

Zdravotná gramotnosť

*doc. PhDr. Jarmila Kristová, PhD., MPH
prof. PhDr. Zuzana Slezáková, PhD., MPH*

*Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave
Fakulta verejného zdravotníctva*

Anotácia

Zdravotná gramotnosť je kľúčový determinant zdravia. Predstavuje dispozíciu jedinca získavať, spracovávať a pochopiť základné informácie o zdraví a zdravotníckych službách. Na základe týchto informácií si modeluje vlastné vedomosti, zručnosti a postoje, ktoré je zároveň schopný primerane aplikovať v konkrétnych každodenných situáciách v starostlivosti a podpore o vlastné zdravie. Na zistenie miery všeobecnej a špecifickej zdravotnej gramotnosti jedinca, ale aj celej populácie, sa využívajú rôzne variabilné meracie nástroje. Na základe ich výsledkov jednotlivé štáty hľadajú a prezentujú stratégie podpory zdravotnej gramotnosti.

Annotation

Health literacy is a key determinant of health. It represents the individual's disposition to acquire, process and understand basic information about health and health services. Based on this information, he models his own knowledge, skills and attitudes, which he is also able to adequately apply in specific everyday situations in the care and support of his own health. Various variable measuring instruments are used to determine the level of general and specific health literacy of an individual, but also of the entire population. Based on their results, individual states are looking for and presenting health literacy promotion strategies.

Kľúčové slová

Zdravotná gramotnosť, determinanty zdravotnej gramotnosti, zdravotne gramotný jedinec, modely zdravotnej gramotnosti, meracie nástroje zdravotnej gramotnosti, zdravotná gramotnosť v Európe.

Key words

Health literacy, determinants of health literacy, health literate individual, health literacy models, health literacy measurement tools, health literacy in Europe.

1. Explikácia pojmu zdravotná gramotnosť

Aj napriek faktu, že pojem zdravotná gramotnosť je známy skoro 50 rokov, existovala v minulosti a existuje aj v súčasnosti istá diskrepancia v jeho interpretácii. Na túto skutočnosť upozornili už v roku 2006 Baker (2006) a Berkman et al. (2010), ktorý poznamenali, že pojmu chýba spoločný význam.

Z anglického jazyka je pojem health literacy (gramotnosť súvisiaca so zdravím) prekladaný do jednotlivých jazykov, avšak preklady sa líšia v detailoch. Napr. nemecký termín „gesundheit skompetenz“ a dánsky termín „sundheds kompetence“ predstavujú zdravotnú kompetenciu (kompetencia – právomoc, spôsobilosť vykonávať isté činnosti). V poľštine zatiaľ neexistuje pre tento termín ekvivalent. Dobras (2016) preferuje používanie pojmu „biegłość zdrowotna“, čo by v preklade znamenalo podobnú interpretáciu ako v nemeckom jazyku, teda zdravotná spôsobilosť (primárne orientovaná na oblasť bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci). Iný poľský autor Karski (2011) vysvetľuje tento pojem ako zdravé čítanie. Vo francúzskom jazyku sa zdravotná gramotnosť – „connaissances en matie`re de sante“ chápe ako znalosť predmetu zdravia, talianskom jazyku „alfabetizzazione sanitaria“ – sanitárna gramotnosť, resp. abeceda a maďarskom jazyku ege`szse`gismeret – vedomosti o zdraví. Sørensen et al. (2013) zdôraznili, že niektoré európske krajiny sú konzistentné v prekladoch slovného spojenia zdravotná gramotnosť, niektoré používajú anglickú verziu tohto slova, no existujú aj štáty s problematickým prekladom tohto termínu. Nejednoznačnosť tohto termínu je podľa autorov pravdepodobne príčinou toho, že v európskych krajinách sa začalo s výskumom zdravotnej gramotnosti oveľa neskôr oproti napr. USA, Kanade a Austrálii.

2. Zdravotná gramotnosť

V súčasnosti sú dostupné dve línie informácií o historickej prioritě použitia pojmu zdravotná gramotnosť. Podľa Shum et al. (2018) ako prvý použil a analyzoval tento pojem Scott v 1974 v monografii Health education as social policy. Podľa Okan et al. (2019) pôvod pojmu zdravotná gramotnosť možno spojiť s konkrétnou udalosťou a dátumom v roku 1973, kedy sa počas interdisciplinárnej konferencie o zdravotnej výchove v Saranac Lake, malej dedine v štáte New York, diskutovalo o budúcnosti zdravotnej výchovy pre americkú verejnosť. Jej cieľom bolo poskytnúť širšie penzum informácií o zdravom životnom štýle a hľadať čo najefektívnejšie spôsoby v prevencii chorôb

a pomôcť tak širokej populácii zlepšiť svoje zdravie. Od tejto doby je pojem často skloňovaný.

V 21. storočí čelia ľudia paradoxu rozhodovania o svojom zdraví. Na jednej strane sú čoraz častejšie vystavovaní rôznym výzvam, aby sa rozhodli pre zdravý životný štýl a adekvátne zvládali svoje osobné a rodinné problémy v zložitých prostrediach a systémoch zdravotnej starostlivosti, no na druhej strane nie sú dostatočne pripravovaní alebo podporovaní pri riešení týchto úloh.

„Moderné“ spoločnosti aktívne uvádzajú na trh „nezdravý“ životný štýl, v systémoch zdravotnej starostlivosti je čoraz náročnejšie sa orientovať (dokonca aj pre tých najvzdelanejších ľudí) a vzdelávacie systémy často neposkytujú primerané informácie na zlepšenie zdravia (Kickbusch et al., 2013). Aj z týchto dôvodov v súčasnosti intenzívne rezonuje celospoločenská potreba podpory zdravia. Tá veľmi úzko súvisí so zdravotnou gramotnosťou. Zatiaľ čo v 90-tych rokoch minulého storočia bolo publikovaných len málo odborných prác na túto tému, približne od 70-tych rokov 20. storočia počet publikácií stúpol.

Za posledných 25 rokov je zaznamenaný mimoriadny nárast odbornej society o túto problematiku (Nutbeam, McGill, Premkumar, 2018; Sørensen et al. 2012; Sykes et al., 2013).

Akcent záujmu bol a je determinovaný na jednej strane diskusiou o koncepte, definícii a meraniach zdravotnej gramotnosti a na druhej strane výsledkami početných štúdií, ktoré skúmali a skúmajú vzťah medzi zdravotnou gramotnosťou a širokým spektrom osobných, zdravotných a sociálnych faktorov. Táto problematika je aktuálna aj vzhľadom k expanzii nových vedeckých poznatkov a informačných technológií v oblasti zdravotníctva.

Prínosom pre riešenie problematiky zdravotnej gramotnosti dominantne boli udalosti:

- a) Prvá medzinárodná konferencia o podpore zdravia v Ottawe v roku 1986; v dokumente Ottawská charta na podporu zdravia bol definovaný nielen pojem zdravotná gramotnosť (proces umožňujúci ľuďom zvýšiť kontrolu nad svojím zdravím a zlepšiť ho natoľko, aby jednotlivec alebo skupina dosiahli stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody; identifikovať a uspokojovať potreby a meniť prostredie alebo sa s ním vyrovnáť); ale bolo poukázané na zdravie ako zdroj každodenného života (WHO, 1986).
- b) Zverejnenie správy Regionálnym úradom WHO pre Európu Zdravotná gramotnosť: pevné fakty, v ktorej bola o. i. zadaná zdravotná gramotnosť ako gramotnosť zahŕňajúca vedomosti, motiváciu a kompetencie ľudí získať prístup k informáciám o zdraví, porozumieť im, hodnotiť ich a

aplikovať ich s cieľom robiť rozhodnutia v každodennom živote na podporu zdravia, prevenciu chorôb a zlepšenie kvality života; zdravotná gramotnosť je najsilnejší prediktor zdravotného stavu jednotlivca, skupiny a spoločnosti, predstavuje sociálny determinant zdravia a jedným z kľúčových pilierov podpory zdravia (Kickbusch et al. 2013; Levin-Zamir et al., 2019).

V súčasnosti sú známe viaceré definície odborníkov a organizácií. Niektoré z nich sú uvedené v tab. 1. Viacerí autori používajú slovné spojenie „zdravotné informácie“, ktoré z hľadiska gramatických pravidiel v slovenskom jazyku nie je celkom správne. Autori týmto slovným spojením spravidla chápu informácie týkajúce sa zdravia, jeho podpory a starostlivosti oň.

Tab. 1 Prehľad niektorých definícií zdravotnej gramotnosti

autor	rok	definície zdravotnej gramotnosti
WHO	1998	kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jedinca získať prístup k informáciám a pochopiť ich spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobré zdravie
Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D.,	2005	schopnosť robiť správne rozhodnutia v oblasti zdravia v kontexte každodenného života – doma, v komunite, na pracovisku, v systéme zdravotnej starostlivosti, na trhu a v politickej aréne; ide o kritickú stratégiu posilnenia aktivít ľudí na zvýšenie kontroly nad ich zdravím, vyhľadávanie informácií o zdraví a prevzatie zodpovednosti za svoje zdravie
Bass, L.	2005	schopnosť jednotlivca prečítať, pochopiť a využiť zdravotnícke informácie a postupy pri liečbe v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti
Zarcadoolas, Ch., Pleasant, A. F., Greer, D. S.	2006	široká škála zručností a kompetencií ľudí potrebných na vyhľadávanie, chápanie, hodnotenie a využívanie zdravotných informácií, ktoré majú pomôcť prijímať rozhodnutia na podporu kvality vlastného života a na znižovanie zdravotných rizík
Mancuso, J. M., Rincon, M.	2006	proces, ktorý sa počas života vyvíja a zahŕňa atribúty porozumenia a komunikácie; znaky zdravotnej gramotnosti sú integrované do zručností, stratégií a schopností, ktoré sú súčasťou kompetencií potrebných na jej dosiahnutie

Paasche-Orlow, M. K., Wolf, M. S.	2007	jednotlivec má potrebné zručnosti na prijímanie rozhodnutí týkajúcich sa zdravia; to znamená, že zdravotnú gramotnosť je žiaduce skúmať v kontexte konkrétnych úloh, ktoré je potrebné splniť
Pavlekovič, G.	2008	schopnosť získavať, interpretovať a chápať základné zdravotné informácie a spôsobilosť ich využívať na zlepšenie zdravia
Ishikawa H., Yano, E.	2008	vedomosti, zručnosti a schopnosti, ktoré sa týkajú interakcií so systémom zdravotnej starostlivosti
Adkins, N. R.	2009	schopnosť odvodiť význam zručností na dosiahnutie cieľov súvisiacich so zdravím pomocou rôznych foriem komunikácie
Paakkari, L., Paakkari, O.	2012	široké spektrum vedomostí a kompetencií, ktoré umožnia ľuďom porozumieť sebe a iným, rozhodovať o svojom zdraví, meniť faktory, ktoré negatívne ovplyvňujú zdravie
Dodson, S., Good, S., Osborne, R.	2015	potrebné osobné vlastnosti a sociálne zdroje umožňujúce jednotlivcom a komunitám sprístupniť, pochopiť, zhodnotiť a využívať informácie a služby pri podpore zdravia (zdravý životný štýl)
Schaeffer et al.	2018	zdravotná kompetencia je založená na všeobecnej gramotnosti a zahŕňa vedomosti, motiváciu a schopnosti ľudí nájsť, pochopiť, posúdiť a aplikovať relevantné zdravotné informácie v rôznych formách v každodennom živote v zdraví, chorobe alebo pri zdravotnom postihnutí; a tým udržať alebo zlepšiť kvalitu svojho života počas celého života

Ratzan, Parker (2000) upozorňovali, že staršie definície zdravotnej gramotnosti sa zameriavali na dve oblasti schopností jednotlivcov. Prvou bola schopnosť využívať základné zručnosti čítania a počítania na získavanie zdravotných informácií a druhou bola schopnosť tieto informácie spracovať a porozumieť im do takej miery, aby boli schopní robiť správne „zdravotné“ rozhodnutia. Berkman at al. (2010) tiež poukázali na fakt, že diferencie medzi jednotlivými definíciami zahŕňajú aj rozdiely v závislosti od toho, či je zameranie na jednotlivca alebo skupiny, resp. spoločnosť, a či sa úroveň zdravotnej gramotnosti považuje za statickú alebo možno očakávať, že sa časom zmení na základe individuálnych skúseností, zmien v systéme zdravotnej

starostlivosti a spoločnosti a informačno-komunikačných technológiách vo vzťahu k zdravotníctvu.

Istý štatút vniesol do riešenej problematiky nový Glosár podpory zdravia 2021. V tomto slovníku je upravená a doplnená definícia zdravotnej gramotnosti oproti pôvodnej (WHO, 1988). Zdravotná gramotnosť je významná pre rozhodovanie na základe informácií a posilňuje správanie ľudí a komunity. Je založená na inkluzívnom a spravodlivom prístupe ku kvalitnému celoživotnému vzdelávaniu v oblasti podpory zdravia. Je determinovaná kultúrnymi a situačnými nárokmi, ktoré sú kladené na jednotlivca, skupiny, organizácie a spoločnosť. Nie je to iba výhradná zodpovednosť jednotlivcov. Všetci poskytovatelia informácií, vrátane vlády, zdravotníckych systémov, by mali umožniť prístup k dôveryhodným informáciám vo forme, ktorá je zrozumiteľná a použiteľná pre všetkých ľudí. Tieto zdroje zdravotnej gramotnosti zahŕňajú reguláciu informačného prostredia a médií (verbálnych, tlačových, vysielacích a digitálnych), z ktorých ľudia získavajú prístup k zdravotným informáciám a využívajú ich. No zdravotná gramotnosť znamená viac než len mať prístup na webové stránky, čítať brožúry a dodržiavať odporúčania na podporu zdravia. Zahŕňa aj schopnosť kritického úsudku o zdravotných informáciách a zdrojoch ich získavania, ako aj schopnosť vzájomnej interakcie a vyjadrovania osobných a spoločenských potrieb na podporu zdravia. Zdravotná gramotnosť je rozhodujúca z aspektu, že umožňuje ľuďom rozhodovať o vlastnom zdraví a zapojiť sa do kolektívnej činnosti na podporu zdravia (Nutbeam, Muscat, 2021).

Aj napriek variabilite definícií zdravotnej gramotnosti, ich osnovnou podstatou je, že odborníci ju chápu v koexistencii s vedomosťami, zručnosťami, motiváciou a kompetenciami jedinca, skupín, komunít a celej spoločnosti. Smerujú k pochopeniu, adekvátnemu hodnoteniu a aktívnemu využívaniu (činnosťná zložka postoja) informácií o podpore zdravia v každodennom živote. Zdravotnú gramotnosť chápu ako zručnosť osobitnej kategórie, ktorú je nevyhnutné rozvíjať.

Podľa Sørensen et al. (2012) možno v týchto definíciách postrehnúť viaceré prístupy:

- psychologické – zdravotná gramotnosť je sama o sebe akýmsi katalyzátorom aktivít, ktoré sú závislé od všeobecnej gramotnosti jedinca a jeho schopnosti porozumieť textu a informáciám (napr. Zarcadoolas, Pleasant, Greer (2006), Bass (2005),

- sociologické – zdravotná gramotnosť sa uskutočňuje v sociálnej interakcii a je podmienkou ekonomického a sociálneho rozvoja spoločnosti (napr. Nutbeam (2000), Kickbusch et al. (2013),
- štrukturálne – zdôrazňujú osobnostné rysy jednotlivca – najmä disciplínu, schopnosť odopierať si a prijímať zodpovednosť (napr. Soellner et al., 2016),
- generické – definujú determinanty zdravia a identifikujú dôsledky aktivít v podpore zdravia (napr. životný štýl / zdravotné správanie, ukazovatele zdravotného stavu, využívanie a výsledky služieb zdravotnej starostlivosti, súvisiace náklady), Dodson, S., Good, S., Osborne, R. (2015),
- pedagogické – akcentujú úlohu vzdelávania pri nadobúdaní zdravotnej gramotnosti vo vybranej oblasti alebo vo viacerých oblastiach zdravia (napr. Paakari, Paakari, 2012).

Pedagogický prístup v definícií zdravotnej gramotnosti prezentuje aj Bárťlová a kol. (2019) z Českej republiky. Zdôrazňuje, že zdravotná gramotnosť sa týka individuálnych kognitívnych a sociálnych zručností jedinca a vo svojej najširšej podstate napomáha lepšej orientácii v informáciách týkajúcich sa zdravia a zdravotníckych služieb, zefektívňuje ich vyhľadávanie, pochopenie a v neposlednom rade aj ich použitie v prospech zlepšenia kvality života. Edukáciu považuje v zdravotnej gramotnosti za jednu zo základných podmienok správneho a kvalitného prežitia života človeka.

Sørensen et al. (2012) tiež upozorňuje, že jednotlivé definície zdravotnej gramotnosti zahŕňajú predovšetkým verejno-zdravotný aspekt, ktorý obsahuje tri domény zdravia:

- zdravotnú starostlivosť – ústavná zdravotná starostlivosť, ambulantná zdravotná starostlivosť, preventívne prehliadky, lekárska služba prvej pomoci, kúpeľná liečba a pod.,
- prevenciu chorôb – zahŕňa nielen prevenciu infekcií, neinfekčných chorôb a úrazov, ale aj postoje k medicíne založenej na dôkazoch (evidence based medicine),
- podporu zdravia s chorobou alebo bez choroby – kompetencie v oblasti životného štýlu a starostlivosti o prostredie.

