází k ekonomickým ztrátám. Nezbytným řešením je vyvinout strategie a programy, které zajistí, aby Nigérijcům byla poskytnuta pomoc v oblasti negramotnosti (Adekoya, 2015, s. 112-113).

Cílem studie provedené ve Florencii bylo zjistit, zda funkční zdravotní gramotnost má vliv na vztah sociálně-ekonomického faktoru a zdravotní stav dospělé populace. Studie Neweast Vital Sign-Italian (NVS-IT) se zúčastnilo 452 respondentů. Pro studii byly zvoleny následující proměnné: věk, přítomnost chronického onemocnění, pohlaví, úroveň vzdělání finanční stav a subjektivní hodnocení zdraví. Položka finančního stavu byla hodnocena na základě dotazu (zda příjem je dostačující na pokrytí měsíčních životních nákladů). Dle výsledku byly odpovědi rozděleny do kategorií- více než adekvátní, adekvátní, stěží adekvátní, nedostačující. 69,9 % uvádělo příjem adekvátní, nebo více než adekvátní na pokrytí měsíčních výdajů. Z výsledku studie je dokazatelné, že účastníci s neadekvátním příjmem měli horší poměr neadekvátní nebo rizikové zdravotní gramotnosti ve srovnání s těmi, kteří uváděli adekvátní, nebo více než adekvátní v poměru 1, 28 - 3, 21. Funkční ZG tedy může sloužit jako cesta, kterou sociálně-ekonomický stav ovlivňuje status zdravotní. Zdravotní gramotnost může být cenný a použitelný meziprodukt pro řešení nerovností v oblasti zdraví, k tomu je však zapotřebí dalších studií (Lastrucci et al., 2019, s. 1-6).



## **2.2 Pracovní kompetence všeobecných sester v subvenci zdravotní gramotnosti**

Zdravotní gramotnost se vztahuje nejen na dovednosti a schopnosti pacientů, ale také na osoby poskytující zdravotní výchovu a péči, včetně všeobecných sester (Foster et al., 2016, s. 433) V populaci zdravotníků mají největší zastoupení, a proto jsou to právě ony, kdo se výrazně podílí na zvyšování zdravotní gramotnosti laické veřejnosti a pozitivně tak ovlivňují systém péče, tím že v něm realizují změny a zlepšují kvalitu zdravotní edukace. To je bráno jako účinný nástroj, pomocí kterého sestry lidem efektivně napomáhají pečovat o zdraví a zlepšovat tak jejich celkový zdravotní stav. Podmínkou však je, aby všeobecné sestry byly kompetentní jak v oblasti sociální, tak v oblasti emocionální, dále aby byly vybaveny dovednostmi, jako je komunikativnost, empatie, uměním edukovat pacienta na základě individuálních potřeb a aby byly ochotné pacientovi věnovat dostatek času (Kaas et al, 2016, s. 250-251). Důležitou roli mají zejména ve vzdělávání pacientů. Ovlivňují tak dopad na omezenou zdravotní gramotnost tím, že hodnotí pacienty z hlediska překážek ve čtení, edukují je a hodnotí jejich porozumění v získaných informací. Všeobecné sestry musí mít dovednosti aplikovat principy zdravotní gramotnosti na písemné zdroje vzdělávání pacientů. Aby však sestra v roli vychovatele mohla úspěšně vytvořit čitelně psaný zdroj pro vzdělávání pacientů, je potřeba aplikovat i klinické znalosti (Foster et al., 2016, s. 433-434). Podpora zdravotní gramotnosti v ošetrovatelství opravdu existuje, bohužel ne vždy je potenciál tohoto konceptu sestrami plnohodnotně využíván. Edukace pacientů je víceméně v rukou sester, ale i tak jsou někdy v ošetrovatelské profesi nedostatky podvědomí o problematice zdravotní gramotnosti, proto je důležité i sestry v tomto směru vzdělávat, neboť je to označováno jako správný směr k dosažení pozitivních výsledků ve zdraví lidí (Kaas, 2016, s. 251).

Pro podporu zdraví jedinců je důležité znát i zdravotní gramotnost všeobecných sester, jelikož osvojené projevy a chování zdravotnického personálu v oblasti zdravého životního stylu mohou motivovat pacienty ke zlepšení jejich zdraví. Sestry proto musí klientům (nemocným) poskytovat dostatečné informace, které vedou k prevenci nemocí a podpoře zdraví (Goggins et al. 2016, s. 4). Coskun ve své studii zjišťoval jaký je vliv kurzů podpory zdraví na rozvoj zdravého životního stylu u studentů všeobecných sester a jestli jsou schopni určit kvalitu informací získaných z internetu. Do studie bylo zahrnuto 133 studentů, kteří tento kurz absolvovali. Po proběhnutí kurzu byla zhodnocena změna chování ve zdravém životním stylu. Z výsledků studie vyplývá, že 63,9 % studentů je schopno určit, zda informace nalezené na internetu jsou vysoce kvalitní nebo ne. Informace uvedené na internetu jsou pro jednotlivce

nebezpečné, jelikož nejsou spolehlivé. Z tohoto důvodu je důležité zlepšit schopnost jednotlivců pochopit a využít zdravotní informace nalezené na internetu. Ošetřovatelé musí být znalí v informacích o zdraví nalezených na internetu, aby podporovali pacienty a jejich rodiny. Zdravotničtí pracovníci jsou bráni jako zdatnější v pozitivním chování než ostatní lidé v oblasti zdravého životního stylu, proto je od všeobecných sester očekáváno, že budou pro pacienty vzorem a povedou pacienty k prevenci nemocí a podpoře zdraví. Je důležité znát úroveň zdravotní gramotnosti sester, neboť sestry by měly být schopny posoudit a vyhodnotit zdravotní informace. Je dokazatelné, že díky účasti zdravotníků na kurzech zaměřených na podporu zdraví, jedinci s vysokou zdravotní gramotností mají pozitivní výsledky na zdravotní chování. (Coşkun et. al., 2019, s. 52-58).

