

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ, METÓDA AKO ZLEPŠIŤ ZDRAVIE POPULÁCIE A JEJ VYUŽITIE VO VEREJNOM ZDRAVOTNÍCTVE

HEALTH LITERACY, METHOD AS IMPROVE HEALTH POPULATION AND EXPLOITATION IN PUBLIC HEALTH

Čepová E., Kolarčík P., Madarasová Gecková A.

Ústav psychológie zdravia, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Slovensko

Abstrakt:

Úvod: Zdravotná gramotnosť zohráva kľúčovú úlohu v oblasti podpory zdravia, ale i v oblasti efektívneho poskytovania zdravotníckej starostlivosti. Rastúci záujem o túto problematiku vedie k vývoju nových nástrojov ako i spôsobov ich uplatnenia v praxi.

Zameranie práce: Cieľom príspevku je predstaviť Osbornov Dotazník zdravotnej gramotnosti ako základného nástroja v programe Ophelia slúžiaceho na vyvíjanie intervencií v oblasti efektívneho manažmentu chronických ochorení.

Záver: Je potrebné vytvárať vhodné opatrenia zvyšujúce zdravotnú gramotnosť a tak prispieť k zlepšeniu úrovne celkového zdravia populácie.

Kľúčové slová: prevencia, verejné zdravie, zdravotná gramotnosť

Abstract:

Background: Health literacy plays a key role in health promotion as well as in the effective administration of health care. The growing awareness about this topic leads to the development of new tools and ways of their practical application.

Core of work: The aim of this study is to present Osborne's Health literacy questionnaire as an Essentials tool in the program Ophelia which is aimed to develop interventions in the effective management of chronic diseases.

Conclusion: It is necessary to create appropriate measures increasing health literacy and thus contribute to improving the overall health of the population.

Keywords: prevention, public health, health literacy

ÚVOD

Úroveň zdravotnej gramotnosti je jednou z kľúčových determinantov zdravia, ktorá zohráva dôležitú úlohu v oblasti podpory zdravia ale i v oblasti efektívneho poskytovania zdravotníckej starostlivosti (Sørensen, Broucke et al. 2013). Kým v roku 2000 bolo publikovaných iba 32 vedeckých prác venovaných zdravotnej gramotnosti, v roku 2014 ich bolo už cez 1000 - čo svedčí o prudkom náraste záujmu o túto problematiku ako aj narastajúci význam v oblasti verejného zdravia a zdravotnej starostlivosti (Sorensen, Broucke et al. 2012, Sykes, Wills et al. 2013). Stáva sa hlavnou politickou témou v globálnom meradle a je používaná ako kľúčový prvok pre riešenie globálnych zdravotných problémov ako aj v

mnohých výskumných a politických programov vo svete (United Nations Economic and Social Council 2010).

Rozsiahle výskumy vykonané v Austrálii, Spojených štátoch amerických a Európe poukazujú, že viac ako polovica opýtanej populácie má nedostatočnú alebo problematickú úroveň zdravotnej gramotnosti (Australian Bureau of Statistics 2009; U.S. Department of Health and Human Services 2008; Sørensen, Pelikan et al. 2015). Nízka, respektíve nedostatočná úroveň zdravotnej gramotnosti súvisela s horším zdravím, vyššou úmrtnosťou a vyššou mierou využívania zdravotníckych služieb vrátane zvýšenia hospitalizácii ako aj neodkladnej poskytovanej zdravotnej starostlivosti (Berkman, Sheridan et al. 2011; Kanj, Mitic 2009; Wolf, Gazmararian et al. 2005). Niektoré štúdie poukazujú na súvislosť nízkej úrovne zdravotnej gramotnosti s vyšším výskytom a horším manažmentom chronických ochorení, čo predovšetkým súvisí s nedodržiavaním pokynov lekára (Gazmararian, Kripalani et al. 2006; Paasche-Orlow, Parker et al. 2005; Sarkar, Karter et al. 2010) a rizikového správania (Sudore, Mehta et al. 2006).

