



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ, PORODNÍ ASISTENCE A NEODKLADNÉ PÉČE

J. BORECKÉHO 27, 370 11 ČESKÉ BUDĚJOVICE

PRACOVIŠTĚ: U VÝSTAVIŠTĚ 26, 370 05 ČESKÉ BUDĚJOVICE

NÁVRH METODICKÉHO POSTUPU ZVÝŠENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V PRIMÁRNÍ PÉČI U PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

Uvedený materiál vznikl v rámci projektu:

**PODPORA ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V PRIMÁRNÍ PÉČI U PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI
A DOROST – VYTVOŘENÍ NÁVRHU PROGRAMU NA ZVÝŠENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI
U REGISTROVANÝCH PACIENTŮ VČETNĚ EDUKAČNÍCH MATERIÁLŮ**

Řešitel: Mgr. Ilona Lískovcová, Ph.D., MBA

Spoluřešitel: Mgr. František Dolák, Ph.D.

PROJEKT BYL REALIZOVÁN ZA FINANČNÍ PODPORY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Obsah

1. ÚVOD.....	3
2. ÚČEL	3
3. CÍL.....	4
4. ZÁKLADNÍ ZKRATKY.....	4
5. ZÁKLADNÍ POJMY A DEFINICE	4
6. ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST – ZÁKLADNÍ ČLENĚNÍ, OBSAH.....	8
7. RIZIKA SNÍŽENÉ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI.....	11
8. HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI (DOTAZNÍK HLSQ-EU).....	12
9. KOMPETENCE	17
10. CÍLOVÁ POPULACE.....	18
11. MATERIÁLY, POMŮCKY	19
12. METODY.....	19
13. POSTUP	20
14. JAK POUŽÍVAT DOTAZNÍK / ZÁZNAMOVÝ ARCH	22
15. JAK VYHODNOTIT ODPOVĚDI Z DOTAZNÍKU ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST.....	23
16. PRŮBĚŽNÉ SLEDOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V ORDINACI PLDD, EVIDENCE.....	24
17. HARMONOGRAM A OBSAH PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK	25
19. JAK OVLIVNIT ZVÝŠENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI U SVÝCH PACIENTŮ.....	26
20. VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI	28
21. DOPORUČENÍ.....	29
22. ZDROJE.....	31
23. PŘÍLOHY	33

1. ÚVOD

Zdravotní gramotnost je podle WHO definována jako kognitivní a sociální dovednost, která determinuje motivaci a schopnost jednotlivců získat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je k rozvoji a udržení zdraví. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí „ZDRAVÍ 2020“ si stanovuje za hlavní cíl zlepšovat zdravotní stav populace, snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Prioritní oblastí 1, je realizace celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilování rolí občanů a vytváření podmínek pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu, tato oblast navazuje na cíle Zdraví 21, cíl 3 - Zdraví start do života. Zdravotní gramotnost patří mezi témata pro rozvoj aktivit v rámci NS Zdraví 2020¹⁷. Předpokladem pro zvýšení zdravotní gramotnosti není pouze schopnost získávat praktické dovednosti v oblasti zdravotní gramotnosti, získávat, pochopit a umět využít základní informace vedoucí ke zlepšení zdraví, ale také mít dostatek kvalitních, srozumitelných a dostupných informací přiměřených k věku. Vytvořením edukačních materiálů pro rodiče a děti, které budou uzpůsobeny na věkovou strukturu registrovaných pacientů PLDD, můžeme přispět k aktivnímu zapojení rodičů i dětí a zvýšení jejich zdravotně sociální gramotnosti. Znalosti a dovednosti z oblasti zdravotní gramotnosti by se měly získávat od narození, nejprve prostřednictvím rodičů a dále pak postupným učením samotných dětí. Právě v dětském věku, kdy se formuje osobnost a dítě získává mnohé nové znalosti a dovednosti, by mohli praktičtí dětské lékaři pomoci s rozvojem zdravotní gramotnosti u svých pacientů. Řešení zdravotní gramotnosti již od útlého věku je slibnou investicí do zdraví a pohody dětí nejen v aktuálním čase, ale i během dospívání a dospělosti²⁰.

V současné době nemají lékaři ve svých ordinacích dostatek času na delší komunikaci o tomto tématu a nemají ani potřebné edukační materiály přizpůsobené věkovému rozložení registrovaných pacientů. Vytvořením edukačních materiálů pro rodiče a děti, které budou uzpůsobeny na věkovou strukturu registrovaných pacientů PLDD, můžeme přispět k pochopení obsahu zdravotní gramotnosti u rodičů i dětí, k jejich aktivnímu zapojení, a tím k rozvoji a udržení zdraví.

2. ÚČEL

Účelem metodického postupu je vypracování uchopitelného návrhu programu pro zvýšení zdravotní gramotnosti včetně postupu implementace a návrhu průběžné kontroly zdravotní gramotnosti u registrovaných pacientů v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, podpořeného vhodnými edukačními materiály. Je prokázáno, že z vyšší úrovně zdravotní gramotnosti v populačních skupinách profituje celá společnost a také, že nízká zdravotní gramotnost významně ovlivňuje zdraví a je spojena s vysokými náklady zdravotnického systému¹¹.

Vypracovaný metodický postup by měl být oporou pro lékaře i dětské či všeobecné sestry pracující v ordinacích dětských lékařů. Základní přehled informací o zdravotní gramotnosti a jednoduchý popis postupu může napomoci ke zvýšení zájmu lékařů primární péče

o implementaci programu ve svých ordinacích a průběžná kontrola zvyšování gramotnosti u registrovaných dětských pacientů může pozitivně ovlivnit zlepšení zdravotní gramotnosti populace. Edukace registrovaných dětských pacientů a jejich rodičů v oblasti podpory zdraví, v oblasti prevence nemocí a úrazů, v postojích k medicíně založené na důkazech (Evidence Based Medicine) a v oblasti zdravotní péče by měla podpořit zvýšení zdravotní gramotnosti. Pravidelné sledování a implementace hodnocení zdravotní gramotnosti do náplně preventivních prohlídek u dětí a dorostu by mělo být výstupem pro případnou reedukaci.

3. CÍL

Cílem je vytvoření jednoduchého, uchopitelného návrhu programu pro zvýšení zdravotní gramotnosti v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost, který by měl být oporou nejen pro lékaře, ale zejména pro dětské či všeobecné sestry pracující v ordinacích PLDD.

Dílním cílem je vytvoření ilustrovaných edukačních materiálů pro rodiče a děti, přizpůsobených jednotlivým věkovým kategoriím:

- děti do tří let věku
- děti předškolního věku, od tří do šesti let (nástup školní docházky)
- děti školního věku, od šesti do patnácti let
- mladiství

Edukační materiály by měly jednoduchou formou osvětlit pojem zdravotní gramotnost, popsat její oblasti i determinanty zdraví, doporučit zdroje pro vyhledávání validních informací a odkazy na instituce a zdroje o zdravotní gramotnosti.

4. ZÁKLADNÍ ZKRATKY

HFA 21	- Health for All in the 21st Century, Zdraví pro všechny v 21. století,
HLS-EU-Q	- standardizovaný dotazník zdravotní gramotnosti „Questionnaire 5891 Health Literacy survey 2011“ (Průzkum zdravotní gramotnosti EU)
HL	- Health Literacy, zdravotní gramotnost
MZČR	- Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NCO NZO	- Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
NLZP	- nelékařský zdravotnický pracovník
NS Zdraví 2020	- Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí
PLDD	- praktický lékař pro děti a dorost
PLD	- praktický lékař pro dospělé
SPL ČR	- Sdružení praktických lékařů České republiky
SVL ČLS JEP	- Společnost všeobecného lékařství Česká lékařská společnost J. E.

	Purkyně
VPL	- všeobecné praktické lékařství
WHO	- Světová zdravotní organizace
ZG	- zdravotní gramotnost

5. ZÁKLADNÍ POJMY A DEFINICE

Gramotnost

- je schopnost jedince číst, psát, mluvit, počítat a řešit problémy na úrovních nezbytných pro fungování ve společnosti, pro dosažení cílů a pro rozvoj znalostí a potenciálu²⁴.

Determinantami zdraví

- jsou faktory, které ovlivňují zdraví pozitivně či negativně. Jde o souhrn jevů a podmínek, které určují nebo výrazně ovlivňují zdraví jedince, skupin lidí či společnosti. Zahrnují širokou škálu osobních, sociálních a ekonomických faktorů i charakteristik životního prostředí. Mezi základní determinanty patří např. individuální charakteristiky a chování, genetický základ, životní styl, životní a pracovní prostředí, péče o zdraví a zdravotnické služby, sociálně - ekonomické determinanty (chudoba, sociální vyloučení, rodinná situace, nezaměstnanost atd.). Psychické a behaviorální faktory jsou výslednicí působení sociálního a vnitřního prostředí²⁶. Sociální a ekonomické determinanty zásadně ovlivňují základní skupiny determinant zdraví a významně se podílejí na vzniku nemoci a potřebě lékařské péče (40 % podíl životního stylu na zdraví je dále z 35-70 % ovlivněn sociálními a ekonomickými podmínkami)⁸. Míra vlivu determinant na zdraví:
 - faktory životního prostředí ovlivňují zdraví z cca 15-20 %
 - genetické faktory z cca 10-15 %
 - skupina faktorů životního stylu celými 50 %
 - efektivita, kvalita a dostupnost zdravotní péče ovlivňuje zdraví cca z 10-15 %⁸.

Dokument s „jasným“ jazykem

- jedná se o dokument, ve kterém lidé najdou (s přiměřeně vynaloženým úsilím a časem) to, co potřebují, porozumí mu a na základě tohoto dokumentu mohou přiměřeně jednat²⁴.

Duševní zdraví

- zahrnuje naši emoční, psychologickou a sociální pohodu. Duševní zdraví ovlivňuje to, jak myslíme, cítíme, jednáme, zvládáme stres, jaké zaujímáme postoje k ostatním a jak se rozhodujeme. Z tohoto důvodu je duševní zdraví důležité v každé fázi života²³. Duševní zdraví je předpokladem fyzického zdraví, podstatnou součástí osobní pohody (well-being) a kvality života. Duševní stav je určován řadou faktorů:

- biologických (genetické předpoklady, pohlaví, věk, stav fyzického zdraví)
- individuálních (osobnost, osobnostní zkušenosti, vzdělání, dovednosti pro úspěšnost, vztah člověka ke světu)
- rodinných (kvalita rodinného prostředí)
- environmentálních (společenské postavení, životní podmínky, materiální zajištění, uspokojivé sociální prostředí).

