Zdravotní gramotnost obyvatel ČR – výsledky komparativního reprezentativního šetření

[1]Zdeněk Kučera, [2]Jürgen Pelikan, [3]Alena Šteflová

[1]Ústav pro zdravotní gramotnost: Praha
[2]Institut für Soziologie, Universität Wien
[3]Kancelář WHO v ČR

Čas. Lék. čes. 2016; 155: 233–241

SOUHRN

Výzkum zdravotní gramotnosti v České republice se realizoval na konci roku 2014 v rámci přípravy implementační strategie programu Zdraví 2020 v ČR. Šetření provedl Státní zdravotní ústav (SZÚ) s finanční podporou MZ ČR a České kanceláře WHO. Sociologické šetření navázalo na srovnávací výzkum, který proběhl v 8 zemích EU v první polovině této dekády. Reprezentativního šetření se zúčastnilo celkem 1037 starších 16 let, vybraných ve všech krajích ČR. Byla využita stejná metodika jako v původní studii. Zdravotní gramotnost byla zjišťována v oblastech zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví.
Zjistili jsme, že 59,4 % respondentů vykazuje omezenou zdravotní gramotnost, v oblasti zdravotní péče je to 49,5 % obyvatel, v prevenci nemocí 54,1 %, a v oblasti podpory zdraví dokonce 64,3 % dotázaných. V porovnání s ostatními zkoumanými zeměmi zaujímá ČR osmé, předposlední místo. Zdravotní gramotnost je podmíněna negativně věkem a pozitivně vzděláním. Zaznamenali jsme výrazný sociální gradient: zdravotní gramotnost stoupá se sociálním statusem. Zdravotní gramotnost poměrně výrazně ovlivňuje zdravotní stav, jakož i zdravotní chování.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní gramotnost, zdravotní chování, podpora zdraví, sociální determinanty zdraví

SUMMARY

Kučera Z., Pelikan J., Šteflová A. Health literacy in Czech population – results of the comparative representative research

Health literacy survey was carried out at the end of 2014 in the context of preparation of implementation strategy of the Program Health 2020 in the Czech Republic. The survey was conducted by the National Institute of Public Health with financial support from the Ministry of Health and the Czech WHO office. Sociological survey replicated comparative research conducted in eight EU countries in the first half of this decade. Representative survey in 1037 respondents in the age over 16 years, selected in all regions of the country. The identical methodology as used in the original study was utilized. Health literacy was measured in the areas of health care, disease prevention and health promotion.
We found that 59.4 % of respondents showed limited general health literacy; health literacy in health care is proved to be 49.5 % of the population, in the area of disease prevention it was 54.1 % respondents and in health promotion it was even even 64.3 % of respondents. Compared to the other countries surveyed, Czech Republic occupies the eighth, penultimate place. Health literacy is correlated negatively with age and positively with education. We found a strong social gradient of health literacy which rises with social status. Health literacy quite significantly influences the health status and health behaviors.

KEYWORDS

health literacy, health behaviour, health promotion, social determinants of health

ÚVOD

Studie, jejíž výsledky podáváme, byla realizována Státním zdravotním ústavem v rámci spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR a Kanceláře WHO v ČR. Cílem článku je jednak představení recentní metodologie zjišťování zdravotní gramotnosti metodou dotazníkového šetření, jednak prezentace zjištění o zdravotní gramotnosti v mezinárodním srovnání. Zdravotní gramotnost je pojmem, kterému věnuje Světová zdravotnická organizace (WHO) v posledních letech rostoucí pozornost. V programu „Zdraví 2020“ se můžeme dočíst, že „zdravotní gramotnost společnosti se stala jedním z rozhodujících faktorů. Umožňuje správnou volbu zdravého chování a do značné míry ovlivňuje dovednosti, které se vytvářejí již v dětství“ (1); a na jiném místě: „zdravotní gramotnost je slibný akční koncept, který (...) je zaměřen na rozšiřování znalostí a dovedností, které vedou ke zlepšení zdraví, a to včetně schopnosti orientovat se v komplexním systému zdravotní a sociální péče a postarat se o své zdraví“ (2).

V národní strategii implementace programu Zdraví 2020 představuje zdravotní gramotnost jedno z klíčových průřezových či „vertikálních“ témat, jež pronikají všemi obsahovými oblastmi zdravotní péče, prevence a podpory zdraví. V těchto intencích pracuje také Pracovní skupina pro zdravotní gramotnost, která připravila Akční plán zvyšování zdravotní gramotnosti. Sledování změn v úrovni zdravotní gramotnosti ovšem předpokládá možnost tuto veličinu operacionalizovat, popsat výchozí stav a teprve poté kvantifikovat dosažené změny. Validní data o úrovni zdravotní gramotnosti jsme ovšem dosud neměli k dispozici.

Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni

www.prolekare.cz | stazeno: 15.11.2016 | login: ivahrncirikova

NÁSTROJE MĚŘENÍ ZDRAVOTNÍ GAMOTNOSTI

Systematický výzkum zdravotní gramotnosti, resp. funkční zdravotní gramotnosti se datuje od 90. let 20. století. Většina studií se realizovala ve Spojených státech amerických. Davis et al. (3) navrhli metodu REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) spočívající ve správném přečtení a vyslovení 66 medicínských pojmů. Tento velmi jednoduchý test, trvající 3 minuty, mohl být uplatněn pouze u anglicky mluvících respondentů a nikoli v hispánské komunitě, neboť ve španělštině se fonémy neliší od grafémů (zvuky od písmen). Je ovšem otázkou zda schopnost přečtení a vyslovení odborných lékařských termínů skutečně postihuje způsob zacházení se zdravotně relevantními informacemi.

Dalším nástrojem měření zdravotní gramotnosti pacientů je TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) (4), který sestává ze 17položkového testu numerické dovednosti a 50položkového testu pochopení čteného textu; jeho zkrácenou verzi S-TOFHLA (5) je podle autorů možno sejmout za 12 minut. Oba zmíněné instrumenty (REALM i TOFHLA) tedy zjišťují funkční zdravotní gramotnost, neboli schopnost správně interpretovat text se zdravotním obsahem.

