

UNIVERZITET U BEOGRADU
MEDICINSKI FAKULTET

Nevena K. Todorović

PROCJENA ZDRAVSTVENE
PISMENOSTI ODRASLOG
STANOVNIŠTVA REGISTROVANOG KOD
DOKTORA PORODIČNE MEDICINE U
REPUBLICI SRPSKOJ

DOKTORSKA DISERTACIJA

Beograd, 2019

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF MEDICINE

Nevena K. Todorović

ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY IN
THE ADULT POPULATION REGISTERED
TO FAMILY MEDICINE PHYSICIANS IN
THE REPUBLIC OF SRPSKA

Doctoral Dissertation

Belgrade, 2019

Podaci o mentoru, komentoru i članovima komisije

Mentor: Prof. dr Aleksandra Jović Vraneš, profesor, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Institut za socijalnu medicinu.

Komentor: Prof. dr Nađa Vasiljević, profesor, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Institut za higijenu i medicinsku ekologiju

Članovi komisije:

1. Prof. dr Bojana Matejić, vanredni profesor, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Institut za socijalnu medicinu
2. Doc. dr Bosiljka Đikanović, docent, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Institut za socijalnu medicinu
3. Doc. dr Snežana Ukropina, docent, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Institut za javno zdravlje Vojvodine

ZAHVALNOST

Posebno se zahvaljujem svojoj mentorki prof. dr Aleksandri Jović-Vraneš na ukazanom povjerenju i strpljenju kojem me je učila, na velikoj podršci i pomoći u svim fazama izrade disertacije.

Zahvalnost dugujem komentoru prof. dr Nađi Vasiljević i članovima komisije prof. dr Bojani Matejić, doc. dr Bosiljki Đikanović i doc. dr Snežani Ukropina na pomoći i sugestijama u toku izrade ove disertacije.

Srdačno se zahvaljujem doc. dr Bosiljki Đikanović na podršci i dragocjenim savjetima tokom izbora teze disertacije.

Neizmjerno se zahvaljujem mojoj porodici, suprugu Aleksandru, sinovima Nikoli i Ivanu na pruženoj nesebičnoj ljubavi i brižnosti, na iskrenoj podršci, beskrajnom razumijevanju i motivaciji prilikom izrade disertacije.

Veliko hvala mojim roditeljima Koji i Nevenki Dobrijević koji su me naučili pravim životnim vrijednostima koje su me dovele do mjesta na kome se u ovom trenutku nalazim.

Doktorsku disertaciju posvećujem mojim sinovima Nikoli i Ivanu.

**PROCJENA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI ODRASLOG STANOVNIŠTVA
REGISTROVANOG KOD DOKTORA PORODIČNE MEDICINE U
REPUBLICI SRPSKOJ**

Sažetak

Zdravstvenu pismenost možemo definisati kao lične, kognitivne i socijalne vještine kojima se određuje motivacija i sposobnost pojedinaca da dođu do informacija, razumiju ih i koriste kako bi unaprijedili i održali dobro zdravlje. U procesu pružanja zdravstvene zaštite, zdravstvena pismenost predstavlja zajedničku odgovornost unutar koje pacijenti i zdravstveni radnici moraju komunicirati svako na način da ga onaj drugi razumije, kako bi mogli zajednički i odgovorno donositi odluke. Istraživanje je provedeno s ciljem da se ocijeni pouzdanost i valjanost instrumenta za mjerenje zdravstvene pismenosti, ocijeni zdravstvena pismenost korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite na teritoriji Republike Srpske (Bosna i Hercegovina), identifikuju faktori koji su povezani sa zdravstvenom pismenošću i predlože mjere iz domena promocije zdravlja za unapređenje zdravstvene pismenosti stanovništva. Istraživanje je provedeno kao studija presjeka u dva doma zdravlja–Prijeđor i Bijeljina, a uzorak je činilo 768 ispitanika. Instrument istraživanja bio je upitnik STOFHLA (Skraćeni test za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslog stanovništva–*Short Test of Functional Health Literacy in Adults*). Pored ovog upitnika, korišten je i upitnik u kome se nalaze pitanja koja obuhvataju: demografske, socijalne i ekonomske karakteristike ispitanika, samoprocjenu zdravlja, korišćenje zdravstvene službe, prisustvo hroničnih bolesti, faktore rizika za zdravlje i zadovoljstvo životom. Podaci su analizirani metodama deskriptivne i inferencijalne statistike. Neadekvatnu i marginalnu zdravstvenu pismenost ima 34,6% naših ispitanika, a adekvatnu 65,4%. Utvrđena je povezanost zdravstvene pismenosti u ispitivanoj populaciji sa starosnom dobi, nivoom obrazovanja, pripadnosti domu zdravlja, mjestom stanovanja i migracionim kretanjima, bračnim statusom, materijalnim stanjem, prisustvom i brojem bolesti, promjenom zdravstvenog stanja i samoprocjenom zdravlja, brojem posjeta porodičnim doktorima i brojem hospitalizacija, nedovoljnom fizičkom aktivnošću i samoprocjenom zadovoljstva životom samih ispitanika. Multivarijantnim logističkim modelom pokazano je da najveću vjerovatnoću da budu neadekvatno zdravstveno pismeni imaju

ispitanici starije životne dobi, razvedeni, koji borave u ruralnom području, lošeg materijalnog stanja, koji imaju četiri ili više identifikovanih bolesti, koji su lošeg zdravlja i nedovoljno fizički aktivni. Na osnovu dobijenih rezultata, možemo zaključiti da je nizak nivo zdravstvene pismenosti široko rasprostranjen među korisnicima usluga primarne zdravstvene zaštite. U procesu pružanja zdravstvene zaštite, posebnu pažnju treba posvetiti populacionim grupama koje češće mogu imati nizak nivo zdravstvene pismenosti.

Ključne riječi: STOFHLA, zdravstvena pismenost, primarna zdravstvena zaštita, odrasla populacija, doktori porodične medicine.

Naučna oblast: Medicina

Uža naučna oblast: Socijalna medicina

UDK broj:

**ASSESSMENT OF HEALTH LITERACY IN THE ADULT POPULATION
REGISTERED TO FAMILY MEDICINE PHYSICIANS IN THE REPUBLIC OF
SRPSKA**

Abstract

Health literacy can be defined as the combination of personal, cognitive and social skills that determine motivation and ability of individual to capture the information, understand them and use them to improve and maintain good health. In a process of providing health care, health literacy represents mutual responsibility within which patients and physicians have to communicate in a comprehensible way, in order to mutually and responsibly make decisions. The goals of the research were the following: to assess reliability and validity of instruments that measure health literacy; assess health literacy of primary health care user on a territory of Republic of Srpska (Bosnia and Herzegovina); identify factors that are associated with health literacy; propose measures from a domain of health promotion in order to improve health literacy of population. The research was conducted as a study of intersection in two Primary health care centers Prijedor and Bijeljina, and a sample was consisted of 768 respondents. The instrument of the study was a query STOFHLA (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults*). Besides this query, another query was used that consists of questions which cover demographic, social and economic characteristics of respondent, self-perception of health, use of health services, presence of chronic diseases, life habits and health risk factors and life satisfaction. Data were analyzed by methods of descriptive and inferential statistics. Inadequate and marginal health literacy possess 34.6% of our respondents, whereas adequate possess 65.4%. A correlation of health literacy in target population was affirmed with age, educational level, utilization of health services, place of residence and migrations, marital status, material status, presence and number of illnesses, health condition changes and self-perception of health, number of visits to a family physician and number of hospitalizations, insufficient physical activity and self-perception of life satisfaction of respondents. Multivariate logistic model showcased that the greatest possibility of being inadequately

health literate have respondents of older age, divorced, rural residents, bad material status, those who have 4 or more identified illnesses, bad health condition and insufficiently physically active. Based on the results, we can conclude that low level of health literacy is widely spread within the users of primary health care. In a process of providing health care, it is especially necessary to pay attention to population groups that could have low level of health literacy.

Keywords: STOFHLA, health literacy, primary healthcare, adult population, family medicine physicians.

Scientific Area: Medicine

A wider scientific area: Social medicine

UDC number:

SADRŽAJ

1. UVOD	2
1.1. Reforma zdravstvenog sistema u Republici Srpskoj	1
1.1.1. Porodična medicina	2
1.2. Zdravlje i blagostanje	3
1.2.1. Socioekonomski status pojedinca i zdravlje.....	4
1.2.2. Obrazovanje i zdravlje	5
1.3. Pismenost u Republici Srpskoj.....	7
1.4. Zdravstvena komunikacija	11
1.5. Zdravstvena pismenost.....	13
1.5.1. Definicija zdravstvene pismenosti	13
1.5.2. Mjerenje i instrumenti za procjenu zdravstvene pismenosti.....	14
1.5.3. Zdravstvena pismenost i zdravlje	19
1.5.4. Zdravstvena pismenost i troškovi zdravstvene zaštite	20
1.6. Zdravstvena pismenost na svjetskom i evropskom nivou	22
1.7. Zdravstvena pismenost u Republici Srpskoj	29
2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	32
3. MATERIJAL I METODE.....	34
3.1. Uzoračka populacija i jedinice posmatranja.....	35
3.2. Instrumenti istraživanja	38
3.2.1. Upitnik TOFHLA.....	38
3.2.1.1. Standardna verzija upitnika TOFHLA	39
3.2.1.2. Skraćena verzija upitnika TOFHLA	39
3.2.2. Upitnik BRIEF	40
3.2.3. Upitnik o opštim podacima ispitanika.....	41
3.2.3.1. Demografske, socijalne i ekonomske karakteristike ispitanika	41
3.2.3.2. Samoprocjena zdravlja.....	42
3.2.3.3. Korišćenje zdravstvene službe.....	42
3.2.3.4. Zdravstveno stanje.....	43

3.2.3.5.	<i>Faktori rizika za zdravlje</i>	43
3.2.3.6.	<i>Zadovoljstvo životom</i>	44
3.3.	Kulturalna adaptacija i pretestiranje instrumenata istraživanja.....	44
3.3.1.	<i>Pilot-istraživanje i validacija instrumenata istraživanja</i>	45
3.4.	Anketiranje i unos podataka.....	46
3.5.	Metode statističke analize	46
4.	REZULTATI.....	49
4.1.	Koeficijenti pouzdanosti i valjanosti STOFHLA i BRIEF upitnika	50
4.2.	Sociodemografske karakteristike ispitanika	52
4.3.	Zdravstvene karakteristike ispitanika i posjete zdravstvenoj službi.....	57
4.4.	Zdravstvena pismenost korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite	65
4.5.	Kategorije zdravstvene pismenosti i sociodemografske karakteristike ispitanika	72
4.6.	Kategorije zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na medicinske karakteristike ispitanika i posjete zdravstvenoj službi	77
4.7.	Kategorije zdravstvene pismenosti u odnosu na faktore rizika za zdravlje.....	82
4.8.	Analiza prediktora neadekvatne zdravstvene pismenosti.....	85
5.	DISKUSIJA.....	88
6.	ZAKLJUČCI.....	110
7.	LITERATURA.....	112

U Univerzalnoj deklaraciji o ljudskim pravima definisano je da je uživanje najviših mogućih standarda zdravlja jedno od osnovnih prava svakog ljudskog bića, bez obzira na rasu, boju kože, pol, jezik, vjeru, političko i drugo mišljenje, nacionalno ili socijalno porijeklo, imovinsko stanje, rođenje ili drugi status (1). U stalnoj težnji da svom stanovništvu obezbijede najviše standarde zdravlja, pedeset tri zemlje evropskog regiona su i 2012. godine, na zasjedanju Regionalnog komiteta Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za Evropu, usvojile evropski okvir politike „Zdravlje 2020“ koja podržava aktivnosti svih nivoa vlasti i društva za zdravlje i blagostanje (2). U ovom dokumentu zemlje potpisnice ističu da je zdravlje jedan od najvažnijih društvenih resursa i jedna od najvažnijih vrijednosti, te da su nejednakosti u zdravlju unutar i između zemalja politički, društveno i ekonomski neprihvatljive. Podsticanje ravnopravnosti u zdravlju od suštinskog je značaja za održiv razvoj i bolji kvalitet života i blagostanja za sve. Njihovi zajednički ciljevi su značajno unapređenje zdravlja i blagostanja stanovništva, smanjenje nejednakosti u zdravlju, jačanje javnog zdravstva i obezbjeđivanje zdravstvenih sistema usredsređenih na ljude (2).

Naša zemlja je u posljednjih trideset godina imala veoma težak period koji su obilježila ratna zbivanja, migracije stanovništva, kao i poslijeratne promjene u političkoj, kulturnoj i društvenoj sferi života, te reforme u zdravstvenom sistemu. I pored toga, uspjeli smo održati korak sa najnovijim dostignućima u medicini, kako u terapijskom tako i u dijagnostičkom smislu. Za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite orijentisane ka pacijentu (3) važne su i komunikacijske vještine zdravstvenih radnika, sa jedne strane, i adekvatan nivo zdravstvene pismenosti stanovništva, sa druge strane. Na ovim poljima osnaživanja pacijenata i zdravstvenih radnika u proteklom periodu nije se dovoljno radilo u našoj državi. Ispitivanje zdravstvene pismenosti cjelokupnog stanovništva bilo bi veoma značajno za sistem zdravstvene zaštite naše zemlje, koja je prošla kroz period reforme.

1.1. Reforma zdravstvenog sistema u Republici Srpskoj

Prvi dokument koji je definisao početak i tok reforme zdravstvenog sistema Republike Srpske je Strategija razvoja zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj (RS) do 2000. godine, usvojena od strane Narodne skupštine RS 1996. godine. Potom je uslijedilo kreiranje i usvajanje niza dokumenata koji su se većim dijelom odnosili na

primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ), koja se zasniva na modelu porodične medicine i predstavlja osnovu zdravstvenog sistema (3).

Polazište za Strategiju PZZ u Republici Srpskoj je Deklaracija koja je usvojena na međunarodnoj konferenciji o PZZ, održanoj u Alma Ati septembra 1978. godine, u organizaciji Svjetske zdravstvene organizacije i UNICEF-a. PZZ kao nivo zdravstvene zaštite predstavlja mjesto gdje se ostvaruje prvi kontakt sa zdravstvenim sistemom i ulazak građana u zdravstveni sistem, odnosno to su „vrata” zdravstvenog sistema (3).

Ciljevi reforme su: uvođenje modela porodične medicine uz slobodan izbor doktora pri registraciji stanovništva, definisanje mjesta ulaska u zdravstveni sistem, obnova infrastrukture PZZ, uspostavljanje novog mehanizma alokacije resursa i finansiranja, organizacija, planiranje i rukovođenje zdravstvenim institucijama, kao i razvoj nacionalnih politika, strategija i programa. Licenciranje i akreditacija zdravstvenih radnika u PZZ ima za cilj unapređenje, održavanje i osiguranje kvaliteta rada (3).

1.1.1. Porodična medicina

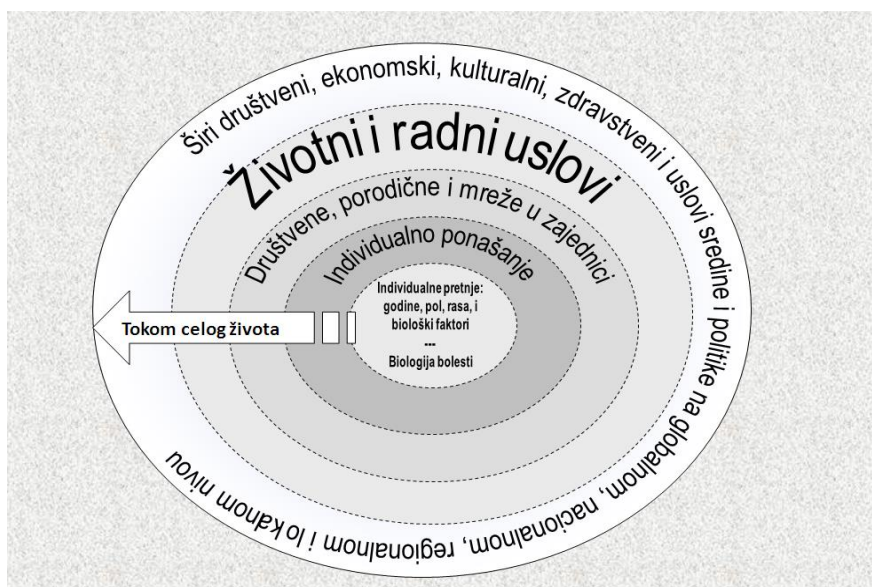
PZZ se bazira na modelu porodične medicine, koji predstavlja prvu tačku kontakta građana sa zdravstvenim sistemom, pri čemu se ostvaruju najvažniji principi njege u PZZ: dostupnost, sveobuhvatnost, kontinuitet i koordinisanost. PZZ mora biti jednako dostupna svim građanima Republike Srpske. Tim porodične medicine mora biti osposobljen da rješava različite zdravstvene probleme i da pruža širok spektar usluga, bez obzira na starost, pol ili vrstu zdravstvenog problema populacije. Pored tradicionalnih, kurativnih i rehabilitacionih usluga, tim porodične medicine pruža i usluge promocije zdravlja i prevencije bolesti, koje su u ranijem sistemu bile potpuno zanemarene. Tim porodične medicine kontinuirano prati zdravlja opredijeljene populacije. Koordinisanost rada sa pacijentima ostvaruje se jasno definisanim načinom upućivanja na sekundarni nivo zdravstvene zaštite za obavljanje konsultativnih usluga, uz odgovarajuću prateću medicinsku dokumentaciju (3).

Osnovna organizaciona struktura koja je nosilac poslova i aktivnosti na nivou PZZ jeste tim porodične medicine. Struktura tima porodične medicine uključuje jednog doktora – specijalistu porodične medicine i dvije medicinske sestre koje imaju završenu edukaciju iz porodične medicine. Tim može registrovati između 1500 i 2500 građana.

Porodični doktor, kao vođa tima, jeste kliničar koji treba da obavlja sljedeće poslove: promociju zdravlja i prevenciju bolesti, pretsimptomatsko otkrivanje bolesti, ranu dijagnozu, konačnu dijagnozu, upravljanje bolestima, upravljanje komplikacijama kod bolesti, prati oporavak pacijenata, palijativnu njegu i savjetovanje porodice u vanrednim okolnostima. U kliničkoj praksi, porodični doktori se svakodnevno suočavaju sa nizom problema vezanih za neadekvatnu zdravstvenu pismenost pacijenata. Stoga oni svoj interes treba da usmjere i na ispitivanje zdravstvene pismenosti i predlaganje mjera za njeno poboljšanje (4).

1.2. Zdravlje i blagostanje

„Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti“ (5). Dobro zdravlje je temelj na kojem se gradi društveni napredak jer nacija zdravih ljudi može učiniti stvari koje čine život vrijednim, a kako se nivo zdravlja povećava, tako se povećava i potencijal za sreću nacije (6) (7). Zdravlje je određeno promjenjivim i nepromjenjivim faktorima. Nepromjenjivi faktori su geni, pol i dob i na njih ne možemo uticati. Stoga smanjenje štetnog uticaja na zdravlje treba provoditi kroz promjenu životnog stila i okoline, smanjenje socijalnih nejednakosti u zdravlju i unapređenje zdravstvene zaštite (8).



Slika 1. Konceptualni model glavnih determinanti zdravlja

Izvor: Dahlgren G, Whitehead M. (1993). *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?*

Razlike u zdravlju stanovništva između pojedinih država, regija ili populacionih grupa unutar istih država u posljednjih četrdesetak godina zaokupljaju interes naučnika koji se bave zdravljem stanovništva. Izvještaj Vlade Kanade u kojem se kao četiri važna faktora koji su povezani sa zdravljem i bolešću ističu nasljeđe, okruženje, životni stil pojedinca i organizacija sistema zdravstvene zaštite, imao je veliki uticaj na dalja istraživanja ovih oblasti (6). Ponašanje i životni stil zavise od uslova života i društvenog konteksta u kome individue žive. Tako se pored istraživanja genetskih determinanti zdravlja, okruženja i sistema zdravstvene zaštite, javio i poseban interes za istraživanje socijalnih, ekonomskih i bihejvioralnih determinanti zdravlja (9). Osamdesetih godina prošlog vijeka intenzivno su razmatrani kulturalno-bihejvioralni i materijalističko-strukturalistički mehanizmi nastanka socijalnih razlika u zdravlju (10) (11) (12). Kulturalno-bihejvioralno razumijevanje nastanka razlika ukazuje na to da je pojedinac odgovoran za razvoj niza bolesti jer provodi štetne navike i da je lični izbor pojedinca pod velikim uticajem njegovih socioekonomskih uslova i načina života (12). Materijalno-strukturalistički mehanizam nastanka razlika posebno ističe uslove u kojima ljudi žive i životne sadržaje koji utiču na kvalitet života i, samim tim, zahtijevaju veća materijalna sredstva. Pol, mjesto stanovanja i etnička pripadnost takođe imaju značajan uticaj na zdravlje (11). Međutim, i danas, u većini država zdravstvene politike se zasnivaju na kulturalno-bihejvioralnim principima nastanka razlika u zdravlju pa se prevencija bolesti odnosi prvenstveno na sprečavanje rizičnog ponašanja, a manje na smanjenje socijalnih razlika koje utiču na zdravlje (7).

1.2.1. Socioekonomski status pojedinca i zdravlje

U sociološkim i epidemiološkim istraživanjima, socioekonomski status pojedinca definišu, između ostalog, stepen obrazovanja, vrste posla koje pojedinac obavlja, visina prihoda i subjektivni osjećaj materijalnog blagostanja (9). Osobe nižeg socioekonomskog statusa imaju slabije zdravlje mjereno negativnim zdravstvenim ishodima (više hroničnih bolesti i povreda, manje korištenje preventivnih pregleda, slabije mentalno zdravlje, veću smrtnost i dr.). Stoga ostaje dilema koji dio socioekonomskog statusa najviše utiče na zdravlje, prihodi i lično bogatstvo ili edukacija i društvena podrška (9). Zabrinjavajući su podaci da socioekonomske okolnosti (nezaposlenost, niski prihodi) imaju glavnu ulogu u stvaranju razlika u

zdravlju i da od rođenja do starosti stanovništvo na dnu društvene ljestvice ima lošije zdravlje i kvalitet života (11). Istraživači koji se bave ovim problemom navode da je nizak socioekonomski status važan faktor rizika koji utiče i na nivo zdravstvene pismenosti stanovništva. Tako su deprivacija, siromaštvo i socijalne nejednakosti stanovništva povezani sa neadekvatnom zdravstvenom pismenošću (13) (14) (15).

1.2.2. Obrazovanje i zdravlje

Veza obrazovanja, kao dijela socioekonomskog statusa, i zdravlja veoma je važna, prvenstveno jer se obrazovanje stiče u ranoj životnoj dobi i trajno utiče na osobu do kraja života. Obrazovni status je veoma često povezan sa drugim faktorima socioekonomskog statusa i može znatno uticati na njih (7). U istraživanjima, obrazovni status ispitanika najčešće je podijeljen na visoko, srednje i osnovno obrazovanje, izuzetno rijetko se obrazovanje mjeri tačnim brojem godina provedenih u obrazovnom sistemu i kvalitativnim razlikama u edukaciji (7). Sam obrazovni status treba da se mjeri godinama obrazovanja, ali u širem kontekstu on predstavlja i sticanje znanja izvan boravka u obrazovnoj instituciji (16). Neki istraživači tvrde da obrazovni status ispitanika ima najpostojaniji uticaj na zdravlje od svih socioekonomskih faktora (17) (18) i da postoje razlike u prevalenci rizičnih navika kod ispitanika s visokim i višim obrazovanjem u odnosu na ostale ispitanike (19). Takođe, ukazuju na to da, pored smrtnosti i očekivanog trajanja života, i druga mjerila zdravlja (pobol od nezaraznih bolesti, povrede, mentalno zdravlje i dr.) jednako zavise od socioekonomskog statusa pojedinca, a posebno od nivoa obrazovanja (19) (20). Postoji više faktora koje osoba stiče zajedno s formalnim obrazovanjem, a koji značajno mogu uticati na zdravlje i predmet su istraživanja socioekonomskih komponenti koje prate uticaj obrazovanja na zdravlje (21) (22). Iako je povezanost obrazovanja i zdravlja naglašena i trajna, relativno malo se zna o uticajima pratećih faktora formalne edukacije na zdravlje. Istraživači u okruženju ispitivali su vezu između formalnog obrazovanja i subjektivnog osjećaja tjelesnog i duševnog zdravlja sa ciljem da se u budućnosti naglasi uticaj socioekonomskog statusa pojedinca na zdravlje i blagostanje (23). Edukovane osobe imaju više informacija o zdravlju i zdravom ponašanju, spremnije su da više ulažu u zdravlje, imaju veću kontrolu nad životom, bolje zdravstvene navike, spremnije su da prate preporuke doktora, drugačije provode slobodno vrijeme (24) (25). Tako je i

hrvatska zdravstvena anketa pokazala da postoje razlike u prevalenci rizičnih navika kod ispitanika s visokim i višim obrazovanjem u odnosu na ostale ispitanike (19) (26). Osobe nižeg socioekonomskog i obrazovnog statusa imaju manje društvene mreže i slabiju podršku okoline, što može uticati na njihovo zdravlje (27) (28). Svjesne činjenice da obrazovanje utiče na zdravlje i blagostanje, zemlje članice Evropske unije nastoje da povećaju nivo obrazovanja stanovništva do 2020. godine kroz Strategiju „Evropa 2020“ (29). Kao prioritet ističu mjere koje će dovesti do smanjenja stope napuštanja školovanja na manje od 10%, s jedne strane, a s druge strane povećati udio stanovništva starosti od 30 do 34 godine sa visokim ili ekvivalentnim obrazovanjem na više od 40% (30). Stopa ranog napuštanja školovanja u 2013. godini dramatično varira između zemalja članica Evropske unije i kreće se u nekim zemljama i ispod 6%, a u drugim i više od 17%. Postotak stanovnika starosne dobi od 30 do 34 godine koji imaju visoko ili obrazovanje ekvivalentno visokom, u nekim zemljama članicama iznosi i ispod 25%, dok u drugim prelazi i 40% (30).

Kada je u pitanju nivo obrazovanja i zdravstvena pismenost stanovništva, mnogi autori su došli do saznanja da je niže obrazovanje povezano sa nižim nivoom zdravstvene pismenosti (13) (31) (32) (33). U ostvarivanju zdravstvene zaštite, pored stepena obrazovanja i nivoa zdravstvene pismenosti, pažnju istraživača privlači i nivo čitkosti raznovrsnih pisanih materijala namijenjenih stanovništvu, među kojima su i medicinski pisani materijali (34) (35) (36). Nivo čitkosti pisanih medicinskih informacija značajan je faktor u ostvarivanju zdravstvene zaštite, na šta ukazuju podaci da većina Amerikanaca ima sposobnost čitanja na nivou od 6. do 8. razreda osnovne škole (37). U Sjedinjenim Američkim Državama, više od polovine pisanih materijala je preteško za razumijevanje za prosječno obrazovano stanovništvo, dok u odrasloj populaciji ima čak 20% funkcionalno nepismenih (38), o čemu svjedoči preko 300 studija (39). Niska pismenost britanske populacije upućuje na potrebu da zdravstvene informacije budu napisane na način da ih razumije većina lokalnog stanovništva svih nivoa obrazovanja (40). Većina materijala koji se koriste za obrazovanje pacijenata u doktorskoj praksi u Kanadi napisana je za viši nivo obrazovanja nego što je preporučeno. Tako je i studija provedena u jednoj Montrealskoj klinici pokazala da je prosječan nivo pisanih materijala za edukaciju pacijenata napisan za nivo 11,5 godina školovanja, 78% brošura zahtijevalo je barem srednjoškolski nivo sposobnosti čitanja,

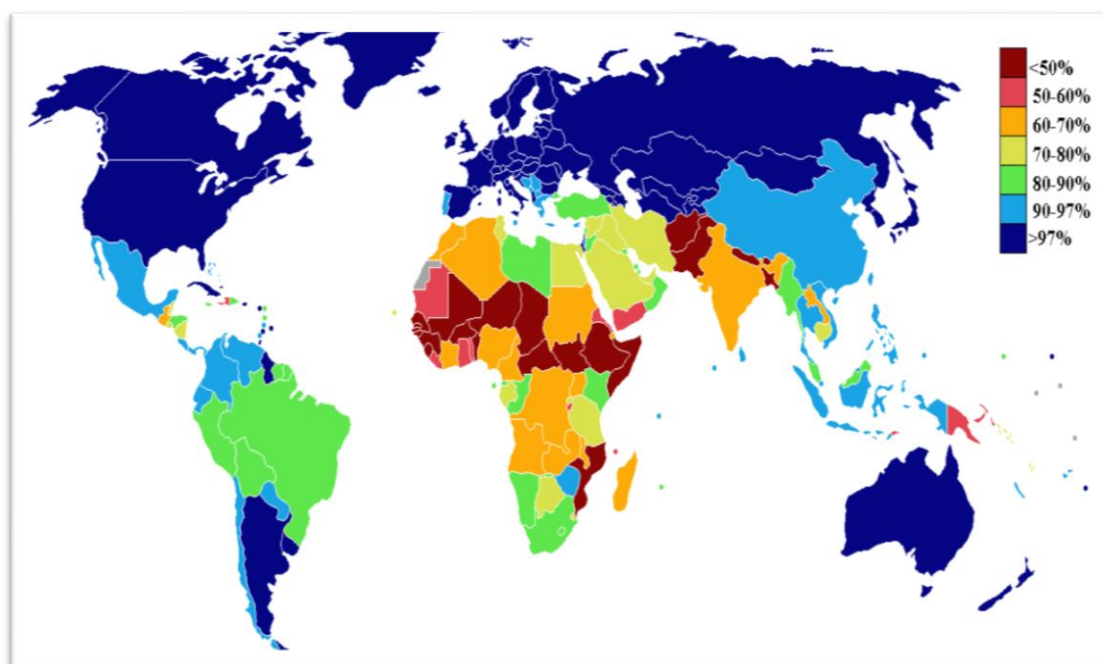
iako je preporučena težina teksta za ove materijale za nivo semogodišnjeg ili nižeg obrazovanja (41). Loša sposobnost čitanja na engleskom jeziku je češća među pacijentima mlađim od 45 godina koji nisu završili srednju školu i čiji maternji jezik nije engleski niti francuski (imigranti) (41). Jezička analiza tekstova za pacijente oboljele od dijabetes melitusa pokazuje da je tekst prosječne težine napisan na nivou dvanaestogodišnjeg obrazovanja i da ga ne razumije gotovo 70% pismenog stanovništva starijeg od 15 godina (34) (42).

1.3. Pismenost u Republici Srpskoj

S obzirom na to da je pismenost stanovništva definisana kao socijalna determinanta zdravlja, niska pismenost može direktno i indirektno da utiče na zdravstveni status stanovništva. Nivo zdravstvene pismenosti populacije i njeno poboljšanje u osnovi zavise od nivoa osnovne pismenosti i stepena obrazovanja stanovništva (43). Na teritoriji Bosne i Hercegovine (BiH) i Republike Srpske urađen je popis stanovništva 2013. godine, a jedan od parametara popisa bila je pismenost i obrazovanje stanovništva (44).

Sposobnost lica da pročita i napiše kratak tekst definiše se kao pismenost. Pismenim se smatra lice koje može sa razumijevanjem i pročitati i napisati kratku, jednostavnu izjavu o svom svakodnevnom životu, u suprotnom, lice je nepismeno. Podaci o pismenosti prikupljani su za lica starosti 10 i više godina koja su bez ikakvog obrazovanja ili sa nepotpunim osnovnim obrazovanjem. Licima čija je najviša završena škola osnovna škola, srednja škola, specijalizacija poslije srednje škole, viša škola i prvi stepen fakulteta ili visoka škola/ fakultet/ akademija/ univerzitet ovo pitanje se nije postavljalo. Po podacima Republičkog zavoda za statistiku po popisu iz 2013. godine, u Republici Srpskoj ima 3,29% nepismenog stanovništva, od čega je 5,48% žena i 0,97% muškaraca, dok 0,98% stanovnika nije dalo podatke o svojoj pismenosti (0,73% muškaraca i 1,25% žena). U Bijeljini ima 2,70% nepismenog stanovništva, od čega je 4,40% žena i 0,90% muškaraca, dok 0,97% stanovnika nije dalo podatke o svojoj pismenosti (0,66% muškaraca i 1,27% žena). U Prijedoru je broj nepismenih stanovnika nešto veći i iznosi 2,92%, od čega je 4,56% žena i 1,17% muškaraca, dok 1,10% stanovnika nije dalo podatke o svojoj pismenosti (0,79% muškaraca i 1,39% žena) (44). Ako kategoriji nepismenih lica (3,29%) dodamo i kategoriju lica nepoznate pismenosti

(0,98%), u Republici Srpskoj ima 4,27% nepismenih, pa možemo reći da je nivo pismenosti zemalja u okruženju nešto povoljniji u odnosu na našu zemlju (tabela 1.3.1). Tako popis iz 2002. godine pokazuje da u Republici Srbiji ima 3,45% nepismenih stanovnika (45), a u Hrvatskoj po podacima iz 2001. godine ima 1,8% nepismenih stanovnika (34). UNESCO-ov Institut za statistiku izvještava da je ukupna stopa pismenosti odraslih u 2009. godini iznosila 83,7% (46) i da postoje velike razlike zavisno od regije svijeta koja se posmatra (slika 2).



Slika 2. Stope pismenosti odraslih širom svijeta

Izvor: *Adult literacy rates around the world*,

http://en.wikipedia.org/wiki/File:Literacy_rate_world.PNG

Podaci o najvišoj završenoj školi prikupljani su za lica starosti 15 i više godina. Pod najvišom završenom školom podrazumijeva se vrsta škole čijim je završavanjem lice steklo najviši nivo obrazovanja i diplomu ili svjedočanstvo o završenoj školi. Nije se pravila razlika da li je škola završena redovno ili se radi o školi koja zamjenjuje redovnu (npr. škole za obrazovanje odraslih), odnosno da li je završena polaganjem ispita u redovnoj školi ili završavanjem nekog kursa za skraćeno školovanje (npr. kurs za skraćeno završavanje osnovne škole itd.) u sklopu redovne škole. Kursevi čijim se završetkom nije steklo svjedočanstvo redovne škole (npr. kurs za daktilografe, knjigovođe, frizere i sl.), nisu se uzimali u obzir kao odgovori na ovo pitanje, nego se

uzimao odgovor o prethodno završenoj školi iz formalnog sistema obrazovanja (44). Ukoliko se lice školovalo u inostranstvu, kao odgovor je trebalo navesti odgovarajuću školu u našoj zemlji (tabela 1.3.2).

Tabela 1.3.1. Stanovništvo staro 10 i više godina prema pismenosti i polu, nivo Republike Srpske i gradova Bijeljina i Prijedor

Teritorija	Pol	Ukupno stanovnika	Broj nepismenih	Procenat nepismenih	Broj bez odgovora	Procenat bez odgovora
Republika Srpska	UKUPNO	1 062 861	34 928	3,29	10 476	0,98
	Muški	516 703	4 987	0,97	3 675	0,73
	Ženski	546 158	29 941	5,48	6 801	1,25
Prijedor	UKUPNO	74 375	2 172	2,92	816	1,10
	Muški	36 023	422	1,17	283	0,79
	Ženski	38 352	1 750	4,56	533	1,39
Bijeljina	UKUPNO	94 007	2 541	2,70	916	0,97
	Muški	45 652	413	0,90	302	0,66
	Ženski	48 355	2 128	4,40	614	1,27

Tabela 1.3.2. Stanovništvo staro 15 i više godina prema najvišoj završenoj školi i polu, nivo Republike Srpske i gradova Bijeljina i Prijedor

Teritorija	Pol	Ukupno stanovnika	Bez ikakvog obrazovanja	Nepotpuno osnovno obrazovanje		Osnovna škola		Srednja škola		Specijalizacija poslije srednje škole		Viša škola i prvi stepen fakulteta		Visoka škola/ fakultet/ akademija/ univerzitet		
				%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Republika Srpska	Ukupno	1 005 535	58 651	5,83	97 022	9,65	212 834	21,17	508 414	50,56	7 618	0,76	33 960	3,38	87 036	8,66
	Muški	487 292	9 370	1,92	33 465	6,87	95 682	19,64	280 747	57,61	6 324	1,30	19 142	3,93	42 562	8,73
	Ženski	518 243	49 281	9,51	63 557	12,26	117 152	22,61	227 667	43,93	1 294	0,25	14 818	2,86	44 474	8,58
Prijedor	Ukupno	70 732	3 918	5,54	6 219	8,79	15 121	21,38	37 714	53,32	666	0,94	2 448	3,46	4 646	6,57
	Muški	34 162	760	2,22	1 948	5,70	6 682	19,56	20 808	60,91	492	1,44	1 252	3,66	2 220	6,50
	Ženski	36 570	3 158	8,64	4 271	11,68	8 439	23,08	16 906	46,23	174	0,48	1 196	3,27	2 426	6,63
Bijeljina	Ukupno	88 664	3 916	4,42	10 740	12,11	18 771	21,17	43 231	48,76	564	0,64	3 354	3,78	8 088	9,12
	Muški	42 935	650	1,51	3 999	9,31	8 590	20,01	23 560	54,87	485	1,13	1 805	4,20	3 846	8,96
	Ženski	45 729	3 266	7,14	6 741	14,74	10 181	22,26	19 671	43,02	79	0,17	1 549	3,39	4 242	9,28

Podaci o popisu stanovništva Republičkog zavoda za statistiku iz 2013. godine za lica starija od 15 godina ukazuju na to da samo 12,04% stanovnika Republike Srpske ima završeno visoko ili obrazovanje ekvivalentno visokom (44), dok Strategija zemalja članica Evropske unije teži da ovaj postotak bude veći od 40% (29). Rano napuštanje škole u našoj zemlji je prisutno kod 15,48% stanovnika (bez obrazovanja 5,83%, nepotpuno osnovno obrazovanje 9,65%) (44), a Strategija zemalja članica Evropske unije teži da ovaj postotak bude manji od 10% (29). U Prijedoru 35,71% stanovništva nije obrazovano, ima nepotpuno osmogodišnje ili potpuno osmogodišnje obrazovanje, a u Bijeljini takvog stanovništva ima 37,7% (tabela 1.3.2). Navedeni podaci treba da zaokupe pažnju donosilaca odluka i kreatora politika u našoj zemlji. U Republici Srpskoj član 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Sl. glasnik RS“ br. 106/09) garantuje da „pacijent ima pravo na informacije u vezi sa svojim zdravljem koje daje nadležni doktor usmeno i na način koji je razumljiv pacijentu, vodeći računa o njegovoj starosti, obrazovanju i emocionalnom stanju“ (47). Podaci o obrazovanju našeg stanovništva su zabrinjavajući u smislu člana 22. Zakona jer je većina medicinskih tekstova (prosječne težine) napisana na nivou dvanaestogodišnjeg obrazovanja, a čak 36,65% našeg stanovništva nije obrazovano, ima nepotpununo osmogodišnje ili ima osmogodišnje obrazovanje (44). I pored toga što su zdravstveni materijali preteški za razumijevanje za većinu pacijenata i što nisu napisani, kako se preporučuje u svijetu (34–42), na sedmogodišnjem nivou obrazovanja, u toku pružanja zdravstvene zaštite, zdravstveni radnici moraju zdravstvene informacije prilagoditi individualno svakom pacijentu.