V tab. 2 je zobrazená korelácia medzi doménami zdravia (zdravotná starostlivosť, prevencia chorôb, podpora zdravia) a dimenziami, ktoré podporujú zdravotnú gramotnosť (získavanie a spracovávanie informácií) podľa Sørensen et al. (2013).

Tab. 2 Matica dimenzií a domén podporujúcich zdravotnú gramotnosť (upravené podľa Sørensen et al., 2013)

dimenzie domény	získavanie informácií významných pre zdravie	pochopenie relevantných informácií podporujúcich zdravie	zhodnotenie významných informácií o zdraví	aplikovanie relevantných informácií o zdraví
zdravotná starostlivosť	možnosť získať prístup k informáciám o zdraví	schopnosť porozumieť informáciám o zdraví	schopnosť interpretovať a vyhodnocovať informácie o zdraví	robiť rozhodnutia na základe informácií o zdraví
prevencia chorôb	možnosť získavania informácií o rizikových faktoroch	schopnosť porozumieť rizikovým faktorom	schopnosť interpretovať a vyhodnocovať informácie o rizikových faktoroch	robiť rozhodnutia na elimináciu rizikových faktorov
podpora zdravia	schopnosť pravidelne ovplyvňovať determinanty zdravia	schopnosť porozumieť informáciám o determinantoch zdravia	schopnosť interpretovať a vyhodnocovať informácie o determinantoch zdravia	schopnosť robiť rozhodnutie smerujúce k podpore zdravia

Z matice vidno do akej miery sa získavanie, pochopenie, zhodnotenie a aplikovanie informácií o zdraví podieľa na prevencii chorôb (predchádzanie rizikovým faktorom) a podpore zdravia.

Zdravotná gramotnosť nie je len individuálnou záležitosťou subjektu (jedince, skupiny, komunity). Významným participantom sú aj objektívne faktory, ktoré predstavujú poskytovateľa/poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s konkrétnymi úlohami vo vzťahu k subjektu. Medzi subjektom a objektom existuje vzájomná relácia a pôsobenie. Pre túto reciprocitu je charakteristická symbióza v tom slova zmysle, že subjekt môže plniť na základe svojich predpokladov kľúčové úlohy objektu.

3. Význam zdravotnej gramotnosti

Zdravotná gramotnosť sa stáva nepostrádateľným nástrojom tzv. zdravej spoločnosti. Holčík (2009) uvádza argumenty významné pre rozvoj zdravotnej gramotnosti. Zdravotná gramotnosť je:

- a) súčasťou základnej výbavy pre život – môže ľuďom pomôcť nachádzať a využívať informácie, a tak posilniť vplyv na svoje vlastné zdravie; čím skôr si dieťa osvojí potrebné vedomosti, zručnosti a návyky a čím skôr sa podarí prispieť k formovaniu jeho postojov a názorov, tým väčším prínosom môže byť zdravotná gramotnosť pre jeho zdravie,
- b) jednou zo základných úloh systému starostlivosti o zdravie – rozvoj zdravotnej gramotnosti smeruje k zvyšovaniu celkovej úrovne zdravotného stavu populácie,
- c) významnou súčasťou sociálneho kapitálu – nízka zdravotná gramotnosť smeruje k ekonomickým stratám, zvýšenému zdravotnému riziku a je príčinou značných rozdielov v úrovni zdravia medzi jednotlivými sociálnymi skupinami,
- d) jedným z dôležitých predpokladov cesty k zdraviu – pomáha ľuďom zlepšovať zdravie; vzhľadom na to, že zdravie je významnou individuálnou i sociálnou hodnotou, stáva sa aj zdravotná gramotnosť podobnou hodnotou, ktorú stojí za to si osvojiť, chrániť a rozvíjať,
- e) dôležitým nástrojom rozvoja osobnosti – posilňuje schopnosti jedinca rozhodovať o svojom zdraví a živote; zvyšuje jeho sebadôveru,
- f) cennou súčasťou všeobecnej kultúry – zdravotná gramotnosť neovplyvňuje iba zdravie ľudí; medzi hodnoty, ktoré by sa mali stať samozrejmom charakteristikou zdravej spoločnosti a jej všeobecnej kultúry patrí zdravý životný štýl, rozvoj pozitívnych vzťahov medzi ľuďmi a posilňovanie osobnej zodpovednosti; skutočný význam zdravotnej gramotnosti sa naplní až vtedy, keď sa s jej princípmi a metódami zoznajú čo najviac ľudí, keď sa získané poznatky uplatnia v praxi a keď sa ďalej bude stavať na nových poznatkoch a priebežne získavaných skúsenostiach.

Význam zdravotnej gramotnosti ako kľúčového determinantu zdravia prezentujú aj Kickbush et al. (2013):

- a) vysoká miera zdravotnej gramotnosti v jednotlivých skupinách obyvateľstva prospieva spoločnosti – zdravotne gramotní jedinci sa aktívnejšie podieľajú na ekonomickej prosperite, majú vyššie zárobky a zamestnanosť a užívajú si lepšie zdravie a pohodu,

- b) obmedzená zdravotná gramotnosť výrazne negatívne ovplyvňuje zdravie; je spojená s menšou účasťou na aktivitách podporujúcich zdravie a včasného vyhľadávania rizikových zdravotných faktorov, rizikovejšími rozhodnutiami v oblasti zdravia (napr. vyššia miera fajčenia), vyšším počtom pracovných úrazov, zníženým manažmentom chronických chorôb (napr. cukrovka, infekcia HIV, astma a pod.) a slabšou adherenciou,
- c) obmedzená zdravotná gramotnosť sleduje sociálny gradient a môže ešte viac posilniť existujúce nerovnosti; ľudia s obmedzenou zdravotnou gramotnosťou majú častejšie nižšiu úroveň vzdelania,
- d) budovanie osobných zdravotných zručností a schopností je celoživotný proces; nikto nikdy nie je plne zdravotne gramotný; každý v určitom momente potrebuje pomoc pri porozumení alebo konaní na základe zdravotných informácií alebo pri navigácii v zložitom zdravotníckom systéme,
- e) kapacita a kompetencie súvisiace so zdravotnou gramotnosťou sa líšia v závislosti od kontextu, kultúry a prostredia, individuálnych a systémových faktorov, medzi ktoré patria:
 - komunikačné schopnosti,
 - znalosť tém týkajúcich sa zdravia,
 - kultúra,
 - špecifické charakteristiky zdravotnej starostlivosti, verejného zdravia a iných relevantných systémov a prostredí, v ktorých ľudia získavajú a používajú zdravotné informácie,
- f) obmedzená zdravotná gramotnosť je spojená s vysokými nákladmi na zdravotnícky systém.

Mårtensson a Hensing (2012) upozorňujú aj na heterogénnu podstatu zdravotnej gramotnosti, čo znamená, že má význam pre dve strany – jednotlivca a spoločnosť.

Zdravotná gramotnosť má nezastupiteľné miesto aj pri zvyšovaní povedomia o chronických chorobách, medzi ktoré prevažne patria kardiovaskulárne choroby, cukrovka, rakovina, astma, obezita a psychické poruchy. Výskyt niektorých chronických chorôb má v globálnom meradle stúpajúcu tendenciu, najčastejšie z dôvodu stúpajúcej strednej dĺžky života a nesprávneho životného štýlu. Najväčšiu predispozíciu na vznik chronických chorôb má sociálne a ekonomicky znevýhodnená populácia. Na zvládnutie chronických chorôb je potrebné, aby pacienti mali dostatočné penzum zdravotných informácií potrebných na dosiahnutie správnej regulácie svojho zdravotného stavu a následne na zabránení vzniku nepriaznivých následkov na zdravie,

trvalej invalidizácie a zníženie celkovej kvality života v jej jednotlivých parametroch (Beauchamp et al., 2015).

Úlohu zdravotnej gramotnosti v asociácii s chronickými chorobami skúmali viaceré štúdie. Powella et al. (2007) potvrdili, že u pacientov s cukrovkou nízka úroveň ich zdravotnej gramotnosti priamo súvisela s nedostatočnou kontrolou glykémie a horšími vedomosťami o chorobe. Podobne aj Bailey et al. (2014) dospeli k záveru, že pacienti s cukrovkou s nedostatočnou úrovňou zdravotnej gramotnosti nepoznali príznaky hypoglykémie a ani normálnu hladinu glukózy v krvi. Rovnako Sarkar et al. (2010) poukázali na fakt, že obmedzená zdravotná gramotnosť u pacientov s cukrovkou 2. typu asociovala s nesprávnym užívaním liekov. Paasche–Orlow et al. (2005) zistili, nedostatočnú zdravotnú gramotnosť v asociácii s vyššou mierou hospitalizácií pri exacerbácií astmy, podstatne nižšou znalosťou správneho užívania liekov, nesprávnou technikou používania inhalátora a celkovou horšou kvalitou života. Prostredníctvom testu funkčnej zdravotnej gramotnosti preukázali u 22% dospelých s astmou (z počtu 73) nedostatočnú zdravotnú gramotnosť. Vyzdvihli význam edukácie, ktorá prispela k zlepšeniu zručností správnej techniky používania inhalátora. Podobné výsledky prezentovali Mancuso, Rincon (2006). Test funkčnej zdravotnej gramotnosti (TOFHCLA) potvrdil u 82% zo sumáru 175 dospelých pacientov primeranú zdravotnú gramotnosť, u 8% pacientov hraničnú zdravotnú gramotnosť a u 10% zaznamenali nedostatočnú zdravotnú gramotnosť. Hraničná a nedostatočná zdravotná gramotnosť bola spojená s celkovou horšou kvalitou života, zhoršenou fyzickou aktivitou a častejším využívaním pohotovostnej služby.

Aj výsledky štúdie Peterson et al. (2011) identifikovali silnú súvislosť medzi nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti a úmrtnosťou pacientov so srdcovým zlyhávaním.

Podobne aj Aaby et al. (2017) preukázali, že nízka úroveň zdravotnej gramotnosti korelovala s nesprávnym dodržiavaním pokynov pri užívaní liekov pacientmi s kardiovaskulárnymi chorobami.

Lennerling, Kisch, Forsberg (2018) mapovali úroveň zdravotnej gramotnosti v Švédsku prostredníctvom The newest vital sign (NVS) u 117 pacientov 1 až 5 rokov po transplantácii pľúc. Z celkového sumáru oslovených pacientov, 6% vykazovalo nízku, resp. hraničnú úroveň zdravotnej gramotnosti, u 15% respondentov zaregistrovali obmedzenú zdravotnú gramotnosť a u 79% zistili primeranú zdravotnú gramotnosť.

Holčík (2009) vo vzťahu k nízkej zdravotnej gramotnosti uvádza prekážky, ktoré rozdelil do dvoch úrovní:

a) na úrovni jednotlivca:

- znižovanie zdravotnej gramotnosti vplyvom starnutia,
- nízka alebo nedostatočná pozornosť venovaná čítaniu zdravotných informácií a ich pochopeniu,
- nižšia úroveň vzdelania,
- nedostatok vedomostí a zručností v starostlivosti o zdravie,
- kultúrna zaujatosť podmienená tradíciami,
- život jedinca so zdravotným postihnutím,
- nesprávne pochopenie pokynov lekára,
- znížená schopnosť požiadať lekára o vysvetlenie toho, čo nebolo zrozumiteľné alebo pochopené,
- znížená schopnosť požiadať lekárnik, aby vysvetlil pokyny, ktoré sa týkajú používania liekov alebo zdravotníckych pomôcok,
- nedostatočný časový priestor na odbornú komunikáciu medzi pacientom a zdravotníkom,

b) na populačnej úrovni:

- školy – územné odchýlky medzi jednotlivými školami, obmedzovanie rozpočtu a nevenovanie prílišnej pozornosti telesnej výchove a výchove k zdraviu, nedostatok kvalifikovaných učiteľov pre výučbu napr. telesnej výchovy a výchovy k zdraviu,
- zdravotné informácie a komunikácia – ľudia s nižším vzdelaním dávajú prednosť komerčným textom, ktoré sú písané jednoduchšie a budia dojem zrozumiteľnosti; pričom mnohé z nich sú cielene mäťúce; príčinou rozdielov v zdravotnej gramotnosti je aj dostupnosť internetu, ktorý sa stáva v ostatnom čase čoraz intenzívnejšie dôležitejším zdrojom informácií,
- zdravotnícky systém – pacient, starší pacient často nerozumie medicínskym termínom, ťažko volí medzi jednotlivými rizikami, podceňuje dôležitosť sledovania seba samého a včasné zavolanie alebo vyhľadanie lekárskej pomoci,
- zdravotnícki pracovníci – lekári, sestry, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti a ďalší zohrávajú významnú úlohu v starostlivosti o zdravie a v podpore a rozvoji zdravotnej gramotnosti; niektorí z nich si túto úlohu neuvedomujú alebo jej nepripisujú dostatočnú závažnosť.

Ak nebude venovaná dostatočná pozornosť významu a úlohám zdravotnej gramotnosti, dôsledky budú evidentné, nelichotivé a s výrazným negatívnym dopadom predovšetkým v nasledovných oblastiach:

- a) na úrovni jedinca – predpoklad zhoršenia zdravotného stavu, nedostatočného vyžívania preventívnej zdravotnej starostlivosti, častejších návštev u lekára, vyššej frekvencie hospitalizácií, častejších chýb pri užívaní medikácií, nedostatočných vedomostí o zvládaní svojej choroby a režimových opatreniach (management choroby), zníženej schopnosti komunikovať so zdravotnými pracovníkmi, neúčasti na rozhodovaní o svojej liečbe (Baker, 2006), predčasnej invalidizácie, zníženia celkovej kvality života a ďalšie,
- b) na úrovni populácie – predpoklad vyššej chorobnosti, zvýšeného výskytu chronických a onkologických chorôb, vyššieho počtu dopravných nehôd a celkovej vyššej úmrtnosti (Nutbeam, 2000; Holčík, 2009),
- c) na úrovni ekonomiky štátu – predpoklad nadbytočnej záťaže zdravotníckeho systému a systému sociálneho zabezpečenia, ako aj nárast nezamestnanosti zo zdravotných dopadov (Holčík, 2009; Ishikawa, 2008a; Weiss, Palmer, 2004).

4. Zdravotne gramotný jedinec

Zdravotne gramotný jedinec si uvedomuje zásadný význam hodnoty zdravia. Prijíma skutočnosť, že životný štýl je predovšetkým jeho voľba a zodpovednosť. Je schopný sa dlhodobu správať podľa zásad správnej životosprávy. Plne chápe, že byť zdravý nie je samozrejmé, a že o zdravie je potrebné sa starať. Uvedomuje si, že svojimi názormi a postojmi k zdraviu a zdravotnej starostlivosti a osobným príkladom je schopný ovplyvňovať svoje okolie. Je si vedomý, čo pre neho aj jeho okolie znamená choroba v sociálnom zmysle slova. Pomáha svojim deťom vytvárať si kladné postoje k prevencii a vychováva ich k starostlivosti o zdravie. V prípade potreby pomáha blízkym osobám zorientovať sa v informáciách o prevencii chorôb. Zdravotne gramotný jedinec vie vyhodnotiť základné príznaky choroby, orientovať sa v základných skupinách voľno predajných liekov a v zásadách ich užívania. Vie, ako sa zachovať v rámci svojpomoci pri narušenom zdraví a v chorobe. V prípade choroby pozná a dodržiava požiadavky liečebného režimu a zodpovedne pristupuje k navrhnutým spôsobom liečby a rekonvalescencii. Tiež rozumie reálnym rizikám vzniku úrazu v bežnom živote aj pri mimoriadnych činnostiach a správa sa zodpovedne. Vie sa správne zachovať v situácii ohrozenia zdravia a života svojho alebo iných. Všetky vyššie uvedené princípy uplatňuje nielen v starostlivosti o vlastné zdravie, ale aj v starostlivosti o vlastné deti a príbuzných.

Zdravotná gramotnosť jedinca je navonok prezentovaná prostredníctvom:

- a) vedomostí – osvojené, t. j. pochopené a zapamätané pojmy, fakty a vzťahy medzi nimi; vznikajú predovšetkým v procese učenia; sú nástrojom myslenia a pretvárania osobnosti a zároveň predpokladom utvárania zručností a návykov (napr. mať vedomosti o zákonom práve na preventívne prehliadky a ich význame),
- b) zručností – nadobudnutá pohotovosť správne, čo najrýchlejšie a s čo najmenšou námahou vykonávať určitú činnosť na základe predtým osvojených vedomostí a predchádzajúceho nácviku praktickej činnosti (napr. správna realizácia cievej gymnastiky u pacienta s chronickou žilovou nedostatočnosťou),
- c) postojov – zohrávajú osobitnú a významnú úlohu pri prevzatí zodpovednosti pri riadení vlastného zdravia a zdravia najbližších príbuzných.

Postoje predstavujú ustálenú tendenciu jedinca, skupiny alebo spoločnosti reagovať na podnety alebo potreby. Usmerňujú správanie a konanie, sú dôležitým motivačným faktorom, ako aj činiteľom rozvoja osobnosti. Navonok sa prejavujú ako názory, úsudky, stanoviská alebo presvedčenie. Sú spojené s voľbou a majú pôvod v hodnotovej sústave (Verešová a kol., 2007; Nakonečný, 2009).

Postoj sa skladá z troch v kooperácii fungujúcich súčastí:

- kognitívnej, ktorá predpokladá poznanie, utvárajúce sa v procese učenia sa,
- citovej – predstavuje citové vyjadrenie vzťahu k predmetu postoja (rešpektujúce, odmietajúce, pozitívne, negatívne a pod.),
- konatívnej (behaviorálnej) – určenou ochotou reálne vykonávať činnosti.

