ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/kontakt>

Original research article

Vybrané aspekty zdravotní gramotnosti u klientů ohrožených chudobou

Selected aspects of health literacy in clients endangered by poverty

Adéla Mojžíšová *, Dagmar Dvořáčková, Alena Kajanová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd, České Budějovice, Česká republika

INFORMACE O ČLÁNKU

Received: 2017-04-13

Received in revised form:

2017-05-18

Accepted: 2017-06-27

Published online: 2017-09-29

Keywords:

Health literacy

Health care system

Poverty

Prevention

Awareness

ABSTRACT

The aim of this research study was to map the factors influencing health literacy in people who are in an unfavourable social situation and who have a right to social benefits, i.e. benefits for persons in material poverty. Health literacy characterizes the attitude to health in each democratic society and is subject to some socioeconomic and demographic variables – age, education, and social status. Health and quality health care are important life aims and rights of citizens. Qualitative research, the question method and the semi-structured interview method were used to gain the research data. The questions were asked with respect to the following key research areas: availability of information on health, health situation and health system; motivation and activities to search for information on health; orientation in the Czech health service system; cognitive and affective abilities to find and understand information on health condition. The research sample consisted of inhabitants of the South Bohemian region who, because of their unfavourable social situation had a right to the social benefit for persons in material poverty. The authors have identified the basic factors that influence health literacy of the research study sample. Health literacy in clients who are endangered by poverty is a current topic in health and social problems according to the acquired data within the qualitative research study. The identified factors closely relate to the social situation of the respondents of the research sample. There is a space for the intervention of social workers, and social workers can systematically cooperate within the concept of higher health literacy of individuals and families.

S O U H R N

Klíčová slova:

zdravotní gramotnost

systém zdravotní péče

chudoba

prevence

informovanost

Cílem této výzkumné studie bylo zmapovat faktory, které ovlivňují zdravotní gramotnost u lidí, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a mají nárok na dávky státní sociální podpory, resp. dávky pomoci pro osoby v hmotné nouzi. Zdravotní gramotnost charakterizuje postoj ke zdraví v každé demokratické společnosti a je podmíněna některými socioekonomickými a demografickými proměnnými – věkem, vzděláním, sociálním statusem. Zdraví a kvalitní zdravotní péče je důležitým životním cílem

* **Korespondenční autor:** doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D., Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd, J. Boreckého 1167/27, 370 11 České Budějovice, Česká republika; e-mail: mojzis@zsf.jcu.cz; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.06.002>

KONTAKT XIX/3: 213–218 • ISSN 1212-4117 (Print) • ISSN 1804-7122 (Online)

a právem občanů. Pro získání výzkumných dat jsme použily kvalitativní výzkum, metodu dotazování a techniku polostandardizovaného rozhovoru. Otázky byly pokládány s ohledem na následující stěžejní okruhy výzkumu: dostupnost informací o zdraví, zdravotní situaci a zdravotním systému; motivace a aktivity k vyhledávání informací o zdraví; orientace v systému českého zdravotnictví; kognitivní a afektivní schopnosti najít a pochopit informace o zdravotním stavu. Výzkumný soubor představovaly osoby, které měly pro svou nepříznivou sociální situaci nárok na sociální dávku hmotné nouze a byly obyvateli Jihočeského kraje. Autorky identifikovaly základní faktory, které ovlivňují zdravotní gramotnost zkoumaného souboru. Zdravotní gramotnost u klientů, kteří jsou ohroženi chudobou, je dle získaných dat v průběhu kvalitativní výzkumné studie aktuálním tématem ve zdravotně sociální problematice. Identifikované faktory úzce souvisejí se sociální situací informantů zkoumaného souboru. Je zde prostor pro intervence sociálních pracovníků systematicky v rámci základního sociálního poradenství spolupracovat na konceptu zvýšení zdravotní gramotnosti jednotlivců a rodin.