1.4. Zdravstvena komunikacija

Zdravstvena komunikacija je komunikacija između doktora, drugih zdravstvenih radnika i pacijenata–korisnika zdravstvene zaštite, u cilju promocije zdravlja, sprečavanja bolesti, liječenja i rehabilitacije. Dobra klinička praksa zasniva se na profesionalnom odnosu, kvalitetnoj i efikasnoj komunikaciji između doktora i pacijenata (48). Ključni problem zdravstvene komunikacije je što doktori često nisu svjesni nesrazmjera između svog načina komuniciranja s pacijentima i pacijentove sposobnosti da shvati, upamti i djeluje na osnovu dobijenih informacija (49). Komunikacijske vještine zdravstvenih radnika i adekvatan nivo zdravstvene pismenosti stanovništva jesu važne komponente u pružanju zdravstvene zaštite i bile su predmet

većeg broja istraživanja (45) (48) (50–55). Efikasna komunikacija između doktora i pacijenata je komunikacija u kojoj su pacijenti dobro informisani o svojoj bolesti, dijagnostičkim, terapijskim i alternativnim postupcima i ishodima liječenja (50). Kako bi bili kompetentni da odluče i daju svoj pristanak na liječenje, pacijenti treba da razumiju preporuke doktora, da dobiju mogućnost da o njima raspravljaju i zajednički donose odluke (34) (56) (57). Stoga je komunikacija doktora i pacijenata značajna za proces pružanja zdravstvenih usluga, što pokazuju i pregledi literature koji su rađeni na ovu temu u proteklom periodu (31) (53) (54) (55). Uspješnost komunikacije između doktora i pacijenata zavisi od njihove sposobnosti da razumiju jedni druge. Nažalost, u praksi, u komunikaciji doktor–pacijent često se od pacijenata očekuje da su u dobroj kondiciji, pri punoj svijesti, dobrih mogućnosti zaključivanja i rasuđivanja (58). Kao razlog loše komunikacije pacijenti često navode da ne razumiju i ne zapamte šta im doktori govore o dijagnozi i liječenju, jer je jezik koji doktori koriste nejasan, često koriste profesionalni žargon i u značenju nekih opštih termina doktor i pacijent se ne razumiju uvijek (59). Istraživanja komunikacijskog aspekta odnosa doktor–pacijent potvrđuju važnost informacija i jezika kojim se služi doktor, jer doktorov neuspjeli pokušaj da pacijentu objasni zdravstveno stanje u kome se našao na jednostavan i pacijentu prihvatljiv način predstavlja veliki problem odnosa doktor–pacijent (59). Nadalje, istraživanja pokazuju da i doktori često izbjegavaju jednostavnu komunikaciju ili bježe u profesionalni žargon jer profesionalni jezik štedi vrijeme u profesionalnoj komunikaciji (60), olakšava međusobno prepoznavanje članova profesije, ima funkciju da javnost drži na distanci, služi za održavanje informacione kontrole i stvaranje distance između doktora i pacijenata (61) (62). S obzirom na to da doktori govore i svakodnevni i stručni jezik, a pacijenti govore samo svakodnevni jezik, očekuje se od doktora da svoje izražavanje prilagode u kontaktu s pacijentima (62). Nažalost, o tome da komunikacija nije uvijek uspješna, svjedoče primjeri nesporazuma koji znatno utiču na zadovoljstvo pacijenata, a ponekad i na ishode liječenja (62). Stoga zdravstvene informacije za pacijente treba vrlo pažljivo sastavljati i planirati komunikaciju vodeći računa o tome kome su informacije namijenjene, u koju svrhu i s kojim ciljevima (63). Adekvatna zdravstvena komunikacija je komunikacija koja uzima u obzir stepen pismenosti pojedinca, povećava pristupačnost zdravstvene zaštite i jača aktivnu ulogu pacijenta u zdravstvenom sistemu, što je osnova kvalitetnog odnosa doktora i pacijenta,

ali i zdravstvene politike kojoj je cilj sveobuhvatno povećanje kvaliteta zdravstvene zaštite i zaštite prava pacijenata (34).

1.5. Zdravstvena pismenost

1.5.1. Definicija zdravstvene pismenosti

Prva upotreba termina „zdravstvena pismenost“ datira iz 1974. godine (64). Zdravstvena pismenost kao koncept počela je intenzivno da se pojavljuje u akademskoj literaturi početkom devedesetih godina i doživjela je skoro eksponencijalni rast od tog početka do danas (65). Postoji više definicija zdravstvene pismenosti. Tako SZO opisuje zdravstvenu pismenost kao lične, kognitivne i socijalne vještine kojima se određuje motivacija i sposobnost pojedinaca da dođu do informacija, razumiju ih i koriste kako bi unaprijedili i održali dobro zdravlje (66). U sistematskim pregledima literature, zdravstvena pismenost stanovništva opisana je kao znanje, motivacija, sposobnost da razumiju, ocijene i primijene informacije o zdravlju, kako bi donosili odluke u vezi sa liječenjem, prevencijom bolesti i promocijom zdravlja u svrhu poboljšanja kvaliteta života (32). U definiciji „splet vještina, uključujući i sposobnost obavljanja osnovnih zadataka čitanja i računanja, a koje su važne za funkcionisanje u zdravstvenom okruženju” (67), zdravstvena pismenost se direktno veže uz pojam opšte pismenosti sa naglaskom na čitanju i računanju, ali se stavlja u zdravstveni kontekst. Novija definicija zdravstvene pismenosti, po kojoj ona predstavlja cijeli niz vještina i kompetencija koje ljudi razvijaju kako bi potražili, razumjeli, ocijenili i koristili zdravstvene informacije i pojmove u svrhu donošenja informisanih odluka, smanjenja zdravstvenih rizika i većeg kvaliteta života, nudi prošireni model i naglasak stavlja na različite sposobnosti pojedinca (68). „Zajednička odgovornost unutar koje pacijenti i zdravstveni radnici moraju komunicirati svako na način da ga onaj drugi razumije” jeste definicija zdravstvene pismenosti koja odslikava odnos doktorà i pacijenata u kome obje strane zajednički i odgovorno donose odluke (69). Zdravstvena pismenost se može definisati i kao znanje, motivacija i kompetencija za pristup, razumijevanje, procjenu i primjenu informacija za donošenje odluka u smislu zdravstvene zaštite, prevencije bolesti i promocije zdravlja kako bi se održalo i promovisalo dobro zdravlje i kvalitet života (15) (32). U strategiji „Zdravi ljudi 2010“ zdravstvena pismenost je definisana kao

sposobnost građana da nabave, obrade i razumiju osnovne zdravstvene informacije potrebne za donošenje odgovarajućih zdravstvenih odluka (70). Kada govorimo o adekvatnoj funkcionalnoj zdravstvenoj pismenosti, govorimo o sposobnosti građana da primijene vještine pismenosti na zdravstvene materijale kao što su recepti, uputstva za naručivanje na pregled, uputstva na lijekovima i uputstva za samo-lijecenje (71).

1.5.2. Mjerenje i instrumenti za procjenu zdravstvene pismenosti

Pismenost na nivou populacije možemo posmatrati kroz: proznu pismenost, koja se odnosi na razumijevanje tekstova; pismenost koja se tiče dokumenata, koja se odnosi na mogućnost da se pravilno razumiju i popune različiti formulari, tabele i drugo; kvantitativnu pismenost, koja podrazumijeva mogućnost primjene aritmetičkih operacija (72).

Kada je riječ o zdravstvenoj pismenosti, možemo je posmatrati i mjeriti u tri područja (72), i to kao:

- funkcionalnu (bazičnu) zdravstvenu pismenost, koja se odnosi na bazične vještine čitanja i pisanja u cilju razumijevanja i praćenja jednostavnih zdravstvenih informacija;
- interaktivnu (komunikativnu) zdravstvenu pismenost, koja podrazumijeva viši nivo pismenosti, kognitivnih i interpersonalnih vještina i povjerenja u profesionalce;
- suštinsku (kritičku) zdravstvenu pismenost, koja predstavlja mogućnost analiziranja i donošenja ispravnih odluka u vezi sa zdravljem.

Funkcionalna pismenost je osnovni, najniži nivo, dok su komunikativna i kritička pismenost viši nivoi zdravstvene pismenosti, koji progresivno omogućuju veću autonomiju pojedinca i ličnu osnaženost (72).

Ocjena zdravstvene pismenosti ili pismenosti uopšte ne može se provesti direktnim postavljanjem pitanja da li je ispitanik nešto razumio, odnosno zna li čitati ili pisati. Takav je postupak potpuno neuspješan (73). Stoga je razvijen veliki broj instrumenata odnosno testova (71) koji pomažu u ocjenjivanju funkcionalne zdravstvene pismenosti u postavkama zdravstvene zaštite, kroz procjenu prepoznavanja riječi, testiranje čitanja i razumijevanja pročitanoog teksta (74). Danas postoji više od 130 testova koji se koriste za procjenu zdravstvene pismenosti, a koji se razlikuju po tome

koje domene zdravstvene pismenosti mjere na subjektivan ili objektivan način i na koje specifične oblasti se odnose. Takođe se testovi razlikuju po sadržaju, vremenu potrebnom za administraciju, načinu njihove primjene, veličini uzorka i stepenu pouzdanosti i valjanosti (75). Testovi imaju različitu dostupnost za upotrebu, većina originalnih verzija je na engleskom jeziku, sa izuzetkom nekoliko upitnika koji su dostupni i na španskom jeziku. Postoje testovi koji su validirani na druge jezike, zavisno od zemlje u kojoj je rađeno istraživanje (74).

Najčešće korišteni testovi za ocjenu zdravstvene pismenosti su Test za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslog stanovništva – TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*), a razvijen je sredinom devedesetih godina prošlog vijeka. TOFHLA i njegov skraćeni oblik STOFHLA validirani su na srpskom govornom području (31). Kod primjene testa, od pacijenata se traži da čitaju i popunjavaju nedostajuće dijelove teksta, a ocjenjuje se čitanje i razumijevanje dokumenata i materijala iz sistema zdravstvene zaštite, uputstava za pripreme za pregled i zakazivanje pregleda, razumijevanje i primjena informacija i uputstava o lijekovima (71).

Jedan od najčešće korištenih testova za ocjenu zdravstvene pismenosti je i test prepoznavanja riječi Brza procjena zdravstvene pismenosti u medicini – REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*), koji testira sposobnost čitanja kroz prepoznavanje i izgovaranje riječi (76). Podaci o upotrebi testa REALM i njegove kratke verzije REALM–SF za procjenu zdravstvene pismenosti u ustanovama primarne zdravstvene zaštite pojavili su se u literaturi početkom devedesetih godina prošlog vijeka.

Prije uvođenja testa REALM, za procjenu funkcionalnih vještina zdravstvene pismenosti koristio se i Test široke primjene – WRAT (*Wide Range Achievement Test*) (76), koji testira sposobnost čitanja, pisanja i računanja u rješavanju svakodnevnih situacija sa kojima se građani susreću u sistemu zdravstvene zaštite (71).

Pored navedenih testova, koriste se i Evropski upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti stanovništva – HLS.EU.Q (*European Health Literacy Survey*) (77), kao i australijska verzija ovog upitnika (78). Ovaj upitnik je korišten u provođenju Projekta procjene zdravstvene pismenosti, putem kojeg je u odabranim zemljama Evrope vršeno mjerenje i upoređivanje zdravstvene pismenosti opših populacija, a ne određenih grupa pacijenata (65). Alat za ocjenjivanje zdravstvene pismenosti je razvijen od strane

konzorcijuma HLS–EU i predstavljen je kao drugačiji u odnosu na ostale testove jer je zasnovan na pitanjima iz oblasti javnog zdravlja i ističe ključne procese pristupa, razumijevanja, procjene i primjene informacija vezanih za zdravlje u okviru zdravstvene zaštite, prevencije bolesti i promocije zdravlja (79). Sorensen i saradnici tvrde da ključna ograničenja postojećih alata kao rezultat imaju fokusiranje na pojedinačne ili odabrane komponente zdravstvene pismenosti, a ne na sveobuhvatnu konceptualizaciju zdravstvene pismenosti; na procjenu zdravstvene pismenosti pojedinca, a ne populacije (80). Alat mjeri individualne odgovore na upitnik koji se sastoji od 47 stavova o zdravstvenoj pismenosti, a njegovo ograničenje je što je više stavljen naglasak na zdravstvenu zaštitu i prevenciju bolesti, a manje na promociju zdravlja (80).

Veoma praktični i dostupni za primjenu su i test Najnoviji vitalni znak – NVS (*Newest Vital Sign*), koji je razvijen skoro 10 godina nakon testa TOFHLA, i Kratki upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti – BRIEF (*BRIEF–Health Literacy Screening Tool*). Test NVS koristi se za brzu procjenu zdravstvene pismenosti kroz sposobnosti čitanja i numeričkih vještina, zahtijevajući od pacijenata da pročitaju etiketu sa pakovanja sladoleda i na osnovu toga odgovore na šest pitanja za rješavanje problema (77) (81) (82). Ključna prednost za upotrebu testa NVS u odnosu na TOFHLA jeste da je potrebno manje vremena za administriranje (83). Upitnik BRIEF sastoji se od četiri pitanja, a predviđeno vrijeme potrebno za njegovo ispunjavanje je dvije minute (84). Stoga je praktičan za upotrebu u široj populaciji i u svakodnevnom radu.

Potrebno vrijeme za administriranje testova za procjenu zdravstvene pismenosti, kao i mogućnost srama kod pacijenata usljed korištenja ovakvih procjena, doveli su do razvoja pitanja za brzu i nenametljivu identifikaciju pacijenata sa ograničenim ili marginalnim funkcionalnim vještinama zdravstvene pismenosti (85). Kod pružanja zdravstvene zaštite, korišteno je jedno pitanje kojim se tražilo od pacijenata da se izjasne koliko su sigurni da znaju sami popuniti medicinske obrasce (86) (87).

Drugi nedavno razvijeni upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti je Upitnik o zdravstvenoj pismenosti – HLQ (*Health literacy questionnaire*) (77). Upitnik HLQ procjenjuje devet indikatora zdravstvene pismenosti i iskustva ljudi koji pokušavaju da pristupe, razumiju i koriste zdravstvene informacije i da se bave zdravstvenim uslugama, kao i stavove stanovništva, pružalaca zdravstvenih usluga i kreatora politike o mogućnosti aktivnog učešća pojedinaca u pružanju zdravstvenih usluga. Od

pojedina se traži da ocijene: svoje aktivno i samostalno upravljanje zdravljem, socijalnu podršku zdravlju, da li imaju dovoljan pristup informacijama za upravljanje svojim zdravljem, da li imaju sposobnost da pronađu dobre zdravstvene informacije, da procijene kvalitet zdravstvenih informacija, da procijene da li razumiju zdravstvene informacije dovoljno dobro da djeluju na osnovu njih, da li imaju sposobnost kretanja u sistemu zdravstvene zaštite i aktivnog donošenja odluka sa pružaocima zdravstvenih usluga, te stepen do kog imaju razumijevanje i podršku od strane zdravstvenih ustanova (77).

Skala svih aspekata zdravstvene pismenosti – AAHLS (*All Aspects of Health Literacy Scale*) predstavlja još jedan nedavno razvijen alat, koji ima za cilj mjerenje funkcionalne, komunikativne i kritičke zdravstvene pismenosti (88). AAHLS je napravljen da identifikuje individualne potrebe i podršku zdravstvenoj pismenosti, istakne snage i sposobnosti pojedinca, pruži informacije na nivou populacije, a može se koristiti za procjenu uticaja lokalnih inicijativa na obrazovanje pacijenata. AAHLS je anketni upitnik koji za cilj ima da procijeni sposobnost pojedinca da: piše i pročita zdravstvene informacije; da sakuplja, obrađuje i ocjenjuje informacije; pristupa mrežama podrške i uspješno sarađuje sa zdravstvenim ustanovama. Test uključuje i pitanja koja procjenjuju spremnost i sposobnost pojedinca da potvrdi individualnu autonomiju u vezi sa odlukama o svom zdravlju u sistemu zdravstvene zaštite, da izrazi svoje uvjerenje i doprinos ličnim zdravstvenim rezultatima i zdravstvenim rezultatima šire zajednice kojoj pripada (88).

Svi navedeni alati za procjenu zdravstvene pismenosti fokusiraju se na procjenu funkcionalne pismenosti pojedinca vezano za kliničku njegu, pružajući malu pomoć za procjenu kritične zdravstvene pismenosti u kontekstu populacije. Zdravstvena pismenost u kontekstu populacije istražena je u Americi kroz Demografsku procjenu zdravstvene pismenosti – DAHL (*Demographic assessment of health literacy*), kada su korišteni podaci jedne od najvećih nacionalnih studija zdravstvene pismenosti populacije (Prudential Medicare Study) i godišnjeg istraživanja Uzorka nacionalnog intervjua o zdravlju (NHIS) (89). Kako bi procijenila nivo ograničene zdravstvene pismenosti populacije, DAHL je analizirala zdravstvene, demografske i društveno–ekonomske karakteristike u odnosu na indikatore zdravstvenog statusa.

Zdravstvena pismenost u kontekstu populacije ispitivana je još devedesetih godina prošlog vijeka, kada su istraživači pokušali razviti i validirati prediktivni model za procjenu funkcionalne zdravstvene pismenosti (FHL) kod osoba starijih od 65 godina, koristeći podatke iz Analize nacionalne pismenosti odraslih (NALS) (90). Predloženo je da se ovaj model koristi u kasnijim istraživanjima kako bi se procijenili odnosi između funkcionalne zdravstvene pismenosti i zdravstvenog stanja, korištenja zdravstvene zaštite, troškova i zadovoljstva liječenjem. Nadalje, zaključeno je da se model može koristiti za identifikaciju osoba koje imaju neadekvatnu funkcionalnu zdravstvenu pismenost, što omogućava provođenje ciljanih mjera za poboljšanje zdravstvene pismenosti ovih kategorija stanovništva (90).

Uporedo sa interesom za procjenu individualne i populacione zdravstvene pismenosti javio se interes i za procjenu zdravstvene pismenosti kod određenih bolesti i populacionih grupa. Ishikawa i saradnici razvili su alat za koji vjeruju da kod pacijenata oboljelih od dijabetes melitusa mjeri funkcionalnu, komunikativnu i kritičku zdravstvenu pismenost, procjenom sposobnosti osobe da pribavi, kritički analizira i koristi zdravstvene informacije kako bi pozitivno učestvovala u svojoj zdravstvenoj zaštiti (91). Ovaj upitnik je predstavljen kao upitnik sa četiri oblasti, koji se lako primjenjuje u kliničkom okruženju.

Drugi pokušaji koji se fokusiraju na mjerenje zdravstvene pismenosti iz perspektive javnog zdravlja, pojavljuju se u studiji koja opisuje upotrebu kratkog istraživačkog alata koji se bavi različitim domenima zdravstvene pismenosti, fokusirajući se na adolescente u svakodnevnom životu, u kontekstu porodice i vršnjaka (92). Upitnik ima osam stavki koje predstavljaju funkcionalnu, interaktivnu i kritičku zdravstvenu pismenost i identifikuju razliku između razumijevanja i pronalaženja relevantnih informacija o zdravlju. Mjerenje zdravstvene pismenosti adolescenata – HELMA (*Health Literacy Measure for Adolescents*) uradili su i iranski autori putem upitnika koji se sastojao od 44 pitanja unutar osam područja. Ta područja su obuhvatila analizu pristupa zdravstvenim informacijama kroz čitanje, razumijevanje, procjenu, upotrebu, komunikaciju, samoeфикаsnost i računске operacije (93).

U nedostatku vremena za primjenu testova za procjenu zdravstvene pismenosti, kao i zbog mogućnosti stida kod pacijenata, zdravstveni radnici mogu koristiti i neformalne metode procjene (81). Neformalne metode procjene zdravstvene pismenosti od strane zdravstvenih radnika mogu obuhvatiti posmatranje ponašanja pacijenata koji

ostvaruju zdravstvenu zaštitu, a najčešći uočeni obrasci ponašanja zbog neadekvatne zdravstvene pismenosti jesu: približavanje teksta tokom čitanja; pokazivanje teksta prstom u toku čitanja; žalbe na „loš vid“; „zaboravljanje“ naočala neophodnih za čitanje informacija tokom posjete; podnošenje nepotpunih obrazaca; izostanci sa zakazanih pregleda, dijagnostičkih testova ili procedura; nepravilna primjena lijekova i savjeta o liječenju; izjave da „nije dobro osvijetljenje“; pokazivanje mučnine, „loše se osjećaju“; objašnjavanje „da nemaju vremena“; izjavljivanje „da ne misle da je materijal ineresantan“ i dr. (81).

Ključne nedostatke u trenutnim mjerenjima zdravstvene pismenosti sumirali su Pleasant i saradnici, a to su: stavljanje fokusa na jednu usko definisanu dimenziju zdravstvene pismenosti, umjesto na više dimenzija; zanemarivanje činjenica da se zdravstvena pismenost smatra javnozdravstvenim problemom; nedostatak testiranja ili napredovanja temeljne teorije zdravstvene pismenosti (94). Ovo je naročito važno u pogledu procjene najizazovnijih i često zanemarenih aspekata zdravstvene pismenosti, kao što je kritička zdravstvena pismenost i zdravstvena pismenost zajednica ili grupa stanovnika.

1.5.3. Zdravstvena pismenost i zdravlje

Nivo zdravstvene pismenosti povezan je sa saradnjom pacijenata i zdravstvenih radnika, rezultatima liječenja, kvalitetom i troškovima zdravstvene zaštite (95). Prema nedavno provedenim sistematskim pregledima literature (52) (96) i brojnim drugim istraživanjima, utvrđeno je da niska zdravstvena pismenost dovodi do: teškoća u komunikaciji sa zdravstvenim radnicima (95), nepravilnog uzimanja propisanih lijekova (97), lošije procjene vlastitog zdravlja, manje upotrebe preventivnih zdravstvenih usluga, češćih odlazaka kod doktora, dužih boravaka u bolnicama (98), lošijeg znanja o mehanizmima bolesti i vještinama samopomoći kod hroničnih stanja, kao što su dijabetes i bolesti srca (99) i povećanja smrtnosti (100). Zdravstvena pismenost je značajan prediktor zdravstvenog stanja pojedinca u odnosu na starost, obrazovanje, zaposlenost, prihode i pripadnost etničkim grupama (56). Nivo zdravstvene pismenosti može uticati na nejednako korištenje zdravstvene zaštite među ljudima istih rasa, nivoa obrazovanja i sociodemografskih karakteristika. Zdravstvena pismenost je kao determinanta zdravlja neophodna u analizi zdravstvenog sistema svake zemlje, jer je zadovoljavajući nivo

zdravstvene pismenosti potreban za aktivno učešće pacijenata u ostvarivanju zdravstvene zaštite (56). Na pacijente sa niskim nivoom zdravstvene pismenosti troši se više sredstava u zdravstvenom sistemu, jer duže ostaju u bolnici, češće odlaze na preglede (95) (101) (102) i rjeđe koriste preventivne usluge (103) (104). Takvi pacijenti češće imaju lošije zdravstveno stanje, ishod njihovog liječenja je lošiji (49) (105) i nezadovoljniji su zdravstvenom zaštitom (106). Niža pismenost ili niža zdravstvena pismenost povezana je sa: nedostatkom vještina u samopoboljšanju zdravlja, neadekvatnom upotrebom lijekova i neusklađenošću sa doktorskim savjetima, lošijom kontrolom glikemije i povećanom prevalencom komplikacija, oskudnim znanjem o zdravlju, manjim učešćem u donošenju odluka o liječenju, manjim izražavanjem zdravstvenih problema i lošijom komunikacijom sa zdravstvenim radnicima (107).

1.5.4. Zdravstvena pismenost i troškovi zdravstvene zaštite

Pored individualnih posljedica, nizak nivo zdravstvene pismenosti ima posljedice i na društvo u cjelini, prvenstveno kroz povećanje troškova zdravstvene zaštite. Nizak nivo zdravstvene pismenosti utiče na češće korišćenje hitnih sužbi, češće potrebe za bolničkim liječenjem, učestalije korišćenje lijekova, rjeđe korišćenje preventivnih usluga, što doprinosi većim troškovima u okviru zdravstvenog sistema (108) (109). Najveći broj istraživanja o povećanju troškova zdravstvene zaštite proveden je u Sjedinjenim Američkim Državama. Tako je američka studija za procjenu ekonomskih troškova pokazala da su troškovi zdravstvene zaštite nastali zbog neadekvatne zdravstvene pismenosti veći za oko 73 miliona dolara godišnje (108) (109).

Niska zdravstvena pismenost dodatno košta američku privredu (u obliku dodatne zdravstvene zaštite i dana odsustva sa posla) između 106 i 238 dolara godišnje po stanovniku, što predstavlja 7%–17% svih izdataka za ličnu zdravstvenu zaštitu. Uticaj niske zdravstvene pismenosti na privredu je značajan i u nekim procjenama dodatno godišnje povećanje troškova iznosi do 5% u odnosu na ukupne troškove zdravstvene zaštite (110). Vernon i saradnici u svom istraživanju ističu da će niska zdravstvena pismenost uticati na zdravlje budućih generacija i podići ukupne troškove zdravstvene zaštite između 1,6 do 3,6 triliona dolara (111).

Prvo reprezentativno istraživanje zdravstvene pismenosti u Evropi bilo je u Švajcarskoj 2003. godine. Rezultati su pokazali da većina ispitanika nije u mogućnosti da razvije vještine u korist ličnog zdravlja, kao i da loša zdravstvena pismenost dodatno opterećuje državni budžet sa 1,5 miliona švajcarskih franaka godišnje (112). Švajcarski autori su detaljno pregledali studije troškova niske zdravstvene pismenosti u američkoj i švajcarskoj populaciji, zaključivši da je niska zdravstvena pismenost povećala ukupne proračune nacionalnih zdravstvenih usluga za dodatnih 3%–5%, a troškove liječenja samim pacijentima za oko 7798 dolara godišnje (112). U sistematskom pregledu literature koji su izvršili Eichler i saradnici, od potencijalno relevantnih 2340 studija koje su se bavile istraživanjem zdravstvene pismenosti, odabrano je 10 studija za konačnu analizu. Analizom je utvrđeno da se prevalenca neadekvatne zdravstvene pismenosti kreće u rasponu od 34% do 59%, a dodatni troškovi zbog neadekvatne zdravstvene pismenosti kreću se od 3% do 5% u odnosu na ukupne troškove zdravstvene zaštite godišnje (113). Dodatni godišnji troškovi po osobi sa neadekvatnom zdravstvenom pismenosti u poređenju sa osobama sa adekvatnom zdravstvenom pismenosti kreću se od 143 do 7798 dolara. Kao primjer projekcije povećanja realnih troškova zdravstvene zaštite zbog niske zdravstvene pismenosti za 3%–5% uzeta je Velika Britanija, tako bi to povećanje dodatno opteretilo zdravstveni sistem ove države za iznos od 2,87 do 4,78 milijardi funti u periodu 2013–2014. godina (113).

Sljedeći primjeri iz studija pokazuju da edukacija pacijenata značajno utiče na smanjenje troškova zdravstvene zaštite kroz korištenje preventivnih pregleda i ranu dijagnostiku bolesti, manji broj komplikacija i posjeta hitnoj službi. Pacijentima sa niskom zdravstvenom pismenošću koji rjeđe koriste preventivne usluge pružene su jasne informacije o značaju preventivnih pregleda i rane dijagnoze raka, što je nakon rane detekcije bolesti dovelo do bruto uštede po pacijentu za više od 236 dolara (114). Program podučavanja roditelja iz siromašnih porodica o načinu liječenja dječijih bolesti u kućnim uslovima dao je za rezultat značajno smanjenje izostanaka sa posla i iz škole, manji broj dolazaka u hitnu pomoć, manji broj komplikacija, bolju njegu bolesnog djeteta, što za posljedicu ima smanjenje troškova zdravstvene zaštite (115).

1.6. Zdravstvena pismenost na svjetskom i evropskom nivou

Koncept zdravstvene pismenosti se gotovo trideset godina izučava u Americi, a veliki interes za zdravstvenu pismenost su pokazali i naučnici u Kanadi i Australiji. Stoga su ove zemlje među prvima uradile nacionalne akcijske planove za poboljšanje zdravstvene pismenosti.

Tako je američki Odjel za zdravstvo i zdravstvene usluge–Kancelarija za prevenciju bolesti i promociju zdravlja (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion) donio Nacionalni akcijski plan za poboljšanje zdravstvene pismenosti (*engl. National Action Plan to Improve Health Literacy*), putem kojeg nastoji angažovati organizacije, stručnjake, političare, zajednice, pojedince i porodice u povezane i višestranne napore za poboljšanje zdravstvene pismenosti, da bi se stvorilo zdravstveno pismeno društvo (70).

Plan se zasniva na načelima da svako ima pravo na zdravstvene podatke koji mu pomažu da donosi informisane odluke vezane za zdravlje i da zdravstvene usluge treba da budu predočene na načine koji su razumljivi i korisni za zdravlje, dugovječnost i kvalitet života (70). Iako ograničena zdravstvena pismenost utiče na većinu odraslih osoba u nekom trenutku u njihovom životu, postoje razlike u prevalenciji i štetnosti (ozbiljnosti) uticaja u opštoj populaciji (109). Neke grupe stanovništva imaju veću vjerovatnoću da imaju ograničenu zdravstvenu pismenost, a to su: odrasle osobe starije od 65 godina, različite rasne i etničke grupe, izbjeglice i imigranti, osobe sa manje od srednjoškolskog obrazovanja, osobe sa prihodima u nivou ili ispod nivoa siromaštva, te lica koja ne govore službene jezike države u kojoj žive (70). Zabrinjavajući su podaci da 14% odraslog stanovništva (oko 30 miliona Amerikanaca) nije u stanju da obavlja ni najjednostavnije svakodnevne zadatke pismenosti, a većina od njih nisu pismeni na engleskom jeziku. U izvještaju Vlade se navodi da većina odraslih osoba s osnovnim vještinama zdravstvene pismenosti ima poteškoća s čitanjem grafikona–slika i jednostavnih uputstava, 42% ima veću vjerojatnoću da svoje zdravlje procijeni kao loše, a 28% vjerovatno ima nedostatak zdravstvenog osiguranja. Osim toga, u izvještaju je navedeno da su 54 miliona odraslih Amerikanaca sa bilo kojom vrstom onesposobljenosti ili bolesti posebno ranjive kategorije i vjerovatno će se njihova zdravstvena zaštita obavljati na najnižem nivou pismenosti (70).

Nacionalni akcioni plan za poboljšanje zdravstvene pismenosti pod nazivom Zdravstvena pismenost: preduzimanje mjera za poboljšanje sigurnosti i kvaliteta (*engl. Health literacy: taking measures to improve safety and quality*), koji je izradila australijska Komisija za sigurnost i kvalitet zdravstvene zaštite, temelji se na činjenici da je niska zdravstvena pismenost značajan problem za Australiju (116). Komisija koja je učestvovala u izradi ovog plana zdravstvenu pismenost posmatra kroz dva modela – individualnu i zdravstvenu pismenost okruženja. Individualnu zdravstvenu pismenost čine vještine, znanje, motivacija i sposobnost osobe da pristupi, razumije, procijeni i primijeni informacije kako bi donijela efikasne odluke o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti i preduzela odgovarajuće mjere za unapređenje zdravlja. Okruženje zdravstvene pismenosti čine infrastruktura, politike, procesi, materijali, ljudi i odnosi koji čine zdravstveni sistem i utiču na način pristupa, razumijevanja, procjene i primjene informacija i usluga vezanih za zdravlje (116). Tako Parker u svom istraživanju navodi da je neophodno da se usklade vještine i sposobnosti (individualna zdravstvena pismenost) pojedinca sa zahtjevima i složenosti sistema (okruženje zdravstvene pismenosti) i, kada se postigne ravnoteža između ovih komponenti, osoba će imati adekvatnu zdravstvenu pismenost (78). Odnos između zdravstvene pismenosti osobe, individualnih karakteristika i okruženja prikazan je na slici 3.



Slika 3. Individualna zdravstvena pismenost i okruženje zdravstvene pismenosti

Izvor: Parker R, Hernandez, L. Measuring health literacy: Why? So what? Now what? Measures of Health Literacy: Workshop Summary; Roundtable on Health Literacy, 2009.

Uporedo sa savremenim medicinskim dostignućima i razvojem medicinske tehnologije, zdravstvene informacije i zdravstveni sistemi postali su sve složeniji i teže razumljivi za građane. Poput mnogih drugih razvijenih zemalja, gotovo 60% odraslih Australijanaca ima nisku individualnu zdravstvenu pismenost, što znači da možda neće moći efikasno iskoristiti pravo izbora ili odlučivanja prilikom donošenja zdravstvenih odluka (117).

Kanada ima jednu od najobrazovanijih populacija u svijetu, međutim, kada je u pitanju zdravstvena pismenost stanovnika, Kanada pokazuje nešto lošiju sliku. Interesovanje za odnos između pismenosti i zdravlja u Kanadi počinje intenzivno da se razvija početkom osamdesetih i devedesetih godina prošlog vijeka (107). Po mišljenju Rotmana, u Kanadi je prvo interesovanje za zdravstvenu pismenost došlo od strane medicinskih sestara i smatrano je sestrijskim problemom, kojim se doktori nisu

ozbiljno pozabavili (4). Takođe je napomenuo da su doktori koji se najčešće susreću sa problemima neadekvatne zdravstvene pismenosti pacijenata prvenstveno porodični doktori, koji svoj interes treba da usmjere na ispitivanje zdravstvene pismenosti i predlaganje mjera za njeno poboljšanje. Šest od deset odraslih Kanadana nema vještine potrebne za adekvatno upravljanje svojim zdravljem i zdravstvenim potrebama. Kanadani sa najnižim vještinama zdravstvene pismenosti pokazali su za više od dva i po puta veću vjerovatnoću da će imati lošije zdravstveno stanje (57). Analiza odnosa između zdravstvene pismenosti i artritisa, dijabetes melitusa, konzumiranja alkoholnih pića, visokog krvnog pritiska, povreda, stresa i astme za svaku od kanadskih zdravstvenih regija pokazuje zanimljive rezultate i nejednakosti. Najjača veza je pronađena sa dijabetes melitusom, čija prevalenca opada sa povećanjem zdravstvene pismenosti (57). U cilju ispitivanja i poboljšanja zdravstvene pismenosti među stanovništvom, osnovan je i Kanadski ekspertski komitet zdravstvene pismenosti koji je kroz publikaciju *Zdravstvena pismenost u Kanadi: zdravo razumijevanje 2008* (*engl. Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding 2008*) prikazao i stanje zdravstvene pismenosti građana (57). Istraživanja su pokazala da je zdravstvena pismenost i u Kanadi na niskom nivou. Činjenica da ima više ljudi s niskim nivoom zdravstvene pismenosti (60%) nego sa niskim nivoom pismenosti (48%) uzrokuje zabrinutost kanadske vlade (118) (119). Slično istraživanjima u Sjedinjenim Američkim Državama, i ovdje se pokazalo da je nivo zdravstvene pismenosti usko povezan sa nivoom obrazovanja, godinama starosti, polom, maternjim jezikom i zdravstvenim stanjem, te da postoje teritorijalne razlike na nivou zemlje (57).

Studije o zdravstvenoj pismenosti evropskog stanovništva bile su oskudne (34) (45) (99) (120) (121) (122) (112) sve do objavljivanja rezultata projekta provedenog u osam evropskih zemalja „*European Health Literacy Project 2009–2012*“ (14) (55). U zemljama obuhvaćenim projektom, adekvatan nivo zdravstvene pismenosti postoji kod 30%–60% stanovnika. Stanovništvo sa niskim nivoom obrazovanja, starije životne dobi i niskog socioekonomskog statusa ima niži nivo zdravstvene pismenosti (13) (14). I pored nastojanja Evropske komisije i Svjetske zdravstvene organizacije da se svijest o zdravstvenoj pismenosti podigne na viši nivo, nedavna istraživanja pokazuju da je unapređenje zdravstvene pismenosti još uvijek u ranoj fazi u Evropi, što se ogleda u manjem broju naučne literature i radova o zdravstvenoj pismenosti koje su objavili evropski autori. Od ukupno 569 recenziranih članaka objavljenih o zdravstvenoj

pismenosti do 2011. godine, za samo 86 članaka (15,2%) prvi autor je iz zemalja članica Evropske unije (123).