Predmetom postoja v nami riešenej problematike je zdravie. V aplikovanej rovine, teda adekvátny alebo želateľný postoj k zdraviu možno chápať ako hodnotenie vlastného zdravia, pochopenie jeho významu na základe vedomostí, zručností a prítomnosti vedeckých a každodenných myšlienok o zdraví a rizikových faktoroch, ktoré ho ovplyvňujú (kognitívna zložka), vyjadrenie pozitívnej citovej zainteresovanosti a konkrétne činnosti zamerané na jeho podporu a udržiavanie. Na základe uvedeného vyplýva, že v súčasnosti už nie je len úlohou odborníkov starať sa o zdravie jedinca, skupiny alebo spoločnosti, ale je to úloha každého subjektu zaujať zodpovedný prístup k vlastnému zdraviu a prevziať zodpovednosť za vlastné rozhodnutia.

5. Determinanty zdravotnej gramotnosti

Základnou ideou zdravotnej gramotnosti je, že zdravie a zdravotná gramotnosť sú rozhodujúce pre každodenný život. Budovanie zdravotnej gramotnosti je celoživotným dynamickým procesom, v ktorom sú agregované rôzne sociálne štruktúry s odlišnosťami na úrovni:

- vedomostí,
- zručností,
- kultúrneho kontextu (kultúrne, jazykové alebo vzdelávacie diferencie).

Vedomosti potrebné pre zdravotnú gramotnosť

Zdravotná gramotnosť a gramotnosť vo všeobecnom chápaní (tradičná gramotnosť) spolu síce úzko súvisia, ale nie sú totožné. Gramotnosť ako taká, je definovaná ako súbor čítania, písania, obsahuje základy reči ako dorozumievacieho prostriedku, matematiky a porozumenia. Tieto schopnosti sú nevyhnutné pre každodenné fungovanie v spoločnosti. Rovnako sú nevyhnutné aj pre samotnú zdravotnú gramotnosť.

Tradičná gramotnosť znamená vedomostnú dispozíciu, ktorá je potrebná na:

- a) porozumenie a využívanie informácií v súvislých textoch – prose literacy (literárna gramotnosť),
- b) porozumenie a využívanie informácií v krátkych, často nesúvislých textoch – document literacy (dokumentová gramotnosť),
- c) uskutočňovanie operácií s číslami, ktoré sú súčasťou textov a dokumentov – numeracy literacy (numerická gramotnosť) (Gavora, 2002).

Na jednotlivé súčasti tradičnej gramotnosti možno uviesť niektoré konkrétne príklady:

- a) literárna gramotnosť predstavuje napr. schopnosť prečítať si písomnú informáciu pre používateľa (príbalový leták), v ktorom sa nachádzajú všetky potrebné súhrnné informácie ohľadom lieku, schopnosť s textom pracovať a vyhľadávať v ňom hlavné informácie, schopnosť selektovať informácie na základe subjektívnej potreby, kritické vyhodnocovanie informácií a pod.,
- b) dokumentová gramotnosť umožňuje jednak porozumieť zdravotným informáciám v častokrát krátkych a nesúvislých textoch, medzi ktoré pat-

ria napr. formuláre, nálepky, pokyny, diagramy, grafy atď., a jednak rozlíšiť určité znaky, vyplniť formuláre, zadať údaje do tabuľky, prečítať nutričné štítky apod.,

- c) numerická gramotnosť figuruje pri číselných úkonoch – napr. schopnosť „prečítať“ a porozumieť údajom v matematickej tabuľke, vypočítať napr. sacharidové jednotky v stravovacom pláne (pacient s cukrovkou), kalkulovať s finančným rozpočtom na lieky, zdravotnícke pomôcky alebo dietetické potraviny a pod.

Okrem vyššie spomenutých gramotností je v oblasti vedomostí potrebných pre zdravotnú gramotnosť aj schopnosť disponovať kvalitnými informáciami týkajúcich sa zdravia. Bez nich nie je možné porozumieť napr. korelácii medzi faktormi životného štýlu a zdravím, resp. chorobou, fungovaniu zdravotníckeho systému a pod.

Zručnosti potrebné pre zdravotnú gramotnosť

Ľudia často čelia zložitým zdravotným informáciám a rozhodnutiam týkajúcich sa starostlivosti o vlastné zdravie. Tieto rozhodnutia uskutočňujú na rôznych miestach a rôznym spôsobom – napr. v obchodoch s potravinami (napr. vyhľadávanie zdravších potravín na základe údajov na etiketách výrobkov), drogériách (napr. vyhľadávanie ekologicky prijateľných drogistickejch produktov), hľadanie primeranej športovej aktivity vzhľadom k vekovým, zdravotným, záujmovým a finančným možnostiam, využívanie prírodných zdrojov pri podpore zdravia a pod. Ak majú ľudia vykonávať zdraviu prospešné aktivity, musia vedieť ako. Prvým predpokladom je mať odborné vedomosti, druhým je dispozícia mať zručnosť (napr. zručnosť pri správnej aplikácii inzulínu, hygienických návykoch, osvojení cvičebnej zostavy u zdravého človeka alebo pacienta po úraze a pod.).

V súčasnej dobe informatizácie spoločnosti čoraz naliehavejšie vystupujú do popredia aj zručnosti v počítačovej a informačnej gramotnosti. Počítačová gramotnosť predstavuje súbor schopností zmysluplného a bezpečného využívania počítačovej techniky (napr. digitálne prístroje, moderné zariadenia – mobilné telefóny, prehrávače, nahrávače, tablety a pod.). Jej výslednicou je práca so základnými aplikovanými programami v informačno-komunikačných technológiách a ich funkcionalitami, tabuľkami, grafmi, numerickými údajmi, internetom, e-mailovým transferom informácií apod. Dôležitým aspektom počítačovej gramotnosti je aj priestorová diferenciácia, tzn. schopnosť orientovať sa v digitálnom priestore (napr. schopnosť vyhľadať potrebné relevantné informácie). Informačná gramotnosť umožňuje efektívne

a bezpečné vyhľadávanie informácií, ich selektovanie na základe významnosti a potrebnosti, identifikovanie, distribuovanie a porozumenie vizuálnym a zvukovým informáciám (Gilstad 2014).

Informačne gramotný jedinec je schopný:

- posúdiť kvalitu informácií,
- legálne získavať a používať informácie,
- hodnotiť získané informácie a ich zdroje,
- efektívne využívať informácie na riešenie napr. zdravotných problémov,
- archivovať získané alebo vytvorené informácie.

Zdravotná gramotnosť v kultúrnom kontexte

Zdravotná gramotnosť v kultúrnom kontexte predstavuje uznanie, že kultúra hrá dôležitú úlohu v komunikácii, pomáha lepšie porozumieť zdravotnej gramotnosti v tej ktorej civilizácii. U ľudí z rôznych kultúrnych prostredí ovplyvňujú zdravotnú gramotnosť viaceré faktory – zdravotnícke, ekonomické, sociálne, vzdelávacie a ďalšie systémy, náboženstvá, komunikačné štýly, ako aj názory a reakcie na zdravie.

Ďalšiu kategóriu determinantov zdravotnej gramotnosti možno klasifikovať na:

- socio-demografické determinanty,
- determinanty v oblasti životného štýlu,
- situačné determinanty,
- spoločenské a environmentálne determinanty.

Socio-demografické determinanty

Jednou zo skupín faktorov ovplyvňujúcich zdravotnú gramotnosť sú osobné determinanty, medzi ktoré patrí vek, pohlavie, vzdelanie, socio-ekonomický status jedinca, zamestnanie, finančný príjem a všeobecná (tradičná) gramotnosť (Sørensen et al., 2012).

Výsledky štúdií asigujú na rozdiel v úrovni zdravotnej gramotnosti v jednotlivých vekových skupinách. Viaceré výsledky výskumov (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016; Garcia-Codina et al. 2019; Valatkaitytė et Česnaitienė 2019; Schaeffer, Berens, Vogt, 2017; Espanha, Ávila, 2016; Palumbo et al., 2016; Słońska, Borowiec, Aranowska, 2015; van der Heide et al., 2013) poukázali na lepšiu úroveň zdravotnej gramotnosti u jedincov medzi 15. a 50.

rokom života oproti napr. starším generáciám. Vo vyšších vekových kategóriách úroveň zdravotnej gramotnosti klesá (Christy et al., 2017). Treba však poznamenať, že vyššie uvedené hodnotenie úrovne zdravotnej gramotnosti vychádza iba z prierezových štúdií, preto je nevyhnutné vnímať nižšiu úroveň zdravotnej gramotnosti u starších generácií v súvislosti s chýbajúcim longitudinálnym pohľadom. Nedá sa teda jednoznačne tvrdiť, že by s pribúdajúcim vekom jedinca klesala úroveň zdravotnej gramotnosti. Nižšia úroveň zdravotnej gramotnosti by mohla vychádzať napr. z nedostatočnej podpory edukácie seniorskej populácie v otázkach zdravia a zdravotnej gramotnosti v histórii.

Čo sa týka dištinkcií v úrovni zdravotnej gramotnosti medzi pohlaviami, výsledky štúdií sú odlišné. Výsledky európskeho výskumu (8 krajín) s využitím štandardizovaného nástroja HLS-EÚ, potvrdili nižšiu mieru zdravotnej gramotnosti u mužov (Sørensen et al. 2015; van der Heide et al. 2013; Vandenbosch et al., 2016). V Čechách a Taliansku, ktoré sa tohto výskumu zúčastnili, sa však nepreukázali rozdiely v úrovni zdravotnej gramotnosti medzi mužmi a ženami (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016; Palumbo et al. 2016). Na odlišnú úroveň zdravotnej gramotnosti v závislosti od gender rozdielov poukazuje štúdia Clouston, Manganello, Richards (2017). Výsledky smerujú k záveru, že ženy dosahovali vyššiu úroveň zdravotnej gramotnosti oproti mužom.

Ďalším dôležitým faktorom je vzdelanie. Podľa dostupných zdrojov je vyššia úroveň dosiahnutého vzdelania jasným predpokladom vyššej úrovne zdravotnej gramotnosti (Schaeffer, Berens, Vogt, 2017; Palumbo et al., 2016; Espanha, Ávila, 2016). Podľa Garcia-Codina et al. (2019) majú jedinci bez vzdelania alebo iba so základným vzdelaním dvojnásobné riziko neadekvátnej úrovne zdravotnej gramotnosti oproti absolventom vysokoškolského štúdia. S týmito tvrdeniami korešpondujú aj výsledky šetrenia v slovenskej populácii, kde s rastúcou úrovňou dosiahnutého vzdelania vzrastala aj úroveň zdravotnej gramotnosti (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016). Duplaga (2020) vo svojej práci orientovanej na úroveň zdravotnej gramotnosti v Poľsku, upozorňuje na skutočnosť, že nízka úroveň zdravotnej gramotnosti bola úzko spätá s nedostatočným rozsahom a obsahom tejto problematiky vo vzdelávacích programoch.

Významnú úlohu v ovplyvňovaní zdravotnej gramotnosti predstavuje aj socio-ekonomický status (Knighton, Brunisholz, Savitz, 2017; Schaeffer, Berens, Vogt, 2017). Riziko nedostatočnej zdravotnej gramotnosti je u jedincov nižšieho socio-ekonomického statusu vyššia oproti ostatným (Kickbusch et

al. 2013). V súlade s týmto tvrdením sú aj výsledky zisťovania úrovne zdravotnej gramotnosti v rámci európskych krajín (Sørensen et al., 2015; Schaeffer, Berens, Vogt, 2017; Palumbo et al., 2016; van der Heide et al., 2013).

V úzkej súvislosti možno spomenúť aj nezamestnanosť, ktorá korešponduje s nižšou úrovňou zdravotnej gramotnosti (Garcia-Codina et al. 2019). Toto tvrdenie potvrdili aj výsledky šetrenia v slovenskej populácii (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

Determinanty v oblasti životného štýlu

Úroveň zdravotnej gramotnosti úzko súvisí so životným štýlom a faktormi, ktoré ho ovplyvňujú. Životným štýlom, či už jednotlivca, skupiny alebo určitého širšieho spoločenstva, možno rozumieť konzistentný životný spôsob, ktorého jednotlivé časti sú vo vzájomnom vzťahu, vychádzajú z jednotného základu, majú spoločné jadro a určitú jednotnú líniu, ktorá sa prelína všetkými podstatnými činnosťami, vzťahmi a zvyklosťami. Predstavuje vyabstrahované, typicky spoločné rysy životného spôsobu príznačné pre jednotlivca alebo prevažnú väčšinu členov nejakej skupiny (Duffková, Urban, Dubský, 2008).

Životný štýl tvorí 50-60% z celkového podielu ďalších faktorov na zdraví (schéma 1) (Hegyi, Ochaba, 2013; Ogden, 2019).

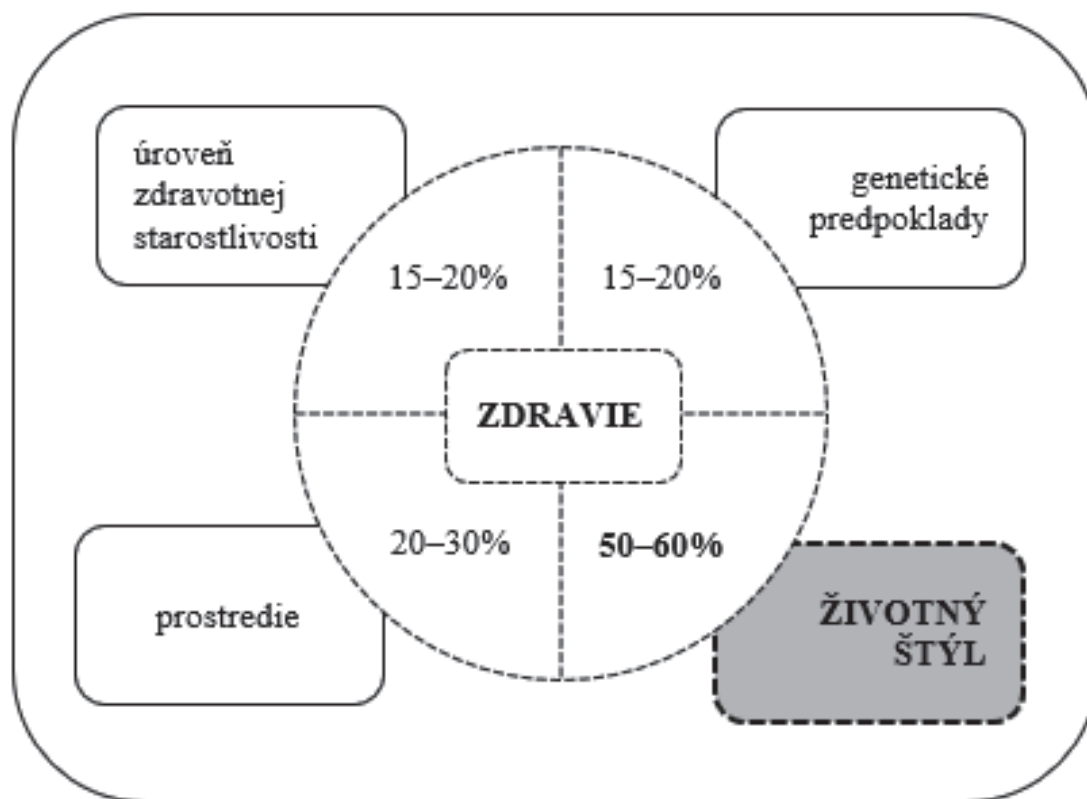


Schéma 1 Determinanty zdravia (spracované podľa Hegyiho, Ochabu, 2013)

Determinant životný štýl je vo vzťahu ku zdravotnej gramotnosti zásadný z aspektu, že je najviac ovplyvniteľný správaním podporujúcim alebo poškodzujúcim individuálne, skupinové zdravie a zdravie celých populácií. Životné štýly sú rôznorodé a spravidla sú podmienené dobrovoľným výberom z variability možností. Životný štýl je teda charakterizovaný súhrou dobrovoľného správania (výberom) a životnej situácie (možnosťami).

Príkladov na reláciu medzi zdravým životným štýlom a samotnou úrovňou zdravia je veľa. So zdravotnou gramotnosťou je možné napr. spájať úroveň fyzickej aktivity jedinca, pretože je považovaná za faktor pozitívne korešpondujúci s jej vyššou úrovňou (Valatkaitytė et Česnaitienė, 2019; Garcia-Codina et al. 2019). V tomto prípade však nepochybne vzniká otázka kauzality tohto vzťahu. Možno predpokladať, že zvýšená fyzická aktivita nebude determinantom zdravotnej gramotnosti, ale skôr dôsledkom jej dobrej úrovne.

Ďalším významným odrazom životného štýlu je hodnota indexu telesnej hmotnosti – body mass index (BMI). Jedná sa o antropometrický ukazovateľ

podváhy, normálnej váhy, nadváhy a obezity, využívajúci vo svojom vzorci hmotnosť a výšku jedinca. Vypočítaná hodnota BMI sa porovnáva s tabuľkovými hodnotami a následne sa určuje pásmo, v ktorom sa jedinec nachádza. Jeho hodnota s úrovňou zdravotnej gramotnosti tiež úzko súvisí. Palumbo et al. (2016) a Kučera, Pelikan, Šteflová (2016) poukázali na skutočnosť, že jedinci s vyššou hodnotou BMI častejšie vykazovali nižšiu úroveň zdravotnej gramotnosti. Na druhej strane jedinci s vyššou úrovňou zdravotnej gramotnosti vykazovali vyššiu úroveň schopnosti ovplyvniteľnosti a kontroly svojej hmotnosti.

