

## ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ – NOVÝ POJEM PRE OŠETROVATEĽSKÚ PRAX

Michaela Dingová, Tatiana Jakubcová

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

DINGOVÁ, M. – JAKUBCOVÁ, T. Health Literacy – New Concept for Nursing Practice. In *Ošetrovateľstvo: teória, výskum, vzdelávanie*, 2011, vol. 1, no. 1, pp. 34–41.

### Abstract

**Introduction:** The issue of health literacy is the focus of nursing as one of the health and health outcomes related factors. Reasonably, data on the level of health literacy and the prevalence of its deficiency in patients are lacking due to absence of the Slovak version of the research instrument.

**Aims:** The main objective of our work was to study the level of health literacy in three specific groups of clients in from the point of age, sex, years of schooling. Another objective was to determine usability and internal consistency in our pilot testing an instrument for assessment of health literacy The Newest Vital Sign.

**Sample and Methods:** Our research sample is consisted of 140 respondents: 40 high school students (with an average age of  $17.5 \pm 0.54$  years), 40 nurses ( $34.5 \pm 8.24$  years) and 60 outpatients in primary care ( $42.32 \pm 11.47$  years). The Newest Vital Sign was used for data gathering. The total score above 4 indicates low likelihood of limited health literacy, while the score lower than 4, indicates limited health literacy.

**Results and Conclusion:** Statistically significant differences were found in the level of health literacy from the point of the highest level of education, particularly in the patient group ( $p < 0.05$ ). Significant differences in the level of health literacy in were not confirmed between the groups in terms of gender and age ( $p > 0.05$ ) in our study. Total test score ( $3.08 \pm 1.75$ ), made by patients with the lowest educational attainment has specific consequences in our clinical setting. It is necessary to adapt the content and method of administration of health information in this group of patients. NVS test can be used in clinical settings but also in the public screening of health literacy level.

**Keywords:** health literacy, health literacy assesement, The Newest Vital Sign, patient.

## ÚVOD

Prudký rozvoj vedy a techniky prináša so sebou množstvo informácií, ktoré ovplyvňujú náš každodenný život. Ak chceme v týchto každodenných situáciách optimálne "fungovať", musíme si v relatívne krátkom čase a v istej kvalite osvojovať nové informácie. Funkčná gramotnosť sa premieta do všetkých oblastí života a osobitne dôležitou sa stáva v zdravotných súvislostiach. Problematika zdravotnej gramotnosti je u nás pomerne nová a spája sa s pojmom funkčnej gramotnosti, ktorá je u nás širšie rozpracovaná (Gavora, 2002). Dá sa povedať, že zdravotná gramotnosť predstavuje špecifickú, aplikovanú funkčnú gramotnosť. Extenziu funkčnej gramotnosti do oblasti súvisiacej so zdravím vznikol pojem zdravotnej gramotnosti (*health literacy*). V zahraničných publikáciách sa najčastejšie uvádza definícia zdravotnej gramotnosti podľa Americkej asociácie lekárov (AMA, 1999) ako schopnosť jednotlivca aplikovať vedomosti a zručnosti v zdravotných situáciách a je jedným z významných faktorov determinujúcich zdravie. Konkrétne, nedostatočná zdravotná gramotnosť je asociovaná s množstvom nežiaducich zdravotných výsledkov vrátane rastúceho počtu hospitalizácií, akútnych návštev lekára či potreby pohotovostnej služby, predĺženej doby hospitalizácie a rekonvalescencie. Logicky sa tak problému pripisujú i zvyšujúce sa náklady na zdravotnú starostlivosť (Weiss, Palmer, 2004, s. 46). Rovnako ako závažnosť dopadu zníženej zdravotnej gramotnosti je významná i jeho šírka. Problém obmedzenej zdravotnej gramotnosti má pervazívny charakter, čo znamená, že sa dotýka všetkých klientov – detí, ktorých úroveň zdravia je ovplyvnená aj zdravotnou gramotnosťou rodičov (*parental HL*), dospeljej populácie a taktiež seniorov. Problematika zdravotnej gramotnosti sa tak dostáva do centra záujmu ošetrovateľstva na každej úrovni poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

V ošetrovateľstve (u nás zatiaľ iba na úrovni profesionálnej prípravy) sa o zdravotnej gramotnosti diskutuje najmä v súvislosti s procesom edukácie pacienta, čo sa najvýraznejšie prejavuje vo fáze posúdenia edukač-

ných potrieb a pri plánovaní a realizácii intervencií. Údaje o úrovni zdravotnej gramotnosti, podobne ako o prevalencii tohto problému v našich podmienkach, chýbajú, a to najmä v dôsledku absencie slovenskej verzie výskumného nástroja.