Podle Bakera (6) spolu oba testy navzájem korelují a korelují s testy slovní zásoby, současně však má za to, že je třeba hledat komplexnější nástroje zjišťování zdravotní gramotnosti. Podle něho i podle Nutbeama (7) by takovým instrumentem mohl být HALS (*Health Activity Literacy Scale*), který se zaměřuje na zdravotní gramotnost v pěti oblastech: podpora zdraví, ochrana zdraví, prevence nemocí, péče o zdraví a jeho udržování a navigace ve zdravotnickém systému. Největším problémem této metody je velký počet otázek a více než hodina potřebná k jejich zodpovězení.

V roce 2003 byly do celonárodního šetření gramotnosti dospělé populace v USA NAAL (*National Assessment of Adult Literacy*) poprvé zařazeny i škály zdravotní gramotnosti (8). Zdravotní gramotnost, definovaná jako „míra schopnosti získat, zpracovat a porozumět zdravotně relevantní informaci a službám, které jsou potřebné k realizaci adekvátních rozhodnutí“ (9), byla u více než 19 tisíc respondentů měřena 3 testovacími škálami: a) škálou textové gramotnosti (*prose literacy*), b) škálou využívání nesouvisejících textů (*document literacy*), c) škálou numerické gramotnosti (*quantitative literacy*). Nejvíce respondentů (57 %) dosáhlo střední úrovně gramotnosti, 22 % elementární úrovně, 14 % nižší než elementární a 11 % mimořádné úrovně. Včlenění instrumentů k měření zdravotní gramotnosti do kontextu zjišťování obecné gramotnosti je pro americká data do jisté míry typické: zdravotní gramotnost je vnímána do značné míry jako předpoklad správné komunikace mezi lékařem a pacientem mj. v kontextu snížené jazykové kompetence u osob, jejichž mateřským jazykem není angličtina (10).

V polovině minulé dekády se objevil další nástroj na zjišťování funkční zdravotní gramotnosti, který autoři poněkud bombasticky nazvali *The Newest Vital Sign* (NVS) (11). Tento velice jednoduchý test spočívá ve zkoušce porozumění informaci uvedené na obalu zmrzliny. Šest otázek mělo otestovat schopnost respondenta vyvodit z údajů o nutričních hodnotách dezertu informace, které mohl uplatnit ve svém rozhodování týkajícího se vlastního zdraví (12).

PRVNÍ SYSTEMATICKÁ STUDIE V ZEMÍCH EU

V roce 2014 byly zveřejněny výsledky první systematické studie zdravotní gramotnosti v 8 zemích Evropské unie (Rakouska, Bulharska, Německa, Řecka, Španělska, Irska, Nizozemska a Polska) (13), která se opírala o operacionalizaci sofistikovaného modelu zdravotní gramotnosti, zveřejněného v publikaci WHO „Health Literacy. The Solid Facts“ z roku 2013 (14).

Model (15) zahrnuje 3 základní dimenze zdravotní gramotnosti (zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví) a 4 kroky získávání a zpracovávání informací (schopnost získat informace, pochopit je, vyhodnotit je a rozhodnout se na jejich základě ve prospěch zdraví).

Tab. 1 Model zdravotní gramotnosti

Zdravotní gramotnost	Dostupnost zdravotních informací	Porozumění zdravotně relevantním informacím	Vyhodnocení zdravotně relevantních informací	Aplikace či využití zdravotně relevantních informací
Zdravotní péče	1. Schopnost získat informace o medicínských tématech	2. Schopnost porozumět medicínským informacím a pochopit jejich smysl	3. Schopnost interpretovat a vyhodnotit medicínské informace	4. Schopnost činit poučená rozhodnutí u medicínských problémů
Prevence nemocí	5. Schopnost získat informace o rizikových faktorech	6. Schopnost porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl	7. Schopnost interpretovat a vyhodnotit informace o rizikových faktorech	8. Schopnost posoudit relevanci informací o rizikových faktorech
Podpora zdraví	9. Schopnost získávat nové zdravotně relevantní informace	10. Schopnost porozumět zdravotně relevantním informacím a pochopit jejich smysl	11. Schopnost interpretovat a vyhodnotit zdravotně relevantní informace	12. Schopnost zaujmout poučený názor na zdravotní otázky

Výsledná tabulka byla posléze operacionalizována do podoby baterie 47 otázek. Dotazy bylo zjišťováno, jak obtížné je pro respondenty informace získat, porozumět jim, zhodnotit je a přijmout na jejich základě rozhodnutí. Respondenti k odpovědím využívali pětipoložkové Likertovy škály, na základě odpovědí pak byly vytvořeny standardizované škály tří dimenzí zdravotní gramotnosti a nakonec škála celkové zdravotní gramotnosti. Výsledkem standardizace byly škály nabývající hodnot 0–50; výsledky byly prezentovány jednak v podobě průměrných hodnot celých souborů, jednak v podobě intervalů, do kterých byly škály rozděleny.

METODIKA VÝZKUMU

V každé z 8 zemí byl u reprezentativního výběrů minimálně 1000 respondentů starších 15 let sejmut dotazník o 90 položkách. Jádrem dotazníku byla baterie 47 otázek, která operacionalizovala propracovaný model zdravotní gramotnosti:

Odpovědi na pětipoložkových Likertových škálách byly zpracovány do standardizovaných indexů (nabývajících hodnot 1–50):

- zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče
- zdravotní gramotnosti v oblasti prevence nemocí
- zdravotní gramotnosti v oblasti podpory zdraví
- zdravotní gramotnosti celkové

Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni

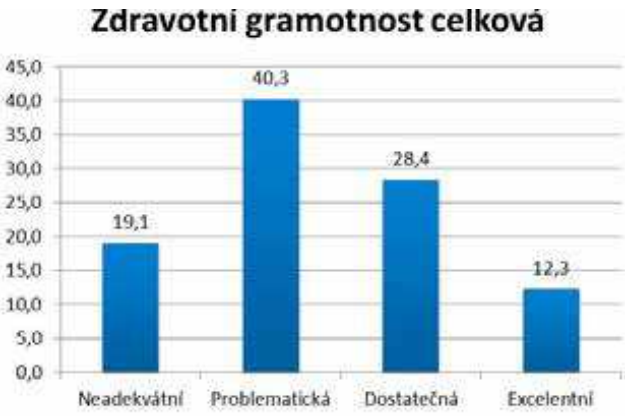
www.prolekare.cz | stazeno: 15.11.2016 | login: ivahrncirikova

Kromě škál zdravotní gramotnosti dotazník obsahoval i otázky týkající se socio-ekonomických charakteristik, subjektivního zdravotního stavu a zdravotního chování.