HLAVNÁ ČASŤ PRÁCE

KONCEPT ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

Svetová zdravotnícka organizácia zdravotnú gramotnosť definuje ako „*kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k pochopeniu a použitiu informácií spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobrý zdravotný stav*“, teda schopnosť človeka vyhľadávať, pochopiť a využiť informácie o zdraví a zdravotníckych službách (World Health Organization 1998). Diskusie o úlohe zdravotnej gramotnosti zdôrazňujú význam interakcie medzi požiadavkami zdravotných systémov (napr. komunikačné atribúty poskytovateľa zdravotnej starostlivosti, zložitosť, náročnosť zdravotníckych informácií, charakteristika systému zdravotníckej starostlivosti...) a zručnosťami jednotlivcov (získavanie, spracovanie a pochopenie informácií...) (Sorensen, Broucke et al. 2012; Health literacy connection 2014). Inštitút medicíny (IOM) podobne definuje zdravotnú gramotnosť ako schopnosť jednotlivcov získať, spracovať a pochopiť základné informácie o zdraví a zdravotníckych službách pre potrebné rozhodnutia v oblasti zdravia (Nielsen-Bohlman, Panzer et al. 2004). Hlavnou podstatou definície je, že koncept zdravotnej gramotnosti zahŕňa vedomosti, motiváciu a kompetencie potrebné k zabezpečeniu prístupu k produktom a službám potrebným k podpore zdravia, pochopeniu systému zdravotníckej starostlivosti, hodnoteniu a aplikovaniu informácií o zdraví, tak aby bolo možné robiť rozhodnutia týkajúce sa zdravotnej starostlivosti, prevencie chorôb a podpory zdravia v každodennom živote (Sorensen, Broucke et al. 2012).

Konceptualizácia a meranie zdravotnej gramotnosti

Pri analýze zdravotnej gramotnosti je často využívaný Nutbeamov koncepčný model zdravotnej gramotnosti rozlišujúci funkčnú, interaktívnu a kritickú úroveň zdravotnej gramotnosti (Nutbeam 2000). Hlavnou podstatou funkčnej zdravotnej gramotnosti je tradičná zdravotná výchova, ktorá poskytuje informácie o zdravotných rizikách a o tom ako sa správne správať v zdravotníckom systéme. Cieľom je rozšíriť a prehĺbiť znalosti ľudí o zdravotných rizikových faktoroch a viesť k ochote prijímať opatrenia. Patrí sem napríklad účasť na

očkovaní alebo dodržiavanie harmonogramu preventívnych prehliadok (Holčík 2012). Interaktívna zdravotná gramotnosť sa zameriava na rozvoj schopností občanov konať samostatne a posilňovať ich motiváciu a zodpovednosť pri rešpektovaní pokynov o zdraví. Dôležitým aspektom je rozvoj samostatnosti pri rozhodovaní o upevňovaní vnútornej motivácie v snahe prispieť k zlepšeniu zdravia. Patria sem niektoré zdravotne výchovne programy (Holčík 2012). Kritická zdravotná gramotnosť zahŕňa jednotlivcov, ktorí sú schopní zhodnotiť, identifikovať zdravotné problémy a podieľať sa na zlepšení zdravia v rámci politického systému (Sykes, Wills et al. 2013, Szydłowski 2016).