Za zásadný faktor životného štýlu možno v neposlednej miere považovať fajčenie. Niektorí autori Kickbusch et al. (2013) a Levin-Zamir et al. (2019) uvádzajú vplyv úrovne zdravotnej gramotnosti na výskyt rizikového správania – fajčenia. Výsledky štúdií v rámci európskych populácií však poukazujú na žiadnu alebo takmer nulovú koreláciu medzi fajčením a úrovňou zdravotnej gramotnosti (Garcia-Codina et al., 2019; Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016). Rovnaké závery poskytujú výsledky v rámci slovenskej populácie, ktoré preukázali štatisticky nevýznamnú a takmer zanedbateľnú koreláciu medzi fajčením a úrovňou zdravotnej gramotnosti (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

Situačné determinanty

Tretiu skupinu determinantov zdravotnej gramotnosti možno súhrne označiť ako determinanty situačné. Toto označenie charakterizuje sociálne zázemie jedinca, vplyv rodiny, sociálnych skupín, pracovného prostredia a okolitej spoločnosti (Sørensen et al., 2012).

Situačné determinanty významnou mierou ovplyvňujú rozvoj a vytváranie zdravotnej gramotnosti. Zásadnú úlohu zohrávajú aj kultúrne zvyklosti sociálneho zázemia jedinca. Rozvoj individuálnej zdravotnej gramotnosti úzko súvisí s významom, ktorý je samotnému zdraviu prisudzovaný v rodine. Súčasne možno predpokladať, že v niektorých spoločenstvách sa môžeme stretnúť s rozhodnutiami v oblasti zdravia, ktoré nie sú výsledkom osobnej úvahy, ale úzko súvisia s názormi ostatných členov rodiny či spoločenstva a súčasne so špecifickými kultúrnymi zvyklosťami (Levin-Zamir et al., 2019). Úroveň zdravotnej gramotnosti potom vychádza zo samotnej výchovy. Zdravotné správanie je generačne odovzdávané v rodine, a hoci sú potomkovia vystavovaní vplyvom ďalších informačných zdrojov, aspekty zakotvené v detstve môžu zohrávať v následnom živote veľmi významnú úlohu (Lopes et al., 2020).

Význam situačných determinantov spočíva aj v ich postavení v procese získavania zdravotných informácií. Využívaním obmedzeného spektra informačných zdrojov dochádza k zvyšovaniu rizika nízkej úrovne zdravotnej gramotnosti. Túto tézu podporili aj Christy et. al. (2017) a Liobikienė, Bernatienė (2018). Potvrdili reláciu medzi nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti a obmedzenými možnosťami prístupu k informačným zdrojom.

Významný rozvoj v posledných desaťročiach zaznamenala diseminácia zdravotných informácií prostredníctvom internetu. Tieto informácie sú pre veľkú časť populácie ľahko dostupné. Problém však nastáva v odlišnej schopnosti ich kritického vyhodnocovania. Informatizácia spoločnosti vytvorila pole pôsobnosti odborníkom aj inštitúciám zameriavajúcich sa na ochranu a podporu verejného zdravia. Základnou požiadavkou na zdravotné informácie je zrozumiteľnosť, ktorá vylučuje nepochopenie alebo nesprávne pochopenie.

V súvislosti s rozvojom informačno–komunikačných technológií významnú úlohu zohrávajú aj sociálne médiá. V ostatnom čase sú intenzívne využívané tiež ako zdroj informácií o zdraví. Na jednej strane centralizujú veľké množstvo informácií týkajúcich sa zdravia, zdravého životného štýlu a prevencie chorôb, no na druhej strane je v niektorých prípadoch diskutabilná ich objektívnosť. Je žiadúce, aby relevantné informácie o zdraví sprostredkovali odborníci a odborné inštitúcie. V takomto prípade by mohli sociálne siete prispieť ku konexii jedinca alebo skupín k efektívnejšiemu odovzdávaniu informácií, vzdelávaniu a vzájomnej dôvere, čo by vo výslednom efekte znamenalo kvalitnejšiu úroveň zdravotnej gramotnosti.

Spoločenské a environmentálne determinanty

Spoločenské a environmentálne determinanty patria k neovplyvniteľným faktorom na úrovni jednotlivca, avšak na úrovni populácie môžu byť ovplyvniteľné. Predstavujú najmä demografickú situáciu, spoločenské pomery, vplyv politického systému a činnosť orgánov verejného zdravia (Sørensen et al. 2012).

Pri všeobecnom porovnaní rozvojových a rozvinutých krajín možno konštatovať, že rozvojové krajiny vykazujú horšiu úroveň zdravotnej gramotnosti, hoci je u týchto populácií označovaná ako významnejší faktor smerujúci k udržaniu dobrého zdravotného stavu oproti populáciám rozvinutých krajín (Malik, Zehra, Hussain, 2017).

Ak sa sústredíme na Európu, problémom bližšej špecifikácie jednotlivých území je nedostatočný výskum na poli hodnotenia úrovne zdravotnej gra-

motnosti. Napriek tomu, že v Európe bolo vykonaných niekoľko štúdií hodnotiacich úroveň zdravotnej gramotnosti, neexistuje žiadny nástroj jej hodnotenia, ktorý by poskytoval dáta pre celý región. Doteraz publikované výsledky nie sú z dôvodu použitia odlišných štandardizovaných nástrojov porovnateľné. Najširšie medzinárodné porovnanie poskytuje štúdia HLS–EÚ, ktorá bola realizovaná v roku 2011 v 8 štátoch Európy. Hoci si môžeme byť istí, že environmentálne a spoločenské hľadisko úroveň zdravotnej gramotnosti nepochybne ovplyvňuje, nie sme schopní toto stanovisko s presnosťou bližšie špecifikovať (Quaglio et al., 2016; Altin et al., 2014).

6. Vybrané modely zdravotnej gramotnosti

V súčasnosti je dostupných odbornej societe viacero modelov zdravotnej gramotnosti. Niektoré boli vytvorené na teoretickej úrovni, iné majú skôr abstraktný charakter, niektoré sú zamerané na zdravotnú gramotnosť globálne, iné na deti alebo dospelú a seniorskú populáciu. Jednotlivé modely obsahujú tiež rôznorodé kľúčové dimenzie, ktoré možno klasifikovať do troch kategórií:

- a) kognitívne – do tejto kategórie sú zaradené dimenzie, prostredníctvom ktorých sú rozvíjané mentálne schopnosti a činnosti, ktoré jedincovi umožňujú myslieť, učiť sa a spracovávať informácie; patria sem vedomosti, základné alebo funkčné zručnosti súvisiace so zdravím, porozumenie, posudzovanie a hodnotenie a kritické myslenie,
- b) behaviorálne alebo operatívne – predstavujú dimenzie týkajúce sa konkrétnych foriem správania; medzi ne sa zaraďuje vyhľadávanie a prístup k informáciám, komunikácia a interakcia a aplikácia informácií,
- c) afektívne a konatívne – sú prezentované dimenziami, ktoré sa spájajú s citmi alebo osobnostnými črtami a mentálnymi štádiami vývoja, ktoré ovplyvňujú to, ako sa jedinec snaží konať a usmerňovať svoje aktivity; patrí sem sebauvedomenie, sebareflexia, sebakontrola, samoregulácia, záujem a motivácia.

Odlišnosť jednotlivých modelov zdravotnej gramotnosti vyplýva z ich zamerania a východiskovej definície, na základe ktorej boli vytvorené.

Najznámejším modelom zdravotnej gramotnosti je Nutbeamov koncepčný model zdravotnej gramotnosti (Nutbeam, 2000) (schéma 2).

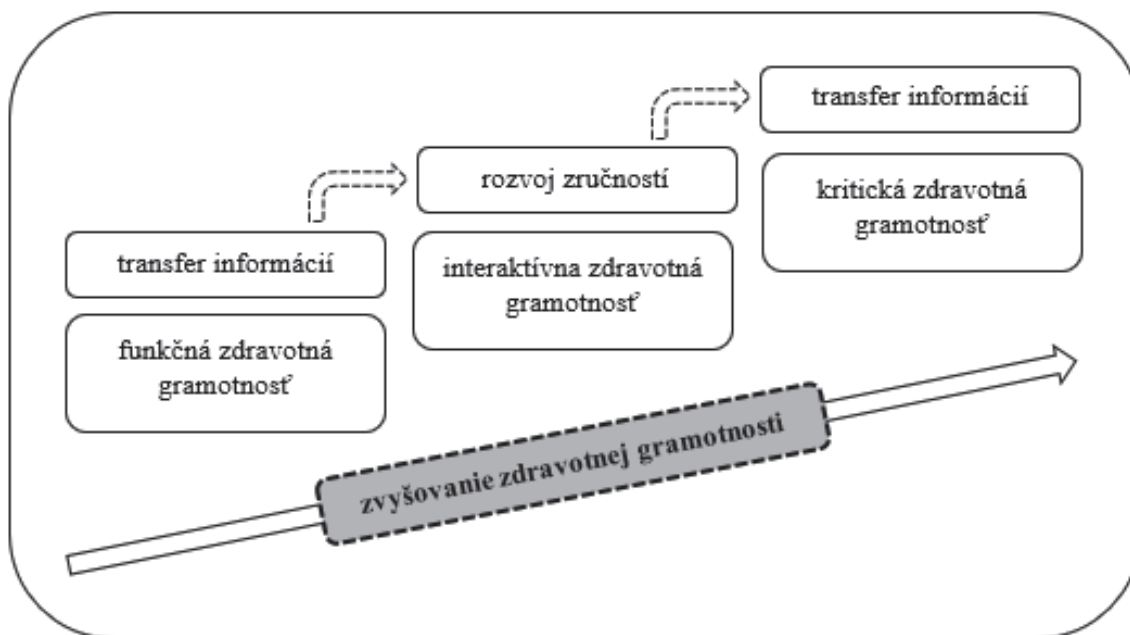


Schéma 2 Model zdravotnej gramotnosti (spracované podľa Nutbeama, 2000)

Autor modelu rozlišuje tri úrovne zdravotnej gramotnosti:

- a) funkčná zdravotná gramotnosť odráža výsledky tradičnej zdravotnej výchovy založenej na poskytovaní faktických informácií o zdravotných rizikách a o tom, ako využívať služby systému zdravotníctva; v tejto gramotnosti aktivity vo všeobecnosti smerujú dominantne k individuálnemu prospechu, sporadicky k prospechu širšej populácie (napr. podpora účasti na imunizačných a skríningových programoch); táto úroveň gramotnosti nevyžaduje interaktívnu komunikáciu a ani nepodporuje rozvoj zručností a autonómiu; zahŕňa prioritne informačné letáky a tradičné vzdelávanie zdravých a chorých,
- b) interaktívna zdravotná gramotnosť odráža výsledky prístupu k zdravotnej výchove za posledných 20 rokov; je zameraná na rozvoj osobných zručností v podpornom prostredí a na zlepšenie osobnej schopnosti konať v zmysle vnútornej motivácie a sebauvedomenia za základe prijatých rád; aj tieto aktivity sú prioritne orientované na individuálny než spoločenský prospech; zahŕňajú rozvoj osobných a sociálnych zručností a výsledkov správania (zdravotné vzdelávacie programy),

- c) kritická zdravotná gramotnosť predstavuje najvyššiu úroveň v zdravotnej gramotnosti, zahŕňa pokročilejšie kognitívne schopnosti, kde sú informácie kriticky analyzované, týkajú sa individuálneho správania sa jednotlivcov; činnosti sú orientované na sociálne, ekonomické a environmentálne determinanty zdravia; táto úroveň zdravotnej gramotnosti je zameraná na rôzne vekové populačné skupiny a sekundárne aj na jedincov (Nutbeam, 2000).

Podstatou kritickej zdravotnej gramotnosti sú presné informácie a tiež kritické (hodnotiace) myslenie (Sykes et al. 2013, Szydłowski, 2016), ktoré umožňuje:

- vnímať a pochopiť logickú nadväznosť informácií a spájať informácie do konzistentného celku,
- dedukovať, argumentovať, tvoriť závery a dospieť k hodnotiacemu úsudku,
- dôsledne porozumieť prečítanému,
- zapamätať si dôležité informácie a zaradiť ich do existujúcich poznatkových schém,
- nepredpojatosť v myslení – jasné rozpoznanie a vyhodnotenie predpokladov, dôsledkov a praktických konsekvencií (Elder, Paul, 2010),
- adekvátne použiť nové informácie v rozličných životných a problémových situáciách osoby alebo pacienta.

V ďalšom modeli zdravotnej gramotnosti Zarcadoolas, Pleasant, Greer (2006) rozlišujú štyri komponenty – fundamentálny, odborný, občiansky a kultúrny (schéma 3).

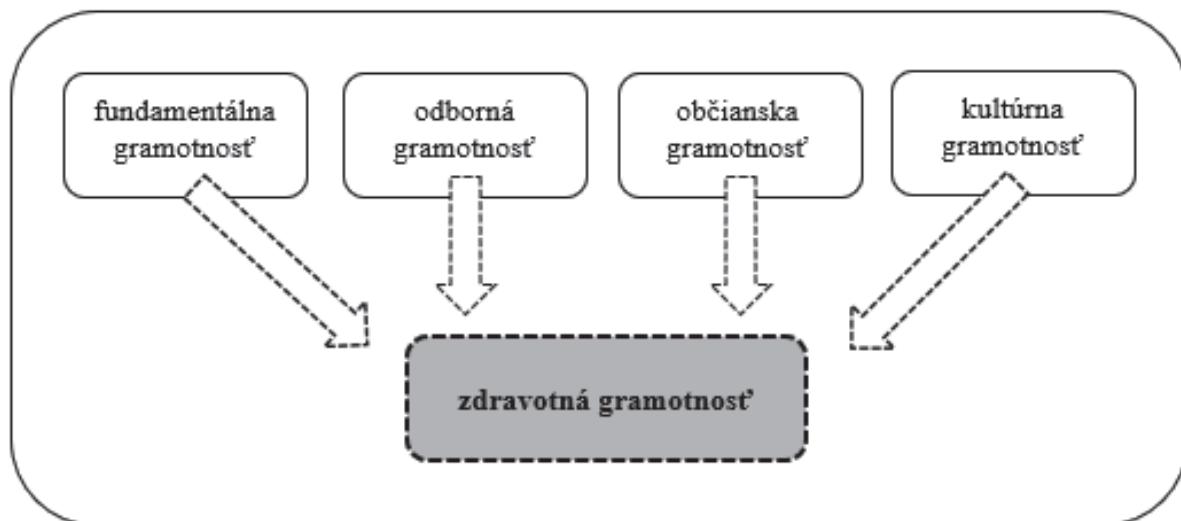


Schéma 3 Model zdravotnej gramotnosti (spracované podľa Zarcadoolas, Pleasant, Greer, 2006)

Pod fundamentálnou zdravotnou gramotnosťou autori chápu gramotnosť zahŕňajúcu elementárne zručnosti a stratégie podieľajúce sa na čítaní, písaní a počítaní. Odborná gramotnosť predstavuje schopnosť porozumieť a využívať vedecké a technologické vymoženosti. Občianska gramotnosť zahŕňa vedomosti jedinca, ktoré mu umožňujú kritické myslenie a aktívne zapájanie sa do rozhodovacieho procesu. Kultúrna gramotnosť znamená schopnosť rozpoznávať a využívať kolektívne presvedčenie, zvyky a sociálnu identitu pre výklad zdravotných informácií (Zarcadoolas, Pleasant, Greer, 2006).

Schulz a Nakamoto (2005) prezentujú znalostný model zdravotnej gramotnosti (schéma 4).

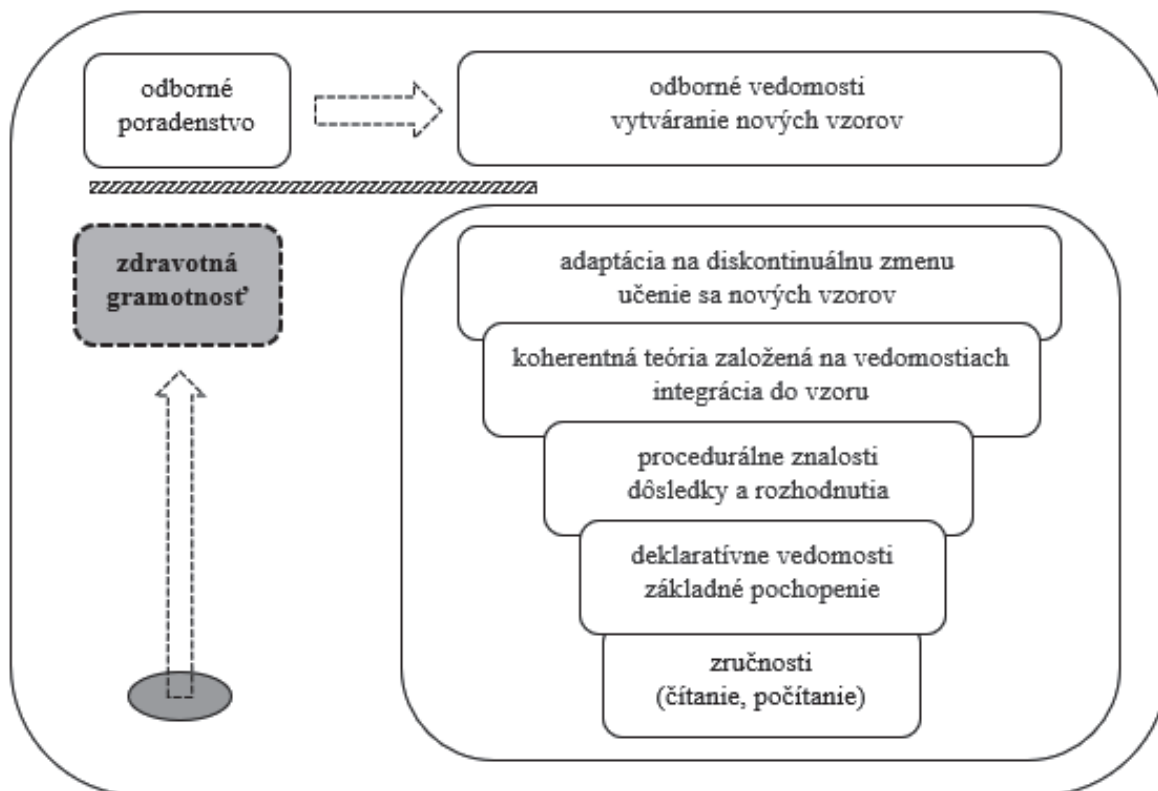


Schéma 4 Model zdravotnej gramotnosti (spracované podľa Schulz, Nakamoto, 2005)

Autori konceptualizujú zdravotnú gramotnosť ako multidimenzionálny konštrukt zložený z postupných, čoraz komplexnejších kognitívnych schopností a zručností, pričom základ tvoria zručnosti v oblasti čítania, písania a počítania jedinca. V tomto modeli zdravotná gramotnosť predstavuje iba schopnosť interného riadenia vedomostí a rozhodovania, implementácia v akcii sa môže v dôsledku toho individuálne líšiť. Autori zdôrazňujú, že zdravotná gramotnosť nie je to isté ako zdravotné správanie. Niektorí, ktorí majú dobré vedomosti o škodlivých účinkoch fajčenia a stále fajčia, nemusí byť nevyhnutne menej zdravotne gramotní ako nefajčiar. Za významné považujú odborné poradenstvo, prostredníctvom ktorého si jedinec vytvára nové vzory správania vo vzťahu k vlastnému zdraviu (Schulz, Nakamoto, 2005).