Úlohou zdravotnického týmu je, aby pacientovi byly dostatečně a srozumitelně podány informace a aby měl potřebné zdroje ke svému rozhodování. Všeobecné sestry by však k informovanosti pacientů měly používat osvědčené postupy v oblasti zdravotní gramotnosti pomocí ústních a písemných komunikačních strategií založených na důkazech. Pokud všeobecná sestra u pacientů provádí základní všeobecná preventivní opatření a metody zpětného učení dochází ke zlepšení výsledků souvisejících s nízkou zdravotní gramotností. Sestry by s každým pacientem, na základě sdělování informací, měly jednat tak, jako kdyby měl nízkou úroveň zdravotní gramotnosti. Pacienti bez ohledu na svou úroveň oceňují přímou komunikační taktiku. Dodržování všeobecné gramotnosti v oblasti zdraví znamená používat různé nástroje k zajištění toho, aby písemná a ústní komunikace byla jasná, stručná a snadno srozumitelná. Komunikace jsou používány ve spojení s vhodnými písemnými strategiemi a obojí je sledováno metodou zpětného učení. Důležitou součástí ve sdělování informací je však používat jednoduchý jazyk bez lékařského žargónu, tak aby tomu pacient porozuměl. Součástí je mluvit pomalu, bez spěchu a začít s hlavními cíli. Během rozhovoru pacienta vybízet k případným otázkám. Klíčové zprávy je nutné opakovat tak, aby si je pacient dokázal zapamatovat. Komunikace může být obohacena také písemnou formou v prostém jazyce s omezením maximálně na tři hlavní body s obrázky, které odpovídají textu. Poté dochází k pobídnutí pacienta sestrou, aby vysvětlil, jak všemu porozuměl. Pokud pacient podává chybnou zpětnou vazbu, je na všeobecné sestře, aby tyto chyby u pacienta opravovala, dokud je nepochopí správným způsobem (Ballard et al., 2016, s. 232-234).

Nedílnou součástí v péči o pacienta kromě vzdělávání pacientů a efektivní komunikace je také podvědomí pacienta o zdravotní gramotnosti. Dicknes et al. se ve své studii zabývali tím, jak všeobecné sestry umí odhadnout úroveň zdravotní gramotnosti pomocí testu NVS (Newest vital sing). Do studie bylo zahrnuto 30 sester a 65 pacientů starších 18 let. Výsledkem

studie bylo, že všeobecné sestry nesprávně vyhodnotily pacienty s nízkou zdravotní gramotností. V důsledku přeceňování úrovně pak může docházet k nesprávnému způsobu komunikace sestry s pacientem a následně i k nepochopení informací, které mu byly podány (Dicknes, et al., 2013, s. 62-69). V Íránské studii byly zkoumány znalosti a praktické zkušenosti íránských registrovaných sester v oblasti zdravotní gramotnosti. Health Literacy Knowledge Experience Survey (HL-KES) byl proveden u 19 registrovaných sester pracujících v Teheránu. Test se skládal ze tří částí: část 1- demografie (7 položek), část 2- znalost v oblasti zdravotní gramotnosti (26 otázek) v pěti oblastech (1. základní fakta o ZG, 2. důsledky spojené s nízkou ZG, 3. Screening ZG, 4. pokyny pro písemné zdravotnické materiály, 5. hodnocení intervencí v oblasti ZG) a část 3 zkušenosti se ZG (osmi bodová stupnice pro měření účasti sester na činnostech souvisejících se ZG). Pro dokončení tohoto průzkumu je potřeba cca 15 min. Procento správných odpovědí na pět otázek zahrnutých v této oblasti se pohybovalo mezi 18, 4 % a 40, 2 %. Ačkoli 74 (38, 9 %) účastníků znalo definici funkční zdravotní gramotnosti a skutečnost, že omezená zdravotní gramotnost je nejčastější u osob starších 65 let, pouze 40 (21, 1 %) účastníků si bylo vědomo, že zdravotní gramotnost je lepším ukazatelem zdraví než úroveň vzdělání. Důsledky související s omezenou zdravotní gramotností. 105 (55, 3 %) účastníků vědělo o některých důsledcích omezené zdravotní gramotnosti, jako je například zpoždění diagnostiky a méně možností léčby, 125 (65, 8 %) nevědělo, že by lidé s omezenou zdravotní gramotností nemuseli mít zájem o účasti na preventivních zdravotních opatřeních. Zejména 166 (87, 4 %) účastníků nevědělo o běžném chování, které lidé projevují tak, že se vyhýbají stigmatizaci spojené s tím, že jsou známí jako osoby s omezenou zdravotní gramotností. Například lidé předstírají, že čtou písemné zdravotnické materiály za přítomnosti poskytovatelů zdravotní péče, i když nejsou schopni písemnému dokumentu porozumět. Většina účastníků neodpověděla správně na otázky týkající se screeningových nástrojů zdravotní gramotnosti, Test of Functional Health Literacy (TOFHLLA) a Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) (92, 6 %, respektive 81, 6 %). 56 (29, 5 %) účastníků však uvedlo, že vědělo o alternativních strategiích identifikace lidí s omezenou zdravotní gramotností, a 78 (41, 1 %) mělo znalosti o tom, jak zahájit screening zdravotní gramotnosti u svých klientů. Hodnocení účinnosti intervencí v oblasti zdravotní gramotnosti. Většina účastníků (65, 3 %) neodpověděla správně na otázku zpětné vazby, což je nejučinnější strategie pro stanovení pacientova porozumění po ukončení vzdělávání. Také pouze 77 (40,5 %) účastníků si bylo vědomo, že pacienti mohou odmítnout číst písemné zdravotnické materiály za přítomnosti poskytovatelů zdravotní péče, protože mají potíže s porozuměním písemným zdravotním informacím. Většina účastníků neodpověděla správně na otázky týkající se