Vhodným způsobem života a speciálními preventivními metodami (např. relaxačními technikami) je možné do značné míry ovlivnit nejčastější duševní poruchy - strach, úzkost, fobie, smutek a deprese⁸.

Jasný jazyk

- jedná se o srozumitelný, jasný jazyk pro snazší pochopení písemných a ústních informací. Jde o jeden z klíčových nástrojů pro zlepšení zdravotní gramotnosti. Jazyk, který je srozumitelný jedné skupině lidí, nemusí být jasný ostatním skupinám. Z tohoto důvodu je důležité znát jednotlivé cílové skupiny²⁴.

Kulturní a jazyková kompetence

- označení způsobilosti člověka orientovat se v kultuře své společnosti i schopnost a dovednost produkovat věty podle pravidel logiky a gramatiky. Kultura ovlivňuje, jakým způsobem lidé komunikují, chápou a reagují na zdravotnické informace²⁴.

Nemoc

- lze definovat jako odchylku od zdraví. Jde o stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho či více orgánů. Nelze léčit jen nemoc samotnou, ale musíme léčit celého člověka. Nemoc neboli choroba či onemocnění je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením těchto buněk, tkání a orgánů²⁵.

Ochrana veřejného zdraví

- je souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních i pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním. Ohrožením veřejného zdraví je stav, při kterém je obyvatelstvo (skupiny obyvatelstva) vystaveno nebezpečí, z něhož míra zátěže rizikovými faktory přírodních, životních nebo pracovních podmínek překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví¹⁷.

Podpora zdraví

- jedná se o souhrn činností pomáhajících fyzickým osobám posilovat, zachovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad faktory ovlivňujícími zdraví

(determinanty zdraví). Zahrnuje činnosti k zajištění příznivých sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj individuálního i veřejného zdraví, zdravotního stavu a zdravého životního stylu¹⁷. Principiálně jde o zvyšování úrovně zdraví jak ze subjektivního, tak z objektivního hlediska. Podpora zdraví významně přispívá k rozvoji zdravotní gramotnosti, a naopak zdravotní gramotnost je jedním z faktorů, které podporu zdraví posilují¹².

Podpora zdraví je definována jako proces usnadňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav²⁸.

Prevence

- je souhrn činností, které mají za cíl zabránit vzniku nemoci nebo včas zachytit její začátek a zpomalit tak rozvoj choroby nebo minimalizovat důsledky nemocí či poruch zdraví. Rozeznáváme prevenci primární, sekundární a terciární¹².

Cílem primární prevence je vytvořit podmínky k zabránění vzniku poruchy zdraví (edukační činnosti pro veřejnost, výchova ke zdravému životnímu stylu, očkování proti infekčním onemocněním atd.). Smyslem sekundární prevence je dosáhnout toho, aby porucha zdraví měla co nejmírnější průběh a člověk opět nabyl relativně dobrého zdraví (včasný záchyt onemocnění – preventivní prohlídky, screeningové programy). Terciární prevence má zabránit recidivě poruchy zdraví nebo sociální degradaci v důsledku poruchy zdraví, redukuje počet a důsledek komplikací u dlouhodobých nemocí a poruch zdraví. Cílem je omezení progresu onemocnění, zabránění opakování klinických příhod a zabránění vzniku postižení nebo ztráty soběstačnosti (léčba a rehabilitace), snaha o reintegraci a udržení kvality života¹².

Prostý jazyk

- jde o komunikaci, kterou uživatelé pochopí již při prvním čtení nebo slyšení. Mezi klíčové prvky prostého jazyka patří používání jednoduchého jazyka a definování technických (odborných) termínů. Sdělované informace by měly být uspořádány tak, aby nejdůležitější body byly na prvním místě a komplexní informace byly děleny na menší srozumitelné části²⁴.

Výchova ke zdraví

- zahrnuje činnosti, které zvyšují zdravotní povědomí jedince i společnosti, rozšiřují znalosti o zdraví, učí zdravému životnímu stylu a odpovědnosti za své zdraví. Výchova ke zdraví zahrnuje činnosti, jejichž cílem je poskytnout lidem přístupným způsobem dostatek informací o možnostech a způsobech předcházení nemocem, zlepšení znalostí, motivace, ovlivnění postojů a vedení jedinců k aktivnímu zájmu o své zdraví a konečně ke změně chování vedoucímu k posílení zdraví³.

Zdraví

- je stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha a ne pouze absence nemoci nebo slabosti. - „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“²⁹.

Tato definice nebyla od roku 1948 změněna, ale je upřesňována a doplňována. V programu WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 (Health for All, HFA) z roku 1977 se objevila doplňující charakteristika zdraví jako schopnosti vést sociálně a ekonomicky

produktivní život. V programu WHO Zdraví pro všechny v 21. století (HFA 21, Zdraví 21) z roku 1999 se vymezuje zdraví jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pociťované úrovně zdraví“. Dokument též mluví o zdravotním potenciálu jako o nejvyšším stupni zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout. Potenciál zdraví každého člověka je určován možností starat se o sebe a o druhé, jeho schopností samostatně se rozhodovat a uchovat si kontrolu nad svým životem. Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit⁸.

Zdravotní gramotnost

- definice WHO z roku 1998 “Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví”^{18,19,29}. Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí mající vztah ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace a přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti⁶.

Životní styl

- ovlivňuje naše fyzické a duševní zdraví. Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se tedy rozhodnout pro zdravé alternativy a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situací (možností)¹⁵. Mezi principy správného (zdravého) životního stylu patří: nekouřit, omezit konzumaci alkoholu, nezanedbávat pohybovou aktivitu, zajistit dostatek spánku, využívat po stránce kvalitativní i kvantitativní zásady racionální výživy, udržovat si optimismus a dobrou náladu (být v pohodě), vyvarovat se působení škodlivých, rizikových faktorů a další²⁵.

6. ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST – ZÁKLADNÍ ČLENĚNÍ, OBSAH

Definice WHO z roku 1998 “Zdravotní gramotnost znamená kognitivní a sociální dovednosti, které určují motivaci a schopnost jedinců získávat přístup ke zdravotním informacím, rozumět jim a využívat je způsobem, který rozvíjí a udržuje zdraví”^{18,19,28}.

Zdravotní gramotnost je schopnost přijímat správná rozhodnutí vztahující se ke zdraví v kontextu každodenního života – doma, ve společnosti, na pracovišti, ve zdravotnických zařízeních, v obchodě i politice. Je to důležitá metoda zvyšující vliv lidí na své vlastní zdraví a posilující jejich schopnost získávat a využívat informace i přijímat a nést svůj osobní díl odpovědnosti⁶.

Zdravotní gramotnost zahrnuje znalosti, schopnosti, dovednosti a motivaci získat přístup ke zdravotním informacím, včetně jejich porozumění, hodnocení a posouzení. Posuzování a uplatňování správných rozhodnutí v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví vede během života k udržení a podpory kvality života. Zdravotní gramotnost je míra,

do jaké je jednotlivec schopen získat, zpracovat a porozumět základním zdravotním informacím a službám potřebným k přijetí příslušných zdravotních rozhodnutí. Zdravotní gramotnosti je ovlivňována osobními a společenskými faktory a má vliv na využívání zdravotnických služeb, zdravotní chování, udržování zdraví a kvalitu života⁵.

Zdravotní gramotnost je úzce spjata s gramotností⁶. Gramotnost je definována jako schopnost číst, psát, mluvit srozumitelným jazykem, porozumět mu a řešit problémy s dostatečnou zdatností, na úrovních nezbytných pro fungování ve společnosti, pro dosažení cílů a pro rozvoj znalostí a individuálního potenciálu. Pojem zdravotní gramotnost je založen na tomto pojetí gramotnosti a obecně se odkazuje na gramotnost v kontextu zdraví a zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že základní dovednosti v oblasti gramotnosti jsou nezbytné i pro zdravotní gramotnost, je rozumné předpokládat, že jedinci s omezenou gramotností mají také omezenou zdravotní gramotnost⁷.

Dle Kučery zdravotní gramotnost obsahuje znalosti lidí, jejich motivaci a kompetenci získat, porozumět, vyhodnotit a aplikovat zdravotně relevantní informace tak, aby byli v každodenním životě schopni posoudit a rozhodovat se pokud jde o zdravotní péči, prevenci nemocí a podporu zdraví v zájmu udržení či zlepšení kvality života v průběhu životního cyklu¹¹. Zdravotní gramotnost závisí na individuálních a společenských faktorech (komunikační dovednosti laiků a profesionálů, laická a odborná znalost zdravotních témat, kultura, dostupnost a systém zdravotní péče a veřejného zdraví a další) a ovlivňuje schopnost lidí orientovat se ve zdravotnickém systému, vyhledávat poskytovatele zdravotních služeb, sdílet osobní informace se zdravotníky – rodinnou anamnézu, zapojit se do péče o sebe, řídit chronická onemocnění a porozumět matematickým konceptům, jako je pravděpodobnost a riziko²⁴.

Očekává se, že lidé v moderní společnosti se budou aktivně zabývat řízením svého zdraví a přijímat širokou škálu zdravotních rozhodnutí. Správná rozhodnutí v oblasti zdraví vyžadují srozumitelné informace o zdraví, které jsou dostupné a přiměřené potřebám a kulturnímu i sociálnímu zázemí jednotlivců. Přestože jsou zdravotničtí odborníci historicky primárními zdroji zdravotnických a lékařských informací, tak nárůst mediálních zpráv a rychlý rozvoj internetu zpřístupnil široké veřejnosti další zdroje. Schopnosti orientovat se v takovém množství informací, výběr validních informací, jejich porozumění a správné využití může mít významný dopad na zdravotní chování a zdravotní výsledky⁷.

Zdravotní gramotnost lze dělit na tři základní typy. Jde o myšlenkové konstrukce – modely, s jejichž pomocí si lze snadněji uvědomit hlavní složky zdravotní gramotnosti, jednotlivé hladiny úrovně zdravotní gramotnosti, některé dynamické vazby i možnosti měření a hodnocení. Nejčastěji prezentovaný model zdravotní gramotnosti je Nutbeamův model z roku 2000, který představuje tři úrovně zdravotní gramotnosti funkční, interaktivní a kritická zdravotní gramotnost.

