

# Zdravstvena pismenost u Republici Hrvatskoj

ANA BOBINAC\*

Centar za Ekonomiku zdravstva i Farmakoekonomiku  
Ekonomski fakultet, Sveučilište u Rijeci  
Rijeka, Hrvatska

Izvorni znanstveni rad  
UDK: 613.6.01(497.5)  
doi: 10.3935/rsp.v29i3.1954  
Priljeno: lipanj 2022.

NIKOLINA DUKIĆ SAMARŽIJA  
ELIZABETA RIBARIĆ

Ekonomski fakultet, Sveučilište u Rijeci  
Rijeka, Hrvatska

*Istraživanja pokazuju da niska razina zdravstvene pismenosti ima negativne posljedice za zdravlje pojedinca i zajednice. Cilj istraživanja je utvrditi prosječnu razinu zdravstvene pismenosti u Republici Hrvatskoj na nacionalno reprezentativnom uzorku te identificirati obilježja koja se mogu dovesti u vezu s posebno niskom razinom pismenosti. Rezultati pokazuju da se razina zdravstvene pismenosti u Hrvatskoj, u prosjeku, nalazi na samoj granici između problematične i adekvatne. Unutar populacije, međutim, postoje značajne razlike u razini zdravstvene pismenosti povezane s klasnim, ekonomskim i socijalnim obilježjima pojedinaca. Niža zdravstvena pismenost odražava se u nevoljkosti pojedinca da se odazove na preventivne preglede, da zadrži težinu ispod razine pretilosti ili da redovito vježba. Naši rezultati sugeriraju da se podizanje razine zdravstvene pismenosti u Hrvatskoj ne bi smjelo oslanjati primarno na medijske kampanje jer je informacije o zdravlju iz medija građanima teško razumjeti i upotrijebiti u svrhu zaštite od bolesti.*

**Ključne riječi:** zdravstvena pismenost, HLS-EU-16, javno zdravstvo.

## UVOD

Zdravstvena pismenost jedna je od društvenih odrednica zdravlja (Rowlands i sur., 2017.) i odnosa pojedinca prema prevenciji bolesti (Fernandez i sur., 2016.; Navarro-Rubio i sur., 2016.) koja odražava stupanj u kojem su pojedinci sposobni pronaći, razumjeti i koristiti zdravstvene informacije u usluge u svrhu odlučivanja o vlastitom i tuđem zdravlju (U.S. Department of Health and Human Services, n.d.). Eu-

ropski konzorcij za zdravstvenu pismenost (HLS-EU), temeljem sustavnog pregleda literature, definirao je zdravstvenu pismenost kao »... znanje, motivaciju i kompetencije ljudi za pristup, razumijevanje, procjenu i primjenu zdravstvenih informacija u svrhu odlučivanja o zdravstvenoj skrbi, prevenciji bolesti ili zdravim životnim navikama...« (Sørensen i sur., 2013.). Postoje tri dimenzije zdravstvene pismenosti: funkcionalna pismenost koja uključuje osnovne vještine (poput pisanja i čitanja) potrebnih

\* Ana Bobinac, Centar za Ekonomiku zdravstva i Farmakoekonomiku, Sveučilište u Rijeci, Ekonomski fakultet / Centre for Health Economics and Pharmacoeconomics, University of Rijeka, Faculty of Economics and Business Ivana Filipovića 4, 51 000 Rijeka, Hrvatska/ Croatia, ana.bobinac@efri.hr.

za **pribavljanje** informacija povezanih sa zdravljem, interaktivna pismenost koja se odnosi na naprednije kognitivne sposobnosti **razumijevanja** informacija povezanih sa zdravljem te kritička pismenost koja se odnosi na složene kognitivne i socijalne vještine **primjene** pribavljenih informacija u svrhu kontrole nad životnim događajima (Nutbeam, 2008.).

Mnoga istraživanja pokazuju da niska razina zdravstvene pismenosti može imati značajne negativne posljedice za pojedinca i zajednicu. Niska razina zdravstvene pismenosti povezana je s lošijim zdravljem, slabijim preživljenjem od različitih bolesti i većim troškovima skrbi (Kickbusch, 2013.; Cho i sur., 2008.; Mantwill i Schulz, 2015.; Berkman i sur., 2011.; Bostock i Steptoe, 2012.; Vandenbosch i sur., 2016.). Osobe s nedovoljnom razinom zdravstvene pismenosti, iako češće koriste zdravstvenu skrb (Heijmans i sur., 2015.; Jager i sur., 2019.), u riziku su od većeg morbiditeta i mortaliteta jer, primjerice, rjeđe odlaze na preventivne preglede i imunizacije (Berkman i sur., 2011.), donose rizičnije zdravstvene odluke što dovodi do povećanja broja ozljeda na radu (van der Gaag i sur., 2022.), lošije vode brigu o svom zdravlju općenito (Shieh i Halstead, 2009.), kao što se i lošije nose s kroničnim bolestima (RobatSarpoooshi i sur., 2020.). S druge strane, osobe s relativno visokom razinom zdravstvene pismenosti su osnaženije i proaktivnije u prevladavanju zdravstvenih izazova te imaju manje problema u liječenju bolesti (Nutbeam, 2000.). Svjetska zdravstvena organizacija naglašava centralnu ulogu zdravstvene pismenosti u smanjivanju nejednakosti u zdravlju i pristupu zdravstvu diljem svijeta (Svjetska zdravstvena organizacija, n.d.), posebno u ionako ugroženih skupina u društvu (Baccolini i sur., 2021.).

Dosadašnja istraživanja pokazuju da zdravstvena pismenost značajno varira unutar zemalja članica Europske unije (EU), ali ukazuju i na činjenicu da u prosjeku gotovo polovica Europljana ima neadekvatnu ili problematičnu razinu zdravstvene pismenosti (HLS-EU Consortium, 2012.). Posljedice koje problematična razina zdravstvene pismenosti može imati na zdravlje pojedinca i zajednice za Hrvatsku je posebno važna. Naime, u usporedbi s ostalim članicama EU-a, stope mortaliteta od karcinoma i drugih bolesti, kao i stope morbiditeta i mortaliteta od izbjegljivih bolesti značajno su više nego u većine članica EU-a (OECD, 2021.), dio kojih se može prevenirati ili uspješnije liječiti upravo povećanjem zdravstvene pismenosti (Gibney i sur., 2020.). Osim relativno loših zdravstvenih ishoda, u Hrvatskoj se bilježe i relativno visoke stope neželjenih ponašanja koja su povezana s incidencijom i prevalencijom kroničnih i akutnih bolesti, poput pušenja, konzumacije alkohola i opijata, pretilosti (OECD, 2021.), a koje se također dovode u vezu s nižim razinama zdravstvene pismenosti (Tutić Grokša, 2021.).

Unatoč važnosti, istraživanja o zdravstvenoj pismenosti u Hrvatskoj još uvijek su relativno rijetka. Ranija znanstvena istraživanja nisu provedena na razini cjelokupne populacije, korištenjem reprezentativnog uzorka, pa stoga za sada nemamo cjelovitu informaciju o zdravstvenoj (ne)pismenosti u Hrvatskoj. Pretraživanje literature, odnosno objavljenih empirijskih istraživanja na temu zdravstvene pismenosti iz Republike Hrvatske koja koriste validirane instrumente za mjerenje zdravstvene pismenost<sup>1</sup> otkriva tek nekolicinu objavljenih radova na temu zdravstvene pismenosti u Hrvatskoj. Među prvim empirijskim istraživanjima o zdravstvenoj pismenosti objavljenom

<sup>1</sup> Sadržane u online bazi instrumenata za mjerenje zdravstvene pismenosti *Health Literacy Tool Shed*, dostupno na: <https://healthliteracy.bu.edu/>.