## CIEĽ

Hlavným cieľom našej práce bolo zmapovať úroveň zdravotnej gramotnosti v troch špecifických skupinách klientov a ďalej zistiť rozdiely v úrovni zdravotnej gramotnosti z hľadiska nasledujúcich demografických údajov: vek, pohlavie, stupeň dokončeného vzdelania. Ďalším cieľom bolo testovanie využiteľnosti a vnútornej konzistencie u nás pilotne testovaného nástroja na posúdenie zdravotnej gramotnosti *The Newest Vital Sign*.

## SÚBOR

Do výskumu bolo metódou jednoduchého zámerného výberu zaradených 140 respondentov: 40 študentov gymnázia, 40 sestier a 60 pacientov ambulancie všeobecného lekára, ktorí súhlasili s realizáciou výskumu. Zarádajúce kritéria výberu participantov boli nasledujúce: vek minimálne 17 rokov, ochota spolupracovať – informovaný súhlas, neprítomnosť kognitívnej a perцепnej poruchy (korekcia sa akceptovala). Výskum sa realizoval v mesiacoch január až marec 2010. Skupinu sestier sme využili predovšetkým ako referenčnú skupinu, keďže sme predpokladali, že dosiahnu najvyššie skóre v teste zdravotnej gramotnosti s najnižšou variabilitou odpovedí. Vysokú návratnosť vyplneného testu (100 %) sme dosiahli osobnou účasťou pri testovaní. Bližšie charakteristiky vzorky sú v tab. 1.

Tab. 1. Charakteristiky vzorky

Skupina	Študenti gymnázia		Sestry		Pacienti ambulancie všeobecného lekára		
Vek (priemer ± SD)	17,5 ± 0,5		34,5 ± 8,2		42,32 ± 11,5		
Pohlavie	m	ž	m	ž	m	ž	
	12	28	1	39	31	29	
Vzdelanie	SŠ		VŠ (Bc.)		ZŠ	SŠ	VŠ
	40		40		17	25	18

SD – smerodajná odchýlka

## METODIKA

Ako metódu pre zber empirických informácií sme so súhlasom autora použili validný, reliabilný test *Newest Vital Sign* (Weiss et al., 2005, s. 343–348), ktorý má 2 časti. Prvá časť má podobu nálepky na balení zmrzliny, ktorá obsahuje fakty o nutričnom zložení, druhá je testom obsahujúcim 6 položiek, na ktoré má respondent vecne odpovedať. Každá správna odpoveď je ohodnotená 1 bodom. Minimálny počet bodov, ktoré môže testovaný získať, je 0, maximálny 6. Výsledné skóre vyššie ako 4 znamená veľmi nízku pravdepodobnosť zníženej zdravotnej gramotnosti a naopak, skóre nižšie ako 4 indikuje zníženú zdravotnú gramotnosť. Test identifikuje dokumentovú gramotnosť, numerickú gramotnosť, schopnosť lokalizácie informácie na základe porozumenia a abstraktné zdôvodnenie. Na štatistické spracovanie dát boli využité štatistické programy *Microsoft Excel* a *STATISTICA*. Vzhľadom na nenormálne rozdelenie vzorky to boli neparametrické testy Kruskal-Wallis (neparametrická alternatíva testu *one-way ANOVA*) a Mann-Whitney test na hladine významnosti 5 % ( $p < 0,05$ ). Mann-Whitney test, sme použili na spracovanie tých dát, kde skupinová premenná nadobúda len dve hodnoty.

## VÝSLEDKY

V nasledujúcej tab. 2 prezentujeme početnosti celkového skóre testu *The Newest Vital Sign* v jednotlivých skupinách.

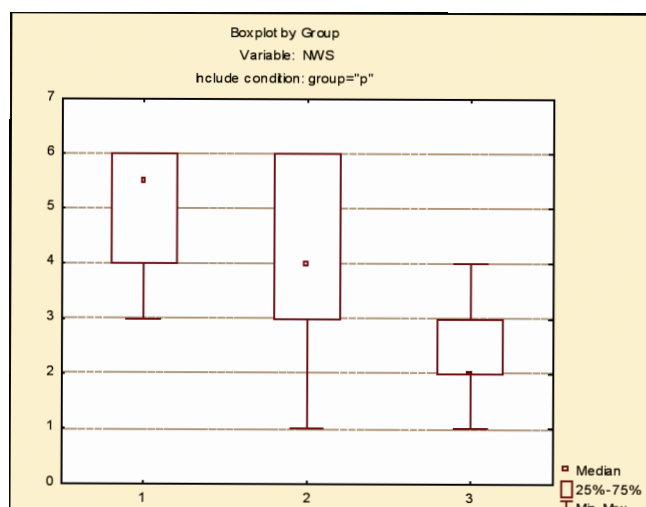
Tab. 2. Početnosti celkového skóre testu NWS v jednotlivých skupinách

