

VÝZKUM ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI VE STŘEDNÍ EVROPĚ

HEALTH LITERACY RESEARCH IN CENTRAL EUROPE

Lukáš Janura

Abstract

This study deals with research on health literacy undertaken in Central Europe in recent years, with a focus on Germany, Austria and the Czech Republic. A proper debate started and the need to tackle the problem arose after the unfavourable results of the EU Health Literacy Survey had been published. There is a long tradition of health literacy research in the USA. In Central Europe, health literacy is considered as one of the forms of cultural capital. Therefore, an approach which deals with the most threatened groups of citizens prevails.

The study concludes that compared to the USA, where various approaches and accents are used, in Central Europe the sociological approach is dominant, which has crucial consequences for policy-making. The National Action Plan, which was issued in Germany in 2018, is analysed in detail. Also, a slight change of institutions involved, especially in Germany, is observed in this regard.

Key words: health literacy, fundamental literacy, unconscious learning, cultural capital

JEL Code: I12, I18

Abstrakt

Studie se zabývá zkoumáním zdravotní gramotnosti, které probíhá v posledních letech ve střední Evropě, především v Německu, ČR a Rakousku. Poté, co byly v roce 2015 zveřejněny nepříznivé výsledky Evropského průzkumu zdravotní gramotnosti, rozběhla se skutečná diskuse a vyvstala potřeba situaci řešit. Studium zdravotní gramotnosti obyvatelstva má svou tradici hlavně v USA. Ve střední Evropě je ke zdravotní gramotnosti přistupováno jako k jedné z forem kulturního kapitálu a je zde dominantní přístup věnující se jednotlivým ohroženým skupinám.

Studie dochází k závěrům, že oproti USA, kde existuje více směrů a různé akcenty, v Evropě sociologický přístup debatu zcela ovládnul, a to s konkrétními důsledky pro tvorbu politik. V Německu byl například v roce 2018 zveřejněn Národní akční plán zdravotní gramotnosti,

jehož doporučení jsou v tomto ohledu zkoumána podrobněji. Současně se, zejména v Německu proměnila role některých institucí ve vztahu ke zkoumání zdravotní gramotnosti.

Klíčová slova: zdravotní gramotnost, fundamentální gramotnost, nevědomé učení, kulturní kapitál

Úvod

Zdravotní gramotnost je pojem používaný v USA zhruba od 80. let 20. století, který v různých zemích a různých kontextech nabývá poněkud odlišného vymezení. Přibližně se však všechny definice opírají o vymezení australského autora D. Nutbeama (2000): „Jedná se o kognitivní a sociální schopnosti, které podmiňují motivace a schopnosti jednotlivců k porozumění, používání informací a získání přístupu k nim s cílem získat a udržet si kvalitní zdraví.“ Ke zkoumání zdravotní gramotnosti je možné přistupovat velmi různě. Nutbeam (2008) sám chápe zdravotní gramotnost jako mnohdimenzionální konstrukt. Tuto linii sleduje většina autorů v USA, které byly doposud jedinou laboratoří výzkumů zdravotní gramotnosti.

V posledních letech se zdravotní gramotnost stává objektem výzkumu i ve střední Evropě. Zájmem tvůrců politik je, aby se obyvatelstvo lépe orientovalo v systému zdravotní péče a aby volilo smysluplné strategie pro svůj život v různých situacích plné či změněné pracovní schopnosti, s ohledem na věk a další kategorie. Významným impulsem pro další výzkum se staly výsledky prvního evropského průzkumu zdravotní gramotnosti z roku 2015, který byl nazván Health Literacy Survey EU (HLS-EU) (Sørensen et al., 2015). Zatímco na čele zúčastněných zemí se umístilo Nizozemsko, země střední Evropy se umístily spíše níže – Německo na 4. místě, Rakousko dokonce na předposlední 7. pozici. Výsledky průzkumu nicméně umožňují velmi různou interpretaci a nelze z nich příliš vyvozovat. Existují zde ovšem problémy jak s použitou metodou, která je založena na sebehodnocení, tak se statistickou interpretací výsledků, které se mezi osmi zúčastněnými zeměmi liší jen málo (Janura, 2018).