2013. godine (Dukić i sur., 2013.) ispitivala se povezanost zdravstvene pismenosti s efikasnom upotrebom zdravstvenih resursa. U istraživanju je za mjerenje zdravstvene pismenosti korišten S-TOFHLA instrument – skraćena verzija *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) (Baker, 1999.), preveden na hrvatski jezik, provedenom na uzorku pacijenata Kliničkog bolničkog centra Rijeka. Brangan i sur. (2018.) ispitivali su zdravstvenu pismenost na prigodnom uzorku pacijenata Kliničkog bolničkog centra Osijek koristeći jezično validiranu hrvatsku verziju upitnika *The Newest Vital Sign* (NVS). Nadalje, Supićić i sur. (2021.) razvili su jezično validiranu hrvatsku verziju upitnika s pitanjima višestrukog odabira iz baze *Claim Evaluation Tools* nastale u okviru projekta *Informed Health Choices Project* (Austvoll-Dahlgren i sur., 2017.), a ispitivali su sposobnosti procjene učinaka liječenja u srednjoškolaca (uzorak od 16 srednjih škola sa šireg splitskog područja). Konačno, u novije vrijeme razvijena je i hrvatska verzija upitnika *Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults* (SAHLSA-50) (Placento, 2022.).

Iako među objavljenim istraživanjima nije identificirano istraživanje provedeno na nacionalno-reprezentativnom uzorku hrvatske populacije (a koje bi odredilo postoji li i u kojim skupinama građana nedovoljno visoka razina zdravstvene pismenosti, i eventualno u kojoj dimenziji zdravstvene pismenosti), važnost podizanja razine zdravstvene pismenosti ipak je prepoznata hrvatskim Nacionalnim planom razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine (NN, 147/2021.) što govori u prilog važnosti ove teme. Nacionalni plan navodi da će se »... u okviru podizanja zdravstvene pismenosti stanovništva razvijati partnerski odnos s građanima u osnaživanju razvoja svijesti, znanja i vještina o unaprjeđenju zdravlja i prevenciji bolesti...«. No, bez jasne slike o tome kolika je zapravo razina

zdravstvene (ne)pismenosti u Hrvatskoj i razlikuje li se ona među skupinama u društvu, operacionalizacija aktivnosti koje bi trebale ostvariti ciljeve Nacionalnog plana može biti otežana, a praćenje njihovog uspjeha i rezultata gotovo nemoguće. Stoga je cilj našeg istraživanja utvrditi prosječnu razinu zdravstvene pismenosti u Republici Hrvatskoj na nacionalno reprezentativnom uzorku te identificirati obilježja koja se mogu dovesti u vezu s posebno niskom razinom pismenosti (poput dobi, obrazovanja i samoprocijenjenog zdravlja).

Rad započinjemo predstavljanjem instrumenta za mjerenje zdravstvene pismenosti, odnosno Europskog upitnika zdravstvene pismenosti – HLS-EU-Q – te procesa validacije prijevoda upitnika s izvornog engleskog na hrvatski jezik. U nastavku rada predstavljamo metode istraživanja s posebnim naglaskom na postizanje reprezentativnosti uzorka po ključnim socio-demografskim varijablama (spolna i dobna struktura ispitanih) prema regionalnim parametrima, a zatim i rezultate istraživanja te usporedbu rezultata s rezultatima ostalih europskih zemalja. U raspravi naglasak je stavljen na implikacije koje bi rezultati istraživanja mogli imati za donositelje odluka u zdravstvu.

## KONCEPTUALNI OKVIR EUROPSKOG UPITNIKA ZDRAVSTVENE PISMENOSTI (HLS-EU-Q) I PRIJEVOD UPITNIKA NA HRVATSKI JEZIK

U Europi se mjerenje zdravstvene pismenosti intenziviralo zahvaljujući projektu Europskog konzorcija zdravstvene pismenosti (HLS-EU, 2012.) koji je kreirao integrirani konceptualni model zdravstvene pismenosti temeljem kojeg je osmišljen HLS-EU-Q, Europski upitnik zdravstvene pismenosti (Sørensen i sur., 2012., 2013.) koji koristimo i u ovom istraživanju. HLS-EU-Q je instrument ko-

jim se mjeri subjektivna samoprocijenjena razina zdravstvene pismenosti i odražava interakciju između osobnih kompetencija ispitanika i situacijskih ili kontekstualnih zahtjeva koje se pred pojedinog ispitanika postavljaju (Pleasant i sur., 2019.).

Upitnik HLS-EU-Q razvijen je kako bi mjerio »znanje, motivaciju i kompetencije ljudi za pristup, razumijevanje, procjenu i primjenu zdravstvenih informacija u svrhu odlučivanja o zdravstvenoj skrbi, prevenciji bolesti ili zdravim životnim navika-

ma« (Sorensen i sur., 2012.) što se može operacionalizirati putem 3x4 matrice koja predstavlja koncept sveobuhvatne zdravstvene pismenosti razrađen u 12 različitih komponenti (Pelikan i sur., 2019.). Svaka komponenta je kombinacija jedne od tri domene – zdravstvena skrb, prevencija bolesti i promocija zdravlja, s jednom od četiri razine upravljanja informacijama – pronalaženje, razumijevanje, procjenjivanje i korištenje informacija (Tablica 1.).

Tablica 1.

HLS-EU matrica zdravstvene pismenosti

	<b>Pristup/dostupnost informacija relevantnih za zdravlje</b>	<b>Razumijevanje informacija relevantnih za zdravlje</b>	<b>Obrada/procjena informacija relevantnih za zdravlje</b>	<b>Primjena/korištenje informacija relevantnih za zdravlje</b>
<b>Zdravstvena zaštita</b>	Sposobnost pristupa medicinskim i kliničkim informacijama	Sposobnost smislenog razumijevanja medicinskih informacija	Sposobnost tumačenja i procjene medicinskih informacija	Sposobnost donošenja informiranih odluka o zdravstvenoj zaštiti
<b>Prevencija bolesti</b>	Sposobnost pristupa informacijama o zdravstvenim rizicima	Sposobnost smislenog razumijevanja informacija o zdravstvenim rizicima	Sposobnost tumačenja i procjene informacija o zdravstvenim rizicima	Sposobnost donošenja informiranih odluka o zdravstvenim rizicima
<b>Promocija zdravlja</b>	Sposobnost informiranja o društvenim i fizičkim odrednicama zdravlja	Sposobnost smislenog razumijevanja informacija o društvenim i fizičkim odrednicama zdravlja	Sposobnost tumačenja i procjene informacija o društvenim i fizičkim odrednicama zdravlja	Sposobnost donošenja informiranih odluka o društvenim i fizičkim odrednicama zdravlja

Izvor: Sorensen et al., 2012.

Temeljem HLS-EU matrice zdravstvene pismenosti (Tablica 1.) razvijeno je nekoliko verzija upitnika. Iz izvorne verzije upitnika koja sadrži 47 pitanja za mjerenje subjektivno samoprocijenjene zdravstvene pismenosti (HLS-EU-Q47), razvijale su se kraće verzije upitnika – HLS-EU-Q22 (Okan i sur., 2020.), HLS-EU-Q12 (Finbråten i sur., 2018.), HLS-EU-Q16 i HLS-EU-Q6 (Pelikan i sur., 2014.). Za potrebe ove studije koristili smo verziju upitnika koja sadrži 16 pitanja (HLS-EU-16), a

postupak validacije hrvatske verzije HLS-EU-16 opisan je u nastavku.

HLS-EU-16 upitnik izvorno je sastavljen na engleskom jeziku. Postupak prijevoda na hrvatski jezik sastojao se od tri koraka. U prvom koraku je izvorna verzija HLS-EU-Q16 upitnika prevedena na hrvatski jezik od strane dva ovlaštena prevoditelja i jednog koautora. Koautor je živio i radio u državi engleskog govornog područja te je fluentan u engleskom i hrvatskom jeziku i upoznat s obje kultu-

re, kao i s konceptualnim okvirom samog instrumenta. Nakon prvog kruga prijevoda upitnika na hrvatski jezik, u drugom koraku prevoditelji i koautor razmotrili su prijevode i uskladili odstupanja te su tri verzije prijevoda spojene u jednu hrvatsku verziju upitnika. U trećem koraku, ova (hrvatska) verzija upitnika ponovno je prevedena na engleski jezik od strane dva nova prevoditelja koji nisu bili upoznati s izvornom verzijom upitnika. Dvije verzije prijevoda na engleski jezik spojene su u jednu od strane koautora te su, u dogovoru s prevoditeljima, učinjene manje korekcije hrvatskog prijevoda upitnika. Nakon provjere utvrđeno je da prevedena verzija

odgovara izvornom engleskom dokumentu, nakon čega je upitnik upotrijebljen u istraživanju.