- Funkční zdravotní gramotnost je výsledkem tradiční zdravotní výchovy spočívající v poskytování informací o zdravotních rizicích a o tom, jak se orientovat ve zdravotnickém systému. Hlavním cílem je rozšíření a prohloubení znalostí lidí v oblasti zdravotních rizikových faktorů a vést je k ochotě přijímat předepsaná opatření. Typickými nástroji zdravotnických pracovníků jsou informační letáky, brožurky, zdravotní výchova pacientů a další.
- Interaktivní zdravotní gramotnost se zaměřuje na rozvoj schopnosti občanů jednat samostatně, na posílení jejich odpovědnosti a motivace ve snaze přispět ke zlepšení

zdraví při respektování pokynů. Zdravotničtí pracovníci zde působí jako konzultanti poukazující na možnost volby a na očekávané přínosy i rizika jednotlivých aktivit (zdravotně výchovné programy orientované na určité problémy některých populačních skupin, např. svépomocné skupiny pacientů).

- Kritická zdravotní gramotnost se zaměřuje na rozvoj schopností, které se týkají jak individuálního chování, tak sociálně a politicky orientovaných činností, které se podílejí na vytváření zdravotně příznivého sociálního prostředí. Obsahem zdravotní výchovy je zde poskytování informací a rozvíjení komunikace o zdraví, rozvíjení schopnosti navrhnout i posoudit realizovatelnost opatření, která by měla mít vliv na sociální, ekonomické a další determinanty zdraví a životního prostředí⁶. Pro názornost je uvedena následující Tabulka 1.

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

Šetření zdravotní gramotnosti v ČR 11.2.2015

Tabulka 1. Model zdravotní gramotnosti¹¹

Zdravotní gramotnost je dělena na tři oblasti:

1. Oblast zdravotní péče zahrnuje nejen dostupnost zdravotní péče, úroveň zdravotní péče, získávání zdravotnických informací a jejich porozumění, ale zejména znalost laické péče, profesionální zdravotní péči, ošetrovatelskou péči a neodkladnou první pomoc. Zdravotně gramotný člověk by měl umět pomoci sobě i okolí při běžných potížích, poranění a nemocech. Měl by zvládat laickou první pomoc, zvládat postup při komunikaci se zdravotníky a umět rozpoznat, kdy je již potřeba využít profesionální zdravotní péči. Mezi potřebné znalosti patří rozpoznání zhoršení stavu a varovných signálů či příznaků různých vážnějších onemocnění
2. Oblast prevence nemocí obsahuje znalosti možností prevence nemocí, preventivních prohlídek, očkování a screeningových programů. V této oblasti hraje svou roli i dědičnost (temperament, povaha). Každý jedinec by měl znát svou rodinnou anamnézu (nemoci v rodině (kardiovaskulární onemocnění, obezita, rakovina, ekzémy...)) a umět ji interpretovat lékaři.

3. Oblast podpory zdraví zahrnuje životní styl (způsob života) a prostředí, ve kterém žijeme, včetně faktorů působících na člověka (fyzikální, chemické, biologické a socioekonomické).

Mezi složky životního stylu patří výživa (kojení, zdravé potraviny, potravinová pyramida), pohybová aktivita, základní hygiena, denní režim (dostatek odpočinku, rozvrh denních činností), pracovní / školní zátěž, duševní hygiena a zvládání stresu, pozitivní vnímání sama sebe, pozitivní myšlení, zdravé vztahy, škodlivé návyky a závislosti, sexuální chování a také prevence úrazů, prevence infekčních a neinfekčních chorob.

Za prostředí lze považovat nejen to, kde žijeme, ale vše, co nás obklopuje (vnější přírodní vlivy, pracovní a socioekonomické podmínky). K vnějšímu prostředí člověka patří pokožka, oděv, osobní prostor, domácnost, instituce, stát, planeta – atmosféra a vesmír¹. V prostředí působí na člověka různé faktory fyzikální, chemické, biologické a socioekonomické.

Mezi fyzikální a chemické vlivy řadíme stav ovzduší, kvalitu vody, sluneční záření, magnetická/elektromagnetická pole, ionizující záření, klimatické podmínky vnější i vnitřní (stav budovy, větrání, zima, horko, plísňe, vlhko, mikroklima, ...), kontaminaci interiéru (kouření, oxid uhličitý, formaldehyd, ...), světlo a osvětlení (oslnění, málo), hluk a vibrace, uspořádání v bytu (riziko úrazů, bariery, uspořádání interiéru), podmínky v zaměstnání (seřazení strojů, pracovní polohy, stav budov, ...).

Biologické vlivy jsou například alergeny, mikroorganismy, parazité a jiné.

Mezi socioekonomické vlivy patří stav společnosti (chudoba, válka, politická nestabilita, kriminalita, ...), stav měst (přelidněnost, samota, čistota, dostupnost služeb, ...), sociální status (bohatství, postavení, ...), systém a úroveň vzdělání, rodinné prostředí (výchova), sociální podpora, opora v okolí, sociální vyloučení, doprava, typ zaměstnání, nezaměstnanost, kultura a její dostupnost, stresory (ohrožující situace) a další¹.

7. RIZIKA SNÍŽENÉ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Nízká zdravotní gramotnost může vést ke zvýšení zdravotních rizik, ekonomickým ztrátám nebo způsobovat rozdíly v úrovni zdravotního stavu mezi sociálními skupinami. Omezená zdravotní gramotnost významně ovlivňuje zdraví, může dále prohloubit existující nerovnosti a je spojena s vysokými náklady zdravotnického systému¹¹.

Výsledky výzkumu z roku 2017, u 302 dětí a dospívajících ve věku 12 až 18 let, ukázaly nedostatečnou zdravotní gramotnost v 11,3 %, problematickou zdravotní gramotnost v 41,3 % a adekvátní zdravotní gramotnost u 47,3 % dětí a dospívajících¹⁴. Vzhledem ke složitosti systému zdravotní péče není překvapivé, že omezená zdravotní gramotnost je spojena se špatným zdravotním stavem.

U osob s omezenými dovednostmi v oblasti zdravotní gramotnosti je větší pravděpodobnost, že poruší důležitá preventivní opatření, jako jsou screeningová mamografická vyšetření, preventivní prohlídky atd. Tito pacienti vstupují do systému zdravotní péče, až když jsou nemocní. U osob s omezenými schopnostmi v oblasti zdravotní gramotnosti je větší pravděpodobnost, že svůj chronický stav nebudou schopny účinně řídit, mají méně znalostí o své nemoci a jejím řízení. Omezené dovednosti v oblasti ZG jsou spojeny se zvýšeným

počtem návštěv lékaře, zvýšeným počtem hospitalizací a využíváním pohotovostních služeb. Osoby s omezenými dovednostmi v oblasti ZG považují své zdraví za chabé ve větším počtu než osoby s adekvátními znalostmi a také ve větší míře čerpají zdroje určené na léčbu komplikací nemoci (spolu s vyšším využíváním pohotovostní služby a hospitalizace), tím se zvyšují náklady na zdravotní péči.

Nízká zdravotní gramotnost může mít negativní psychologické účinky. Jedinec může záměrně skrývat nižší úroveň jakékoliv dovednosti v oblasti gramotnosti (obtíže se čtením nebo slovní zásobou) z důvodu pocitu studu a udržení si své důstojnosti²⁴.

8. HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI (DOTAZNÍK HLS-EU)

Studium zdravotní gramotnosti obyvatelstva má svou tradici v USA. Střední Evropa přistupovala ke zdravotní gramotnosti jako k jedné z forem kulturního kapitálu a zaměřovala se spíše na jednotlivé ohrožené skupiny⁹.

V roce 2015 byly zveřejněny nepříznivé výsledky Evropského průzkumu zdravotní gramotnosti, který byl nazván Health Literacy Survey EU (HLS-EU). Ze zúčastněných zemí se na prvním místě umístilo Nizozemsko. Země střední Evropy se umístily na místech nižších – Německo na čtvrtém místě a Rakousko na předposledním sedmém místě. Česká republika při prvním průzkumu v roce 2016 dosáhla velmi podobných výsledků jako Rakousko. Na základě těchto zjištění vyvstala potřeba situaci řešit.

V současnosti panuje shoda, že včasná podpora zdravotní gramotnosti může být základem pro zlepšení zdravotního stavu a pro pozitivní ovlivnění zdraví v průběhu života. O úrovni zdravotní gramotnosti u dětí máme jen velmi malé povědomí. Nedostatek důkazů o zdravotní gramotnosti dětí přímo souvisí s nedostatkem měřicích nástrojů, což lze obecně pozorovat v populaci mladších dětí. Rozhovory, fokusní skupiny nebo terénní výzkumy by mohly významně přispět k porozumění zdravotní gramotnosti dětí. Již od útlého věku jsou děti konfrontovány s nepřeberným množstvím zdravotních informací. Tyto informace mohou být sdělovány jejich rodiči (zdravá výživa, fyzická aktivita, prevence nemocí, zdravotní rizika), ve škole, různými médii nebo jsou diskutovány s přáteli a kolegy. Předávané informace však nemusí být validní, neboť existují důkazy, že obrovský podíl dospělé populace má potíže s porozuměním nebo účinným využitím informací souvisejících se zdravím²³.

Neexistuje téměř žádný výzkum, který by odpověděl na následující otázky:

- Jak je pro děti obtížný přístup ke zdravotním informacím?
- Dokážou děti pochopit, co se o zdraví dozvěděly?
- Do jaké míry děti kriticky hodnotí informace týkající se zdraví?
- Jaké mají děti možnosti aplikovat zdravotní informace ve svém každodenním životě?

Odpovědi na tyto otázky mohou poskytnout informace pro vytvoření vhodných nástrojů na měření zdravotní gramotnosti u dětí. Okan a Bollweg v roce 2018 vyvinuli variantu Evropského dotazníku o průzkumu zdravotní gramotnosti (HLS-EU-Q) pro děti ve věku 9 až 10

let. U 907 dětí bylo testováno hodnocení subjektivní zdravotní gramotnosti na 26 položkách s ohledem na zdravotní péči, prevence nemocí a podporu zdraví. V současnosti probíhá psychometrická analýza.

Do procesu vývoje nyní dostupných měřicích nástrojů, které lze použít k hodnocení různých složek zdravotní gramotnosti dětí byly jen zřídka samotné děti zapojeny. Z tohoto důvodu zůstává sporné, do jaké míry dostupné nástroje přiměřeně zachycují aspekty, které charakterizují zdravotní gramotnost dětí. Je nutný další výzkum se zvláštním zaměřením na participativní a kvalitativní přístupy²⁰.