1 Metodologická východiska

Cílem studie je postihnout charakter zkoumání zdravotní gramotnosti ve střední Evropě. Studie se snaží ukázat, která metodologická východiska jsou v zemích tohoto regionu používána a čím se výzkum liší od způsobů používaných v USA. Je zřejmé, že debata se

odehrává v odlišném kontextu. Od tohoto faktoru se odvíjí metoda této studie. Jedná se o interpretativní případovou studii. Během výzkumu byla zpřesňována východiska a samotný pojem zdravotní gramotnosti. Studie podrobněji zkoumá jednotlivé historické koncepty zdravotní gramotnosti a srovnává je s těmi, které jsou používány v Německu, Rakousku, Polsku a České republice. Výzkumná otázka zní: Které americké koncepty zdravotní gramotnosti byly přijaty ve středoevropské teorii a jak se promítly do praktických opatření?

Literatura zpracovaná pro účely této studie zahrnuje převážně texty z USA a Austrálie, dále zejména publikace německé, české, polské a slovenské. Východiskem se staly texty D. Nutbeama, zpravidla publikované v časopise *Social Science & Medicine*. Další významné články americké produkce pocházejí z databáze PubMed. Situace v Německu byla zachycena mimo jiné pomocí databáze EBSCO MedLine. Pro popis stavu v Polsku posloužily jako výchozí stránky Institutu Medycyny Pracy v Lodži.

2 Historie zkoumání zdravotní gramotnosti

V angloamerické USA je zdravotní gramotnost (health literacy) předmětem výzkumu zhruba od 80. let 20. století. Jednu z prvních definic nicméně přinesla Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 1998. Na ni bezprostředně navazuje výše zmíněná definice D. Nutbeama. Ten označil zdravotní gramotnost za mnohodimenzionální konstrukt. Nutbeam navázal na řadu prací zkoumajících v 90. letech výstupy (outcomes) systému zdravotní péče. Jedním z nich je podle něj právě zdravotní gramotnost. Ta nabývá tří různých úrovní. Nejnižší úroveň představuje funkční gramotnost, tedy základní porozumění informacím a jednotlivým pojmům. Pod pojmem interaktivní gramotnost dále rozumí speciální kognitivní schopnosti, které umožňují komunikaci na toto téma. Nejvyšší úroveň gramotnosti označuje Nutbeam jako gramotnost kritickou neboli schopnost analyzovat a aplikovat informace ve zdravotnictví s cílem získat vyšší kontrolu nad jednotlivými životními situacemi. (Nutbeam, 2000, s. 265).

Někteří další výzkumníci v zásadě sledují tento koncept, byť úrovně zdravotní gramotnosti třídí poněkud odlišně. Např. I. Kickbusch a D. Maag (2008) toto rozdělení přejímají kompletně, ale hranice jsou mezi úrovněmi vedeny jinudy. J. Pelikan a K. Ganahl (2017) rozlišují jiné úrovně, a to podle zacházení s informacemi. Ty je možné (1) nacházet, (2) chápat, (3) posuzovat a (4) používat ve svůj vlastní prospěch.

Všichni tito autoři chápou zdravotní gramotnost jako dovednost zvláštního druhu a automaticky se chápou cíle rozvíjet tuto specifickou vlastnost jako takovou. Oproti tomu stojí koncept Zarcadoolas et al. (2005). Ten rozlišuje fundamentální gramotnost (čtení, psaní,

počítání) a na ni se postupně vrstvicí specifitější znalosti a dovednosti v jednotlivých oborech. Tento koncept pak částečně odráží Von Wagner et al. (2015), kteří zdůrazňují, že zdravotní gramotnost sama o sobě je jakýmsi katalyzátorem úkonů a je odvislá od obecné gramotnosti a schopnosti porozumění textu. Jestliže Nutbeam, Kickbusch a Maag jsou představiteli sociologického přístupu, pak Zarcadoolas a Von Wagner představují postup, který (Sørensen et al., 2012) označují jako psychologický.

Vedle toho existují přístupy strukturální, jak je prezentuje třeba Soellner et al. (2010), které pod zdravotní gramotnost zahrnují osobnostní rysy – zejména disciplínu, schopnost odpírat si a přijímání odpovědnosti, a rovněž přístupy pedagogické, jak je prezentují např. Paakari a Paakari (2012).