následujících oblastí: body, které je třeba vzít v úvahu při poskytování kulturně přijatelných brožur o citlivých zdravotních otázkách (66 %), důležitost používání obrázků pro lepší porozumění psaným zdravotním materiálům pacientem (75,8 %), počet bodů, které mají být začleněny do brožur o specifických nemocech (72, 1 %), formulační strategie při psaní informací o zdravotní péči (80, 5 %), a strategie umožňující pacientům, aby při přípravě písemných informací o zdravotní péči působili jako aktivní studenti (82, 1 %). Z výsledku studie je dokazatelné, že Íránské sestry nemají dostatečné znalosti a zkušenosti týkající se postupů zdravotní gramotnosti. Řešení této otázky je zásadní pro podporu rovnosti ve zdraví (Nesari et al., 2019 s. 268, 270-271).

### **Nástroje pro hodnocení ZG**

Všeobecné sestry hrají rozhodující roli při usnadňování komunikačních procesů spojených s podporou zdravotní gramotnosti. Identifikují překážky v porozumění, zajišťují srozumitelnost a dostupnost zdravotních informací pro pacienty. Dále by se měly přizpůsobovat jazykovým potřebám pacienta, podporovat je v rozhodování ve zdravotnictví a hodnotit jejich porozumění. Díky tomu všeobecné sestry mají velkou možnost v rámci svého profesionálního působení ovlivnit úroveň ZG u pacientů (Speros, 2011, s. 321). K identifikaci úrovně zdravotní gramotnosti pacientů slouží pro zdravotnické pracovníky zavedené, platné a spolehlivé nástroje ZG, které lze použít při hodnocení úrovně zdravotní gramotnosti pacientů. Nejznámější a nejpoužívanější nástroje pro hodnocení ZG jsou TOFHILA, REALM, NVS (Kennard, 2016, s. 119). Všechny testy jsou validní nástroje, které již byly používány k hodnocení funkční zdravotní gramotnosti pacienta ve zdravotnickém prostředí (Frisch et al, 2011, s.119). Test REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine – rychlý odhad gramotnosti dospělých v medicíně) spočívá v přečtení a vyslovení 66 pojmů, které jsou v souvislosti se zdravotnictvím. Na vyplnění testu postačí 3 minuty. V testu TOFHILA (Test of Functional Health Literacy – test funkční zdravotní gramotnosti u dospělých) je uvedeno 17 položek, které obsahují numerické dovednosti a 50 položek, které se týkají porozumění čteného textu (Kučera et al, 2016, s. 234). Pro vyplnění tohoto testu je zapotřebí 22 minut. Test TOFHILA se později upravil na zkrácenější verzi, a to na S- TOFHILA Cílem bylo poskytnout do praxe kratší test, který bude stále praktický, spolehlivý a platný pro měření schopnosti pacientů číst a rozumět věcem, se kterými se běžně setkávají v nastavené zdravotní péči. Od původní verze se v S-TOFHILA setkáme pouze se 4 číselnými položkami a pouze 2 pasáže, které slouží k porozumění čteného textu. K vypracování zkrácené verze postačí 12 minut. Stejně jako TOFHILA tak i test REALM má svou zkrácenou verzi a to REALM-R, který obsahuje místo 66 položek pouze 8 a může být

vypracován do 2 minut. Další hodnotící nástroj ZG se jmenuje NVS-Newest vital sing, obsahuje šesti bodové hodnocení čtení chápání nutričních hodnot na etiketě zmrzliny. K vypracování testu je zapotřebí 3-6 minut. (Collins et al, 2012, s. 600-608). Test vznikl v roce 2005 a často se používá jako nástroj klinického screeningu s vysokou citlivostí k detekci omezené gramotnosti. Na základě počtu správných odpovědí, lze pacienty rozdělit do 3 kategorií a to, pokud pacient odpoví na 4 z 6 otázek správně, je pravděpodobné, mají odpovídající zdravotní gramotnost, 2-3 správné odpovědi znamená omezená zdravotní gramotnost a u 1 správné odpovědi je vysoce omezená zdravotní gramotnost (Ylitalo et al, 2018, s. 2).

Další nástroje pro měření zdravotní gramotnosti lze dle Altina a kol. rozdělit do tří skupin, a to do těch které mají buď objektivní, subjektivní nebo obojí přístup měření.