Ďalší model zdravotnej gramotnosti prezentuje Freedman (2009), ktorý v ňom identifikoval tri dimenzie. Tieto predstavujú koncepčný základ, ktorý zahŕňa základné vedomosti a informácie potrebné pre pochopenie a prijímanie opatrení týkajúcich sa verejného zdravia. Jednotlivci a skupiny by mali

byť schopní konzultovať základné pojmy v oblasti verejného zdravia s odborníkmi alebo inými kompetentnými osobami. Kritické zručnosti sa týkajú zručností požadovaných pre získanie, spracovanie a vyhodnotenie informácií, ktoré sú potrebné pre rozhodovanie v oblasti verejného zdravia. Správne rozhodnutia sú prínosom pre jednotlivcov, skupiny, komunity a celú spoločnosť. Zahŕňajú schopnosť využiť informácie o zdraví a aspektoch verejného zdravia na potlačenie neistôt. V neposlednom rade je to občianska orientácia, ktorá zahŕňa zručnosti a prostriedky potrebné na riešenie zdravotných problémov.

Jordan, Buchbinder, Osborne (2009) prezentujú exploratívny prístup, prostredníctvom ktorého interpretujú zdravotnú gramotnosť z pohľadu pacienta. Akcentovali význam funkčnej gramotnosti a určili šesť jej kľúčových oblastí:

- schopnosť rozoznať, kedy je potrebné vyhľadať zdravotné informácie a zdravotnú pomoc,
- schopnosť orientovať sa v zdravotníckom systéme,
- schopnosť adekvátne popísať svoje zdravotné problémy,
- porozumieť informáciám a inštrukciám,
- byť úplne koncentrovaný na to, aby porozumel zdravotníkom,
- schopnosť rešpektovať inštrukcie a odporúčania zdravotníkov tak, aby bol zabezpečený želaný efekt na jeho zdraví.

Aj Geboers et al. (2018) navrhli intervenčný model zdravotnej gramotnosti. Jeho východiskom bolo poznanie iných modelov zdravotnej gramotnosti, v ktorých im absentoval význam intervencií vo vzťahu k riešenej problematike (schéma 5).

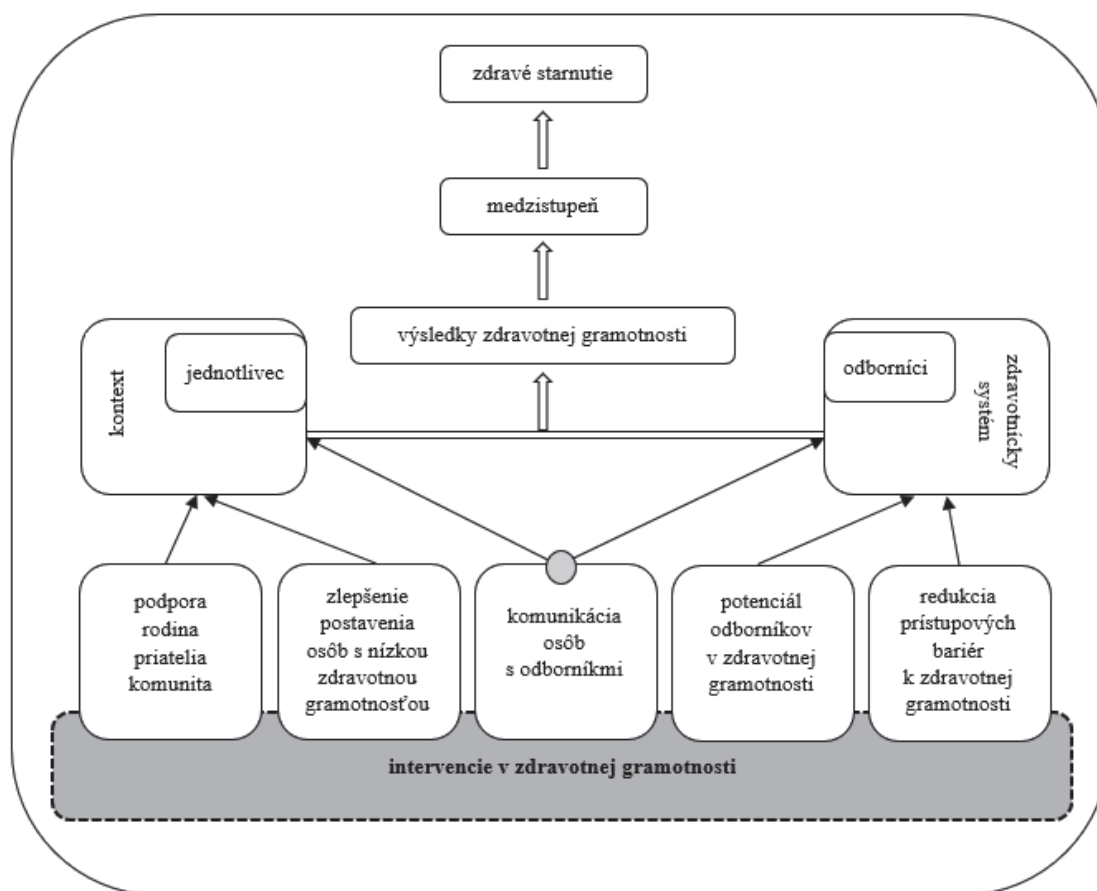


Schéma 5 Intervenčný model zdravotnej gramotnosti (spracované podľa Geboers et al., 2018)

V prezentovanom modeli sa autori zameriavajú na jednotlivca a odborníkov ako hlavných aktérov, ktorí spoločne určujú výsledky zdravotnej gramotnosti. Títo sú zároveň vnímaní ako súčasť širšieho kontextu. Pre jednotlivca má význam sociálny kontext (napr. rodina, priatelia, komunita), pre odborníka zdravotnícky systém. Od odborníkov sa očakáva istý potenciál v oblasti zdravotnej gramotnosti a eliminácia bariér k jej zlepšeniu. Významnú úlohu pripisujú komunikácii medzi jednotlivcom, skupinami a komunitami a odborníkmi.

Integrovaný model zdravotnej gramotnosti

Koncepčné modely zdravotnej gramotnosti podľa Protheroe et al. (2017) nie sú komplexné. Pravdepodobne je to spôsobené tým, že sa ich autorom

nepodarilo integrovať poznatky z rôznych pohľadov na zdravotnú gramotnosť. Podľa ich názoru, iba málo modelov obsahuje arondovaný prístup zahŕňajúci lekársku starostlivosť a verejné zdravie. Väčšina modelov rovnako nedokáže explicitne vysvetliť skutočnosť, že zdravotná gramotnosť je proces zahŕňajúci kroky ako prístup, porozumenie, spracovanie informácií a komunikáciu.

Na riešenie týchto nedostatkov odborníci navrhli integrovaný model zdravotnej gramotnosti (schéma 6).

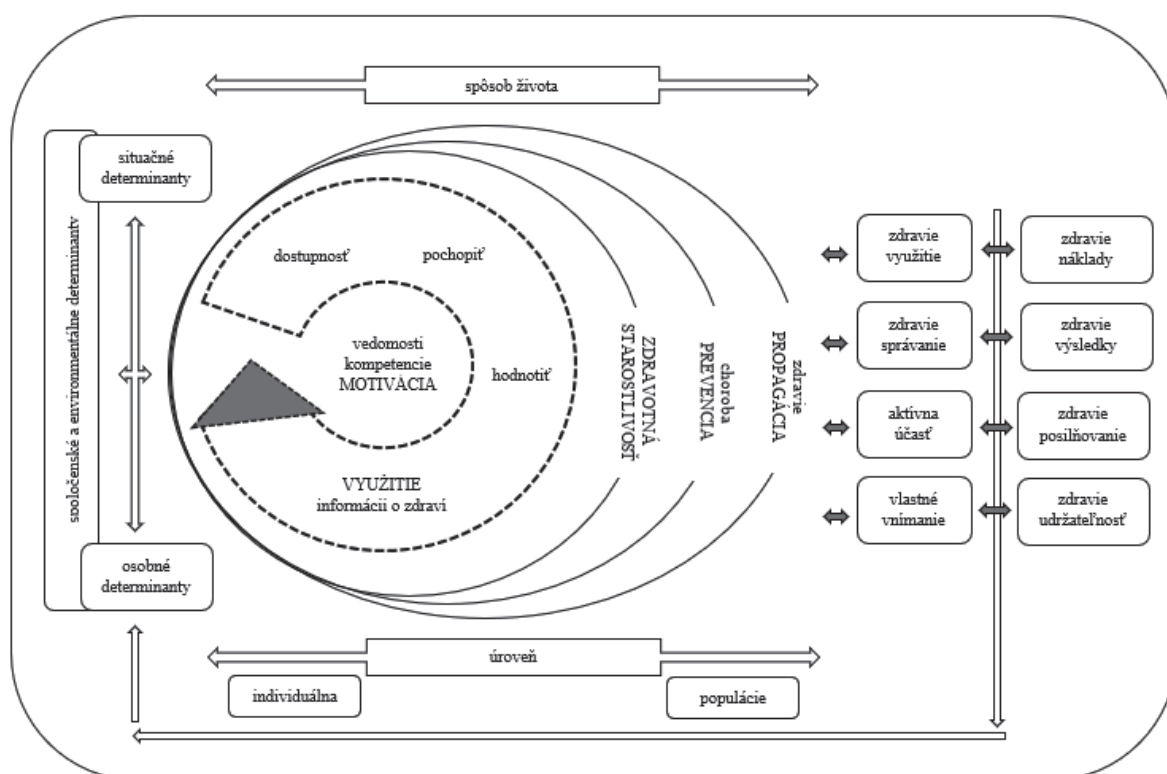


Schéma 6 Integrovaný model zdravotnej gramotnosti (prevzaté od Sørensen et al., 2012)

Integrovaný model zdravotnej gramotnosti implikuje hlavné prvky existujúcich koncepčných modelov a vzájomne ich kombinuje. Zahŕňa hlavné dimenzie zdravotnej gramotnosti, ktoré sú koncentrované v strede v oválnom tvare. Proximálne (bližšie k stredu) a distálne (na spodnom okraji) sú zobrazené faktory, ktoré majú vplyv na zdravotnú gramotnosť, ako aj cesty spájajúce zdravotnú gramotnosť a výsledky v oblasti zdravia. V jadre modelu sú

zobrazené vedomosti, kompetencie a motivácia a zároveň prvky vo vzťahu k nim (Kickbusch et al., 2013):

- a) dostupnosť – schopnosť hľadať, nájsť a získavať informácie o zdraví,
- b) pochopenie – schopnosť porozumieť informáciám,
- c) vyhodnotenie – schopnosť interpretovať, posudzovať a vyhodnocovať informácie o zdraví,
- d) využitie – schopnosť aplikovať informácie smerujúce k udržiavaniu a zlepšovaniu zdravia Sørensen et al. (2012).

Prvky v jadre modelu sú spojené s úrovňou funkčnej, interaktívnej a kritickej zdravotnej gramotnosti. Ich účinné využitie umožňuje navigáciu v troch doménach kontinua: ako chorá osoba (pacient) v zdravotnej starostlivosti, ako riziková osoba v systéme prevencie chorôb a ako osoba vo vzťahu k zdraviu. Schopnosť orientovať sa v tomto kontinuu závisí od kognitívneho a psychosociálneho vývoja, čo znamená že zdravotná gramotnosť sa u človeka neustále vyvíja v kontexte so životnými skúsenosťami.

Podobne ako vyššie spomenutí autori, aj Soellner, Lenartz, Rudinger (2016), poukázali vo vzťahu k variabilite modelov zdravotnej gramotnosti na nasledovné fakty:

- jednotlivé modely rešpektujú paradigmu zdravotnej gramotnosti,
- neexistuje spoločný model zdravotnej gramotnosti,
- len málo modelov zdravotnej gramotnosti preukázalo vo výskume svoju platnosť.

Tieto argumenty iniciovali autorov k tvorbe a realizácii projektu Zdravotná gramotnosť – budovanie a overovanie jej modelov. Cieľom projektu bola:

- konštrukcia komplexného modelu zdravotnej gramotnosti rešpektujúc prístupy odborníkov prezentujúcich rôzne modely zdravotnej gramotnosti,
- vytvorenie nástroja na jeho použitie a overenie v praxi.

Prostredníctvom trojrozmerného škálovania vytvorili pojmovú mapu zdravotnej gramotnosti s využitím hierarchickej zhlukovej analýzy (schéma 7).

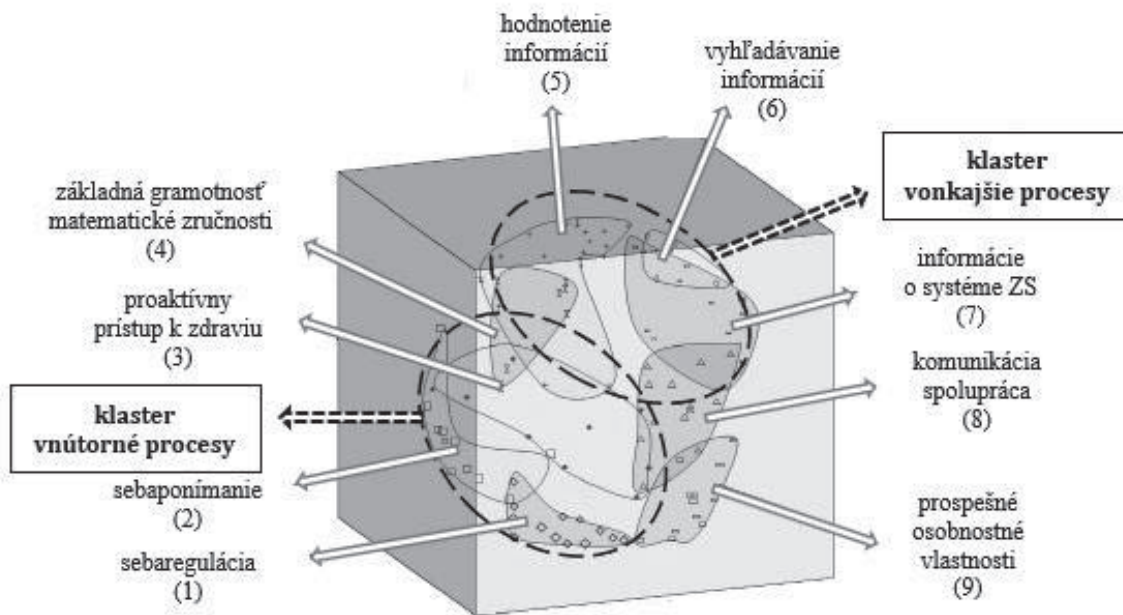


Schéma 7 Trojrozmerná pojmová mapa zdravotnej gramotnosti (Soellner, Lenartz, Rudinger, 2016)

Pojmovú mapu zdravotnej gramotnosti autori rozdelili na dva hlavné klaster (vonkajšie a vnútorné procesy) s deviatimi podklastrami. Do hlavného klastra súvisiaceho s vonkajšími procesmi zaradili hodnotenie informácií, vyhľadávanie informácií, poznanie fungovania systému zdravotnej starostlivosti, konanie, komunikáciu a spoluprácu a prospešné osobnostné vlastnosti. Do klastra súvisiaceho s vnútornými procesmi začlenili sebareguláciu, sebaponímanie, proaktívny prístup k zdraviu a základnú gramotnosť a matematické zručnosti.