Celkové skóre NWS (body)	Študenti gymnázia	Sestry	Pacienti ambulancie všeobecného lekára
	Početnosť (%)	Početnosť (%)	Početnosť (%)
6	23 (57,5)	7 (17,5)	24 (40,0)
5	7 (17,5)	16 (40,0)	6 (10,0)
4	6 (15,0)	11 (27,5)	7 (11,7)
3	3 (7,5)	3 (7,5)	8 (13,3)
2	1 (2,5)	2 (5,0)	7 (11,7)
1	0 (0)	1 (2,5)	5 (8,3)
0	0 (0)	0 (0,0)	3 (5,0)
n	40	40	60
NWS (priemer ± SD)	4,5 ± 1,16	4,5 ± 1,16	3,88 ± 1,82

SD – smerodajná odchýlka

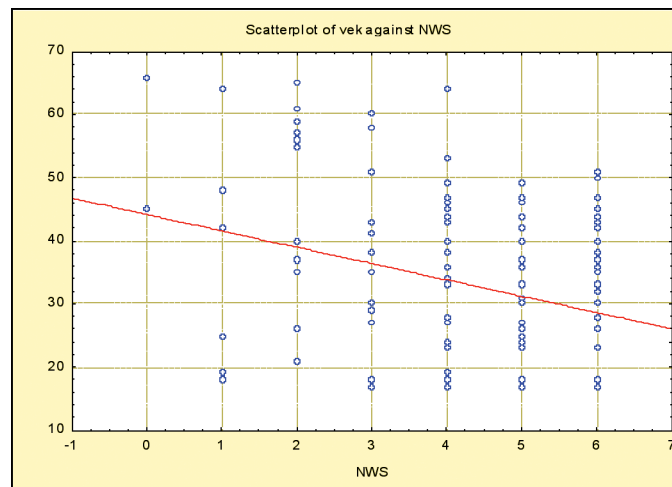
Z uvedených výsledkov vyplýva, že najvyššie priemerné skóre dosiahla skupina študentov gymnázia ( $4,75 \pm 1,29$ ) a sestier ( $4,5 \pm 1,16$ ). Najnižšie skórovali respondenti skupiny pacientov ambulancie všeobecného lekára pre dospelých ( $3,88 \pm 1,82$ ). Predpokladali sme, že skupina sestier dosiahne najvyššie skóre spomedzi testovaných skupín vzhľadom na vzdelanie a profesionálnu skúsenosť so zdravím. V tejto skupine a skupine gymnazistov bolo zaznamenaných najmenej hodnôt nachádzajúcich sa „v kritickej“ zóne (v tabuľke zvýraznené). V skupine, ktorá bola z hľadiska demografických charakteristík najrozmanitejšou, sme zaznamenali hodnoty kriticky zníženého skóre v 15 prípadoch, čo zároveň reprezentuje 25 % všetkých pacientov v tejto skupine.

V našej práci sme predpokladali rozdiely v úrovni zdravotnej gramotnosti z hľadiska pohlavia, veku, dosiahnutého stupňa vzdelania a príslušnosti k danej skupine. Na základe analýzy získaných údajov sme zistili štatisticky významné rozdiely v úrovni zdravotnej gramotnosti z hľadiska dosiahnutého stupňa vzdelania v skupine pacientov ( $p < 0,05$ ; obr. 1).



Obr. 1. Rozdiely v skupine pacientov z hľadiska dosiahnutého stupňa vzdelania  
1 – vysokoškolské vzdelanie, 2 – stredoškolské vzdelanie, 3 – základné vzdelanie

Signifikantné rozdiely v úrovni zdravotnej gramotnosti medzi skupinami sa v našom výskume nepotvrdili. V skupine pacientov sme nezaznamenali štatisticky významné rozdiely z hľadiska pohlavia a veku ( $p > 0,05$ ), i keď sme zaznamenali trend poklesu zdravotnej gramotnosti so stúpajúcim vekom respondentov (obr. 2.).