Pitanja iz HLS-EU-16 upitnika prevedena na hrvatski i razvrstana u EU-HLS matricu zdravstvene pismenosti prikazana su u Tablici 2. Ispitanici su odgovarali na pitanja pomoću Likertove skale koja se sastoji od četiri simetrične kategorije odgovora: vrlo lako, prilično lako, prilično teško i vrlo teško. Također, ponuđen je i odgovor »ne znam« koji je kodiran kao »bez odgovora«. Dakle, početna formulacija 16 pitanja glasila je: »Na ljestvici od vrlo teško do vrlo lako, koliko vam je teško ili lako... «.

Tablica 2.

*Pitanja iz HLS-EU-16 upitnika razvrstana u matricu zdravstvene pismenosti*

Na ljestvici od vrlo teško do vrlo lako, koliko vam je teško ili lako...	Pristup/dostupnost informacija relevantnih za zdravlje	Razumijevanje informacija relevantnih za zdravlje	Obrada/procjena informacija relevantnih za zdravlje	Primjena/korištenje informacija relevantnih za zdravlje
<b>Podindeks zdravstvena skrb (HL_HC)</b>	P1: pronaći informacije o simptomima bolesti koje se odnose na vas? P2: doznati gdje možete dobiti stručnu pomoć kad ste bolesni?	P3: razumjeti što vam liječnik govori? P4: razumjeti upute liječnika ili ljekarnika o načinu uzimanja lijeka?	P5: procijeniti kada biste trebali zatražiti mišljenje nekog drugog liječnika?	P6: primijeniti informacije koje vam liječnik daje da biste donijeli odluke o svojoj bolesti? P7: slijediti upute liječnika ili ljekarnika?
<b>Podindeks prevencija bolesti (HL_DP)</b>	P8: pronaći informacije o tome kako se bolje nositi s problemima povezanim s mentalnim zdravljem poput stresa ili depresije?	P9: razumjeti upozorenja o nezdravu ponašanju kao što je pušenje, nedovoljna tjelesna aktivnost i pretjerana konzumacija alkohola? P10: razumjeti zašto se potrebno odazvati na programe ranog otkrivanja bolesti?	P11: procijeniti jesu li informacije o zdravstvenim rizicima u medijima pouzdane?	P12: odlučiti kako se možete zaštititi od bolesti na temelju informacija iz medija?
<b>Podindeks promocija zdravlja (HL_HP)</b>	P13: doznati koje su aktivnosti dobre za vaše mentalno zdravlje?	P14: razumjeti savjete o zdravlju koje vam daju članovi obitelji ili prijatelji? P15: razumjeti informacije u medijima o tome kako unaprijediti zdravlje?	P16: procijeniti koja su svakodnevna ponašanja povezana s vašim zdravljem?	

Izvor: Izrada autora.

## METODE

### Provođenje istraživanja

Tijekom travnja i svibnja 2022. godine provedeno je kvantitativno istraživanje (odnosno ispitivanje javnog mnijenja) na pripadnicima opće populacije (građani Republike Hrvatske, u dobnoj skupini 18+) u 6 regija (Sjeverna Hrvatska, Središnja Hrvatska, Slavonija, Istra i Primorje, Dalmacija i Grad Zagreb) te 5 tipa naselja po veličini (do 999 stanovnika, 1 000 do 4 999 stanovnika, 5 000 do 24 999 stanovnika, 25 000 do 99 999 stanovnika i više od 100 000 stanovnika) na slučajnom dvoetaпно-stratificiranom nacionalno reprezentativnom uzorku. Tvrtka za ispitivanje javnog mnijenja prikupljala je podatke metodom usmene *face to face* ankete (F2F), pri čemu je 60 anketara (uz pomoć 12 supervizora) anketiranje obavljalo osobno u kućanstvima ispitanika. Anketiranje je provedeno CAPI tehnikom (*Computer-assisted personal interviewing*), odnosno, tehnikom kompjuterski podržanog osobnog anketiranja ispitanika od strane anketara, korištenjem tablet uređaja), a ispitanici su tijekom postupka anketiranja pred sobom imali kartice s ponuđenim skalama odgovora za pojedina pitanja radi lakšeg praćenja. Nakon uspostavljanja kontakta s kućanstvom, pokazivanja akreditacijske kartice, predstavljanja te detektiranja odgovarajućeg potencijalnog ispitanika, anketari su potencijalnim ispitanicima ukratko objasnili svrhu i ciljeve istraživanja te su u slučaju pristanka odgovarajućeg ispitanika na sudjelovanje u istraživanju tražili informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju

svih sudionika u skladu s GDPR odredbom. Kontrola kvalitete vršena je tijekom postupka prikupljanja podataka (prisustvovanjem supervizora tijekom postupka anketiranja) te nakon postupka prikupljanja podataka (logičkom kontrolom dnevnika anketiranja te povratnim telefonskim pozivima sudionicima istraživanja)<sup>2</sup>.

### Uzorak

Za potrebu izrade strukture planiranog uzorka ciljane veličine 1 000 ispitanika, korišteni su podaci Državnog zavoda za statistiku (parametri popisa stanovništva iz 2021. godine). Koristeći podatke svake pojedine regije, određene su početne točke uzorkovanja. Realiziranim je uzorkom obuhvaćeno 100 uzorčnih točaka, po 10 anketa u svakoj, te je u svakoj lokaciji ispitan planirani/predviđeni broj ispitanika. U okviru svake lokacije/grada/regije probabilističkim je dizajnom uzorkovanja osigurana reprezentativnost uzorka po ključnim socio-demografskim varijablama (spol i dob) i to prema regionalnim parametrima. Probabilistička narav uzorkovanja osigurala se korištenjem probabilističkih selekcijskih procedura i pravila, i to (1) slučajnim odabirom početnih točaka uzorkovanja, (2) slučajnim odabirom kućanstava<sup>3</sup> te (3) slučajnim odabirom potencijalnog ispitanika u kućanstvu<sup>4</sup>. Za potrebe izrade okvira uzorkovanja, odnosno, prilikom selekcije potrebnih početnih točaka uzorkovanja, korišten je popis svih naselja Republike Hrvatske te se proporcionalno uzimajući u obzir 5 regija<sup>5</sup>, 20 županija plus Grad Zagreb te 5 razreda veli-

<sup>2</sup> Supervizori su anketiranju prisustvovali u 19 slučajeva, pri čemu nisu izvjestili o nepravilnostima u radu anketara. Supervizori su na dnevnoj bazi provjeravali dnevnik anketiranja te su na temelju njihove kontrole suspendirana 5 anketara.

<sup>3</sup> *Random walk* metodom kretanja na terenu: pravilo kretanja udesno, u smjeru kazaljke na satu i kontaktiranja svakog trećeg kućanstva

<sup>4</sup> Metodom »posljednjeg rođendana«, odnosno, anketiranjem one osobe koja je u kućanstvu posljednja imala rođendan.

<sup>5</sup> Slavonija, Središnja Hrvatska, Sjeverna Hrvatska, Grad Zagreb, Istra, Primorje sa zaleđem, Dalmacija.



čine naselja<sup>6</sup> slučajnim odabirom odabralo 100 naselja za provođenje anketiranja. Za tih 100 uzorčnih točaka, posjećeno je ukupno 3 604 adrese kako bi se u konačnici prikupili podaci na uzorku veličine 1 000 ispitanika.

### Anketni upitnik

Anketni upitnik većinom je sadržavao pitanja zatvorenog tipa: pitanja kojima su se prikupili podaci o socio-demografskim karakteristikama ispitanika, njihovom zdravstvenom stanju te zdravstvenoj pismenosti korištenjem HLS-EU-Q16 upitnika. Samoprijavljeno zdravstveno stanje mjereno je pomoću *Visual analogue scale* (VAS, dio EQ5D-5L upitnika) gdje na skali od 0 (smrt) do 100 (savršeno zdravlje) ispitanici ocjenjuju svoje trenutno zdravlje te pitanjem »Imate li dugotrajnih bolesti ili zdravstvenih problema? Kad kažemo »dugotrajno«, mislimo na probleme koji su trajali ili očekujete da će trajati šest mjeseci ili više?« s odgovorima Da, jednu; Da, dvije ili više; Ne. Pomoću visine i težine, ispitanicima je izračunat indeks tjelesne mase (BMI). Ispitanici su pitani i boluju li od kroničnih bolesti (jedne ili više) te odazivaju li se na preventivne preglede i programe ranog otkrivanja raka.