7. Meracie nástroje zdravotnej gramotnosti

V minulosti vytvorené nástroje na meranie zdravotnej gramotnosti boli založené na čítaní s porozumením, čo však neposkytovalo dostatok informácií pre plánovanie a realizáciu intervencií a prípadný rozvoj zdravotnej gramotnosti. Líšili sa zameraním na konkrétne aspekty v zdravotnej gramotnosti, ako je poznanie a schopnosti, matematická gramotnosť a porozumenie zdravotným pojmom. Niektoré nástroje boli vyvinuté ako skriningové a slúžili na identifikovanie ľudí s nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti. Ako príklady takýchto nástrojov možno uviesť:

- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM-SF, REALM-VS, REALD-99, REALM-Teen, REAL-G),
- testy funkčnej zdravotnej gramotnosti (TOFHLA, S-TOFHLA) a Newest Vital Sign (NVS) (Sørensen et al. 2012).

Cieľom iných štandardizovaných nástrojov bolo zabezpečiť dôkladné zhodnotenie úrovne zdravotnej gramotnosti, ako aj preskúmať vzťahy s determinantami zdravia, zdravotnými návykmi, zdravotným stavom a využívaním zdravotných služieb. Medzi tieto nástroje patria napr.:

- National Assessment of Adult Literacy survey (NAAL),
- Critical Health Competence Test (CHC),
- Swiss Health Literacy Survey,
- Health Literacy Management Scale (HeLMS) (Sørensen et al., 2013).

Osborne et al. (2013) poukazujú na to, že žiadny z vyššie uvedených nástrojov nedokáže úplne zachytiť relevantné aspekty zdravotnej gramotnosti. V tejto intencii definovali nasledovné nedostatky:

- niektoré modely sa neopierajú, alebo opierajú iba čiastočne o paradigmu zdravotnej gramotnosti,
- sú zamerané len na to, či osoba pozná konkrétne slová súvisiace so zdravím namiesto toho, aby bola zisťovaná skutočnosť poznania ich významu,
- chýba pochopenie kultúrnych odlišností medzi jednotlivými krajinami,
- sú málo objektívne k určitým populáciám,
- sú ťažšie uplatniteľné pri hodnotení podpory zdravia, intervencií a politík pre rozvoj zdravotnej gramotnosti,
- nevyhodnocujú komunikačné zručnosti.

Autori tiež poukazujú aj na nutnosť posúdenia komplexnej miery zdravotnej gramotnosti, ktorá by mala odrážať atribúty:

- vybudovanie teórie a koncepčného rámca zdravotnej gramotnosti,
- určenie jej multidimenzionálneho obsahu,
- vypracovanie metodiky, ktorá by reálne odrážala úroveň zdravotnej gramotnosti.

Z dôvodu týchto limitujúcich obmedzení bol vyvinutý konzorciom skladajúce sa z deviatich výskumných ústavov v Rakúsku, Bulharsku, Nemecku, Grécku, Írsku, Holandsku, Poľsku a Španielsku Európsky dotazník zdravotnej gramotnosti (HLS-EU-Q). Dotazník reflektuje dimenzie, ktoré sú popí-

sané v integrovanom modeli, ktorý môže slúžiť ako základ pre návrh intervencií na zvýšenie úrovne zdravotnej gramotnosti. Tento komplexný merací nástroj bol vyvinutý na meranie zdravotnej gramotnosti u všeobecnej populácii a nie u špecifických skupín (Sørensen et al., 2013).

Nástroj obsahuje 9 domén so 47 otázkami (každá doména obsahuje 4 až 6 otázok) zaoberajúcich sa prístupom, porozumením, hodnotením a využívaním informácií týkajúcich sa podpory zdravia a prevencie chorôb. Druhá časť dotazníka zahŕňa otázky týkajúce sa zdravia, správania, zdravotného stavu a socioekonomických faktorov (schéma 8).

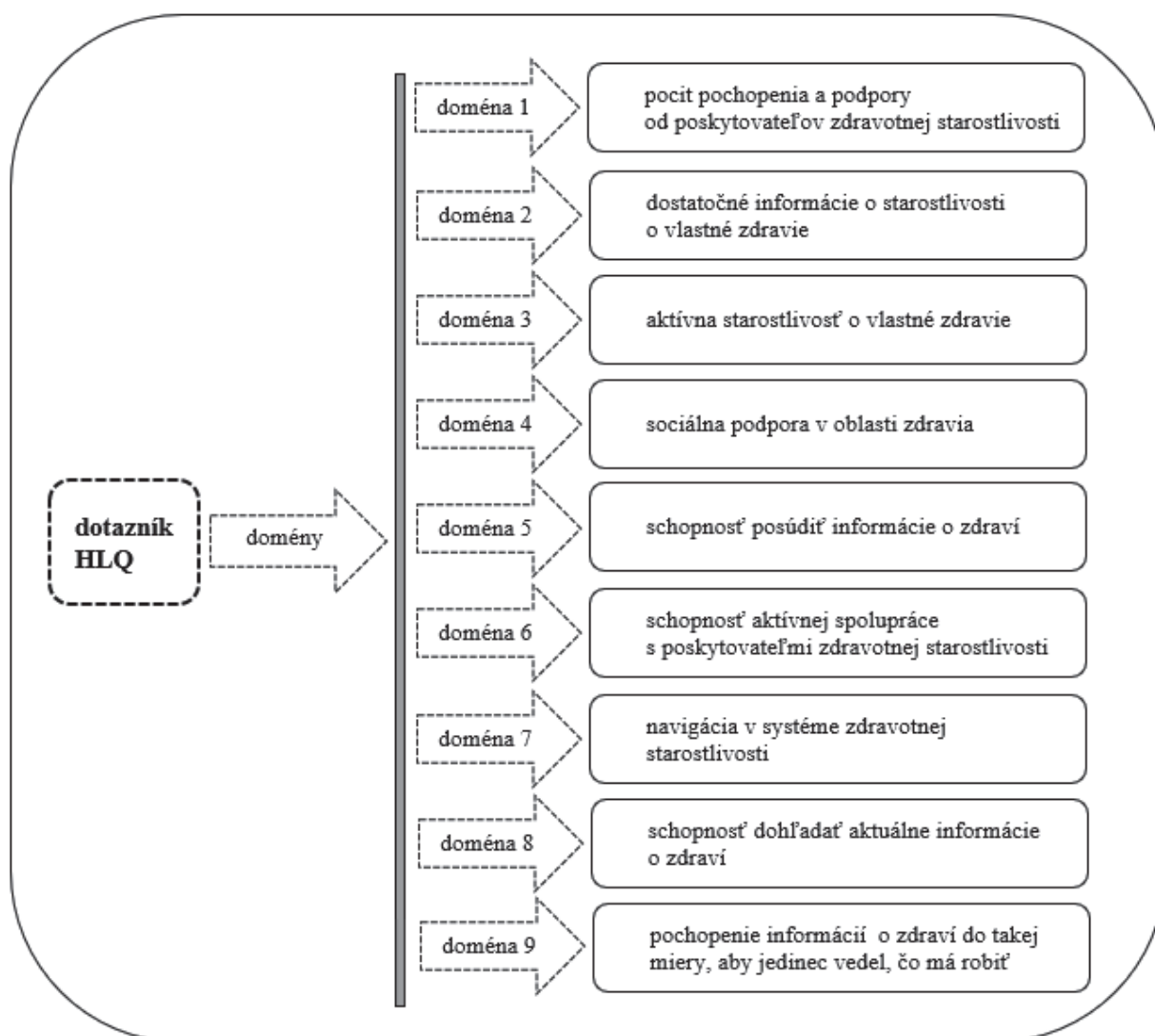


Schéma 8 Domény dotazníka HLQ (Čepová, Kolarčík Madarasová Gecová, 2017)

Domény slúžia pre presnejšie priradenie určitej úrovne zdravotnej gramotnosti v sledovanej populácii. Každá z domén poskytuje informácie o problémoch alebo nedostatkoch zdravotnej gramotnosti a zároveň stimuly k jej zlepšeniu. V doménach figurujú prejavy nízkej a vysokej úrovne v danej dimenzii:

- a) doména 1: pochopenie a podpora zo strany poskytovateľov zdravotnej starostlivosti:
 - nízka úroveň domény: osoba nie je schopná spolupracovať s lekármi alebo inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti; nemá stáleho alebo spoľahlivého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, alebo má problém dôverovať poskytovateľom zdravotnej starostlivosti,
 - vysoká úroveň domény: osoba má vzťah aspoň s jedným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý ju dobre pozná a zároveň mu osoba dôveruje; poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pomáha porozumieť informáciám a vykonáva rozhodnutia o zdraví,
- b) doména 2: dostatočné informácie o starostlivosti o vlastné zdravie:
 - nízka úroveň domény: osoba sa domnieva, že má nedostatky vo vedomostiach potrebných k tomu ako viesť zdravý život,
 - vysoká úroveň domény: osoba má dostatok adekvátnych informácií potrebných k tomu, aby viedla zdravý život,
- c) doména 3: aktívna starostlivosť o svoje zdravie:
 - nízka úroveň domény: osoba neberie svoje zdravie ako zodpovednosť, nebdá o svoje zdravie,
 - vysoká úroveň domény: osoba uznáva dôležitosť zdravia a je schopná prevziať zodpovednosť za svoje zdravie; aktívne sa zapája do starostlivosti o svoje zdravie a robí rozhodnutia prospešné zdraviu; zdravie je prioritou,
- d) doména 4: sociálna podpora v oblasti zdravia:
 - nízka úroveň domény: osoba nemá sociálnu podporu v otázkach zdravia,
 - vysoká úroveň domény: osoba má sociálnu oporu, ktorú potrebuje pre svoje zdravie,
- e) doména 5: schopnosť posúdiť informácie o zdraví:
 - nízka úroveň domény: osoba nedokáže pochopiť väčšinu informácií o zdraví, a to aj napriek osobnej snahe nedokáže posúdiť, ktoré informácie sú pre ňu správne,

- vysoká úroveň domény: osoba dokáže identifikovať správne a spoľahlivé informácie o zdraví,
- f) doména 6: schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti:
- nízka úroveň domény: osoba je pasívna v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti; aktívne nevyhľadáva informácie, rady a služby zdravotnej starostlivosti; prijíma informácie, ktoré má k dispozícii a nekladie otázky v prípade, ak jej nie je niečo jasné alebo nechápe; nesnaží sa zabezpečiť všetko potrebné pre svoje zdravie,
 - vysoká úroveň domény: osoba sa aktívne stará o svoje zdravie a má vybudovaný pozitívny vzťah s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti; je schopná poradiť sa s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak je to potrebné v prípade nejasností,
- g) doména 7: navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti:
- nízka úroveň domény: osobe nemá kto poradiť a pomôcť, ako využiť systém zdravotnej starostlivosti; má problém s pochopením, čo má k dispozícii v systéme zdravotnej starostlivosti a na čo má nárok,
 - vysoká úroveň domény: osoba dokáže zistiť, na aké služby má v zdravotníckom systéme nárok a využíva ich,
- h) doména 8: schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví:
- nízka úroveň domény: osoba nedokáže získať aktuálne informácie; je závislá na poskytnutí informácií od iných strán,
 - vysoká úroveň domény: osoba aktívne využíva rôzne zdroje pre vyhľadávanie aktuálnych informácií o zdraví,
- i) doména 9: pochopenie informácií o zdraví do takej miery, aby osoba vedela, čo má robiť:
- nízka úroveň domény: osoba má problém s porozumením informácií o zdraví, poučenia o vyšetrení alebo inštrukcií (napr. ako správne užívať lieky); je pre ňu náročné čítať alebo vyplňať lekárske formuláre,
 - vysoká úroveň domény: osoba je schopná porozumieť všetkým písaným informáciám (vrátane numerických informácií); v prípade potreby dokáže adekvátne vyplniť formuláre týkajúce sa zdravia.

Haun et al. (2012) uvádza aj nástroje zamerané na meranie špecifickej zdravotnej gramotnosti – napr.:

- Literacy Assessment for Diabetes (LAD),
- Diabetes Numeracy Test (DNT-15),
- Asthma Numeracy Questionnaire (ANQ),

- Health Literacy Skills Instrument the Numeracy Understanding in Medicine Instrument (NUMi) - HBP-health literacy scale (HBP-HLS),
- Spanish Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish; PHLAT-8),
- Hebrew Health Literacy Test (HHLT),
- Korean Health Literacy Scale (KHLS),
- HealthLiteracy Test for Singapore (HLTS),
- Literacy Measure for patients with HIV,
- The Food Label Literacy for Applied Nutrition Knowledge questionnaire (FLLANK).

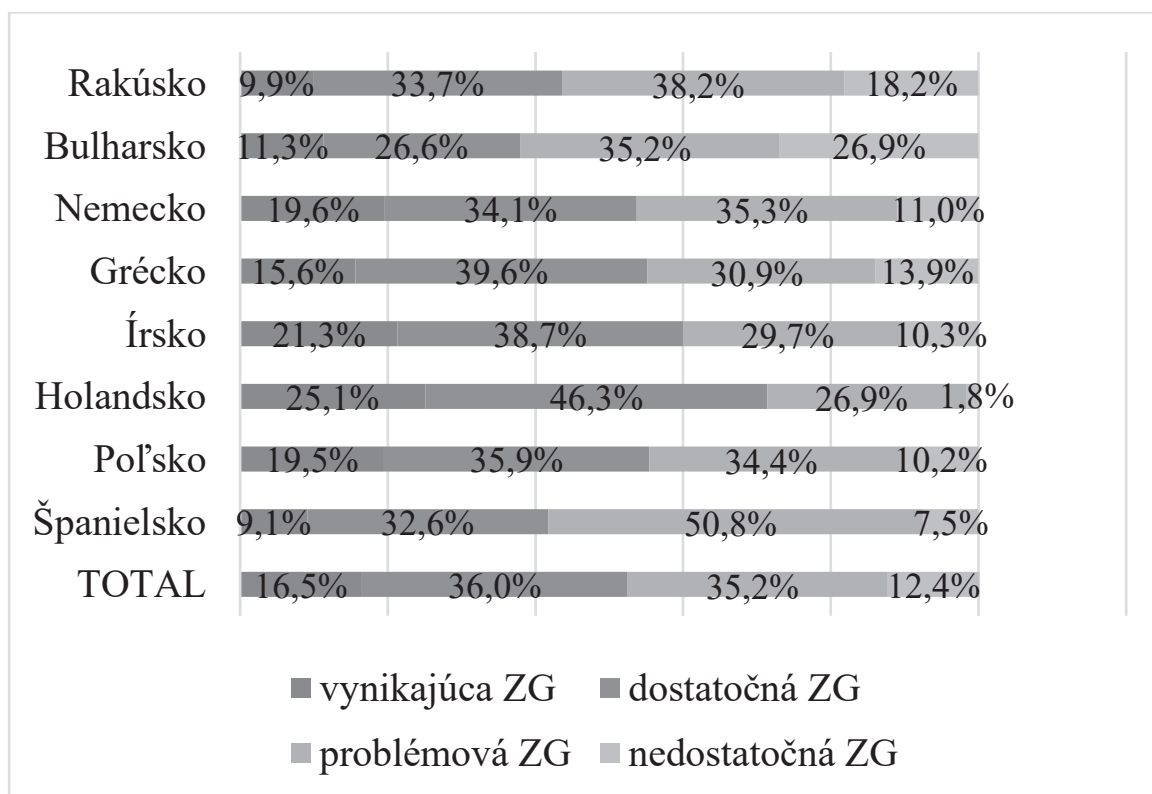
8. Úroveň zdravotnej gramotnosti v Európe

Úroveň zdravotnej gramotnosti obyvateľstva v európskych krajinách, a to aj napriek faktu, že sa v týchto krajinách začalo neskôr s výskumom, je lepšia oproti iným štátom v rôznych kontinentoch sveta. Malik, Zehra, Hussain (2017) uviedli, že približne len 10% Európanov nedosahuje zodpovedajúcu úroveň zdravotnej gramotnosti. Oproti tomuto konštatovaniu Marimwe, Dowse (2017) poukázali na skutočnosť, že v USA tento podiel dosahuje takmer 30 % obyvateľstva a v Austrálii vykazuje neadekvátnu úroveň zdravotnej gramotnosti asi štvrtina obyvateľov. Rovnako upozorňujú na fakt, že porovnanie úrovne zdravotnej gramotnosti obyvateľov v rôznych krajinách sveta sú nepresné z dvoch aspektov: jedná sa iba o porovnanie výsledkov zväčša lokálnych štúdií; v týchto štúdiách boli použité rozdielne metodiky a nástroje testovania. Na spoľahlivé porovnanie je nevyhnutné využiť rovnaký štandardizovaný nástroj merania zdravotnej gramotnosti. Ďalším problémom bolo, že všetky vytvorené nástroje boli orientované skôr na vyspelé krajiny, čo znevýhodňovalo obyvateľov ostatných lokalít sveta.

Za významný medzník v mapovaní úrovne zdravotnej gramotnosti v Európe možno považovať rok 2011, v ktorom bol realizovaný prvý systematický výskum. Jeho cieľom bolo zistiť úroveň zdravotnej gramotnosti v ôsmich vybraných európskych krajinách – Rakúsku, Bulharsku, Nemecku, Grécku, Írsku, Holandsku, Poľsku a Španielsku. V nasledujúcich rokoch boli podľa rovnakej metodiky uskutočnené šetrenie na zistenie úrovne zdravotnej gramotnosti v ďalších európskych krajinách Taliansku a Portugalsku (Sørensen et al., 2015).