Se souhlasem autorů jsme mohli ve druhé polovině roku 2014 přistoupit k replikaci šetření v České republice. Do reprezentativního výběru obyvatel ČR starších 15 let bylo zahrnuto celkem 1037 respondentů ze všech krajů.

NEJDŮLEŽITĚJŠÍ ZJIŠTĚNÍ

Celkově vykazuje téměř 60 % (59,4 %) české dospělé populace neadekvátní nebo problematickou celkovou zdravotní gramotnost, oproti 47,6 % respondentů v 8 evropských zemích zkoumaných dříve.

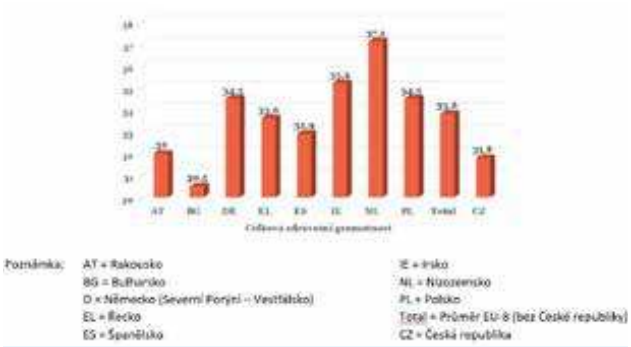


Graf 1 Rozložení celkové zdravotní gramotnosti

Přehlednější je dichotomické rozložení, sdružující pozitivní a negativní položky odpovědí *(viz graf 2)*. Čtyři z deseti dotázaných tedy vykazují problematickou zdravotní gramotnost.

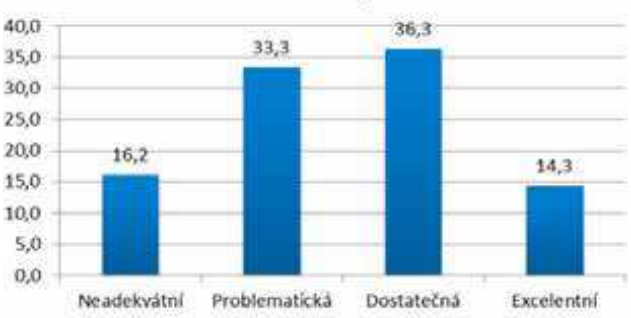
Graf 2 Celková zdravotní gramotnost: dichotomické rozložení

V porovnání s dalšími 8 zkoumanými zeměmi zaujímá Česká republika předposlední místo, za ní následuje jen Bulharsko. Z *grafu 3* je rovněž zřejmá distance výsledků českého souboru a souboru nizozemského, který vykazuje nejlepší výsledky. Poměrně překvapivá je blízkost českého a rakouského výběru.



Graf 3 Celková zdravotní gramotnost v 8 zemích EU a v České republice

Relativně nejpříznivější výsledky vykazuje gramotnost v oblasti zdravotní péče, tedy té oblasti gramotnosti, která se vztahu k orientaci v systému zdravotnictví a zdravotní péče. Do oblasti snížené gramotnosti spadá méně než polovina respondentů, přesně 49,5% populace, jak dokládají *grafy 4 a 5*. Zdůrazněme, že se jedná opravdu o relativně pozitivnější výsledek, neboť jen polovina dotázaných dokáže získat, porozumět, vyhodnotit informace týkající se zdravotní péče a poté se adekvátně rozhodovat.



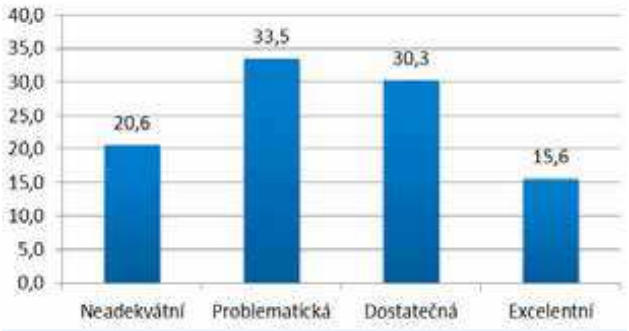
Graf 4 Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče

Graf 5 Zdravotní gramotnost v oblasti zdravotní péče: dichotomické rozložení

Horší situace je ve sféře prevence nemocí, neboli schopnosti získat adekvátní informace, vyhodnotit je a využít, pokud jde o předcházení konkrétním onemocněním Celkem 54,1 % obyvatel vykazuje omezenou gramotnost v této oblasti. Výsledky dokládají *grafy 6 a 7.*

Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni

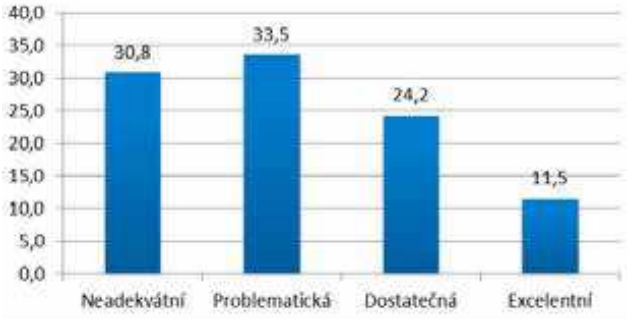
www.prolekare.cz | stazeno: 15.11.2016 | login: ivahrncirikova



Graf 6 Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí

Graf 7 Zdravotní gramotnost v oblasti prevence nemocí: dichotomické rozložení

Nejhorší situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve využívání informací týkajících se udržování a posilování vlastního zdraví a zdravotního potenciálu. Omezenou zdravotní gramotnost tak vykazují téměř dvě třetiny (64,3 %) populace. Dvě třetiny obyvatel tedy mají problémy obstarat si a vyhodnotit informace týkající se podpory vlastního zdraví a posléze podle těchto informací i jednat. Nemělo by nás uklidňovat, že gramotnost v oblasti podpory zdraví je ve všech zkoumaných zemích nejnižší v porovnání se zbývajícími dvěma oblastmi zdravotní gramotnosti