Obr. 2. Trend klesajúcej zdravotnej gramotnosti z hľadiska veku 1–6 – bodové skóre testu *The Newest Vital Sign*

Hodnotenie jedného z komponentov reliability nástroja – vnútornej konzistencie slovenskej verzie prostredníctvom Cronbachovho koeficientu alfa ( $\alpha$ ) – vychádzalo zo skúmaní korelácií medzi položkami. Prijateľná miera vnútornej konzistencie nástroja hodnotená  $\alpha$  je 0,6–0,9. Test *The Newest vital Sign* dosiahol hodnotu  $\alpha$  0,74, čo sa približuje hodnotám originálnej verzie, ktorá dosiahla hodnotu  $\alpha$  0,76 v anglickej a 0,69 v španielskej jazykovej mutácii. Hodnota vnútornej konzistencie je ovplyvnená i počtom položiek, a keďže test *The Newest Vital Sign* obsahuje iba 6 položiek, hodnota vnútornej konzistencie nástroja je pre výskum a prax prijateľná.

## DISKUSIA

Problematika zdravotnej gramotnosti (rovnako i funkčnej gramotnosti) je pre výskum náročná, a to predovšetkým z hľadiska operacionalizácie. Možností ako merať schopnosti – kompetenciu tak, aby reflektovala ich uplatnenie v reálnej životnej situácii, sú obmedzené, a preto je i počet meracích nástrojov, ktoré spĺňajú kritériá na efektivitu, nenáročnosť, čas administrácie a zároveň validitu, limitovaný. Nástroj *The Newest Vital Sign*, ktorý sme využili pri prieskume, zahŕňa uplatnenie celého komplexu schopností a zručností spracovať informácie o zložení potraviny, produktu tak, ako sú bežne uvádzané na potravinách a potravinových doplnkoch. Cieľom teda nie je zisťovať hĺbku špecifických vedomostí z oblasti výživy, ale schopnosť pracovať s textom, schopnosť správne ho interpretovať a využiť informácie v ňom obsiahnuté. Čo však porozumenie a využitie skutočne znamená? Pochopenie nutričných informácií na obale potraviny znamená, že jednotlivec – spotrebiteľ bude vedieť aplikovať v praktickej situácii (racionalizácia výživy, prispôbenie stravovania diétnym požiadavkám) informácie, ktoré sú v nich obsiahnuté. Bude tiež vedieť urobiť správne rozhodnutia a následne ich použiť vo svoj prospech, čo vyplýva z predpokladu, že informáciu v textovom alebo dokumentovom či graficky spracovanom materiáli lokalizuje, prečíta, uplatní numerické operácie a dokáže prispôbiť požiadavkám konkrétnej situácie, v ktorej sa on sám či niekto iný, o koho sa stará (dieťa, závislá osoba), nachádza.

Je málo známych skutočností o tom, ako zdravá populácia využíva nutričné hodnoty a informácie o zložení potravín pri nakupovaní a príprave jedál. Táto skutočnosť sa dotýka zdravej populácie i klientov, ktorí sa potrebujú stravovať diétne, prípadne prijímať určité komponenty výživy vo vyššej miere oproti zdravej populácii, či ich inak meniť. Naše zistenia naznačujú, že respondenti, resp. spotrebiteľia pri „práci“ s výživovou etiketou rozumejú jej obsahu, no iba čiastočne. Respondenti rozumeli informácii a interpretovali ju správne, ak testová úloha vyžadovala iba použitie jednoduchších operácií (položka 1, 5 a 6). Schopnosť respondentov interpretovať získané informácie v praxi sa znižovala v závislosti od toho, ako stúpala náročnosť úlohy (po-

ložka 3 najnáročnejšia), resp. bolo potrebné zrealizovať väčší počet operácií. To sa potvrdilo najviac v skupine pacientov, ktorá bola z hľadiska veku, pohlavia a dosiahnutého stupňa vzdelania najheterogénnejšia. Naopak, v skupine najmladších respondentov – gymnazistov a sestier – sme zaznamenali vysokú frekvenciu správnych odpovedí. Súbor gymnazistov dosiahol najvyššie skóre, a teda počet správnych odpovedí. V skupine adolescentov, teda najmladších respondentov, ktorí sa zúčastnili výskumu, sme zaznamenali najviac pozitívnych odpovedí pri otázke o skúsenostiach s využívaním informácií o zložení potravín, ktoré sú umiestnené priamo na výrobku. Pravdepodobne tým, že v súbore bolo vyššie zastúpenie dievčat, ktoré venujú väčšiu pozornosť otázkam týkajúcim sa stravovania, najmä obsahu kalórií a tukov v potravinách, dokázali v testových úlohách odpovedať správne. Huang et al. (2004, s. 400) tiež uvádzajú pri využívaní nutričných informácií na potravinách vyššie zastúpenie respondentov ženského pohlavia. Názory boli získané z prieskumu verejnej mienky občanov SR realizovaného agentúrou Focus (september 2010) na reprezentatívnej vzorke pozostávajúcej z 1 040 respondentov. Respondenti uvádzajú, že často sledujú informácie na obaloch potravín – 27 % opýtaných a častejšie sú to práve ženy. (Rodáková, 2010). Kreuter (1997, s. 279) a Neuhouser (1999, s. 50) dokázali vysoké korelácie medzi záujmom o energetickú hodnotu potravín a využívaním informácií o potravinách. Študentom gymnázia sú vzhľadom na obsah aktuálneho štúdia „blízke“ aj termíny ako nasýtené tuky, kalória a tiež uplatňovanie matematických operácií.