Rovnaká metodika bola v roku 2014 použitá aj v Českej republike v rámci prípravy strategického plánu Program Zdravie 2020, vďaka čomu boli výsledky pre českú populáciu porovnateľné s výsledkami populácií ostatných na výskume zainteresovaných krajín. Avšak v porovnaní s ostatnými krajinami bola úroveň zdravotnej gramotnosti pod priemerom ostatných testovaných európskych krajín (u 59,4%, z celkového počtu dospelých respondentov 1037, bola zaregistrovaná nedostatočná alebo problematická zdravotná gramotnosť). Výsledky tiež ukázali, že zdravotná gramotnosť negatívne korelovala s vekom a pozitívne so vzdelaním, podobne ako v iných krajinách (Kučera, Pelikan, Šteflová, 2016).

Prevalenciu úrovne zdravotnej gramotnosti v jednotlivých vybraných európskych krajinách demonštruje grafické zobrazenie 1.



Graf 1 Úroveň zdravotnej gramotnosti vo vybraných európskych štátoch (spracované podľa Sørensen et al., 2015)

V európskom porovnaní najlepšiu zdravotnú gramotnosť dosiahlo obyvateľstvo Holandska, v ktorom bola problematická alebo nedostatočná zdra-

votná gramotnosť zaregistrovaná iba u 28,7% obyvateľov. Najvyššie percento v úrovni vynikajúcej zdravotnej gramotnosti dosiahli obyvatelia štátov Írska, Nemecka a Poľska. Najvýraznejšia nedostatočná zdravotná gramotnosť bola zaznamenaná u obyvateľov Bulharska, Rakúska a Grécka (Sørensen et al., 2015).

Zo sledovaných krajín sa mierne odlišovalo Slovensko. Na výskum zdravotnej gramotnosti u slovenského obyvateľstva, na rozdiel od Nemecka, Rakúska a ČR, nebol použitý nástroj HLS-EU, ale austrálsky model HLQ (Osborne et al., 2017). Ten bol zameraný na menší počet oblastí, v ktorých sa dotazované osoby (oproti HLS-EU) nielen sebahodnotili, ale boli posudzované aj v rámci interview. Dotazník bol primárne určený pre znevýhodnené skupiny obyvateľstva – menšiny, nízkopríjmové skupiny, seniorov a pod. Horšie výsledky v zdravotnej gramotnosti dosiahli aj chronicky chorí (Čepová, Kolarčík, Madarasová Gecková. 2017).

Podobné výsledky prezentovali V Portugalsku Pedro, Amaral, Escoval (2016). Z dospelých vzorky prierezovej štúdie 1 004, 61% populácie malo nedostatočnú úroveň zdravotnej gramotnosti. Najzraniteľnejšie skupiny boli starší ľudia, ľudia s nižším vzdelaním, nezamestnaní a dôchodcovia.

V Nemecku bola upravená forma prieskumu HLS-EU aplikovaná u 2 000 jednotlivcov vo veku 15 a viac rokov. Výsledky asignovali, že u 54,3% dospelých Nemcov sa potvrdila nedostatočná a problematická úroveň zdravotnej gramotnosti vo vzťahu s výraznými sociálnymi nerovnosťami v populácii. Najvyšší podiel nedostatočnej a problematickej úrovne zdravotnej gramotnosti bol zaregistrovaný u migrantov (71%), ľudí s nízkou úrovňou vzdelania (62%), nízkou sociálnou úrovňou (78%), osôb trpiacich chronickými chorobami (73%) a starších ľudí (66%) (Berens et al., 2016).

Aj výsledky výskumu realizovaného u 1767 Dánov preukázali 39% nedostatočnú zdravotnú gramotnosť (Svedsen et al., 2021).

Papp-Zipernovszky et al. (2016) prezentovali výsledky výskumu úrovne zdravotnej gramotnosti v maďarskej populácii s použitím Krátkeho testu funkčnej zdravotnej gramotnosti. Z celkového počtu 302 oslovených dospelých respondentov 8% vykazovalo nedostatočnú mieru zdravotnej gramotnosti, 6% okrajovú a 86% primeranú úroveň zdravotnej gramotnosti.

Rouquette et al. (2018) použili na zmapovanie zdravotnej gramotnosti skrátené verzie HLS-EU-Q16 a HLS-EU-Q6 podľa súčasných odporúčaní pre transkultúrnu adaptáciu dotazníka. Zo sumáru 317 na výskume zainteresovaných dospelých osôb, bola u 8% zistená nedostatočná úroveň zdravotnej gramotnosti, u 5 % sa vyskytla problematická zdravotná gramotnosť,

69 % respondentov preukázalo dostatočnú zdravotnú gramotnosť a 26% vy-nikajúcu úroveň zdravotnej gramotnosti.

Eronen et al. (2018) v rokoch 2017 - 2018 uskutočnili štúdiu s použitím nástroja HLS-EU-Q16 u 292 Fínov vo veku od 75 rokov. Nedostatočná zdra-votná gramotnosť sa vyskytla u 31,5%, problematická u 51,4%, dostatočná u 12,3 % a výbornú zdravotnú gramotnosť malo 4,8 % účastníkov.

Protheroe et al. (2015) mapovali u anglickej populácii zdravotnú gramot-nosť vo vzťahu k životnému štýlu prostredníctvom štandardizovaného ná-stroja Newest Vital Sign (NVS). Z celkového počtu 972 dospelých opýtaných 28,5% vykazovalo nízke skóre zdravotnej gramotnosti, u 23,5% bola zare-gistrovaná hraničná zdravotná gramotnosť a 48,0% bola preukázaná prime-raná zdravotná gramotnosť. Nízka a hraničná miera zdravotnej gramotnosti výrazne asociovala s vyšším vekom, nižšou úrovňou vzdelania, nižším prí-jmom, vnímaním zlého zdravotného stavu a nedostatočným prístupom k in-ternetu.

Na nedostatočnú úroveň zdravotnej gramotnosti upozorňuje aj dokument OECD Health Working Paper No. 107 Health literacy for people-centred care (2018), v ktorom sa uvádza, že v 18 krajinách OECD najmenej jedna tretina populácie vykazovala nízku úroveň zdravotnej gramotnosti. V 12 z týchto krajín tento podiel presahoval 50% populácie. Údaje naznačujú, že pre Európanov je obzvlášť ťažké hodnotiť zdravotné informácie z médií a posudzovať výhody a nevýhody rôznych možností liečby. Zraniteľné skupiny obyvateľstva (starší ľudia a ľudia s nižším vzdelaním) sú najviac ohrozené nízkou zdravotnou gramotnosťou. Táto je spojená s nárastom hospitalizácií, intenzívnejším využívaním pohotovostnej starostlivosti a nižším prijímaním preventívnych opatrení a celkovými vyššími nákladmi na zdravotnú starostli-vosť (Moreira, 2018).

9. Aktuálne problémy v zdravotnej gramotnosti

Čo je v súčasnosti odborníkom zrejmé je, že zdravotná gramotnosť pod-poruje, rozvíja a udržiava zdravie jednotlivca, rodín, komunít a celej spoloč-nosti bez ohľadu na vekovú populáciu alebo pohlavie. Problémov determi-nujúcich nízku úroveň zdravotnej gramotnosti resp. bariér, ktorú ju negatívne ovplyvňujú je viacero:

- a) pojem zdravotná gramotnosť nemožno považovať za všeobecný pojem; jeho preklady sú ovplyvnené latentnými interpretáciami zložky „gramot-

nosť“, ktorá sa týka predovšetkým významu súvisiaceho s funkčnou gramotnosťou alebo životnou zručnosťou alebo kompetenciou; niektoré krajiny používajú v súbehu viaceré termíny; v nadväznosti na túto skutočnosť je ovplyvnený aj kontext, v akom sa tento termín používa (Sørensen at al., 2013),

- b) dvojkoľajnosť vplyvov na ľudskú psychiku, ktorá následne vyvoláva informačnú, resp. vedomostnú dezorientáciu; na jednej strane existujú adekvátne informácie smerujúce k podpore starostlivosti o vlastné zdravie, no na druhej strane sú ľudia ovplyvňovaní (napr. propagandou, reklamou, marketingom) záujmových organizácií konzumovať napr. nezdravé jedlá; existujú preukázateľné fakty o tom, že slabé kompetencie v oblasti zdravotnej gramotnosti smerujú k menej zodpovedným „zdravým“ rozhodnutiam, rizikovejšiemu správaniu, horšiemu zdraviu, nižšej sebakontrola a následne k častejšiemu vyhľadávaniu zdravotnej starostlivosti,
- c) nedostatočná individuálna zodpovednosť za vlastné zdravie – v súčasnej dobe si značné množstvo ľudí stále neuvedomuje, že za stav svojho zdravia sú zodpovední predovšetkým oni sami; spoliehajú sa na zdravotnícky systém; pritom môžu vlastné zdravie pozitívne ovplyvniť životným štýlom – výživou, pohybovými aktivitami, relaxáciou, psychickou hygienou a ďalšími aktivitami, ktoré prosperujú zdraviu,
- d) závažným je aj fakt, že značné percento populácie nevyužíva legislatívnu možnosť pravidelných preventívnych prehliadok, ktoré sú poskytované bezplatne a hradené v rámci verejného zdravotného poistenia a slúžia na to, aby si jedinec čo najdlhšie zachoval stav zdravia a taktiež na skoré podchytenie choroby; štatistiky asignujú, že na Slovensku preventívnu prehliadku u všeobecného lekára absolvuje len necelých 40% dospelaj populácie (MZ SR),
- e) nedostatočné politické nástroje na zlepšenie zdravotnej gramotnosti; správne pochopenie zdravotnej gramotnosti môže byť smerodajným ukazovateľom pre zdravotnícky systém, lekárov a ostatných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, poisťovne a tvorcov politík, čo môže prispieť k vyriešeniu nezhôd medzi potrebami jednotlivcov a požiadavkami zdravotníckych systémov,
- f) zdravotnícki pracovníci si nemusia byť vedomí toho, že pacienti môžu mať ťažkosti s pochopením zdravotných informácií počas rozhovoru alebo konzultácií a nedostatočne si uvedomujú, akú významnú úlohu zohrávajú pri podpore zdravotnej gramotnosti,
- g) nedostatočná súčinnosť zainteresovaných strán na rozvoji zdravotnej gramotnosti,

- h) absencia celoplošného výskumu na národnej alebo nadnárodnej úrovni; známe sú výsledky Európskeho prieskumu zdravotnej gramotnosti, v ktorom sa mapovala zdravotná gramotnosť a preukázala sa korelácia medzi zdravotnou gramotnosťou a sebahodnotením zdravia (The European Health Literacy Project 2009-2012); výskumu sa zúčastnilo 8 krajín (n = 1000 na krajinu, n = celková vzorka 8000) (Sørensen et al., 2015).

10. Stratégie podpory zdravotnej gramotnosti

OECD Health Working Paper No. 107 Health literacy for people-centred care (2018), odporúča intenzívne vynaloženie úsilia na pravidelnú aktualizáciu vedomostí a zručností (u jedinca, skupiny, rodiny, komunity, spoločnosti) podporujúce zdravotnú gramotnosť prostredníctvom štyroch nástrojov:

- krajiny musia zlepšiť úlohu zdravotných systémov pri podpore zdravotnej gramotnosti a podporovať súčinnosť viacerých zainteresovaných strán,
- realizovať dôkladnejší výskum o tom, ktoré intervencie sú účinné,
- zlepšiť dátovú infraštruktúru (zdieľanie výsledkov výskumov), čím by sa zlepšila spolupráca medzi krajinami a vytvorili sa predpoklady pre progresívny rozvoj a podporu zdravotnej gramotnosti,
- posilniť medzinárodný rozvoj pri zdieľaní osvedčených postupov a rozvíjaní inovatívnych riešení (Moreira, 2018).

Globálna pracovná skupina – zdravotná gramotnosť (GWG-HL) IUHPE1 vypracovala konkrétne kroky zamerané na riešenie zdravotnej gramotnosti na politickej, praktickej a výskumnej úrovni:

- podporovať systémový prístup k zdravotnej gramotnosti na globálnej, medzinárodnej, národnej, miestnej a organizačnej úrovni zabezpečením začlenenia zdravotnej gramotnosti do politik a stratégií podpory zdravia a riešením sociálnych determinantov zdravia,
- podporovať zdravotnú gramotnosť ako obsahovo a kontextovo špecifickú činnosť počas celého života,
- uznať, že zdravotná gramotnosť je modifikovateľná a reaguje na vhodné intervencie,
- intervencie v oblasti zdravotnej gramotnosti posilňujú postavenie ľudí, skupín a komunít, t. z., že umožňuje individuálnu zmenu, ale aj posilňuje kolektívne opatrenia v oblasti zdravia,

- prispieť k rastúcej dôkazovej základni prostredníctvom financovania, tvorby a podpory výskumu zdravotnej gramotnosti,
- implementovať zdravotnú gramotnosť do učebných osnov a ďalšieho vzdelávania relevantných povolání,
- zapojiť príslušné zainteresované strany do spoločných aktivít, výskumu a politiky v oblasti zdravotnej gramotnosti; pre účinné opatrenia je nevyhnutná synergia a partnerstvá medzi príslušnými zainteresovanými stranami,
- budovať odborný potenciál a zdieľať skúsenosti medzisektorového prístupu (Levin-Zamir et al., 2019).

Na základe v súčasnosti dostupných informácií o zdravotnej gramotnosti a jej význame, skúseností odborníkov a výsledkov výskumov vznikli a vznikajú iniciatívy v oblasti podpory zdravia. Niektoré z týchto iniciatív sú zamerané na technologický prístup k informáciám o zdraví, iné na „prepis“ existujúcich zdravotníckych materiálov do jednoduchšej jazykovej úrovne. Oba tieto prístupy sú síce dôležité, ale určitým spôsobom obmedzené. Zrozumiteľné materiály o zdraví a možný prístup k nim prostredníctvom informačno-komunikačných technológií sú iba časťou procesu.

Viacere na európskom výskume zdravotnej gramotnosti zainteresované štáty v rokoch na základe nelichotivých výsledkov začali hľadať mechanizmy ako situáciu zlepšiť. Napr. v Nemecku v roku 2018 tím odborníkov (Schaeffer et al., 2018) vypracoval Národný akčný plán zdravotnej gramotnosti, ktorý obsahuje 15 dôležitých odporúčaní:

- umožniť vzdelávaciemu systému podporovať zdravotnú gramotnosť čo najskôr v životnom cykle (potrebná je zainteresovanosť vzdelávacích inštitúcií),
- podporovať zdravotnú gramotnosť na pracovisku,
- posilniť zdravotnú gramotnosť pri riešení spotrebiteľských a výživových ponúk (voľnočasový, spotrebný a potravinársky priemysel častokrát obsahuje jednostranné reklamné posolstvá a klamlivé informácie),
- uľahčiť pochopenie zdravotných informácií prezentovaných v médiách (používatelia sú konfrontovaní s množstvom, často protichodných a „zaujímavých“ informácií, ktorých pôvod a kvalitu vedia len ťažko posúdiť, resp. nevedia posúdiť vôbec),
- umožniť obciam posilňovať zdravotnú gramotnosť u svojich obyvateľov,
- zakotviť zdravotnú gramotnosť ako štandard na všetkých úrovniach zdravotníckeho systému,

- uľahčiť navigáciu v systéme zdravotnej starostlivosti, zvýšiť transparentnosť a odstrániť administratívne prekážky,
- využívať efektívnu a zrozumiteľnú komunikáciu medzi zdravotníckymi pracovníkmi a používateľmi,
- zabezpečiť užívateľsky „prívetivé“ informácie o zdraví,
- uľahčiť a posilniť participáciu jedinca na podpore vlastného zdravia,
- integrovať zdravotnú gramotnosť do starostlivosti o ľudí s chronickými chorobami,
- posilniť schopnosť sebariadenia ľudí s chronickými chorobami ochorením a posilniť ich rodiny,
- umožniť a podporiť zdravotne kompetentný prístup k chorobe a jej následkom (konštruktívne vysporiadanie s genézou choroby a jej možnými následkami môže podporiť stabilitu zdravotného stavu),
- využívať zdravotnú gramotnosť na zvládanie každodenného života s chronickou chorobou,
- rozšíriť výskum zdravotnej gramotnosti.

Aj Taliansko reagovalo na nelichotivé ukazovatele z európskeho výskumu o úrovni zdravotnej gramotnosti talianskeho obyvateľstva. Ministerstvo zdravotníctva uvoľnilo finančné prostriedky na projekt Zdravotná gramotnosť a posilnenie postavenia pacienta prostredníctvom rozvoja informačného systému elektronického zdravotníctva. Jeho koncepcia obsahovala tri oblasti:

- zber, organizácia a validácia vysokokvalitných biomedicínskych údajov z rôznych webových sídiel vybraných podľa priorít stanovených Národným zdravotným plánom ministerstva zdravotníctva,
- vytvorenie softvéru na vytvorenie heterogénneho archívu MEDUSA (MEDicina Utenti SALute in rete (zdravie pre užívateľov MEDicine),
- poskytovanie školení a kurzov určených pre zdravých jedincov a pacientov (Pizzarelli, et al. 2019).

Aj ďalšie krajiny majú vypracované rôzne programy na podporu zdravia a zdravotnej gramotnosti – napr. Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci (Česká republika, 2013), Egészséges Magyarország 2021-2027 Egészségügyi Ágazati Stratégia (Zdravé Maďarsko 2021-2027 Stratégia sektora zdravotníctva) (Maďarsko, 2021), Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012-2020 (Národná stratégia rozvoja zdravia) (Chorvátsko, 2012). Slovensko má vypracovaný Strategický rámec starostlivosti o zdravie pre roky 2014-2030. Prvou prioritnou oblasťou je podpora zdravia obyvateľov počas celého životného cyklu a vytváranie možností

pre posilňovanie osobnej zodpovednosti za zdravie. Jedným z nástrojov jej naplnenia je zdravotná gramotnosť.