Države članice Evropske unije i druge zemlje u svijetu bave se pitanjima zdravstvene pismenosti, na primjer, u politici rješavanja nejednakosti u zdravstvu, u programima za starije ranjive grupe ili u aktivnostima koje promovišu samoupravljanje koje se tiče zdravlja i pridržavanja medicinskih planova liječenja. Pojedine evropske zemlje imaju posebne politike ili strategije u području zdravstvene pismenosti posebno ranjivih grupa s niskom pismenosti. Kroz projekat Interventnog istraživanja zdravstvene pismenosti i starenja stanovništva u Evropi (*Intervention Research On Health Literacy among Ageing populations – IROHLA*), analizirani su ovi dokumenti da bi se vidjelo kako zemlje predviđaju razvoj intervencija u zdravstvenoj pismenosti (124). Konzorcijum IROHLA vodio je Univerzitetski medicinski centar Groningen (UMCG), a sastojao se od 22 partnera: akademskih institucija, organizacija za promociju zdravlja, mrežnih organizacija za promociju zdravlja i zdravog starenja, zdravstvenih osiguravajućih društava, kao i poslovnih preduzeća koja djeluju u zdravstvenom sektoru. Konzorcijum je obuhvatio devet zemalja, ali zbog uključivanja drugih mrežnih organizacija gotovo sve zemlje članice EU su učestvovala. Glavni cilj projekta IROHLA bio je dati smjernice državama članicama za politike i praksu, te ih podstaći na sveobuhvatan pristup poboljšanju zdravstvene pismenosti u starijoj populaciji. Projekat je utvrdio 20 ključnih intervencija koje zajedno čine sveobuhvatan pristup rješavanju potreba zdravstvene pismenosti starijih osoba (124). Ove smjernice za politike i praksu predstavljene su na Trećoj evropskoj konferenciji o zdravstvenoj pismenosti održanoj 2015. godine (125). Sve informacije o provođenju navedenog projekta i pitanjima vezanim za zdravstvenu pismenost dostupne su na portalu Evropskog centra za zdravstvenu pismenost „Gdje počinje zdravo starenje“ (*engl. HLCE–Where healthy ageing begins*) (124).

Zdravstvena pismenost kao koncept nalazi se u većem broju strateških dokumenata Evropske komisije i Svjetske zdravstvene organizacije za Evropu u posljednjih desetak godina (15).

Iako je značaj zdravstvene pismenosti integrisan u strategiju Evropske komisije „Zajedno za zdravlje: Strateški pristup za EU 2008–2013“ (*engl. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*), izveštaj o statusu zdravstvene pismenosti u Evropi u vezi s političkim akcijama i intervencijama za njeno poboljšanje ukazuje na to

da je zdravstvena pismenost stanovništva još uvijek nedovoljno istražena u većini evropskih zemalja (126) (127).

Evropski centar za prevenciju i kontrolu bolesti (ECDC) izvršio je pregled intervencija za poboljšanje zdravstvene pismenosti siromašne populacije i znanja o zaraznim bolestima (128). U izvještaju je navedeno da je na osnovu ovih tema urađen mali broj edukacija kod siromašne populacije i da postoji manjak dokaza o intervencijama koje su najefikasnije u poboljšanju zdravstvene pismenosti i znanja o zaraznim bolestima ove populacije.

U 2014. godini Evropska komisija je u kontekstu Strategije Evropske unije 2014–2020. godine pokrenula program „Zdravlje za rast“ (*eng. Health for Growth*) za povećanje produktivnosti i zadovoljavanje izazova starenja stanovništva i hroničnih bolesti, u kojem je jasno definisano da je jedan od preduslova za zdravo starenje adekvatan nivo zdravstvene pismenosti stanovništva (129).

Značaj zdravstvene pismenosti za zdravlje i zdravstvene ishode ističe i Viljnuska deklaracija iz 2013. godine (*engl. Vilnius Declaration Call for Action Sustainable Health Systems for Inclusive Growth*), koja poziva evropske vlade i Evropsku uniju da preduzmu hitne akcije za povećanje ulaganja u promociju zdravlja i prevenciju bolesti, sa „većim ulaganjima u primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju, kao i u zdravstvenu pismenost“ (130).

Savjet Evropske unije u 2015. godini naglašava potrebu za razvojem efikasnog programa za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti i poziva na jačanje uloge zdravstvenih radnika, ističući da zdravstveni radnici igraju ključnu ulogu u edukaciji pacijenata i promovisanju zdravstvene pismenosti, a sve u skladu sa svojim obrazovanjem i radnim mjestom. Savjet takođe, ističe da je neophodno vršiti redovnu procjenu zdravstvene pismenosti u zemljama članicama kako bi se prikupili komparativni podaci, te ulagati u intervencije o zdravstvenoj pismenosti, na primjer, kroz zdravstvene programe ili strukturne fondove (131).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), Regionalna kancelarija za Evropu, 2012. godine posvetila je pažnju izazovu koji zemlje imaju vezano za zdravstvenu pismenost. Programi za unapređenje zdravlja zasnovani na principima angažovanja i osnaživanja pojedinca u donošenju odluka, uključujući i poboljšanje zdravstvene pismenosti, mogu pružiti stvarne prednosti evropskoj populaciji u unapređenju zdravlja.

Istaknut je značaj uključivanja omladinskih organizacija i programa za zdravstveno opismenjavanje u školama (132).

U publikaciji SZO regionalne kancelarije za Evropu „Zdravstvena pismenost: čvrste činjenice“ (*engl. Health literacy: The solid facts*) predstavljeni su snažni dokazi da je neophodna politička akcija za rješavanje problema niske zdravstvene pismenosti i naglašen je širok spektar uspješnih intervencija za jačanje zdravstvene pismenosti u Evropi (133).

Na Devetoj globalnoj konferenciji SZO održanoj 2016. godine, koja je posvećena promociji zdravlja, jasno su definisana tri osnovna stuba na kojima se uspješno gradi i provodi promocija zdravlja (134). Pored uloge vlada zemalja, očuvanja zdravih gradova, akcentat je stavljen i na zdravstvenu pismenost kao osnovni stub promocije zdravlja. Zdravstvena pismenost nije samo lični resurs, već visok nivo zdravstvene pismenosti unutar populacije donosi socijalne benefite, kao što su mobilizacija zajednica radi rješavanja društvenih i ekonomskih determinanti zdravlja i determinanti zdravlja koje potiču iz okruženja (134). Na Konferenciji je jasno definisano da se ovaj pristup bazira na obrazloženju da je zdravlje određeno višestrukim faktorima izvan direktne kontrole zdravstvenog sektora, npr. obrazovanje, prihodi i pojedinačni životni uslovi, te da odluke donesene u drugim sektorima mogu uticati na zdravlje pojedinaca i oblikovati obrasce raspodjele bolesti i smrtnosti. Zdravstveni dobici, kao i ostvarivanje zdravlja kao temeljnog ljudskog prava i ravnopravnosti zdravlja, zahtijevaju da politike u drugim sektorima rutinski uzimaju u obzir zdravstvene ishode, uključujući prednosti, štete i troškove povezane sa zdravljem (134).



Slika 4. Promocija zdravlja, Deveta globalna konferencija o promociji zdravlja SZO.

Izvor: WHO, 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/resources/en/>

1.7. Zdravstvena pismenost u Republici Srpskoj

Kao zemlja članica regionalne kancelarije SZO za Evropu, Republika Srpska, (Bosna i Hercegovina) susreću se sa terminom zdravstvene pismenosti tek 2011. godine kroz naprijed navedena dokumenta i strategije.

Promocije zdravstvenog obrazovanja i zdravstvene pismenosti stanovništva zauzima značajno mjesto u evropskom okviru politike koja podržava aktivnosti svih nivoa vlasti i društva za zdravlje i blagostanje „Zdravlje 2020“. Ova politika teži da dostigne mjerljiv uticaj na zdravlje u evropskom regionu, slijedeći regionalne ciljeve: smanjenje prijevremene smrtnosti do 2020. godine, produženje očekivanog životnog vijeka, smanjenje nejednakosti u zdravlju, poboljšanje blagostanja stanovništva, obezbjeđivanje univerzalnog obuhvata i prava na najviši nivo zdravlja koji može da se dostigne, određivanje nacionalnih opštih i posebnih ciljeva u vezi sa zdravljem u zemljama članicama (132). Šefovi država i vlada i predstavnici država i vlada su se okupili u Ujedinjenim nacijama 2011. godine radi rješavanja pitanja prevencije i

kontrole masovnih nezaraznih bolesti u cijelom svijetu, sa naročitim težištem na razvojnim i drugim poteškoćama, te socijalnim i ekonomskim posljedicama, posebno za zemlje u razvoju (135). Kao prijedloge za smanjenje faktora rizika i stvaranje okruženja po mjeri zdravlja, između ostalog, ističu podsticanje razvoja multiresorne javne politike koja će stvoriti stabilno okruženje podsticajno za zdravlje koje će pojedince i porodicu osnažiti za donošenje ispravnih odluka u pogledu zdravlja i vođenja zdravog načina života. Svjesni da je stavljanje težišta na zdravstvenu pismenost u mnogim zemljama tek u začetku, ističu da bi izrada, jačanje i realizacija multiresornih politika i akcionih planova u cilju promocije zdravstvenog obrazovanja i zdravstvene pismenosti, putem obrazovanja zasnovanog na dokazima i informativnih strategija i programa u školama i van njih, kao i putem javnih kampanja, u velikoj mjeri doprinijelo unapređenju prevencije i kontrole nezaraznih bolesti (135).

Evropski akcioni plan za jačanje javnozdravstvenih kapaciteta i usluga definiše deset osnovnih javnozdravstvenih operacija, među kojima je i zagovaranje, komunikacija i socijalna mobilizacija u zdravstvu. Komunikacija za javno zdravlje je usmjerena na unapređenje zdravstvene pismenosti i zdravstvenog statusa pojedinca i populacije. Cilj je poboljšanje zdravstvene pismenosti populacije, sistema i kreatora politika i učešće u projektovanju i realizaciji odgovarajućih i efikasnih strategija i odgovora na zdravstvene izazove i mogućnosti (136).

U Republici Srpskoj (BiH) do sada nisu rađena istraživanja iz oblasti zdravstvene pismenosti stanovništva, niti se unapređenje zdravstvene pismenosti kao značajan faktor u pružanju zdravstvenih usluga i zdravstvenih ishoda građana pojavljuje u strateškim dokumentima i planovima naše zemlje.

Veoma važno je stvoriti političku svijest o zdravstvenoj pismenosti, a u cilju zajedničke odgovornosti, uključiti političare, profesionalce i cjelokupno društvo u jačanje zdravstvene pismenosti. Zdravstvena pismenost nije briga isključivo pojedinaca, stoga je važno da se vlade i zdravstveni sistemi obavežu da daju jasne, tačne, pogodne i dostupne medicinske informacije za različite korisnike odnosno slušaoce (134).

Jačanje zdravstvene pismenosti treba da predstavlja dugoročnu strategiju u koju treba dosta ulagati (45). Strategije jačanja zdravstvene pismenosti trebalo bi razvijati kao dio vještina koje se uče tokom cijelog života. Zdravstveni profesionalci trebalo bi da shvate zdravstvenu pismenost kao dio redovnih radnih dužnosti koje se odnose na zaštitu zdravlja populacije.

U svijetu globalnih marketinških i komunikacijskih tehnologija, čak i u ruralnom području naći ćete nekoga ko prepoznaje logotip firmi. Tragična ironija je da ti isti ljudi neće razumjeti neke od najjednostavnijih koncepata o vlastitom zdravlju (137). Nizak nivo funkcionalne zdravstvene pismenosti je utvrđen kao barijera za primanje odgovarajuće zdravstvene zaštite. Visoka učestalost neodgovarajuće funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslih znači da pružaoци zdravstvenih usluga moraju biti svjesni koji pacijenti nisu sposobni da čitaju i razumiju zdravstvene informacije, kao što su, na primjer, recepti i instrukcije za uobičajene zdravstvene probleme i usluge (71).

Adekvatna zdravstvena pismenost je važna za uspješno kretanje građana u zdravstvenom sistemu i potrebna je za donošenje odluka vezanih za zdravlje. Da bi se brinuli o svom zdravlju, pojedinci moraju doći do zdravstvenih informacija, moraju ih razumjeti i primijeniti u očuvanju zdravlja i blagostanja (45). Ispitivanje zdravstvene pismenosti je veoma značajno za sistem zdravstvene zaštite naše zemlje, koja prolazi kroz period tranzicije. Političarima i donosiocima odluka informacije ove vrste mogu da budu od velike koristi u kreiranju budućih koraka u reformama i unapređenju našeg zdravstvenog sistema.

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

1. Procijeniti nivo zdravstvene pismenosti u populaciji odraslih pacijenata koji su korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite u dva grada, Prijedor i Bijeljina, u Republici Srpskoj (BiH) primjenom upitnika: Kratkog testa za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslih – STOFHLA i Kratkog upitnika za procjenu zdravstvene pismenosti – BRIEF.
2. Procijeniti pouzdanost i validnost BRIEF upitnika, izvršiti poređenje rezultata sa rezultatima STOFHLA testa u populaciji odraslih pacijenata koji su korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite.
3. Identifikovati i analizirati faktore (demografski faktori, socioekonomski faktori, samoprocjena zdravstvenog stanja i zadovoljstva životom, faktori rizika za zdravlje, prisustvo komorbiditeta, korištenje zdravstvene zaštite) koji mogu biti povezani sa nivoom zdravstvene pismenosti.

3. MATERIЈAL I METODE

Procjena zdravstvene pismenosti odraslog stanovništva registrovanog kod doktora porodične medicine u Republici Srpskoj provedena je kao studija presjeka tokom 2016. i 2017. godine. Istraživanje je provedeno u domovima zdravlja Prijedor i Bijeljina u Republici Srpskoj, (Bosna i Hercegovina). Instrument istraživanja bio je upitnik STOFHLA (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults*), skraćena verzija upitnika TOFHLA (71). Od strane izdavača (*Peppercorn Books and Press*) obezbeđena je licenca za korišćenje upitnika. U pilot–istraživanju korišten je i upitnik BRIEF (*Brief Health Literacy Screening Tool*) (85). Pored ovih upitnika, korišten je i Opšti upitnik u kome se nalaze pitanja koja obuhvataju demografske, socijalne i ekonomske karakteristike ispitanika (pol, starost, bračno stanje, nivo obrazovanja, radni status, materijalno stanje, tip naselja u kojem živi, da li se radi o izbjeglom i raseljenom stanovništvu), korišćenje zdravstvene službe (učestalost korišćenja različitih vrsta zdravstvenih usluga u prethodnoj godini), prisustvo hroničnih bolesti, faktore rizika za zdravlje, samoprocjenu zdravlja i zadovoljstvo životom. Podaci su analizirani metodama deskriptivne i inferencijalne statistike.

3.1. Uzoračka populacija i jedinice posmatranja

Populaciju u ovom istraživanju činili su odrasli korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite koji su registrovani kod porodičnih doktora u gradskim, prigradskim i seoskim ambulantomama na teritoriji grada Prijedora (68.833 stanovnika starijih od 18 godina) i grada Bijeljine (84.071 stanovnika starijih od 18 godina). Uzoračku populaciju činili su korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite na teritoriji ova dva grada u definisanom vremenskom periodu u 2016. i 2017. godini, a uzorak je bio višestepeni. Ukupan broj stanovnika u Prijedoru iznosi 80.916, a u Bijeljini 103.874 (44). U Prijedoru i Bijeljini postoji po jedan dom zdravlja sa gradskim, prigradskim i seoskim ambulantomama i timovima porodične medicine koji u njima rade. U skladu s tim, izvršena je i stratifikacija uzorka: prvi stratum čine korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite Doma zdravlja Prijedor, a drugi korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite Doma zdravlja Bijeljina. Imajući u vidu da oba doma zdravlja koja su obuhvaćena istraživanjem imaju relativno mali broj timova porodične medicine koji su teritorijalno nejednako raspoređeni, odlučeno je da svi timovi koji su bili u procesu rada u 2016. godini budu uključeni u uzorak istraživanja. Informacija koja je služila kao osnov za

određivanje broja ispitanika koji će činiti uzorak za ovo istraživanje jeste broj ukupnih posjeta korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite po timovima porodične medicine u oba doma zdravlja u toku 2016. godine. U skladu s tim podacima, unutar svakog doma zdravlja izvršena je po timovima porodične medicine proporcionalna alokacija broja korisnika primarne zdravstvene zaštite koji će učestvovati u istraživanju (tabela 3.1.1).

Uz pretpostavku da je proporcija neadekvatno zdravstveno pismenih 0,32, što se pokazalo u pilot-istraživanju u oba doma zdravlja, i da nam je cilj da u glavnom istraživanju izračunamo istu proporciju sa pouzdanošću od 95%, kao i da širina intervala pouzdanosti ocjene proporcije ne prelazi 5% ocjene, zaključili smo da je dovoljno ispitati ukupno 768 korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite, odnosno po 384 ispitanika u oba doma zdravlja. Očekivana stopa odgovora kao i očekivane nedostajuće vrijednosti ovu brojku uvećavaju za bar 10%, tj. 76 ispitanika, tako da je broj jedinica posmatranja 844 ispitanika. Korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite birani su po principu slučajnog kretanja do postizanja dovoljnog broja ispitanika po svakom timu porodične medicine.

Kriterijumi za uključivanje ispitanika u studiju bili su starosna dob od 18 godina i stariji, i da su registrovani u pripadajućoj ambulanti porodične medicine. Iz studije su bili isključeni ispitanici koji nisu spremni za saradnju, nepismeni, osobe koje ne govore službene jezike Republike Srpske (BiH), osobe sa lošim vidom zbog kojeg ne mogu pročitati upitnike, osobe u terminalnoj fazi bolesti, osobe sa oštećenjem mozga, mentalno hendikepirani, koji nepovezano govore ili imaju psihijatrijsku epizodu, u vidno alkoholisanom stanju i osobe koje imaju obrazovanje medicinske, stomatološke i farmaceutske struke.

Istraživanje je provedeno u skladu sa WMA (*engl. World Medical Association*) i Helsinškom deklaracijom (1975, 2013). Prije početka istraživanja, obezbijeđena je saglasnost etičkih odbora oba doma zdravlja koji su bili uključeni u istraživanje i saglasnost Etičkog komiteta Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Ispitivanje je bilo anonimno i dobrovoljno. Svaki ispitanik je dobio pisano pojašnjenje cilja i metode istraživanja, sa posebnim objašnjenjem svrhe istraživanja. Ispitanici su imali dovoljno vremena da pročitaju pojašnjenja, razmisle, postavljaju dodatna pitanja, a svi ispitanici koji su pristali da učestvuju u istraživanju potpisali su saglasnost za

učestvovanje. Svaki ispitanik je u bilo kojem trenutku imao pravo da odustane od istraživanja, o čemu je bio obaviješten u prvom kontaktu, prije početka prikupljanja podataka.

Tabela 3.1.1. Alokacija uzorka korisnika primarne zdravstvene zaštite po timovima porodične medicine na osnovu broja posjeta

Dom zdravlja Bijeljina	Broj posjeta korisnika u 2016. Godini	Broj korisnika u uzorku	Dom zdravlja Prijedor	Broj posjeta korisnika u 2016. godini	Broj korisnika u uzorku
Tim 1	7 381	8	Tim 1	11 207	11
Tim 2	7 593	9	Tim 2	12 181	12
Tim 3	6 862	8	Tim 3	11 410	11
Tim 4	7 121	8	Tim 4	11 127	11
Tim 5	6 717	8	Tim 5	10 535	10
Tim 6	7 648	9	Tim 6	14 558	14
Tim 7	6 339	7	Tim 7	9 154	9
Tim 8	7 277	8	Tim 8	11 259	11
Tim 9	9 246	10	Tim 9	10 560	10
Tim 10	7 443	8	Tim 10	9 872	9
Tim 11	7 224	8	Tim 11	10 070	10
Tim 12	7 931	9	Tim 12	9 761	9
Tim 13	9 922	11	Tim 13	12 968	12
Tim 14	8 010	9	Tim 14	12 062	11
Tim 15	5 101	6	Tim 15	10 926	10
Tim 16	5 167	6	Tim 16	9 827	9
Tim 17	8 993	10	Tim 17	8 711	8
Tim 18	10 214	11	Tim 18	11 977	11
Tim 19	5 934	7	Tim 19	10 813	10
Tim 20	7 374	8	Tim 20	10 273	10
Tim 21	5 578	6	Tim 21	9 567	9
Tim 22	8 258	9	Tim 22	8 878	8
Tim 23	6 444	7	Tim 23	7 030	7
Tim 24	7 624	9	Tim 24	1 923	2
Tim 25	5 750	6	Tim 25	7 204	7
Tim 26	8 147	9	Tim 26	9 768	9
Tim 27	7 746	9	Tim 27	2 523	2
Tim 28	7 653	9	Tim 28	9 963	9
Tim 29	7 625	9	Tim 29	10 309	10
Tim 31	7 803	9	Tim 30	9 322	9
Tim 32	8 236	9	Tim 31	5 879	6
Tim 33	9 386	10	Tim 32	12 318	12
Tim 34	6 100	7	Tim 33	4 887	5
Tim 36	6 993	8	Tim 34	6 668	6

Tim 37	8 502	10	Tim 35	6 427	6
Tim 38	8 202	9	Tim 36	5 984	6
Tim 39	7 233	8	Tim 37	9 920	9
Tim 40	10 186	11	Tim 38	4 265	4
Tim 41	6 785	8	Tim 39	8 570	8
Tim 42	4 879	5	Tim 41	33 028	30
Tim 43	6 044	7	Tim 42	4 615	4
Tim 44	6 605	7	Tim 43	8 001	8
Tim 45	6 474	7	Ukupno	406 300	384
Tim 51	8 768	10			
Tim 53	7 596	9			
Tim 55	8 327	9			
Ukupno	342 441	384			

3.2. Instrumenti istraživanja

Kao instrumenti istraživanja korišćeni su sljedeći upitnici:

- Upitnik STOFHLA – Kratki test za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslog stanovništva (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults*) (71);
- Upitnik BRIEF – Kratki upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti (*BRIEF Health Literacy Screening Tool*) (85);
- Opšti upitnik koji obuhvata demografske, socijalne i ekonomske karakteristike ispitanika, korišćenje zdravstvene službe, prisustvo hroničnih bolesti, faktore rizika za zdravlje, samoprocjenu zdravlja i zadovoljstva životom.

3.2.1. Upitnik TOFHLA

Originalna verzija upitnika TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) dostupna je u dva oblika (standardnom i skraćenom obliku – STOFHLA). Testovi TOFHLA i STOFHLA korišćeni su u studijama koje pokazuju povezanost zdravstvene pismenosti sa različitim aspektima kvaliteta i korištenja zdravstvene zaštite, pristupačnošću zdravstvenog sistema, troškovima zdravstvene zaštite, ishodima liječenja i sa zadovoljstvom kod različitih grupa pacijenata (138). Upitnici TOFHLA i STOFHLA primjenjivani su u procjeni zdravstvene pismenosti u Republici Srbiji i od

strane istraživačkog tima ispitana je njihova pouzdanost i validnost, kao i podudarnost dobijenih rezultata. S obzirom na to da je upitnik STOFHLA validiran na našem govornom području i da je pouzdan u procjeni zdravstvene pismenosti, korišten je za potrebe ovog istraživanja (45). U pilot-istraživanju urađena je provjera pouzdanosti i validnosti, kao i podudarnosti dobijenih rezultata između upitnika STOFHLA i upitnika BRIEF, te je nakon dobijenih rezultata odlučeno da se istraživanje nastavi samo sa upitnikom STOFHLA.

3.2.1.1. Standardna verzija upitnika TOFHLA

Upitnik TOFHLA sastoji se od dvije cjeline, numerički dio koji ima 10 stavki i tekstualni koji ima tri dijela i koji se sastoji od 50 stavki. Teme tekstova u testu odražavaju stvarne situacije unutar zdravstvenog sistema, npr., uputstva za pripremu za specijalističke pretrage, prava i obaveze pacijenata unutar zdravstvenog osiguranja, standardizovani tekst pristanka informisanog pacijenta. Upitnik je dizajniran tako da procjenjuje zdravstvenu pismenost kod odraslog stanovništva u okruženju zdravstvene zaštite. Testiranje po metodološkom uputstvu traje do 22 minute, a napravljena je i skraćena verzija testa STOFHLA i testiranje traje sedam minuta.

3.2.1.2. Skraćena verzija upitnika TOFHLA

Skraćena verzija TOFHLA upitnika (*Short Test of Functional Health Literacy in Adults* – STOFHLA) sastoji se od 36 stavki kojima se procjenjuje sposobnost čitanja i razumijevanja informacija iz okruženja zdravstvene zaštite. Upitnik je grupisan u dva dijela (A i B koje u potpunosti odgovaraju cjelinama iz standardne verzije upitnika) sa različitim vrijednostima Gunning Fog indeksa. Gunning Fog indeks označava lakoću razumijevanja teksta u prvom čitanju, a rezultat je dužine (broja godina) obrazovanja, tako ovaj index za dio A iznosi 4,3, a za dio B 10,4. Ukoliko je manji od 12, namijenjen je generalno širokom djelu populacije. Prvi dio čini 16 stavki i odnosi se na prepoznavanje instrukcija koje pacijent dobija prije izvođenja dijagnostičkih procedura za ispitivanje gornjeg dijela gastrointestinalnog trakta. Drugi dio, koji ima 20 stavki, ispituje poznavanje prava i obaveza pacijenata u zdravstvenom sistemu. Vrijeme

predviđeno za popunjavanje ove verzije upitnika je sedam minuta. Razumijevanje pisanih informacija procjenjuje se tako što su u svakom dijelu teksta peta ili sedma riječ izostavljene, a ispitanici od četiri ponuđene riječi treba da izaberu onu koja se najbolje uklapa u kontekst rečenice (modifikovan Cloze metod). Cloze metod pokazuje sposobnost ispitanika da razumije kontekst i da, shodno tome, izabere pravu riječ koja daje smisao informaciji (139). Ispitanici su za svaki tačan odgovor dobijali 1, a za netačan ili prazan odgovor 0, tako je ukupan broj mogućih bodova dobijen skraćenom verzijom upitnika 36. Vrednovanje je bilo sljedeće:

- neadekvatna zdravstvena pismenost je podrazumijevala raspon između 0 i 16 bodova,
- marginalna zdravstvena pismenost je podrazumijevala raspon od 17 do 22 boda,
- adekvatna zdravstvena pismenost je podrazumijevala raspon od 23 do 36 bodova.

Kod skraćene verzije upitnika, kategorije zdravstvene pismenosti podrazumijevale su sljedeće:

- *neadekvatna zdravstvena pismenost* podrazumijeva nemogućnost čitanja i razumijevanja teksta koji se odnosi na zdravlje,
- *marginalna zdravstvena pismenost* odnosi se na poteškoće u čitanju i razumijevanju teksta u vezi sa zdravljem,
- *adekvatna zdravstvena pismenost* predstavlja mogućnost da se pročita i razumije većina tekstova koji se odnose na zdravlje.

3.2.2. Upitnik BRIEF

Kratki upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti (BRIEF – *Health Literacy Screening Tool*) sastoji se od četiri pitanja i njegovo ispunjavanje traje do dvije minute. Ukupan broj mogućih bodova dobijen upitnikom BRIEF je 20. Vrijednost od 4 do 12 bodova označava neadekvatnu zdravstvenu pismenost, broj bodova od 13 do 16 znači

da se radi o marginalnoj zdravstvenoj pismenosti, dok za osobu koja dobije od 17 do 20 bodova smatramo da ima adekvatan nivo zdravstvene pismenosti.

3.2.3. Upitnik o opštim podacima ispitanika

Upitnik o opštim podacima ispitanika sadrži 23 pitanja koja se u skladu sa podacima koji se u njima dobijaju mogu podijeliti u sljedeće grupe:

- demografske, socijalne i ekonomske karakteristike ispitanika;
- samoprocjena zdravlja;
- korišćenje zdravstvene službe;
- zdravstveno stanje;
- prisustvo hroničnih bolesti i uzimanje lijekova;
- faktore rizika za zdravlje;
- zadovoljstvo životom.

3.2.3.1. Demografske, socijalne i ekonomske karakteristike ispitanika

Pitanja u okviru ove grupe odnosila su se na pol, starost, bračno stanje, obrazovanje, radni status, tip naselja u kome ispitanici žive, činjenicu da li se radi o izbjeglom ili raseljenom stanovništvu i samoprocjenu materijalnog stanja ispitanika.

U okviru pitanja koje se odnosilo na starost ispitanika, ispitanici su upisivali broj godina. Na osnovu ovih podataka, za potrebe istraživanja, godine starosti su grupisane u četiri kategorije (do 44 godine, od 45 do 54 godine, od 55 do 64, i 65 godina i više). Obrazovanje je prvobitno posmatrano kroz pet kategorija: bez škole, nepotpuna osnovna škola, osnovna škola, srednja škola, viša i visoka škola, magisterij ili doktorat. Kako je broj ispitanika bez škole i sa nepotpunom osnovnom školom bio mali, oni su sa ispitanicima koji su završili osnovnu školu spojeni u jednu kategoriju – sa osnovnom školom ili manje. Ispitanici sa završenom višom i visokom školom, magisterijem i doktoratom spojeni su u kategoriju visokoobrazovanih. Analize su dalje rađene u okviru tri kategorije obrazovanja (osnovno ili manje obrazovanje, srednjoškolsko obrazovanje, visoko obrazovanje). Ispitanici su u okviru radnog statusa mogli da izaberu jednu od

sljedećih kategorija: zaposlen/-a, nezaposlen/-a, penzionisan/-a, domaćica, student (učenik) i ostalo. Pošto je broj ispitanika u kategorijama domaćica, student (učenik) i ostali bio pojedinačno mali, ove kategorije su spojene u jednu. Analize su dalje rađene u okviru četiri kategorije. Za identifikaciju mjesta stanovanja ponuđeni su gradsko, prigradsko, seosko naselje i kuća na osami. Za dalju analizu korištene su tri kategorije stanovanja jer su seosko naselje i kuća na osami spojeni u jednu kategoriju. Ispitanicima je bilo ponuđeno i pitanje i razlozi za promjenu mjesta boravka u definisanom periodu. Za potrebe analize, formirane su dvije kategorije: „mijenjao mjesto boravka“ (ratna dejstva, izbjeglištvo, zbog posla i ostalo) i „nije mijenjao mjesto boravka“. Bračno stanje ocjenjivano je kroz pitanja: oženjen/udata, živim u vanbračnoj zajednici, neoženjen/neudata, razveden/-a, udovac/udovica. Za dalju analizu bračno stanje je posmatrano kroz dvije kategorije, oženjeni (formalno ili neformalno) i ostali. Samoprocjena materijalnog stanja vršena je na petostepenoj Likertovoj skali (vrlo loše, loše, prosječno, dobro, vrlo dobro). Za dalju analizu je formirana trostepena skala, tako da su kategorije vrlo loše i loše spojene u jednu, kao i dobro i vrlo dobro.

3.2.3.2. *Samoprocjena zdravlja*

Samoprocjena zdravstvenog stanja vršena je na petostepenoj Likertovoj skali (vrlo loše, loše, prosječno, dobro, vrlo dobro). Za dalju analizu je formirana trostepena skala, tako da su kategorije vrlo loše i loše spojene u jednu, kao i dobro i vrlo dobro.

3.2.3.3. *Korišćenje zdravstvene službe*

Pitanja u okviru ove kategorije odnosila su se na korišćenje zdravstvene službe u proteklih 12 mjeseci u slučaju zdravstvenih problema, kroz samoprocjenu broja posjeta kod specijalista porodične medicine, drugih specijalista u državnom i privatnom sektoru i broja boravaka u bolnici. Ispitanici su zaokruživali ponuđeni broj posjeta kako slijedi: nisu bili kod doktora, bili su 1–2 puta, 3–4, 5–10, više od deset puta. Ispitanici su se izjašnjavali o boravaku u bolnici kako slijedi: nisu bili, bili su 1–2 puta, bili su više od dva puta.

3.2.3.4. *Zdravstveno stanje*

U okviru zdravstvenog stanja ispitanika, ispitivano je prisustvo i broj hroničnih bolesti, uzimanje lijekova i promjene zdravstvenog stanja u posljednjih 12 mjeseci. Ispitanicima je ponuđeno da zaokruže više bolesti i stanja: visok pritisak, povišene masnoće u krvi, šećerna bolest, srčani udar, angina pektoris, „slabo“ srce, moždani udar, reuma, bol u leđima, hronični bronhitis, astma, gastritis ili čir na želucu ili dvanaestopalačnom crijevu, proširene vene, zloćudne bolesti (rak), osteoporoza, anemija, alergije, bolesti očiju, kamenci u žuči, bubrežne bolesti, bolesti jetre, ostale bolesti. Promjena zdravstvenog stanja posmatrana je u odnosu na prethodnih 12 mjeseci kroz petostepenu skalu: puno bolje, malo bolje, isto, malo lošije i puno lošije. Za analizu je formirana trostepena skala tako što su kategorije puno bolje i malo bolje spojene u jednu, kao i malo lošije i puno lošije. Vezano za uzimanje lijekova, ispitanicima je postavljeno pitanje da li su u posljednjih sedam dana uzimali lijekove zbog bolesti i stanja koje su naveli.

3.2.3.5. *Faktori rizika za zdravlje*

U okviru ispitivanja faktora rizika za zdravlje ispitanika, bazirali smo se na pušenje cigareta, konzumaciju alkohola, nepravilnu ishranu (kroz određivanje indeksa tjelesne mase) i nedovoljnu fizičku aktivnost. Za svaki od četiri navedena faktora rizika, za potrebe ovog istraživanja, izvedena je varijabla koja može imati ishod 1 (prisutna navika) ili 0 (navika nije prisutna).

Varijable su izvedene prema sljedećim algoritmima:

- Pušenje cigareta: Ukoliko ispitanik puši svaki dan ili je prestao pušiti prije manje od pet godina, rizična navika pušenja je pozitivna.
- Konzumacija alkohola: Ako ispitanik konzumira alkoholna pića više od preporučene doze ili se opija, u toku dana, dva do tri puta nedjeljno i jednom nedjeljno, rizična navika je pozitivna.
- Indeks tjelesne mase (BMI): Ako je ispitanikov BMI jednak ili veći od 28, rizični faktor je pozitivan. Ispitanik se nalazi u uznapredovalom predgojaznom

stanju, do čega u većini slučajeva dovodi nepravilna ishrana. Ukoliko je BMI manji ili jednak 27, rizični faktor je negativan.

- Nedovoljna tjelesna aktivnost: Rizična navika nedovoljne tjelesne aktivnosti je pozitivna kod ispitanika koji: nisu fizički aktivni, aktivni su samo nekoliko puta godišnje, dva do tri puta mjesečno ili jednom nedjeljno.

3.2.3.6. *Zadovoljstvo životom*

Samoprocjena zadovoljstva životom vršena je na petostepenoj Likertovoj skali (nimalo zadovoljan/-a, malo zadovoljan/-a, zadovoljan/-a, prilično zadovoljan/-a, potpuno zadovoljan/-a). Za konačnu analizu formirana je trostepena skala tako što su kategorije nimalo i malo zadovoljan/-a spojene u jednu, kao i prilično i potpuno zadovoljan/-a.

3.3. Kulturalna adaptacija i pretestiranje instrumenata istraživanja

Za potrebe ovog rada izvršena je kulturalna adaptacija instrumenata istraživanja. Cilj kulturalne adaptacije bio je upotreba odgovarajućeg jezika tako da se obezbijedi verzija koja će biti razumljiva pacijentima i koja je konceptualno u najvećoj mjeri identična originalnoj verziji upitnika.

Proces kulturalne adaptacije (prevođenja) odvijao se u tri faze:

- prevod unaprijed,
- prevod unazad,
- testiranje među ispitanicima.

Originalna verzija upitnika STOFHLA dostupna je na engleskom i španskom jeziku, a upitnika BRIEF na engleskom jeziku. Za potrebe ovog istraživanja izvršen je prevod oba upitnika sa engleskog jezika na srpski jezik. U procesu prevođenja učestvovao je multidisciplinarni tim, prateći standardni metod za prevođenje i usklađivanje upitnika (140). U prvom koraku, upitnik STOFHLA preveden je od strane dva nezavisna prevodioca (čiji je maternji jezik srpski, a dobro govore engleski), sa namjerom da se dvije prevedene verzije kombinuju u zajedničku verziju. U sljedećem

koraku pitanja su ponovo bila prevedena na engleski jezik. Zdravstveni profesionalci sa dobrim znanjem engleskog jezika zajedno su razmatrali pitanja radi usaglašavanja prevoda, posebno pitanja koja su se odnosila na sistem zdravstvenog osiguranja. Potom je prevedena verzija upitnika upoređena sa upitnikom koji je korišten u Srbiji i na taj način je još jednom testirana sličnost prevoda i primjena standarda za prevođenje.

Multidisciplinarni tim je na isti način uradio i prevod upitnika BRIEF. Zdravstveni profesionalci koji su prevodili upitnik zajedno su razmatrali pitanja radi usaglašavanja prevoda, a posebno su razmatrali pitanje BRIEF P1. Prevod prvog pitanja koji je najbliži originalnoj verziji koja je dizajnirana je na način da mjeri pojavu kod ispitanika koji loše govore lokalni jezik, kod starijih i ograničeno pismenih ispitanika. Tim je odlučio da se pitanje prevede najbliže originalnoj verziji te da se redosljed odgovora na petostepenoj skali ne mijenja.

Razumljivost upitnika za ispitanike je podrazumijevala upotrebu jednostavnih, jasnih i lako razumljivih riječi ili izraza. Razumljivost je bila važna jer se u ovom istraživanju radilo o ispitanicima različitih godina starosti i stepena obrazovanja. Prevedena verzija upitnika data je na procjenu razumijevanja pročitnog teksta kod deset pacijenata (po pet iz svakog doma zdravlja), koji su upitnike ocijenili kao jasne i razumljive. Ispitanici su se složili da su formulacije pitanja dobre i razumljive, što je rezultiralo prihvatanjem konačne verzije upitnika.