Meranie zdravotnej gramotnosti

V minulosti vytvorené nástroje na meranie zdravotnej gramotnosti sú založené na čítaní s porozumením, čo však neposkytuje dostatok informácií pre plánovanie a realizáciu intervencií a prípadný rozvoj zdravotnej gramotnosti. Líšia sa štýlom riadenia a zameraním na konkrétne aspekty, ako je poznanie a schopnosť, matematická gramotnosť, porozumenie a vyslovenie lekárskeho pojmu (Sorensen, Broucke al. 2012). Niektoré nástroje boli vyvinuté ako skriningové a slúžia na identifikovanie ľudí s nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti. Príkladmi tohto nástroja sú Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM-SF, REALM-VS, REALD-99, REALM-Teen, REAL-G), Testy funkčnej zdravotnej gramotnosti (TOFHLA, S-TOFHLA) a Newest Vital Sign (NVS). Tieto nástroje sú najčastejšie používané v klinickej praxi. Cieľom ostatných nástrojov je zabezpečiť dôkladne zhodnotenie úrovne zdravotnej gramotnosti, ako aj preskúmať vzťahy s determinantami zdravia, zdravotných návykov, zdravotným stavom a využívaním zdravotných služieb. Patria sem napríklad National Assessment of Adult Literacy survey (NAAL), Critical Health Competence Test (CHC), Swiss Health Literacy Survey, Health Literacy Management Scale (HeLMS) (Sørensen, Broucke al. 2013). Žiadny z týchto nástrojov však nedokáže úplne zachytiť silné a slabé stránky a popísať profil zdravotnej gramotnosti respondentanedostatky a zmerať úroveň zdravotnej gramotnosti.Práve kvôli týmto obmedzeniam existujúcich meracích nástrojov bol vyvinutý *Dotazník zdravotnej gramotnosti (Health literacy questionnaire, HLQ)* (Osborne, Batterham et al. 2013).

HLQ vyvinul výskumný tím prof. Richarda Osbornaz Deakin univerzity v Melbourne (Austrália). Komplexný model zdravotnej gramotnosti vyvinuli pomocou metódy mapovania konceptov v úzkej spolupráci s pacientmi, poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, manažérmi a tvorcami politík v oblasti zdravia a zdravotnej starostlivost. V rámci workshopov prebiehali konzultácie s odborníkmi a pacientmi, ktoré viedli k identifikácii obsahu jednotlivých domén zdravotnej gramotnosti. Následne sa analyzovali údaje z prvotných konzultácií, kde bol odvodený nový multidimenzionálny profil zdravotnej gramotnosti (Osborne, Batterham et al. 2013).

HLQ je komplexný merací nástroj, ktorý sa zameriava na deväť rôznych oblastí zdravotnej gramotnosti, ktoré umožňujú vytvoriť detailný profil zdravotnej gramotnosti respondenta a identifikovať problematické oblasti, na ktoré je vhodné zacieliť odporúčania či intervencie smerujúce k zlepšeniu zdravotnej gramotnosti (Osborne, Batterham et al. 2013). Preklad a adaptácia HLQ dotazníka prebieha podľa protokolu vypracovaného autormi

dotazníka a v úzkej spolupráci s nimi. Okrem slovenskej a českej verzie HLQ sa v súčasnosti sa pripravuje talianska, nemecká, grécka, čínska, dánska, holandská a nórska verzia HLQ dotazníka.

Obr. 1 Vývoj HLQ dotazníka pozostával z nasledovných krokov:

Prvý krok	• Vyhodnotenie koncepcie, kde prebehla redukcia 24 domén na 11 domén zdravotnej gramotnosti
Druhý krok	• Vývoj položiek a hypotéz na základe Bloomovej taxonómie pre rozvoj nástroja. Cieľom položiek je zachytiť širokú škálu skúseností ľudí, ktorí využívajú služby zdravotnej starostlivosti (bariéromožnostiach využívania)
Tretí krok	• Konzultácia a preskúmanie na miestnej a medzinárodnej úrovni
Štvrtý krok	• Objasnenie domén HLQ dotazníka.
Piatý krok	• Generovanie položiek a prehľad obťažnosti položiek
Šiesty krok	• Testovanie HLQ na kalibračnej vzorke
Siedmy krok	• Vylepšovanie (úprava) položiek
Ôsmy krok	• Finálna verzia HLQ dotazníka, ktorá zahŕňa 44 otázok a deväť domén. Každá doména obsahuje 4 až 6 otázok.

V stručnosti sa venujeme charakteristike 9-tich identifikovaných domén dotazníka HLQ. Uvedené domény slúžia pre presnejšie priradenie určitej úrovne zdravotnej gramotnosti v sledovanej populácii. Dotazník HLQ sa snaží poskytnúť relevantné informácie o tom, akú intervenciu zaviesť pre optimalizáciu výsledkov v oblasti zdravia.