© 2017 Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
Published by Elsevier Sp. z o. o. All rights reserved.

Úvod

Stěžejní problematikou řešeného projektu je zdravotní gramotnost námi stanovené cílové skupiny, tedy klientů, kteří jsou ohroženi chudobou. Cílem této výzkumné studie bylo zmapovat úroveň zdravotní gramotnosti u lidí, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a mají nárok na dávky státní sociální podpory, resp. dávky pomoci pro osoby v hmotné nouzi. Mareš [1] konstatuje, že tam, kde se dříve mluvilo o chudobě, v současné době používáme koncept sociální exkluze. Tento autor uvádí, že přesun od konceptu chudoby ke konceptu sociální exkluze je výsledkem snahy zachytit nové rysy rostoucí chudoby, její přetrvávání v čase a prostorovou koncentraci doprovázenou marginalizací, patologickým jednáním, ale současně i závislostí na sociálním státu a rozpadem tradičních sociálních institucí, jako je například rodina.

Ke zpracování této problematiky nás vedla teze, kterou publikoval Holčík [2]; uvádí zde, že zdravotní gramotnost je součástí základní výbavy pro život a cestou ke zdraví, je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví, je významnou součástí sociálního kapitálu a je nespornou ekonomickou prioritou.

Zdravotní gramotnost je ovlivňována mnoha faktory, a to jak na úrovni jednotlivce, tak celé společnosti. Nízká zdravotní gramotnost je závažným zdravotně rizikovým faktorem a její nízká úroveň prohlubuje nežádoucí zdravotní nerovnosti. Zdravotní gramotnost souvisí s ekonomickou, sociální situací i s kulturní úrovní, a naopak nízká zdravotní gramotnost vede k vysokým nákladům na zdravotní péči.

Akcí plán rozvoje zdravotní gramotnosti je nástrojem realizace programu Zdraví 2020 v České republice a východiskem Národního plánu rozvoje zdravotní gramotnosti [3].

Teoretická východiska

WHO definuje zdravotní gramotnost 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 [4]. Zdravotní gramotnost charakterizuje postoj ke zdraví v každé demokratické společnosti a je podmíněna některými socio-ekonomickými a demografickými proměnnými – věkem, vzděláním, sociálním statutem. Zdraví a kvalitní zdravotní péče jsou důležitým životním cílem a právem občanů.

Jak uvádějí Hamplová et al. [5], zdravotní gramotnost je jednak vlastností jednotlivců a jednak schopností systémů péče o zdraví svých klientů pečovat. Relevantní, mezinárodně srovnatelné ukazatele dokládají, že zdravotní gramotnost v České republice je nízká. Dle závěrů zveřejněné studie, resp. reprezentativního šetření zdravotní gramotnosti vyplynulo, že Česká republika ve všech složkách zdravotní gramotnosti zaostává za nejlepšími zeměmi EU [4, 6].

První, kdo použil termín zdravotní gramotnost, byl v roce 1974 Simonds. Jeho pojetí zdravotní gramotnosti se však lišilo od toho současného [7].

Další definice zdravotní gramotnosti uvádějí Nutbeam [8] a Kickbusch [9]. Dále zdravotní gramotnost definovalo Centrum pro strategii zdravotní péče (*Center for Health Care Strategies*) [10]: „Zdravotní gramotnost je schopnost číst, rozumět a jednat na základě zdravotních informací.“ Poněkud širší definici podal *United States Department of Health and Human Services* (USDHHS) [11], podle něhož zdravotní gramotnost je „schopnost získat, interpretovat a rozumět základním zdravotním informacím i službám a dovednost využít takové informace a služby ke zlepšení zdraví“.

Dle Holčíka [2] zdraví lidí nespočívá v množství zdravotnických zařízení a jejich vybavení, ale v podmínkách, v nichž lidé žijí, a v životním stylu, který prospívá zdraví. Zdravotní gramotnost je též ovlivněna sociálním gradientem dané cílové skupiny [6].