Nástroje pro měření a monitorování zdravotní gramotnosti pochází z různých zemí a často nejsou přeloženy do jazyků jiných států. Podmínkou pro možnost zavedení mezinárodně srovnatelných a spolehlivých nástrojů na měření zdravotní gramotnosti mezi populacemi je nutné odstranit či omezit jazykové bariéry tak, jak se již stalo u evropského dotazníku HLS-EU-Q, který byl přeložen z angličtiny do jazyka dalších šesti zemí¹³.

Existují tři verze Dotazníku HLS-EU (47 Items, 16 Items, 6 Items). Pro stanovení odpovědí bylo použito Likertovo škálování. Likertovo škálování je metodou, která je používána pro určení míry stupně souhlasu či nesouhlasu s tvrzením, se kterým jsou respondenti konfrontováni. Likertova škála byla vyvinuta roku 1932 a představuje jednu z nejspolehlivějších technik měření postojů. Škála by měla být polarizována od nesouhlasu po souhlas (tedy nikoliv jednostranně), a sice s lichým počtem stupňů²².

Dotazník HLS-EU-Q má 47 položek, trvá 20 až 30 minut, hodnotí na základě čtyř základních schopností a tří oblastí souvisejících se zdravím. Dotazník HLS-EU-Q zachycuje širokou perspektivu veřejného zdraví¹³. Na škále „velmi snadné“ - „docela snadné“ - „docela těžké“ - „velmi těžké“ a „nevím“ je hodnoceno: „Jak těžké je: ...“ (+ otázka z dotazníku). Odpověď „nevím“ není podporována a je tazatelem zadávána pouze v případě, že dotazovaný neodpovídá nebo spontánně odpoví „nevím“. Tato odpověď je kódována jako chybějící hodnota. U dotazníku HLS-EU-Q47 byly stanoveny čtyři úrovně HL skóre: neadekvátní HL, problematická HL, dostatečná HL, vynikající HL.

U dotazníků HLS-EU-Q16 byly definovány pouze tři úrovně: (pravděpodobně) nedostatečná HL (0-8), (pravděpodobně) problematická HL (9-12) a (pravděpodobně) dostatečná HL (13-16).

HL skóre se vypočítá prostým součtem odpovědí ohodnocených číslem 1. Ohodnocení číslem 1 se přiřazuje odpovědi „velmi snadné“ a „docela snadné“. Odpovědi „docela těžké, velmi těžké a nevím (spontánně)“ se ohodnocují číslem 0. Hodnotit lze za předpokladu, že v dotazníku chybí pouze dvě nebo méně odpovědí. Výše hodnoty HL skóre se pohybuje v rozmezí minimálně nula až maximálně šestnáct²¹.

Otázky pro dotazník HLS-EU-Q6 byly vybrány z položek Q16 na základě vyšší obtížnosti a domény HL. Každá oblast ZG je reprezentována 2 položkami. Oblast zdravotní péče je reprezentována otázkou 1., 2., oblast prevence nemocí otázkou 3., 4. a oblast podpory zdraví otázkou 5., 6.

V Pelikanově verzi dotazníku²¹ z roku 2014 byly kategorie na škále obráceny od „velmi těžké = 1“ až po „velmi snadné = 4“ (lepší HL získává vyšší skóre). Skóre bylo vypočítáno, pokud se odpovědělo alespoň na pět ze šesti položek. Odpověď „nevím“ (sloupec 5) se hodnotila

jako chybějící odpověď. Výpočet se prováděl součtem čísel odpovědí děleno počet odpovědí (5 nebo 6).

Byly definovány tři úrovně stupnice: (pravděpodobně) nedostatečná HL (1-2), (pravděpodobně) problematická HL (2-3) a (pravděpodobně) dostatečná HL (3-4).

V případě použití škály od „velmi snadné = 1“ až „velmi těžké = 4“, je ve škálování postupováno stejně jako u dotazníku HLS-EU-Q16. Pro hodnocení je nutné alespoň 5 odpovědí (v prvních čtyřech sloupcích) z šesti otázek. Odpověď „nevím“ (sloupec 5) je hodnocena jako chybějící odpověď.

Výsledné skóre je prostý součet čísel 1. Ohodnocení číslem 1 se přiřazuje odpovědi „velmi snadné a docela snadné“. Odpovědi „docela těžké, velmi těžké a „nevím (spontánně)“ jsou ohodnoceny číslem 0.

Také u této verze dotazníku jsou definovány tři úrovně HL skóre:

- (pravděpodobně) nedostatečná (0-2)
- (pravděpodobně) problematická (3-4)
- (pravděpodobně) dostačující (5-6)

Z důvodu rozdílných výpočtů HL skóre u škály s obrácenými kategoriemi a výpočtů HL skóre a u škály s neobrácenými kategoriemi bylo přistoupeno ke srovnání výsledného skóre úrovně zdravotní gramotnosti. V obou případech byla výsledná úroveň zdravotní gramotnosti shodná.

Dle doporučení J. Pelikana lze dotazník HLS-EU-Q47 používat, když je zdravotní gramotnost hlavním cílem studie a chceme se podívat na sub-dimenze zdravotní gramotnosti.

Dotazník HLS-EU-Q16 lze použít v případě potřeby ekonomičtější varianty měření HL a není důležité dívat se na sub-dimenze HL.

Dotazník HLS-EU-Q6 je velmi ekonomická, časově nenáročná varianta měření HL. Tuto variantu dotazníku lze používat tam, kde je zdravotní gramotnost jen jedním z faktorů sledování, kromě mnoha jiných²¹.

Pro lepší přehled je uvedena tabulka porovnání výhod i nevýhod použití jednotlivých variant dotazníků (Tabulka 2).

Comparison HLS-EU-Q 47, Q16, Q6

	HLS-EU -Q47	HLS-EU-Q16	HLS-EU-Q6
No. of items	47	Reduction to 16 out of 47 > loss of info, and of representativeness of theoretical scope > loss of reliability	Reduction to 6 out of 16 > strong loss of info, and of representativeness of theoretical scope,
Economy	long > time consuming (about 10)	short > less time (3 min)	very short > (1 minute)
Type	Index, up to 19 Sub-Indices following the theoretical concept	1 Rasch scale, but some description of 3 domains possible by single items 4??	1 scale consisting of 3 highly correlated sub-dimensions.
Scope & representation of concept	full	limited	very limited
Use of number of categories of single items	4	Dichotomized to 2 > Loss of information	4
Distribution of indices, scale*	bell-shaped; 1,2% reach maximum	strong negative skew (21,4% reach maximum=mode, mean=12,5)	bell-shaped, light negative skew 4,7% reach maximum
Difficulty*	high	low	medium/high
Correlation with full instrument*		0,822	0,896
Reliability*	high	Cronbach alpha not computable	Alpha=0,803
Levels	4	3	3
Dimensionality	multi	one	1 main 3 sub (sub dimensions not evaluated due to high correlations with main index)
Power for associations	high	somewhat limited	somewhat limited
Recommendation	For fully HL focused surveys	For partly HL focused surveys or for giving space for additional context specific items (e.g. GKM, AOK); vulnerable Populations	Good compact HL measure in studies with other focus

* Computations based on HLS-EU total sample

Tabulka 2. Komparace variant uvedených dotazníků²¹

Pro měření zdravotní gramotnosti u dětí je důležitá znalost rozvojových aspektů dítěte. Tato znalost nám napomáhá lépe pochopit, jak se individuální zdravotní gramotnost vyvíjí během fází raného života a jak obecné vývojové procesy a změny interagují a ovlivňují zdravotní gramotnost dítěte či dospívajícího. V roce 2009 byla uvedena tabulka úrovní zdravotní gramotnosti podle věkových skupin (děti 4, 10, 14 a 18 let)²⁰. (Tabulka 3)

	Prose/ document literacy skills	Verbal/expression skills (oral literacy)	Numeracy skills	Systems- navigation skills
By age 4, a child should be able to...	N/A	Communicate with an adult, caregiver or health provider about health behaviours (eg, tooth brushing, physical activity)	Recognise the relative value of health choices (eg, food portion sizes)	N/A
By age 10, a child should be able to...	Understand the content of a child-oriented handout about bike helmet use	Describe ways to prevent common childhood injuries and health problems	Identify the characteristics of healthy versus non-healthy foods on the basis of sugar or fat content in nutrition labels	Describe how the media can influence health behaviours
By age 14, a child should be able to...	Develop a written plan to attain a personal health goal that addresses personal strengths, needs and risks	Demonstrate refusal, negotiation and collaboration skills to enhance peer and family influence on health behaviours	Analyse personal susceptibility to injury, illness or death if engaging in unhealthy behaviours	Evaluate the validity of health information, products and services and access valid health information and counselling services
By age 18, a child should be able to...	Complete a document with a child's medical history and health needs and read and understand the patient's bill of rights	Identify a child or family's health behaviours and establish personal health goals for a family or child	Understand and use simple forms of medication and understand results of child health screening tests (eg, newborn screening results, growth chart)	Complete the enrolment process for child health insurance and obtain school-based health services

Source: Sanders et al (2009)

Tabulka 3. Příklady úrovní zdravotní gramotnosti podle věkových skupin²⁰

Ve věku 4 let by dítě mělo být schopno komunikovat s dospělým o zdravém chování (např. čištění zubů, fyzická aktivita), mělo by umět zvolit to, co je zdravější (např. velikost porce jídla).

Ve věku 10 let by dítě mělo být schopno porozumět a vyhodnotit zdravotně relevantní informace zaměřené na ochranu a bezpečnost (použití cyklistické přilby), popsat způsoby zabránění běžným dětským zraněním a zdravotním problémům, identifikovat vlastnosti zdravých a nezdravých potravin (obsah cukru nebo tuku na nutričním štítku) a popsat, jak média mohou ovlivnit zdravé chování.

Ve věku 14 let by dítě mělo být schopno porozumět informacím o rizikových faktorech a pochopit jejich smysl, vypracovat písemný plán k dosažení zdraví, umět stanovit osobní silné

stránky, potřeby a rizika. Dítě tohoto věku by mělo prokázat dovednosti v oblasti podpory zdraví, mělo by umět posoudit důsledky nezdravého chování, umět vyhodnotit relevantnost zdravotních informací a služeb a mělo by být schopno získat přístup k relevantním zdravotním informacím a poradenským službám.

Ve věku 18 let by měl být dospívající schopen interpretovat a vyhodnotit medicínské, zdravotně relevantní informace i informace o rizikových faktorech, porozumět dokumentům a informacím o právech pacientů, identifikovat zdravotní chování a stanovit si osobní zdravotní cíle. Dospívající by měl porozumět medicínským informacím (užívání léků), porozumět informacím v příbalovém letáku, preventivním opatřením, výsledkům z vyšetření (graf růstu) a orientovat se v systému zdravotní péče (pojištění, volba poskytovatele).