Dosiahnutý stupeň vzdelania je podobne ako v iných štúdiách (Andrus, 2002) najsilnejším faktorom, ktorý ovplyvňuje úroveň zdravotnej gramotnosti. Dosiahnutý stupeň vzdelania sa vo väčšine štúdií gramotnostnej kompetencie uplatnil ako faktor, ktorý pozitívne ovplyvnil schopnosti funkčnej, ako aj zdravotnej gramotnosti. Rozsiahle štúdie zdravotnej gramotnosti, však tento predpoklad nezriedka vyvrátili s argumentovaním, že zdravie a oblasť starostlivosti o zdravie či manažment ochorenia sú do takej miery špecifické pre človeka, že aj keď dosiahne priemerné vzdelanie, priemerný stupeň všeobecného vzdelania, prípadne odborné vzdelanie v iných ako zdravotníckych odboroch, môže aj napriek tomu pri potrebe uplatniť zdravotnú gramotnosť zlyhať (Baker, 2006, s. 878–883). Pelletier a kol. (2004, s. 319–323) poukázali na to, že presnejšie a dôkladnejšie čítajú etikety spotrebiteľia s vyšším dosiahnutým stupňom vzdelania a v mladších vekových kategóriách. Používanie nutričných označení formou nálepiek na potravinách je časté a konkrétne u nás uvádza podľa agentúry Focus 27 % respondentov časté a až 78 % opýtaných občasné čítanie informácie na obale (Rodáková, 2010). Niektoré naše zistenia poukazujú na skutočnosť, že interpretácia nutričných označení spotrebiteľom môže byť na oveľa nižšej úrovni, ako sa všeobecne predpokladá. Vedúcim prvkom pri zakúpení výrobku je nie jeho pôvod, nutričná hodnota a obsah konzervantov či umelých farbív, ale jeho cena, chuťové preferencie a zvyk spotrebiteľa (McCullum, Achterberg, 1997, s. 190) a v neposlednom rade i veľkosť písma, akým sú informácie o výživových hodnotách na produkte uvedené, keďže v súčasnosti si z 1 040 oslovených respondentov až 82 % myslí, že je potrebné definovať čitateľnosť písma na obale výrobkov a 61 % by privítalo semaforové označenie obsahu látok na obaloch potravín (Rodáková, 2010).

Vzhľadom na naznačenú klesajúca tendenciu úrovne zdravotnej gramotnosti so zvyšujúcim sa vekom nie je vekový faktor zanedbateľný, i keď sme nezistili významný rozdiel. Príčinou môže byť nerovnomerné rozdelenie súboru z hľadiska veku (iba 15 respondentov bolo starších ako 50 rokov) a tiež vysoký podiel vysokoškolsky vzdelaných medzi staršími dospelými a seniormi. Vplyv veku na úroveň zdravotnej gramotnosti je dobre zmapovaný a uplatňuje sa v súvislosti s poklesom koncentrácie, pamäte, sensorických funkcií, ale i menej častou frekvenciou vykonávania logických operácií a práce s písaným textom u seniorov (Baker et al., 2000, s. 369). Rigová, Maczejková (2002, s. 87) považujú za príčinu vekom klesajúcej gramotnosti fakt, že obsah vzdelania i niektoré schopnosti sa znižujú i zastarávaním poznatkov samých v procese vývoja poznania spoločnosti.