3 Výzkum ve střední Evropě

Za určující osobnost výzkumu zdravotní gramotnosti ve střední Evropě můžeme považovat zejména švýcarského autora T. Abela, šéfredaktora časopisu *International Journal of Public Health*. Jeho názor, že Nutbeamova definice je příliš individualistická a zcela opomíjí otázku, kdo produkuje zdravé životní prostředí (Abel, 2015a, s. 14), předznamenal zaměření výzkumu ve střední Evropě. Plně se zde ujal sociologický model, který byl navíc oproti původní podobě rozvinut. Abel (2007, s. 45) vychází z rozdělení kulturního kapitálu podle Bourdieua. Strukturální a materiální podmínky byly prý obecně ve výzkumech zdůrazňovány, zatímco role kulturního kontextu opomíjena. Ottavská charta Světové zdravotnické organizace z roku 1986, na jejíchž premisách jsou reformy zdravotnictví v Evropě často stavěny, často uvádí pojem konfliktu zájmů či otázky působení síly. Ty se obvykle vztahují k ekonomickému kapitálu. Podle Abela (2007, s. 47) je ale nutné stejné analýze podrobit i složky zdravotnictví, které jsou v oblasti sociální a zejména kulturní. Pokud někdo určuje, co je zdravý životní styl, je to údajně také působení síly.

Oč méně jsou v rámci výzkumu řešeny interní faktory jedince, o to více se zabývají jeho postavením ve společnosti (příslušnost k menšinám, sociální status), spravedlivým nastavením systému, popř. jeho zefektivněním a především metodami, jak žádoucího stavu docílit (vyšší požadavky na formu pojištění, specializovaná výuka v rámci školních osnov, školení a vyšší odpovědnost za informovanost pro zdravotní pojišťovny).

Bourdieu (1986) rozděluje kulturní kapitál na inkorporovaný, objektivizovaný a institucionalizovaný. Abel (2007, s. 56-57) stanovuje tři kategorie, které dohromady určují tzv. zdravotní status – zdravotní předpoklady, strukturální determinanty a behaviorální

determinanty. Tyto dvě trojice spolu mohou vytvářet jakési dvojice – inkorporovaný kulturní kapitál v oblasti zdravého životního stylu znamená pozitivní (ale i negativní) návyky a zautomatizované činnosti každého jedince. Ty úzce determinují zdravotní předpoklady. Institucionalizovaný kulturní kapitál je tvořen na míru uzpůsobeným systémem zdravotní péče (pojišťoven, sítě poskytovatelů, mírou participace pacientů). Abelovi se kulturní kapitál jeví jako vhodný prostředek k přesnějšímu popisu, co přesně určuje dosažené individuální výsledky v rámci systému.

Ve středoevropském pojetí bývá pojem health literacy překládán do jednotlivých jazyků, avšak každý překlad s sebou nese rozdíly v detailech. Porovnáním jednotlivých diskusí je možné dojít k závěru, že německý termín Gesundheitskompetenz je poněkud širší. Právě Abel (2008) ještě před počátkem skutečné diskuse v Německu vybízel k zohledňování sociálních faktorů. Ty následně zohledňuje velmi široce, a to ve dvou rovinách. Jednak doporučuje v každé zemi brát v úvahu místní specifika (2015b, s. 49), jednak ale posouvá těžiště zdravotní gramotnosti k externím faktorům. Na svých zkušenostech s osvětovými programy, které nepadly na úrodnou půdu, ukazuje, že vyšší kompetence pacienta, resp. větší míra informovanosti, se ujme jen tam, kde se může relevantně projevit. Jakékoli programy je potom nutno utvářet tak, aby cílová sociální skupina byla ochotna své chování měnit, tedy tak, aby jedna forma kulturního kapitálu mohla být podpořena jinou. V tomto případě osvěta (objektivizovaný kapitál) musí padnout na úrodnou půdu zájmu o zdravý styl (inkorporovaný kapitál). V opačném případě ztrácí cílové skupiny zájem (2015a, s. 18).

V rakouském prostředí je používán tentýž termín, avšak rozdělení úrovní vychází z prací J. Pelikana (viz výše). V Rakousku se tématu Gesundheitskompetenz věnuje především Institut Ludwiga Boltzmana, jehož zaměstnanci (včetně J. Pelikana), se následně stali spoluautory prvních průzkumů zdravotní gramotnosti v Nizozemsku a také v České republice.

V České republice se výzkum zdravotní gramotnosti teprve etabluje. V roce 2016 vyšel první průzkum pro ČR. Česká veřejnost v průzkumu dosáhla velmi podobných výsledků jako Rakousko. Obecně platí, že zdravotní gramotnost klesá s věkem respondentů. Ze všech zemí, kde doposud průzkum v rámci EU proběhl, je tento pokles nejdramatičtější právě v ČR (Kučera., 2017, s. 24). Na základě výsledků byly stanoveny priority, které se soustřeďují na rozvoj gramotnosti ve třech oblastech: zdravotní péče, prevence nemocí a podpora zdraví.