V kontextu s výše uvedeným např. Gossen a Nürnberger v roce 2013 tvrdí, že děti získávají počítačové dovednosti stále v mladším věku, takže v současné době není „věk“ velmi dobrým ukazatelem dětských schopností²⁰.

9. KOMPETENCE

Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve všech vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Vzhledem k nízkoprahové dostupnosti a preventivnímu zaměření má primární péče nejvyšší potenciál k příznivému ovlivnění zdravotního stavu celé populace².

- **Lékař pro děti a dorost / registrující ambulantní pediatr**

Lékař primární péče má výchovnou roli, směřující k odpovědnosti pacienta za své zdraví a jeho podílu na zvyšování zdravotní gramotnosti, účastní se na zdravotní výchově, na zvyšování zdravotní gramotnosti obyvatelstva a spolupracuje s orgány místní správy, službami sociální péče a účastní se na realizaci protiepidemických a hygienických opatření².

Nové modely péče vyžadují, aby zdravotní sestry převzaly část činností, dosud vykonávaných lékařem, jako jsou: edukace pacientů, ošetřování pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí, fyzikální vyšetření u pracovních-lékařské prohlídky, vyšetření pacientů pro sociální potřeby, pro které je nutné zavést příslušné výkony².

- **Dětská sestra**
- **Všeobecná sestra pracující v ordinaci dětského lékaře**

Sestry by se měly stát hybnou silou změn nejen v klinickém ošetřovatelství, ale především v prevenci. Zvyšování zdravotní gramotnosti by mělo být součástí sesterské profese. Sestry tráví s pacienty výrazně více času než jiní zdravotničtí pracovníci a tím jsou přímo zodpovědné za poskytování ucelených informací o zdravotní problematice. Sestry pracující v primární péči jsou považovány za odborníky, kteří mohou navázat důvěrnější a trvalejší vztah s pacientem, a to je výhodou pro snazší předávání relevantních informací, nezbytných pro rozhodování o vlastním zdraví¹⁰.

Kompetence dětské sestry či všeobecné sestry pracující v ordinaci dětského lékaře:

- navazování efektivní komunikace s pacientem k dosažení fungujícího vztahu sestra - pacient
- pomoc v účinnějším pochopení poskytnutých informací z oblasti zdravotní péče (prostředník mezi lékařem a pacientem)
- mapování zdravotní gramotnosti pacientů
- dodržování metod, postupů hodnocení při sledování zdravotní gramotnosti
- evidování výsledků sledování zdravotní gramotnosti – podklad pro další intervenci či edukaci
- komunikace s pacientem jasným a cílevědomým způsobem, který je v souladu s jeho individuálními informačními potřebami
- posuzování zdravotní gramotnosti co nejpřesněji – předcházet nedorozumění či neefektivní komunikaci (nahodnocení a přecenění zdravotní gramotnosti)
- přizpůsobení edukační strategie konkrétnímu pacientovi – (pro jedince s nízkou zdravotní gramotností bývá obtížné, mnohdy až nereálné, dodržovat jakákoliv preventivní či režimová opatření)¹⁰
- aplikování kulturní a jazykové kompetentnosti - schopnost rozpoznat postoje, tradice, jazykové preference a zdravotní praktiky různých populací a aplikovat tyto znalosti k vytvoření pozitivního výsledku v oblasti zdraví
- komunikace srozumitelným jazykem a kulturně vhodným způsobem - zdravotničtí pracovníci mají svou vlastní kulturu a jazyk. Mnoho z nich přijalo „kulturu medicíny“ a jazyk své specializace a svého pracovního prostředí, to může ovlivnit, jak zdravotničtí pracovníci komunikují s veřejností²⁴
- identifikace specifických dovedností potřebných pro podporu zdravotní gramotnosti
- používání krátkých dokumentů, které zvýrazňují nejdůležitější informace, pokyny a vizuální podněty
- poskytování zdravotních informací a doporučení z oblasti přístupu ke zdravotnickým informacím, služeb a podpory zdraví
- spolupracování na zlepšování strategií v oblasti zdraví
- spoluvytváření základních edukačních materiálů se zdravotní obsahem
- organizování vzdělávacích akcí související se zdravím a zdravotní gramotností
- prosazování zlepšení zdravotní gramotnosti²⁴
- zlepšování použitelnosti zdravotních informací
- vzdělávání se v problematice zdravotní gramotnosti

10. CÍLOVÁ POPULACE

Projekt je zaměřen na pacienty/klienty ordinací praktických lékařů pro děti a dorost a jejich rodiče. PLDD poskytují zdravotní péči pacientům od narození do devatenácti let. Dětství a dospívání jsou životní fáze, ve kterých probíhá hlavně fyzický, kognitivní a emoční vývoj. Utváří se i postoje ke zdraví a víře, které lze podpořit předáváním relevantních informací souvisejících se zdravím a aktivním zapojením dítěte do ochrany vlastního zdraví²⁰. Z důvodu potřeby tvorby podpůrných edukačních materiálů byla struktura pacientů rozdělena na čtyři kategorie:

- děti do tří let věku, kde budou edukační materiály směřovány spíše na rodiče a jejich děti
- děti předškolního věku, od tří do šesti resp. sedmi let
- děti školního věku, do patnácti let
- mladiství, klienti/pacienti od patnácti do devatenácti let

11. MATERIÁLY, POMŮCKY

- Metodický postup
 - opora pro zdravotnické pracovníky pracující v ordinaci praktických lékařů pro děti a dorost
- Zkrácená verze dotazníku HLS-EU-Q6
 - dotazník je určen pro osobní rozhovory včetně formuláře na záznam odpovědí pro rodiče a děti (Příloha 1.)
- Příklady a varianty otázek dotazníku HLS-EU-Q pro dotazování se dítěte předškolního a mladšího školního věku – hodnocení úrovně zdravotní gramotnosti kartami nebo jen osobním rozhovorem (Příloha 2.)
- Karty na dotazování (Příloha 3.)
 - 6 karet pro dotazování se dětí předškolního a případně nižšího školního věku (dotazník HLSQ-EU)
- Edukační materiály (Příloha 4.)
 - podpůrné edukační materiály pro jednotlivé kategorie pacientů
- Hodnotící formulář jednotlivých oblastí ZG
 - opora pro sestry v ordinaci PLDD, možnost zjištění problémové oblasti zdravotní gramotnosti (Příloha 5.)

12. METODY

K získávání informací se použije metoda dotazování. Dotazník je určen pro osobní rozhovory. Formou standardizovaného dotazníku, strukturovanými otázkami a vhodnou komunikací zdravotnického pracovníka s dotazovaným, získáme potřebné informace pro vyplnění odpovědí do záznamového archu. Zdravotnický pracovník čte otázky, případně varianty odpovědí tak, jak jsou formulovány, a zaznamenává reakce dotazovaného. Dotazovaný hodnotí na škále: „velmi snadné“ – „docela snadné“ – „docela těžké“ – „velmi těžké“ a „nevím (spontánně)“. Kategorie odpovědí "nevím" není podporována a je zadávána tazatelem pouze v případě, že dotazovaný neodpovídá nebo spontánně odpoví "nevím".

U dětí předškolního věku a mladšího školního věku je vhodnější použití odpovědních karet na jednotlivé otázky. U každé otázky se dítě rozhoduje výběrem jedné varianty obrázku.

Zdravotnický pracovník sleduje reakce dítěte a odpovědi zaznamenává do záznamového archu.

Opakované sledování zdravotní gramotnosti uvedené v tomto metodickém postupu nemá za cíl měřit zdravotní gramotnost z hlediska výzkumu, ale jde spíše o nástroj ke zjištění problematické oblasti zdravotní gramotnosti, potřeby edukace klienta / pacienta a je ukazatelem zvyšování jeho zdravotní gramotnosti v průběhu péče.

13. POSTUP

Sledování zdravotní gramotnosti by mělo začít ihned po převzetí pacienta do péče (registrace pacienta) nebo maximálně do jednoho roku věku dítěte. Zde se naskýtá příležitost k předání kompetencí dětským sestřám či všeobecným sestřám pracujícím v ordinacích PLDD. Sestra by měla provádět:

1. Vizuální zhodnocení klienta
2. Zjištění informací formou rozhovoru s rodičem, dítětem
3. Pravidelné sledování zdravotní gramotnosti pomocí dotazníku:
 - při přijetí dítěte do péče až max. do jednoho roku věku dítěte
 - ve třech letech
 - v šesti, resp. sedmi letech / nástup školní docházky
 - případně v jedenácti až dvanácti letech (starší školní věk)
 - v patnácti letech / ukončení školní docházky
 - v devatenácti letech/ ukončení péče PLDD
4. vyhodnocení výsledků zjištění
5. doporučení vhodných opatření
6. záznam výsledků zjištění a návrhu opatření do dokumentace

Ad. 1. Při příchodu klienta sestra provede vizuální zhodnocení. Všimá si celkového vzhledu, hodnotí hygienu, čistotu oděvu atd.

Ad. 2. Při rozhovoru se, vhodnou volbou otázek přizpůsobených věku, zajímá o jednotlivé oblasti životního stylu (výživu, pohyb, denní režim, dodržování základní hygieny atd.). Zajímá se o prostředí, ve kterém dítě žije (domácnost, socioekonomické faktory). Obeznámí se s rodinnou anamnézou dítěte, vysvětlí důležitost preventivních prohlídek, očkování, dodržování preventivních a léčebných opatření, získává přehled o znalostech klienta ve vyhledávání validních informací týkajících se zdraví či zdravotního stavu a jeho orientace ve zdravotním systému. Hodnocení jednotlivých oblastí ZG může sestra provádět na základě pomocného hodnotícího formuláře, ve kterém jsou uvedeny základní složky determinant zdraví, povědomí o prevenci a orientaci v oblasti zdravotní péče (jak probíhá denní hygiena, kolik spánku atd.). Toto hodnocení je fakultativní a vytvořený formulář byl vypracován jako opora pro sestry (Příloha 5.)

Ad. 3. V rámci pravidelného sledování zdravotní gramotnosti, většinou během preventivních prohlídek, se posuzuje zdravotní gramotnost formou standardizovaného dotazování - rozhovoru. Zdravotnický pracovník položí klientovi a jeho doprovodu otázky z formuláře a zaznamenává odpovědi.