Graf 8 Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví

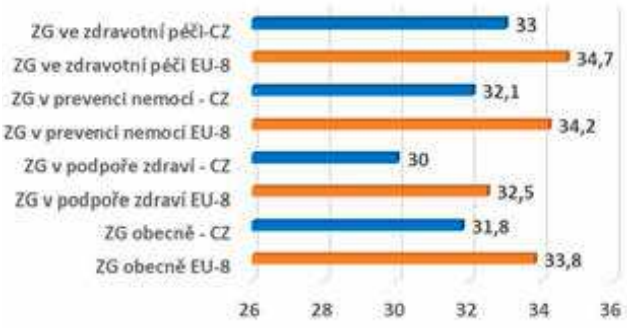
Zajímavé je porovnání zdravotní gramotnosti v jednotlivých oblastech. Vyplývá z něho, že nejhorší situace je ve sféře podpory zdraví, naopak poměrně slušná úroveň je v porozumění a orientaci v oblasti zdravotní péče. Občané tedy snáze získávají informace týkající se fungování systému

Graf 9 Zdravotní gramotnost v oblasti podpory zdraví: dichotomické rozložení

zdravotní péče (a na jejich základě se rozhodují) než informace týkající se jejich zdravého životního stylu a posilování jejich vlastního zdraví. *Graf 10* uvádí průměrnou hodnotu populace na škále 0–50 bodů.

Graf 10 Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejích jednotlivých složek

Česká republika za průměrem 8 evropských zemí zaostává nejen v celkové zdravotní gramotnosti, ale také v jednotlivých oblastech zdravotní gramotnosti, jak ilustruje *graf 11*.

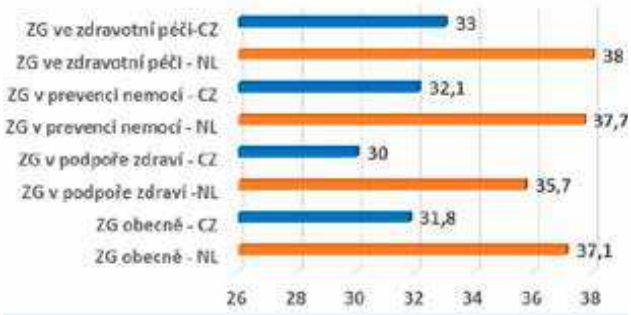


Graf 11 Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejích jednotlivých složek v 8 zemích EU a v ČR

Ještě zajímavější je srovnání výsledků českých respondentů s „premianty" reprezentativních šetření, tedy obyvateli Nizozemska. Rozdíly mezi oběma činí výrazných 13–16 %.

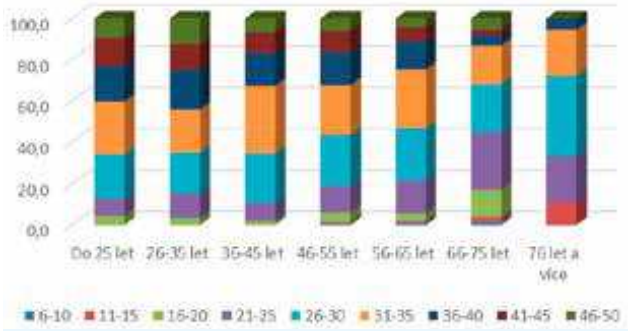
Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni

www.prolekare.cz | stazeno: 15.11.2016 | login: ivahrncirikova



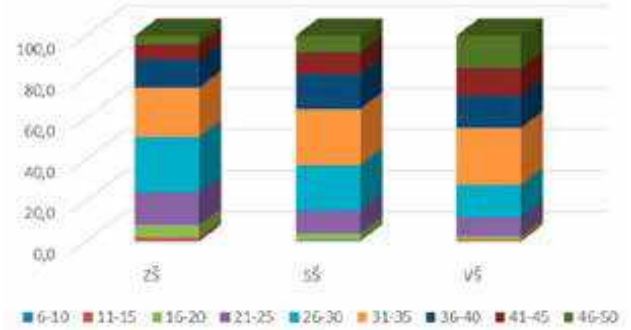
Graf 12 Srovnání celkové zdravotní gramotnosti a jejích jednotlivých složek v Nizozemsku a Česku

Vcelku nenalézáme takřka žádné rozdíly v úrovni zdravotní gramotnosti mezi muži a ženami našeho souboru. Pokud jde o rozdíly podmíněné věkem respondentů, zaznamenáváme postupný pokles zdravotní gramotnosti od čtvrtého decenia. V *grafu 13* je skóre zdravotní gramotnosti rozčleněno do pětibodových intervalů, takže je jasně patrný úbytek nejvyšších hodnot skóre celkové zdravotní gramotnosti s rostoucím věkem. Tato souvislost je v České republice nejvyšší ze všech zkoumaných zemí.



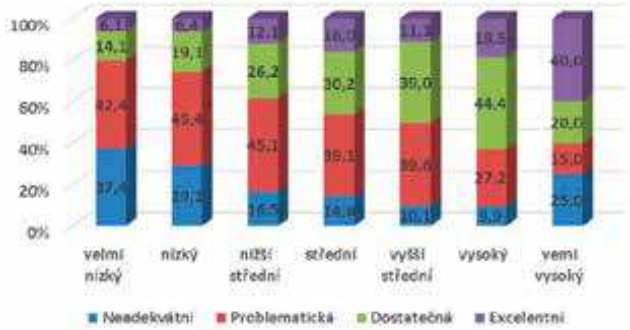
Graf 13 Celková zdravotní gramotnost dle věku

Statisticky významná je rovněž pozitivní souvislost zdravotní gramotnosti se vzděláním respondentů. S růstem vzdělanosti narůstá celková zdravotní gramotnost. Vysvětlením může být celkově vyšší kompetence při vyhledávání a vyhodnocování informací s využitím různých médií, ať už klasických či elektronických.