## ZÁVER A NÁVRHY PRE PRAX

Ako sme už uviedli, priemerný výsledok testu ( $3,08 \pm 1,75$ ), ktorý dosiahli pacienti s najnižším dosiahnutým vzdelaním, má v klinických podmienkach špecifické konzekvencie, keďže sa nachádza medzi skóre nedostatočnej a kriticky zníženej úrovne zdravotnej gramotnosti. Prikláňame sa k názoru Bakera (2006, s. 879), ktorý modeluje zdravotnú gramotnosť nielen ako schopnosť jednotlivca, ale ako variabilnú dynamickú kompetenciu, ktorá je podmienená i predchádzajúcou skúsenosťou či charakterom konkrétnej situácie. To znamená, že jej úroveň je ovplyvnená i spôsobom, akým sú textové alebo hovorené informácie pacientovi prezentované. Z tohto dôvodu preto detailnejšie uvádzame ako návrhy pre prax ošetrovateľské intervencie vhodné pre pacientov s obmedzenou gramotnosťou (tab. 3).

Sestry môžu v primárnej a sekundárnej starostlivosti minimalizovať nedostatky na úrovni zdravotnej gramotnosti pri realizácii edukačnej intervencie tým, že ju najskôr identifikujú validnými nástrojmi či v diag-

**Tab. 3. Ošetrovateľské intervencie pre pacientov s obmedzenou zdravotnou gramotnosťou podľa sily dôkazu**  
(Upravené autormi podľa Betz et al., 2008, s. 238)

Ošetrovateľská starostlivosť/intervencia	Síla dôkazu	Citácia	Vysvetlenie
<b>Posúdenie</b>			
1. Posúdenie jednotlivca /ov s využitím validných a reliabilných nástrojov (napr. <i>Newest Vital Sign</i> )	II-3	Chew et al, 2004 Davis et al., Weiss et al., 2005; Lee et al., 2006.	Odporúčania sú založené na výsledkoch štúdií zaoberajúcich sa možnosťami posúdenia/ identifikácie obmedzenej zdravotnej gramotnosti a validizácie nástrojov
2. Pozorovanie prejavov (verbálnych/neverbálnych), ktoré by mohli naznačovať, že informácia buď nebola podaná pacientovi, alebo podaná bola, no on jej neporozumel	III	Wolf et al., 2004	Odporúčanie založené na klinickej skúsenosti
3. Vytváranie priateľského prostredia, kde sú otázky pacienta a diskutovanie problému vítané (tzv. <i>shame free environment, patient-centered approach</i> )	III	Mayer, Villaire, 2004 McCray, 2005	Odporúčanie založené na klinickej skúsenosti a názor expertov
<b>Intervencie</b>			
1. Použitie jednoduchého jazyka – krátke vety a bez odborných termínov	III	Mayer, Villaire, 2004 Wallace, Lennon, 2006	Odporúčanie založené na klinickej skúsenosti, názor expertov, štúdie a analýzy náročnosti edukačných materiálov pre pacientov
2. Vytváranie, dotváranie edukačných materiálov, ktoré sú pre pacienta čitateľnejšie (vyznačenie najdôležitejších termínov)	III	Mayer, Villaire, 2004 Nielsen-Bohlman, 2004	Odporúčanie založené na klinickej skúsenosti, názor expertov
3. Informácie sú podávané v hovorenej i tlačenej forme	III	Wallace, Lennon, 2006	Štúdie a analýzy náročnosti edukačných materiálov pre pacientov
4. Metóda spätnej väzby (teach back strategies) – reinterpretácia informácie či spätná demonštrácia odhalia, či a v akej miere pacient informáciám porozumel	III	Nielsen-Bohlman, 2004; Bass, 2005; Bastable, 2006	Odporúčania založené na klinickej skúsenosti, názor expertov.
Dôkazy získané z: I – randomizovanej, kontrolovanej štúdie, II-1 – z dobre kontrolovanej štúdie bez randomizácie, II-2 – z kohortovej štúdie a z kontrolovaných štúdií, II-3 – z opakovaných štúdií s alebo bez intervencie, III – názory a osobná skúsenosť expertov, klinická skúsenosť, deskriptívne či prípadové štúdie (Harris et al., 2001)			

nostickom rozhovore a prispôbia obsah a metódy sprostredkovania zdravotných informácií. Identifikácia zdravotnej gramotnosti klienta môže byť v klinických podmienkach často sťažená. Jedným z najčastejšie menovaných dôvodov je hanba či ostych vyjadriť problém s prečítaním alebo porozumením informácií podaných v tlačenej alebo hovorenej podobe. Pacienti často používajú „maskovacie stratégie“, ako napríklad vyjadrenia „Zabudol som si okuliare,“ alebo sa usilujú vtipkovaním či humorom odvieť pozornosť od toho, že nedokázali informácii alebo danej situácii porozumieť. Z tejto perspektívy je možné využiť i test *The Newest Vital Sign* vzhľadom na jeho diskriminačné

schopnosti, uspokojivú hodnotu vnútornej konzistencie (hodnota Cronbachovho alfa koeficientu je 0,74 oproti originálu 0,76) v klinických podmienkach, ale i pri plošnom mapovaní úrovne zdravotnej gramotnosti u nás. Rovnako môže byť úroveň zdravotnej gramotnosti využitá ako ďalšia premenná pri výskume fenoménov súvisiacich so zdravím.