- První hodnocení se provádí při přijetí dítěte do péče či maximálně do jednoho roku věku dítěte - postup dle věku dítěte. U dětí do tří let věku otázky zodpovídají pouze rodiče dítěte.
- Při druhém hodnocení ve třech letech se můžeme dotazovat jak rodiče dítěte, tak dítěte samotného. U dítěte se použijí obrázkové karty na dotazování. Od dítěte si necháme popsat obrázky a k získání odpovědi se použijí přeformulované otázky z formuláře – viz Kapitola 14.
U každé otázky se dítě rozhoduje výběrem jedné varianty obrázku. Zdravotnický pracovník sleduje reakce dítěte a odpovědi zaznamenává do záznamového archu.
- Tento postup volíme i při třetím hodnocení v šesti resp. v sedmi letech - nástup školní docházky a i zde se můžeme zároveň provést dotazování rodiče.
Volitelnou variantou je hodnocení zdravotní gramotnosti při přechodu z mladšího školního věku do staršího školního věku, jedenáct až dvanáct let. V tomto věku by již dotazování probíhalo bez dotazovacích karet, formou standardizovaného rozhovoru.
- V patnácti letech (ukončení školní docházky) probíhá dotazování formou standardizovaného rozhovoru a i zde se lze dotazovat rodiče dítěte.
- Poslední hodnocení se provede v osmnácti případně devatenácti letech, tedy při ukončení péče, formou standardizovaného rozhovoru.

Opakované sledování zdravotní gramotnosti uvedené v tomto metodickém postupu je nástrojem ke zjištění potřeby edukace klienta / pacienta a ukazatel zvyšování jeho zdravotní gramotnosti v průběhu péče.

Ad. 4. Na základě vizuálního hodnocení, hodnocení během rozhovoru a pravidelného sledování zdravotní gramotnosti se zjišťují oblasti, ve kterých klient nemá adekvátní znalosti, kde má určité nedostatky a kde by mohl vyvstat potencionální problém. Pravidelné sledování a hodnocení zdravotní gramotnosti nám umožňuje kontrolovat, zda se zdravotní gramotnost u klienta zvyšuje, a také efektivitu doporučených edukačních opatření za předpokladu jejich dodržování.

Ad. 5. Na základě výsledků vyhodnocení se klientovi doporučí informační zdroje, poskytnou edukační materiály a nabídne další pomoc zaměřenou na zjištěné neadekvátní znalosti v oblasti zdravotní gramotnosti.

Ad. 6. Veškerá zjištění a doporučení je vhodné zaznamenat do zdravotnické dokumentace pro následující zhodnocení efektivity poskytnutých opatření a kontrolu zvýšení zdravotní gramotnosti u klienta.

Implementace metrik nebo měřitelných cílů pomůže stanovit odpovědnost za aktivity související se zdravotní gramotností²⁴.

14. JAK POUŽÍVAT DOTAZNÍK / ZÁZNAMOVÝ ARCH

K dispozici jsou dvě varianty záznamového archu (standardizovaného dotazníku). Jedna varianta standardizovaného dotazníku je určena pouze pro rodiče (dospělé osoby) a druhá kombinovaná forma, je určena pro hodnocení odpovědí rodiče i dítěte. Pro přehlednost a průběžné sledování vývoje zdravotní gramotnosti u rodičů i dítěte je lépe používat kombinovanou variantu záznamového archu (Příloha 1). Výhodou kombinované formy dotazníku je to, že odpovědi rodiče i dítěte jsou uvedeny na jednom listu.

Dotazník zdravotní gramotnosti PLDD - pro rodiče a děti/klienty zahrnuje tři oblasti:

- Oblast zdravotní péče - otázka 1., 2.
- Oblast prevence nemocí - otázka 3., 4.
- Oblast podpory zdraví - otázka 5., 6.

Jedná se o standardizované otázky, kdy na škále od "velmi snadné" do "velmi těžké" rodič / dítě zhodnotí - **Jak těžké je:**

1. ... posoudit, kdy byste mohl/a potřebovat názor od jiného lékaře?
2. ... využít informace, které vám podává lékař k rozhodování, pokud jde o vaši nemoc?
3. ... získat informace o tom, jak zvládat psychické problémy, jako je stres nebo deprese?
4. ... posoudit, zda jsou informace o zdravotních rizicích v médiích hodnověrná?
(Instrukce: TV, internet nebo jiná média)
5. ... nalézt informace o aktivitách, které jsou dobré pro vaši duševní pohodu?
(Instrukce: meditace, cvičení, procházky, pilates apod.)
6. ... pochopit informaci, jak být zdravější z médií?
(Instrukce: internet, noviny, časopisy)

Do tří let věku dítěte odpovídají pouze rodiče. Zjištění zdravotní gramotnosti u rodičů při přijetí dítěte do péče či v průběhu prvního roku života dítěte a opakované sledování je důležité z hlediska toho, že dítě získává první informace a vzorce chování z rodiny (zdravá výživa, fyzická aktivita, prevence nemocí, zdravotní rizika). Z proběhlých výzkumů je známo, že obrovský podíl dospělé populace má potíže s porozuměním nebo účinným využitím informací souvisejících se zdravím²⁰. Dítě napodobuje nejen chování svých rodičů či okolí, ale také jejich návyky v oblasti zdravého životního stylu a postoje ke zdraví¹². Z tohoto důvodu je vhodné znát úroveň zdravotní gramotnosti rodičů a zaměřit se na jejich edukaci.

Po dovršení 3 let (počátek předškolního věku) – mohou odpovídat rodiče i děti. Na počátku předškolního a mladšího školního věku lze získat odpovědi pouze interaktivně, kombinací rozhovoru a pomocí vypracovaných obrázků / karet, kde si dítě volí jednu z variant. Lékař (tazatel) posuzuje, jak snadné nebo těžké, to pro dítě bylo. Příklady a varianty otázek při rozhovoru jsou uvedeny v příloze 2. Rozhodnutí o tom, zda se bude i nadále hodnotit zdravotní gramotnost u rodičů je ponecháno na každé ordinaci.

V rámci podrobnějšího sledování lze provést sledování na konci mladšího školního věku / počátek staršího školního věku (11 až 12 let), odpovídat mohou jak rodiče, tak děti. Toto sledování je volitelné. V tomto věkovém období je stále možné otázky v průběhu dotazování přizpůsobit či formulovat je tak, aby je dítě pochopilo.

Po dovršení 15 -ti let probíhá dotazovací rozhovor bez úprav. V případě potřeby lze dotazování uzpůsobit schopnostem dítěte. I zde mohou odpovídat rodiče.

Poslední sledování probíhá při ukončení péče u PLDD a předání do péče PLD (19 let).

Hodnotí se odpovědi (reakce) dotazovaného. V záznamovém archu se v příslušném věkovém období dítěte označí příslušná odpověď u každé otázky. Kombinovaný arch je rozdělen na oddíl pro záznam odpovědí rodiče a odpovědí dítěte.

Po provedeném záznamu se přistoupí k vyhodnocení – viz Kapitola 15.

Výsledek vyhodnocení, spolu s předchozím rozhovorem (anamnézou) může ukázat na problematické oblasti a pomoci v rozhodování kam cílit edukaci klienta.

15. JAK VYHODNOTIT ODPOVĚDI Z DOTAZNÍKU ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

Pro záznam hodnocení zdravotní gramotnosti se používá škála od „velmi snadné“ = 1 až „velmi obtížné“ = 4. Odpověď „nevím“ = 5.

Pro stanovení výsledného skóre zdravotní gramotnosti je nutno alespoň 5 odpovědí (ve sloupcích 1 až 4) z 6 -ti otázek. Odpověď „nevím“ (sloupec 5) je hodnocena jako chybějící odpověď.

Odpovědi „velmi snadné“ a „docela snadné“ (ve sloupci 1 a 2) ohodnotíte číslem 1. Ostatní odpovědi mají hodnotu 0. **Výsledné skóre je prostý součet čísel 1.** (Tabulka 4.)

SKÓROVÁNÍ *	skóre
Velmi snadné	1
Docela snadné	1
Docela těžké	0
Velmi těžké	0
Neví (spontánně)	0

* Skórování = prostý součet odpovědí ve sloupci "velmi snadné" a "docela snadné"

Tabulka 4. Skórování odpovědí

Jsou definovány tři úrovně zdravotní gramotnosti - viz Tabulka 5.

Vyhodnocení zdravotní gramotnosti	Výsledné skóre
(pravděpodobně) nedostatečná	0-2
(pravděpodobně) problematická	3-4
(pravděpodobně) dostačující	5-6

Tabulka 5. Úrovně zdravotní gramotnosti

16. PRŮBĚŽNÉ SLEDOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI V ORDINACI PLDD, EVIDENCE

V kapitole 13 je popsán postup průběžného sledování zdravotní gramotnosti včetně evidence.

- Sledování zvýšení zdravotní gramotnosti u jednotlivých registrovaných pacientů a jejich rodičů:**
jednotlivé fáze sledování by měly být evidovány v záznamovém archu / dotazníku (Příloha 1.) a uloženy ve zdravotnické dokumentaci spolu s dalšími výsledky (např. fakultativní hodnocení oblastí zdravotní gramotnosti – formulář Příloha 5.) a navrženými opatřeními pro zvýšení zdravotní gramotnosti – edukace.
- Sledování a posouzení zvýšení zdravotní gramotnosti v celém kmenu registrovaných pacientů:**
doporučuje se vytvoření evidenčního archu s výslednými hodnotami úrovně zdravotní gramotnosti pro potřeby roční statistiky (rok záznamu – věková kategorie – výsledné skóre ZG – celkový počet).

Příklad tabulky:

Rok: 2021	Věk dítěte				případně
Výsledné skóre úrovně ZG	3 roky	6-7 let	15 let	19 let	11-12 let
0 – 2 (pravděpodobně) nedostatečná	45	45	45	44	X (nehodnoceno)
3 – 4 (pravděpodobně) problematická	48	48	48	53	x
5 – 6 (pravděpodobně) dostačující	44	44	56	42	x

- V rámci průběžného sledování by bylo vhodné zaznamenávat typy pro zlepšení použitelnosti pokynů, materiálů atd. (pro potřebu úpravy či doplnění)
 - průběžná revize formulářů pro zajištění jasnosti a jednoduchosti
 - testování formulářů a materiálů s určenými uživateli

17. HARMONOGRAM A OBSAH PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK

V prvních měsících života čeká dítě řada preventivních prohlídek a také povinných očkování. První všeobecnou preventivní prohlídku dítě podstoupí zpravidla do 2 dnů po propuštění z porodnice ve vlastním sociálním prostředí. Do konce prvního roku života absolvuje preventivní prohlídky u praktického lékaře pro děti a dorost ve 14 dnech věku, v 6 týdnech, ve 3 měsících, poté ve 4 či 5 měsíci věku, dále v 6, 8, 10, 11 a ve 12 měsících. Následuje prohlídka v 18 měsících věku a ve 3 letech. Od 3 let se preventivní prohlídky konají, až do 17 let, ve dvouletých intervalech. Poslední všeobecná preventivní prohlídka dětí se provádí před ukončením péče u praktického lékaře pro děti a dorost, nejpozději před dnem dovršení 19 let.