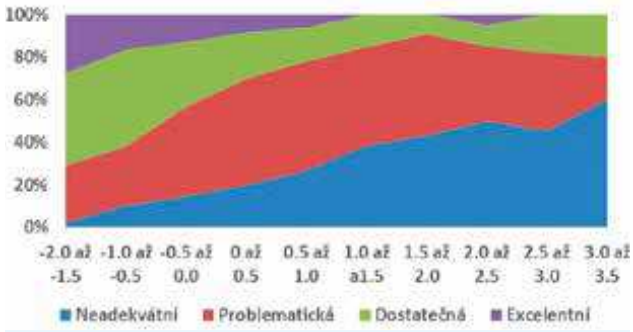
Graf 14 Zdravotní gramotnost dle vzdělání

Podobnou souvislost konstatujeme i u subjektivního sociálního statutu neboli vlastního hodnocení postavení na sociálním žebříčku: čím výše se respondenti vidí na žebříčku sociálních pozic, tím vyšší index zdravotní gramotnosti vykazují. Starost o zdraví a kompetence v práci se zdravotně relevantními informacemi je součástí sociálního postavení. Zajímavé výsledky zaznamenáváme u skupiny respondentů, kteří svou pozici na společenském žebříčku vidí nejvýše. Většina osob této sociální skupiny vykazuje nejvyšší míru zdravotní gramotnosti, nicméně u celé čtvrtiny se projevuje neadekvátní zdravotní gramotnost. Znamená to, že poměrně velká část vysoce postavených osob nepovažuje starost o vlastní zdraví za příliš důležitou.



Graf 15 Zdravotní gramotnost dle subjektivního sociálního statutu

Stejnou tendenci vykazuje souvislost zdravotní gramotnosti s indexem finanční deprivace: rostoucí finanční obtíže (definované jako problémy s placením účtů, včetně hrazení léčiv) souvisejí se snižováním míry zdravotní gramotnosti. Vcelku tedy zaznamenáváme u zdravotní gramotnosti sociální gradient, tj. sociální determinaci jak celkové, tak dílčích zdravotních gramotností.

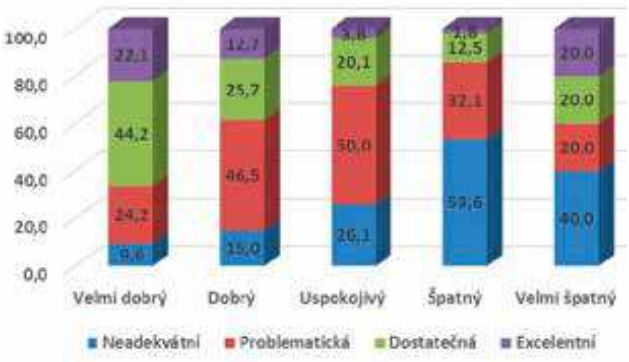


Graf 16 Zdravotní gramotnost a míra finanční deprivace

Zajímavá je souvislost zdravotní gramotnosti se subjektivním (pociťovaným) zdravotním stavem: S rostoucím zdravotní gramotností se zlepšuje subjektivně prožívaný stav vlastního zdraví. Zdá se ovšem, že u osob, které zakoušejí velké zhoršení zdravotního stavu, se zvyšuje kompetence při získávání zdravotně relevantních informací a jejich využívání, tedy zdravotní kompetence. Závažnější či déletrvající nemoc může vést k rostoucímu zájmu o zdravotní informace.

Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni

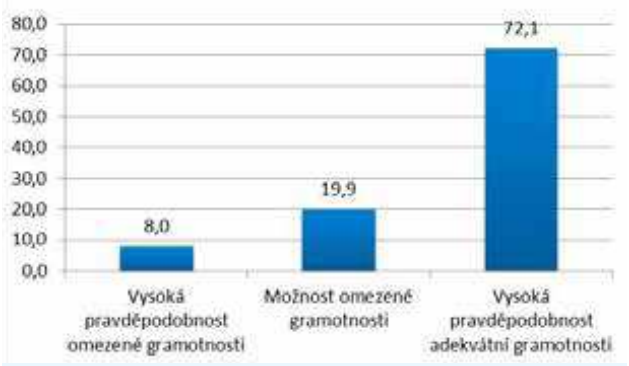
www.prolekare.cz | stazeno: 15.11.2016 | login: ivahrncirikova



Graf 17 Souvislost zdravotní gramotnosti se subjektivním zdravotním stavem

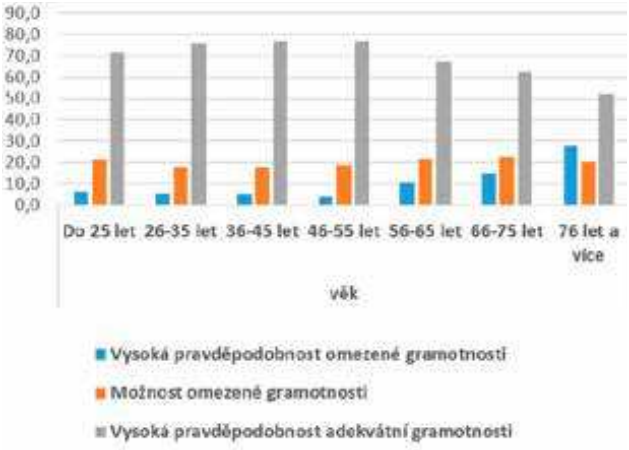
Kromě nově vytvořených 47 škál zdravotní gramotnosti byl administrován rovněž test funkční zdravotní gramotnosti NVS (*The Newest Vital Sign*). 6 uzavřenými otázkami byla na příkladu porozumění nutriční informace zkoumána funkční zdravotní gramotnost. Výsledné hodnoty byly zařazeny do 3 intervalů, nazvaných „vysoká pravděpodobnost omezené gramotnosti“, „možnost omezené gramotnosti“ a „vysoká pravděpodobnost adekvátní gramotnosti“. Oproti výsledkům, které jsme obdrželi po sejmutí 47 škál připravených specificky pro evropské srovnávací šetření, jsou výsledky v testu NVS výrazně příznivější. Téměř tři čtvrtiny českých respondentů vykazují nejvyšší míru funkční zdravotní gramotnosti a pouze méně než desetina populace spadá do skupiny s nejnižší mírou zdravotní gramotnosti.