### Izračunavanje rezultata iz HLS-EU-Q16 upitnika

Za potrebu izračuna razine zdravstvene pismenosti, numerička vrijednost dodjeljuje se svakom od 16 pitanja u upitniku sukladno odgovoru ispitanika. Odgovor »vrlo teško« ima najmanju vrijednost (1), dok odgovor »vrlo lako« ima najveću vrijednost (4). Za svakog ispitanika računa se

indeks zdravstvene pismenosti koristeći sljedeću formulu (Gele i sur., 2016.):

$$\text{Eq(1) Indeks zdravstvene pismenosti} = (\text{prosjeck-1}) * 50/3$$

gdje se indeks zdravstvene pismenosti odnosi ili na generalni indeks zdravstvene pismenosti (GHL) ili jedan od podindeksa: zdravstvena pismenost u domeni zdravstvene skrbi (HL-HC), prevencije bolesti (HL-DP) te promocije zdravlja (HL-HP). Prosjek se odnosi na srednju vrijednost svih 16 pitanja po pojedincu, 1 se odnosi na najmanju vrijednost prosjeka (svodi minimalnu vrijednost skale na 0), 3 se odnosi na raspon srednje vrijednosti, a 50 se odnosi na maksimalnu vrijednost skale. Mjerna skala GHL indeksa i HL podindeksa kreće se, dakle, između 0 i 50, a rezultati se svrstavaju u sljedeće kategorije: »neadekvatna zdravstvena pismenost« (25 i manje); »problematična zdravstvena pismenost« (od 25,1 do 33); »adekvatna zdravstvena pismenost« (od 33,1 do 42); »izvrsna zdravstvena pismenost« (od 42 do 50). Konačno, podaci su analizirani metodama deskriptivne statistike. Statistička značajnost razlika utvrđivana je parametrijskim i neparametrijskim testovima.

## REZULTATI

Kako bi se anketiralo n=1 000 ispitanika, kontaktirano je ukupno 3 604 kućanstava, pa je stupanj odaziva na anketu iznosio 28,6%<sup>7</sup>. Udio ispunjenih anketnih upitnika po anketaru nije prelazio više od 5% ukupno ispitanih ispitanika. Socio-demografska obilježja ispitanika prikazani su Tablicom 3.

<sup>6</sup> Do 999 stanovnika, 1 000 do 4 999 stanovnika, 5 000 do 24 999 stanovnika, 25 000 do 99 999 stanovnika, 100 000 i više stanovnika.

<sup>7</sup> Prilikom prvog kontaktiranja kućanstva, ispitano je 789 sudionika, odnosno, 79% ukupno realiziranog uzorka, prilikom drugog kontaktiranja njih 179 (18%), a prilikom trećeg kontakta 32 sudionika (3%).

Tablica 3.

Obilježja nacionalno-reprezentativnog uzorka prema dobi, spolu i regionalnoj pripadnosti (n=1 000)

Varijabla	n	Prosjeak (sd)
<i>Dob</i>	1 000	44 godine (16,9)
<i>Spol</i>	1 000	53% žena (0,5)
<i>Obrazovanje</i>	1 000	
Završena osnovna škola i bez osnovne škole		7,61%
Završena trogodišnja ili četverogodišnja strukovna škola ili gimnazija		67,97%
Završena viša škola u trajanju od dvije godine ili prva razina visokog obrazovanja (sveučilišni studij, visoka škola, veleučilište) (prvostupnik) ili druga razina visokog obrazovanja ili dodiplomski četverogodišnji studij ili integrirani preddiplomski i diplomski studij (sveučilišni studij, visoka škola, veleučilište) (magistar struke, stručni specijalist)		21,72%
Završen poslijediplomski specijalistički studij (sveučilišni specijalist), znanstveni magistarski studij, doktorski studij (akademski stupanj doktor znanosti – dr. sc.)		2,7%
<i>Dohodak</i>		
Osobni mjesečni dohodak	766	6 310 kn (3 129 kn)
Mjesečni dohodak kućanstva	783	11 504 kn (5 988 kn)
Ako razmislite o ukupnim mjesečnim prihodima Vašeg kućanstva, uključujući sve izvore prihoda svih članova kućanstva koji ostvaruju prihode, koliko je trenutno teško ili lako Vašem kućanstvu spajati kraj s krajem?	999	
Iznimno teško		7,7%
Prilično teško		16,3%
Ni lako ni teško		44,8%
Prilično lako		22,2%
Iznimno lako		6,3%
Ne želim odgovoriti		2,6%
<i>Dobrostanje</i>		
Sve u svemu, koliko ste trenutačno zadovoljni svojim životom u cjelini? (na skali od 1 do 10)	999	7,84 (2,03)
<i>Zdravlje</i>		
Samoprijavljeno zdravlje (VAS) (na skali od 0 do 100)	999	81,4 (20,06)
Imate li dugotrajnih bolesti ili zdravstvenih problema? Kad kažemo »dugotrajno«, mislimo na probleme koji su trajali ili očekujete da će trajati šest mjeseci ili više?	999	
Da, više od jedne		15,2%
Da, jednu		21,82%
Ne		62,98%
Indeks tjelesne mase (BMI)	943	25,05 (4,33)
Koliko ste često tijekom prethodnog mjeseca vježbali 30 minuta ili dulje, npr. trčali, hodali, vozili bicikl?	999	
Gotovo svakog dana		16,52%
Nekoliko puta na tjedan		29,13%
Nekoliko puta ovog mjeseca		24,52%
Nijednom		23,02%
Nisam mogao/mogla vježbati		6,81%
Odazivate li se na preventivne preglede i programe ranog otkrivanja raka (npr. na rano otkrivanje raka vrata maternice ili debelog crijeva)?	999	
Da, uvijek		19,52%
Povremeno		16,82%
Ne odazivam se		21,72%



Nisam primila/o poziv	41,94%
<b>Društvena pozicija</b>	
U našem društvu postoje skupine ljudi za koje kažemo da se nalaze na višoj ili nižoj društvenoj poziciji. Gdje se Vi vidite na toj ljestvici, ako ljestvica ide od 10 (vrh) do 1 (dno)?	999
1-3	8,11%
4-7	67,47%
8-10	24,42%

Izvor: izrada autora.

## ZDRAVSTVENA PISMENOST U HRVATSKOJ

Tablica 4. prikazuje udio odgovora po kategorijama. Udio odgovora »vrlo teško« do »prilično lako« značajno se razlikuje

među pitanjima. »Vrlo lako« kategorija varira od 22,6% (pitanje 11) do 49,7% (pitanje 7), a kategorija »vrlo teško« od 1% (pitanje 7) do 12,3% (pitanje 11).

Tablica 4.