3.3.1. Pilot-istraživanje i validacija instrumenata istraživanja

Pretestiranje i validacija instrumenata istraživanja provedeni su na uzorku od 110 ispitanika u okviru oba doma zdravlja. Predviđena veličina uzorka u oba doma zdravlja iznosila je po 55 ispitanika. Od predviđenog broja, na oba upitnika je odgovorilo 109 ispitanika i ostvarilo stopu odgovora od 99,09%.

Anketiranje je provedeno u maju mjesecu 2016. godine, a podrazumijevalo je dva kontakta sa ispitanicima. Prilikom prvog kontakta, ispitanici su dobijali da popune upitnike STOFHLA ili BRIEF, da bi u sljedećem kontaktu dobili verziju suprotnu od one koju su prvi put popunjavali (unakrsni dizajn). Upitnik koji se odnosio na opšte podatke ispitanici su popunjavali prilikom prvog kontakta.

Pouzdanost i valjanost instrumenta istraživanja ispitana je na STOHFLA i BRIEF verziji upitnika. Često korišćena mjera pouzdanosti ili interne konzistentnosti mjernog instrumenta bio je Kronbahov alfa koeficijent. Cilj je bio da se utvrdi da li sve stavke mjernih instrumenata (npr. Likertova skala) imaju za cilj da mjere istu latentnu pojavu koja nam je od interesa, a za koju nije moguće uraditi direktno mjerenje.

Za istraživanje o zdravstvenoj pismenosti, pomenuta mjera pouzdanosti je izračunata za oba korišćena mjerna instrumenta (BRIEF i STOFHLA). Imajući u vidu da su za mjerenje zdravstvene pismenosti korišćena dva mjerna instrumenta, od interesa je bilo utvrditi i povezanost skorova dobijenih korištenjem upitnika BRIEF i STOFHLA i to sa izračunavanjem koeficijenta linearne korelacije (Pearson).

Za oba mjerna instrumenta prikazane su vrijednosti koeficijenta pouzdanosti i koeficijenta valjanosti u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika. Pokazano je da mjerna skala STOFHLA ima veće koeficijente u odnosu na mjernu skalu BRIEF. Na osnovu prikazane analize, u istraživanju je za procjenu zdravstvene pismenosti korišten upitnik STOFHLA.

3.4. Anketiranje i unos podataka

Anketiranje u ovom istraživanju obavio je tim od osam obučanih anketara (po četvoro specijalista porodične medicine i četiri medicinske sestre iz oba doma zdravlja), a provedeno je u maju mjesecu 2017. godine. Broj anketara određen je shodno veličini uzorka pacijenata iz domova zdravlja. Anketari su dobili pisane informacije o problemima vezanim za zdravstvenu pismenost, kao i metodološko uputstvo koje su koristili prilikom procjene zdravstvene pismenosti tokom istraživanja. Podaci iz upitnika uneseni su prvo u bazu *Excel* programa, a kasnije u SPSS 23. Dalje analize i statistička obrada podataka rađeni su iz ove baze.

3.5. Metode statističke analize

Podaci sakupljeni istraživanjem analizirani su korišćenjem uobičajenih metoda deskriptivne i inferencijalne statistike, odnosno metoda univarijantne i multivarijantne

statistike. Pri statističkoj obradi, korišćen je softverski paket programa Statistical Package for the Social Science 23 (IBM SPSS Statistics 23).

Od metoda deskriptivne statistike korišćene su: mjere centralne tendencije (aritmetička sredina i medijana), mjere varijabiliteta (standardna devijacija) za kontinuirane varijable i apsolutne frekvencije i procenti za kategorijske varijable.

Kronbahov koeficijent alfa (Cronbach's Alpha) korišćen je za procjenu pouzdanosti instrumenta istraživanja, odnosno za utvrđivanje da li se pojedinim pitanjima instrumenta mjeri ista latentna pojava (zdravstvena pismenost). Pirsonov koeficijent linearne korelacije (Pearson's r) korišćen je za procjenu validnosti odnosno povezanosti između upitnika BRIEF i STOFHLA.

Za ispitivanje statističke značajnosti razlika u frekvencijama kategorijskih varijabli korišćen je χ^2 test (tablice kontingencije). Za ispitivanje statističke značajnosti razlika u prosjecima numeričkih varijabli korišćeni su t-test i ANOVA, u zavisnosti od broja domena između kojih se prosjeci upoređuju. Testirane su razlike u odgovorima između pacijenata različitih domova zdravlja, kao i razlike u zdravstvenoj pismenosti u odnosu na demografske, socijalne i ekonomske karakteristike, zadovoljstvo životom, samoprocjenu zdravlja, korišćenje zdravstvene službe, broj hroničnih bolesti, zdravstveno stanje i faktore rizika za zdravlje. U svim slučajevima testiranja razlika, statistički test je potvrdio razliku ukoliko je vjerovatnoća nulte hipoteze bila jednaka ili manja od 5%.

Logistička regresija je korišćena da bi se odredili nezavisni faktori zdravstvene pismenosti među ispitanicima. Za potrebe ispitivanja prediktornih varijabli za pripadništvo kategorijama zdravstvene pismenosti od tri kategorije zdravstvene pismenosti formirana je binarna varijabla. Adekvatna zdravstvena pismenost je označena kao dobra, dok su neadekvatna i marginalna zdravstvena pismenost označavale lošiji nivo zdravstvene pismenosti. Definisanjem binarne varijable ispitanici su kategorisani u dvije grupe:

- ispitanici sa lošom zdravstvenom pismenošću (vrijednost 1 binarne varijable),
- ispitanici sa dobrom zdravstvenom pismenošću (vrijednost 0 binarne varijable).

Definisana varijabla će biti zavisna varijabla u modelima logističke regresije. Analiza logističkom regresijom organizovana je u dvije etape. Prva etapa se odnosi na provođenje niza univarijantnih logističkih regresija (jedna nezavisna varijabla i jedna zavisna varijabla u modelu) koje imaju za cilj da izdvoje pojedinačne karakteristike ispitanika koje su značajne u univarijantnim modelima ($p < 0,10$). Druga etapa se odnosi na provođenje multivarijantne logističke regresije (više nezavisnih varijabli i jedna zavisna varijabla), a koja u model uključuje samo one karakteristike ispitanika koje su se pokazale kao značajne u univarijantnim modelima. Varijable koje se odnose na demografske, socijalne i ekonomske karakteristike, zadovoljstvo životom, samoprocjenu zdravlja, korišćenje zdravstvene službe, broj hroničnih bolesti, zdravstveno stanje i faktore rizika za zdravlje uzete su kao nezavisne varijable. Zdravstvena pismenost je analizirana u rasponu od 0 do 36, kao loša (od 0 do 22) i dobra (od 23 do 36) zdravstvena pismenost. Pošlo se od pretpostavke da neke od navedenih demografskih, socijalnih i ekonomskih varijabli mogu da utiču na zdravstvenu pismenost, a dalje su analizirani efekti zdravstvene pismenosti na zdravstveno stanje ispitanika.

4. REZULTATI

4.1. Koeficijenti pouzdanosti i valjanosti STOFHLA i BRIEF upitnika

U toku analize podataka iz pilot–istraživanja utvrđeno je da se relativno nizak Kronbah alfa koeficijent od 0,634 može objasniti nejasnim formulisanjem pitanja BRIEF P1 u vezi sa prvom stavkom Likertove skale. Naime, ukoliko bi se koeficijent upitnika preračunao bez pitanja BRIEF P1, on bi na ukupnom nivou iznosio 0,826, što govori o tome da pitanje BRIEF P1 nije dizajnirano na način da mjeri istu latentnu pojavu kao i preostale stavke skale. Pitanje BRIEF P1 iz upitnika je neophodno redizajnirati na način da mjeri istu latentnu pojavu kao što je slučaj sa pitanjima od BRIEF P2 do BRIEF P4. Ako bi se u glavnom istraživanju koristila oba mjerna instrumenta, neophodno je imati i značajno veći uzorak ispitanika. Prethodne dvije preporuke bi u glavnom istraživanju vodile ka značajno većoj pouzdanosti mjernog instrumenta BRIEF, kao i većoj korelaciji između skorova.

Što se tiče pouzdanosti STOFHLA upitnika, Kronbah alfa koeficijent je, i na ukupnom nivou i po raznim domenima od interesa, uvijek oko 0,952. Naravno, to je očekivan rezultat ako se ima u vidu da je za svaku praznu liniju u upitniku samo jedan od ponuđenih odgovora tačan. Za sve ostale slučajeve, odgovor se smatra netačnim, uključujući i praznu liniju (bez odgovora). Stoga je jasno da sva pojedinačna pitanja STOFHLA upitnika mogu mjeriti samo jednu te istu latentnu pojavu.

Bez obzira na problem sa formulacijom pitanja BRIEF P1, sasvim je jasno da je STOFHLA pouzdaniji mjerni instrument od upitnika BRIEF (Kronbah alfa je veći), i samim tim je adekvatnije, pouzdanije i validnije da se iskoristi u svrhu provođenja istraživanja većeg obima.

U tabeli 4.1. za oba mjerna instrumenta prikazane su vrijednosti koeficijenta pouzdanosti i koeficijenta valjanosti u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika. Pokazano je da mjerna skala STOFHLA ima veće koeficijente u odnosu na mjernu skalu BRIEF. Na osnovu prikazane analize odlučeno je da se u ovom istraživanju za procjenu zdravstvene pismenosti koristi upitnik STOFHLA.

Tabela 4.1. Koeficijenti pouzdanosti i valjanosti u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika

		N	Kronbahov alfa				Pirsonov r
			BRIEF	STOFHLA	STOFHLA A	STOFHLA B	Brief Score STOFHLA Score
Pol	Muški	52	0,603	0,954	0,908	0,960	0,421
	Ženski	57	0,672	0,952	0,859	0,946	0,382
Starosne grupe	<= 44	36	0,626	0,922	0,777	0,927	0,015
	45–54	19	0,487	0,901	0,281	0,929	-0,163
	55–64	27	0,377	0,958	0,890	0,958	-0,018
	65+	27	0,700	0,936	0,872	0,924	0,643
Bračno stanje	U braku formalno/ neformalno	26	0,741	0,940	0,797	0,942	0,363
	Ostalo	83	0,590	0,956	0,890	0,955	0,423
Obrazovanje	Osnovno i manje	18	0,733	0,942	0,867	0,930	0,678
	Srednjo-školsko	71	0,556	0,950	0,873	0,955	0,228
	Visoko	20	0,475	0,899	0,844	0,823	0,199
Radni status	Zaposlen/-a	47	0,397	0,937	0,814	0,946	0,037
	Nezaposlen /-a	20	0,726	0,915	0,670	0,914	-0,133
	Penzioner	30	0,449	0,942	0,882	0,947	0,529
	Student/ učenik/ domaćica	12	0,645	0,968	0,904	0,957	0,671
Mjesto boravka	Gradsko	48	0,607	0,954	0,867	0,960	0,345
	Prigradsko	25	0,588	0,950	0,817	0,960	0,159
	Seosko	36	0,682	0,951	0,891	0,936	0,557
Promjena mjesta boravka	Da (rad, ratna dejstva, izbjeglištvo)	34	0,631	0,929	0,718	0,950	0,395
	Ne	75	0,660	0,958	0,902	0,954	0,405
Materijalno stanje	Loše	13	0,821	0,935	0,791	0,963	-0,069
	Prosječno	55	0,514	0,957	0,875	0,955	0,460
	Dobro	41	0,685	0,946	0,920	0,930	0,418
UKUPNO		109	0,634	0,952	0,878	0,952	0,400

4.2. Sociodemografske karakteristike ispitanika

U istraživanju koje se odnosilo na procjenu zdravstvene pismenosti ispitanika primarne zdravstvene zaštite od ukupno planiranih 844 ispitanika, učestvovalo je 768 ispitanika (stopa odgovora 91%) od kojih je 442 (57,5%) bilo ženskog pola, a 326 (42,5%) muškog pola. U seoskom području živi svaki četvrti ispitanik (40,9%) obuhvaćen istraživanjem, a 34,3% ispitanika živi u gradskom području. Ispitanice ženskog pola su više zastupljene u odnosu na muški pol u gradskom (58%), prigradskom (56,8%) i seoskom području (57,5%).

Više od polovine ispitanika (60,4%) izjasnilo se da živi u bračnoj zajednici (formalnoj ili neformalnoj), a njih 39,6% izjasnilo se da nisu u braku, da su razvedeni ili su udovci/udovice. U odnosu na mjesto stanovanja ispitanika, u bračnoj zajednici živi 60,7% ispitanika iz gradskog područja, 61,9% iz prigradskog i 59,2% iz seoskog područja.

Prosječna starost ispitanika iznosila je 49,91 (SD=17,45) godina. Ispitanici muškog pola su u prosjeku bili stari 50,27 godina (SD=17,98), dok su ispitanice bile nešto mlađe, sa 49,70 godina starosti (SD=17,03), međutim, ova razlika nije statistički značajna ($p=0,656$).

Od ukupnog broja ispitanika obuhvaćenih istraživanjem, 38,8% ih je bilo mlađe od 44 godine, a 24,3% ispitanika je bilo starije od 65 godina. Najveći broj ispitanika mlađih od 44 godine živi u gradskom (44,5%) i prigradskom području (40%), dok su ispitanici starosne dobi od 45 do 54 godine najzastupljeniji u seoskom području (46,2%). Ispitanici starosti od 55 do 64 godine u 37,1% slučajeva žive u gradskom, a 34,4% u seoskom području. Najveći broj ispitanika (51,6%) starijih od 65 godina živi na selu.

Demografske karakteristike ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja prikazane su u tabeli 4.2.1.

Tabela 4.2.1. Demografske karakteristike ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja

Mjesto stanovanja		Pol		Bračno stanje		Godine starosti				Ukupno
		Muški	Ženski	Bračna zajednica formalna/neformalna	Neoženjeni/razvedeni/udovci/udovice	<= 44	45–54	55–64	65+	
Gradsko	N	111	153	159	103	117	48	56	42	263
	% po redu	42,0	58,0	60,7	39,3	44,5	18,3	21,3	16,0	100,0
	% po koloni	34,0	34,7	34,6	34,1	39,4	36,4	37,1	22,6	34,3
Prigradsko	N	82	108	117	72	76	23	43	48	190
	% po redu	43,2	56,8	61,9	38,1	40,0	12,1	22,6	25,3	100,0
	% po koloni	25,2	24,5	25,4	23,8	25,6	17,4	28,5	25,8	24,8
Seosko	N	133	180	184	127	104	61	52	96	313
	% po redu	42,5	57,5	59,2	40,8	33,2	19,5	16,6	30,7	100,0
	% po koloni	40,8	40,8	40,0	42,1	35,0	46,2	34,4	51,6	40,9
Ukupno	N	326	441	460	302	297	132	151	186	766
	% po redu	42,5	57,5	60,4	39,6	38,8	17,2	19,7	24,3	100,0
	% po koloni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Polna distribucija ispitanika po domovima zdravlja je ujednačena. Tako su u oba doma zdravlja nešto više zastupljeni ispitanici ženskog pola, i to u Bijeljini 59,4%, a u Prijedoru 55,6%. Distribucija ispitanika po polu statistički značajno se ne razlikuje po domovima zdravlja ($p=0,292$).

Vidljivo je da se bračni status ispitanika razlikuje po domovima zdravlja. Naime, u domu zdravlja Bijeljina je 70% ispitanika u bračnoj zajednici (formalnoj ili neformalnoj), dok je u Prijedoru takvih 50,7% ($p=0,000$).

Starosna struktura ispitanika se statistički značajno razlikuje po domovima zdravlja ($p=0,003$). U oba doma zdravlja najviše su bili zastupljeni ispitanici mlađi od 44 godine (Bijeljina 33,2%, Prijedor 44,5%). Od ukupnog broja ispitanika razvrstanih po starosnim grupama, mlađih od 44 godine bilo je više u Domu zdravlja Prijedor (57,4%), dok je unutar starosne grupe 45–54 više ispitanika iz Doma zdravlja Bijeljina (61,4%).

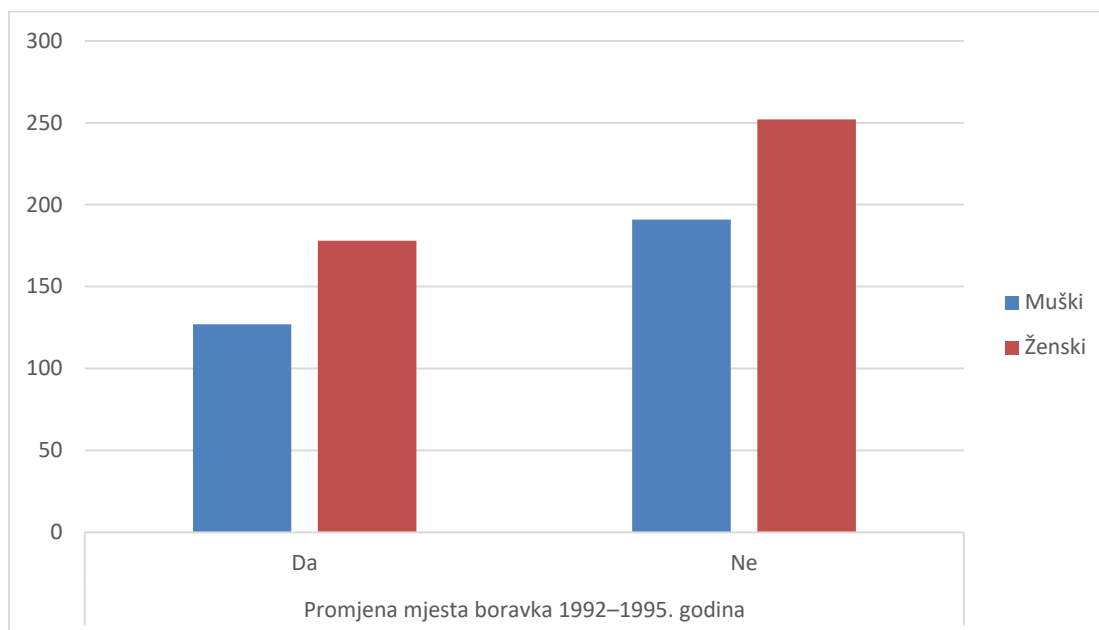
Demografske karakteristike ispitanika u odnosu na dom zdravlja kome pripadaju prikazane su u tabeli 4.2.2.

Tabela 4.2.2. Demografske karakteristike ispitanika u odnosu na dom zdravlja kome pripadaju

Dom zdravlja		Pol		Bračno stanje		Godine starosti				Ukupno
		Muški	Ženski	Bračna zajednica formalna/neformalna	Neoženjeni/Razvedeni/udovci/udovice	<= 44	45-54	55-64	65+	
Bijeljina	N	156	228	268	115	127	81	81	94	383
	% po redu	40,6	59,4	70,0	30,0	33,2	21,1	21,1	24,5	100,0
	% po koloni	47,9	51,7	58,3	38,1	42,6	61,4	53,6	50,5	49,9
Prijedor	N	170	213	192	187	171	51	70	92	384
	% po redu	44,4	55,6	50,7	49,3	44,5	13,3	18,2	24,0	100,0
	% po koloni	52,1	48,3	41,7	61,9	57,4	38,6	46,4	49,5	50,1
Ukupno	N	326	441	460	302	298	132	151	186	767
	% po redu	42,5	57,5	60,4	39,6	38,9	17,2	19,7	24,3	100,0
	% po koloni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Od ukupnog broja ispitanika, 40,8% je mijenjalo mjesto boravka u periodu od 1992. do 1995. godine, zbog ratnih dejstava, izbjeglištva, posla ili drugih razloga. Veći broj ispitanika koji su mijenjali mjesto boravka bili su ženskog pola. Podaci o migracionim kretanjima ispitanika u navedenom periodu u odnosu na pol prikazani su na grafikonu 4.2.1.

Grafikon 4.2.1. Podaci o migracionim kretanjima ispitanika u odnosu na pol



Od ukupnog broja ispitanika iz Doma zdravlja Bijeljina, 46,1% ih je izjavilo da su mijenjali mjesto boravka zbog ratnih dejtava, izbjeglištva, posla ili drugih razloga, a iz Doma zdravlja Prijedor 35,3%. U kategoriji svih ispitanika koji su se izjasnili da su mjenjali mjesto boravka više ih je bilo iz Doma zdravlja Bijeljina, 57,4%, a iz Doma zdravlja Prijedor 42,6%. Podaci o migracionim kretanjima ispitanika u periodu od 1991. do 1995. godine u odnosu na dom zdravlja kome pripadaju prikazani su u tabeli 4.2.3.

Tabela 4.2.3. Podaci o migracionim kretanjima ispitanika u odnosu na dom zdravlja kome pripadaju

Dom zdravlja		Promjena mjesta boravka		Ukupno
		Da	Ne	
Bijeljina	N	175	205	380
	% po redu	46,1	53,9	100,0
	% po koloni	57,4	46,3	50,8
Prijedor	N	130	238	368
	% po redu	35,3	64,7	100,0
	% po koloni	42,6	53,7	49,2
Ukupno	N	305	443	748
	% po redu	40,8	59,2	100,0
	% po koloni	100,0	100,0	100,0

Više od polovine od ukupnog broja ispitanika (60,6%) bilo je sa završenom srednjom školom, 19,7% je visokoobrazovanih, a 19,8% sa nepotpunim osnovnim i osnovnim obrazovanjem. Najviše završeno srednjoškolsko obrazovanje ispitanika je dominantno bez obzira na mjesto njihovog boravka. Najviše visokoobrazovanih ispitanika ima mjesto boravka u gradskom području (61,3%), dok je najviše ispitanika sa osmogodišnjim obrazovanjem iz seoskog područja (62,3%). Nivo obrazovanja ispitanika je karakteristika koja je zavisna od trenutnog mjesta boravka ($p=0,000$).

Najviše ispitanika je zaposleno (38,6%), što je dominantna odrednica ispitanika u gradskom i prigradskom području (52,5% gradsko, 35,8% prigradsko). U ukupnom uzorku penzioneri su bili obuhvaćeni sa 20,1%. Nezaposlenih ispitanika je bilo 31,1%, a nešto više od trećine ovih ispitanika (37,6%) živi u seoskom području. Kada posmatramo radni status ispitanika, uočavamo da polovina (49,4%) svih nezaposlenih lica živi u seoskom području. S druge strane, gotovo polovina zaposlenih ispitanika (46,9%) živi u gradskom području. Status zaposlenosti je karakteristika koja je zavisna od trenutnog mjesta boravka ($p=0,000$).

Svoje materijalno stanje kao loše procijenilo je 17,4% ispitanika, a kao dobro njih 29,1%. Više od polovine ispitanika (53,5%) svoje materijalno stanje ocijenilo je kao prosječno, što je dominantna karakteristika ispitanika, bez obzira na mjesto njihovog stanovanja (48,1% gradsko, 49,5% prigradsko, 60,4% seosko). Unutar kategorije lica sa dobrim materijalnim stanjem, gotovo polovina ispitanika (47,5%) živi u gradskom području. S druge strane, gotovo polovina ispitanika (47%) sa lošim materijalnim stanjem živi u seoskom području. Samoprocjena materijalnog stanja je zavisna od mjesta boravka ispitanika ($p=0,000$). U tabeli 4.2.4. prikazana je distribucija ispitanika po mjestu stanovanja u odnosu na stepen školske spremne, radni status i samoprocjenu materijalnog stanja.

Tabela 4.2.4. Distribucija ispitanika po mjestu stanovanja u odnosu na stepen školske spreme, radni status i samoprocjenu materijalnog stanja

Mjesto stanovanja		Obrazovanje			Radni status				Materijalno stanje			Ukupno
		Osnovno obrazovanje ili manje	Srednjoškolsko obrazovanje	Visoko obrazovanje	Zaposleni	Nezaposleni	Penzioneri	Ostali	Loše	Prosječno	Dobro	
Gradsko	N	21	148	92	138	57	48	20	31	127	106	264
	% po redu	8,0%	56,7	35,2	52,5	21,7	18,3	7,6	11,7	48,1	40,2	100,0
	% po koloni	13,9	32,0	61,3	46,9	24,1	31,4	26,0	23,1	31,0	47,5	34,4
Prigradsko	N	36	128	26	67	63	42	15	40	94	56	190
	% po redu	18,9	67,4	13,7	35,8	33,7	22,5	8,0	21,1	49,5	29,5	100,0
	% po koloni	23,8	27,7	17,3	22,8	26,6	27,5	19,5	29,9	22,9	25,1	24,8
Seosko	N	94	186	32	89	117	63	42	63	189	61	313
	% po redu	30,1	59,6	10,3	28,6	37,6	20,3	13,5	20,1	60,4	19,5	100,0
	% po koloni	62,3	40,3	21,3	30,3	49,4	41,2	54,5	47,0	46,1	27,4	40,8
Ukupno	N	151	462	150	294	237	153	77	134	410	223	767
	% po redu	19,8	60,6	19,7	38,6	31,1	20,1	10,1	17,4	53,5	29,1	100,0
	% po koloni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

4.3. Zdravstvene karakteristike ispitanika i posjete zdravstvenoj službi

U godini koja je prethodila istraživanju, približno 3/4 ispitanika posjetilo je porodičnog doktora najmanje jednom, a samo 23,6% ispitanika nije bilo kod porodičnog doktora. Više od deset posjeta ima 15,7% od ukupnog broja ispitanika, a česte posjete porodičnom doktoru karakteristične su za ispitanike koji žive u seoskom području. Tako 48,3% ispitanika sa 10 i više posjeta porodičnom doktoru živi na selu. Posjete porodičnom doktoru nisu značajno zavisne od mjesta boravka ispitanika ($p=0,263$).

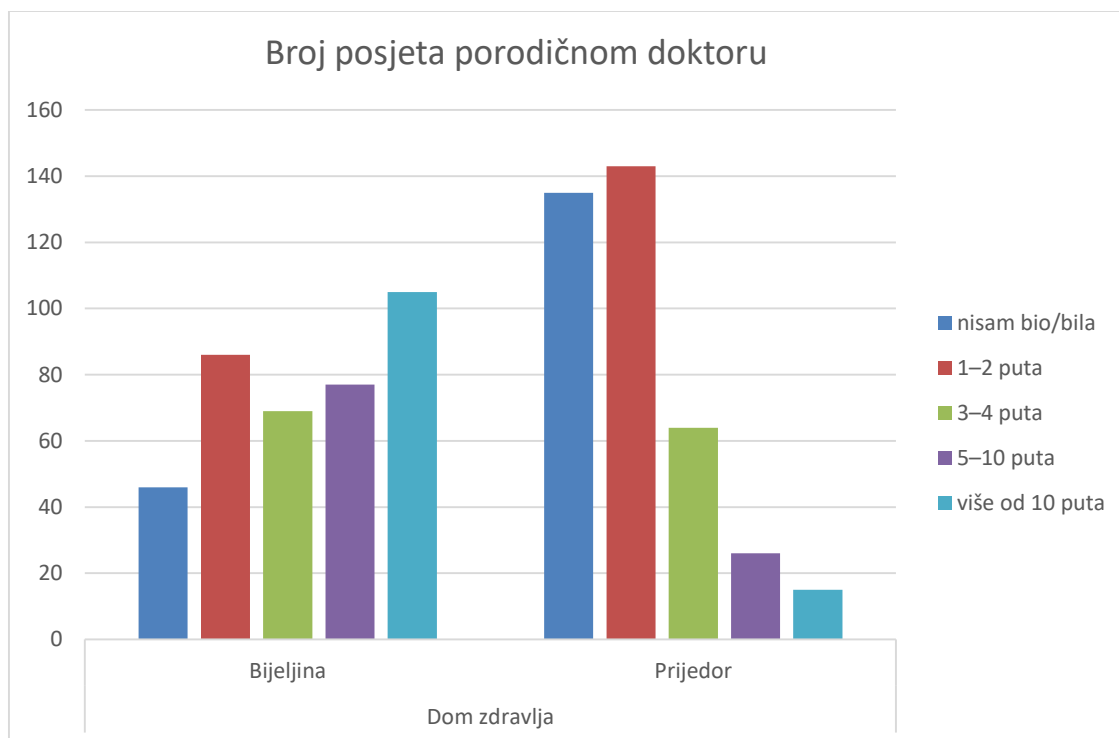
S druge strane, posjete drugim specijalistima su nešto rjeđe u odnosu na posjete porodičnom doktoru. Naime, 45,5% ispitanika nije tražilo zdravstvene usluge od drugog specijaliste u godini koja je prethodila istraživanju, dok je 10 i više posjeta drugom specijalisti imalo samo 5,5% ispitanika i gotovo polovina tih ispitanika živi u gradskom području. Posjete drugim specijalistima nisu značajno zavisne od mjesta boravka ispitanika ($p=0,585$). U tabeli 4.3.1. prikazana je distribucija ispitanika po mjestu stanovanja u odnosu na korištenje zdravstvene službe.

Tabela 4.3.1. Distribucija ispitanika po mjestu stanovanja u odnosu na korištenje zdravstvene službe

Mjesto stanovanja		Broj posjeta porodičnom doktoru					Broj posjeta drugim specijalistima					Ukupno
		Nisam bio/bila	1–2 puta	3–4 puta	5–10 puta	Više od 10 puta	Nisam bio/bila	1–2 puta	3–4 puta	5–10 puta	Više od 10 puta	
Gradsko	N	66	76	43	39	39	118	74	34	18	19	263
	% po redu	25,1	28,9	16,3	14,8	14,8	44,9	28,1	12,9	6,8	7,2	100,0
	% po koloni	36,5	33,2	32,3	37,9	32,5	33,9	35,4	33,3	28,1	45,2	34,4
Prigradsko	N	50	66	34	17	23	89	61	20	10	10	190
	% po redu	26,3	34,7	17,9	8,9	12,1	46,8	32,1	10,5	5,3	5,3	100,0
	% po koloni	27,6	28,8	25,6	16,5	19,2	25,6	29,2	19,6	15,6	23,8	24,8
Seosko	N	65	87	56	47	58	141	74	48	36	13	312
	% po redu	20,8	27,8	17,9	15,0	18,5	45,2	23,7	15,4	11,5	4,2	100,0
	% po koloni	35,9	38,0	42,1	45,6	48,3	40,5	35,4	47,1	56,3	31,0	40,8
Ukupno	N	181	229	133	103	120	348	209	102	64	42	765
	% po redu	23,6	29,9	17,4	13,4	15,7	45,5	27,3	13,3	8,4	5,5	100,0
	% po koloni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

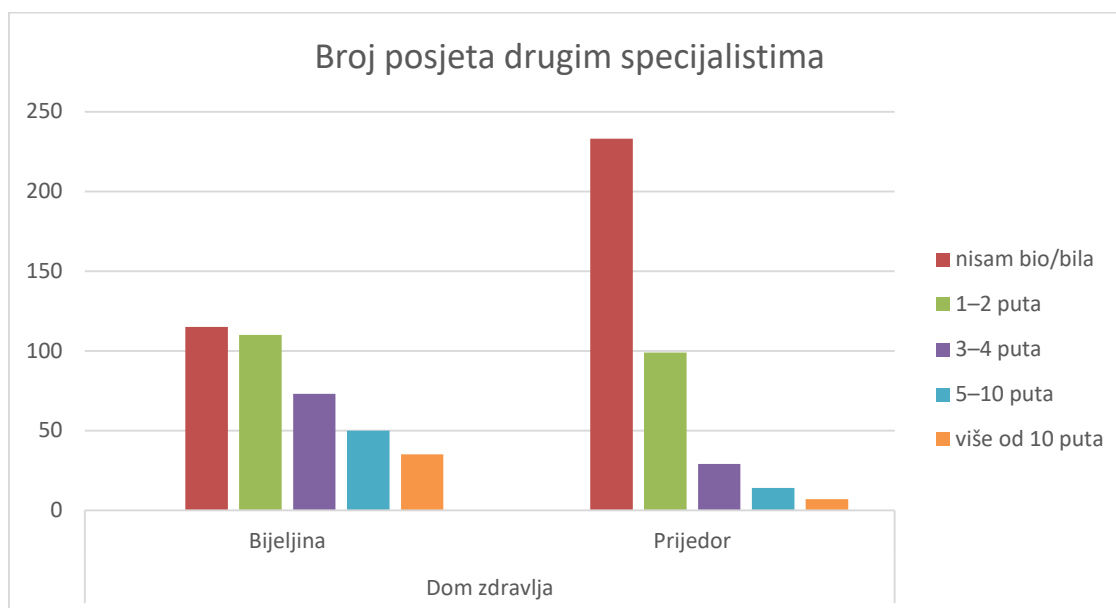
Frekvencija posjeta porodičnom doktoru je statistički značajno različita po domovima zdravlja ($p=0,000$). U godini koja je prethodila istraživanju, u Domu zdravlja Bijeljina 12% ispitanika uopšte nije posjetilo porodičnog doktora, dok je u Domu zdravlja Prijedor taj procenat skoro trostruko veći (35,2%). Više od 10 posjeta porodičnom doktoru u Domu zdravlja Bijeljina imalo je 27,4% ispitanika, dok je više od 10 posjeta porodičnom doktoru u Domu zdravlja Prijedor imalo tek 3,9% ispitanika. Od svih ispitanika koji su porodičnog doktora posjetili više od 10 puta, 87,5% pripada Domu zdravlja Bijeljina. Frekvencija posjeta ispitanika porodičnom doktoru u odnosu na dom zdravlja kome pripadaju prikazana je na grafikonu 4.3.1.

Grafikon 4.3.1. Broj posjeta ispitanika porodičnom doktoru u odnosu na dom zdravlja kome pripadaju



Slična je situacija i sa posjetama drugom specijalisti, tako je i frekvencija posjeta drugim specijalistima statistički značajno različita po domovima zdravlja ($p=0,000$). U godini koja je prethodila istraživanju, u Domu zdravlja Bijeljina 30% ispitanika nije bilo kod drugog specijaliste, dok je u Domu zdravlja Prijedor taj procenat dvostruko veći (61%). Takođe, više od 10 posjeta drugom specijalisti u Domu zdravlja Bijeljina imalo je 9,1% ispitanika, a u Domu zdravlja Prijedor tek 1,8% ispitanika. Od svih ispitanika koji su drugom specijalistu posjetili više od 10 puta, 83,3% pripada Domu zdravlja Bijeljina. Frekvencija posjeta ispitanika drugim specijalistima u odnosu na dom zdravlja kome pripadaju prikazana je na grafikonu 4.3.2.

Grafikon 4.3.2. Frekvencija posjeta ispitanika drugim specijalistima u odnosu na dom zdravlja kome pripadaju



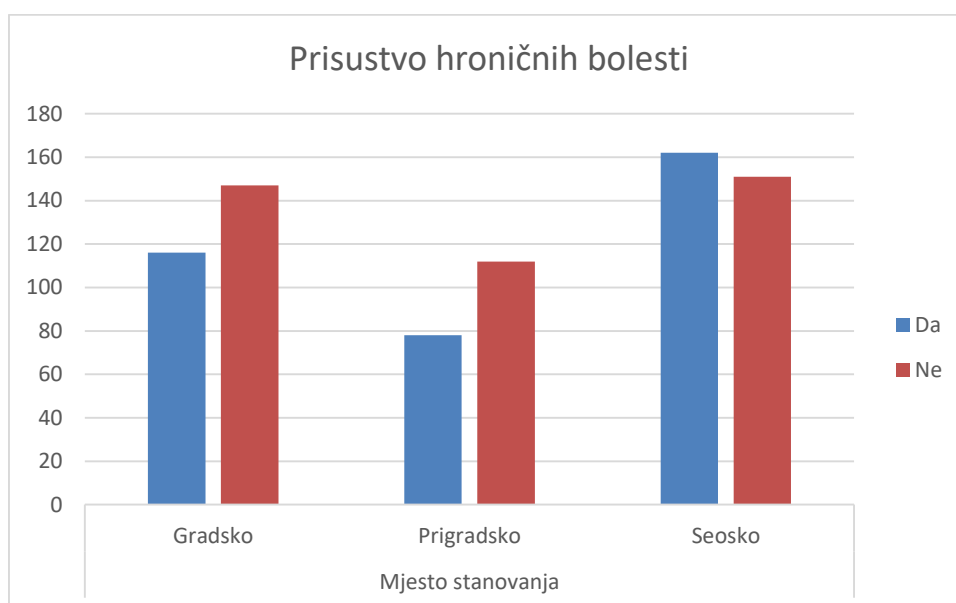
U godini koja je prethodila istraživanju, većina ispitanika nije boravila u bolnici (85,1%). Ne postoji statistički značajna zavisnost između boravaka u bolnici i mjesta stanovanja ispitanika ($p=0,127$). Frekvencija boravaka u bolnici u odnosu na mjesto stanovanja ispitanika prikazana je u tabeli 4.3.2.