Zaznamenáváme tedy poměrně značnou diskrepanci mezi výsledky získanými oběma metodami. Zdá se, že tváří v tvář konkrétní informaci, která vyžaduje porozumění a interpretaci (funkční zdravotní gramotnost), tuzemský respondent obstojí lépe než v situaci, kdy se u něho předpokládá podstatně komplexnější jednání s informací, tj. vyhledání, porozumění, vyhodnocení a rozhodování, jak je tomu u komplexně pojaté zdravotní gramotnosti.



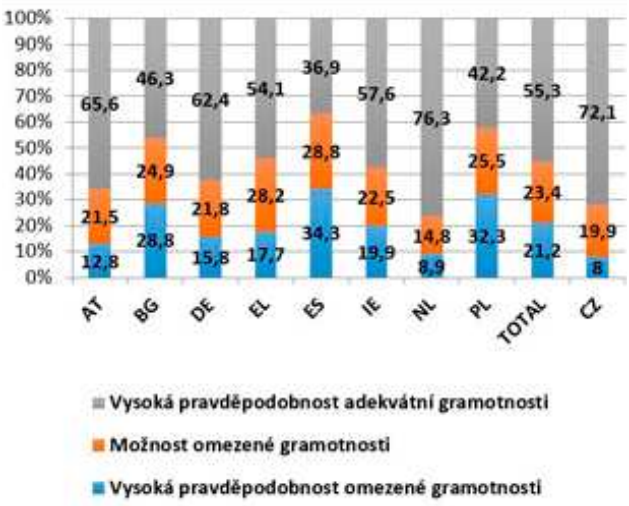
Graf 18 Rozložení dle skóre NVS

Skóre indexu NVS vykazuje souvislost s věkem respondentů, jak to dokládá *graf 19*. S rostoucím věkem skóre zprvu mírně narůstá až do věku zhruba 50 let, poté (opět mírně) klesá. Nejvyšší úrovně dosahuje přibližně mezi 30. a 50. rokem.



Graf 19 Rozložení skóre NVS dle věku

Velice zajímavé je srovnání skóre NVS v 9 zkoumaných zemích. Česko se v tomto srovnání zařadilo na druhé místo, hned za Nizozemsko, které i v této komparaci vychází nejlépe. Toto pořadí, zejména pokud jde o Českou republiku na straně jedné, a Španělsko či Polsko na straně druhé, kontrastuje s výsledky stavu zdravotní gramotnosti zjišťovanými pomocí nově vytvořených škál zdravotní gramotnosti. Velice obtížné je interpretovat relativně odlišné postavení českého souboru v kontextu dalších zemí EU, kdy čeští respondenti mají relativně vysokou míru funkční zdravotní gramotnosti a relativně nízkou míru komplexní zdravotní gramotnosti. Jednou z možných interpretací by mohla být nižší míra aktivního přístupu ke zdravotním informacím, který komplexní zdravotní gramotnost vyžaduje, a na druhé straně schopnost informaci, pokud je občanovi předložena a nemusí po ní sám pátrat, relativně snadno vyhodnotit.



Graf 20 Srovnání skóre NVS v osmi zemích EU a v ČR

Porovnání obou typů ukazatelů zdravotní gramotnosti, tedy 47 škál (HL-47) a skóre NVS, by mohlo vyvolávat zmatek a pochybnosti o „faktické“ úrovni zdravotní gramotnosti. Skóre NVS se od komplexního ukazatele HL-47 liší ještě

Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni

www.prolekare.cz | stazeno: 15.11.2016 | login: ivahrncirikova

v jedné věci – zaměřuje se na úzce specifickou oblast nutriční gramotnosti, zejména schopnost pracovat s ukazateli výživové hodnoty potraviny. V tomto velice úzkém smyslu bychom mohli výsledky u českých respondentů považovat za uspokojivé.

Naši rakouští partneři provedli multivarianční analýzu našich dat, která je srovnatelná s analýzami provedenými v dalších zemích (16). *Tab. 2* (17) přináší srovnání síly prediktorů celkové zdravotní gramotnosti v devíti srovnávaných zemích. V Česku je zdravotní gramotnost v největší míře ze všech zemí ovlivněna věkem; nejvíce tento vliv vyniká ve srovnání s Německem, Irskem a Nizozemskem. Naopak nejméně ze všech zemí má na celkovou zdravotní gramotnost vliv pohlaví; největší je tento vliv v Nizozemsku. Výrazná je prediktivní síla zdravotní gramotnosti u finanční deprivace, a to ve všech zemích, v Česku je ovšem nejvýraznější.

Z tabulky souvislostí mezi celkovou zdravotní gramotností a indikátory zdravotního chování a zdravotních rizik vyplývá že, zdravotní gramotnost s kouřením buď vůbec nesouvisí, nebo jen minimálně. Nejnižší – prakticky neexistující – ze všech zkoumaných zemí je tato souvislost v v České republice, což rozhodně není příznivé zjištění. Výraznější korelace se v českém souboru neprojevuje ani mezi zdravotní gramotností a konzumací alkoholických nápojů, podobně je tomu ovšem, byť méně zjevně, i v několika dalších evropských zemích. Nejsilněji zdravotní gramotnost souvisí s frekvencí tělesných cvičení a ukazatelem *body mass index*. Zdravotní gramotnost tak – překvapivě – zpravidla není hlavním důvodem nekuřáctví nebo abstinence, ale zvyšuje pravděpodobnost tělesného cvičení a kontroly vlastní hmotnosti.