HLQ obsahuje tieto domény, pričom charakterizuje prejavy nízkej a vysokej úrovne v danej dimenzii u respondenta:

1. Pocit pochopenia a podpory od poskytovateľov zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény: Ľudia s nízkou úrovňou tejto domény nie sú schopní spolupracovať s lekármi alebo inými poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Nemajú spoľahlivého poskytovateľa zdravotnej starostlivosti alebo majú problém dôverovať poskytovateľom zdravotnej starostlivosti pre zdroj informácií alebo poradenstvo.

Vysoká úroveň domény: Ľudia majú vzťah s aspoň s jedným poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, ktorý ich dobre pozná a dôverujú v poskytovaných radách a informáciách. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti pomáha porozumieť informáciám a vykonávať rozhodnutia o zdraví.

2. Dostatočné informácie o starostlivosti o svoje zdravie

Nízka úroveň domény: Osoby s obmedzenou úrovňou zdravotnej gramotnosti v tejto doméne sa domnievajú, že majú medzery vo vedomostiach a nemajú dostatok informácií, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.

Vysoká úroveň domény: Osoby majú a vedia všetky informácie, ktoré sú potrebné k tomu ako viesť zdravý život.

3. Aktívna starostlivosť o svoje zdravie

Nízka úroveň domény: Ľudia s nízkou úrovňou tejto domény neberú svoje zdravie ako svoju zodpovednosť, čím nedbajú na starostlivosť o svoje zdravie.

Vysoká úroveň domény: Ľudia uznávajú dôležitosť zdravia a sú schopní prevziať zodpovednosť za svoje zdravie. Aktívne sa zapájajú do starostlivosti o svoje zdravie a robia rozhodnutia o zdraví. Zdravie je pre nich prioritou.

4. Sociálna opora v oblasti zdravia

Nízka úroveň domény: Ľudia nemajú sociálnu podporu v otázkach zdravia.

Vysoká úroveň domény: Ľudia majú sociálnu oporu ktorú potrebujú pre svoje zdravie.

5. Posúdenie zdravotných informácií

Nízka úroveň domény: Respondenti nedokážu pochopiť väčšinu informácií o zdraví aj napriek snahe a nedokážu posúdiť, ktoré informácie sú pre nich správne.

Vysoká úroveň domény: Ľudia majú schopnosť identifikovať správne a spoľahlivé informácie. Dokážu vyriešiť nesprávne informácie sami alebo s pomocou ostatných.

6. Schopnosť aktívnej spolupráce s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény: Osoby sú pasívne v prístupe k systému zdravotnej starostlivosti. Aktívne nevyhľadávajú informácie, rady a služby zdravotnej starostlivosti. Prijímajú informácie, ktoré sú k dispozícii a nekladú otázky v prípade, ak im je niečo nejasné alebo nechápu. Nesnažia sa zabezpečiť všetko potrebné pre svoje zdravie.

Vysoká úroveň domény: Osoby sa aktívne, starajú sa o svoje zdravie a majú vybudovaný vzťah s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Sú schopné sa poradiť s poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti, ak je to potrebné v prípade nejasnosti.

7. Navigácia v systéme zdravotnej starostlivosti

Nízka úroveň domény: Osobám pri tejto úrovni nemá kto poradiť a pomôcť, ako využiť systém zdravotnej starostlivosti. Taktiež majú problém s pochopením, čo je k dispozícii v systéme zdravotnej starostlivosti a na čo majú nárok.

Vysoká úroveň domény: Osoby dokážu zistiť na aké služby v zdravotníckom systéme majú nárok a využívať ich. Sú schopné obhájiť prečo je to v prospech pre nich v systéme zdravotnej starostlivosti.

8. Schopnosť nájsť aktuálne informácie o zdraví

Nízka úroveň domény: Osoby nedokážu získať prístup k aktuálnym informáciám. Sú závislé na poskytnutí informácií od iných.