V polštině prozatím neexistuje pro zdravotní gramotnost ekvivalent. Současné práce se zasazují za používání pojmu biegłość zdrowotna (Dobras, 2016, s. 685). Oblastí, ve které je zatím rozvoj nejhlubší, je bezpečnost a ochrana zdraví při práci. Celý koncept je pak dáván do

souvislosti především s pracovním lékařstvím. I v Polsku se ovšem projevuje trend zabývat se primárně ohroženými skupinami. V zásadě jsou aktivně přijímány koncepty německých (popř. rakouských a švýcarských) autorů. Jeden z mála provedených průzkumů je zaměřen na stárnoucí populaci. Prozatím se neobjevila instituce, která by zkoumala zdravotní gramotnost jako hlavní objekt.

Ze sledovaných zemí se mírně odlišuje Slovensko. Výzkum zdravotní gramotnosti slovenského obyvatelstva, na rozdíl od Německa, Rakouska a ČR, neproběhl podle modelů HLS-EU, nýbrž podle australského modelu HLQ (Osborne, R. et al., 2017). Ten byl zaměřen na menší počet oblastí, v nichž pacient oproti HLS-EU neprovádí pouhé sebehodnocení, ale je hodnocen v rámci interview. I tento dotazník ovšem pracuje s koncepty nerovností a je určen primárně znevýhodněným skupinám obyvatelstva (menšiny, nízkopříjmové skupiny, senioři aj.) (Čepová et al., 2017). V oblasti doporučení je ale Slovensko rezervovanější a cílí především na skupinu chronicky nemocných. Ti dosahují ve všech systémech relativně horších výsledků.

4 Praktická opatření

V Německu, kde je ze střední Evropy výzkum zdaleka nejpokročilejší, se výsledky HLS-EU staly základem pro národní průzkum, tzv. HLS-GER, který byl proveden Institutem Roberta Kocha a který výsledky potvrdil. V červnu 2017 vydalo Spolkové ministerstvo zdravotnictví spolu s Konferencí zemských ministerstev Prohlášení aliance pro zdravotní gramotnost. Hlavním cílem deklarace je „posílení obecné zdravotní gramotnosti obyvatelstva pomocí vzdělávání“. V deklaraci je dále stanoveno, že každý ze zapojených subjektů má navrhnout možnosti řešení ve vlastní kompetenci, a to především ve vztahu ke skupinám s nízkou HL. Dále má vzniknout informační portál nabízející stručnou formou přehledné a podložené informace. Snahu poskytovat centrálně osvědčené informace však nelze vidět příliš optimisticky. Je nutné připomenout, že Německo má za sebou již několik pokusů certifikovat spolehlivé webové stránky, které vždy selhaly a bylo na ně vynaloženo nemalé úsilí (Janura, 2018).

V únoru 2018 vznikl na podkladě této deklarace Národní akční plán zdravotní gramotnosti. Na vypracování se podílela především Univerzita Bielefeld, která se během posledních let stala centrem zkoumání zdravotní gramotnosti. V souladu s tvrzením T. Abela je zde prezentována zdravotní gramotnost jako výsledek souhry osobních dovedností a dobře nastaveného systému. Z toho vyplývají dvě linie tvorby konkrétní politiky – rozvoj

kompetencí a rozvoj systému (Schaeffer et al., 2018, s. 13). Konkrétně to pak znamená posílení individuální zdravotní gramotnosti, vtažení pacienta do hry jako aktivního spolutvůrce, společné rozhodování (shared-decision-making) a uživatelsky srozumitelný systém (Schaeffer et al., 2018, s. 19). Zásadní překážky spatřuje Národní akční plán v obecně nízkém vzdělání (u vybraných skupin obyvatelstva) (Schaeffer et al., 2018, s. 21). Jedno z doporučení se týká i tvorby „kompetentního“ zdravotního pojištění. Požadavkem na takovou formu pojištění je, aby pojištěnci chápali dopady svých kroků v jednotlivých životních situacích. Podpora zdravotní gramotnosti byla nyní opětovně uložena Spolkové centrále pro zdravotní osvětu (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), která byla s tímto cílem v 60. letech 20. století budována, ale následně byly jejími prioritami pouze primární prevence určitých onemocnění.