Z porovnání vlivu různých prediktorů subjektivního zdravotního stavu (dlouhodobá nemoc, věk, zdravotní gramotnost, zdravotní chování, finanční situace) v jednotlivých zemích vyplývá, že v Česku se opět nejvýrazněji projevuje vliv věku. Věk tedy podmiňuje, nejvýrazněji ze všech zkoumaných zemí EU, jak souvislost s celkovou zdravotní gramotností, tak i subjektivní zdravotní stav. V České republice je nejsilnější rovněž souvislost subjektivního pocitu zdraví s úrovní zdravotní gramotnosti. Relativně silně souvisí subjektivní zdravotní stav s hodnotou BMI (překvapivě nikoli

Tab. 2 Celková zdravotní gramotnost podle prediktorů (index Beta, adjustovaný koeficient determinace) pro jednotlivé země a celkově

Celková zdravotní gramotnost dle...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Pohlaví	0,079	0,050a	0,094	0,029a	0,021a	0,074	0,119	0,09	0,063	0,013a
Věk (v letech)	-0,145	-0,14	-0,016a	-0,173	-0,153	-0,019a	0,033a	-0,099	-0,094	-0,18
Vzdělání (ISCED)	0,058a	0,107	0,102	0,224	0,138	0,046a	0,113	0,083	0,131	0,12
Finanční deprivace	-0,234	-0,31	-0,23	-0,228	-0,071	-0,278	-0,142	-0,349	-0,239	-0,354
Sociální postavení	0,040a	0,108	0,002a	0,111	0,069	0,228	0,115	0,068	0,142	0,034a
Adj. R kvadrát	0,096	0,247	0,082	0,289	0,089	0,19	0,081	0,208	0,174	0,24

Pozn.: AT [n = 838], BG [n = 840], DE(NRW) [n = 939], EL [n = 961], ES [n = 916], IE [n = 847], NL [n = 930], PL [n = 814], Celkem [n = 7085], CZ [n = 930].
a) nevýznamné na hladině 0,05.
Index celkové zdravotní gramotnosti od 0 (= minimum) do 50 (= maximum).
Pohlaví: 0 = muž, 1 = žena.
Finanční deprivace od nízké do vysoké.
Sociální status od 1 (= nejnižší postavení ve společnosti) do 10 (= nejvyšší postavení ve společnosti).

Tab. 3 Korelace (Spearmanův koeficient) mezi celkovou zdravotní gramotností a ukazateli zdravotního chování a zdravotních rizik podle zemí a celkově

Celková zdravotní gramotnost	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Kouření r	0,011	0,130**	-0,080**	0,092**	0,004	-0,087**	-0,024	-0,041	-0,012	**-0,002**
N	1001	1002	1154	1042	1007	967	970	1038	8181	988
Konzumace alkoholu r	0,044	0,098**	-0,023	0,160**	0,06	-0,053	-0,016	0,073*	0,065**	**-0,014**
N	941	987	1133	1038	996	957	970	1008	8030	953
Fyzická aktivita r	-0,195**	-0,144**	-0,205**	-0,213**	-0,042	-0,154**	-0,079*	-0,127**	-0,189**	-0,171**
N	1002	998	1160	1043	1006	970	991	1037	8207	987
BMI* r**	-0,127*	-0,057	-0,064*	-0,120**	-0,055	0,031	-0,038	-0,080*	-0,066**	**-0,156****
N	914	976	1078	1039	958	934	980	1009	7888	921

Pozn.: *) Korelace významná na hladině 0,05.
**) Korelace významná na hladině 0,01.
***) Pro BMI byla použita metrická proměnná.

Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni

www.prolekare.cz | stazeno: 15.11.2016 | login: ivahrncirikova

Tab. 4 Vliv vybraných prediktorů (index Beta a adjustovaný koeficient determinace) na subjektivně hodnocený zdravotní stav pro jednotlivé země a celkově

Subjektivní zdravotní stav dle...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
Dlouhodobá nemoc	0,42	0,391	0,426	0,508	0,337	0,528	0,431	0,39	0,438	0,406
Věk (v letech)	0,226	0,277	0,137	0,302	0,211	0,118	-0,010a	0,256	0,182	**0,31**
Celková zdravotní gramotnost	-0,135	-0,082	-0,086	-0,078	-0,173	-0,122	-0,117	-0,105	-0,13	**-0,153**
Sociální status	-0,015a	-0,040a	-0,038a	-0,077	-0,009a	-0,051a	-0,135	-0,093	-0,108	-0,008a
Pohybové aktivity	0,086	0,085	0,126	0,039a	0,089	0,1	0,024a	0,132	0,083	0,019a
Body mass index	0,114	0,010a	0,087	-0,028a	0,124	0,078	0,161	0,046a	0,069	0,087
Pohlaví	0,067	0,024a	0,025a	0,012a	0,075	0,030a	0,028a	-0,046a	0,03	0,053
Finanční deprivace	0,086	0,049a	0,127	0,052	0,049a	0,037a	0,048a	0,132	0,028	0,119
Adj. R kvadrát	0,481	0,462	0,379	0,626	0,357	0,426	0,3	0,543	0,436	0,59

Pozn.: AT [N=791], BG [N=831], DE [N=902], EL [N=960], ES [N=883], IE [N=825], NL [N=935], PL [N=814], celkem [N=6941], CZ [N=869].
a) nevýznamné na hladině 0,05.
Dlouhodobá nemoc: 0 = ne, 1 = ano.
Subjektivní pocit zdraví od velmi dobrého k velmi špatnému.
Čas věnovaný pohybovým aktivitám od téměř každý den po nikdy.
Pohlaví: 0 = muž, 1 = žena.
Finanční deprivace od nízké do vysoké.

s frekvencí pohybových aktivit), naopak není, alespoň v českém souboru, prokázána souvislost se sociálním statutem.

Poměrně zajímavé je rovněž srovnání jednotlivých zemí z hlediska souvislosti celkové zdravotní gramotnosti s návštěvami lékaře. V České republice, která je známa mimořádně vysokou frekvencí návštěv lékaře, zaznamenáváme nejsilnější souvislost mezi zdravotní gramotností a návštěvami lékaře nebo jiného zdravotníka: Čím nižší je úroveň zdravotní gramotnosti, tím vyšší je pravděpodobnost, že jedinec navštíví svého lékaře; jinými slovy zvyšování zdravotní gramotnosti může být jednou z cest jak vysokou frekvenci návštěv lékaře v Česku omezit.