Tabela 4.3.2. Broj hospitalizacija u odnosu na mjesto stanovanja ispitanika

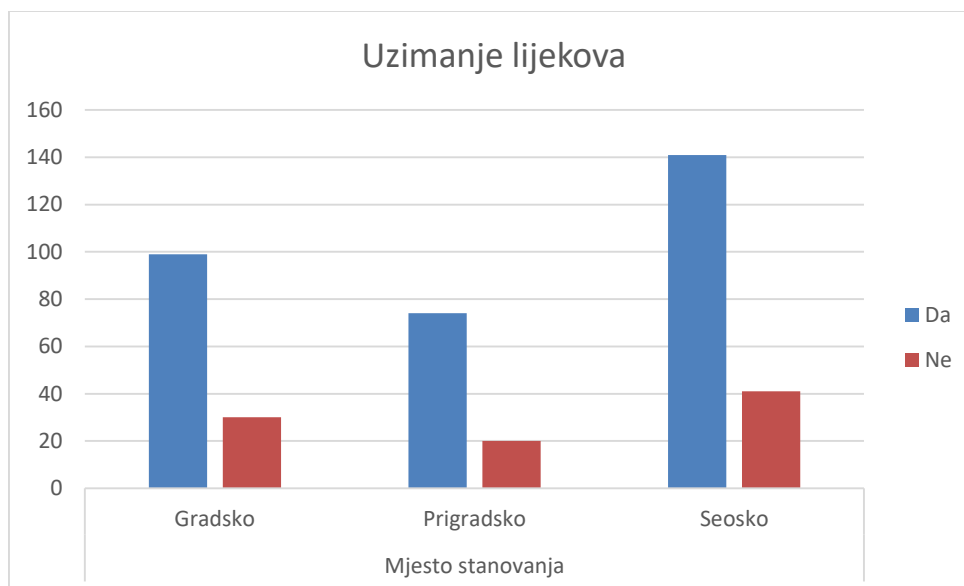
Mjesto stanovanja		Broj hospitalizacija			Ukupno
		Nisam bio/bila	1-2 puta	Više od dva puta	
Gradsko	N	229	25	8	262
	% po redu	87,4	9,5	3,1	100,0
	% po koloni	35,2	26,6	40,0	34,3
Prigradsko	N	167	19	4	190
	% po redu	87,9	10,0	2,1	100,0
	% po koloni	25,7	20,2	20,0	24,9
Seosko	N	254	50	8	312
	% po redu	81,4	16,0	2,6	100,0
	% po koloni	39,1	53,2	40,0	40,8
Ukupno	N	650	94	20	764
	% po redu	85,1	12,3	2,6	100,0
	% po koloni	100,0	100,0	100,0	100,0

Od ukupnog broja ispitanika, kod njih 46,5% je od strane doktora otkrivena neka hronična bolest ili stanje. S druge strane, 77,5% ispitanika je u proteklih sedam dana za tu bolest koristilo lijekove. Ni prisustvo hroničnih bolesti, ni njihov tretman lijekovima nisu karakteristike koje su zavisne od mjesta boravka ispitanika ($p=0,055$ odnosno $p=0,940$). Distribucija ispitanika po mjestu stanovanja u odnosu na prisustvo hroničnih bolesti prikazana je na grafikonu 4.3.3, a u odnosu na uzimanje lijekova na grafikonu 4.3.4.

Grafikon 4.3.3. Distribucija ispitanika po mjestu stanovanja u odnosu na prisustvo hroničnih bolesti



Grafikon 4.3.4. Distribucija ispitanika koji uzimaju lijekove u odnosu na mjesto stanovanja



Kod 53,5% ispitanika nije dijagnostikovana nijedna hronična bolest bez obzira na to da li žive u gradskom, prigradskom ili seoskom području. S druge strane, četiri ili više bolesti ima samo 10,1% ispitanika, ali je karakteristično da polovina ovih ispitanika žive u seoskom području (50,6%). Međutim, u uzorku ne postoji dokaz da je broj prijavljenih bolesti karakteristika koja je statistički značajno zavisna od područja u kojem ispitanici žive ($p=0,197$).

Unutar grupe ispitanika kod kojih je od strane doktora dijagnostikovana jedna bolest ili više bolesti, prosječan broj bolesti iznosi 2,67 ($SD=2,579$). Kod ispitanika koji žive na selu u prosjeku je dijagnostikovano 2,79 ($SD=2,886$) bolesti, i to je nešto više od prosjeka broja bolesti ispitanika koji žive u gradskom području, koji iznosi 2,44 ($SD=1,939$) i prigradskom, koji iznosi 2,74 ($SD=2,742$). Međutim, razlike u prosjecima broja bolesti nisu statistički značajne ($p=0,513$). *Post-hoc* analiza nije pokazala značajnu razliku između prosječnog broja bolesti kod ispitanika koji žive u gradskom i prigradskom području ($p=0,701$), niti između prosjeka bolesti ispitanika u gradskom i seoskom području ($p=0,505$), kao ni između prosjeka broja bolesti kod ispitanika koji žive u prigradskom i seoskom području ($p=0,991$). Distribucija ispitanika po mjestu stanovanja u odnosu na saopšteni broj bolesti prikazana je u tabeli 4.3.3.

Tabela 4.3.3. Distribucija ispitanika po mjestu stanovanja u odnosu na saopšteni broj bolesti

Mjesto stanovanja		Broj hroničnih bolesti					Ukupno
		Bez bolesti	Jedna bolest	Dvije bolesti	Tri bolesti	Četiri i više bolesti	
Gradsko	N	147	53	21	20	22	263
	% po redu	55,9	20,2	8,0	7,6	8,4	100,0
	% po koloni	35,9	34,0	28,4	40,8	28,6	34,3
Prigradsko	N	112	35	15	12	16	190
	% po redu	58,9	18,4	7,9	6,3	8,4	100,0
	% po koloni	27,3	22,4	20,3	24,5	20,8	24,8
Seosko	N	151	68	38	17	39	313
	% po redu	48,2	21,7	12,1	5,4	12,5	100,0
	% po koloni	36,8	43,6	51,4	34,7	50,6	40,9
Ukupno	N	410	156	74	49	77	766
	% po redu	53,5	20,4	9,7	6,4	10,1	100,0
	% po koloni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Distribucija ispitanika po prisustvu i broju prijavljenih bolesti statistički se značajno razlikuje po domovima zdravlja ($p=0,000$). U Domu zdravlja Bijeljina, 33,4% ispitanika nema identifikovanih hroničnih bolesti, dok je u Domu zdravlja Prijedor taj broj gotovo duplo veći i iznosi 66,6% ispitanika. S druge strane, broj ispitanika kod kojih je po svim modalitetima prijavljena „jedna bolest“, „dvije bolesti“, „tri bolesti“, „četiri i više bolesti“ bar je duplo veći u Domu zdravlja Bijeljina u odnosu na Dom zdravlja Prijedor.

Razlika između domova zdravlja je vidljiva i iz analize prosječnog broja hroničnih bolesti kod ispitanika. Prosječan broj bolesti u Domu zdravlja Bijeljina iznosi 2,38 ($SD=1,774$), dok je u Domu zdravlja Prijedor 3,32 ($SD=3,751$) i ti prosjeci se statistički značajno razlikuju ($p=0,001$). Bitno je napomenuti da su ovdje izračunati prosjeci broja bolesti, ali za grupu ispitanika kod kojih je prisutna jedna ili više hroničnih bolesti. Ispitanici koji nemaju hronične bolesti nisu uzeti u ovaj prosjek, stoga je prosjek broja bolesti u Domu zdravlja Prijedor veći jer je veći i postotak ispitanika bez bolesti (66,6%). Distribucija ispitanika po domovima zdravlja u odnosu na prisustvo i broj hroničnih bolesti prikazana je u tabeli 4.3.4.

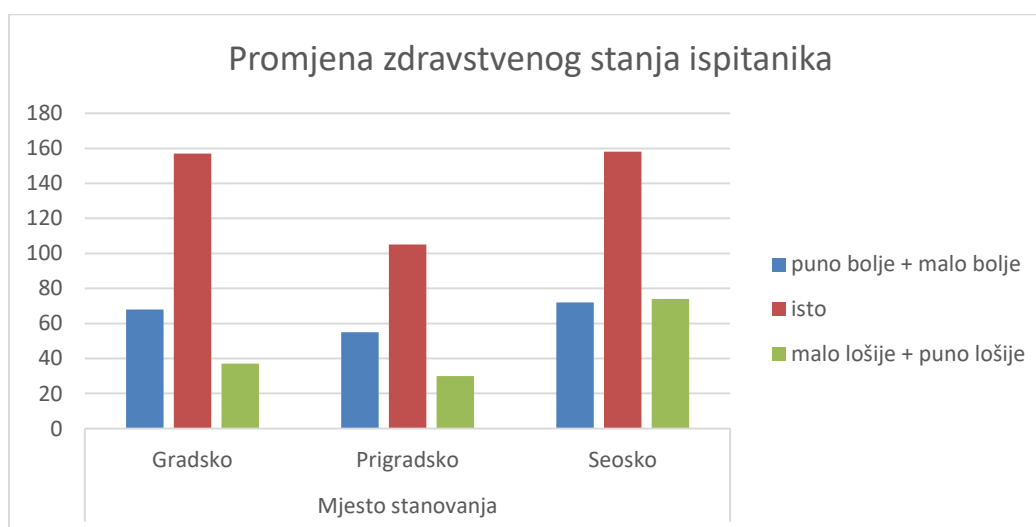
Tabela 4.3.4. Distribucija ispitanika po domovima zdravlja u odnosu na prisustvo i broj hroničnih bolesti

Dom zdravlja		Broj hroničnih bolesti					Ukupno
		Bez bolesti	Jedna bolest	Dvije bolesti	Tri bolesti	Četiri i više bolesti	
Bijeljina	N	137	105	54	43	45	384
	% po redu	35,7	27,3	14,1	11,2	11,7	100,0
	% po koloni	33,4	67,3	73,0	87,8	58,4	50,1
Prijedor	N	273	51	20	6	32	382
	% po redu	71,5	13,4	5,2	1,6	8,4	100,0
	% po koloni	66,6	32,7	27,0	12,2	41,6	49,9
Ukupno	N	410	156	74	49	77	766
	% po redu	53,5	20,4	9,7	6,4	10,1	100,0
	% po koloni	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nešto više od polovine ispitanika (55,6%) je svoje zdravlje ocijenilo kao nepromijenjeno u proteklih 12 mjeseci i ta ocjena nije zavisna od mjesta boravka ispitanika. Ispitanici (njih 18,7%) koji su svoje zdravlje ocijenili kao lošije u više od polovine slučajeva žive na selu (52,5%). Promjena zdravlja u prethodnih 12 mjeseci je statistički značajno zavisna od mjesta boravka ispitanika ($p=0,018$).

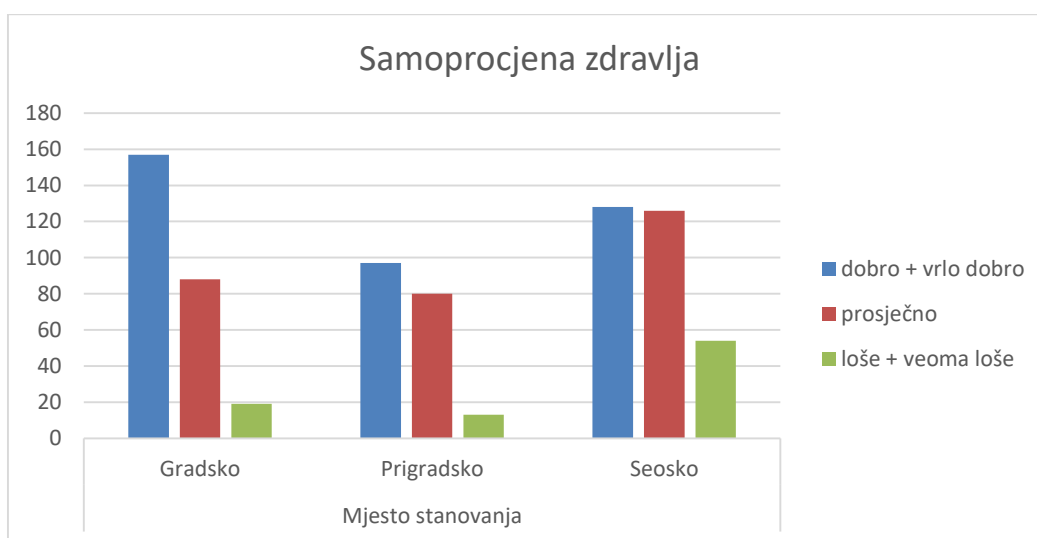
Grafikon 4.3.4. prikazuje promjenu zdravstvenog stanja ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja.

Grafikon 4.3.4. Promjena zdravstvenog stanja ispitanika u posljednjih 12 mjeseci u odnosu na mjesto stanovanja



Najveći broj ispitanika (38,6%) svoje trenutno zdravstveno stanje ocijenio je kao prosječno. Unutar gradskog područja više od polovine ispitanika je svoje zdravlje ocijenilo kao dobro (59,5%). S druge strane, 62,8% ispitanika koji su svoje zdravlje ocijenili kao loše ima mjesto boravka u seoskom području. Samoprocjena zdravstvenog stanja ispitanika je statistički značajno zavisna od tipa naselja u kojem ispitanik živi ($\chi^2=29,952$, $p=0,000<0,005$). Grafikon 4.3.5. prikazuje subjektivnu procjenu zdravstvenog stanja ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja.

Grafikon 4.3.5. Subjektivna procjena zdravstvenog stanja ispitanika u odnosu na mjesto stanovanja



4.4. Zdravstvena pismenost korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite

Zdravstvena pismenost korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite ispitivana je STOFHLA upitnikom. Maksimalan broj bodova iznosio je 36. Neadekvatna zdravstvena pismenost podrazumijevala je između 0 i 16, marginalna od 17 do 22, a adekvatna zdravstvena pismenost od 23 do 36 bodova.

Nešto manje od jedne četvrtine ispitanika (24,6%) ima neadekvatan nivo zdravstvene pismenosti. Marginalno zdravstveno pismeno je 10% ispitanika, dok 65,4% ispitanika ima adekvatan nivo zdravstvene pismenosti. Zdravstvena pismenost korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite prikazana je na grafikonu 4.4.1.

Grafikon 4.4.1. Zdravstvena pismenost korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite



Po polu ispitanika nije pronađena statistički značajna razlika u prosječnim vrijednostima STOFHLA skora ($p=0,102$).

Prosječne vrijednosti STOFHLA skora statistički značajno se razlikuju po kategorijama starosti ($p=0,000$). Iz tabele 4.4.1. uočljivo je da prosječna vrijednost skora opada sa povećanjem starosne dobi ispitanika od kategorije sa najmlađim, pa sve do kategorije sa najstarijim ispitanicima. *Post-hoc* testom utvrđeno je da u uzorku ne postoji dokaz da se prosječne vrijednosti skorova između kategorija starosti „<=44“ i „45–54“ statistički značajno razlikuju. Za sve ostale kombinacije bilo koje dvije starosne grupe, razlika prosječnih vrijednosti skorova zdravstvene pismenosti između njih je statistički značajno različita.

Prosječne vrijednosti STOFHLA skorova se statistički značajno razlikuju i po dva modaliteta bračnog stanja koja posmatramo ($p=0,007$). Prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti je statistički značajno veća kod ispitanika koji su u bračnoj zajednici, u odnosu na ispitanike koji su neoženjeni, razvedeni ili su udovci/udovice.

Prosječne vrijednosti STOFHLA skora se statistički značajno razlikuju i po najvišem stečenom nivou formalnog obrazovanja ($p=0,000$). Iz tabele 4.4.1. može se

vidjeti da se prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti povećava sa povećanjem nivoa stečenog formalnog obrazovanja. *Post-hoc* testom je utvrđeno da se prosjeci STOFHLA skorova između svih kombinacija dva nivoa stečenog formalnog obrazovanja statistički značajno razlikuju.

Prosječne vrijednosti STOFHLA skorova se statistički značajno razlikuju i po kategorijama radnog statusa ($p=0,000$). *Post-hoc* testom je utvrđeno da je prosjek STOFHLA skora za penzionere statistički značajno manji u odnosu na prosjeke svih ostalih modaliteta radnog statusa koje posmatramo.

Prikazano je da se prosječne vrijednosti STOFHLA skorova statistički značajno razlikuju i po modalitetima trenutnog mjesta boravka ispitanika ($p=0,000$). *Post-hoc* testom je utvrđeno da u uzorku ne postoji dokaz da se prosjeci skorova između prigradskog i seoskog mjesta boravka ispitanika statistički značajno razlikuju. Za ostale kombinacije dva modaliteta mjesta boravka razlika u prosječnim vrijednostima skorova je statistički značajna. Prosječna vrijednost STOFHLA skora ispitanika koji borave u gradskom području statistički je značajno veća od prosjeka skorova ispitanika koji borave u seoskom, odnosno prigradskom naselju.

Može se vidjeti da se prosječne vrijednosti STOFHLA skorova statistički značajno razlikuju i kod ispitanika koji su imali promjenu mjesta boravka između 1991. i 1995. godine ($p=0,008$). Naime, prosječna vrijednost STOFHLA skora za ispitanike koji su mijenjali mjesto boravka je statistički značajno manja od prosječne vrijednosti skora ispitanika koji nisu mijenjali mjesto boravka.

Prosječne vrijednosti STOFHLA skora se statistički značajno razlikuju i u odnosu na materijalno stanje ispitanika ($p=0,000$). Iz tabele 4.4.1. je uočljivo da se prosječna vrijednost skora povećava sa promjenom materijalnog stanja od lošeg prema dobrom. *Post-hoc* testom je utvrđeno da u uzorku nema dokaza o statistički značajnoj razlici između prosjeka skorova za modalitete materijalnog stanja „prosječno“ i „dobro“. S druge strane, razlika između prosjeka zdravstvene pismenosti za modalitet „loše“ i ostalih modaliteta jeste statistički značajna.

Takođe, prosječne vrijednosti STOFHLA skorova se statistički značajno razlikuju po domovima zdravlja ($p=0,000$). Naime, prosječna vrijednost skora

zdravstvene pismenosti ispitanika iz Doma zdravlja Prijedor je statistički značajno manja od prosječne vrijednosti skora ispitanika iz Doma zdravlja Bijeljina.

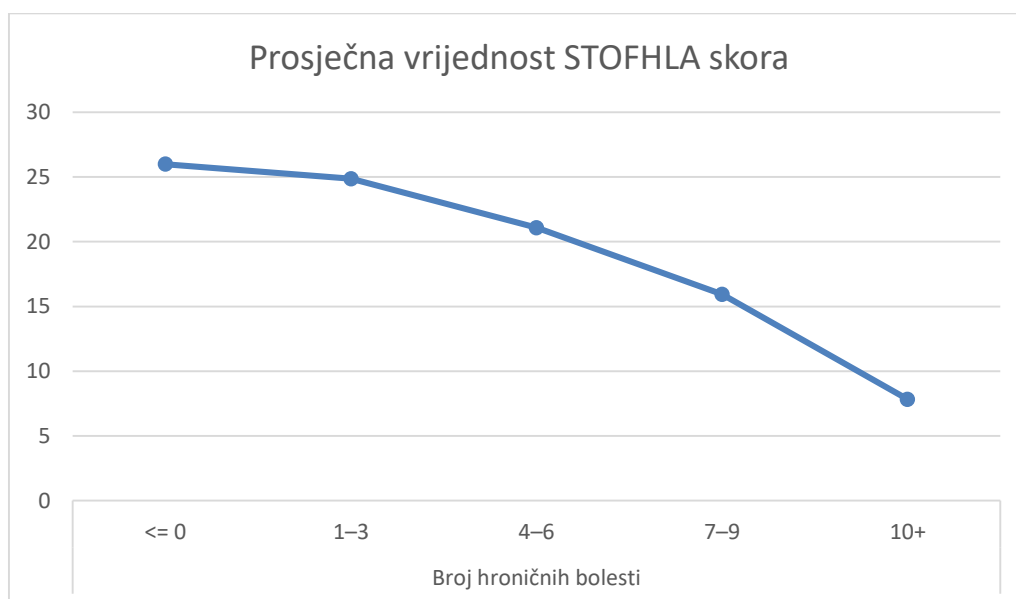
Prosječne vrijednosti zdravstvene pismenosti u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika prikazane su u tabeli 4.4.1.

Tabela 4.4.1. Prosječne vrijednosti zdravstvene pismenosti u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika

Sociodemografske karakteristike		N	STOFHLA skor		P
			Aritmetička sredina	Standardna devijacija	
Pol	Muški	326	24,08	10,83	0,102
	Ženski	441	25,32	10,03	
Starosne grupe	<= 44	298	28,15	8,55	0,000
	45–54	132	27,20	8,62	
	55–64	151	22,97	10,73	
	65+	186	19,32	11,26	
Bračno stanje	Neoženjeni/ razvedeni/ udovci/ udovice	302	23,58	10,99	0,007
	Bračna zajednica formalna/ neformalna	460	25,65	9,88	
Obrazovanje	Osnovna škola i manje	151	19,70	11,80	0,000
	Srednja škola	462	24,99	9,89	
	Visoko obrazovanje	150	29,07	8,07	
Radni status	Zaposleni	294	26,74	9,63	0,000
	Nezaposleni	237	25,68	9,78	
	Penzioneri	153	19,64	11,25	
	Studenti/ učenici/ domaćice	77	24,27	10,23	
Trenutno mjesto boravka	Gradsko	264	27,49	9,10	0,000
	Prigradsko	190	23,60	10,60	
	Seosko	313	23,23	10,84	
Promjena mjesta boravka	Da	305	23,59	10,84	0,008
	Ne	443	25,64	9,98	
Materijalno stanje	Loše	134	19,54	11,74	0,000
	Prosječno	410	25,32	9,76	
	Dobro	223	26,98	9,62	
Dom zdravlja	Bijeljina	384	28,77	7,26	0,000
	Prijedor	384	20,84	11,48	
UKUPNO		768	24,83	10,37	

Prosječne vrijednosti STOFHLA skorova se statistički značajno razlikuju po kategorijama broja saopštenih bolesti ($F=14,460$, $p=0,000$). Na grafikonu 4.4.2. može se vidjeti da se prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti smanjuje sa povećanjem broja hroničnih bolesti.

Grafikon 4.4.2. Prosječne vrijednosti zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na broj hroničnih bolesti



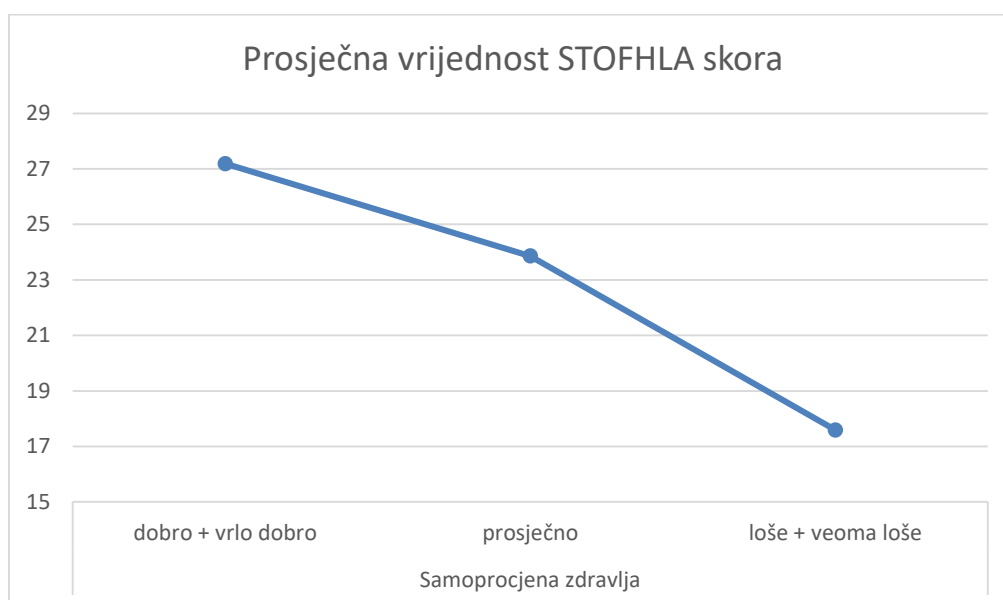
U tabeli 4.4.2. prikazane su prosječne vrijednosti zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na broj posjeta porodičnom doktoru. Uzorak ispitanika ne daje dovoljno dokaza da se prosječne vrijednosti STOFHLA skorova razlikuju po broju posjeta porodičnom doktoru ($p=0,352$). Ista je situacija i sa posjetama drugim specijalistima ($p=0,337$) po istim kategorijama broja posjeta.

Tabela 4.4.2. Prosječne vrijednosti zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na broj posjeta porodičnom doktoru

Karakteristike		N	STOFHLA skor	
			Aritmetička sredina	Standardna devijacija
Posjete porodičnom doktoru	Nisam bio/bila	181	25,80	9,41
	1–2 puta	229	24,02	10,79
	3–4 puta	133	23,98	11,01
	5–10 puta	103	25,39	11,40
	Više od 10 puta	120	25,30	9,17
	Ukupno	766	24,82	10,37

Na grafikonu 4.4.3. vidi se razlika u prosjecima skorova zdravstvene pismenosti po kategorijama samoprocjene zdravstvenog stanja ispitanika i ta razlika je statistički značajna ($p=0,000$). Kod ispitanika sa lošijom samoprocjenom zdravlja, od dobrog ka lošem, smanjuje se i prosječni STOFHLA skor.

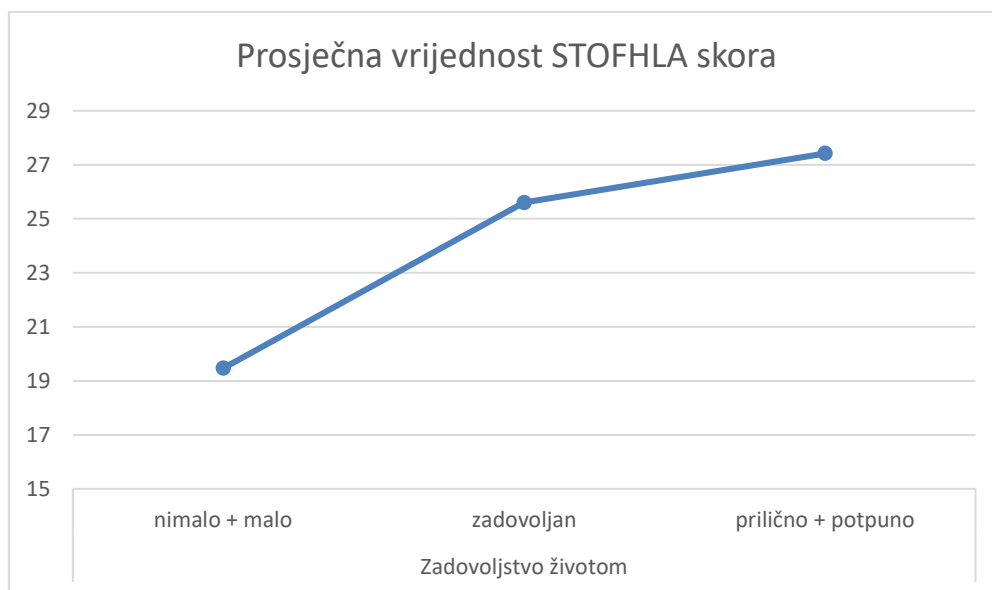
Grafikon 4.4.3. Prosječne vrijednosti zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na samoprocjenu zdravlja



Postoji razlika u prosjecima skorova zdravstvene pismenosti po nivoima zadovoljstva životom i ta razlika je statistički značajna ($p=0,000$). Naime, sa povećanjem zadovoljstva životom, povećava se i prosječni STOFHLA skor. Prosječne

vrijednosti zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na samoprocjenu zadovoljstva životom prikazane su na grafikonu 4.4.4.

Grafikon 4.4.4. Prosječne vrijednosti zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na samoprocjenu zadovoljstva životom



U tabeli 4.4.3. ispitana je razlika u prosječnim vrijednostima STOFHLA skorova ispitanika u skladu sa prisustvom/odsustvom faktora rizika za zdravlje. U uzorku ne postoji dovoljno dokaza za tvrdnje da se prosječne vrijednosti skorova zdravstvene pismenosti ispitanika statistički značajno razlikuju u odnosu na prisustvo gojaznosti, konzumiranje alkohola i pušenje cigareta. Međutim, prosjeci se statistički značajno razlikuju kod ispitanika koji nemaju dovoljno fizičke aktivnosti. Naime, kod ispitanika koji nemaju dovoljno fizičke aktivnosti prosječna vrijednost STOFHLA skora je statistički značajno manja u odnosu na ispitanike koji imaju redovnu fizičku aktivnost.

Tabela 4.4.3. Prosječne vrijednosti zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na prisutne faktore rizika za zdravlje

Faktori rizika i životne navike		N	STOFHLA skor		P
			Aritmetička sredina	Standardna devijacija	
Gojaznost	Ne	567	24,65	10,58	0,116
	Da	178	26,04	9,25	
Konzumiranje alkohola	Ne	681	24,77	10,48	0,875
	Da	80	24,95	9,40	
Pušenje	Ne	550	24,54	10,62	0,287
	Da	207	25,44	9,70	
Nedovoljna fizička aktivnost	Ne	323	28,02	8,25	0,000
	Da	444	22,44	11,14	

4.5. Kategorije zdravstvene pismenosti i sociodemografske karakteristike ispitanika

Kada su u pitanju sociodemografske karakteristike ispitanika, uzorak ne daje dovoljno dokaza da su kategorije zdravstvene pismenosti statistički značajno zavisne jedino od pola, iako je postotak neadekvatno (27,0%) i marginalno (11,0%) zdravstveno pismenih muškaraca nešto veći u odnosu na žene ($p=0,244$). Kategorije zdravstvene pismenosti su statistički značajno zavisne od ostalih sociodemografskih karakteristika ispitanika (tabela 4.5.1.).

Statistički značajna razlika u zdravstvenoj pismenosti pokazala se u odnosu na godine starosti ispitanika. Tako je najveći broj neadekvatno zdravstveno pismenih ispitanika, njih 46,3%, bilo starije od 65 godina, a 32,5% marginalno zdravstveno pismenih ispitanika bilo je u starosnoj dobi ≤ 44 . Kada posmatramo godine života, evidentno je da je najmanji broj neadekvatno zdravstveno pismenih ispitanika bio u starosnoj dobi do 44 godine – samo 13,1%, a najmanji broj marginalno zdravstveno pismenih bio je u starosnoj dobi od 45 do 54 godine – njih 8,3%. U starosnoj dobi od 65 godina i više, neadekvatno zdravstveno pismenih je bilo čak 46,3% ispitanika. Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od njihove starosne dobi ($p=0,000$).

Od ukupnog broja ispitanika koji ne žive u braku, razvedeni su ili su udovci/udovice, njih 30,1% su neadekvatno zdravstveno pismeni, nasuprot ispitanicima koji žive u bračnoj zajednici (formalnoj/neformalnoj), koji su u 68% slučajeva adekvatno zdravstveno pismeni. Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da je marginalno zdravstveno pismeno 67,1% ispitanika koji žive u bračnoj zajednici. Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od njihovog bračnog statusa ($p=0,011$).

U prigradskom (31,1%) i seoskom (30,0%) naselju je skoro svaki treći ispitanik neadekvatno zdravstveno pismen. Sa druge strane, 76,9% ispitanika koji žive u gradu su adekvatno zdravstveno pismeni. Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da najveći broj neadekvatno zdravstveno pismenih ispitanika, njih 49,7%, živi na selu, a samo 19,0% živi u gradu. Takođe uočavamo da skoro polovina (46,8%) ispitanika koji su marginalno zdravstveno pismeni živi na selu. Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od njihovog mjesta boravka ($p=0,000$).

Unutar sva tri nivoa obrazovanja najviše ispitanika koji imaju neadekvatnu zdravstvenu pismenost imaju i osmogodišnje obrazovanje (41,1%), ali i 10,7% visokoobrazovanih ispitanika ima neadekvatnu zdravstvenu pismenost. Unutar kategorije neadekvatno zdravstveno pismenih, 58,7% ispitanika ima završenu srednju školu, a samo 8,5% je visokoobrazovanih. Sa druge strane, adekvatnu zdravstvenu pismenost ima samo 13,9% ispitanika sa osnovnim obrazovanjem. Kada je riječ o marginalnoj zdravstvenoj pismenosti, najveći broj ispitanika iz ove kategorije ima srednjoškolsko obrazovanje (59,7%). Zdravstvena pismenost je statistički značajno zavisna od najviše završene škole koju ispitanici imaju ($p=0,000$).

Kada posmatramo radni status ispitanika, uočavamo da 45,1% penzionera ima neadekvatnu zdravstvenu pismenost, dok se u kategoriji zaposlenih ispitanika nalazi samo 18% neadekvatno zdravstveno pismenih. Najveći broj zaposlenih ispitanika je i adekvatno zdravstveno pismeno, i to njih 72,8%. U kategoriji neadekvatno zdravstveno pismenih imamo najviše penzionera – 36,5%, a najviše marginalno zdravstveno pismenih je iz reda zaposlenih lica. Adekvatno zdravstveno pismeno je samo 10,1% domaćica/studenata/učenika i 13,3% penzionera.

U kategoriji ispitanika sa lošim materijalnim stanjem 41,8% je neadekvatno zdravstveno pismenih. Nasuprot tome, 3/4 ispitanika (74,9%) koji su dobrog materijalnog stanja su adekvatno zdravstveno pismeni, a samo 19,6% ih je neadekvatno zdravstveno pismeno. Kada posmatramo zdravstvenu pismenost ispitanika, uočavamo da polovina ispitanika koji imaju neadekvatnu (50,8%) i marginalnu (49,4%) zdravstvenu pismenost živi prosječno. Nasuprot tome, u kategoriji adekvatno zdravstveno pismenih ispitanika, 74,9% njih je svoje materijalno stanje procijenilo kao dobro. Zdravstvena pismenost je statistički značajno zavisna od materijalnog stanja ispitanika ($p=0,000$).

Kada posmatramo pripadnost domu zdravlja, uočavamo da je u Prijedoru 40,4% ispitanika neadekvatno zdravstveno pismeno, a u Bijeljini samo 8,9%. U kategoriji neadekvatno zdravstveno pismenih ispitanika, najveći broj pripada Domu zdravlja Prijedor (82,0%). Nasuprot tome, u kategoriji adekvatno zdravstveno pismenih, 81,8% ispitanika pripada Domu zdravlja Bijeljina. Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od pripadnosti domu zdravlja ($p=0,000$).

Tabela 4.5.1. Zdravstvena pismenost u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika

Sociodemografske karakteristike	STOPHLA skor												P	
	<= 16			17-22			23-36			Ukupno				
	N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu		
Pol	Muški	88	46,6	27,0	36	46,8	11,0	202	40,3	62,0	326	42,5	100,0	0,244
	Ženski	101	53,4	22,9	41	53,2	9,3	299	59,7	67,8	441	57,5	100,0	
	Ukupno	189	100,0	24,6	77	100,0	10,0	501	100,0	65,3	767	100,0	100,0	
	<= 44	39	20,7	13,1	25	32,5	8,4	234	46,6	78,5	298	38,9	100,0	
Godine starosti	45-54	18	9,6	13,6	11	14,3	8,3	103	20,5	78,0	132	17,2	100,0	0,000
	55-64	44	23,4	29,1	20	26,0	13,2	87	17,3	57,6	151	19,7	100,0	
	65+	87	46,3	46,8	21	27,3	11,3	78	15,5	41,9	186	24,3	100,0	
	Ukupno	188	100,0	24,5	77	100,0	10,0	502	100,0	65,4	767	100,0	100,0	
Bračno stanje	Bračna zajednica formalna/neformalna	96	51,3	20,9	51	67,1	11,1	313	62,7	68,0	460	60,4	100,0	0,011
	Neoženjeni	91	48,7	30,1	25	32,9	8,3	186	37,3	61,6	302	39,6	100,0	
	Razvedeni													
	Udovici/-ce													
Mjesto boravka	Ukupno	187	100,0	24,5	76	100,0	10,0	499	100,0	65,5	762	100,0	100,0	0,000
	Gradsko	36	19,0	13,6	25	32,5	9,5	203	40,5	76,9	264	34,4	100,0	
	Prigradsko	59	31,2	31,1	16	20,8	8,4	115	23,0	60,5	190	24,8	100,0	
	Seosko	94	49,7	30,0	36	46,8	11,5	183	36,5	58,5	313	40,8	100,0	
Obrazovanje	Ukupno	189	100,0	24,6	77	100,0	10,0	501	100,0	65,3	767	100,0	100,0	0,000
	Osnovno i manje	62	32,8	41,1	20	26,0	13,2	69	13,9	45,7	151	19,8	100,0	
	Srednjoškolsko obrazovanje	111	58,7	24,0	46	59,7	10,0	305	61,4	66,0	462	60,6	100,0	
	Visoko	16	8,5	10,7	11	14,3	7,3	123	24,7	82,0	150	19,7	100,0	
Zaposlenost	Ukupno	189	100,0	24,8	77	100,0	10,1	497	100,0	65,1	763	100,0	100,0	0,000
	Zaposleni	53	28,0	18,0	27	35,1	9,2	214	43,2	72,8	294	38,6	100,0	
	Nezaposleni	47	24,9	19,8	25	32,5	10,5	165	33,3	69,6	237	31,1	100,0	
	Penzioneri	69	36,5	45,1	18	23,4	11,8	66	13,3	43,1	153	20,1	100,0	
Domaćice/učenic/studenti	Domaćice/učenic/studenti	20	10,6	26,0	7	9,1	9,1	50	10,1	64,9	77	10,1	100,0	0,000
	Ukupno	189	100,0	24,8	77	100,0	10,1	495	100,0	65,0	761	100,0	100,0	

Materijalno stanje	Loše	56	29,6	41,8	20	26,0	14,9	58	11,6	43,3	134	17,5	100,0	0,000
	Prosječno	96	50,8	23,4	38	49,4	9,3	276	55,1	67,3	410	53,5	100,0	
	Dobro	37	19,6	16,6	19	24,7	8,5	167	33,3	74,9	223	29,1	100,0	
	Ukupno	189	100,0	24,6	77	100,0	10,0	501	100,0	65,3	767	100,0	100,0	
Grad	Bijeljina	34	18,0	8,9	36	46,8	9,4	314	62,5	81,8	384	50,0	100,0	0,000
	Prijedor	155	82,0	40,4	41	53,2	10,7	188	37,5	49,0	384	50,0	100,0	
	Ukupno	189	100,0	24,6	77	100,0	10,0	502	100,0	65,4	768	100,0	100,0	

4.6. Kategorije zdravstvene pismenosti ispitanika u odnosu na medicinske karakteristike ispitanika i posjete zdravstvenoj službi

Posjete zdravstvenoj službi su posmatrane kroz posjete porodičnim doktorima, posjete drugim specijalistima i broj hospitalizacija.