Udio odgovora na sva pitanja iz HLS-EU-16 upitnika, po kategorija odgovora

P	Na ljestvici od vrlo teško do vrlo lako, što biste rekli koliko je teško ili lako...	vrlo teško	prilično teško	prilično lako	vrlo lako	ne znam	GHL
1.	...pronaći informacije o simptomima bolesti koje se odnose na vas?	4,5%	18%	39,9%	34,9%	2,7%	33,3
2.	...doznati gdje možete dobiti stručnu pomoć kad ste bolesni?	1,8%	12,7%	40,6%	42,5%	2,4%	36,5
3.	...razumjeti što vam liječnik govori?	1,5%	14,2%	44,3%	38,4%	1,6%	36,0
4.	...razumjeti upute liječnika ili ljekarnika o načinu uzimanja lijeka?	1%	8,8%	41,3%	48,1%	0,8%	39,15
5.	...procijeniti kada biste trebali zatražiti drugo mišljenje nekog drugog liječnika?	6,6%	20,3%	40%	27,9%	5,2%	29,8
6.	...primijeniti informacije koje vam liječnik daje da biste donijeli odluke o svojoj bolesti?	2,4%	14,5%	46,7%	34,1%	2,3%	34,65
7.	...slijediti upute liječnika ili ljekarnika?	1,3%	9,5%	37,9%	49,7%	1,6%	38,8
8.	...pronaći informacije o tome kako se bolje nositi s problemima povezanim s mentalnim zdravljem poput stresa ili depresije?	6,5%	22,7%	37,9%	28,7%	4,2%	30,0
9.	...razumjeti upozorenja o nezdravu ponašanju kao što je pušenje i sl.?	2,8%	10,6%	38,4%	47,8%	0,4%	38,4
10.	...razumjeti zašto se potrebno odazvati na programe ranog otkrivanja bolesti?	1,8%	6,4%	37%	52,5%	2,3%	39,2
11.	...procijeniti jesu li informacije o zdravstvenim rizicima u medijima pouzdane?	12,3%	28,9%	31,1%	22,6%	5,1%	25,6
12.	...odlučiti kako se možete zaštititi od bolesti na temelju informacija iz medija?	10,1%	28%	33,7%	23,9%	4,3%	27,1
13.	...doznati koje su aktivnosti dobre za vaše mentalno zdravlje?	2,3%	13%	42,8%	39,1%	2,8%	35,5
14.	...razumjeti savjete o zdravlju koje vam daju članovi obitelji ili prijatelji?	2,8%	11,5%	46%	36,9%	2,8%	35,2
15.	...razumjeti informacije u medijima o tome kako unaprijediti zdravlje?	7%	22,8%	40,4%	26,4%	3,4%	29,9
16.	...procijeniti koja su svakodnevna ponašanja povezana s vašim zdravljem?	2,5%	15,7%	43,3%	35,5%	3%	34,3
	Prosjek	4,20%	16,10%	40,08%	36,81%	2,81%	33,98

Izvor: izrada autora.

Rezultati pokazuju da ispitanici imaju relativno najmanje teškoća u razumijevanju uputa o korištenju lijekova i slijedenju uputa liječnika ili ljekarnika (Tablica 4.). Primjerice, samo 1% ispitanika navodi da im je vrlo teško razumjeti upute liječnika ili ljekarnika o načinu uzimanja lijeka (pitanje 7) ili slijediti upute liječnika ili ljekarnika (1,3% vrlo teško, pitanje 5). S druge strane, 6,6% ispitanika navodi da im je vrlo teško procijeniti kada bi trebali zatražiti drugo liječničko mišljenje (pitanje 8), a 10,1% navodi da im je vrlo teško odlučiti kako se možete zaštititi od bolesti na temelju informacija iz medija (pitanje 12). Najteži zadaci vezani su upravo uz procjene pouzdanosti informacija o zdravstvenim rizicima u medijima, razumijevanja medijskih informacija o tome kako unaprijediti zdravlje te uz korištenje informacija iz medija u svrhu zaštite od bolesti. Drugim riječima, informacije o zdravlju iz medija je relativno teško razumjeti, relativno teško procijeniti (u smislu pouzdanosti), a onda i relativno teško upotrijebiti u svrhu zaštite od bolesti. Činjenica da je ispitanicima vrlo teško procijeniti kada zatražiti drugo liječničko mišljenje (pitanje 5) govori u prilog zaključku da je relativno lakše slijediti uputu ili razumjeti upute (o relativno jednostavnoj stvari kao što je uzimanje lijeka), nego upotrijebiti informacije za formiranje vlastitog odnosa prema zdravlju. Ukratko, čini se da je većini ispitanika relativno lakše slijediti ili razumjeti jednostavne upute nego stvoriti vlastite stavove odnosno donijeti vlastite odluke vezane uz zdravlje.

Tablica 4. prikazuje i GHL indeks izračunat za svako od 16 pitanja. Niski GHL indeks korelira s višim udjelom »vrlo teško« i »prilično teško« odgovora. Najproblematičniju razinu zdravstvene pismenosti nalazimo u domeni procjenjivanja pouzdanosti informacije o zdravstvenim rizicima iz medijima i odlučivanja teme-

ljem tih informacija. Prosječni GHL indeks je 33,98 što ukazuje da je u prosjeku razina zdravstvene pismenosti u Hrvatskoj, mjereno HLS-EU-16 instrumentom, adekvatna, iako je na samoj granici između problematične i adekvatne.

Grafikon 1. prikazuje GHL indeks po pitanjima i zbroj kategorija odgovora »vrlo teško« i »prilično teško«. Ovaj način prikazivanja rezultata otkriva slične obrasce u domenama u kojima je razina zdravstvene pismenosti najproblematičnija. Najteže je ispitanicima razumjeti, procijeniti pouzdanost ili upotrijebiti informacije o zdravstvenim rizicima iz medija kako bi se, temeljem tih informacija, zaštitili od bolesti ili unaprijedili zdravlje. Više od 30% ispitanika nalazi da im je prilično teško ili vrlo teško procijeniti pouzdanost informacija o zdravstvenim rizicima u medijima (41,2% ispitanika), razumjeti kako informacije u medijima upotrijebiti (29,8%) ili odlučiti kako se zaštititi od bolesti na temelju medijskih informacija (38,1%). Nešto lakše, ali i dalje iznadprosječno teško je ispitanicima procijeniti kada bi trebali zatražiti drugo liječničko mišljenje (26,9%), gdje pronaći informacije o tome kako se bolje nositi s problemima povezanim s mentalnim zdravljem (29,2%) te gdje pronaći informacije o simptomima bolesti koje se odnose na njih (22,5%).

Najlakše je, čini se, slijediti upute liječnika ili ljekarnika (oko 10%) ili prijatelja, odnosno članova obitelji (14%, Grafikon 1.). Ispitanici, dakle, ne prijavljuju velike teškoće kada se pred njih stavljaju izravne upute koje oni moraju slijediti, posebno jednostavne upute o uzimanju lijeka. Međutim, iako manji broj građana ima poteškoće slijediti upute liječnika ili ljekarnika (10,8%), gotovo 50% više građana ima problema primijeniti informacije koje im liječnik daje da bi donijeli odluke o svojoj bolesti (16,9%) ili uopće razumjeti što im liječnik govori (15,7%).

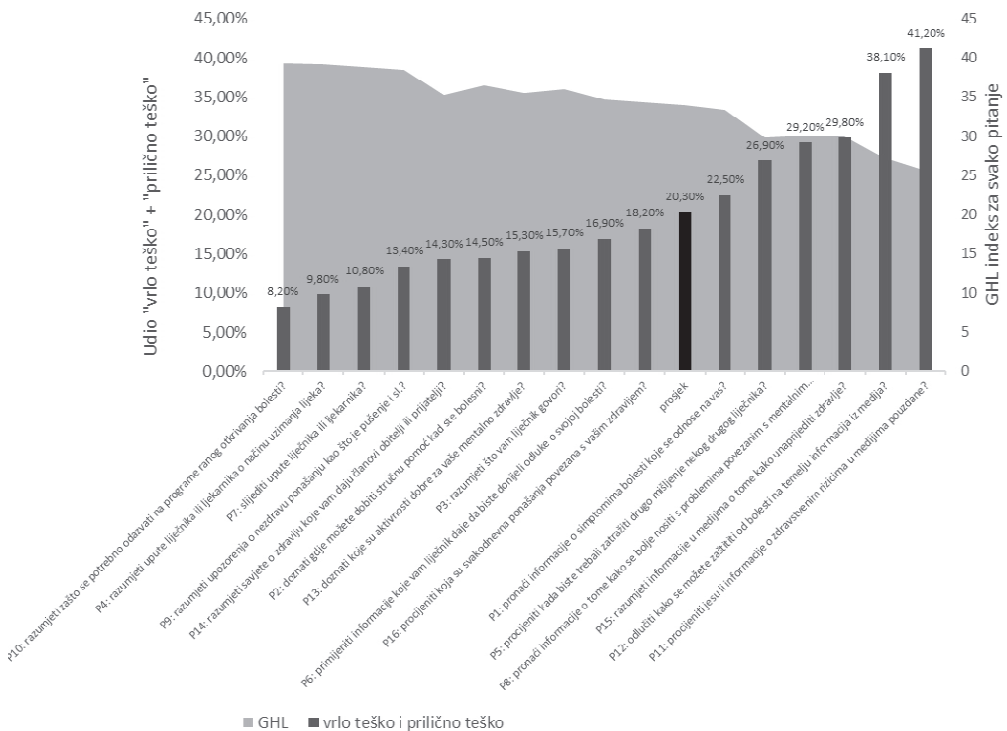
To ukazuje na poteškoće u razumijevanju i primjeni zdravstvene informacije koju građani dobiju od liječnika i potencijalno ukazuje na puno dublje komunikacijske probleme. Građanima je čak nešto lakše razumjeti što im govore obitelj i prijatelji (14,3%) u odnosu na ono što im govori liječnik (15,7%). Unatoč vrlo slabim odazivima na programe ranog otkrivanja raka u Hrvatskoj (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2021.), naši rezultati pokazuju da građani pak nemaju većih problema s razumijevanjem važnosti odaziva na preventivne preglede (samo 8,2% ispitanika navodi da im je vrlo teško ili prilično teško razumjeti važnost preventivnih pregleda). Također, unatoč relativno visokim stopa-