Vzhledem k tomu, že se tato výzkumná studie zabývá zdravotní gramotností v souvislosti s chudobou, snažily jsme se vydefinovat také tento výraz. Vzhledem k tomu, že existuje mnoho definic, jednoduché vymezení není možné. Jednotlivé definice chudoby mají společný základ, ale většina z nich není komplexní a definují chudobu z různých dílčích aspektů.

Tam, kde se dříve hovořilo o chudobě, se stále častěji v Evropské unii využívá konceptu sociálního vyloučení. Přesun od konceptu chudoby ke konceptu sociální exkluze je pravděpodobně snahou zachytit nové rysy rostoucí chudoby v 80. letech minulého století [12]. Chudoba jakožto vyloučení ze standardu života a životních šancí, ze zdravotní péče a vzdělání se sociální exkluzí úzce souvisí, ničí lidské schopnosti a životní šance [1].

V zemích Evropské unie platí pro zdravotní péči princip subsidiarity. Jak uvádí Tomeš [13], pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení členských států v podstatě platí pravidlo, že zdravotní péče je ošetřena právními předpisy toho státu, kde občan Evropské unie pracuje, a v souvislosti s volným pohybem pracovníků v Evropské unii je jejich právo na zdraví upraveno nařízením Evropské unie pro osoby migrující v Evropě [14].

V kontextu toho, že zdravotní péče patří do pravomocí jednotlivých států, přijala Evropská unie politický dokument nazvaný Otevřená metoda koordinace ve zdravotnictví [15]. Obsahuje dohodu států, podle níž se zdravotní politika soustředí na níže uvedené body, které představují sociálněpolitické dimenze zdravotnictví:

- Dostupnost pro všechny, jež je založena na principu rovnosti a solidarity, které vyžadují, aby zdravotní péče byla dostupná a individuálně přizpůsobená potřebám člověka bez ohledu na jeho věk, majetek atd.
- Kvalita, která je výrazně ovlivněna hospodářskou situací země a preferencemi společnosti, stanovuje jakési normy jakosti, které odrážejí nejnovější technologie v diagnostikách a léčbě nemocí. Kvalita je výrazně ovlivněna také profesionály, kteří zdravotní péči vykonávají, a v neposlední řadě jejich celoživotním vzděláváním.
- Finančně udržitelná zdravotní péče, dostupná prostřednictvím zdrojů, vhodnými podmínkami uživatele a poskytovatele, řádnou správou a koordinací mezi systémy péče, veřejnými a soukromými institucemi.

Základní zdravotní péče je dle Kebzy [16] integrální součástí jak zdravotnictví, jehož je významným článkem i metodou, tak i součástí sociálního rozvoje společnosti. Za základní zdravotní péči jsou zpravidla považovány primární péče a akutní péče. Vžití principy sociální solidarity, uplatňované v zásadách a principech zdravotnických systémů většiny evropských zemí a řady dalších vyspělých zemí, se na přelomu 20. a 21. století musí vyrovnávat se změnami společnosti k postmodernímu, individualistickému pojetí, kdy slábne úroveň sociální koheze a klesá podpora solidárních principů [16].

Východiskem pro dostupnost základní zdravotní péče pro občany by měla být zásada ekvity. Ekvita ve zdraví je naplněna, pokud má ideálně každý rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu a pokud nikdo není znevýhodněn při naplňování tohoto potenciálu, za předpokladu, že existující překážky jsou odstranitelné [17].