Kad posmatramo ispitanike koji su imali 3–4 posjete porodičnom doktoru, vidimo da svaki treći ima neadekvatnu zdravstvenu pismenost. Ispitanici koji su se izjasnili da u godini koja je prethodila istraživanju nisu bili kod porodičnog doktora, njih 69,1% ima adekvatan nivo zdravstvene pismenosti. Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da je unutar kategorije marginalno zdravstveno pismenih ispitanika, najmanje onih koji su porodičnog doktora posjetili 5–10 puta (5,2%). Takođe, adekvatnu zdravstvenu pismenost ima samo 15,4% ispitanika koji su posjetili porodičnog doktora više od 10 puta. Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od broja posjeta porodičnom doktoru ($p=0,017$).

Adekvatnu zdravstvenu pismenost ima samo 5,0% ispitanika koji su imali više od deset posjeta drugom specijalisti, a neadekvatnu zdravstvenu pismenost je imalo 34,6% ispitanika koji su imali jednu ili dvije posjete drugom specijalisti. Međutim, uzorak ne daje dovoljno dokaza da tvrdimo da je zdravstvena pismenost ispitanika statistički značajno zavisna od broja posjeta drugom specijalisti ($p=0,212$).

Kada posmatramo broj hospitalizacija u godini koja je prethodila istraživanju, uočavamo da je 39,4% ispitanika koji su boravili u bolnici 1–2 puta neadekvatno zdravstveno pismeni. U grupi ispitanika koji nisu boravili u bolnici, njih 67,4% je adekvatno zdravstveno pismeno. Kada posmatramo sve tri kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da su više zastupljeni ispitanici koji nisu boravili u bolnici (neadekvatna 77,1%, marginalna 87%, adekvatna 87,8%). Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od broja boravaka u bolnici ($p=0,007$).

U grupi ispitanika koji su zdravi odnosno nemaju dijagnostikovanu bolest, najveći broj je adekvatno pismenih, i to njih 59,8%, dok je 28,9% ispitanika kojima je dijagnostikovana bolest neadekvatno zdravstveno pismeno. Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da je u kategoriji neadekvatno i marginalno zdravstveno pismenih više od polovina ispitanika koji imaju

dijagnostikovanu bolest. U kategoriji adekvatno zdravstveno pismenih ispitanika, njih 57,4% nema dijagnostikovanu bolest. Zdravstvena pismenost ispitanika statistički značajno zavisi od prisustva bolesti ($p=0,012$).

Prisustvo hroničnih bolesti značajno je povezano sa nivoom zdravstvene pismenosti ispitanika. Tako je u grupi sa četiri i više dijagnostikovanih bolesti skoro polovina ispitanika bila neadekvatno zdravstveno pismena. Nasuprot tome, u grupi ispitanika sa četiri i više dijagnostikovanih bolesti samo je njih 37,7% bilo adekvatno zdravstveno pismeno. Kada posmatramo sve tri kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da je u njima zastupljen najveći broj ispitanika koji nemaju dijagnostikovane bolesti (neadekvatna 45,5%, marginalna 48,1%, adekvatna 57,4%). U kategoriji adekvatno zdravstveno pismenih ispitanika bilo je zastupljeno samo 6,6% ispitanika sa tri bolesti i 5,8% sa četiri i više bolesti. Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od broja dijagnostikovanih bolesti ($p=0,000$).

Promjena zdravstvenog stanja ispitanika u posljednjih 12 mjeseci je posmatrana kroz tri kategorije. U grupi ispitanika koji su svoje zdravlje ocijenili bolje u odnosu na prethodni period, najveći broj je adekvatno zdravstveno pismenih (75,4%), a neadekvatno zdravstveno pismenih je bilo 15,4% ispitanika. Adekvatnu zdravstvenu pismenost je imalo samo 14,3% ispitanika koji su lošijeg zdravstvenog stanja. U sve tri kategorije zdravstvene pismenosti dominirali su ispitanici, njih više od polovine, koji su izjavili da je njihovo zdravstveno stanje nepromijenjeno (neadekvatno zdravstveno pismeni 52,2%, marginalno 60%, adekvatno 56,1%). Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od promjene njihovog zdravlja u posljednjih 12 mjeseci ($p=0,000$).

Samoprocjena zdravstvenog stanja takođe se pokazala kao značajna u odnosu na zdravstvenu pismenost. Ispitanici koji su svoje zdravlje ocijenili kao dobro su u 75,9% slučajeva adekvatno zdravstveno pismeni, a samo 17,3% ispitanika sa dobrim zdravstvenim stanjem je neadekvatno zdravstveno pismeno. Neadekvatnu zdravstvenu pismenost ima 25,5% ispitanika prosječnog zdravlja. Ispitanici sa lošim zdravstvenim stanjem su u više od polovine slučajeva (53,5%) neadekvatno zdravstveno pismeni, dok je samo 37,2% ispitanika sa lošim zdravstvenim stanjem i adekvatno zdravstveno pismeno. Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da

neadekvatnu zdravstvenu pismenost ima 40,1% ispitanika prosječnog zdravlja, a marginalnu 54,7% ispitanika prosječnog zdravlja. Adekvatna zdravstvena pismenost je karakteristika 58,0% ispitanika sa dobrim zdravljem. Nasuprot tome, adekvatno zdravstveno pismeno je samo 6,4% ispitanika koji su lošeg zdravlja. Zdravstvena pismenost ispitanika je statistički značajno zavisna od njihovog zdravstvenog stanja ($p=0,000$).

Kategorije zdravstvene pismenosti u odnosu na medicinske karakteristike ispitanika i posjete zdravstvenoj službi prikazane su u tabeli 4.6.1.

Tabela 4.6.1. Kategorije zdravstvene pismenosti u odnosu na medicinske karakteristike ispitanika i posjete zdravstvenoj službi

Medicinske karakteristike		STOFHLA Skor												p
		<= 16			17-22			23-36			Ukupno			
		N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu	
Broj posjeta porodičnom doktoru	Nisam bio/bila	37	19,7	20,4	19	24,7	10,5	125	25,0	69,1	181	23,6	100,0	0,017
	1-2 puta	63	33,5	27,5	27	35,1	11,8	139	27,7	60,7	229	29,9	100,0	
	3-4 puta	41	21,8	30,8	8	10,4	6,0	84	16,8	63,2	133	17,4	100,0	
	5-10 puta	23	12,2	22,3	4	5,2	3,9	76	15,2	73,8	103	13,5	100,0	
	Ukupno	188	100,0	24,5	77	100,0	10,1	501	100,0	65,4	766	100,0	100,0	
Broj posjeta drugim specijalistima	Nisam bio/bila	77	41,0	22,1	40	52,0	11,5	231	46,2	66,4	348	45,5	100,0	0,212
	1-2 puta	65	34,6	31,1	14	18,2	6,7	130	26,0	62,2	209	27,3	100,0	
	3-4 puta	22	11,7	21,6	12	15,6	11,8	68	13,6	66,7	102	13,3	100,0	
	5-10 puta	13	6,9	20,3	5	6,5	7,8	46	9,2	71,9	64	8,4	100,0	
	Ukupno	188	100,0	24,6	77	100,0	10,1	500	100,0	65,4	765	100,0	100,0	
Broj hospitalizacija	Nisam bio/bila	145	77,1	22,3	67	87,0	10,3	438	87,8	67,4	650	85,1	100,0	0,007
	1-2 puta	37	19,7	39,4	7	9,1	7,4	50	10,0	53,2	94	12,3	100,0	
	Više od dva puta	6	3,2	30,0	3	3,9	15,0	11	2,2	55,0	20	2,6	100,0	
	Ukupno	188	100,0	24,6	77	100,0	10,1	499	100,0	65,3	764	100,0	100,0	
Otkrivena hronična bolest	Da	103	54,5	28,9	40	51,9	11,2	213	42,6	59,8	356	46,5	100,0	0,012
	Ne	86	45,5	21,0	37	48,1	9,0	287	57,4	70,0	410	53,5	100,0	
	Ukupno	189	100,0	24,7	77	100,0	10,1	500	100,0	65,3	766	100,0	100,0	
Broj hroničnih bolesti	Bez bolesti	86	45,5	21,0	37	48,1	9,0	287	57,4	70,0	410	53,5	100,0	0,000
	Jedna bolest	40	21,2	25,6	17	22,1	10,9	99	19,8	63,5	156	20,4	100,0	
	Dvije bolesti	16	8,5	21,6	6	7,8	8,1	52	10,4	70,3	74	9,7	100,0	
	Tri bolesti	10	5,3	20,4	6	7,8	12,2	33	6,6	67,3	49	6,4	100,0	
	Četiri i više bolesti	37	19,6	48,1	11	14,3	14,3	29	5,8	37,7	77	10,1	100,0	
Ukupno	189	100,0	24,7	77	100,0	10,1	500	100,0	65,3	766	100,0	100,0		

Promjena zdravstvenog stanja u posljednjih 12 mjeseci	Malo bolje + puno bolje	30	16,3	15,4	18	24,0	9,2	147	29,6	75,4	195	25,8	100,0	0,000
	Isto	96	52,2	22,9	45	60,0	10,7	279	56,1	66,4	420	55,6	100,0	
	Malo lošije + puno lošije	58	31,5	41,1	12	16,0	8,5	71	14,3	50,4	141	18,7	100,0	
	Ukupno	184	100,0	24,3	75	100,0	9,9	497	100,0	65,7	756	100,0	100,0	
	Samoprocjena zdravlja	Dobro + vrlo dobro	66	35,3	17,3	26	34,7	6,8	290	58,0	75,9	382	50,1	100,0
	Prosječno	75	40,1	25,5	41	54,7	13,9	178	35,6	60,5	294	38,6	100,0	
	Loše + veoma loše	46	24,6	53,5	8	10,7	9,3	32	6,4	37,2	86	11,3	100,0	
	Ukupno	187	100,0	24,5	75	100,0	9,8	500	100,0	65,6	762	100,0	100,0	

4.7. Kategorije zdravstvene pismenosti u odnosu na faktore rizika za zdravlje

U grupi ispitanika koji nisu gojazni neadekvatnu zdravstvenu pismenost ima 25,6%. Među gojaznim ispitanicima neadekvatnu zdravstvenu pismenost ima 18,0% ispitanika, a marginalnu 30,3%. Zdravstvena pismenost ispitanika nije u statistički značajnoj vezi sa rizičnim faktorom gojaznosti ($p=0,070$).

Zdravstvena pismenost ispitanika nije u statistički značajnoj vezi sa rizičnom navikom konzumiranja alkohola ($p=0,102$).

Zdravstvena pismenost ispitanika nije u statistički značajnoj vezi sa rizičnom navikom pušenja cigareta ($p=0,175$).

Kada posmatramo fizičku aktivnost ispitanika i kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da 33,8% ispitanika koji su nedovoljno fizički aktivni ima i neadekvatnu zdravstvenu pismenost. Kada posmatramo zdravstvenu pismenost, uočavamo da 79,4% ispitanika koji su neadekvatno zdravstveno pismeni imaju i nedovoljnu fizičku aktivnost, a 64,9% ispitanika koji su marginalno zdravstveno pismeni nisu dovoljno fizički aktivni. Zdravstvena pismenost je u statistički značajnoj vezi sa rizičnim faktorom nedovoljne fizičke aktivnosti ispitanika ($p=0,000$).

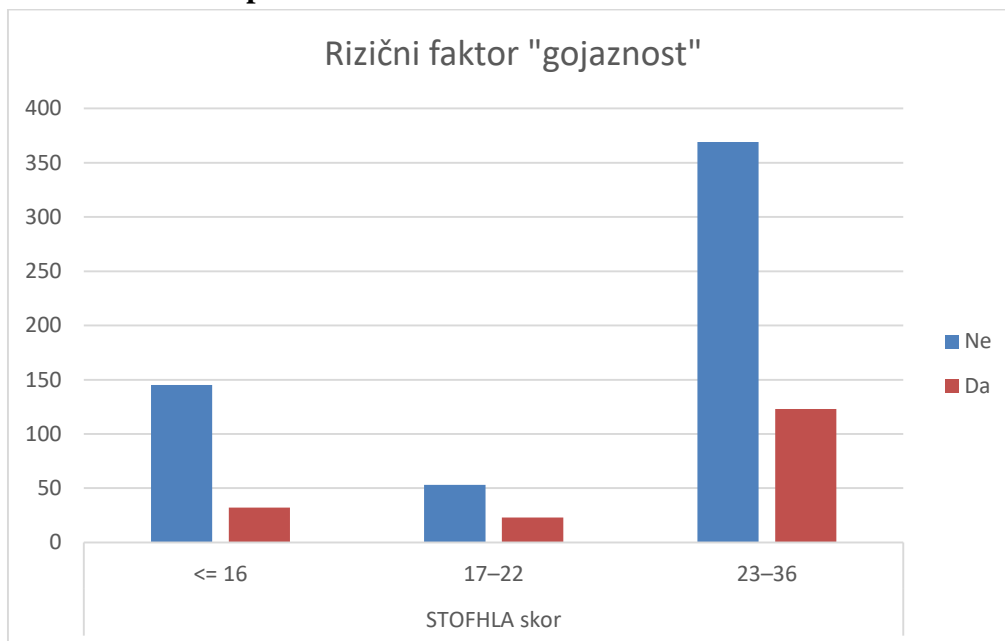
Ispitanici koji su zadovoljni životom u 66,9% slučajeva su i adekvatno zdravstveno pismeni, dok je gotovo polovina ispitanika (47,3%) koji nisu zadovoljni životom neadekvatno zdravstveno pismena. Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, možemo uočiti da je samo 16,4% ispitanika koji su neadekvatno zdravstveno pismeni potpuno zadovoljno životom, dok je u kategoriji lica sa adekvatnom zdravstvenom pismenošću najmanje onih koji su nezadovoljni svojim životom (15,2%). Nivo zdravstvene pismenosti od neadekvatne (42,3%), preko marginalne (63,6%) do adekvatne (52,2%) raste kako raste i zadovoljstvo ispitanika njihovim životom. Zdravstvena pismenost ispitanika je u statistički značajnoj vezi sa zadovoljstvom ličnim životom ($p=0,000$).

Faktori rizika za zdravlje ispitanika i zadovoljstvo životom u odnosu na nivo zdravstvene pismenosti prikazani su u tabeli 4.7.1. i grafikonima 4.7.1, 4.7.2. i 4.7.3.

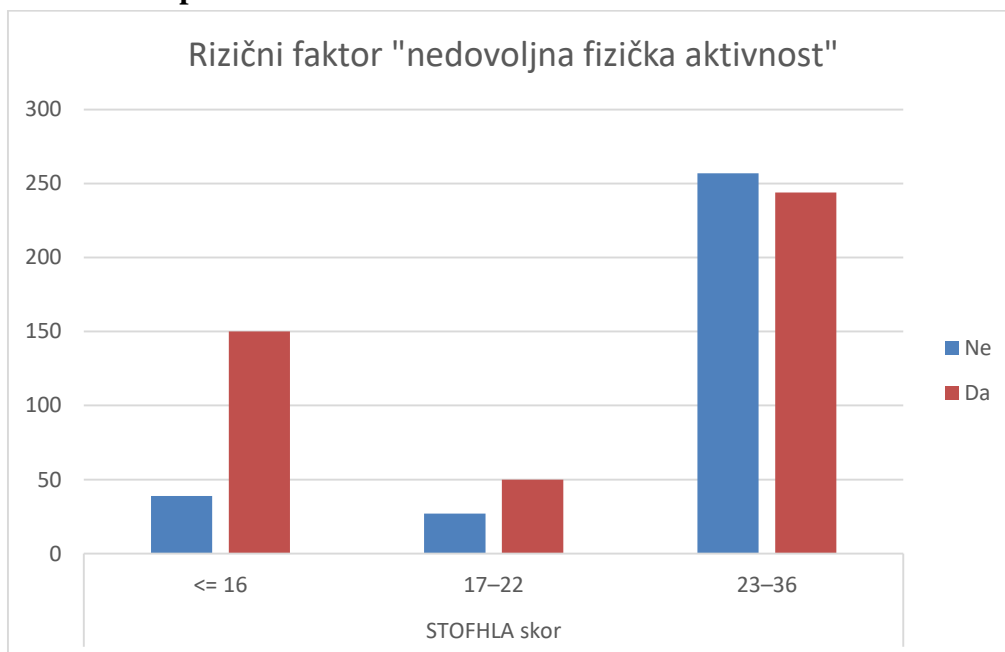
Tabela 4.7.1. Faktori rizika za zdravlje ispitanika i zadovoljstvo životom u odnosu na nivo zdravstvene pismenosti

Faktori rizika i životne navike Zadovoljstvo životom		STOFHLA skor												P
		<= 16			17-22			23-36			Ukupno			
		N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu	N	% po koloni	% po redu	
Gojaznost	Ne	145	81,9	25,6	53	69,7	9,3	369	75,0	65,1	567	76,1	100,0	0,070
	Da	32	18,1	18,0	23	30,3	12,9	123	25,0	69,1	178	23,9	100,0	
	Ukupno	177	100,0	23,8	76	100,0	10,2	492	100,0	66,0	745	100,0	100,0	
Konzumiranje alkohola	Ne	172	92,0	25,3	64	83,1	9,4	445	89,5	65,3	681	89,5	100,0	0,102
	Da	15	8,0	18,8	13	16,9	16,3	52	10,5	65,0	80	10,5	100,0	
	Ukupno	187	100,0	24,6	77	100,0	10,1	497	100,0	65,3	761	100,0	100,0	
Pušenje	Ne	145	78,0	26,4	54	71,1	9,8	351	70,9	63,8	550	72,7	100,0	0,175
	Da	41	22,0	19,8	22	28,9	10,6	144	29,1	69,6	207	27,3	100,0	
	Ukupno	186	100,0	24,6	76	100,0	10,0	495	100,0	65,4	757	100,0	100,0	
Nedovoljna fizička aktivnost	Ne	39	20,6	12,1	27	35,1	8,4	257	51,3	79,6	323	42,1	100,0	0,000
	Da	150	79,4	33,8	50	64,9	11,3	244	48,7	55,0	444	57,9	100,0	
	Ukupno	189	100,0	24,6	77	100,0	10,0	501	100,0	65,3	767	100,0	100,0	
Zadovoljstvo životom	Nisu zadovoljni	78	41,3	47,3	11	14,3	6,7	76	15,2	46,1	165	21,5	100,0	0,000
	Prosječno zadovoljni	80	42,3	20,5	49	63,6	12,6	261	52,2	66,9	390	50,9	100,0	
	Potpuno zadovoljni	31	16,4	14,7	17	22,1	8,1	163	32,6	77,3	211	27,5	100,0	
	Ukupno	189	100,0	24,7	77	100,0	10,1	500	100,0	65,3	766	100,0	100,0	

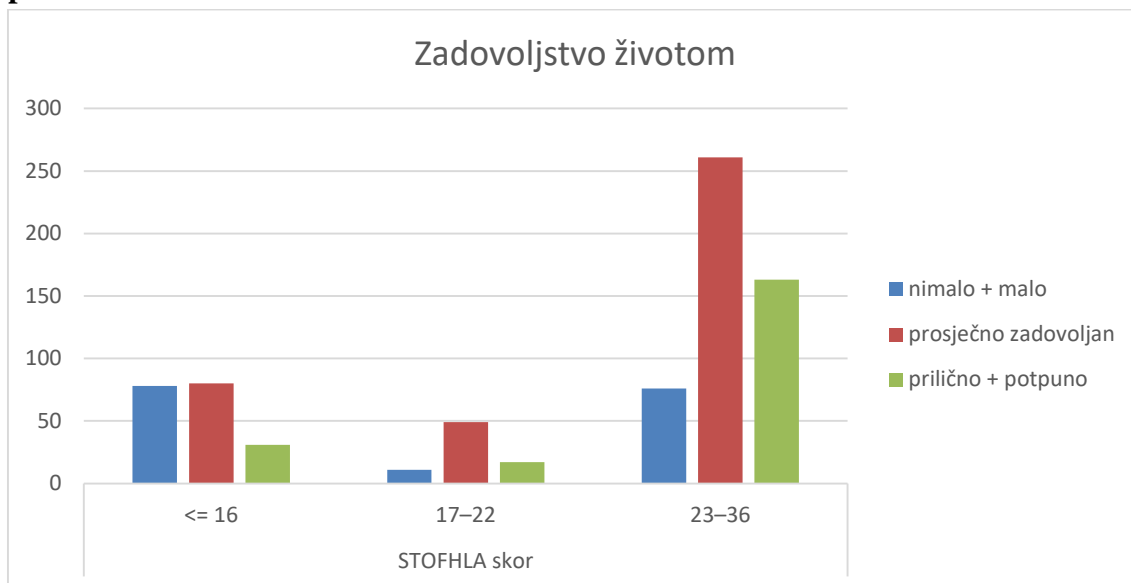
Grafikon 4.7.1. Prisustvo rizičnog faktora gojaznosti kod ispitanika u odnosu na nivo zdravstvene pismenosti



Grafikon 4.7.2. Nedovoljna fizička aktivnost ispitanika u odnosu na nivo zdravstvene pismenosti



Grafikon 4.7.3. Zadovoljstvo ispitanika životom u odnosu na nivo zdravstvene pismenosti



4.8. Analiza prediktora neadekvatne zdravstvene pismenosti

U tabeli 4.8.1. dat je pregled varijabli koje su značajne ($p < 0,1$) u univarijantnim logističkim regresijama, pri čemu je zavisna varijabla određena korištenjem STOFHLA mjerne skale. Za sve ostale varijable utvrđeno je da nisu značajne u modelu ili sam model nije značajan.

Tabela 4.8.1. Značajne varijable u univarijantnim modelima logističke regresije

Varijable	P	Ukršteni odnos šansi (OR)	95% interval povjerenja (CI)	
			Donji	Gornji
Starosna dob, godine	0,000	1,044	1,034	1,054
Bračni status, razvedeni	0,000	4,204	2,427	7,283
Mjesto prebivališta, ruralno	0,000	2,289	1,634	3,207
Materijalno stanje, loše	0,000	3,055	2,086	4,475
Broj hroničnih bolesti, četiri ili više	0,000	3,576	2,195	5,826
Korištenje lijekova	0,015	0,529	0,317	0,883
Samoprocjena zdravlja	0,000	1,963	1,637	2,355
Fizička aktivnost	0,000	1,407	1,298	1,524

Nivo obrazovanja, fakultet/ magisterij/ doktorat nauka	0,000	0,344	0,220	0,537
Radni status, penzioner	0,000	3,159	2,194	4,548
Broj hospitalizacija	0,009	1,543	1,116	2,133

Iz tabele 4.8.1. vidljivo je da najveće ukrštene odnose šansi za neadekvatnu zdravstvenu pismenost (OR-odds ratios), uzimajući u obzir sve univarijantne modele, imaju varijable koje označavaju razvedena lica (4,204), lica sa identifikovanih četiri ili više hroničnih bolesti (3,576), penzionisana lica (3,159) i lica lošeg materijalnog stanja (3,055).

Ispitanici koji su uzimali lijekove u posljednjih sedam dana za dijagnostikovane bolesti imaju ukršteni odnos šansi manji od jedinice, odnosno imaju manju vjerovatnoću da su neadekvatno zdravstveno pismeni u poređenju sa ispitanicima kod kojih je identifikovano četiri ili više hroničnih bolesti (ne uzimajući u obzir da li za te bolesti uzimaju lijekove ili ne).

U tabeli 4.8.2. dat je pregled značajnosti varijabli i ukrštenih odnosa šansi koji su dobijeni multivarijantnom logističkom regresijom. Kao značajne varijable koje su se po p vrijednosti izdvojile od ostalih ($p < 0,05$) pokazale su se: starosna dob, razvedena lica, ruralno mjesto stanovanja, loše materijalno stanje, prisustvo četiri i više bolesti, samoprocjena zdravlja i fizička aktivnost.

Tabela 4.8.2. Značajne varijable u multivarijantnim modelima logističke regresije

Varijable	p	Ukršteni odnos šansi (OR)	95% interval povjerenja (CI)	
			Donji	Gornji
Starosna dob, godine	0,028	1,024	1,003	1,046
Bračni status, razvedeni	0,015	3,317	1,261	8,723
Mjesto stanovanja, ruralno	0,003	2,249	1,306	3,873
Materijalno stanje, loše	0,025	1,958	1,087	3,530
Broj hroničnih bolesti, četiri ili više	0,042	1,938	1,024	3,666
Korištenje lijekova	0,091	1,797	0,910	3,551

Samoprocjena zdravlja	0,010	1,592	1,119	2,265
Fizička aktivnost	0,000	1,293	1,157	1,445
Nivo obrazovanja, fakultet/ magisterij/ doktorat nauka	0,426	0,741	0,354	1,552
Radni status, penzioneri	0,112	1,618	0,894	2,930
Učestalost hospitalizacija	0,070	0,630	0,382	1,039

Multivarijantni model logističke regresije je adekvatan za podatke kojima raspoložemo ($p=0,000$), pri čemu je 34,2% varijabilnosti zavisne varijable objašnjeno odabranim modelom. Kada bismo vršili predviđanje neadekvatne zdravstvene pismenosti koristeći karakteristike ispitanika koje su ušle u model, bili bismo uspješni u 73,8% slučajeva.

Najveću vjerovatnoću da bude neadekvatno zdravstveno pismena ima osoba starije životne dobi, razvedena, koja boravi u ruralnom području, lošeg materijalnog stanja, sa četiri ili višedijagnostikovanih bolesti, lošeg zdravlja i nedovoljno fizički aktivna. Takođe, iz modela se vidi da bi promjena samoprocjene zdravlja na skali od dobre do loše samoprocjene za jednu jedinicu mogla uticati na promjenu statusa zdravstvene pismenosti. Slično, smanjenje frekvencije fizičke aktivnosti bi moglo uticati na promjenu statusa zdravstvene pismenosti. U istom kontekstu se može tumačiti i povećanje broja boravaka u bolnici.

5. DISKUSIJA

Cilj ove disertacije bio je da se procijeni nivo zdravstvene pismenosti u populaciji odraslih pacijenata koji su korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj (Bosna i Hercegovina) i identifikuju i analiziraju faktori koji mogu uticati na zdravstvenu pismenost.

Pošlo se od hipoteza da neadekvatnu i marginalnu zdravstvenu pismenost ima najmanje jedna trećina korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite na teritoriji Republike Srpske (BiH), te da su demografske karakteristike, socioekonomski status, životni stilovi, samoprocjena zdravstvenog stanja, prisustvo bolesti i korištenje zdravstvene zaštite povezani sa nivoom zdravstvene pismenosti.

Rezultati istraživanja su pokazali da neadekvatnu i marginalnu zdravstvenu pismenost ima 34,6% naših ispitanika. Utvrđena je povezanost zdravstvene pismenosti u ispitivanoj populaciji sa starosnom dobi, nivoom obrazovanja, pripadnosti domu zdravlja, mjestom stanovanja i migracionim kretanjima, bračnim statusom, materijalnim stanjem, prisustvom i brojem bolesti, promjenom zdravstvenog stanja i samoprocjenom zdravlja, brojem posjeta doktorima i brojem hospitalizacija, nedovoljnom fizičkom aktivnošću i samoprocjenom zadovoljstva životom samih ispitanika.

Uticaj na zdravstvenu pismenost, pored zdravstvenih karakteristika ispitanika, imaju gotovo svi posmatrani faktori socioekonomskog statusa. Promjene socioekonomskog statusa ne spadaju u nadležnost zdravstvenog sistema, ali rezultati istraživanja mogu poslužiti kao smjernice za utvrđivanje politika društva čija će primjena imati uticaj i na zdravstveni sistem.

U literaturi se termin „zdravstvena pismenost“ pojavljuje sedamdesetih godina prošlog vijeka, da bi početkom devedesetih godina interes istraživača za zdravstvenu pismenost imao eksponencijalni rast (64–65).

Svrha savremenog pokreta zdravstvene pismenosti jeste poboljšanje zdravstvenih ishoda i smanjenje nejednakosti u zdravlju kroz poboljšanje sistema zdravstvene komunikacije i programa zdravstvenog vaspitanja (141).

Uporedo sa savremenim medicinskim dostignućima i razvojem medicinske tehnologije, zdravstvene informacije i zdravstveni sistemi postali su sve složeniji i teže

razumljivi za građane. Niska individualna zdravstvena pismenost može uticati na pravo izbora ili odlučivanja prilikom donošenja zdravstvenih odluka (117).

Nizak nivo funkcionalne zdravstvene pismenosti može se posmatrati kao barijera za korištenje odgovarajuće zdravstvene zaštite. Zbog visoke učestalosti neadekvatne zdravstvene pismenosti kod odraslih, zdravstveni radnici moraju znati koji pacijenti nisu sposobni da čitaju i razumiju zdravstvene informacije, kao što su recepti i instrukcije za uobičajene zdravstvene usluge.

Adekvatna zdravstvena pismenost je važna za uspješno kretanje građana u zdravstvenom sistemu i potrebna za donošenje odluka vezanih za zdravlje. Da bi se brinuli o svom zdravlju, pojedinci moraju doći do zdravstvenih informacija, razumjeti ih i primijeniti u očuvanju zdravlja i blagostanja (34). Adekvatna zdravstvena komunikacija je komunikacija koja uzima u obzir stepen pismenosti pojedinca, povećava pristupačnost zdravstvenoj zaštiti i jača aktivnu ulogu pacijenta u zdravstvenom sistemu, što je osnova kvalitetnog odnosa doktora i pacijenta, ali i zdravstvene politike kojoj je cilj sveobuhvatno povećanje kvaliteta zdravstvene zaštite i zaštite prava pacijenata (34).

Istraživanja na ovu temu do sada nisu rađena u našoj zemlji, niti se unapređenje zdravstvene pismenosti kao značajan faktor u pružanju zdravstvenih usluga i zdravstvenih ishoda građana pojavljuje u strateškim dokumentima i planovima naše zemlje.

Ocjena zdravstvene pismenosti ili pismenosti uopšte ne može se provesti direktnim postavljanjem pitanja da li je ispitanik nešto razumio, odnosno zna li čitati ili pisati. Takav je postupak potpuno neuspješan (73). Stoga je razvijen veliki broj instrumenata odnosno testova (71) koji pomažu u ocjenjivanju funkcionalne zdravstvene pismenosti u postavkama zdravstvene zaštite, kroz procjenu prepoznavanja riječi, testiranja čitanja i razumijevanja pročitanoog teksta (74). Danas postoji više od 130 testova koji se koriste za procjenu zdravstvene pismenosti, a koji se razlikuju po tome koje domene zdravstvene pismenosti mjere na subjektivan ili objektivan način i na koje specifične oblasti se odnose. Takođe, testovi se razlikuju po vremenu potrebnom za administraciju, načinu njihove primjene, veličini uzorka i metodama provjere valjanosti.

Testovi se razlikuju i po dostupnosti za upotrebu. Većina originalnih verzija testova je na engleskom jeziku, sa izuzetkom nekoliko upitnika koji su dostupni i na španskom jeziku. Postoje testovi koji su validirani na druge jezike zavisno od zemlje u kojoj je rađeno istraživanje (74).

U našem ispitivanju zdravstvene pismenosti korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite, nakon provođenja pilot projekta, detaljnog pregleda literature i dostupnih instrumenata za procjenu zdravstvene pismenosti, odlučili smo se za korišćenje upitnika STOFHLA. Najčešće korišteni testovi za ocjenu zdravstvene pismenosti su Test za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenosti kod odraslog stanovništva – TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*), a razvijen je sredinom devedesetih godina prošlog vijeka. TOFHLA i njegov skraćeni oblik STOFHLA validirani su na srpskom govornom području (31). S obzirom na to da je upitnik STOFHLA validiran na srpskom govornom području, cilj nam je bio procijeniti pouzdanost i validnost Kratkog upitnika za procjenu zdravstvene pismenosti BRIEF (*Health Literacy Screening Tool BRIEF*) i izvršiti poređenje rezultata sa rezultatima upitnika STOFHLA u populaciji odraslih pacijenata koji su korisnici usluga primarne zdravstvene zaštite. Kratki upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti BRIEF sastoji se od četiri pitanja i ima kratko vrijeme administracije u odnosu na upitnik STOFHLA. Stoga može biti praktičan za upotrebu u široj populaciji i svakodnevnom radu zdravstvenih radnika.

Pouzdanost i valjanost instrumenta istraživanja je ispitana na STOFHLA i BRIEF verziji upitnika pomoću Kronbahovog alfa koeficijenta. Cilj je bio utvrditi da li sve stavke mjernih instrumenata (npr. Likertova skala) imaju za cilj da mjere istu latentnu pojavu koja nam je od interesa, a za koju nije moguće uraditi direktno mjerenje.

Za istraživanje o zdravstvenoj pismenosti, pomenuta mjera pouzdanosti je izračunata za oba korišćena mjerna instrumenta, i BRIEF i STOFHLA. Imajući u vidu da su za mjerenje zdravstvene pismenosti korištena dva mjerna instrumenta, od interesa je utvrditi i povezanost skorova dobijenih korištenjem upitnika BRIEF i STOFHLA, što je i urađeno izračunavanjem koeficijenta linearne korelacije (Pearson).

U toku analize podataka iz pilot-istraživanja, utvrđeno je da se relativno nizak Kronbah alfa koeficijent (0,634) može objasniti nejasnim formulisanjem pitanja BRIEF P1 u vezi sa prvom stavkom Likertove skale. Naime, ukoliko bi se koeficijent upitnika preračunao bez pitanja BRIEF P1, on bi na ukupnom nivou iznosio 0,826, što govori o tome da pitanje BRIEF P1 nije dizajnirano na način da mjeri istu latentnu pojavu kao i preostale stavke skale. Pitanje P1 iz BRIEF upitnika neophodno je redizajnirati na način da mjeri istu latentnu pojavu kao što je slučaj sa pitanjima od BRIEF P2 do BRIEF P4.

Što se tiče pouzdanosti upitnika STOFHLA, Kronbah alfa koeficijent je, i na ukupnom nivou i po raznim domenima od interesa, uvijek oko 0,952. Naravno, to je očekivan rezultat ako se ima u vidu da je na svaku praznu liniju u upitniku samo jedan od ponuđenih modaliteta je tačan. Za sve ostale slučajeve, odgovor se smatra netačnim, uključujući i praznu liniju (bez odgovora), tako da je očigledno da sva pojedinačna pitanja upitnika STOFHLA mogu mjeriti samo jednu te istu latentnu pojavu.

Bez obzira na problem sa formulacijom pitanja BRIEF P1, sasvim je jasno da je STOFHLA pouzdaniji mjerni instrument od upitnika BRIEF jer je Kronbah alfa koeficijent veći i samim tim je adekvatnije, pouzdanije i validnije da se iskoristi u svrhu provođenja istraživanja većeg obima.

Za oba mjerna instrumenta prikazane su vrijednosti koeficijenta pouzdanosti i koeficijenta valjanosti u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika. Pokazano je da STOFHLA mjerna skala ima veće koeficijente. Na osnovu prikazane analize, u istraživanju je korišten STOFHLA upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti.

Izbor instrumenta istraživanja se u većini studija bazira na poređenju pouzdanosti i validnosti sa upitnicima REALM i TOFHLA jer su oni dobri prediktori znanja, ponašanja i zdravstvenih ishoda, što govori u prilog njihovoj sveobuhvatnosti (35) (67). Studije koje se odnose na skrining pitanja ili kratke testove za procjenu zdravstvene pismenosti porede ove instrumente sa TOFHLA ili REALM testovima koji prema mišljenju istraživača predstavljaju „zlatni standard“ (142).

Upotreba upitnika STOFHLA podrazumijeva i primjenu odgovarajućeg metoda istraživanja koji je primijenjen u svim studijama koje su koristile ovaj upitnik za procjenu zdravstvene pismenosti, što je urađeno i u našem istraživanju (143).

Procjena zdravstvene pismenosti odraslog stanovništva registrovanog kod doktora porodične medicine u Republici Srpskoj (BiH) provedeno je kao studija presjeka na reprezentativnom uzorku, u kojoj su ispitanici samostalno popunjavali upitnike prilikom posjete porodičnom doktoru. Instrument istraživanja (upitnik STOFHLA) preveden je sa engleskog jezika i kulturalno adaptiran, uz prethodno dobijeno autorsko pravo, tako što je od strane izdavača (*Peppercorn Books and Press*) obezbijedena licenca za korišćenje upitnika. Potom je prevedena verzija upitnika upoređena sa upitnikom koji je korišten u Srbiji i na taj način je još jednom testirana sličnost prevoda i primjena standarda za prevođenje (45).

Kategorije zdravstvene pismenosti bile su definisane kao (143):

- neadekvatna zdravstvena pismenost (podrazumijeva nemogućnost čitanja i razumijevanja teksta koji se odnosi na zdravlje),
- marginalna zdravstvena pismenost (odnosi se na poteškoće u čitanju i razumijevanju teksta u vezi sa zdravljem) i
- adekvatna zdravstvena pismenost (predstavlja mogućnost da se pročita i razumije većina tekstova koji se odnose na zdravlje).

Upitnici TOFHILA i STOFHLA primjenjivani su u procjeni zdravstvene pismenosti u Srbiji i od strane istraživačkog tima ispitana je njihova pouzdanost i validnost, kao i podudarnost dobijenih rezultata (31). S obzirom na to da je upitnik STOFHLA validiran na našem govornom području i da je pouzdan u procjeni zdravstvene pismenosti, urađena je provjera pouzdanosti i validnosti, kao i podudarnosti dobijenih rezultata između upitnika STOFHLA i upitnika BRIEF u pilot-istraživanju. Za oba mjerna instrumenta prikazane su vrijednosti koeficijenta pouzdanosti i koeficijenta valjanosti u odnosu na sociodemografske karakteristike ispitanika. Pokazano je da mjerna skala STOFHLA ima veće koeficijente. Tako je Kronbah alfa koeficijent i na ukupnom nivou i po raznim domenima od interesa uvijek oko 0,952.

Nakon dobijenih rezultata pilot-istraživanja, odlučeno je da se istraživanje na reprezentativnom uzorku nastavi samo sa upitnikom STOFHLA.