První zubní preventivní prohlídku by mělo dítě absolvovat již v prvním roce života, mezi 6. a 12. měsícem a dále až do 18 let dvakrát ročně.

Preventivní prohlídku u gynekologa má dívka poprvé absolvovat v 15 letech. Poté se provádí jednou ročně.

Preventivní prohlídky, jejich frekvence a obsah, se řídí ustanoveními Vyhlášky č. 70/2012 Sb. v platném znění, o preventivních prohlídkách²⁷.

V obsahu všeobecných preventivních prohlídek dětí, podle specifik pro daný věk, jsou již zakotvena povinnosti, které spadají do oblastí zdravotní gramotnosti:

- posouzení sociálního prostředí dítěte, rodinná anamnéza, osobní a těhotenská anamnéza matky, prenatalní, perinatální a postnatální anamnéza (zda jsou v rodinné anamnéze ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, angina pectoris, náhlé cévní mozkové příhody nebo hyperlipoproteinemie do 55 let věku a další rizikové faktory), včetně cílených dotazů směřujících k včasnému odhalení nemocí a stavů, které se v počátku projevují nejasnými příznaky
- zjištění zdravotního rizika včetně rizika týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte
- kontrola a plán očkování, u dívek ve 13 letech věku poučení o možnosti očkování proti lidskému papilomaviru
- poučení rodiče o výživě, umělé mléčné výživě
- poučení o režimu dítěte včetně úrazové prevence
- zhodnocení sociálního chování a hygienických návyků dítěte
- poučení o zdravém životním stylu včetně úrazové prevence podle specifik pro daný věk, posouzení funkčnosti rodiny
- psychoterapeutický rozhovor s rodičem, jde-li o dítě s poruchami zdravotního stavu nebo o dítě ohrožené poruchami zdravotního stavu včetně poruch zdravotního stavu v důsledku vlivu nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí
- rozhovor lékaře s rodičem zaměřený k získání aktivní spolupráce, poučení rodiče o výživě a režimu dítěte včetně úrazové prevence podle specifik pro daný věk, popřípadě podpůrný psychoterapeutický rozhovor, zejména jde-li o vážně nemocné dítě, ohrožené dítě a problematiku funkčnosti rodiny
- zjištění počátků různých závislostí a rizikového chování dítěte
- potřebná poučení rodiče dítěte a doporučení odborného ortopedického vyšetření kyčlí
- očkování a plán dalšího očkování

- kontrola vývoje chrupu a poučení rodiče o nutnosti registrace dítěte u zubního lékaře a jeho zapojení do pravidelných zubních prohlídek, individuální zvážení celkového příjmu fluoridů
- orientační vyšetření zraku a sluchu, provedení vyšetření za účelem včasné diagnostiky poruch autistického spektra
- poučení vztahující se ke zdravotním rizikům a důsledkům souvisejících se sexuálním životem včetně poučení o chráněném sexu, u dívek dotaz na menstruační cyklus, případně doporučení gynekologického vyšetření
- zhodnocení rizik do dalšího života vyplývajících z rodinné i osobní anamnézy a vyjádření k pracovnímu, případně studijnímu zaměření v souvislosti s ukončením povinné školní docházky u dětí ve 13 letech věku; u osob se zdravotním postižením vyjádření k omezení přípravy na pracovní uplatnění a k pracovní schopnosti¹⁶

18. NÁVRH NA DOPLNĚNÍ OBSAHU PREVENTIVNÍCH PROHLÍDEK

Do obsahu všeobecné preventivní prohlídky by bylo žádoucí, pro zvýšení zdravotní gramotnosti, zařadit:

- posouzení a vyhodnocení zdravotní gramotnosti v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví
- vyhodnocení determinant zdraví (složky životního stylu a prostředí)
- edukace v oblasti zdravotní péče, prevence nemocí a podpory zdraví

Časového rozmezí výše uvedeného:

- rámci založení zdravotnické dokumentace při přijetí dítěte do péče či maximálně do jednoho roku věku dítěte
- ve třech letech dítěte
- v šesti až sedmi letech, případně i v jedenácti až dvanácti letech
- v patnácti letech
- v osmnácti až devatenácti letech, před ukončením péče u poskytovatele v oboru praktické lékařství o děti a dorost

19. JAK OVLIVNIT ZVÝŠENÍ ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI U SVÝCH PACIENTŮ

K ovlivnění zvýšení zdravotní gramotnosti mohou napomoci osvědčené postupy v oblasti komunikace o zdraví. Vhodná komunikace v oblasti zdraví může přispívat ke všem aspektům prevence nemocí a podpory zdraví a je relevantní pro řadu oblastí:

- vztah mezi zdravotníkem a pacientem
- vyhledávání a využívání zdravotních informací
- dodržování individuálních klinických doporučení a režimů jednotlivcem

- vytváření zpráv a kampaní v oblasti veřejného zdraví
- šíření informací o zdravotním riziku jednotlivců a obyvatel, tj. komunikace o rizicích
- utváření představ o zdraví v hromadných sdělovacích prostředcích a kultuře obecně
- vzdělávání jedinců v tom, jak získat přístup k systémům veřejného zdraví a zdravotní péče
- vývoj aplikací telehealth⁷

Komunikace má být jasná a zdravotnický pracovník by měl umět naslouchat. Při dotazování je vhodnější používat otevřených otázek (pomocí slov „co“ nebo „jak“). Příklad: „Řekněte mi o svém problému. Co to mohlo způsobit?“, „Jaké otázky máte?“

Během rozhovoru je nutná kontrola porozumění, ověření, zda klient rozuměl. Vhodným způsobem ověření je technika PARAFRÁZE – klient volně opakuje sdělená fakta. Tuto techniku mohou zdravotničtí pracovníci použít ke zlepšení vzájemné komunikace. Osoba, která je příjemcem zdravotních informací, je požádána, aby informace přeformulovala svými vlastními slovy (nejen je opakovala), aby bylo zajištěno, že zpráva byla pochopena a zapamatována. Pokud porozumění není přesné nebo úplné, zdravotnický pracovník vše opakuje, než klient potřebné informace pochopí²⁴.

Při tvorbě a poskytování zdravotních informací je nutné zvážit následující otázky²⁴:

- Jsou informace vhodné pro uživatele?
- Je informace snadno použitelná?
- Mluvíme jasně a pečlivě posloucháme?

Pro efektivnost edukačních materiálů a zpráv je důležité:

- množství sdělovaných informací
 - omezit počet zpráv - obecným vodítkem je nepoužívat více než čtyři hlavní zprávy
 - ctít jednoduchost
 - uspořádat podobné informace do několika menších skupin
- srozumitelnost jazyka
 - doplnit pokyny obrázky.
 - používat prostý jazyk - používat známý jazyk a aktivní hlas
 - vyhnout se dlouhým nebo běžným větám, žargonu, používání technických nebo lékařských termínů
- konkrétní doporučení
 - zadejte uživateli konkrétní doporučení a postupy – Jasně uveďte akce, které má osoba provést.
 - zaměřte se spíše na chování než na základní lékařské principy²⁴.

Další možnou oblastí, kde lze ovlivnit zvýšení zdravotní gramotnosti, je schopnost orientace a vyhledávání použitelných informací na internetu. Studie ukazují, že lidé, kteří hledají určitou informaci na webových stránkách, ji zhruba v šedesáti procentech nemohou nalézt. Toto procento může být výrazně vyšší u osob s omezenou gramotností²⁴. Poskytněte svým pacientům informace o webových stránkách s potřebnými informacemi a v navigaci postupujte od stránek s jednoduchým obsahem ke složitějším.

20. VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V OBLASTI ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI

Systém celoživotního vzdělávání v oboru je realizován cestou odborných aktivit, pořádaných Českou pediatrickou společností, Odbornou společností praktických dětských lékařů, Sdružením praktických lékařů ČR, Společností všeobecného lékařství České lékařské společnosti JEP, Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, lékařskými fakultami a dalšími akreditovanými subjekty. V rámci celoživotního vzdělávání hraje důležitou roli samostudium domácí i zahraniční literatury, různé druhy distančního vzdělávání, přednášková, publikační, ale i výzkumná činnost².

Práce lékaře v ordinaci je v našich podmínkách tradičně založena na spolupráci se zdravotní sestrou. Vzhledem k jejímu významnému postavení v týmu, je nezbytně nutná její účast na systému celoživotního vzdělávání. Tuto oblast zajišťuje především NCO NZO v Brně, případně Asociace sester, SVL ČLS JEP, SPL ČR a další instituce⁴. V souladu se Zákonem č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) se v § 4 za výkon povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka považuje výkon činností stanovených tímto zákonem, ale také řídicí, metodická, koncepční, kontrolní, výzkumná a vzdělávací činnost v příslušném oboru nebo činnost související s poskytováním zdravotní péče³⁰.

Přesto, že se zdravotničtí pracovníci průběžně vzdělávají a zdravotní edukace pacientů patří do jejich kompetence, tak povědomí o problematice zdravotní gramotnosti je u nich mnohdy omezeno. Sestry si mnohdy nedostatečně uvědomují svoji roli v této oblasti. Sestry často nevěnují zdravotní gramotnosti dostatek pozornosti a neuvědomují si intenzitu, jakou tento fenomén ovlivňuje celkové zdraví populace. Schopnost posuzovat a dále pracovat se zdravotní gramotností pacientů vyžaduje, aby byly s touto problematikou seznamovány nejen během profesní přípravy, ale i v rámci celoživotního vzdělávání. K dosažení plnohodnotných dovedností v této problematice nestačí pouze teoretická znalost sestry, důležité jsou schopnosti a dovednosti jako komunikativnost, empatie, naslouchání či ochota věnovat nemocnému více času¹⁰.