Rakousko, kde je hlavním nositelem výzkumu Institut Ludwiga Boltzmann, je inovátorem v právě v oblasti tvorby kompetentního zdravotního pojištění. Jednotlivé koncepty takového pojištění jsou zatím spíše předmětem diskusí (např. Pelikan, 2018) a jejich přenositelnost např. do Německa se zcela odlišným systémem pojišťoven bude také problematická. Obdobou německého Prohlášení aliance pro zdravotní gramotnost se v Rakousku stal tzv. Rámcový cíl zdravotnictví 3 (Rahmen-Gesundheitsziel 3) (delle Grazie et al., 2014). Ten shrnul odbornou debatu, ale nebyl inkorporován do podoby akčního plánu či jiného vládního dokumentu. Podobné shrnutí bylo v roce 2015 vydáno ve Švýcarsku (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2015).

V České republice byly zveřejněny výsledky průzkumu na bázi HLS-EU v roce 2016. Nepříliš příznivé výsledky (jen mírně lepší než v Bulharsku) vedly k založení Ústavu pro zdravotní gramotnost. Do té doby se zkoumání zdravotní gramotnosti věnoval Státní zdravotní ústav. České prostředí nepřejalo jen bázi pro průzkum gramotnosti, ale i sadu doporučení vyplývajících z výsledků. Podle průzkumu jsou v ČR nejvýznamnějšími faktory věk a vzdělání (Kučera, 2017, s. 36). Sada komplexních doporučení či akční plán ještě nebyly přijaty, ale jeho tvorbě se věnuje pracovní skupina Ministerstva zdravotnictví ČR (Ústav pro zdravotní gramotnost, 2017). Vzhledem k tomu, že zdravotní gramotnost klesá v ČR s věkem rychleji než v ostatních zemích, lze čekat aktivní kroky ke zvyšování gramotnosti seniorů.

Diskuse a závěr

Středoevropské prostředí přejalo z USA jako podnět myšlenku rozvoje zdravotní gramotnosti. Zatímco v angloamerickém prostředí je diskuse širší a je zde aplikována řada

velmi různorodých přístupů (mj. psychologický, pedagogický), středoevropské průzkumy rozvíjejí téměř výhradně koncept D. Nutbeam. Švýcarský autor T. Abel přišel s klíčovou myšlenkou propojit Bourdieuv koncept kulturního kapitálu se zdravotní gramotností. Toto spojení zásadně ovlivnilo středoevropské chápání zdravotní gramotnosti – nejedná se jen o individuální vlastnosti obyvatel, ale snahu plošně zvyšovat sociální status některých skupin a umožnit jim zúročit nabyté vědomosti.

Jak je patrné, praktická doporučení, která jsou zde uvedena jen na příkladu Německa, ale která se nijak neliší od doporučení ve Švýcarsku a Rakousku, tuto linii sledují také. Kromě zavedení specializovaných forem výuky či poskytování věrohodných informací se jedná o aktivní asistenci znevýhodněným skupinám. To jsou praktické důsledky chápání zdravotní gramotnosti jako součásti kulturního kapitálu.

Tab. 1: Srovnání přístupů ke zdravotní gramotnosti v různých zemích.

Země	Typ průzkumu	Přístup (autoři)
USA	Různé (REALM, TOFLA, HALS)	Psychologický (Zarcadoolas), pedagogický (Paakari a Paakari), sociologický (Nutbeam)
Švýcarsko	HLS	Sociologický (Abel)
Německo	HLS	Sociologický (Abel, Sommerhalder, Soellner)
Rakousko	HLS	Sociologický (Pelikan)
ČR	HLS	Sociologický (Pelikan, Kučera)
Slovensko	HLQ (Osborne)	Sociologický (Nutbeam)
Polsko	HLS	-

Zdroj: vlastní představa

Tato tabulka ukazuje, že mezi zkoumanými zeměmi střední Evropy nepanují velké rozdíly v recepci problematiky zdravotní gramotnosti. Nejpokročilejší je výzkum ve Švýcarsku, Německu a Rakousku. Poté, co se v ČR zkoumání etablovalo s určitým zpožděním, vyvíjí se stejným směrem jako v Německu či Rakousku. Nejméně pokročilý je naopak výzkum v Polsku, kde se zájem o problematiku teprve rozvíjí. Slovensko, pokud je možno z omezeného množství publikací soudit, aplikuje původní Nutbeamův model a nezdůrazňuje jako jeden z prostředků ke zvyšování zdravotní gramotnosti snižování sociálních nerovností. Vliv Abela a role kulturního kapitálu je tu menší.