Našim istraživanjem bilo je obuhvaćeno reprezentativno izabranih 768 ispitanika starijih od 18 godina, a ispitivanje je provedeno anketiranjem licem u lice ispitanika i edukovanih ispitivača, pri čemu su ispitanici samostalno popunili oba upitnika. Procjena zdravstvene pismenosti se i u svijetu provodi kao studija presjeka i bazira se na popunjavanju nekog od upitnika, a tehnika anketiranja može biti: licem u lice, putem telefona, dostavljanjem anketnih upitnika putem pošte, i kompjutersko (onlajn) ispunjavanje upitnika (74). Testovi se mogu primjenjivati za djecu uzrasta od 0 do 9 godina, kod adolescenata od 10 do 17 godina, kod odraslih od 18 do 64 i kod starijih od 65 godina. Veličina uzorka u provjeri valjanosti može varirati od 150 i manje, i više od 1000 ispitanika, u zavisnosti od toga koji instrument se koristi, u kojoj dobnoj grupi i na koji aspekt zdravlja odnosno bolesti se odnosi istraživanje (74).

Rezultati našeg istraživanja pokazali su da 189 (24,6%) ispitanika ima neadekvatan nivo zdravstvene pismenosti, marginalno pismenih bilo je 77 (10,0%), a adekvatna zdravstvena pismenost pokazala se kod 502 (65,4%) ispitanika.

Prosječna vrijednost STOFHLA skora svih ispitanika iznosi 24,83 (SD=10,37), pa se u skladu s tim može izvesti zaključak da su ispitanici u prosjeku adekvatno zdravstveno pismeni.

Zdravstvena pismenost kao koncept značajno je počela da se pojavljuje u akademskoj literaturi početkom devedesetih godina i doživjela je skoro eksponencijalni rast od tog početka do danas (65). Zdravstvena pismenost zaokuplja pažnju istraživača širom svijeta, pa Freedman naglašava da je svrha savremenog pokreta zdravstvene pismenosti poboljšanje zdravstvenih ishoda i smanjenje nejednakosti u zdravlju (141).

U našem istraživanju, neadekvatno ili marginalno zdravstveno pismeno je 34,6% ispitanika, u Hrvatskoj je taj postotak nešto veći (36%), u Srbiji svaki četvrti ispitanik, a kod stanovništva obuhvaćenog evropskim projektom neadekvatna ili marginalna zdravstvena pismenost se kretala od 30% do 60% (14) (45) (55) (99).

Studije o zdravstvenoj pismenosti evropskog stanovništva bile su oskudne (34) (99) (112) (120–122) (144) sve do objavljivanja rezultata projekta provedenog u osam evropskih zemalja „European Health Literacy Project 2009–2012“. U zemljama obuhvaćenim projektom, adekvatan nivo zdravstvene pismenosti ima od 30% do 60% stanovnika (14) (55).

U sistematskom pregledu literature koji su uradili Eichler i saradnici, od potencijalno relevantnih 2340 studija koje su se bavile istraživanjem zdravstvene pismenosti, odabrano je 10 studija za konačnu analizu. Analizom je utvrđeno da se prevalenca neadekvatne zdravstvene pismenosti kreće u rasponu od 34% do 59%, a dodatni troškovi nastali zbog neadekvatne zdravstvene pismenosti kreću se od 3% do 5% od ukupnih troškova zdravstvene zaštite godišnje (113).

Veliki interes za zdravstvenu pismenost pokazali su i naučnici u Americi, Kanadi i Australiji. Stoga su ove zemlje među prvima uradile nacionalne akcione planove za poboljšanje zdravstvene pismenosti.

Zabrinjavajući su podaci da 14% odraslog stanovništva (oko 30 miliona Amerikanaca) nije u stanju da obavlja ni najjednostavnije svakodnevne zadatke koji se tiču pismenosti, a većina od njih nisu pismeni na engleskom jeziku. U izvještaju se navodi da većina odraslih osoba s osnovnim vještinama zdravstvene pismenosti ima poteškoće s čitanjem grafikona – slika i jednostavnih uputstava, 42% ima veću vjerovatnoću da svoje zdravlje procijeni kao loše, a 28% vjerovatno ima nedostatak zdravstvenog osiguranja. Osim toga, u izvještaju je navedeno da su 54 miliona odraslih Amerikanaca sa bilo kojom vrstom onesposobljenosti ili bolesti posebno ranjive kategorije i vjerovatno će se njihova zdravstvena zaštita obavljati na najnižem nivou pismenosti (70).

Istraživanje koje su proveli Rasu i saradnici, u kojem je većina ispitanika bila iz južne regije Sjedinjenih Američkih Država, pokazuje da je 22,4% ispitanika, prosječne dobi od 49 godina, imalo samo funkcionalnu (osnovnu) zdravstvenu pismenost koja se odnosi samo na bazične vještine čitanja i pisanja u cilju razumijevanja i praćenja jednostavnih zdravstvenih informacija (145).

Poput mnogih drugih razvijenih zemalja, gotovo 60% odraslih Australijanaca ima nisku individualnu zdravstvenu pismenost, što znači da možda neće moći efikasno iskoristiti pravo izbora ili odlučivanja prilikom donošenja zdravstvenih odluka (117).

Šest od deset odraslih Kanađana nema vještine potrebne za adekvatno upravljanje svojim zdravljem i zdravstvenim potrebama. Kanađani sa najnižim vještinama zdravstvene pismenosti pokazali su za više od dva i po puta veću vjerovatnoću da će imati lošije zdravstveno stanje (57).

U istraživanju koje je provedeno u Japanu naglašene su činjenice da japansko stanovništvo ima niži nivo zdravstvene pismenosti u odnosu na stanovništvo osam evropskih zemalja učesnica projekta „European Health Literacy Project 2009–2012“ (14) (55) (146).

Postoje brojni faktori koji su povezani sa različitim nivoima zdravstvene pismenosti, a koji su se pokazali značajnim i u našem istraživanju.

Kada posmatramo pripadnost domu zdravlja, uočavamo da je u Prijedoru svaki četvrti ispitanik neadekvatno zdravstveno pismen, a u Bijeljini samo 8,9% ispitanika ima neadekvatnu zdravstvenu pismenost. Prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti ispitanika iz Doma zdravlja Prijedor je značajno manja od prosječne vrijednosti skora ispitanika iz Doma zdravlja Bijeljina. Slični su rezultati istraživanja koje je provedeno u Srbiji, gdje je uočeno da se nivo zdravstvene pismenosti ispitanika razlikuje u zavisnosti od teritorijalne pripadnosti doma zdravlja u kome se ispitanici liječe (45).

Kada su u pitanju sociodemografske karakteristike ispitanika u okviru našeg istraživanja, iako je postotak neadekvatno i marginalno zdravstveno pismenih muškaraca nešto veći u odnosu na žene, nemamo dovoljno dokaza da su kategorije zdravstvene pismenosti statistički značajno zavisne jedino od pola, što je u saglasnosti sa istraživanjem Zotti i saradnika (147). Značajne razlike u nivou zdravstvene pismenosti u odnosu na pol zabilježene su u drugim istraživanjima (31) (148–151), koja su pokazala da je pol značajan prediktor zdravstvene pismenosti.

Značajne razlike u zdravstvenoj pismenosti pokazale su se u odnosu na godine starosti ispitanika. Tako osobe mlađe životne dobi imaju značajno viši nivo zdravstvene pismenosti u odnosu na starije. Uočljivo je da prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti opada sa povećanjem starosne dobi naših ispitanika od kategorije sa najmlađim, pa sve do kategorije sa najstarijim ispitanicima, što su potvrdili i drugi istraživači (14) (31) (79) (148–151). U našem istraživanju, svaki četvrti ispitanik koji je neadekvatno zdravstveno pismen bio je stariji od 65 godina. Najmanji broj neadekvatno zdravstveno pismenih ispitanika pripadao je starosnoj dobi do 44 godine. Kada je u pitanju starost ispitanika, većina istraživača je došla do zaključka da je dob značajan faktor koji utiče na nivo zdravstvene pismenosti, na šta ukazuju i rezultati istraživanja (147) (152–158). Dob ispitanika je identifikovana kao značajan faktor koji je povezan sa nivoom zdravstvene pismenosti, što Kobayashi i saradnici objašnjavaju padom kognitivnih funkcija kod ovih ispitanika (148) (151) (156). Ispitivanje zdravstvene pismenosti u Japanu pokazalo je da Japanci imaju niži nivo zdravstvene pismenosti u odnosu na stanovništvo Evrope, ali nije dokazano da godine starosti značajnu utiču na zdravstvenu pismenost (146). Da godine starosti značajnu ne utiču na zdravstvenu pismenost potvrdili su i istraživači u Švajcarskoj (159).

Prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti značajno je veća kod naših ispitanika koji žive u bračnoj zajednici u odnosu na ostale ispitanike. Od ukupnog broja ispitanika koji su neoženjeni, razvedeni ili su udovci/udovice, svaki treći je neadekvatno zdravstveno pismen. Do sličnih rezultata su došli istraživači u Americi, koristeći nacionalni reprezentativni uzorak za procjenu i razvoj prediktora zdravstvene pismenosti, pri čemu se pokazalo da su neoženjeni/neudate ispitanici/-ce imali nižu zdravstvenu pismenost (160), nasuprot istraživanja Zotti i saradnika, koji nisu pronašli vezu između zdravstvene pismenosti i bračnog statusa ispitanika (147).

Evidentno je da je svaki treći ispitanik u našem istraživanju koji živi u prigradskom i seoskom naselju neadekvatno zdravstveno pismen. Sa druge strane, najveći broj ispitanika koji žive u gradu su adekvatno zdravstveno pismeni. Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da najveći broj neadekvatno i marginalno zdravstveno pismenih ispitanika živi na selu. Prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti ispitanika koji borave u gradskom području je značajno veća od

prosječna skorova ispitanika koji borave u seoskom, odnosno prigradskom naselju. Do sličnih podataka došli su i Parker i saradnici koji su ustanovili da je neadekvatna zdravstvena pismenost češće zastupljena kod ruralnog stanovništva (161). Nasuprot tome, istraživači u Srbiji su pokazali da je niži nivo zdravstvene pismenosti prisutan kod ispitanika iz gradskih domova zdravlja (45). Nadalje, istraživači u Americi su na osnovu nacionalnog reprezentativnog uzorka utvrdili da nema razlike u zdravstvenoj pismenosti ispitanika koji žive u ruralnim i urbanim naseljima (160).

Podaci o promjeni mjesta boravka naših ispitanika u kontekstu pružanja zdravstvene zaštite treba da budu uzeti u razmatranje sa posebnom pažnjom. Promjenu mjesta boravka u periodu 1992–1995. godine imalo je 40,8% ispitanika jer je naša zemlja u tom periodu prolazila kroz građanski rat, tako da je većina migracija bila uzrokovana ratnim dejstvima. S obzirom na to da promjena mjesta boravka ispitanika usljed ratnih dejstava i migracija najčešće sa sobom nosi ograničenja u obrazovanju i mogućnosti zarade (157), niže obrazovanje i lošije materijalno stanje ovih ispitanika mogu biti značajni faktori koji utiču na zdravstvenu pismenost. Prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti naših ispitanika koji su mijenjali mjesto boravka je manja u odnosu na vrijednosti skora ispitanika koji nisu mijenjali mjesto boravka. Veći broj studija je došao do zaključka da migraciona kretanja stanovništva značajno utiču na nivo zdravstvene pismenosti (14) (55) (57) (70).

Nivo obrazovanja ispitanika pokazao se kao značajan faktor koji utiče na zdravstvenu pismenost u gotovo svim istraživanjima, nezavisno od obuhvaćene populacije, korištenog alata za procjenu zdravstvene pismenosti i okruženja zdravstvene zaštite (147) (157–158) (162), izuzev istraživanja koje je provedeno u Japanu (146). Prosječne vrijednosti skora zdravstvene pismenosti u našem istraživanju značajno se razlikuju u odnosu na nivo obrazovanja, tako da je uočljivo da se prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti povećava sa povećanjem godina formalnog obrazovanja ispitanika. Tako se u našem istraživanju pokazalo da najviše ispitanika koji imaju neadekvatnu zdravstvenu pismenost imaju i osmogodišnje obrazovanje, ali moramo naglasiti da i 10,7% visokoobrazovanih ispitanika ima neadekvatnu zdravstvenu pismenost. Unutar kategorije neadekvatno i marginalno zdravstveno pismenih, više od polovine ispitanika ima završenu srednju školu. Adekvatnu zdravstvenu pismenost ima

tek svaki deveti ispitanik sa osnovnim obrazovanjem. Najbolje rezultate na testu STOFHLA postigli su ispitanici sa visokim obrazovanjem, a najlošije ispitanici sa osnovnim obrazovanjem, tako se nivo obrazovanja naših ispitanika pokazao kao značajan faktor koji utiče na zdravstvenu pismenost, što su pokazali i rezultati drugih studija (14) (31) (79) (84) (148) (150–155).

Radni status ispitanika se pokazao kao značajan faktor koji utiče na zdravstvenu pismenost. Najveći broj zaposlenih ispitanika (72,8%) je i adekvatno zdravstveno pismen, a neadekvatnu zdravstvenu pismenost ima tek 18,0% zaposlenih ispitanika. U kategoriji neadekvatno zdravstveno pismenih ispitanika u najvećem broju su zastupljeni penzioneri. Kada posmatramo prosjek skora zdravstvene pismenosti, uviđamo da je on značajno manji kod penzionera u odnosu na ostale ispitanike. Da radni status utiče na nivo zdravstvene pismenosti ispitanika, potvrdili su i drugi istraživači (55) (133) (146) (149–150) (155) (157) (163).

Materijalno stanje se u većini studija pokazalo kao značajan faktor zdravstvene pismenosti. Uočljivo je da se prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti povećava sa promjenom materijalnog stanja naših ispitanika od lošeg prema dobrom. Materijalno stanje i zdravstvena pismenost naših ispitanika su u sljedećem odnosu: svaki četvrti ispitanik lošeg materijalnog stanja je neadekvatno zdravstveno pismen, dok je, nasuprot tome, tek svaki osmi ispitanik dobrog materijalnog stanja neadekvatno zdravstveno pismen. Polovina ispitanika koji imaju neadekvatnu i marginalnu zdravstvenu pismenost je prosječnog materijalnog stanja, sa druge strane, 3/4 adekvatno zdravstveno pismenih ispitanika je svoje materijalno stanje procijenilo kao dobro. Poznato je da postoje i druga istraživanja u kojima je materijalno stanje identifikovano kao značajan faktor zdravstvene pismenosti (157) (160) (162–164). Samoprocjena materijalnog stanja ispitanika često je povezana sa nižim obrazovanjem, ruralnim mjestom stanovanja, životnom dobi, novčanim primanjima, prisustvom komorbiditeta i zdravstvenim stanjem, tako da materijalno stanje ispitanika treba posmatrati u širem smislu (165). Kada posmatramo navedene karakteristike, uočavamo da one u istraživanju značajno utiču na nivo zdravstvene pismenosti naših ispitanika.

Zdravstvene karakteristike ispitanika u našem istraživanju, kao i u većini drugih, odnosile su se na broj posjeta zdravstvenim ustanovama i broj hospitalizacija, status

zdravlja, promjene zdravstvenog stanja, uzimanje lijekova, prisustvo i broj bolesti koje ispitanici imaju. Broj posjeta porodičnim doktorima i drugim specijalistima, pored zdravstvenih potreba stanovništva, zavisi i od organizacije zdravstvenog sistema naše zemlje, kako primarnog tako i sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, od dostupnosti zdravstvene zaštite i zdravstvenih navika građana (144). Ako posmatramo broj posjeta doktorima, postavlja se opravdano pitanje da li je viši nivo zdravstvene zaštite i zdravstvene pismenosti, povezan sa češćim posjetama zdravstvenim ustanovama ili je ipak niži nivo zdravstvene zaštite i zdravstvene pismenosti uzrok češćeg korištenja zdravstvenih usluga. Pored potrebnih kurativnih posjeta doktorima, moramo uzeti u obzir i broj preventivnih posjeta i pregleda koji su neophodni i obavezujući, a koje više obavljaju ispitanici sa adekvatnom zdravstvenom pismenošću (167). Važno je istaći i značaj saradnje pacijenata u liječenju (166), načina komunikacije zdravstvenih radnika i, naravno, nivoa zdravstvene pismenosti samih ispitanika. U istraživanju koje je provedeno u Melburnu u Australiji među pacijentima javne i privatne bolnice, utvrđeno je da su ispitanici u javnoj bolnici imali niži nivo zdravstvene pismenosti u osam od ukupno devet domena mjerenih upitnikom HLQ (158). Identifikovane su značajne razlike u zdravstvenoj pismenosti ispitanika između javne bolnice i privatne bolnice, uzimajući u obzir dob, obrazovanje, materijalno stanje i jezičke barijere između ove dvije grupe ispitanika. Važno je napomenuti da su ispitanici u obje bolnice koji su imali tri ili više hroničnih stanja imali niži nivo zdravstvene pismenosti. Kao moguće obrazloženje ovih rezultata navode da je postojanje hroničnih bolesti povezano sa povećanim rizikom za nastanak anksioznosti i depresije i manjkom mogućnosti za upravljanje zdravljem i ličnom zdravstvenom zaštitom (150) (168) (169). Takođe, smatraju da postojanje komorbiditeta kod ispitanika dovodi do težeg suočavanja sa novonastalim problemima, često izostaje podrška porodice i društva, što uzrokuje nastanak anksioznosti i depresije i dodatno utiče na nivo zdravstvene pismenosti (159). Ovaj rezultat nije u skladu sa studijom Green i saradnika, koji nisu pronašli vezu između neadekvatne zdravstvene pismenosti i depresije kod ispitanika na hemodijalizi (170).

Ispitanici su prilikom ispunjavanja upitnika sami procjenjivali svoje zdravlje i broj bolesti koje imaju, što se pokazalo značajnim za nivo zdravstvene pismenosti. Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da je u kategoriji

neadekvatno i marginalno zdravstveno pismenih više od polovina ispitanika koji imaju dijagnostikovanu jednu ili više bolesti.

Broj posjeta doktorima i nivo zdravstvene pismenosti je različit u zavisnosti od karakteristika ispitanika i organizacije zdravstvenog sistema. Istraživanje Vandenbosch i saradnika pokazuje vezu između niske zdravstvene pismenosti, broja boravaka u dnevnim bolnicama, hitnih transporta i kućnih posjeta porodičnih doktora, ali naglašavaju da zdravstvena pismenost nije značajno povezana sa brojem posjeta porodičnim doktorima u ambulanti, brojem boravaka u dnevnim hirurškim bolnicama i potrebom za hitnim konsultacijama (171). Veći broj posjeta zdravstvenim ustanovama može uticati na kvalitet života i zadovoljstvo samih ispitanika, a nerijetko je povezan sa neadekvatnom zdravstvenom pismenosti. Sa ovim pacijentima najčešće se susreću doktori na primarnom nivou zdravstvene zaštite, znatno više porodični doktori koji treba da imaju razvijene vještine prepoznavanja pacijenata sa nižim nivoom zdravstvene pismenosti (172). Ispitanici koji imaju adekvatnu zdravstvenu pismenost imaju veće samopouzdanje u donošenju odluka i korištenju zdravstvene zaštite i češće posjećuju doktore zbog obavljanja preventivnih pregleda (173) (174).

Kada posmatramo broj hospitalizacija naših ispitanika u godini koja je prethodila istraživanju, uočavamo da je svaki četvrti ispitanik koji je boravio jednom ili dva puta u bolnici neadekvatno zdravstveno pismen. Vezano za broj hospitalizacija i zdravstvenu pismenost ispitanika postoje različiti rezultati studija, gdje su jedni istraživači pronašli vezu između neadekvatne zdravstvene pismenosti i broja hospitalizacija (98) (145) (157), a drugi su pronašli vezu između neadekvatne zdravstvene pismenosti i posjeta dnevnim bolnicama (171).

U istraživanju koje smo proveli, ispitanici su imali mogućnost da prijave jednu ili više bolesti koje imaju. Da broj hroničnih bolesti utiče na nivo zdravstvene pismenosti istakli su mnogi istraživači (14) (31) (79) (98) (151–152) (155) (159) Prisustvo hroničnih bolesti značajno je povezano sa nivoom zdravstvene pismenosti naših ispitanika. Vidljivo je da se prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti smanjuje sa povećanjem broja hroničnih bolesti. Tako je u grupi sa četiri i više dijagnostikovanih bolesti skoro polovina ispitanika bila neadekvatno zdravstveno pismena. U kategoriji adekvatno zdravstveno pismenih ispitanika bilo je zastupljeno tek

6,6% ispitanika sa tri bolesti i 5,8% sa četiri i više bolesti. U poređenju s opštom populacijom, ispitanici sa hroničnim bolestima pokazuju veće poteškoće u razumijevanju zdravstvenih informacija i manje lično učešće u pružanju zdravstvenih usluga. Ove dvije dimenzije ključne su za pružanje zdravstvene zaštite usmjerene ka pacijentima i optimizaciju zdravstvenih ishoda. Evidentno je da je potrebno uložiti više napora da se odgovori na potrebe zdravstvene pismenosti među građanima sa hroničnim bolestima, višestrukim komorbiditetima i niskim nivoom obrazovanja, kako bi se poboljšali zdravstveni ishodi i smanjile socijalne nejednakosti u zdravstvu (145) (175–185). Posebno pažnju je neophodno posvetiti i saradnji pacijenata u liječenju, s obzirom na to da se u literaturi ističu činjenice da se automatskim telefonskim podsjećanjem o potrebi uzimanja lijekova, davanjem recepata u formi slike, dodatnom edukacijom od strane farmaceuta, nije značajno poboljšala saradnja pacijenata. Naglašeno je da bi dalje studije trebalo usmjeriti i na mogućnost poboljšanja drugih aspekata upravljanja lijekovima kod ispitanika, kao što su doziranje i neželjeni efekti (186). U literaturi je jasno definisano da zdravstvena pismenost igra važnu ulogu u komplikaciji jer su se ispitanici sa hroničnom bolestima koji imaju odgovarajuću zdravstvenu pismenost bolje pridržavali režima doziranja lijekova i metoda samopomoći od onih koji imaju neadekvatnu zdravstvenu pismenost (166) (187) (188) (189).

Kada je riječ o zdravstvenom stanju, ispitanici su se izjašnjavali o njegovoj promjeni u posljednjih dvanaest mjeseci. Ispitanici koji su naveli pogoršanje zdravstvenog stanja bili su adekvatno zdravstveno pismeni samo u 14,3% slučajeva, dok je poboljšanje zdravstvenog stanja u proteklom periodu imalo je tek 15,4% neadekvatno zdravstveno pismenih ispitanika. Zdravstvena pismenost ispitanika značajno zavisi od promjene zdravlja u posljednjih 12 mjeseci. Postojanje komorbiditeta kod ispitanika i pogoršanje zdravstvenog stanja dovodi do težeg suočavanja sa novonastalim problemima, manjka podrške porodice i društva, što dodatno može da utiče na nivo zdravstvene pismenosti (159) (190) (191) (192).

Zdravstveno stanje ispitanika se uglavnom temelji na samoprocjeni zdravlja. U našem istraživanju je evidentno da se prosječan skor zdravstvene pismenosti smanjuje kod ispitanika sa dobrim zdravljem ka lošem zdravlju. Ispitanici koji su svoje zdravlje ocijenili kao dobro u najvećem broju su adekvatno zdravstveno pismeni, a ispitanici sa

lošim zdravstvenim stanjem u više od polovine slučajeva imaju neadekvatnu zdravstvenu pismenost. Neadekvatnu zdravstvenu pismenost ima i svaki četvrti ispitanik prosječnog zdravlja. Vežu između zdravstvenog stanja ispitanika i neadekvatne zdravstvene pismenosti uočili su i drugi istraživači (14) (31) (79) (98) (101) (151–152) (155) (159) (190).

U našem istraživanju nismo našli značajnu razliku u nivou zdravstvene pismenosti u odnosu na pušački status ispitanika, za razliku od studija u kojima je utvrđeno da je neadekvatna zdravstvena pismenost ispitanika povezana sa pušenjem cigareta kod ispitanika sa lošijim socioekonomskim statusom (158) (193). Takođe nismo našli vežu između konzumiranja žestokih alkoholnih pića i nivoa zdravstvene pismenosti, za razliku od istraživača u Londonu (150). Iako se u našem istraživanju, u odnosu na druge studije (159) (194) (195), tjelesna masa ispitanika nije pokazala značajnom u odnosu na zdravstvenu pismenost, pomenućemo neke interesantne činjenice do kojih smo došli. Od ukupnog broja ispitanika sa neadekvatnom zdravstvenom pismenošću, svaki drugi ispitanik spada u grupu gojaznih, a od ukupnog broja marginalno zdravstveno pismenih trećina ispitanika je gojazna.

U našem radu smo utvrdili da postoji veza između zdravstvene pismenosti i fizičke aktivnosti ispitanika, a do sličnih rezultata su došli i drugi istraživači (146) (158–159) (194) (196–197). Kada posmatramo kategorije zdravstvene pismenosti, uočavamo da svaki drugi neadekvatno zdravstveno pismen i skoro svaki treći marginalno zdravstveno pismen ispitanik nije dovoljno fizički aktivan. Kod ispitanika koji nemaju dovoljno fizičke aktivnosti prosječna vrijednost skora zdravstvene pismenosti je značajno manja u odnosu na ispitanike koji imaju redovnu fizičku aktivnost.

Zadovoljstvo životom je subjektivni osjećaj ispitanika i pod uticajem je većeg broja socioekonomskih faktora i zdravstvenog stanja ispitanika. Naime, sa povećanjem zadovoljstva životom, povećava se i prosječni skor zdravstvene pismenosti. Ispitanici koji su zadovoljni životom su u najvećem broju slučajeva i adekvatno zdravstveno pismeni, dok je gotovo polovina ispitanika koji su nezadovoljni životom i neadekvatno zdravstveno pismena. Zdravstvena pismenost naših ispitanika je značajno zavisna od nivoa zadovoljstva životom, što su potvrdili i drugi istraživači (198).

U studijama zdravstvene pismenosti koje su koristile logističku regresiju za izračunavanje prediktora zdravstvene pismenosti najčešće su se izdvajale godine starosti ispitanika, nivo obrazovanja, lošija materijalna situacija, etnička pripadnost, rasa, maternji jezik, pol i zdravstveno stanje ispitanika (160) (162) (199–201). U našoj studiji, prediktori sa najsnažnijom vezom sa neadekvatnom zdravstvenom pismenosti ispitanika jesu loše materijalno stanje, postojanje četiri ili više bolesti, ruralno mjesto stanovanja i ispitanici koji nisu oženjeni, udovci/-ce, razvedeni.

Analiza modela zdravstvene pismenosti i zdravstvenog stanja ispitanika ukazuje na to da osobe lošije zdravstvene pismenosti imaju veći broj hroničnih bolesti, lošije procjenjuju svoje zdravlje, češće dolaze kod porodičnih doktora, češće borave u bolnici. Efekti zdravstvene pismenosti na zdravstveno stanje ispitanika i korišćenje zdravstvene službe u drugim studijama su pokazali da je adekvatna zdravstvena pismenost bila povezana sa boljim zdravstvenim stanjem ispitanika, manjim brojem hospitalizacija, posjeta doktorima i hitnoj službi (45) (173).

Kada posmatramo zdravstvenu pismenost, veoma je važno izdvojiti karakteristike ispitanika koje statistički značajno utiču na njen nivo. Podaci o problemima koje može da uzrokuje neadekvatan nivo zdravstvene pismenosti i podaci o njenoj učestalosti u populaciji veoma su značajni u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Za zdravstvene radnike su od izuzetnog značaja karakteristike na osnovu kojih mogu posumnjati na neadekvatnu zdravstvenu pismenost ispitanika.

U modelu univarijantne logističke regresije, kao zavisna varijabla uzeta je zdravstvena pismenost, a kao nezavisne varijable uzete su sociodemografske i medicinske karakteristike ispitanika i faktori rizika za zdravlje. Vidljivo je da najveće ukrštene odnose šansi (odds ratios – OR) za neadekvatnu zdravstvenu pismenost, uzimajući u obzir sve univarijantne modele, imaju varijable koje označavaju ispitanike koji ne žive u bračnoj zajednici, sa identifikovane četiri ili više hroničnih bolesti i penzionere. Pored navedenih grupa, takođe, veće šanse da budu neadekvatno zdravstveno pismeni imaju ispitanici koji su stariji, koji žive na selu, lošeg materijalnog stanja, sa četiri i više bolesti, lošeg zdravlja, nižeg nivoa obrazovanja, koji su manje fizički aktivni.

Zanimljivo je uočiti da ispitanici koji su uzimali lijekove u posljednjih sedam dana zbog bolesti imaju $OR < 1$, odnosno imaju manju vjerovatnoću da su neadekvatno zdravstveno pismeni u poređenju sa ispitanicima kod kojih je identifikovano četiri ili više hroničnih bolesti (ne uzimajući u obzir da li za te bolesti uzimaju lijekove ili ne). Naravno, ovdje samo upoređujemo dva OR u dvije različite logističke regresije (govorimo o univarijantnim modelima).

Kada je na iste varijable primijenjen multivarijantni logistički model, značajnost varijabli i ukrštenih odnosa šansi koji su dobijeni multivarijantnom logističkom regresijom je nešto drugačija. Multivarijantni model logističke regresije je adekvatan za podatke kojima raspolažemo, pri čemu je 34,2% varijabilnosti zavisne varijable objašnjeno odabranim modelom. Kada bismo vršili predviđanje neadekvatne zdravstvene pismenosti koristeći karakteristike ispitanika koje su ušle u model, bili bismo uspješni u 73,8% slučajeva.

Najveću vjerovatnoću da budu neadekvatno zdravstveno pismeni imaju ispitanici: starije životne dobi, razvedeni, iz prigradskog ili seoskog područja, lošeg materijalnog statusa, sa četiri ili više hroničnih bolesti, lošeg zdravlja, fizički neaktivni. Takođe, iz modela se vidi da bi promjena samoprocjene zdravlja na skali od dobre do loše za jednu jedinicu mogla uticati na promjenu statusa zdravstvene pismenosti ispitanika. Slična situacija je i kod fizičke aktivnosti, gdje bi smanjenje frekvencije fizičke aktivnosti moglo uticati na promjenu nivoa zdravstvene pismenosti. U istom kontekstu se može tumačiti i povećanje broja boravaka u bolnici, jer se sa povećanjem broja boravaka mijenja nivo zdravstvene pismenosti.

Zdravstvena pismenost jedan je od osnovnih stubova promocije zdravlja, a visok nivo zdravstvene pismenosti unutar populacije donosi socijalne koristi (134). Kako je zdravlje određeno višestrukim faktorima koji su izvan direktne kontrole zdravstvenog sektora (obrazovanje, prihodi, životni uslovi), tako odluke donesene u drugim sektorima mogu uticati na zdravlje pojedinaca i zajednice u cjelini. Ostvarivanje zdravlja i njegova ravnopravnost u populaciji kao temeljnog ljudskog prava zahtijevaju da politike u drugim sektorima rutinski uzimaju u obzir zdravstvene ishode, uključujući prednosti, štete i troškove povezane sa zdravljem (134).

U literaturi (52) (96) je naglašeno da niska zdravstvena pismenost dovodi do: teškoća u komunikaciji sa zdravstvenim radnicima (95), nepravilnog uzimanja propisanih lijekova (97), lošije procjene vlastitog zdravlja, manje upotrebe preventivnih zdravstvenih usluga, češćih odlazaka kod doktora, dužih boravaka u bolnicama (98), lošijeg znanja o mehanizmima bolesti i vještinama samopomoći kod hroničnih stanja kao što su dijabetes i bolesti srca (99), i povećanja smrtnosti (100). Zdravstvene informacije za pacijente treba vrlo pažljivo sastavljati i planirati komunikaciju vodeći računa o tome kome su informacije namijenjene, u koju svrhu i s kojim ciljevima (63).

Za unapređenje zdravstvene pismenosti građana mogu se dati sljedeće preporuke i intervencije (133).

Zdravstvena pismenost i obrazovanje. Obrazovne intervencije igraju središnju ulogu u promociji i jačanju zdravstvene pismenosti stanovništva. Promociju zdravstvene pismenosti treba započeti veoma rano, još u predškolskom i školskom dobu, putem zdravstvenog vaspitanja. Potrebno je kontinuirano provoditi više interaktivnih oblika zdravstvenog vaspitanja usmjerenog na unapređenje samopouzdanja i osnaživanja pojedinaca u donošenju odluka vezanih za zdravlje.

Zdravstveno pismeni zdravstveni radnici. Potrebno je podizati svijest i znanje zdravstvenih radnika o zdravstvenoj pismenosti stanovništva, podsticati na izbjegavanje prekomjerne upotrebe žargona, medicinskih i drugih naučnih pojmova. Informacije koje se tiču zdravlja treba da budu jasne, razumljive, naučno potvrđene, prilagođene starosnoj i obrazovnoj strukturi stanovništva i lako dostupne. Preporučuje se korištenje svakodnevnog jezika prilagođenog slušaocima, jasnih i jednostavnih pojmova u verbalnoj i pisanoj komunikaciji temeljenih na medicinskim načelima struke. Treba koristiti učiteljsku tehniku u kliničkim susretima s pacijentima, te nakon opisivanja dijagnoze i/ili preporuka toka liječenja, zdravstveni radnici treba da zatraže od pacijenata da ponove ono o čemu su razgovarali, analiziranjem ključnih elemenata posjete. Potrebno je vršiti kontinuiranu edukaciju roditelja i odraslih pojedinaca o značaju promocije zdravlja, preventivnih pregleda i imunizacije, te edukaciju pacijenata i porodica sa hroničnim bolestima o „samoupravljanju“ bolešću.

Zdravstveno pismeni zdravstveni sistemi i zdravstvene ustanove. Potrebno je provoditi brzu procjenu zdravstvene pismenosti pacijenata u zdravstvenim ustanovama. Treba eliminisati moguće barijere na ulasku u zdravstveni sistem, čime se stanovništvu obezbjeđuje veća dostupnost zdravstvenih ustanova. Potrebno je olakšati kretanje građana kroz sistem zdravstvene zaštite i u zdravstvenim ustanovama postavljanjem jasnih i čitljivih oznaka i smjernica. Posebnu pažnju treba posvetiti pisanju medicinskih materijala i uputstava za pripreme za preglede koja će biti jasna, čitljiva i razumljiva za cjelokupnu populaciju. Planski i organizovano treba razvijati komunikacijske vještine orijentisane prema pacijentu kako u direktnom kontaktu tako i u edukaciji osoblja u zdravstvenom sistemu.

Zdravstveno pismeni gradovi. Potrebno je podići svijest na najvišem političkom nivou da se prepozna značaj zdravstvene pismenosti stanovništva i njenog uticaja na zdravlje i blagostanje. Treba pomoći građanima u kretanju kroz sistem zdravstva, obrazovanja i socijalne zaštite, čineći zdravi izbor lakšim izborom.

Zdravstveno pismeni mediji. Potrebno je podići svijest medija o značaju medijske komunikacije u promociji zdravstvene pismenosti i promociji zdravih oblika ponašanja stanovništva. Za većinu građana, izvor pouzdanih informacija vezanih za zdravlje predstavljaju stručnjaci koji im pružaju zdravstvenu zaštitu. Mediji imaju značaj u masovnom obezbjeđivanju dodatnih opšteobrazovnih informacija vezanih za zdravlje koje moraju da budu jasne, razumljive, naučno potvrđene i prilagođene starosnoj i obrazovnoj strukturi stanovništva.

Prednosti i ograničenja naše studije ogledaju se u sledećim činjenicama. Istraživanje zdravstvene pismenosti reprezentativnog uzorka korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite provedeno je kao studija presjeka tokom 2017. godine u dva doma zdravlja (Bijeljina i Prijedor) na teritoriji Republike Srpske (BiH). Instrument istraživanja bio je upitnik STOFHLA (Skrraćeni test za ispitivanje funkcionalne zdravstvene pismenost kod odraslog stanovništva – *Short Test of Functional Health Literacy in Adults*). Pored ovog upitnika, korišćen je i Opšti upitnik sa pitanjima koja su se odnosila na demografske, socijalne, ekonomske karakteristike, zadovoljstvo životom, samoprocjenu zdravlja, korišćenje zdravstvene službe, zdravstveno stanje, rizične faktore za zdravlje.

Prednosti istraživanja ogledale bi se u načinu izbora, veličini uzorka (768 ispitanika) i definisanju uzoračke populacije (višestepeni uzorak), što je u skladu sa preporukama za korištenje instrumenta istraživanja, gdje veličina uzorka može biti i manja, a uzorak prigodno odabran (74). Iako je istraživanje provedeno u dva grada, njime su bili obuhvaćeni ispitanici kako iz gradskog, tako i iz prigradskog i seoskog područja. Kao instrument istraživanja korišćen je jedan od najčešće primjenjivanih instrumenata koji se u svijetu koristi još od 1995. godine (143). Primjena ovog instrumenta omogućila nam je adekvatno poređenje rezultata našeg istraživanja sa brojnim drugim studijama zdravstvene pismenosti i faktorima koji je određuju.

Kao ograničenje studije moglo bi da se navede da je studija provedena u dva doma zdravlja iz grupe velikih domova zdravlja u Republici Srpskoj (BiH), tako da ne bismo smjeli generalizovati rezultate. Pitanja iz dodatnog upitnika koja su se odnosila na samoprocjenu materijalnog stanja, korišćenje zdravstvene službe, zdravstveno stanje ispitanika, prisustvo rizičnih faktora i navika rezultat su lične percepcije ispitanika i moramo uzeti u obzir da se odgovori ispitanika mogu razlikovati od realnog stanja.

Pitanje koje se odnosilo na prisustvo hroničnih bolesti takođe je bilo rezultat znanja i lične procjene samih ispitanika. Ograničenje ove studije može biti i potencijalna pristrasnost odabira pacijenata. Uprkos snažnim preporukama i detaljnim informacijama koje su dali autori studije, ne možemo isključiti da je izbor pacijenata zasnovan na temelju procjene anketara.

Preporuke za buduća istraživanja odnosile bi se na obuhvat većeg broja ispitanika u različitim sredinama i okruženjima zdravstvene zaštite (sekundarni i tercijarni nivo), kao i provođenje studija praćenja nakon primjene neke od mjera za unapređenje zdravstvene pismenosti.