Dle Liechty [18] je příležitostí pro sociální pracovníky systematicky začlenit koncepce a nástroje zdravotní gramotnosti do svých postupů s klienty a jejich rodinami. Navzdory rozsáhlé znalosti a dovednosti, které mohou sociální pracovníci uplatnit na pomoc klientům s nízkou zdravotní gramotností, je koncepce zdravotní gramotnosti nedostatečně využívána v sociální práci. Tato skutečnost

se dle autora odráží v nevyužívané příležitosti pro sociální pracovníky přispět svými zkušenostmi na vývoj a především rozvoj zdravotní gramotnosti a strategicky sladit svou práci s organizačními a národními prioritami zdraví.

Metodika a charakteristika souboru

Cílem této výzkumné studie bylo zmapovat faktory, které ovlivňují zdravotní gramotnost u lidí, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a mají nárok na dávky státní sociální podpory, resp. dávky pomoci pro osoby v hmotné nouzi. Hlavní výzkumná otázka zněla, jaké faktory ovlivňují zdravotní gramotnost u lidí, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci? Pro získání výzkumných dat jsme použily kvalitativní výzkum, metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly pokládány s ohledem na následující stěžejní okruhy výzkumu: dostupnost informací o zdraví, zdravotní situaci a zdravotním systému; motivace a aktivity k vyhledávání informací o zdraví; orientace v systému českého zdravotnictví; kognitivní a afektivní schopnosti najít a pochopit informace o zdravotním stavu.

V rámci posledního okruhu bylo informantům položeno několik otázek monitorujících znalosti ohledně dostupnosti bezplatné péče a možnosti předepisování léků s doplatky a bez doplatek. Doplňující otázka byla zaměřena na možnosti a znalost využití alternativní léčby.

Výzkumný soubor představovaly osoby, které měly pro svou nepříznivou sociální situaci nárok na sociální dávku hmotné nouze a byly obyvateli Jihočeského kraje. Celkem bylo realizováno devět rozhovorů v různých obcích. Počet osob byl určen vysycením souboru a jejich výběr byl realizován kombinací metody „snowball“ a na základě dostupnosti. Jednalo se o sedm žen a dva muže ve věkovém rozmezí 21–60 let. Rozhovory byly se souhlasem informantů nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány a analyzovány v programu Atlas.ti pomocí otevřeného a axiálního kódování.

Výsledky a diskuse

Tabulka 1 uvádí základní sociodemografické údaje informantů – pohlaví, věk, vzdělání a lokalitu, kde informanti žijí. Design interpretace výsledků je pro přehlednost rozepsán do 4 kategorií, tak jak je uvedeno v metodice. Pro ilustraci jsou představeny vybrané doslovné transkripcie určitých pasáží z konkrétních rozhovorů.

Zdroje informací o zdraví, zdravotní situaci a zdravotním systému

Otázky v této oblasti byly zaměřené na to, jaké zdroje informanti využívají pro to, aby měli dostatek informací o svém zdravotním stavu. Dále jsme zjišťovaly, jaké mají zdravotní potíže, zda navštěvují lékaře, jak často a zda mají zdravotní pojištění. Ženy s malými dětmi zaměřovaly pozornost v péči o zdraví především na své děti. V souladu s tvrzením Hamplové et al. [5] je důležité vnímat zdravotní gramotnost na individuální úrovni jednotlivce, ale také na

Tabulka 1 – Sociodemografické údaje

Informant	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Lokalita
I – 1	žena	27	základní	Máj, České Budějovice
I – 2	žena	23	základní	Máj, České Budějovice
I – 3	žena	24	SOU	Veselí nad Lužnicí
I – 4	žena	23	SŠ	Tábor
I – 5	žena	43	SOU	Soběslav
I – 6	muž	46	základní	Soběslav
I – 7	muž	60	SOU	Český Krumlov
I – 8	žena	48	základní	Český Krumlov
I – 9	žena	21	základní	Český Velenice

úrovni rodiny jako systému. Výsledky našeho výzkumného šetření nepotvrzují péči o zdraví v kontextu celé rodiny, ale pozornost matek je zaměřena především na zdraví dětí. Dále matky uváděly, že pokud mají nějaké zdravotní potíže, poradí se se svým dětským lékařem, kterého samy navštěvovaly dříve a nyní ho navštěvují se svými dětmi. V některých případech informanti uváděli, že raději než návštěvu lékaře navštíví lékárnu, kde jim poradí a prodají potřebné léky. Byla vyzdvížena možnost, že nemusí dlouho čekat v čekárně praktického či jiného lékaře.