Je patrné, že přes společný základ jsou jak průzkumy, tak především praktické kroky vždy přizpůsobeny konkrétnímu prostředí. Zatímco v Německu jde získávání zdravotní gramotnosti ruku v ruce s předáváním větší míry odpovědnosti pojištěncům, což je dlouhodobý trend německého zdravotnictví, například v ČR bude možno realizovat „kompetentní“ zdravotní pojištění jen omezeně. Ostatně takové doporučení se ani v českém prostředí neobjevuje. Je otázkou, jak se bude vyvíjet výzkum v Polsku a jaké praktické kroky budou následovat.

Literatura:

- Abel, T. (2007). Cultural Capital in Health Promotion. In: Health and Modernity. New York.
- Abel, T. (2008). Measuring health literacy: moving towards a health – promotion perspective. *International Journal of Public Health*. 53(4), 169-170.
- Abel, T. (2015a). Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Von Definitionen über Konzepte zu den Operationalisierungen – und zurück. In: Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Köln.
- Abel, T. (2015b). Gesundheitskompetenz messen. In: Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Köln.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: Handbook of theory and research for the sociology of education. J. G. Richardson (Ed.). Greenwood Press.
- Čepová et al. (2017). Zdravotná gramotnosť, metóda jako zlepšiť zdravie populácie a jej využitie vo verejnom zdravotníctve. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. 12(1), 24-32.
- Delle Grazie, J. (2014). Gesundheitsziel 3. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Bericht der Arbeitsgruppe. Wien.
- Dobras, M. (2016). Health literacy jako element polskiego system opieki profilaktycznej nad pracownikami. *Medycyna pracy*. 67(5), 681-689.
- Janura, L. (2018). Od prvních průzkumů k akčnímu plánu – zkoumání zdravotní gramotnosti v Německu. *Kontakt*. 20(4), 32.
- Kučera, Z. (2017). Zdravotní gramotnost v České republice. [online] [vid. 2018-09-02]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/12_prezentace.pdf
- Kickbusch, I., Maag, D. (2008). Health Literacy. In: International Encyclopedia of Public Health. Kris, H., Stella, Q., eds. (s. 204-211). Academic Press.

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15(3), 259-267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 67(12), 2072-8.
- Osborne, R. et al. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 13, 658-675.
- Paakari, L., Paakari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*. 112(2), 133-152.
- Pelikan, J. (2018). In wie fern ist mangelnde Gesundheitskompetenz eine Herausforderung für das österreichische Gesundheitssystem? [online] [vid. 2018-09-25]. Dostupné z: https://lebenshilfe.at/wp-content/uploads/Praesentation_Pelikan.pdf
- Pelikan, J., Ganahl, K. (2017). Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS-EU Consortium's Health Literacy Assessment Effort. *Studies in health technology and informatics*. [online] [vid. 2018-03-08]. Dostupné z: <http://ebooks.iospress.nl/publication/47672>.
- Schaffer, D. et al. (2018). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin.
- Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2015). Gesundheitskompetenz in der Schweiz. Stand und Perspektiven. *Swiss Academies Reports* 10 (4).
- Soellner, H. et al. (2010). Facetten der Gesundheitskompetenz – eine Expertenbefragung. *Zeitschrift für Pädagogik*, 2010, 56/ Beiheft. [online] [vid. 2018-03-24]. Dostupné z: https://www.pedocs.de/volltexte/2010/3384/pdf/Soellner_Huber_Lenartz_Rudinger_Projekt_Gesundheitskompetenz_D_A.pdf.
- Sørensen, K. et al. (2012). Health Literacy and Public Health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. [online] [vid. 2018-01-28]. Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Sørensen, K. et al. (2015). Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 25(6), 1053-1058.
- Ústav pro zdravotní gramotnost (2017). 1. Národní konference o zdravotní gramotnosti. Situační dokument. [online] [vid. 2018-09-05]. Dostupné z: http://www.uzg.cz/doc/Situacni_dokument_UZG.pdf
- von Wagner C (2015). Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Education and Behavior*. 36(5), 860-877.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 20(2), 195-2003.

Kontakt

Lukáš Janura

Faculty of Social Sciences, Charles University Prague

januralukas@gmail.com