ma neželjenih zdravstvenih ponašanja u Hrvatskoj u odnosu na prosjek EU-a (poput pušenja, konzumiranja alkohola ili pretilosti, OECD, 2021.), građani čini se nemaju iznadprosječnih teškoća s razumijevanjem upozorenja o nezdravu ponašanjju (13,4%).

Očekivano, GHIL indeks u prosjeku snažno korelira s podindeksima (predstavljeni u Tablici 2.), dok podindeksi – također očekivano – koreliraju međusobno. Prosječne vrijednosti podindeksa ponešto se razlikuju: HL-HC podindeks iznosi 35,47 i nešto je viši od HL-DP (32,10) i HL-HP (33,74). Ispitanici su, dakle, pokazali najnižu razinu zdravstvene pismenosti u domeni prevencije bolesti.

Grafikon 1.

Zbroj kategorija »vrlo teško« i »prilično teško« i GLH indeks za svako pitanje



Izvor: izrada autora.

## ZDRAVSTVENA PISMENOST, SAMOPROCIJENJENO ZDRAVLJE I SOCIO- DEMOGRAFSKI STATUS

Viša razina zdravstvene pismenosti značajno korelira s mlađom dobi ( $r=-0,239$ ,  $p=0,00$ ), višim osobnim mjesečnim dohotkom ( $r=0,16$ ,  $p=0,00$ ), višim dohotkom kućanstva ( $r=0,17$ ,  $p=0,00$ ) i lakšim »spajanjem kraja s krajem« (što je očekivano, budući da je ta varijabla u korelaciji s osobnim i mjesečnim dohotkom;  $r=0,26$ ,  $p=0,00$ ). U pravilo, osobe koje sebe doživljavaju da se nalaze na višoj društvenoj poziciji, imaju i više razine zdravstvene pismenosti. GHIL indeks u osoba koje sebe svrstavaju na vrh društvene ljestvice imaju GHIL indeks 39,5, dok osobe koje sebe doživljavaju na dnu te ljestvice imaju GHIL indeks 25,1, što potvrđuje velike nejednakosti u razini zdravstvene pismenosti između društvenih klasa.

Više razine zdravstvene pismenosti u pozitivnoj su i statistički značajnoj korelaciji sa samoprocijenjenim zdravljem (mjerenom VAS skalom,  $r=0,39$ ,  $p=0,00$ ), nižom prevalencijom kroničnih bolesti ( $r=-0,26$ ,  $p=0,00$ ) te općim osjećajem dobrostanja ( $r=0,49$ ,  $p=0,00$ ). Rezultati izračuna indeksa tjelesne mase pokazuju da su hrvatski građani u prosjeku na samoj granici pretilosti (prosječni BMI indeks iznosi 25,05). Viši BMI u statistički je značajnoj korelaciji s nižom razinom zdravstvene pismenosti ( $r=-0,064$ ,  $p=0,03$ ). Na tragu ovog rezultata je i odnos zdravstvene pismenosti prema učestalosti vježbanja tijekom prethodnog mjeseca (30 minuta ili dulje). U skupini onih koji vježbaju gotovo svakog dana, GHIL indeks iznosi u prosjeku 38,4 dok kod osoba koje nisu prošlog mjeseca vježbale ni jednom, GHIL indeks iznosi 34,31 ( $p=0,01$ ).

Dobrostanje (eng. *well-being*), dohodak i više samoprocijenjeno zdravlje u korelaciji

su s višim razinama obrazovanja pa ne čudi i pozitivna korelacija između razine obrazovanja i zdravstvene pismenosti ( $r=0,2$ ,  $p=0,00$ ). Pronađena je i statistički značajna korelacija između odaziva na preventivne preglede i programe ranog otkrivanja raka te zdravstvene pismenosti ( $r=0,19$ ,  $p=0,00$ ). U skupini onih koji se uvijek odazivaju na preventivne preglede i programe ranog otkrivanja raka, GHIL indeks je 37,14 dok je u skupini onih koji se ne odazivaju tek 32,9. Drugim riječima, iako je HLS-EU-16 upitnik pokazao da većini ispitanika nije teško razumjeti zašto se trebaju odazvati na preventivne preglede, ipak se na takve preventivne aktivnosti odazivaju češće oni s višom razinom zdravstvene pismenosti.

## RASPRAVA

Dio razloga zašto su istraživanja zdravstvene pismenosti bila relativno rijetka do sada u Hrvatskoj potencijalno leži upravo u nedostatku validiranih instrumenata za mjerenje zdravstvene pismenosti prevedenih na hrvatski jezik. Ovim radom željeli smo takav instrument staviti istraživačima na raspolaganje jer je, za razliku od mnogih drugih društvenih odrednica zdravlja, poput socio-ekonomskog statusa, vrste zaposlenja, razine obrazovanja ili kvalitete životnog prostora, na razinu zdravstvene pismenosti građana moguće djelovati javno zdravstvenim politikama i tako ublažiti njezine ozbiljne posljedice.

Zdravstvena pismenost može se povećati boljom komunikacijom (Berkman i sur., 2011.) i razvijanjem vještina zdravstvene pismenosti (Muscat i sur., 2017.). Naši rezultati, međutim, sugeriraju da se podizanje razine zdravstvene pismenosti u Hrvatskoj ne bi smjelo oslanjati isključivo na javne ili medijske kampanje. Naime, hrvatski građani imaju relativno najviše teškoća upravo u procjenjivanju pouzdanosti informacija o zdravstvenim rizicima dostupnim u mediji-

ma, razumijevanju medijskih informacija o tome kako unaprijediti zdravlje te u korištenju informacija iz medija u svrhu zaštite od bolesti. Drugim riječima, informacije o zdravlju iz medija relativno je teško razumjeti, procijeniti (u smislu pouzdanosti), a onda i upotrijebiti u svrhu zaštite od bolesti. Javno dostupne zdravstvene informacije moraju biti osmišljene tako da ih pojedinci mogu efektivno koristiti, inače će medijske kampanje – zbog nesrazmjera između sadržaja dostupne informacije i sposobnosti njihovog razumijevanja (Safeer, Cook i Keenan, 2006.) – polučiti suboptimalne rezultate. Sukladno tome, svaka javno zdravstvena poruka trebala bi biti i čitljiva<sup>8</sup> upravo onoj ciljnoj skupini kojoj je namijenjena, a kreatori programa svoje poruke trebali bi procjenjivati sukladno SMOG indeksu čitljivosti<sup>9</sup> (McLaughlin, 1969.), koji se preporučuje koristi za procjenu zdravstvenih poruka (Wang i sur., 2013.).