„Já k doktorovi nechodím, protože ho nemám. Já jsem si ho nenašla, protože nikde není volný. Když mám horečky nebo něco... nebo když je mi hodně špatně, tak mám dětského doktora, co chodím s Deniskem, jak jsem chodila, než mi bylo 18, tak mě třeba prohlídne nebo mi řekne co, poradí“ (I – 2).

„Když mám nějaké potíže, tak jdu do lékárny, tam mi řeknou ještě lepší než doktoři... se podívají a řeknou mi a nemusím nikde čekat“ (I – 2).

„Když to není nic vážného, nikam nechodím, protože bych potom byla doma a peníze bych neměla žádný“ (I – 9).

Preventivní aktivity k zachování zdraví, vyhledávání informací o zdraví

Další oblast byla zaměřena na oblast péče o vlastní zdraví v souvislosti s denním režimem – strava, přísun vitaminů, hygiena a pohyb, popř. preventivní aktivity v péči o zdraví. Žádný z respondentů dle jejich tvrzení nedělá nic pro své zdraví. Pouze jedna respondentka poukazuje na důležitost snídaň. Mladé ženy s dětmi zdůrazňují dostatek pohybu ve formě procházek s dětmi. Jedna respondentka zdůrazňuje pravidelné procházky při venčení psa. I když respondentka uvádí nedostatek finančních prostředků na zeleninu, kouří 20 cigaret denně a pije až 5× za den kávu. Zde autorky v souladu s Liechty [18] vidí reálnou příležitost pro sociální pracovníky systematicky začlenit koncepce a nástroje zdravotní gramotnosti do svých postupů s klienty a jejich rodinami v rámci základního sociálního poradenství.

„Myslím, že pohybu mám hodně, snažím se chodit na procházky, mám pejska, takže taky chodím s ním ho venčit. Snažím se jíst zdravě, ale nedokážu přestat kouřit. To vím, to mi asi hodně vadí. Od té nemoci s tím prsem už nechci dál nic vědět, mám strach a taky finance. Na nějaký vitamíny není. Není k tomu možnost. Jsem vůbec ráda, že ty možnosti jsou na

nájem, na zaplacení a tak. Protože práci nemám, kvůli mému zdravotnímu stavu“ (I – 8).

„S mamkou si dáme tak 20 cigaret za den..., to je asi dost co? Malej má nejraději rohlík, nic jinýho nechce, zelenina je drahá. Jo, kafe, to si dám ráda... tady ho se ženskéma vypijeme i 5× za den“ (I – 9).

„Pro své zdraví dělám to, že ráno snídám, dodržuji hygienu a chodím na procházky. Moc to neřeším. Nikdo mě to neučil, tak nějak jsem si na to přišla sama, že je to pro mě nejlepší“ (I – 9).

Orientace v systému českého zdravotnictví

Okruh otázek v této oblasti byl zaměřen na základní orientaci v případě akutního zdravotního problému (znalost telefonního čísla pro přivolání RZP), znalost nároku na preventivní prohlídky. Výzkumy celosvětově ukazují, že nízká zdravotní gramotnost je spojena s horším zdravotním stavem a nižším využíváním zdravotnických služeb, jak uvádí např. systematický přehled Berkham et al. [19]. Výjimkou není ani náš výzkumný soubor. Ačkoli si jsou informanti vědomi možnosti bezplatných prohlídek, nevyužívají jich. Naopak využívají často pohotovostních služeb, což je typické jednak pro osoby s nízkou zdravotní gramotností, jednak pro osoby marginalizované, jak bylo porovnáno i se studií Nutbeama [20]. Telefonní číslo pro přivolání rychlé záchranné služby znají téměř všichni respondenti, i když ho nikdy nevyužili. Častěji je využívána osobní návštěva pohotovosti, zejména zubní pohotovost. Jedna respondentka se domnívá, že porodnice je také považována za pohotovostní službu.