- **Objektivní měření**

- METER (The Medical Recognition Test) - byl vyvinut ve Spojených státech a je to krátký screeningový nástroj, který obsahuje 40 slov týkající se medicíny a 40 slov bez skutečného významu.
- SAHL-S&E (Health Literacy in Spanish and English populations - zdravotní gramotnost ve španělských a anglických populacích) založen na přístupu rozpoznání slov jak je lze použít s nástrojem REALM. Test spočívá v přečtení 18 lékařských termínů, které je za potřebí spojit s termínem podobného významu. Anglická i španělská verze testu prokazuje korelaci s jiným nástrojem zdravotní gramotnosti. Test je zejména vhodný pro jedince s nízkou zdravotní gramotností.
- Health and financial literacy (nástroj k měření zdraví a finanční gramotnosti) propojení aspektů zdraví a finanční gramotnosti. Zkoumá zdravotní gramotnost pomocí 9 předmětů, které se týkají znalostí zdravotního pojištění, zátěže nemocí a medikačních dovedností.
- CHC-Test (The test to measure critical health competencies - test na měření kritických zdravotních dovedností) spočívá v prezentování 72 položek ve 4 oblastech zabývajících se dovednostmi obsahující porozumění lékařským pojmům.
- Talking Touchscreen (hodnocení dvoujazyčné zdravotní gramotnosti) zaměřuje se na položky, které jsou v souladu s testem TOFHLA.

- **Subjektivní měření**

- MAHL (measure critical health competencies Health Literacy) hodnocení zdravotní gramotnosti jako dynamický konstrukt - setkání pacienta a

poskytovatele, interakce mezi pacientem a zdravotní péčí, práva, povinnosti a informace o zdraví.

- HELMS (The Health Literacy Management Scale) obsahuje 8 stupnic se 4-5 položkami jejichž cílem je posoudit pacienta jako komplex.
- HLS-CH (The Swiss Health Literacy Survey) 127 položek zaměřených na mnoha domén, jako je na příklad řešení problémů, kritické rozhodování aj.
- AAHLS (The All Aspects of Health Literacy) měření funkční, komunikační a kritické zdravotní gramotnosti, za pomoci vzniklého rámce od Nutbeam, obsahuje 14 položek.
- MHLS (Literacy Scale developed in Taiwan) zdravotní gramotnost zachycuje jako vícedoménový konstrukt zahrnující získávání, porozumění a zpracovávání zdravotních informací s podporou zdraví, příznaky onemocnění, diagnostikou a léčbou, které lze použít při rozhodování.

- **Smíšené měření**

- HLSI (The Health Literacy Skills instrument) využívají zdravotní podněty ke skutečnému životu k hodnocení zdravotní gramotnosti jedince se zaměřením na tisk, ústní a kvantitativní vlastnosti vyhledávání informací na internetu.
- HLS-EU (The European Health Literacy Survey-Evropský průzkum zdravotní gramotnosti) obsahuje 47 položek a definuje zdravotní gramotnost EU ve třech oblastech (zdravotní péče, prevence nemocí a podporu zdraví) a čtyřech režimech (přístup, porozumění, vyhodnocení a použití informací o zdraví) (Altin et al., 2014, s. 4-5).

Jelikož existovala pouze Americká a Španělská verze testu TOFHLA, v Dánsku (2007) tento test přeložili tak, aby byl validní pro dánskou populaci, a to i s ohledem na kulturu a systém zdravotní péče. Testu se zúčastnilo 42 pacientů s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN). Test byl přeložen ze Španělské i Americké verze TOFHLA a poté syntetizovány do společného překladu. Pro ověření výsledné Dánské verze byl test přeložen zpět do angličtiny. Dále pak odborná komise porovnávala Americkou TOFHLA společně s Dánskou verzí, zda odráží stejný obsah položek v testu. Ověřený test byl poté předložen vybraným pacientům diagnózou CHOPN, který test podstoupili. Průměrná doba pro dokončení testu byla 18 min, u části čtení 11 min a u numerické 8 min. Odborná komise vyhodnotila, že všech 67 položek v Dánské TOFHLA měřila stejnou zdravotní gramotnost jako verze Americká. Uspokojivá platnost nástroje je považována za spolehlivou, pokud

překračuje hodnotu 0, 7, což dánská verze splňuje, jelikož byla stanovena na 0, 943 (Emtekaer et al., 2015, 573-577).

NVS-HR vznikla z Americké verze NVS za účelem validního testu pro pacienty v chorvatské nemocnici. Pro překlad byl použit postup jazykové validace, zpětný překlad, zhodnocení odbornou komisí a rozhovor s 10- ti respondenty z populace. Testováním ZG u 100 nemocničních pacientů bylo odhaleno, že 58 % pacientů mělo nízkou nebo nedostatečnou úroveň ZG. NVS-HR byl doporučen pro klinické testování pacientů v Chorvatsku (Brangan et al., 2018, s. 1, 11).

## 2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Zájem o zdravotní gramotnost ve všech státech stále roste, avšak ve stávající literatuře neexistuje jednotná definice, liší se zejména ve svém obsahu, ale stále mají podobnou charakteristiku. Ve studiích je nejčastěji uváděna definice Světové zdravotnické organizace, a to kognitivní a sociální dovednost, která určuje motivaci a schopnost jednotlivců získávat přístup k informacím, porozumět jim a používat je způsobem, který podporuje udržení dobrého zdraví. Na základě četného množství definic Sorensen (2012) provedl výzkum, kde odvodil, že společným znakem definic jsou individuální schopnosti člověka získávat, chápat a zpracovávat informace jak o zdraví, tak i o službách potřebných k vhodnému rozhodnutí v oblasti zdraví.