Ako vhodné komponenty edukačnej intervencie pre pacientov s obmedzenou zdravotnou gramotnosťou, ale i v snahe zvyšovať zdravotnú gramotnosť sa ukazujú byť posúdenie a zjednodušenie textových edukač-

ných materiálov, použitie reflexných farieb na označenie dôležitej časti, zjednodušenie slov a skrátenie viet, personalizácia textu (doplňiť informáciami, ktoré sú aktuálne pre konkrétneho pacienta, text v druhej osobe), ilustrácie. Hlavným ťažiskom však naďalej zostáva ústne podaná informácia so zaradením kontroly spätnej väzby. Takéto formy správnej reinterpretácie informácie pacientom môžu preukázať skutočnú úroveň porozumenia obsahu informácií a prispieť k nižšiemu výskytu pochybení z nevedomosti a zvýšeniu kompliance pacienta. I v tejto oblasti je potrebný pokračujúci výskum zameraný na testovanie efektivity intervencií v skupinách s obmedzenou zdravotnou gramotnosťou formou intervenčných a kontrolovaných štúdií.

## ETICKÉ ASPEKTY VÝSKUMU

Pre zber empirických dát sa využil validný a reliabilný test *The Newest Vital Sign*. Súhlas s použitím testu sme získali priamo od autora profesora Barryho Weissa z *University of Arizona, College of Medicine, Department of Family and Community Medicine, Tucson, Arizona*. Vývoj a testovanie nástroja podporila Inicia­tíva spoločnosti Pfizer pre zrozumiteľnejšiu komunikáciu (*Pfizer's Health Literacy/Clear Health Communication Initiative*). Test sme adaptovali do slovenského jazyka spätným prekladom, na ktorom participoval i „native speaker“. Dotazník bol administrovaný anonymne, v prítomnosti riešiteľa výskumnej úlohy. Z etického hľadiska výskum nepredpokladal získavanie a spracúvanie dôverných dát a bol limitovaný vekom, osobným súhlasom a ochotou respondentov participovať v takto zameranom výskumnom projekte. Design štúdie, ciele, test a spôsob administrácie boli posúdené zodpovednými autoritami (riaditeľ gymnázia, všeobecní lekári) a schválené.

## ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- American Medical Association (AMA) Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. In *JAMA* 1999, vol. 281, no. 6, p. 552–557.
- ANDRUS, M. – ROTH, M. 2002. Health literacy : A Review. In *Pharmacotherapy*, 2002, vol. 22, no. 3, pp. 282–302.
- BAKER, D.W. 2006. The Meaning and the Measure of Health Literacy. In *J Gen Intern Med*, 2006, vol. 21, no. 8, pp. 878–883.
- BASS, L. 2005. Health literacy: implications for teaching the adult patient. In *J Infus Nurs*. 2005, vol. 28, no. 1, pp. 15–22.
- BASTABLE, S.B. 2006. *Essentials of Patient Education*. 1st. ed. Sudbury, MA : Jones&Bartlett Publishers,2006. 502 p.
- BAKER, D. et al. The Association Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. In *Journal of Gerontology*, vol. 55, no. 6, pp. 368–374.
- BERTZ, C.L. et al. 2008. health Literacy : A Pediatric Nursing Concern. In *Pediatric Nursing*, 2008, vol. 34, no. 3, pp. 231–239.
- CHEW, L.D. et al. 2004. Brief Questions to Identify Patients With Inadequate Health Literacy. In *Family Medicine*, 2004, vol. 38, no. 8, pp. 588–594.
- COLE, M.R. 2004. The high risk of low literacy. In *Nursing Spectrum*. 2004, vol.16, no.10, pp.16–17.
- COULTER, A – ELLINS, J. *Patient focus interventions: a review of evidence*. 1.Ed. London : The Health Foundation, 2006. 249 p. ISBN 0-9548968-1-5
- DAVIS, T.C. et al. 2006. Development and validation of the Rapid Estimate of Adolescent Literacy in Medicine (REALM-Teen): A tool to screen adolescents for below-grade reading in health care settings. In *Pediatrics*, vol. 118, no. 6, p. 1 707–1 714.
- DOAK C.C. et al. 1996. *Teaching Patients with Low Literacy Skills*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott,1996. 207 p.
- GAVORA, P. 2002. Gramotnosť: vývin modelov, reflexia praxe a výskumu. In *Pedagogika*, 2002, roč. 52, č. 2, s. 171–181.
- HARRIS, R.P. et al. 2001. Current methods of the U. S. Preventive Services Task Force: A review of the process. In *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 20, no. 3 (Suppl.), pp. 21–34.
- HUANG, T.K. et al. 2004. Reading Nutrition Labels and Fat Consumption in Adolescents. In *Journal of Adolescent Health*, 2004, vol. 35, no. 5, pp. 399–401.
- KREUTER, M.W. et al. 1997. Do nutrition label readers eat healthier diets? Behavioral correlates of adults' use of food labels. In *Am J Prev Med*, 1997, vol. 13, no. 4 , pp. 277–283.
- LEE, S.Y. et al. 2006. Development of an easy-to-use Spanish health literacy test. In *Health Services Research*, 2006, vol. 41, no. 4 , pp. 1 392–1 412.
- MAYER, G.G. - VILLAIRE, M. 2004. Patient education. Low health literacy and its effects on patient care. In *Journal of Nursing Administration*, 2004, vol. 34, no. 10, pp. 440–442.
- McCullum, C. – Achterberg, C.L. 1997. Food shopping and label use behavior among high school-aged adolescents. In *Adolescence*, 1997, vol. 32, no. 125, p. 181–197.