Ženy tíhnou k využívání preventivních zdravotních služeb více než muži jak v případě chudých populací, tak obecně [21, 22]. Náš výzkum ukázal, že důvodem může být pravidelná návštěva pediatrů a gynekologů. Ženy pečují o prevenci u svých dětí více než o prevenci vlastní. S věkem informantek se snižoval zájem o zdraví, což může souviset s ukončením péče o dítě. Na druhou stranu, matky, které mají malé děti, se domnívají, že bezplatné preventivní prohlídky se týkají pouze jejich dětí. Tyto preventivní prohlídky pak vnímají v kontextu preventivních očkování. Někteří respondenti se spoléhají na praktického lékaře, který je v případě potřeby bude o jejich nároku na případné preventivní prohlídky informovat.

„Bezplatné preventivní prohlídky? Teď už jo. Dřív to nebylo, ne? Když se platilo těch 30 korun“ (I – 7).

„Na bezplatné preventivní prohlídky mám asi nárok, na černý kašel a na gynekologii, ale tam nechodím“ (I – 1).

„Bezplatné preventivní prohlídky? To nevím. Ale já je nepotřebuju, já se necítím špatně. A nikdo mi ani o tom neřek. Kdyby to bylo někde napsané, tak asi bysem šla... podívat se, jestli jsem zdravá“ (I – 2).

U zdravotně sociální péče v kontextu prevence zdravotní gramotnosti u dané cílové skupiny je neopomenutelná role zdravotnických profesionálů a v neposlední řadě role sociálních pracovníků zaměřených na zdraví a nemoc [23].

Kognitivní a afektivní schopnosti najít a pochopit informace o zdravotním stavu

Poslední okruh otázek byl zaměřen na schopnosti najít a pochopit informace o zdravotním stavu. Doplnující otázky byly zaměřené na zmapování vztahu k alternativní medicíně. Informace týkající se zdravotního stavu většinou respondenti hledají u svého praktického lékaře, popř. u rodinných příslušníků či známých. Mladší respondenti uváděli jako zdroj informací internet. Nedostatečná kompetence samostatně vyhledávat informace o svých zdravotních obtížích a možnostech zdravotnických služeb se objevuje i ve výsledcích zahraničních studií zaměřených na zdraví chudé vrstvy obyvatelstva [20, 24]. V posledních letech však narůstá i u této skupiny osob využívání internetu jako informačního zdroje [25]. Odborníci se shodují, že právě elektronické zdroje mohou být prostředkem, jak snížit rozdíly v přístupu ke zdraví mezi různými sociálními vrstvami [26]. Problémem může být nerelevantnost některých informací o zdraví veřejně dostupných na internetu a nízká schopnost popisované skupiny nerelevantní informace filtrovat [27].

Co se týká doplateků za předepsané léky, tak velmi často respondenti uváděli, že pokud si tento doplatek nemohou dovolit, tak si léky v lékárně nevyzvednou. Skutečnost, kolik se na léky doplácí, zjistí až v lékárně. Alternativní medicínu vnímají respondenti jako možnost jít k léčiteli, který je však drahý, nebo si mohou koupit v lékárně bylinné čaje (je to pro ně drahé). Obavy z finanční nákladnosti léků a léčby jsou obecně opakujícím se problémem i v případě dalších studií věnujících se tématu [28]. Zatímco zahraniční studie provedené obecně u veřejnosti ukazují, že obliba alternativní medicíny roste [29–31], v případě našich informantů se toto nepotvrdilo – vykazovali spíše nedůvěru. V několika případech byla vnímána alternativní medicína jako možnost koupit si volně dostupné léky v lékárně, především analgetika či kapky do nosu používané při nachlazení.