Buduća istraživanja je potrebno usmjeriti i na procjenu znanja zdravstvenih radnika o zdravstvenoj pismenosti i njenom značaju za zdravlje i blagostanje građana – korisnika zdravstvene zaštite.

Namjera nam je da potaknemo interes zdravstvenih radnika za zdravstvenu pismenost, sa jedne strane, i odgovornih institucija, s druge strane, i da naglasimo njen

značaj u procesu pružanja zdravstvenih usluga, što u konačnom može poboljšati zdravlje i blagostanje građana.

6. ZAKLJUČCI

Na osnovu rezultata istraživanja, procjene zdravstvene pismenosti i rezultata ove disertacije, a u skladu sa postavljenim ciljevima i primijenjenom metodom u istraživanju, možemo izvesti sljedeće zaključke:

1. Primjena upitnika BRIEF u našem istraživanju nije se pokazala kao adekvatna metoda za procjenu zdravstvene pismenosti. Za dalju upotrebu, pitanje BRIEF P1 iz upitnika neophodno je redizajnirati na način da mjeri istu latentnu pojavu kao što je slučaj sa pitanjima od BRIEF P2 do BRIEF P4.
2. Prevedenu i kulturalno adaptiranu verziju upitnika STOFHLA moguće je primijeniti za procjenu zdravstvene pismenosti u našoj sredini.
3. Na osnovu reprezentativnog uzorka, možemo zaključiti da je zdravstvena pismenost korisnika usluga primarne zdravstvene zaštite u Bijeljini i Prijedoru niska. Neadekvatnu i marginalnu zdravstvenu pismenost ima 34,6% ispitanika, a adekvatnu zdravstvenu pismenost ima 65,4% ispitanika.
4. Socijalne, demografske i ekonomske karakteristike ispitanika (obrazovanje, godine starosti, radni status, bračni status, migraciona kretanja ispitanika, mjesto stanovanja, zadovoljstvo životom i samoprocjena materijalnog stanja), kao i samoprocjena zdravstvenog stanja i obolijevanja, bili su povezani sa zdravstvenom pismenošću.
5. Osobe lošije zdravstvene pismenosti imaju veći broj hroničnih bolesti, češće posjećuju porodične doktore i borave u bolnici, lošije procjenjuju svoje zdravstveno stanje i manje su fizički aktivne. Zdravstvena pismenost ispitanika nije bila povezana sa gojaznošću, konzumiranjem alkohola i pušenjem cigareta.

7. LITERATURA

1. United nations. Universal Declaration of Human Rights. [Online]. 2015. [cited 2018 february 19]. Available from:
<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>
<http://www.un.org/en/documents/udhr/index.html>
2. WHO Regional Office for Europe. [Online]. 2012 [cited 2018 february 19]. Available from:
<http://www.euro.who.int/en/publications/request-forms>
3. Radna grupa projekta EU/WHO “Podrška reformi zdravstvene zaštite u Bosni i Hercegovini” 2004-2006. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Banja Luka: Strategija primarne zdravstvene zaštite. 2008.
4. Rootman I. Health literacy: Where are the Canadian doctors? CMAJ. 2006; 175(6):606.
5. Europe, World Health Organisation Regional Office for Health 2020. A European Policy Framework Supporting Action Across Government and Society for Health and Well-Being. 2012. [cited 2018 february 19]. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/131300>
6. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government, Canada; 1974. [cited 2018 january 21]. Available from:
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
7. Brborovic O. Association of formal education and pressure for changing health. Zagreb: University of Zagreb Medical School Repository; 2010. [cited 2018 january 21]. Available from:
http://medlib.mef.hr/753/1/Brborovic_O_disertacija_rep_753.pdf
8. Dahlgren G, Whitehead M. Tackling Inequalities in Health: What can we Learn from What has Been Tried? Working paper prepared for The King’s Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health. London: WHO Regional Office for Europe, European Strategies for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up Part 2. Copenhagen; 1993. [cited 2018 january 21]. Available from:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

9. Marmot M, Wilkinson R. *Social Determinants of Health*. 2nd ed. New York City: Oxford University Press. 2005. [cited 2018 January 21]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
10. Black D, Townsend P, Davidson N. *Inequalities in health*. The Black report. Harmondsworth: Penguin Book; 1982.
11. Whitehead M. *The Health Divide*. London: Pelican Books; 1988. [cited 2018 January 22]. Available from: <https://history.lshtm.ac.uk/wp-content/uploads/sites/9/2013/07/The-Black-Report-and-the-Health-Divide-VB.pdf>
12. Townsend P, Davidson N, Whitehead M. *Inequalities in Health: the Black Report and the Health Divide*. New York: Penguin; 1992.
13. van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2013; 13:179.
14. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal Public Health*. 2015; 25(6):1053-1058.
15. Quaglio G, Sorensen S, Rübige P, Bertinato L, Brand H, Karapiperis T, et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe 2016, 1–7. *Health Promotion International*. 2016; 32(6): 1074-1080.
16. *The International Standard Classification of Education*. New York: UNESCO; 2006. [cited 2018 January 22]. Available from: http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-1997-en_0.pdf
17. Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008; 66(6):1334-45.
18. Cavelaars AE, Kunst AE, Geurts J, Crialesi R, Grotvedt L, Helmert U, et al. Differences in self reported morbidity by educational level: a

- comparison of 11 western European countries. *J Epidemiol Community.* 1998; 52(4):219–27.
19. Becue-Bertaut M, Kern J, Hernandez-Maldonado ML, Juresa V, Vuletic S. Health-risk behaviour in Croatia. *Public Health.* 2008. [cited 2018 january 22]. Available from:
http://medlib.mef.hr/365/1/Becue-Bertaut_M_et_al_Health-risk_behaviour_rep_365.pdf
 20. von dem Knesebec O, Verde PE, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Soc Sci Med.* 2006; 63(5):1344-51.
 21. Schrijvers CT, Stronks K, Van de Mheen HD, Mackenbach JP. Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *Am J Public Health.* 1999; 89(4):535–540.
 22. Qi V, Phillips SP, Hopman WM. Determinants of a healthy lifestyle and use of preventive screening in Canada. *BMC Public Health.* 2006; 6:275.
 23. Polasek O, Sogoric S. Socioeconomic inequalities estimation from public health surveys data considerations, strengths and limitations. *Coll Antropol.* 2009; 33(1):171-176.
 24. Bae S, Urrutia-Rojas X, Patel D, Migala WM, Rivers A, Singh KP. Comparison of health behaviors among single- and multiple-member households. *Am J Health Behav.* 2007; 31(5):514-525.
 25. Kenkel D. Health Behavior, Health Knowledge, and Schooling. *The Journal of Political Economy.* 1991; 99(2):287-305.
 26. Pavlekovic G, Brborovic O. Empowering general practitioners in nutrition communication: individual-based nutrition communication strategies in Croatia. *Eur J Clin Nutr.* 2005; 59(1):40-46.
 27. Weyers S, Dragano N, Mobus S, Beck EM, Stang A, Mohlenkamp S, et al. Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *Int J Equity Health.* 2008; 7:13.
 28. Turner RJ, Marino F. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *J Health Soc Behav.* 1994; 35(3):193-212

29. Eurostat. Europe 2020 indicators-education. [Online]. 2015 [cited 2018 february 21]. Available from:
http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Europe_2020_indicators_education
30. Eurostat. People at risk of poverty or social exclusion. [Online]. 2015. [cited 2018 february 21]. Available from:
<http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php>
31. Jovic-Vranes A, Bjegovic Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health*. 2011; 56(2):201-7
32. Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 12:80.
33. Toci E, Burazeri G, Sørensen K, Brand H. Health literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. *Journal of Public Health*. 2016; 38(1):6-13.
34. Brangan S. Razvoj formula čitkosti za zdravstvenu komunikaciju na hrvatskom jeziku. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2011. [cited 2018 january 25]. Available from:
<http://medlib.mef.hr/1414>
35. Nielsen-Bohlman L. Health literacy: a prescription to end confusion. In Institute of Medicine. Washington. The National Academies Press; 2004. [cited 2018 january 25]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216032/>
36. Kusec S, Brborovic O, Schillinger D. Diabetes websites accredited by the Health On the Net Foundation Code of Conduct: readable or not? *Studies in Health Technology & Informatics*. 2003; 95:655-60.
37. Mathews PJ. The Use of Readability Formulas in Patient Education Materials. Forum. Reno. NV. American Association for Respiratory Therapy Summer Forum; july 26-28, 1985.
38. Doak CC, Doak LG, Root JH. Teaching patients with low literacy skills. J. B. Lippincott Company Philadelphia. 1996. [cited 2018 january 25].

Available from:
<https://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/teaching-patients-with-low-literacy-skills/>

39. Waitzkin H. Changing patient-physician relationship in the changing health-policy environment. U: Bird CE, Conrad P, Fremont AM (ur.). Handbook of medical sociology. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2000; 271-83.
40. Smith H, Gooding S, Brown R, Frew A. Evaluation of Readability and Accuracy of Information Leaflets in General Practice for Patients with Asthma. BMJ. 1998; 317(7153):264-5.
41. Smith JL, Haggerty J. Literacy in primary care populations: Is it a problem? Can J Public Health. 2003; 94(6):408-12.
42. Kusec S, Mastilica M, Pavlekovic G, Kovacic L. Readability of Patient Information on Diabetes on the Croatian Web Sites. In: G Surjan. In Medical Informatics Europe, IOS Press; 2002; 90:128-132.
43. Allmendinger J, Von den Driesch E. Social Inequalities in Europe: Facing the Challenge. Berlin. WZB, In Discussion Paper P; 2014. [cited 2018 1 25]. Available from: <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2014/p14-005.pdf>
44. Republički zavod za statistiku, Republika Srpska. [Online]. [cited 2018 january 25]. Available from: <http://www.rzs.rs.ba/>
45. Jović-Vraneš A. Ispitivanje zdravstvene pismenosti među korisnicima usluga primarne zdravstvene zaštite. Doktorska disertacija. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet; 2010.
46. World Literacy Rates. Adult literacy rates around the world. [Online]. 2012 [cited 2018 february 21]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Literacy_rate_world.PNG
47. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. 2009. Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik Republike Srpske broj 106/09.
48. Ha JF, Longnecker N. Doctor - Patient Communication: a Review. 2010; 10(1):38-43.
49. Schillinger D. Improving chronic disease care for populations with limited health literacy. U. Nielsen-Bohlman L i sar. (ur.): Health literacy: a

- prescription to end confusion. Institute of Medicine, The National Academies Press, Washington. 2004; 267-284.
50. Vucemilo L, Curkovic M, Milosevic M, Mustajbegovic J, Borovecki A. Are physician-patient communication practices slowly changing in Croatia? – across-sectional questionnaire study. *Croat Med J.* 2013; 54(2):185-91.
 51. Kusec S, Oreskovic S, Skegro M, Korolija D, Basic Z, Horzic M. Improving comprehension of informed consent. *Patient education and Counseling.* 2006; 60(3):294-300.
 52. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice.* 2012; 13:49.
 53. Apolinario D, Mansur LL, Carthery-Goulart MT, Brucki SM, Nitrini R. Detecting limited health literacy in Brazil: development of a multidimensional screening tool. *Health Promot Int.* 2013; 29(1):5-14.
 54. Wang X, Guo H, Wang L, Li X, Huang M, Liu Z, et al. Investigation of residents' health literacy status and its risk factors in Jiangsu Province of China. *Asia Pac J Public Health.* 2015; 27(2): 2764-72.
 55. Liu H, Zeng H, Shen Y, Fan Z, Manoj S, Weiyun L, et al. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(8):1711.
 56. Hasnian-Wynia R, Wolf MS. Promoting health care equity: is health literacy a missing link? *Health Serv Res.* 2010; 45(4):897–903.
 57. Health Literacy in Canada: Initial results from the International adult literacy and skills survey 2007. Ottawa: Canadian Council on Learning. [Online].; 2007 [cited 2018 february 22]. Available from: www.ccl-cca.ca
 58. Cassel EJ. Talking with patients: The theory of doctor-patient communication. (Vol.1). The MIT Press, Cambridge, London. 1985.
 59. Cockerham WC. Medical Sociology. Prentice Hall, New Jersey. 1995.

60. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991; 303(6814):1385-7.
61. Cerjan-Letica G, Letica S, Babić-Bosanac S, Mastilica M, Orešković S. *Medicinska profesija*. Zagreb: Medicinska naklada, Medicinska sociologija; 2003.
62. Orešković S, Grmek MD, Budak A. *Liječnička profesija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus, Uvod u medicinu; 1996.
63. Ong LM, de Haes JJ, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. 1995; 40(7):903-18.
64. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Education Monographs*. 1974; 2(1):1-10.
65. Pleasant A, McKinney J, Rikard R. Health literacy measurement: a proposed research agenda. *J Health Commun*. 2011; 16 Suppl 3:11-21.
66. WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Achieving health equity: From root causes to fair outcomes*. Geneva: World Health Organisation. [Online]. 2007 [cited 2018 february 24]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.htm
67. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1999; 281(6):552-557.
68. Zarkadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 2005; 20(2):195-203.
69. Osborne H. *Health literacy from A to Z: Practical ways to communicate your health message*. Jones and Bartlett Publishers, Sudbury. 2005.
70. U.S. Department of Health and Human Services. *National Action Plan to Improve Health Literacy*. Washington. Office of Disease Prevention and Health Promotion; 2010.
71. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*. 1995; 10(10):537-41.

72. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000; 15(3):259-67.
73. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling.* 1996; 27(1): 33-39.
74. Health Literacy Tool Shed. A database of health literacy measures. [Online]. [cited 2018 february 24]. Available from: <http://healthliteracy.bu.edu/all>
75. Guzys D, Kenny A, Dickson-Swift V, Threlkeld G. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health.* 2015; 15:215.
76. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening. *Fam Med.* 1993; 25(6):391-5
77. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 2013; 13:658.
78. Parker R, Hernandez L. Measuring health literacy: Why? So what? Now what? *Measures of Health Literacy: Workshop Summary; Roundtable on Health Literacy.* 2009; [cited 2018 february 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45386/>
79. The European Health Literacy Project 2009-2012 (HLS-EU), Final report. [Online]. [cited 2018 february 24]. Available from: www.health-literacy.eu
80. Sørensen K, van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* 2013;13:948.
81. Moore V. Assessing health literacy. *J Nurse Pract.* 2012; 8(3):243–4.
82. Stagliano V, Lorraine S, Wallace SL. Brief Health Literacy Screening Items Predict Newest Vital Sign Scores. *J Am Board Fam Med.* 2013; 26(5):558-65.

83. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med*. 2005; 3(6):514–22.
84. Haun J, Luther S, Dodd V, Donaldson P. Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. *J Health Commun*. 2012; 17 Suppl 3:141-59.
85. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Health*. 2004; 36(8):11:12.
86. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(5):561–6.
87. Wallace LS, Rogers ES, Roskos SE, Holiday DB, Weiss BD. Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(8):874–7.
88. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns*. 2013; 90(2):247–53.
89. Hanchate AD, Ash AS, Gazmararian JA, Wolf MS, Paasche-Orlow MK. The Demographic Assessment for Health Literacy (DAHL): a New tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(10):1561–6.
90. Miller MJ, Degenholtz HB, Gazmararian JA, Lin CJ, Ricci EM, Sereika SM. Identifying elderly at greatest risk of inadequate health literacy: a predictive model for population-health decision makers. *Res Social Adm Pharm*. 2007; 3(1):70–85.
91. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008; 31(5):874–9.
92. Abel T, Hofmann K, Ackermann S, Bucher S, Sakarya S. Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health

- promotion research. 2014. *Health Promotion International*. 2014; 30(3):725-35.
93. Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A, Mehrabi Y. Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties. *PLOS one tenth anniversary*. [Online]. [cited 2018 february 24]. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article>
 94. Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*. 2008; 23(2):152-9.
 95. Eagle L, Hawkins J, Styles E. Breaking through the invisible barrier of low functional literacy: implications for health communication. *Studies in Communication Sciences. Special Issue on Health Literacy*. 2006; 5(2):29-55.
 96. Onotai LO. A Review of the impact of the health literacy status of patients on health outcomes. *Nigerian Health Journal*. 2008: p. 32-8. [cited 2018 february 16]. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/nhj/article/viewFile/90801/80231>
 97. Peterson P, Shetterly S, Clarke C, Bekelman DB, Chan PS, Allen LA, et al. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure. *JAMA*. 2011; 305(16):1695-1701.
 98. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011; 155(2):97-107.
 99. Petricek G, Vrcic-Keglevic M, Vuletic G, Cerovecki V, Ozvacic Z, Murgic L. Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: cross-sectional questionnaire study. *Croat Med J*. 2009; 50(6):583-93.
 100. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited Literacy and Mortality in the Elderly. The Health, Aging and Body Composition Study. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(8):806-12.
 101. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of

- health services. *American Journal of Public Health*. 1997; 87(6):1027-1030.
102. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of General Internal Medicine*. 1998; 13(12):791-798.
 103. Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*. 2002; 40(5):395-404.
 104. The health illiteracy problem in the USA. *Lancet* (editorial). 2009; [cited 2018 february 27]. Available from: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673609621371/fulltext?rss=yes>
 105. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002; 288(4):475-482.
 106. Shea JA, Guerra CE, Ravenell KL, McDonald VJ, Henry CM, Asch DA. Health literacy weakly but consistently predicts primary care patient dissatisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19:45-49.
 107. Rootman I, Ronson B. Literacy and health research in Canada: Where have we been and where should we go? *Can J Public Health*. 2005; Suppl 2:S62-77.
 108. Kickbusch I, Wait S, Maag D. *Navigating Health. The role of Health Literacy*. London: Alliance for health and the future. London. International Longevity Center-UK. 2006. [cited 2018 february 24]. Available from: <https://ilcuk.org.uk/navigating-health-the-role-of-health-literacy/>
 109. American medical association. Hidden problem named as national health priority. AMA. [Online].; 2003. [cited 2018 february 24]. Available from: <https://www.ama-assn.org/>
 110. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 20(2):175-84.

111. Vernon JA, Trujillo A, Rosenbaum SJ, DeBuono B. Low health literacy: Implications for national health policy. George Washington University, Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services; 2007. [cited 2018 february 24]. Available from: https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/sphhs_policy_facpubs/172/
112. Brandli C, Kickbusch I, Stutz-Steiger T, Troesch-Schnyder F, Wang J. Health literate citizens: dream or reality? ISPMZ [cited 2018 february 24]. [Online]. Available from: [http:// futurepatient.ch](http://futurepatient.ch)
113. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*. 2009; 54(5):313-24.
114. Schuster AL, Frick KD, Huh BY, Kim KB, Kim M, Han HR. Economic Evaluation of a Community Health Worker-Led Health Literacy Intervention to Promote Cancer Screening Among Korean American Wome. *Journal of health care for the poor and underserved*. 2015; 26(2):431-40.
115. Herman A, Jackson P. Empowering low-income parents with skills to reduce excess pediatric emergency room and clinic visits through a tailored low literacy training intervention. *Journal of health communication*. 2010; 15(8):895-910.
116. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Health literacy: Taking action to improve safety and quality ACSQHC. Sydney: 2014. [cited 2018 february 25]. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2014/08/Health-Literacy-Taking-action-to-improve-safety-and-quality.pdf>
117. Australian Bureau of statistics. *Health Literacy*. Australia. Canberra. 2008.
118. Canadian Council on Learning's. *Health literacy in Canada: A Healthy Understanding*. Ottawa. [Online]. 2008. [cited 2018 february 25]. Available from: www.ccl-cca.ca
119. Public Health Association. *An inter-sectoral Approach for Improving Health literacy for Canadians*. [Online]. 2012. [cited 2018 february 19]. Available from: staff@phabc.org

120. Pop OM, Brinzaniuc A, Sirlincan EO, Baba CO, Chereches RM. Assessing health literacy in rural settings: a pilot study in rural areas of Cluj County. *Global Health Promotion*. 2013; 20(4):35-43.
121. Espanha R, Avila P, Veloso Mendes R. Health Literacy Survey Portugal (HLS-PT). Fundacao Calouste Gulbenkian. 2015.
122. Government of Malta. Office of the Commissioner for Mental Health. Health Literacy Survey Malta 2014. [Online]. 2014. [cited 2018 march 10]. Available from: <https://health.gov.mt/en/CommMentalHealth/Pages/health-literacy-survey.aspx>
123. Pleasant A. Health literacy around the world: Part 1. Health literacy efforts outside the United States. round table on health literacy. In: *Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary*. US, Washington DC. National Academies Press, Institute of Medicine; 2013. [cited 2018 february 26]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK202445/>
124. Health literacy centre Europa : where healthy ageing begins. [Online]. [cited 2018 february 25]. Available from: <http://healthliteracycentre.eu/national-health-literacy-policies/>
125. European Commission. The 2015 ageing report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013–2060). [Online]. 2015. [cited 2018 february 25]. Available from: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
126. European Commission. Together for health. A strategic approach for the EU 2008–2013. COM. 2007.
127. Heijmans M, Uiters E, Rose T, Hofstede J, Deville W, Van der Heide I, et al. Study on Sound Evidence for a Better Understanding of Health Literacy in the European Union. Brussels. European Commission; 2015. [cited 2018 february 18]. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/health_policies/docs/2015_health_literacy_en.pdf

128. D' Eath M, Barry MM, Sixsmith J. Rapid evidence review of interventions for improving health literacy. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm. [Online]. 2012. [cited 2018 february 25]. Available from:
<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1205-TER-Improving-Health-Literacy.pdf>
129. European Commission. Regulation of the European Parliament and of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014–2020. 2011. Report No: COM 709 final.
130. The Vilnius Declaration. Call for Action. Sustainable Health Systems for Inclusive Growth in Europe. [Online]. 2013. [cited 2018 february 25]. Available from: http://www.efpia.eu/uploads/Vilnius_Declaration-Nov2013.pdf
131. The Riga Roadmap investing in health and wellbeing for all. [Online]. 2015. [cited 2017 february 25]. Available from:
<http://rigahealthconference2015.eu/wp-content/uploads/>
132. WHO. World Health Organisation. Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing. [Online]. 2012. [cited 2018 february 25]. Available from:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf
133. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Agis T. Health Literacy: The Solid Facts, 1st edn. World Health Organisation (WHO). Regional Office for Europe, Copenhagen. [Online]. 2013. [cited 2018 february 25]. Available from:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf?ua=1
134. Health promotion. WHO Global Health Promotion Conferences. 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016. [Online]. 2016. [cited 2018 february 25]. Available from:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/resources/en/>

135. WHO. Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Provisional agenda item 13.2, Sixty-sixth world health assembly A66/9; 2013. [cited 2018 february 25]. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_9-en.pdf
136. WHO. Regional committee for europe resolution EUR/RC61/2 Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. [Online]. 2011. [cited 2018 february 28]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/resolutions/eurrc612-strengthening-public-health-capacities-and-services-in-europe-a-framework-for-action>
137. International Pharmaceutical Federation (FIP). About Health Literacy. [Online]. [cited 2018 february 25]. Available from: https://www.fip.org/about_health_literacy
138. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient EducCouns.* 1999; 38(1):33-42.
139. Taylor WL. “Cloze procedure”: a new tool for measuring readability. *Journalism Q.* 1953; 30(4):415-33.
140. Sperber AD, Devellis FR, Boehlecke B. Cross-cultural translation: methodology and validation. *J Cross-Cult Psychol.* 1994; 25(4):501–24.
141. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med.* 2009; 36(5):446-51.
142. WD B, Baker WD. The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Int Med.* 2006; 21(8):878–883.
143. Nurss RJ, Parker MR, Baker WD. *Test of Functional Health Literacy in Adults.* Snow Camp. Peppercorn Books and Press. 2001.
144. Jovic-Vranes A, Bjegovic Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health.* 2009;31(4):490–95.

145. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015; 4(11): 747–755.
146. Nakayama K, Osaka W, Togari T, Ishikawa H, Yonekura Y, Sekido A, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health*. 2015; 15:505.
147. Zotti P, Cocchi S, Polesel J, Cipolat Mis C, Bragatto D, Cavuto S, et al. Cross-cultural validation of health literacy measurement tools in Italian oncology patients. *BMC Health Services Research*. 2017; 17(1):410.
148. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Cognitive Function and Health Literacy Decline in a Cohort of Aging English Adults. *J Gen Intern Med*. 2015; 30(7):958-64.
149. Ivanov LL, Wallace DC, Hernandez C, Hyde Y. Diabetes Risks and Health Literacy in Southern African American and Latino Women. *J Community health Nurs*. 2015; 32(1):12-23.
150. Rowlands GP, Mehay A, Hampshire S, Phillips R, Williams P, Mann A, et al. Characteristics of people with low health literacy on coronary heart disease GP registers in South London: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013; 3(1):e001503.
151. Kobayashi LC, Smith SG, O Connor R. The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: a cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Open*. 2015; 5(4):e007222.
152. Connor M, Mantwill S, Schultz PJ. Functional health literacy in Switzerland—validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Educ Couns*. 2013; 90(1):12-7.
153. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Jansen CJ, Salter C, Reijneveld SA, et al. Erratum to: The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC Public Health*. 2015;15:903.

154. Lubetkin EI, Zabor EC, Isaac K, Brennessel D, Kemeny MM, Hay JL. Health Literacy, Information Seeking, and Trust in Information in Haitians. *Am J Health Behav.* 2015; 39(3):441-50.
155. Furuya Y, Kondo N, Yamagata Z, Hashimoto H. Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan. *Health Promot Int.* 2015; 30(3):505-13.
156. Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* 2016; 71(3):445-57.
157. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Health Services Research.* 2017; 17:52.
158. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia. *BMC Health Services Research.* 2018; 18:134.
159. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open.* 2018; 8(2):e018281.
160. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M, et al. Developing Predictive Models of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine.* 2009; 24(11):1211-6.
161. Parker RM, Davis TC, Williams MV. Patients with limited health literacy. In: Bateman WB, Kramer EJ, Glassman KS, editors. *Patient and family education in managed in managed care and beyond: seizing the teachable moment.* New York (NY). Springer Publishing Co. 1999; 63-71. https://archive.org/stream/understandinghe00nati/understandinghe00nati_djvu.txt

162. Duong VT, Lin IF, Sorensen K, Pelikan JM, van den Broucke S, Lin YC, et al. Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. *Asia Pac J Public Health*. 2015; 27(8):871-80.
163. Slatore CG, Kulkarni HS, Corn J, Sockrider M. Improving Health Literacy. The New American Thoracic Society Guidelines for Patient Education Materials. *Annals of the American Thoracic Society*: 2016; 13(8): 1208–1211.
164. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah , Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*. 2017; 27(2):80-86.
165. Matsumoto M, Nakayama K. Development of the health literacy on social determinants of health questionnaire in Japanese adults. *BMC Public Health*. 2017; 17: 30.
166. Noureldin M, Plake KS, Morrow DG, Tu W, Wu J, Murray MD. Effect of health literacy on drug adherence in patients with heart failure. *Pharmacotherapy*. 2012; 32(9):819-26.
167. Pylypchuk Y, Sarpong EM. Comparison of health care utilization: United States versus Canada. *Health Serv Res*. 2013; 48(2 Pt 1):560-81.
168. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff*. 2013; 32(2):207-14.
169. Hackett ML. Frequency of depression after stroke a systematic review of observational studies. *Stroke*. 2005; 36(6):1330-40.
170. Green JA, Mor MK, Shields AM, Sevick MA, Palevsky PM, Fine MJ, et al. Prevalence and demographic and clinical associations of health literacy in patients on maintenance hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephro*. 2011; 6(6):1354-60.
171. Vandenbosch J, van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M, et al. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 70(10):1032-8.
172. Couture EM, Chouinard MC, Fortin M, Hudon C. The relationship between health literacy and quality of life among frequent users of health

- care services: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2017; 15:137.
173. Chen JZ, Hsu HC, Tung HJ, Pan LY. Effects of health literacy to self-efficacy and preventive care utilization among older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2013; 13(1):70-6.
 174. Kilfoyle AK, Vitko M, O'Connor R, Cooper Bailey S. Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016; 25(12):1237-1255.
 175. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, Maindal HT. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29473 Danish citizens. *BMJ Open*. 2016; 6(1):e009627.
 176. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev*. 2010. [cited 2018 march 18]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/26825816.pdf>
 177. Ahn S, Basu R, Smith ML, Jiang L, Lorig K, Whitelaw N, et al. The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health*. 2013; 13:1141.
 178. Bowskil D, Garner L. Medicines non-adherence: adult literacy and implications for practice. *Br J Nurs*. 2012; 21(19):1156-9.
 179. Mackert M, Ball J, Lopez N. Health literacy awareness training for healthcare workers: improving knowledge and intentions to use clear communication techniques. *Patient Educ Couns*. 2011; 85(3):e225-8.
 180. Mosher HJ, Lund BC, Kripalani S, Kaboli PJ. Association of health literacy with medication knowledge, adherence, and adverse drug events among elderly veterans. *J Health Commun*. 2012; Suppl 3:241-51.
 181. Gazmararian JA, Beditz K, Pisano S, Carreon R. The development of a health literacy assessment tool for health plans. *J Health Commun*. 2010; 15(Suppl 2):93–101.

182. Blake SC, McMorris K, Jacobson KL, Gazmararian JA, Kripalani S. A qualitative evaluation of a health literacy intervention to improve medication adherence for underserved pharmacy patients. *J Health Care Poor Underserved*. 2010; 21(2):559-67.
183. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Salter C, Reijneveld SA, de Winter AF. The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC Public Health*. 2015; 15:903.
184. Li JJ, Appleton SL, Wittert GA, Vakulin A, McEvoy RD, Antic NA, et al. The relationship between functional health literacy and obstructive sleep apnea and its related risk factors and comorbidities in a population cohort of men. *Sleep*. 2014; 37(3):571-8.
185. Shum J, Poureslami I, Doyle-Waters MM, Fitzgerald JM. The application of health literacy measurement tools (collective or individual domains) in assessing chronic disease management: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*. 2016; 5:97.
186. Gazmararian J, Jacobson KL, Pan Y, Schmotzer B, Kripalani S. Effect of a pharmacy-based health literacy intervention and patient characteristics on medication refill adherence in an urban health system. *Ann Pharmacother*. 2010; 44(1):80-7.
187. Curtis LM, Wolf MS, Weiss KB, Grammer LC. The impact of health literacy and socioeconomic status on asthma disparities. *J Asthma*. 2012; 49(2):178-83.
188. Kale MS, Federman AD, Krauskopf K, Wolf M, O'Connor R, Martynenko M, et al. The association of health literacy with illness and medication beliefs among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Plos One*. 2015; e0123937.
189. Federman AD, Wolf MS, Sofianou A, Martynenko M, O'Connor R, Halm EA, et al. Self-management behaviors in older adults with asthma: associations with health literacy. *J Am Geriatr Soc*. 2014; 62(5):872-9.

190. Omachi TA, Sarkar U, Yelin EH, Blanc PD, Katz PP. Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease. *J Gen Intern Med.* 2013; 28(1):74-81.
191. Halverson JL, Martinez-Donate AP, Palta M, Leal T, Lubner S, Walsh MC. Health literacy and health-related quality of life among a population-based sample of cancer patients. *J Health Commun.* 2015; 20(11):1320-9.
192. The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Health literacy: past, present, and future: workshop summary. Washington, DC. The National Academies Press. 2015.
193. Stewart DW, Cano MA, Correa-Fernandez V, Spears C, Li Y, Waters AJ, et al. Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status. *BMC Public Health.* 2014; 14:716.
194. Shih SF, Liu CH, Liao LL, Osborne RH. Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. *BMC Public Health.* 2016; 16:280.
195. Joshi C, Jayasighe UW, Parker S, Del Mar C, Russell G, Lloyd J, et al. Does health literacy affect patient's receipt of preventative primary care? A multilevel analysis. *BMC Fam Pract.* 2014; 15:171.
196. Sukys S, Cesnaitiene VJ, Ossowsky ZM. Is Health Education at University Associated with Student's Health Literacy? Evidence from Cross-Sectional Study Applying HLS-EU-Q. *BioMed Research International.* 2017; Article ID 8516843, page 9.
197. Al Sayah F, Johnson ST, Vallance J. Health Literacy, Pedometer, and Self-Reported Walking Among Older Adults. *Am J Public Health.* 2016; 106(2):327-33.
198. MacLeod S, Musich S, Gulyas S, Cheng Y, Tkatch R, Cempellin D, et al. The impact of inadequate health literacy on patient satisfaction, healthcare utilization, and expenditures among older adults. *Geriatric Nursing.* 2017; 38(4):334-341

199. Duong TV, Chang PW, Yang SH, et al. A New Comprehensive Short-form Health Literacy Survey Tool for Patients in General. *Asian Nursing Research*. 2017; 11(1):30-35.
200. Laursen KR, Seed PT, Protheroe P, et al. Developing a Method to Derive Indicative Health Literacy from Routine Socio-Demographic Data. *Journal of Healthcare Communications, iMedPub Journals*. 2015; Vol. 1 No. 1:7
201. van der Heide I, Uiters E, Sørensen K, Röthlin F, Pelikan J, Rademakers J, et al. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. *Eur J Public Health*. 2016; 26(6):906-911.

Mr sci dr Nevena Todorović

Nevena (otac Kojo, majka Nevenka Dobrijević) Todorović je rođena 01.04.1973. godine u Sanskom Mostu, gde je završila osnovnu školu, a srednju Medicinsku školu završila je u Banja Luci. Medicinski fakultet u Banja Luci završila je 2000. godine.

Zaposlena je u JZU Dom zdravlja u Banja Luci od 2000. godine. Kao doktor opšte prakse radila je četiri godine u Odjeljenju za zaštitu zdravlja djece i omladine. Specijalistički ispit iz porodične medicine položila je u novembru 2007. godine, od kada radi kao specijalista porodične medicine. Imenovana je na mjesto Načelnika Službe porodične medicine sa edukativnim centrom u trajanju od devet mjeseci u 2008. godini. Od oktobra 2008. godine imenovana je i na mjesto Pomoćnice direktora za medicinske poslove na kome se i sad nalazi.

Odslušala je i položila sve ispite na postdiplomskim studijama od 2004. do 2007. godine na Medicinskom fakultetu u Banja Luci. Odlukom Nastavno-naučnog vijeća Medicinskog fakulteta Univerziteta u Banjaluci od 04.04.2006. godine izabrana je za asistenta na predmetu Porodična medicina Medicinskog fakulteta u Banjaluci. Magistarsku tezu na temu „Kvalitet života pacijenata sa alergijskim rinitisom liječenih kod porodičnog doktora“ odbranila je u novembru 2012. godine na Medicinskom fakultetu u Banja Luci. Odlukom Nastavno-naučnog vijeća Medicinskog fakulteta Univerziteta u Banja Luci i Senata Univerziteta od 16.01.2014. godine izabrana je za višeg asistenta za užu naučnu oblast Porodična medicina Medicinskog fakulteta u Banjaluci.

Aktivno je učestvovala u izvođenju Leonardo kursa i Assessment kursa u Bosni i Hercegovini, koji predstavljaju edukaciju edukatora iz porodične medicine, a dizajnirani su od strane Vijeća EURACT-a. Učestvovala je kao demonstrator u Programu dodatne edukacije (PAT-Program of Additional Training) iz porodične medicine za doktore i medicinske sestre/tehničare u periodu od 2007. godine do 2010. godine, a od 2010. godine demonstrator je na Programu dodatne edukacije za medicinske sestre/tehničare.

Učestvovala je u brojnim projektima koje je provodilo Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite RS kroz projekat jačanja zdravstvenog sektora. Učestvovala je kao edukator u edukaciji menadžera zdravstvenih ustanova primarnog nivoa zdravstvene zaštite na temu „Organizacioni menadžment u zdravstvenim ustanovama“. Do sada je učestvovala na mnogim nacionalnim i internacionalnim stručnim skupovima i objavila je više publikacija u časopisima i zbornicima.

Član je: Evropske akademije nastavnika u porodičnoj medicini (EURACT) od 2006. godine, Svjetskog udruženja doktora porodične medicine (WONCA-World family doctors caring for people), Komore doktora medicine, Društva doktora medicine i Udruženja doktora porodične medicine Republike Srpske.

Od strane Komore doktora medicine RS imenovana je za člana komisije za utvrđivanje cijena zdravstvenih usluga i ugovaranje istih sa Fondom zdravstvenog osiguranja RS. Komora doktora medicine joj je dodjelila Povelju za organizaciju zdravstvene službe.

Prilog 1.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a: NEVENA TODOROVIĆ

broj upisa: 02-01 Broj: 61206-1646/2-16 TK, Beograd 29.03.2016. godine

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom

„PROCJENA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI ODRASLOG STANOVNIŠTVA
REGISTROVANOG KOD DOKTORA PORODIČNE MEDICINE U REPUBLICI
SRPSKOJ“

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 28.01.2019.

Plagopobut Hebera

Prilog 2.

Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora: Nevena Todorović

Broj upisa: 02-01 Broj: 61206-1646/2-16 TK, Beograd 29.03.2016. godine

Studijski program: Medicina

Naslov rada: „Procjena zdravstvene pismenosti odraslog stanovništva registrovanog kod doktora porodične medicine u Republici Srpskoj“

Mentor Prof. dr Aleksandra Jović Vraneš

Potpisani: Nevena Todorović

izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predao/la za objavljivanje na portalu **Digitalnog repozitorijuma Univerziteta u Beogradu**.

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog zvanja doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada.

Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i u publikacijama Univerziteta u Beogradu.

U Beogradu, 28.01.2019.

Potpis doktoranda

Nevena Todorović

Prilog 3.

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

„PROCJENA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI ODRASLOG STANOVNIŠTVA
REGISTROVANOG KOD DOKTORA PORODIČNE MEDICINE U REPUBLICI SRPSKOJ“

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim prilogima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo
2. Autorstvo - nekomercijalno
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade
4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima
5. Autorstvo – bez prerade
6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poledini lista).

Potpis doktoranda

U Beogradu, 28.01.2019.

Plagorobut Kevena