Holčík (2010) udává, že zdravotní gramotnost se dle Nutbeam dělí do 3 úrovní, a to na funkční, interaktivní a kritickou ZG. Funkční se zaměřuje na výchovu ke zdraví, interaktivní na posilování motivace a odpovědnosti u lidí a kritická zahrnuje schopnosti lidí orientovat se ve zdravotnických informacích.

Z dohledaných studií je dokazatelné, že zdravotní gramotnost je negativně ovlivnitelná několika faktory, mezi které lze zařadit mužské pohlaví Haghdoos et al. (2019). Omezená úroveň ZG byla zjištěna u lidí s vyšším věkem Berns (2016), dále pak nízké vzdělání je příčinou nízké úrovně ZG a na tom se shodují Rikard (2016), Erdei (2018) a Friis (2016). Adekoya (2015) a Mantwil (2015) popisují faktor sociálně ekonomického stavu. A posledním faktorem, který negativně ovlivňuje ZG je příslušnost etnické menšiny Gaag (2017). Celkově je dokazatelné, že lidé s nízkou úrovní ZG mají vlivem těchto faktorů často nezdravý životní styl (kouří, špatně se stravují, mají nedostatek fyzické aktivity a jsou obézní), špatně se orientují v systému zdravotní péče, více navštěvují lékaře, zvyšují se výdaje na zdravotní péči a dochází k finančním ztrátám ve zdravotnictví.

Jelikož jsou všeobecné sestry nejvíce zastoupeny ve zdravotnictví a tráví s pacienty nevíce času, je na nich, aby hodnotily úroveň ZG u pacientů a volily u nich správné komunikační metody při sdělování informací. Ballard (2016) udává, sestry by s každým pacientem měly jednat tak, jakoby měl nízkou úroveň zdravotní gramotnosti, jelikož to všichni pacienti bez ohledu na úroveň oceňují a dokáží tak pochopit více sdělených informací. Dle studie od Dicknes et al. (2013) a Nesari et al. (2019) je dokazatelné, že sestry nesprávně identifikují úroveň zdravotní gramotnosti pacientů, tudíž je dokazatelné, že nesprávně používají nástroje k jejímu hodnocení. Bylo by tedy potřebné, aby se i sestry nadále vzdělávaly ve zdravotní gramotnosti, tím že se účastní vzdělávacích kurzů, nebo by měla být zařazena jako předmět do školních osnov.



Mezi nejčastěji používané hodnotící nástroje ZG se řadí TOFHLA, REALM, NVS. Dohledané hodnotící nástroje ZG jsou převážně ve španělském, nebo anglickém jazyce. Emtekaer (2015) a Brangan (2018) některé testy přeložili do jazyka svého státu a vytvořili tak za určitých podmínek platný nástroj pro populaci ve svých zemích. Bylo by tedy dobré, tyto nejpoužívanější nástroje přeložit do více jazyků, aby v jiných státech mohly všeobecné sestry nástroji hodnotit úroveň ZG.

Limitujícím prvkem získaných informací je nedostatek studií a výzkumů v Českém zdravotnictví. Nevýhodou je, že byla dohledána pouze jedna studie, která byla zaměřena na zdravotní gramotnost v ČR. Otázkou však zůstává, zda platnost výsledků studií z odlišných společensko-ekonomických podmínek lze použít v ČR. Kompetence sester se napříč státy liší ať už ve vzdělávání sester či jejich kompetencích. Proto by bylo vhodné získat aktuální informace a výsledky týkající se zdravotní gramotnosti v České republice.

## Závěr

Na základě studií lze konstatovat, že zdravotní gramotnost je důležitý a stále vyvíjející se koncept. Spousta lidí se potýká s chronickými onemocněními, které jsou způsobeny špatným životním stylem. Důsledkem nízké zdravotní gramotnosti populace a výskytu těchto onemocnění dochází k velkým finančním ztrátám ve zdravotnictví. Dospělá populace není zodpovědná pouze za své zdraví, ale také za zdraví svých dětí a rodičů jakožto seniorů. Proto je tedy zapotřebí, naučit lidi pečovat o své zdraví, získávat a pochopit kvalitní informace a poté je správně používat. Z dohledaných studií je dokazatelné, že zdravotní gramotnost je negativně ovlivnitelná několika faktory, a to vysokým věkem, mužským pohlavím, nízkou úrovní vzdělání, sociálním postavením, etnickou menšinou, ale také nízkým finančním zaopatřením. Důsledkem nízké úrovně zdravotní gramotnosti poté dochází ke zvýšené návštěvnosti pohotovostní služby, k častým a opakovaným hospitalizacím, větší úmrtnosti, nezdravému životnímu stylu a většímu výskytu chronicky nemocných. Všeobecné sestry, které tráví s pacientem mnoho času, by měly hrát klíčovou roli ve zvyšování zdravotní gramotnosti u jednotlivců a také by měly umět rozpoznat úroveň zdravotní gramotnosti pacienta, kterou lze identifikovat pomocí zavedených a spolehlivých nástrojů sloužících k její hodnocení. Poté pacienty vhodným způsobem informují o zásadních zdravotních informacích, jako je třeba správnosti užívání léků, instrukce při propouštění z nemocnice, a pod.. Pro edukaci používají vhodné písemné zdroje doplněné obrázky s následnou zpětnou vazbou, kdy je potřeba aby pacient vysvětlil, jak sděleným informacím porozuměl. Pro všeobecné sestry je však důležité se ve strategiích komunikace nadále vzdělávat a využívat vzdělávacích kurzů které jsou zaměřené na tuto problematiku.