ZÁVĚRY

První reprezentativní výzkum zdravotní gramotnosti, který se realizoval v České republice, nabízí popis výchozího stavu při realizaci programu Zdraví 2020. K výzkumu byla použita mezinárodním srovnávacím výzkumem ověřená metodologie opírající se o komplexní pojetí zdravotní gra-

Tab. 5 Korelace mezi celkovou zdravotní gramotností a indikátory využívání zdravotnických služeb v jednotlivých zemích a celkově

Celková zdravotní gramotnost a...	Rakousko (AT)	Bulharsko (BG)	Německo (DE)	Řecko (EL)	Španělsko (ES)	Irsko (IE)	Nizozemsko (NL)	Polsko (PL)	Celkem	CZ
První pomoc (posledních 24 měsíců) r	-0,151**	-0,100**	-0,112**	-0,086**	-0,103**	-0,046	-0,011	-0,076*	-0,061**	-0,113**
N	999	995	1161	1043	1009	970	990	1035	8202	980
Návštěvy lékaře (posledních 12 měsíců) r	-0,185**	-0,117**	-0,073*	-0,168**	-0,155**	-0,077*	-0,014	-0,095**	-0,114**	**-0,215****
N	1003	1002	1160	1042	1007	971	990	1041	8216	989
Nemocniční péče (posledních 12 měsíců) r	-0,188**	-0,121**	-0,112**	-0,120**	-0,065*	-0,048	-0,031	-0,147**	-0,062**	-0,133**
N	998	988	1160	1043	1008	969	990	1043	8199	980
Ostatní zdravotníci (posledních 12 měsíců) r	-0,06	0,061	-0,016	0,114**	-0,015	0,033	0	0,070*	0,062**	-0,112**
N	1003	999	1161	1042	1008	971	992	1041	8217	989

Pozn.: *) Korelace významná na hladině 0,05
**) Korelace významná na hladině 0,01.

Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni

www.prolekare.cz | stazeno: 15.11.2016 | login: ivahrncirikova

motnosti. Iniciální data nám umožní sledovat dopady intervencí, jež by se v nadcházejících 5 letech měly realizovat. V průběhu minulého roku a počátkem tohoto roku byl v rámci tvorby národní strategie programu Zdraví 2020 připraven akční plán zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti. V jeho rámci pracujeme na adaptaci a tvorbě nových instrumentů sběru dat týkajících se proměn zdravotní gramotnosti, ať už na úrovni národní, regionální nebo při sledování dopadu jednotlivých intervencí.

Ze šetření zdravotní gramotnosti vyplynulo, že Česká republika ve všech složkách zdravotní gramotnosti zaostává za nejlepšími zeměmi EU. Zvláště nepříznivá situace je v oblasti podpory zdraví, tedy ve schopnosti získat informace týkající se chování posilujícího zdraví, schopnosti vyhodnotit je, interpretovat je a chovat se v intencích těchto informací. O příčinách této skutečnosti můžeme pouze spekulovat. Jedním z vysvětlení může být odpor respondentů k následování doporučení, byť by se týkala vlastního zdraví, jiným pak méně rozvinutá občanská společnost aktivizující se mimo jiné ve směru zlepšování zdraví individuálního i obecného.

Zdravotní gramotnost je velkou měrou podmíněna některými socio-ekonomickými a demografickými proměnnými, především věkem, vzděláním a finanční situací, a na druhé straně se jeví jako faktor podmiňující faktické zdravotní chování, jako je tělesná aktivita a udržování tělesné hmotnosti. Svým způsobem alarmující je podmíněnost úrovně zdravotní gramotnosti věkem, která je nejvýraznější ze všech sledovaných zemí EU; potřeba zaměřit se na posilování zdravotní gramotnosti u seniorů se jeví jako zvláště naléhavá. Zdravotní gramotnost souvisí rovněž se subjektivním zdravotním stavem a využíváním zdravotnických služeb. Skutečnost, že u nás je nepřímá úměra mezi frekvencí návštěv praktického lékaře a zdravotní gramotností zvláště silná, je velmi podstatná vzhledem k tomu, že návštěvnost lékaře je u nás jedna z nejvyšších na světě; zdá se, že jednou z cest jak frekvenci snížit je zvyšování zdravotní gramotnosti.

K mezinárodnímu projektu reprezentativních šetření zdravotní gramotnosti se v současné době připojují další země evropského regionu i státy mimoevropské, což umožní komparace v podstatně širším měřítku. Krom toho existuje řada projektů zaměřených na specifické populační skupiny definované věkem, sociálním statutem nebo profesí. Za tímto účelem vznikají adjustované nástroje použitelné pro definované cílové populace. Jsou vytvořeny rovněž stručnější verze původního dotazníku snáze použitelné v omnibusových šetřeních.

Literatura

1. Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. *MZ ČR*, Praha, 2014, s. 48.

2. Zdraví 2020. Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století. *MZ ČR*, Praha, 2014, s. 134.

3. **Davis TC et al.** Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened instrument. *Fam Med* 1993; 25(6): 391–395.

4. **Parker RM et al.** The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10(10): 537–541.

5. **Baker DW et al.** Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 33–42.

6. **Baker DW.** The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 878–883.

7. **Nutbeam D.** Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public Health* 2009; 54: 303–305.

8. The health literacy of America's adults. Results from the 2003 national assessment of adult literacy. *U.S. Department of Education*, 2006

9. **Ratzan SC, Parker RM.** Introduction. In: Selden CR et al. (eds.). National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. *National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services*, Bethesda, MD, 2000.

10. National Action Plan to Improve Health Literacy. *U. S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion*, Washington, DC, 2010, s. iii. *http://health.gov/communication/HLActionPlan/pdf/Health_Literacy_Action_Plan.pdf*

11. **Weiss BD, Mays MZ, Martz W et al.** Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med* 2005; 3: 514–522.

12. **Ciccarelli Shah L, West P, Bremmeyr K, Savoy-Moore RT.** Health literacy instrument in family medicine: the "newest vital sign" ease of use and correlates. *J Am Board Fam Med* 2010; 23(2): 195–203.

13. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. *http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf*

14. Health Literacy. The Solid Facts. *WHO*, 2013, s. 6

15. **Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J et al.;** (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.

16. **Baumann L, Ganahl K, Peer S, Pelikan JM.** Report on health literacy in the Czech Republic in comparison with eight EU member states. First Draft Report. November 2015.

17. **Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al.** Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Pub Health* 2015; 25(6): 1053–1058.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. Zdeněk Kučera

Ústav pro zdravotní gramotnost
Hurbanova 1305/11, 142 00 Praha 4 – Krč
Tel.: 602 222 784
e-mail: zdenku@gmail.com

Tento clanek podleha autorskemu zakonu a jeho vyuziti je mozne v souladu s pravnim prohlasenim: www.prolekare.cz/prohlaseni