Literatúra

- Aaby, A. et al. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. In *European journal of preventive cardiology*. 24(17). <https://academic.oup.com/eurjpc/article/24/17/1880/5926816?login=true>.
- Adkins, N., R. (2009). Health literacy for improved health outcomes: effective capital in the marketplace. In *Journal of Consumer Affairs*. 43(2), 199-222. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/66984844/j.17456606.2009.01137.x20210504-4112-b582aa-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1647163590&Signature=OlsgvOhSfejGWkXWDIRDoOc~1VHMbstPOSgGUxyyE4jz7q9Ilz-jsZ0rLjyNuL~OanPI6ZVWo cfPUAMoWOzT9P9DnJMFVgzAq7IXIQm1~Cme9aZz5ipLL7zGrKzQ8X7atFL0hdqt5vlbl3xTcY2oeluW70GUQNqcKIsC6HO 2CKWPZkHI12TQrxJy7Mi7F8XoT6Ba1vmDQb6OmHLxhjQ0~NWM-tTLqRiQtE4W3P7i~aeR3IGdWJIADNC3NGOAAQqoGNNytL0ylikPKm3bBcYICK8YUkHEvo1yWCQFwDzOeujGxceCUAZcdmbaEgpXCaMAXq4TcnscMamGyMpA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.
- Altin, S., V. et al. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. In *BMC public health*. 14(1), 1-13. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-1207.pdf>.
- Bailey, S., C. et al. (2014). Update on health literacy and diabetes. In *The Diabetes Educator* [online]. 40(5), 581-604. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0145721714540220>.
- Baker, D., W. et al. (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among medicare managed care enrollees. In *American Journal of public health*. 92(8). <http://ajph.aphapublications.org/cgi/reprint/92/8/1278>.
- Baker, D., W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. In *Journal of general internal medicine*, 21(8), 878-883. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x.pdf>.
- Bass, L. (2005). Health literacy: implications for teaching the adult patient. In *Journal of Infusion Nursing*, 28(1), 15-22. https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/127/o/Bass_2005_Health_Literacy_Implications_for_Teaching_the.2.pdf.
- Bártlová, S. a kol. (2019). *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada: Publishing.
- Beauchamp, A. et al. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). In *BMC public health*, 15(1), 1-13. <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2056-z>.

- Berens, E., M. et al. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. In *BMC public health*, 16(1), 1-8. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12889-016-3810-6.pdf>.
- Berkman, N.D., Davis, T. C., McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it? In *Journal of health communication*. 15(S2), 9-19. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10810730.2010.499985>.
- Čepová, E., Kolarčík, P., Madarasová Gecková, A. (2017). Zdravotná gramotnosť, metóda ako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 12(1), 24-32. https://coherentsite.files.wordpress.com/2016/06/cepova_2017_28-36.pdf.
- Clouston, S. A.P., Manganello, A., Richards, M. (2017). A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. In *Age and ageing* [online], 46(3), 493-499. <https://academic.oup.com/ageing/article/46/3/493/2661786?login=false>.
- Dobras, M. (2016). Health literacy as an element of the polish occupational health system/health literacy jako element polskiego systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami.. In *Medycyna Pracy* [online], 67(5), 681-690. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA561882984&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=04655893&p=HRCA&sw=w&userGroupName=anon%7E8679c6e6>.
- Dodson, S., Good, S., Osborne, R. (2015). *Health literacy toolkit for low and of middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strenghten health systems*. New Delhi: World Health Organization. [online]. <https://dro.deakin.edu.au/eserv/DU:30074618/dodson-healthliteracy-2015.pdf>.
- Duffková, J., Urban, L., Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Duplaga, M. (2020). Determinants and consequences of limited health literacy in polish society. In *International journal of environmental research and public health*, 17(2), 642. <file:///C:/Users/pyt/Downloads/ijerph-17-00642.pdf>.
- Elder, L., Paul, R. (2010). *Critical Thinking Development: A Stage Theory*. <https://www.criticalthinking.org/pages/critical-thinking-development-a-stage-theory/483>.
- Eronen, J. et al. (2019). Assessment of health literacy among older Finns. In *Aging Clinical and Experimental Research*, 31(4), 549-556. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40520-018-1104-9.pdf>.
- Espanha, R., Ávila, P. (2016). Health literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications. In *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041. <file:///C:/Users/pyt/Downloads/1-s2.0-S1877050916324462-main.pdf>.
- Freedman, D. A. et al. (2009). Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 446-451. <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/>

54087720/Public_Health_Literacy_Defined20170808-2870-2dz4pu-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1647184617&Signature=LFm5P-mh9xBXHcHsQkiAuqoVYHDBuNGDUP9rTxu53xONL1pWtcP-8hVaB5-2skXqfJsZ3Vdnj6fkpDF~YEmfBrohfVS1HDhO~NeX83FRORiWJBs55-WU6xT-J~Z2nF6bSfO29wXQvl6vTr9N1aalHsMRYPUKPpcp8lk4JYXH~EsVR7iYUQbL7Drg8HgH5S9Glck-Mym~QjD0FVWJvYtwVjMSHOXZYJ9vcNwMum6kZLldfTOUnFKnL~NjL0Fsw1qvXIHwsuJCBLuyCwk3Fmd0RUDYD9MtW9O6SKq0xWDNNGNF9UawpgUq2XHFscmv6Mb7sgsSRUnnpBei4vvN~fpJg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.

- Garcia-Codina, O. et al. (2019). Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. In *BMC public health*, 19(1), 1-12. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12889-019-7381-1.pdf>.
- Gavora, P. (2002). Gramotnosť: vývin modelov, reflexia praxe a výskumu. In *Pedagogika*, 2file:///C:/Users/pyt/Downloads/Pedag_2002_2_05_Gramotnos%C5%A5_171_181.pdf.
- Gilstad, H. (2014). Toward a Comprehensive Model of eHealth Literacy. In *PAHI*, 63-72. <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.667.6893&rep=rep1&type=pdf>.
- Geboers, B. et al. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: The development of a health literacy intervention model. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1268-1279. https://mdpires.com/d_attachment/ijerph/ijerph-15-01268/article_deploy/ijerph-15-01268.pdf
- Haun, J. et al. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. In *Journal of health communication*, 17(3), 141-159. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10810730.2012.712615>.
- Hegyí, L., Ochaba, R. (2013). *Výchova k zdraviu a podpora zdravia*. Bratislava: Herba.
- Holčík, J. (2009). *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD.
- Christy, S. M., et al. (2017). Health literacy among medically underserved: the role of demographic factors, social influence, and religious beliefs. In *Journal of health communication*, 22(11), 923-931. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6278594/pdf/nihms-1501844.pdf>.
- Ishikawa, H. et al. (2008). Developing a measure of communicative and critical health literacy. In *Health promotion international*, 23(3), p. 269-274. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/3/269.full>.
- Ishikawa, H., Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. In *Health expectations*, 11(2), 113-122. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x>.
- Jordan, J. E., Buchbinder, R., Osborne, R. H. (2009). Conceptualising health literacy from the patient perspective. In *Patient education and counseling*, 79(1),

- 36-42. <https://www.fmhs.auckland.ac.nz/assets/fmhs/faculty/health-literacy/Conceptualising%20HL%20for%20patients%20perspective.pdf>.
- Karski J. B. (2011). *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Miękka.
- Kickbusch, I. et al. (2013). *Health literacy*. WHO Regional Office for Europe.
- Kickbusch, I., Maag, D., Wait, S. (2006). *Navigating health: The role of health literacy*. Alliance for Health and the Future International Longevity Centre-UK. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>.
- Knighton, A. J., Brunisholz, K. D., Savitz, S. T. (2017). Detecting risk of low health literacy in disadvantaged populations using area-based measures. In *eGEMs*, 5(3), 2-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5994951/pdf/egems-5-3-191.pdf>.
- Kučera, Z., Pelikán, J., Šteflová, A. (2016). Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření. In *Lék. čes.*, 155, 233-241.
- Lennerling, A., Kisch, A. M., Forsberg, A. (2018). Health literacy among Swedish lung transplant recipients 1 to 5 years after transplantation. In *Progress in Transplantation*, 28(4), 338-342. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1526924818800043>.
- Levin-Zamir, D. et al. (2019). Brief report on the International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) position statement on health literacy: a practical vision for a health literate world. In *Public health panorama*, 5(2-3), 206-209. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327057>.
- Liobikienė, G., Bernatoniene, J. (2018). The determinants of access to information on the Internet and knowledge of health related topics in *European countries*. *Health Policy*, 122(12), 1348-1355. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851018305402>.
- Lopes, R. T. et al. (2020). Socioeconomic status and family functioning influence oral health literacy among adolescents. In *Revista de Saúde Pública*, 54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7069712/pdf/1518-8787-rsp-54-30.pdf>.
- Malik, M., Zehra, R. Z., Hussain, A. 2017. Health Literacy as a Global Public Health Concern: A Systematic Review. In *Journal of pharmacology & clinical research*, 4(2), 1-6. <https://juniperpublishers.com/jpcr/pdf/JPCR.MS.ID.555632.pdf>.
- Mancuso, C. A., Rincon, M. (2006). Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes. In *Journal of general internal medicine*, 21(8), 813-817. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1111/j.1525-1497.2006.00528.x.pdf>
- Marimwe, Ch., Dowse, R. (2017). Development of an item bank of health literacy questions appropriate for limited literacy public sector patients in South Africa. In *Journal of Communication in Healthcare*, 10(4), 273-284. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17538068.2017.1380577?scroll=top&needAccess=true>.
- Mårtensson, L., Hensing, G. (2012). Health literacy—a heterogeneous phenomenon: a literature review. In *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(1),

151-160. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x>.

- Moreira, L. (2018). *OECD Health Working Paper No. 107 Health literacy for people – centred care Where do OECD countries stand?* OECD. https://www.iaironet.gr/media/articles/rel_files/1909-OECDHealthLiteracy.pdf.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. In *Health promotion international*, 15(3), 259-267. <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108?login=true>.
- Nutbeam, D., McGill, B., Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. In *Health promotion international*, 33(5) 901-911. <https://academic.oup.com/heapro/article/33/5/901/3091768?login=true>.
- Nutbeam, D., Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. In *Health promotion international*, 36(6), 1578-1598. <https://academic.oup.com/heapro/article/36/6/1578/6211341?login=true>.
- Ogden, J. 2019. *Health psychology*. McGraw Hill.
- Okan, O. et al. (2019). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* Bristol: Policy Press.
- Osborne, R. H. et al. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). In *BMC public health*, 13(1), 1-17. Dostupné na internete: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-658.pdf>.
- Quaglio, G. et al. 2016. Accelerating the health literacy agenda in Europe. In *Health promotion international*, 32(6), 1074-1080. <https://academic.oup.com/heapro/article/32/6/1074/2951033?login=false>.
- Paasche-Orlow, M. K. et al. (2005). Tailored education may reduce health literacy disparities in asthma self-management. In *American journal of respiratory and critical care medicine*, 172(8), p. 980-986. <https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.200409-1291OC>
- Paasche-Orlow, M. K., Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. In *American journal of health behavior*, 31(1) 19-26. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49289815/The_Causal_Pathways_Linking_Health_Liter20161002-4640-1j71td3-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1647533652&Signature=WwEnya3Qa667cht5az6xRxSi2eEmfcO85rvj8CxTZqggwiyjq6FM-4U-DMpzU90JH9JPocGRC753wXJGYtB0f~meQJc-xjuQNFLnbR6FCvKalksc2firwPzCTa9Zo1XebalbFaMLH2nz5VmbSVa8EtHxDzbh zxgk-7kjLO0W5PDKFonC~bKVVW2NA3mUEuOoUbHnp2qFDMG1XgRJT5qxQjzOeyH~sntT6U9hcsouMu731Vf9ibC1hciuKbWO7Ecytbb8PZh briUeo-Q-0niOf8fqZSFfnFddpB9X56Eb9MnPaZe-hDOcfXOZTIEDjJvVZAiV1-4ITmY9TUV-hN0DSBOQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA.

- Paakkari, L. , Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/41942/paakkaripaakkari2012finaldraft.pdf?sequence=5>
- Palumbo, R. et al. (2016). The Italian Health Literacy Project: Insights from the assessment of health literacy skills in Italy. In *Health Policy*, 120(9), 1087-1094. Dostupné na internete: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851016302123>
- Papp-Zipernovszky, O. et al. (2016). „Hogy minden beteg megértse!”–Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. In *Orvosi Hetilap*, 157(23), 905-915. <http://real.mtak.hu/35947/1/650.2016.30412.pdf>.
- Pavlekovic, G. (2008). *Health Literacy. Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe. Health Promotion and Disease Prevention: A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers*. file:///C:/Users/pyt/Downloads/457-Artikeltext-547-1-10-20190603.pdf.
- Pedro, A. R., Amaral, O., Escoval. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. In *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(3), 259-275. file:///C:/Users/pyt/Downloads/1-s2.0-S0870902516300311-main.pdf.
- Peterson, P. N. et al. (2011). Health literacy and outcomes among patients with heart failure. In *Jama*, 305(16), 1695-1701. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/899405>.
- Pizzarelli, S, et al. (2019). New roles and challenges for health information specialists: professional changes over the years. In *Health Information & Libraries Journal*, 36(1), 101-105. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1111/hir.12246>.
- Powell, C., K., Hill, E. G., Clancy, D. E. (2007). The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. In *The diabetes educator*, 33(1), 144-151. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0145721706297452>
- Protheroe, J. et al. (2017). Health literacy, associated lifestyle and demographic factors in adult population of an English city: a cross-sectional survey. In *Health Expectations*, 20(1), 112-119. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hex.12440>
- Ratzan, S. C., Parker, R. M. (2000). *Health literacy. National library of medicine current bibliographies in medicine*. Bethesda: National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services.
- Rouquette, A. et al. (2018). Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. In *PLoS One*, 13(12), p. e0208091. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6283623/pdf/pone.0208091.pdf>.
- Sarkar, U. et al. (2010). Hypoglycemia is more common among type 2 diabetes patients with limited health literacy: the Diabetes Study of Northern California

- (DISTANCE). In *Journal of general internal medicine*, 25(9), 962-968. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399117305876>.
- Schaeffer, D., Berens, E., M., Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population: results of a representative survey. In *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(4), 53. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319379/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-114-0053.pdf.
- Schaeffer, D. et al. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz*. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/>.
- Soellner, R., Lenartz, N., Rudinger, G. (2016). Concept mapping as an approach for expert-guided model building: the example of health literacy. In *Evaluation and program planning*, 60, 245-253. <http://www.billtrochim.net/research/EPP25/09.%20Soellner%20et%20al%20-%20Expert-Guided%20Model%20Building.pdf>.
- Shum, J. et al. (2018). Airway diseases and health literacy (HL) measurement tools: a systematic review to inform respiratory research and practice. In *Patient education and counseling*, 101(4), 596-618. Dostupné na internete: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399117305876>.
- Schulz, P., Nakamoto, K. (2005). Emerging themes in health literacy. In *Journal of the Swiss Association of Communication and Media Research*. <https://www.e-periodica.ch/cntmng?pid=sco-003:2005:5::864>.
- Słońska, Z. A., Borowiec, A. A., Aranowska, A. E. (2015). Health literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. In *Anthropological review*, 78(3), 297-307. <https://sciendo.com/pdf/10.1515/anre-2015-0023>.
- Sørensen, K. et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. In *BMC public health*, 12(1), 1-13. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Sørensen, K. et al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In *BMC public health*, 13(1), 1-10. <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-13-948>.
- Sørensen, K. et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058. <https://academic.oup.com/eurpub/article/25/6/1053/2467145?login=true>.
- Szydlovski, S. J. (2016). Strategic Global Partnership to Cultivate Health Management Education: A North and South American Model. In *Clinical Social Work and Health Intervention*, 7(4), 67-70. <http://www.clinicalsocialwork.eu/wp-content/uploads/2016/08/csw-4-2016-cely.pdf#page=69>.

- Sykes, S. et al. (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. In *BMC public health*, 13(1), 1-10. <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-13-948>.
- Van Der Heide, I. et al. (2013). Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. In *BMC public health*, 13(1), 1-11. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-179.pdf>.
- Valatkaitytė, V. Česnaitienė, V. J. (2019). Relationship between health literacy, physical activity, motivation and barriers of people aged 30–50 years. In *Baltic Journal of Sport and Health Sciences*, 2, 113. [file:///C:/Users/pyt/Downloads/787-Article%20Text-1533-1-10-20190722%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pyt/Downloads/787-Article%20Text-1533-1-10-20190722%20(1).pdf).
- Verešová, M. a kol. (2007). *Psychológia*. Martin: Osveta.
- Vandenbosch, J. et al. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. In *Epidemiol Community Health* 70(10), 1032-1038. https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/belgium_hl.pdf.
- Weiss, B. D., Palmer, R. (2004). Relationship between health care costs and very low literacy skills in a medically needy and indigent medicaid population. In *Journal of the American board of family medicine*, 17(1), 44-47. <https://www.jabfm.org/content/jabfp/17/1/44.full.pdf>.
- World Health Organization. (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>, accessed 15 May 2013).
- World Health Organisation. Health Promotion Glossary. (1998). Geneva file:///C:/Users/pyt/Downloads/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf.
- Zarcadoolas, Ch., Pleasant, A., Greer, D. S. (2006). *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. New Jersey: John Wiley & Sons, 2006. https://books.google.cz/books?id=NnLvMW4NkIYC&printsec=frontcover&hl=cs&source=gbs_book_other_versions_r&cad=2#v=onepage&q&f=false