- McCRAE, A.T. 2005. Promoting health literacy. In *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2005, vol. 12, no. 2, pp. 152–163.
- NEUHOUSER, M.L. et al. 1999. Use of food nutrition labels is associated with lower fat intake. In *J Am Diet Assoc*, 1999, vol. 99, no. 1, pp. 45–53.
- NIELSEN-BOHLMAN, L. et al. 2004. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC: The National Academies Press.
- PELLETIER, A.L. et al. 2004. Patients' Understanding and Use of Snack Food Package Nutrition Labels. In *J Am Board Fam Pract*, 2004, vol.17, no. 5, pp. 319–323.
- PARKER, R.M. - RATZAN, S.C . 2003 Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. In *Health Affairs*, 2003, vol. 22, no. 4, p. 147–153.
- RIGOVÁ, S. – MACZEJKOVÁ, V. 2002. Vzdelávací systém a Rómovia. In *Čačipen pal o Roma: Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku* Ed. M. Vašečka. 1.vyd. Bratislava :IVO, 2002. ISBN 80-88935-41-5, s. 695-724.
- RILEY, J.B. et al. 2006. Low health literacy: A challenge to critical care. In *Critical Care Nursing Quarterly*, 2006, vol. 29, no. 2, pp. 174–178.
- RODÁKOVÁ, M. 2010. Trendy v Európe, Európsky parlament predstavil nové nariadenie označovania potravín. In *Apotheka.sk* [online magazín o zdraví], 2010, no.3 [cit.30-05-2010]. Dostupné na internete: <http://www.apotheka.sk/article/355/europsky-parlament-predstavil-nove-nariadenie-oznacovania-potravin>
- SAFER, S.R. – KEENAN, J. 2005. Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. In *Am Fam Phys*, 2005, vol. 72, no. 3, pp. 463–468.
- WALLACE, L.S. – LENNON, E.S. 2004. American Academy of Family Physicians patient education materials: Can patients read them? In *Family Medicine*, 2004, vol. 36, no. 8, pp. 571–574.
- 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 *J Am Board Fam Pract*, 2004, vol. 17, no. 1, pp. 44–47.
- WEISS, B.D. et al. 2005. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign In *Ann Fam Med*, 2005, vol. 3, no.5, pp. 514–522.
- Wingard, R. Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. In *Nephrology Nursing Journal*, 2005, vol. 32, no. 2, pp. 211–215.
- WILLSON, J.F. The Crucial Link between Literacy and Health. In *Ann of Intern Med*, 2003, vol. 139, no.10, pp. 875–878.
- WOLF, M.S. et al. 2004. Health literacy and patient knowledge in a Southern U. S. HIV clinic. In *International Journal of STD & AIDS*, 2004, vol. 15, no. 11, pp. 747–752.

## Kontakt

Mgr. Michaela Dingová, PhD.  
Univerzita Komenského v Bratislave  
Ústav ošetrovateľstva, Jesseniova lekárska fakulta v Martine  
Malá Hora, 5  
036 01 Martin  
[dingova@jfmed.uniba.sk](mailto:dingova@jfmed.uniba.sk)