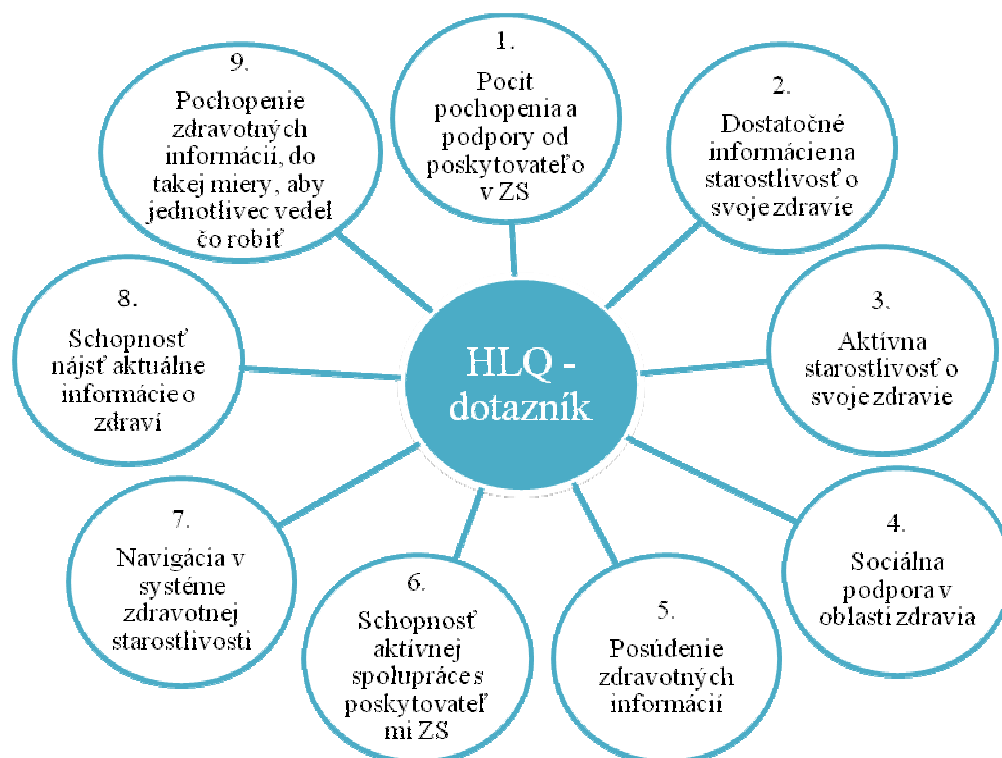
Vysoká úroveň domény: Osoby s touto úrovňou aktívne využívajú dostatok zdrojov pre vyhľadávanie aktuálnych informácií.

9. Pochopenie zdravotných informácií, do takej miery, aby jednotlivec vedel, čo robiť

Nízka úroveň domény: Ľudia majú problém s porozumením písaných zdravotníckych informácií alebo poučeníu o vyšetrení a inštrukciám ako správne užívať lieky. Je pre nich obtiažne čítať alebo vyplňať lekárske formuláre.

Vysoká úroveň domény: Osoby sú schopné porozumieť všetkým písaným informáciám (vrátane numerických informácií). V prípade potreby dokážu adekvátne vyplniť zdravotnícke formuláre týkajúce sa zdravia (Osborne, Batterham et al. 2013).

Obr. 2 HLQ obsahuje tieto domény:

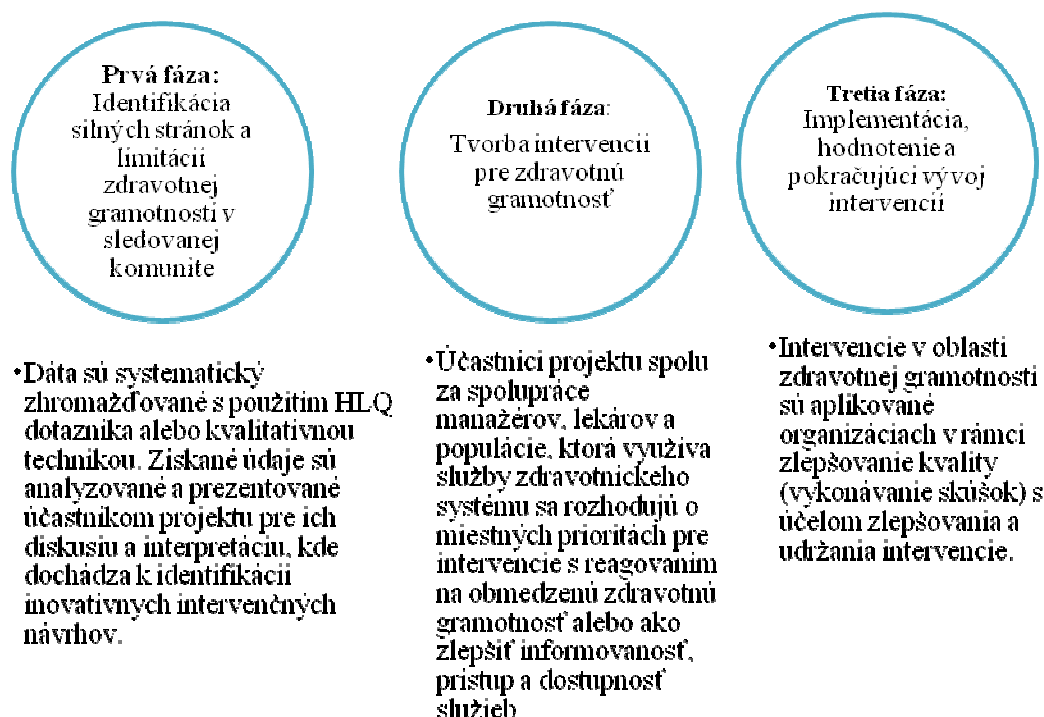


Zdravotná gramotnosť ako kľúčový prvok intervencie

Je dôležité podporovať a vytvárať správne intervenčné opatrenia, čím sa môže prispieť k zvýšeniu úrovne zdravotnej gramotnosti. V súčasnosti sa do popredia dostáva intervenčný program pod názvom Ophelia (Optimising health literacy to improve health and equity) – optimalizácia zdravotnej gramotnosti, ktorý si kladie za cieľ identifikovať problematické domény zdravotnej gramotnosti v skupinách pacientov trpiacich chronickým ochorením a vytvoriť vhodné intervenčné programy (Batterham, Buchbinder et al. 2014). Ophelia projekt prebieha v troch fázach (OPHELIA 2014b).

Navrhovaný projekt vytvára intervencie zdravotnej gramotnosti, ktoré sú následne implementované a overované v systéme zdravotnej starostlivosti taktiež skúma zdravotnú gramotnosť ako príčinu sociálnych nerovností v zdraví. Tento projekt v praxi umožní porozumieť a vyhovieť potrebám jednotlivca a zdravotníckeho systému, ktoré môžu prispieť k zlepšeniu zdravotnej gramotnosti ako aj zlepšeniu kvality poskytovaných služieb (OPHELIA 2014a).

Obr. 3 Tri fázy Ophelia projektu



ZÁVER

Zdravotná gramotnosť môže byť jedným zo spôsobov ako predchádzať zdravotným problémom a chrániť zdravie, ale aj ako organizovať neočakávané situácie alebo problémy týkajúce sa zdravotného stavu.

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0032-11 a zmluvy č. APVV-15-0012

ZOZNAM LITERATÚRY

1. Australian Bureau of Statistics, 2009. *Health Literacy*. Sydney: Australian Bureau of Statistics 2009. (online) Dostupné na internete: <http://www.abs.gov.au/AUSSTATS/abs@.nsf/Lookup/4102.0Main+Features20June+2009>.
2. Batterham RQ, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S., Elsworth GR and Osborne R.W (2014). The OPTimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health*. **14**, pp. 694-694. ISSN 1471-2458.
3. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Helpert DJ and Crotty K (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. **155**(2), pp. 97-107. ISSN 1539-3704.