Dohledané poznatky lze použít jako vzdělávání pro všeobecné sestry, ale i pro veřejnost. Je důležité, aby zdravotnický personál měl podvědomí o problematice zdravotní gramotnosti a aby dokázal zlepšit zdravotní gramotnost tím, že zjištěné poznatky aplikuje při edukaci pacienta.

## Referenční seznam

ADEKOYA-COLE, Thomas, Oluseun AKINMOKUN, George ENWELUZO, Opeyemi BADMUS a Ekov ALABI. Poor Health Literacy in Nigeria: Causes, Consequences and Measures to improve it. *Nigerian quarterly journal of hospital medicine* [online]. 2015, 25(2), 112-7 [cit. 2020-05-27]. ISSN 01892657.

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), 1-24 [cit. 2020-05-01]. DOI: 10.1186/1471-2458-14-1207. ISSN 14712458.

BALLARD, Deborah. a Jill HILL. The Nurse's Role in Health Literacy of Patients With Cancer. *Clinical journal of oncology nursing* [online]. 2016, 20(3), 232-4 [cit. 2020-05-29]. DOI: 10.1188/16.CJON.232-234. ISSN 1538067X.

BERENS, Eva-Maria., Dominique VOGT, Melanie MESSER, Klaus HURRELMANN a Doris SCHAEFFER. Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC public health* [online]. 2016, 16(1), 1151 [cit. 2020-06-25]. ISSN 14712458.

BRANGAN, Sanja, Martina IVANIŠIĆ, Goranka RAFAJ a Gill ROWLANDS. Health literacy of hospital patients using a linguistically validated Croatian version of the Newest Vital Sign screening test (NVS-HR). *PloS one* [online]. 2018, 13(2), e0193079 [cit. 2020-06-29]. DOI: 10.1371/journal.pone.0193079. ISSN 19326203.

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. 2020-04-15]. DOI: 10.1016/j.jbi.2012.04.001. ISSN 15320464.

COŞKUN, Sabahat a Hatice BEBIŞ. Effects of health promotion courses on development of healthy lifestyle behaviours and e-health literacy in nursing. *Gulhane Medical Journal* [online]. 2019, 61(2), 52-58 [cit. 2020-03-12]. DOI: 10.26657/gulhane.00054. ISSN 13020471.

DICKENS, Carolin, Bruce LAMBERT, Terese CROMWELL a Mariann PIANO. Nurse overestimation of patients' health literacy. *Journal of health communication* [online]. 2013, 18 Suppl 1, 62-9 [cit. 2020-05-30]. DOI: 10.1080/10810730.2013.825670. ISSN 10870415.

DINGOVÁ, Michaela a Tatiana JAKUBCOVÁ. Zdravotná gramotnosť – nový pojem pre ošetrovateľskú prax. *Ošetrovateľstvo* [online]. 2011, 1(1), 34-41 [cit. 2018-12-10]. ISSN 1338-6263. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvo.eu/archiv/2011-rocnik-1/cislo-1/zdravotna-gramotnost-novy-pojem-pre-osetrovatelsku-prax>

DUPLAGA, Mariusz Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society. *International journal of environmental research and public health* [online]. 2020, 17(2) [cit. 2020-05-24]. DOI: 10.3390/ijerph17020642. ISSN 16604601.

EMTEKAR 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 [cit. 2020-06-29]. DOI: 10.1111/scs.12186. ISSN 02839318.

ERDEI, Renáta, Anita BARTH, Anita FEDOR a Péter TAKÁCS. Measuring the factors affecting health literacy in East Hungary – Health literacy in the adult population of Nyíregyháza city. *Kontakt* [online]. 2018, 20(4), e375 - e380 [cit. 2020-05-27]. DOI: 10.1016/j.kontakt.2018.08.007. ISSN 18047122.

FREEDMAN, Darcy , Kimberly BESS, Holly TUCKER, David BOYD, Arleen TUCHMAN a Kenneth WALLSTON. Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine* [online]. 2009, 36(5), 446-451 [cit. 2018-12-30]. DOI: 10.1016/j.amepre.2009.02.001. ISSN 07493797. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379709000920#sec4>

FRISCH, Anne-Linda, Luca CAMERINI, Nicola DIVIANI a Peter J. SCHULZ. *Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains?* [online]. 2017 [cit. 2020-04-28].

FOSTER, *Clinical Journal of Oncology Nursing* Volume: Applying Health Literacy Principles: Strategies and Tools to Develop Easy-to-Read Patient Education Resources.20 Issue 4 (2016) ISSN: 1092-1095 Online ISSN: 1538-067X

FRIIS, Karina, Mathias LASGAARD, Gillian ROWLANDS, Richard OSBORNE a Helle MAINDAL. Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study. *Journal of health communication* [online]. 2016, 21(sup2), 54-60 [cit. 2020-05-31]. ISSN 10870415.