Vzdělávání zdravotnických pracovníků by mělo být zaměřené na oblast:

- komunikačních technik
- rozvoj odborných znalostí v jednotlivých oblastech zdravotní gramotnosti (podpora zdraví, prevence a zdravotní péče)
- zvyšování povědomí o potřebě řešit zdravotní gramotnost a zdokonalení svých dovedností při komunikaci s veřejností
- obeznámení se s relevantními výzkumy o zdravotní gramotnost

Zvyšování znalostí a dovedností zdravotnických pracovníků je důležité pro:

- zlepšení informovanosti o oblastech zdravotní gramotnosti

- zlepšení rozhodování v oblasti zdraví

Lidé s omezenou zdravotní gramotností často nemají dostatek znalostí nebo mají nesprávné informace o těle a příčinách nemocí. Bez těchto znalostí nemohou pochopit vztah mezi faktory životního stylu a zdravím. Lidé s omezenými schopnostmi v oblasti zdravotní gramotnosti nemusí vědět, kdy a jak vyhledat zdravotní péči. Lékařská věda rychle postupuje a to, co se lidé naučili o zdraví nebo biologii během školních let, se často stává zastaralým, zapomenutým nebo neúplným.

Zdravotní informace mohou být nejasné i osobám s dostatečnou úrovní zdravotní gramotnosti a to zejména pokud jsou poskytovány ve stresové nebo neznámé situaci (nemusí být dobře zpracovány, zapamatovány). Lidé při rozhodování zpracovávají a používají omezené množství informací. Pokud se výběr stává složitějším, lidé přijímají zjednodušené strategie, které jim umožňují zvážit pouze některé informace. V důsledku toho mohou ignorovat nebo omezit vyhledávání informací. Získávání přesných a odpovídajících zdravotních informací je pouze jedním z prvků zdravého rozhodování. Klíčovým faktorem při rozhodování je vnitřní motivace (např. musí chtít splnit požadovaný úkol, pak to také pravděpodobně učiní)²⁴.

- spolupráci s odborníky na zlepšení osnov výchovy ke zdraví
- zlepšení edukace klientů o přístupu k vyhledávání přesných a vhodných zdravotních informací
- zlepšení tvorby vzdělávacích materiálů o zdraví, které lze následně snadno sdílet mezi odborníky
- průzkum dopadu strategií na šíření zdravotních informací
- práci s médii na zlepšení zdravotní gramotnosti a usnadnění pochopení vědeckých a lékařských informací (informace poskytované médiím mají být napsány v jasném jazyce a vhodné pro veřejnost).
- vývoj nových metod šíření informací a poskytování zdravotních informací (např. web, mobilní telefony, atd.)²⁴.

21. DOPORUČENÍ

- předejte kompetence sestře v oblasti sledování všech složek zdravotní gramotnosti, determinant zdraví (hodnotící formulář – opora pro sestry)
- pravidelně hodnotte úroveň zdravotní gramotnosti
- zaměřte se na komunikaci – otevřené otázky, jasný jazyk, ověřování porozumění informacím – parafráze
- absolvujte školící akce v oblasti komunikace
- absolvujte školící akce v oblasti zdravotní gramotnosti
- zdokonalujte se v edukaci
- používejte vhodné edukační materiály
- pravidelně revidujte formuláře pro zajištění jasnosti a jednoduchosti
- používejte jednoduché formulace v předávání informací a při edukaci
- testujte materiály a formuláře určené pacientům / klientům a podle potřeby je upravujte

- poskytujte jasné informace o možnosti ovlivnění zdraví, vyhledávání informací v médiích, orientaci ve zdravotním systému

Mezi další doporučení, která by se měla být realizována, patří:

- přidat výkony do Seznamu zdravotních výkonů
 - edukace v oblasti zdravotní gramotnosti sestrou
 - edukace v oblasti zdravotní gramotnosti lékařem
 - hodnocení úrovně zdravotní gramotnosti sestrou
 - hodnocení úrovně zdravotní gramotnosti lékařem
- nasmlouvat výkony pro edukaci v oblasti zdravotní gramotnosti se zdravotními pojišťovnami
- nasmlouvat výkony hodnocení úrovně zdravotní gramotnosti se zdravotními pojišťovnami – vyšší časová dotace a bodové ohodnocení pouze u lékařů zapojených do programu
- omezení: pouze v časovém rozmezí hodnocení úrovně ZG - 1.) období od přijetí dítěte do péče až do jednoho roku věku dítěte, 2.) ve třech letech, 3.) mezi šestým a sedmým rokem, 4.) případně mezi jedenáctým až dvanáctým rokem, 5.) v patnácti letech a 6.) při ukončení péče
- případně navýšení časové dotace a bodového ohodnocení u komplexního a opakovaného komplexního vyšetření
- nastavit roční hlášení výsledků sledování úrovně zdravotní gramotnosti (on-line formuláře, cloudové uložení)
- zřídit regionální centra (poradny) zdravotní gramotnosti – pomoc ordinacím v práci s klienty, přímá práce s klienty, edukace, edukační materiály, statistické zpracování dat, spolupráce s ústavem zdravotní gramotnosti a MZČR.

22. ZDROJE

1. AISIS, o. s. Unie center pro rodinu a komunitu, FF UK Praha. *Gramotnost.cz - Projekt Finanční a zdravotní gramotnosti pro veřejnost* [on line]. 2013. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <http://www.gramotnost.cz/e-learning> a <http://www.gramotnost.cz/e-learning/zg-zivotni-styl>
2. Býma S., Šonka P., Seifert B., Štolfa J. *Koncepce oboru všeobecné praktické lékařství 2018*. © 2019 Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP [on line]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://www.svl.cz/o-nas/koncepce-oboru-vseobecne-prakticke-lekarstvi-2018/>
3. Čeledová L., Čevela R. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada 2010
4. Čeledová, L., Holčík J. a kol. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum 2017
5. *Health literacy*. © 2018 by Global Health Literacy Academy [on line]. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.globalhealthliteracyacademy.org/health-literacy-i>
6. Holčík, J. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost* [on line]. 2010. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2011/38/texty/cze/holcik.pdf>
7. Ishikawa H., Kiuchi T. *Health literacy and health communication* [on line]. Biopsychosoc Med. 2010; 4(18). [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990724/>
8. Janovská K. et al. *Podpora zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí. Projekt: Nastavení efektivního systému vzdělávání zaměstnanců KHS* [on line]. Praha 2013 [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/index.html>
9. Janura L. *Výzkum zdravotní gramotnosti ve střední Evropě* [on line]. 2018. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://relik.vse.cz/2018/download/pdf/202-Janura-Lukas-paper.pdf>
10. Kaas J, Stasková V, Šulistová R. *Koncept zdravotní gramotnosti v současném ošetřovatelství*. Kontakt 2016; 18(4): p. 219-223
11. Kučera Z. *Zdravotní gramotnost české populace: Výsledky reprezentativního šetření* [on line]. 2015-06-18 [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/Efektivni_strategie_podpory_zdravi_18062015/Zdravotni_gramotnost_ceske_populace_Vysledky_reprezentativniho_setreni.pdf
12. Kukla L. a kol. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada 2016
13. Liu H., Huan Zeng H., Shen Y. et al. *Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review*. [on line]. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(8). [cit. 2019-08-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6122038/>
14. Machová A., Nováková D. *Evaluation of Health Literacy in Children and Adolescents in the Czech Republic*. [on line]. *EC Paediatrics* 2019-03-08. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://www.econicon.com/ecpe/pdf/ECPE-08-00424.pdf>
15. Machová, J., Kubátová D. a kol. *Výchova ke zdraví. 2., aktualizované vydání*. Praha: Grada 2015.
16. MZČR. *Vyhláška č. 70/2012 Sb. Vyhláška o preventivních prohlídkách, aktuální znění 17. 10. 2016*. © AION CS, s.r.o. 2010-2019 [on line]. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>

17. MZČR. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: MZČR 2014
18. Nutbeam D. *Health Promotion Glossary* [on line]. Health Promotion International 1998,13(4), [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Don_Nutbeam/publication/12979284_The_WHO_health_promotion_glossary/links/542022590cf203f155c2aa6e/The-WHO-health-promotion-glossary.pdf
19. Nutbeam, D. *The evolving concept of health literacy*. Social Science and Medicine 2008, 67(12), s. 2072-2078.
20. Okan O., Bauer U., Levin-Zamir D., Pinheiro P., Sorensen K. *International Handbook of Health Literacy, Research, practice and policy across the lifespan*. University of Bristol: Policy Press 2019
21. Pelikan M. J., Röthlin F., Ganahl K. *Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument indices and scales of the HLS-EU study*. HARC, Bethesda /Maryland, Nov. 4th [on line]. 2014. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf>
22. Rod A. *Likertovo škálování* [on line]. *E- Logos electronic Journal for Philosophy* 2012; 13, [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://nb.vse.cz/kfil/elogos/science/rod12.pdf>
23. Sorensen K. *Mental and digital health literacy*. [on line]. 2019-09-04. [cit. 2019-09-13]. Dostupné z: <https://www.globalhealthliteracyacademy.org/single-post/2019/09/04/Mental-and-digital-health-literacy>
24. U.S. Department of Health and Human Services - Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Quick Guide to Health Literacy, Fact Sheets, Strategies, Resources* [on line]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://health.gov/communication/literacy/quickguide/quickguide.pdf>
25. VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: JU v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2011
26. *Velký lékařský slovník on-line*. © Maxdorf 1998-2019 [on line]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>
27. VZP. *Preventivní prohlídky*. © 2019 VZP ČR [on line]. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>
28. WHO. *Health Promotion Glossary*. ©1998 [on line]. [cit. 2019-08-07]. Dostupné z: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
29. WHO. *What is the WHO definition of health?* © 2019 [on line]. [cit. 2019-08-08]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
30. Zákon č. 96/2004 Sb. *Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) aktuální znění k 31. 7. 2019* [on line]. [cit. 2019-08-020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

23. PŘÍLOHY

Příloha 1. - Zkrácená verze dotazníku HLSQ-EU

formulář na záznam odpovědí pro rodiče a děti

Příloha 2. - Příklad a varianty otázek při rozhovoru s dítětem předškolního a mladšího školního věku pro hodnocení úrovně zdravotní gramotnosti

Příloha 3. - Karty na dotazování (dotazník HLSQ-EU)

6 karet pro dotazování dětí předškolního a případně nižšího školního věku

Příloha 4. - Edukační materiály

podpůrné edukační materiály pro jednotlivé kategorie pacientů

Příloha 5. - Hodnotící formulář jednotlivých oblastí ZG

opora pro sestry v ordinaci PLDD