S druge strane, građani imaju relativno malo teškoća u slijeđenju izravnih uputa, posebno kada se radi o relativno jednostavnim uputama (npr. o uzimanju lijekova) te će lakše razumjeti savjet prijatelja i obitelji nego liječnika. Stoga će učinkovitiji pristup podizanju zdravstvene pismenosti, posebno kod onih starijih i relativno manje obrazovanih građana biti putem kontakta sa zdravstvenim radnicima, a njihova razina i način komunikacije mora biti bolje prilagođen potrebama građana (Geboers i sur., 2018.). Izravan kontakt sa zdravstvenim radnicima ima, s druge strane, svoj veliki oportunitetni trošak jer je broj zdravstvenih radnika, kao i njihovo vrijeme, izrazito ograničeno, o čemu treba voditi računa pri osmišljavanju takvih intervencija. Stoga bi se u podizanje

razine zdravstvene pismenosti (posebno ugroženih skupina – starijih, s nižim razinama obrazovanja) moglo razmišljati i o uključivanju članova obitelji (Kickbusch, 2013.). Slično potvrđuje i recentno istraživanje (Intarakamhang i Macaskill, 2022.) koje je pokazalo kako se personaliziranim intervencijama o važnosti zdravog načina života može značajno utjecati na povećanje zdravstvene pismenosti. Sudionicima istraživanja prezentirane su situacije koje su slične njihovom stvarnom iskustvu i iskustvu njihovih obitelji, njihovim načinima života i kulturama, kako bi se pokazalo da promjene mogu pozitivno utjecati na njih i njihove obitelji. Radi lakšeg shvaćanja, navedene intervencije prikazane su putem video isječaka. Cilj prikazanih aktivnosti bio je poticanje pozitivnih stavova kako bi se postiglo povećanje razine samoefikasnosti. U cijelom procesu veliku ulogu imala je podrška voditelja i članova grupe te šire obitelji sudionika što govori u prilog multimedijalnom adresiranju problema nedovoljne razine zdravstvene pismenosti pojedinca. Rezultati zdravstvene pismenosti intervencijske skupine značajno su se povećali u odnosu na polazne te su bili znatno veći u odnosu na kontrolnu grupu (Intarakamhang i Macaskill, 2022.). Stoga, da bi ulaganje resursa u povećanje zdravstvene pismenosti zaista dovelo do poboljšanja zdravlja pojedinaca, ali i poboljšanja zdravlja cjelokupne populacije, od najmlađih dobnih skupina do najstarijih (Simmson i sur., 2017.), intervencije moraju biti prilagođene potrebama onih kojima su namijenjene. Na sličan zaključak navodi i činjenica da unatoč relativno visokim stopama neželjenih zdravstvenih ponašanja u Hrvatskoj u

<sup>8</sup> Čitljivost je svojstvo tiskanoga materijala koji je namijenjen prenošenju poruka, a utječu na brzinu i točnost čitanja ili prepoznavanja materijala. Odnosi se na svojstva izoliranih znakova (slova, brojke ili drugi slični simbolički znakovi), kao i na svojstva većih skupina ili cjelina poput riječi i rečenica (Hrvatska enciklopedija, n.d.)

<sup>9</sup> SMOG indeks je mjera čitljivosti koja procjenjuje potrebne godine obrazovanja za razumijevanje napisanog teksta, a procjenjuje se temeljem 30 rečenica teksta koristeći sljedeću formulu:  $SMOG\ indeks = 3 + \sqrt{\text{broj višesložnih riječi}}$ .



odnosu na prosjek EU-a (poput pretilosti, OECD, 2021.), građani nemaju iznadprosječnih teškoća s razumijevanjem upozorenja o nezdravu ponašanju (13,4%). To znači da problem nezdravog ponašanja kao i neodaziva na programe ranog otkrivanja raka ne leži nužno u nerazumijevanju posljedica do kojih takve odluke ili ponašanja mogu dovesti, već u drugim razlozima kojima se ovo istraživanje ipak nije bavilo, ali čije je razumijevanje ključno za dizajniranje uspješnih intervencija za smanjenje nezdravog ponašanja i povećanje odaziva na preventivne preglede i programe ranog otkrivanja raka.

Rezultati našeg istraživanja pokazuju također da je građanima puno lakše slijediti ili razumjeti upute nego stvoriti vlastite stavove o zdravlju. Ovo ukazuje na potencijalne probleme u razvoju i implementaciji paradigme u liječenju i skrbi o zdravlju koja stavlja pacijenta u središte odlučivanja o vlastitom zdravlju i prevenciji bolesti (eng. *patient-centred care*). »Pacijent u središtu medicinske skrbi« je paradigma na čiji se razvoj posljednjih godina stavlja značajan naglasak, čak i u Hrvatskoj (Pavličević i Simi, 2014.), a koja označava pomak od tradicionalnog pružanja usluga usmjerenih na bolest prema zdravstvenim uslugama usmjerenim pacijentu (Barry i Edgman-Levitan, 2012.). »Pacijent u središtu medicinske skrbi« pretpostavlja promjenu odnosa između pacijenta i zdravstvenog radnika: i dalje će biti priznat autoritet zdravstvenog radnika, ali pacijenti trebaju postati protagonisti cijelog zdravstvenog procesa, s ciljem poboljšanja kvalitete skrbi. Međutim, ako značajan dio građana ima teškoće u primjeni informacija koje im liječnik daje da bi donijeli odluke o svojoj bolesti (16,9%) ili uopće razumije što im liječnik govori (15,7%), onda se opravdano treba zapitati: koliko su hrvatski pacijenti, u prosjeku, spremni preuzeti ulogu protagonista vlastitog zdravstvenog procesa?

## ZAKLJUČAK

Mnoge zemlje shvatile su važnost zdravstvene pismenosti i njezin pozitivan utjecaj ne samo na troškove zdravstvenog sustava, već i na opće blagostanje društva. Zemlje poput SAD-a, Kine, Njemačke, Škotske i Australije usvojile su nacionalne strategije i planove za poboljšavanje zdravstvene pismenosti (Nutbeam i Lloyd, 2021.). Strategije i planovi usmjereni su prije svega na poboljšavanje komunikacije prema pacijentima. Hrvatska tek treba osmisliti konkretne planove za povećanje zdravstvene pismenosti, a u razvoju takvih planova treba imati na umu da je povećanje zdravstvene pismenosti stanovništva dugotrajan proces. Prepoznavanje važnosti zdravstvene pismenosti Nacionalnim planom razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine (NN, 147/2021.) tek je prvi korak, a rezultati ovog istraživanja trebali bi poslužiti kao putokaz za daljnje djelovanje jer na reprezentativnom uzorku populacije pokazuju da se razina zdravstvene pismenosti u Hrvatskoj, u prosjeku, nalazi na samoj granici između problematične i adekvatne. Unutar populacije, međutim, postoje značajne razlike u razini zdravstvene pismenosti povezane s klasnim, ekonomskim i socijalnim obilježjima pojedinaca. Kako utvrđivanje specifičnih obilježja (povezanih s klasnim, ekonomskim i socijalnim obilježjima pojedinaca) koja se dovode u vezu s niskom razinom pismenosti nije bio fokus ovog istraživanja, ono ujedno predstavlja svojevrsno istraživačko ograničenje koje je svakako potrebno adresirati budućim istraživanjima. Nadalje, naši rezultati pokazuju da se relativno niža zdravstvena pismenost odražava u nevoljkosti pojedinca da se odazove na preventivni pregled, da zadrži težinu ispod razine pretilosti ili da redovito vježba, što za troškove zdravstva kao i za ishode liječenja kroničnih bolesti ili karcinoma može imati ozbiljne neg-



ativne posljedice, a buduća istraživanja tek bi trebala kvantificirati te odnose. U doba digitalizacije, jednostavno rješenje spomenutih problema bilo bi korištenje medijskih kanala i servisa za informiranje i promicanje ispravnog pristupa prema zdravlju, no naši rezultati upozoravaju na ograničenu učinkovitost takvih alata i stoga pozivaju na razvoj rješenja koja će građanima biti bolje prilagođena, uzimajući u obzir činjenicu da je građanima puno lakše slijediti ili razumjeti upute nego stvoriti vlastite stavove o zdravlju.

### Financiranje i zahvala

Ovaj istraživački rad temelji se na istraživanju provedenom u sklopu projekta »Zdravstveni opservatorij« koji sufinancira Europska unija iz Europskog socijalnog fonda (projektni kod: UP.04.2.1.06.0045) te istraživanju sufinanciranom projektom »Vrijednost u zdravstvu: empirijska istraživanja i aplikacija« Hrvatske zaklade za znanost (UIP-2019-04-3721). Autori zahvaljuju prof. dr. sc. Maji Vehovec na vrijednim komentarima kojima su unaprijedili rad.