GOGGINS, Kathryn, Kenneth A. WALLSTON, Lorraine MION, Courtney CAWTHON a Sunil KRIPALANI. What Patient Characteristics Influence Nurses' Assessment of Health Literacy?: What Do You Know? *Journal of Health Communication* [online]. 2016, 21(sup2), 105-108 [cit. 2019-01-06]. DOI: 10.1080/10810730.2016.1193919. ISSN 1081-0730. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2016.1193919>

HAGHDOOST, Ali Akbar, Mohammad KARAMOUZIAN, Ensiyeh JAMSHIDI, et al. Health literacy among Iranian adults: findings from a nationwide population-based survey in 2015. *Eastern Mediterranean Health Journal* [online]. 2019, 25(11), 828-836 [cit. 2020-05-25]. DOI: 10.26719/emhj.19.017. ISSN 10203397.

HAMPLOVÁ, Lidmila. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada Publishing, 2020. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5562-5.

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.

HOLČÍK, Jan. *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

HOLČÍK, Jan Health 2020 is a good strategy for health. *Hygiena* [online]. 2014, 59(3), 140 - 144 [cit. 2020-05-23]. DOI: 10.21101/hygiena.a1311. ISSN 18031056

KAAS, Jiří — STASKOVÁ, Věra — ŠULISTOVÁ, Radka. Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetrovatelství. *Kontakt (České Budějovice)*, 2016, roč. 18, č. 4, s. 249-253. ISSN: 1212-4117.

KATZ, Anne. Health Literacy: What Do You Know? <sup>[SEP]</sup>. *Oncology Nursing Forum* [online]. 2017, 44(5), 521-522 [cit. 2019-01-06]. DOI: 10.1188/17.ONF.521-522. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <http://onf.ons.org/onf/44/5/health-literacy-what-do-you-know>

KENNARD, Deborah. Health Literacy Concepts in Nursing Education. *Nursing Education Perspectives* [online]. 2016, 37(2), 118 - 119 [cit. 2020-05-04]. DOI: 10.5480/14-1350. ISSN 15365026.

KENDIR, Candan a Eric BRETON. Health Literacy: From a Property of Individuals to One of Communities. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, 17(5), 1601-1601 [cit. 2020-04-11]. DOI: 10.3390/ijerph17051601. ISSN 1660460

KICKBUSCH, Ilona, Jürgen M. PELIKAN, Franklin APFEL a Agis D. TSOUROS. *Health literacy: the solid facts*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, [2013]. Solid facts (Series). ISBN 978-92-890-00154.

KŘÍŽ, Jaroslav. Podpora zdraví - vývoj a perspektivy. *Hygiena (Státní zdravotní ústav, Print)*, 2008, roč. 53, č. 1, s. 19-22. ISSN: 1802-6281.

KUČERA, Zdeněk — PELIKÁN, Jürgen — ŠTEFLOVÁ, Alena. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR - výsledky komparativního reprezentativního šetření. In: *Zdravotní gramotnost a zdravotní politika: sborník textů pro kolokvium*. Praha : Ústav pro zdravotní gramotnost, z.ú., 2017. 2017, s. 46-.

KUČERA, Zdeněk, Jürgen M. PELIKAN a Alena ŠTEFLOVÁ. Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. *Časopis lékařů českých*. 2016(5), 233-241. ISSN 1805-4420

LASTRUCCI, Vieri, Chiara LORINI, Saverio CAINI a Guglielmo BONACCORSI. Health literacy as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health: A cross-

sectional study in a population-based sample in Florence. *PloS one* [online]. 2019, 14(12), e0227007 [cit. 2020-05-31]. DOI: 10.1371/journal.pone.0227007. ISSN 19326203.

LIU, Hongyna, Huan ZENG, Yang SHEN, et al. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health* [online]. 2018, 15(8) [cit. 2020-04-29]. DOI: 10.3390/ijerph15081711. ISSN 16604601.

LLOYD, Jane, Louise THOMAS, Gawaine POWELL-DAVIES, Regina OSTEN a Mark HARRIS. How can communities and organisations improve their health literacy? *Public health research* [online]. 2018, 28(2) [cit. 2020-06-29]. DOI: 10.17061/phrp2821809. ISSN 22042091.

MANTWILL, Sarah, Silvia MONESTEL-UMAÑA a Peter J. SCHULZ. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PloS one* [online]. 2015, 10(12), e0145455 [cit. 2020-05-27]. DOI: 10.1371/journal.pone.0145455. ISSN 19326203.

NUTBEAM, Don. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health: International Journal of Public Health* [online]. 2009, 54(5), 303-305 [cit. 2020-04-10]. DOI: 10.1007/s00038-009-0050-x. ISSN 16618556.

MIRI, Mohammad Reza, Hakimeh Malaki MOGHADAM, Hedieh EFTEKHARI, Azam YOUSEFI a Ensiyeh NOROZI. Developing and Validating the Functional, Communicative, and Critical Health Literacy Questionnaire among the Iranian General Population. *Oman Medical Journal* [online]. 2020, 35(2), 24-32 [cit. 2020-05-02]. DOI: 10.5001/omj.2020.24. ISSN 1999768X.