4. Gazmarian JA, Kripalani S, Miller MJ, Echt KV, Ren J and Raska K (2006). Factors Associated with Medication Refill Adherence in Cardiovascular-related Diseases. *Journal of General Internal Medicine*. **21**(12), pp. 1215-1221. ISSN 1525-1497.
5. Health literacy connection. What influences health literacy 2014. (online) Dostupné na internete: <http://www.healthliteracyconnection.ca/influences.aspx>.
6. Holčík, J. Zdravotní gramotnost je základnou podmínkou rozvoje zdraví. 2012 (online) Dostupné na internete: <http://www.medon-solutio.cz/online2012/index.php?linkID=txt20&lang=1>.
7. Kanj M and Mitic W (2009). Health Literacy and Health Promotion: Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region. Individual Empowerment – Conference Working Document. Geneva: World Health Organization. (online) Dostupné na internete http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf.
8. Nielsen - Bohlman L, Panzer A and Kinding D (2004) Health literacy: a prescription to end confusion. Washington, DC: National Academic Press, (online) Dostupné na internete [http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion/healthliteracyfinal.pdf](http://www.nationalacademies.org/hmd/~/media/Files/Report%20Files/2004/Health-Literacy-A-Prescription-to-End-Confusion/healthliteracyfinal.pdf).
9. 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): pp. 259. ISSN 1460-2245.
10. OPHELIA, 2014a, Health Literacy and Ophelia. 2014 (online) Dostupné na internete: http://www.deakin.edu.au/health/research/phi/documents/ophelia_brochure.pdf.
11. OPHELIA, 2014b, The Ophelia Approach to optimising health literacy. 2014 online Dostupné na internete: <https://www.ophelia.net.au/bundles/opheliapublic/pdf/Info-Sheet-7-The-Ophelia-Approach.pdf>.
12. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M and Buchbinder R (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. **13**(1): pp. 1-17. ISSN 1471-2458.
13. Paasche - Orlow M, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen - Bohlman L and Rudd R.R 2005. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. **20**: pp. 174-184. ISSN 1525-1497.
14. Sarkar U, Karter AJ, Liu JY, Moffet HH, Adler NE and Schillinger D (2010). Hypoglycemia is More Common Among Type 2 Diabetes Patients with Limited Health Literacy: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Journal of General Internal Medicine*. **25**(9): pp. 962-968. ISSN 1525-1497.
15. Sørensen K, Pelikan M, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, Broucke S, Brand H and HLS - EU consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. **25**(2): pp. 3-6. ISSN 1464-360X.
16. Sørensen K, Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne R.H and Brand H (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health

- Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. **13**(1): pp. 1-22. ISSN 1471-2458.
17. Sorensen K, Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H and HLS - EU Consortium 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. **12**(1): pp. 80. ISSN 1471-2458.
 18. Sudore R, Mehta K, Simonsick E, Harris T, Newman A, Satterfield S, Rosano C, Rooks R, Rubin S, Ayonayon H and Yaffe K (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. Journal of the American Geriatric Society. **54**(5): pp. 770-776. ISSN 1532-5415.
 19. Sykes S, Wills J, Rowlands G and Popple K (2013). Understanding critical health literacy: a concept analysis. BMC Public Health. **13**(1): pp. 150. ISSN 1471-2458.
 20. Szydlowski SJ (2016). Strategic Global Partnership to Cultivate Health Management Education: A North and South American Model. Clinical Social Work and Health Intervention. **7**(4): pp 67-70. ISSN 2222-386X/Print.
 21. U.S Department of Health and Human Services, America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services (2008). (online), Dostupné na internete: <https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/>.
 22. United Nations Economic and Social Council (2010). Health literacy and the Millenium Development Goals: United Nations Economic and Social Council (ECOSOC) regional meeting background paper. Journal of Health Communication. **15**, pp. 211-223. ISSN 1087-0415.
 23. Wolf MS, Gazmararian JA and Baker DW (2005). Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. Archives of Internal Medicine. **165**(17): pp. 1946-1952. ISSN 1538-3679.
 24. World Health Organization, Health Promotion Glossary. Geneva 1998. (online). Dostupné na internete <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> .

Kontakt / Contact address

Mgr. Eva Čepová
Ústav psychológie zdravia UPJŠ LF
Trieda SNP 1,
040 11 Košice,
Slovenská republika
Email e.cepova@gmail.com

Prednosta oddelenia:
Prof. Mgr. Andrea Madarasová Gecková, PhD.