„Alternativní medicína? Myslíte ty léčitele, šarlatány? Tomu moc nevěřím. A hlavně nechodím k nim, protože je to drahý, chtějí hodně peněz a na to nemám. A bylinky, jako nějaký čaj nebo tak, si taky nekupuju“ (I – 8).

„Alternativní medicína? To jsou ty čaje, léčivý. Jak jsou proti horečkám a to... Třeba Paralen grip... si udělám doma ten čaj. Paralen, Brufen a kapky do nosu... to máme třeba doma“ (I – 2).

„Alternativní medicína? Víím, že může pomoci, ale využítám ji minimálně, protože je to drahý. Já jednou byla u léčitele, stála ta konzultace sice 300,-, to bych jako dala, ale pak

mi doporučil preparáty všelijaký, bylinky nějaký a za ty skoro 2 000,-. Tak to si fakt nemůžeme dovolit“ (I – 3).

Závěr

Zdravotní gramotnost u klientů, kteří jsou ohroženi chudobou, je dle získaných dat v průběhu kvalitativní výzkumné studie aktuálním tématem ve zdravotně sociální problematice. Cílem této výzkumné studie bylo zmapovat faktory, které ovlivňují zdravotní gramotnost u lidí, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a mají nárok na dávky státní sociální podpory, resp. dávky pomoci pro osoby v hmotné nouzi. Hlavní výzkumná otázka zněla, jaké faktory ovlivňují zdravotní gramotnost u lidí, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci? Na základě výsledků našeho výzkumu jsme identifikovaly základní faktory, které ovlivňují zdravotní gramotnost u této cílové skupiny. Jedná se jak o zdroje informací, které byly informantům k dispozici v období akutních zdravotních obtíží, tak o informace preventivního charakteru. Dále je důležitým faktorem finanční situace jednotlivců. S ohledem na zkoumanou cílovou skupinu se význam finanční situace prohloubil v souvislosti s okamžitými výdaji na léčbu i v souvislosti s možností prevence. Dalším z faktorů, které jsme identifikovaly, byla potřeba informantů rychlého uspokojení momentálních potřeb při zdravotních potížích bez využití zdravotnických služeb.

Tento výzkum byl první částí výzkumného záměru zaměřeného na zdravotní gramotnost u vybraných cílových skupin. Kvantitativní výzkum bude realizován v následujícím období a rozšířen o dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace.

Pokud uvažují autorky studie šířeji v souvislostech sociálních determinant zdraví, zdravotní gramotnost je nesporně podmíněna sociální situací klientek, které byly informantkami ve výzkumu. Zdravotní gramotnost je ovlivňována mnoha faktory na makroúrovni a tam je nezastupitelná role zdravotní a sociální politiky státu.

Konflikt zájmů

Autorky prohlašují, že si nejsou vědomy žádného konfliktu zájmu týkajícího se uvedeného příspěvku.

Poděkování

Tento článek je podpořen účelově vázanými prostředky Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích pro rozvoj vědy a výzkumu, číslo: SDZ2016 (2016–2019).

L I T E R A T U R A

- [1] Mareš P. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. Sociologický časopis 2000;36(3):285–97.
- [2] Holčík J. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: Masarykova Univerzita; 2010.