MORONY Suzanne, Emma Lamph, Danielle Muscat, Don Nutbeam, Haryana M Dhillon, Heather Shepherd, Sian Smith, Aisha Khan, Julie Osborne, Wedyan Meshreky, Karen Luxford, Andrew Hayen, Kirsten J McCaffery, Improving health literacy through adult basic education in Australia, *Health Promotion International*, Volume 33, Issue 5, October 2018, Pages 867–877, <https://doi.org/10.1093/heapro/dax028>

NESARI, Maryam, Joanne OLSON, Alireza NASRABADI a Collen NORRIS. Registered Nurses' Knowledge of and Experience with Health Literacy. *Health literacy research and practice* [online]. 2019, 3(4), e268-e279 [cit. 2020-05-31]. DOI: 10.3928/24748307-20191021-01. ISSN 24748307.

PLEVOVÁ, Ilona. Ošetrovatelství II. 1. elektronické vydání. Praha: Grada, 2011. 1 online zdroj (224 stran). ISBN: 978-80-247-3558-0; 978-80-247-7103-8; 978-80-247-7104-5.

RADEMAKERS, Jany a Monique HEIJMANS. Beyond Reading and Understanding: Health Literacy as the Capacity to Act. *International Journal Of Environmental Research And Public Health* [online]. 2018, 15(8) [cit. 2020-04-12]. DOI: 10.3390/ijerph15081676. ISSN 16604601.

RIKARD, Robert, Matthew THOMPSON a Zeke MCKINNEY Examining health literacy disparities in the United States: A third look at the National Assessment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health* [online]. 2016, 16(1) [cit. 2020-05-24]. DOI: 10.1186/s12889-016-3621-9. ISSN 14712458.

ROUQUETTE, Alexandra, Theotime NADOT, Pierre LABITRIE, Stephan VAN DEN BROUCKE, Julien MANCINI, Laurent RIGAL a Virginie RINGA. Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *PLOS ONE* [online]. 2018, 13(12) [cit. 2020-05-25]. DOI: 10.1371/journal.pone.0208091. ISSN 19326203.

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. 2020-06-29]. DOI: 10.1093/heapro/dav093. ISSN 14602245.

SØRENSEN, Kristine, Stephan VAN DEN BROUCKE, James FULLAM, Gerardine DOYLE, Jürgen PELIKAN, Zofia SLONSKA a Helmut BRAND. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [online]. 2012, 12(1) [cit. 2018-12-09]. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80. ISSN 1471-2458.



SØRENSEN, Kristine a Andrew PLEASANT. Understanding the Conceptual Importance of the Differences among Health Literacy Definitions. *Studies in Health Technology* [online]. 2017, 240, 3-14 [cit. 2020-05-21]. DOI: 10.3233/978-1-61499-790-0-3. ISSN 09269630.

SØRENSEN Kristine, Pelikan JÜRGEN M., Röthlin FLORIAN, 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), 1053-1054 [cit. 2020-05-03]. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043. ISSN 11011262.

UITERS, Ellen, Kristiene SØRENSEN, Florian RÖTHLIN, Jurgen PELIKAN a Jany RADEMAKERS, Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. *European journal of public health* [online]. 2016, 26(6), 906-911 [cit. 2020-06-29]. DOI: 10.1093/eurpub/ckw078. ISSN 1464360X.

SPEROS Carolin. Promoting health literacy: a nursing imperative. *Nurs Clin North Am.* 2011;46(3):321-vii. doi:10.1016/j.cnur.2011.05.007

SYKES, Susie, Jane WILLS, Gillian ROWLANDS a Keith POPPLE. Understanding critical health literacy: a concept analysis. *BMC Public Health* [online]. 2013, 13(1) [cit. 2019-01-05]. DOI: 10.1186/1471-2458-13-150. ISSN 1471-2458. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23419015>

ŠIMŮNKOVÁ, Marta a Jana VOJTÍŠKOVÁ. Zdravotní gramotnost v ČR je nízká. *Practicus. Česko*, 2015, 14(9), 34-34. ISSN 1213-8711.

WANG, Jen, Mariel DROOMERS, Peter SPREEUWENBERG, Jany RADEMAKERS a Ellen UITERS. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of health communication* [online]. 2013, 18 Suppl 1, 172-84 [cit. 2020-05-31]. DOI: 10.1080/10810730.2013.825668. ISSN 10870415.

WITTENBERG, Elaine, Betty FERRELL, Elisa KANTER a Haley BULLER. Health Literacy: Exploring Nursing Challenges to Providing Support and Understanding. *Clinical journal of oncology nursing* [online]. 2018, 22(1), 53-61 [cit. 2020-06-29]. DOI: 10.1188/18.CJON.53-61. ISSN 1538067X.

YLITALO, Kelly, Reneé MEYER, Beth LANNING, Christina DURING, Ryan LASCHOBBER a Jackson GRIGGS. Simple screening tools to identify limited health literacy in a low-income patient population. *Medicine (United States)* [online]. 2018, 97(10) [cit. 2020-05-01]. DOI: 10.1097/MD.00000000000010110. ISSN 15365964.

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
ALL	Adult Literacy and Life Skills Survey
CHC-Test	The test to measure critical health competencies
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
HELMS	The Health Literacy Management Scale
HLQ	Health Literacy Questionnaire
HL-KES	Health Literacy Knowledge Experience Survey
HLS-EU	The European Health Literacy Survey
HLSI	The Health Literacy Skills instrument
MAHL	Measure critical health competencies Health Literacy
METER	The Medical Recognition Test
MHLS	Literacy Scale developed in Taiwan
NVS	Newest vital sign
NVS-IT	Newest Vital Sign-Italian
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
SAHL-S&E	Health Literacy in Spanish and English populations
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
ZG	Zdravotní gramotnosti