- [3] Ministerstvo zdravotnictví ČR. Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. [online] [cit. 2016-09-12]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2012%20rozvoj%20zdravotn%C3%AD%20gramotnosti.pdf
- [4] Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO; 2013. [online] [cit. 2016-10-11]. Dostupné z: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- [5] Hamplová L, Hulinský P, Jexová S, Pekara J. Problematika zdravotní gramotnosti v České republice. In: Sborník z 10. vědecké konference s mezinárodní účastí Vzdělávání ve zdravotnictví. Praha: Vysoká škola zdravotnická, 2015, s. 49–56.
- [6] Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009–2012. [online] [cit. 2016-10-02]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf
- [7] Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International* 2001;16(2):207–14.
- [8] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 2000;15(3):259–67.
- [9] Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International* 2001;16(3):289–97.
- [10] What is health literacy? Fact sheet. Princeton, NJ: Center for Health Care Strategies, Inc.; 2000. [online] [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: http://www.chcs.org/media/What_is_Health_Literacy.pdf
- [11] Healthy people. Office of Disease Prevention and Health Promotion, USDHHS. 2010. [online] [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://www.health.gov/healthypeople>
- [12] Room G. „New Poverty“ in the European Community. London: Palgrave Macmillan; 1990.
- [13] Tomeš I. Obory sociální politiky. Praha: Portál; 2011.
- [14] Nařízení vlády č. 883/2004, o koordinaci soustav sociálního zabezpečení a nařízení vlády č. 987/2009, kterým se provádí nařízení č. 883/2004. In: Koldinská K, Píkorová G, Švec L, Tomeš I. Sociální zabezpečení osob migrujících mezi státy EU. Praha: C. H. Beck; 2012.
- [15] Lapšanská V. Otevřená metoda koordinace jako nástroj v evropském vládnutí. *Současná Evropa* 2016;21(1):16–28.
- [16] Kebza V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia; 2005.
- [17] Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;3:429–45.
- [18] Liechty JM. Health Literacy: Critical Opportunities for Social Work Leadership in Health Care and Research. *Health & Social Work* 2011;36(2):99–107.
- [19] Berkham ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine* 2011;155(2):97–107.
- [20] Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* 2008;67(12):2072–8.
- [21] Asch SM, Kerr EA, Keesey J, Adams JL, Setodji CM, Malik S, McGlynn EA. Who is at greatest risk for receiving poor-quality health care? *New England Journal of Medicine* 2006;354(11):1147–56.
- [22] Ray-Mazumder S. Role of Gender, Insurance Status and Culture in Attitudes and Health Behavior in a US Chinese Student Population. *Ethnicity and Health* 2011;6(3–4):197–209.
- [23] Tóthová V, Dolák F, Hudáčková A, Nováková D, Trešlová M. Ošetrovatelský proces a jeho realizace. Praha: Triton; 2014, s. 185–90.
- [24] Sambamoorthi U, McAlpine DD. Racial, ethnic, socioeconomic, and access disparities in the use of preventive services among women. *Preventive Medicine* 2003;37(5):475–84.
- [25] Brodie M, Fluornoy Re, Altman DE, Blendon RJ, Benson JM, Rosenbaum MD. Health information, the Internet, and the digital divide. *Health affairs* 2000;19(6):255–65.
- [26] Eng TR, Maxfield A, Patrick K, Deering MJ, Ratzan SC, Gustafson DH. Access to health information and support: a public highway or a private road? *Jama* 1998;280(15):1371–5.
- [27] Cline JW, Haynes KM. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Health education research* 2001;16(6):671–92.
- [28] Ahmed SM, Lemkau JP, Nealeigh N, Mann B. Barriers to healthcare access in a non-elderly urban poor American population. *Health & social care in the community* 2001;9(6):445–53.
- [29] Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *The Ochsner Journal* 2012;12(1):45–56.
- [30] Hall HG, McKennab LG, Griffiths DL. Midwives' support for complementary and alternative medicine: a literature review. *Women and Birth* 2012;25(1):4–12.
- [31] Tóthová V, Bártlová S, Šedová L, Trešlová M, Chloubková I, Prošková E. The nurse's role in preventive care in the field of community nursing. *Neuroendocrinology Letters* 2014;35(Suppl. 1):26–33.