### LITERATURA

- Austvoll-Dahlgren, A., Guttersrud, Ø., Nsangi, A., Semakula, D., & Oxman, A. D. (2017). Measuring ability to assess claims about treatment effects: A latent trait analysis of items from the 'Claim Evaluation Tools' database using Rasch modelling. *BMJ Open*, 7(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013185>
- Baccolini, V., Rosso, A., & Di Paolo, C. (2021). What is the prevalence of low health literacy in European Union Member States? A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 753–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06407-8>
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33–42. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00116-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00116-5)
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making – Pinnacle of patient-centered care. *The New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bostock, S., & Steptoe, A. (2012). Association between low functional health literacy and mortality in older adults: Longitudinal cohort study. *The BMJ*, 344. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1602>
- Brangan, S., Ivanišić, M., Rafaj, G., & Rowlands, G. (2018). Health literacy of hospital patients using a linguistically validated Croatian version of the Newest Vital Sign screening test (NVS-HR). *PLoS ONE*, 13(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193079>
- Cho, Y. I., Lee, S. Y., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809–1816. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003>
- čitljivost. *Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje*. Leksikografski zavod Miroslav Krleža, 2021. Dostupno na <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=68595>
- Državni zavod za statistiku. (2021). *Statističke informacije*. Zagreb: DZS.
- Dukić, N., Arbula Blecich, A., & Cerović, Lj. (2013). Economic implications of insufficient health literacy. *Economic Research - Ekonomska Istraživanja*, 26(1), 117–132. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2013.11517643>
- Fernandez, D. M., Larson, J. L., & Zikmund-Fisher, B. J. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study. *BMC Public Health*, 16, 596. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3267-7>
- Finbråten, H. S., Wilde-Larsson, B., & Nordström, G. (2018). Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: Latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Services Research*, 18, 506. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3275-7>
- Geboers, B., Reijneveld, S. A., Koot, J. A. R., & de Winter, A. F. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: The development of a Health Literacy Intervention Model. *International Journal of Environmental*

- Research and Public Health*, 15(6), 1268. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061268>
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: The missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16, 1134. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Gibney, S., Bruton, L., Ryan, C., Doyle, G., & Rowlands, G. (2020). Increasing Health Literacy May Reduce Health Inequalities: Evidence from a National Population Survey in Ireland. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5891. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165891>
- Heijmans, M., Uiters, E., Rose, T., Hofstede, J., Devillé, W., & Van Der Heide, I. (2015). *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union*. Brussels: European Commission. <https://data.europa.eu/doi/10.2818/150402>
- European Health Literacy Project Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in Eight EU Member States*. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Available at [http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative\\_report\\_on\\_health\\_literacy\\_in\\_eight\\_EU\\_member\\_states.pdf](http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2015/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf)
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2021). *Program probira raka debelog crijeva*. Dostupno na <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/program-probira-raka-debelog-crijeva/>
- Intarakamhang, U., & Macaskill, A. (2022). Effectiveness of a health literacy intervention based on transformative learning and incorporating positive psychology on health behavior and well-being of Thai families with NCDs risk. *Journal of Public Health Research*, 11(2), 1935. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.1935>
- Jager, M., De Zeeuw, J., Tullius, J., Papa, R., Giammarchi, C., & Whittal, A. (2019). Patient Perspectives to inform a health literacy educational program: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4300. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214300>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Geneva: World Health Organization.
- Mantwill, S., & Schulz, P.J. (2015). Low health literacy associated with higher medication costs in patients with type 2 diabetes mellitus: Evidence from matched survey and health insurance data. *Patient Education and Counseling*, 98(12), 1625–1630. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.006>
- McLaughlin, G. H. (1969). SMOG Grading - A new readability formula. *Journal of Reading*, 12(8), 639–646.
- Muscat, D. M., Shepherd, H. L., Nutbeam, Don., Morony, S., Smith, S. K., Dhillon, H. M., Trevenal, L., Hayen, A., Luxford, K., & McCaffery, K. (2017). Developing verbal health literacy with adult learners through training in shared decision-making. *Health Literacy Research and Practice*, 1(4). <https://doi.org/10.3928/24748307-20171208-02>
- Navarro-Rubio, M. D., Ruddle, R., Rosenfeld, L., & Arrighi, E. (2016). Health literacy: Implications for the health system. *Medicina clinica*, 147(4), 171–175. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2016.09.020>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science and medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Odluka o donošenju Nacionalnog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine i Akcijskog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2025. godine. *Narodne novine*, br. 147/2021.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2021). *Croatia: Country Health Profile 2021. State of Health in the EU*. Paris: OECD Publishing.
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E. M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5503. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155503>
- Pavličević, I., & Simi, S. (2014). Mišljenje pacijenta je važno: pacijenti trebaju odlučivati o svojem liječenju zajedno s liječnicima. *Medix*, 20(109–110), 35–38. Dostupno na [https://www.researchgate.net/profile/Ivancica-Pavlicevic/publication/262914591\\_Misljenje\\_pacijenta\\_je\\_vazno\\_pacijenti\\_trebaju\\_odlucivati\\_o\\_svojem\\_lijecenju\\_zajedno\\_s\\_lijecnicima/links/55d0671208ae19936fd9e64/Misljenje-pacijenta-je-vazno-pacijenti-trebaju-odlucivati-o-svojem-lijecenju-zajedno-s-lijecnicima.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ivancica-Pavlicevic/publication/262914591_Misljenje_pacijenta_je_vazno_pacijenti_trebaju_odlucivati_o_svojem_lijecenju_zajedno_s_lijecnicima/links/55d0671208ae19936fd9e64/Misljenje-pacijenta-je-vazno-pacijenti-trebaju-odlucivati-o-svojem-lijecenju-zajedno-s-lijecnicima.pdf)

- Pelikan, J. M., Ganahl, K., Van den Broucke, S., & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Eds.), *International handbook of health literacy* (pp. 115–138). Bristol: Policy Press.
- Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2014). *Measuring comprehensive health literacy in general populations: Validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study*. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research.
- Placento, H., Lovrić, B., Gvozdanić, Z., Farčić, N., Jovanović, T., Jovanović, J. T., Zibar, L., Prlić, N., Mikšić, Š., Jovanović, N. B., & Lovrić, R. (2022). Croatian version of the Short Assessment of Health Literacy for Spanish adults (SAHL-SA-50): Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation. *Healthcare*, *10*(1), 111. <https://doi.org/10.3390/healthcare10010111>
- Pleasant, A., Maish, C., O'Leary, C., & Carmona, R. (2019). Measuring health literacy in adults: An overview and discussion of current tools. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro & K. Sørensen (Eds.), *International handbook of health literacy* (pp. 67–82). Bristol: Policy Press.
- RobotSarpoooshi, D., Mahdizadeh, M., Alizadeh Siuki, H., Haddadi, M., Robatsarpoooshi, H., & Peyman, N. (2020). The relationship between health literacy level and self-care behaviors in patients with diabetes. *Patient Related Outcome Measures*, *11*, 129–135. <https://doi.org/10.2147/PROM.S243678>
- Rowlands, G., Shaw, A., Jaswal, S., Smith, S., & Harpham, T. (2017). Health literacy and the social determinants of health: A qualitative model from adult learners. *Health Promotion International*, *32*(1), 130–138. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav093>
- Safeer, R. S., Cooke, C. E., & Keenan, J. (2006). The impact of health literacy on cardiovascular disease. *Vascular health and risk management*, *2*(4), 457–464. <https://doi.org/10.2147/vhrm.2006.2.4.457>
- Shieh, C., & Halstead, J. (2009). Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *38*(5), 601–612. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01059.x>
- Simmson, R., Cosgrove, S. C., Romney, M. C., Plumb, J. D., Brawer, O. R., Gonzalez, E. T., Fleisher, L. G., & Moore, B. S. (2017). Health literacy: Cancer prevention strategies for early adults. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*(3S1), 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.03.016>
- Sørensen, K., & Brand, H. (2014). Health literacy lost in translations? Introducing the European health literacy glossary. *Health Promotion International*, *29*(4), 634–644. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat013>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slońska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H. & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, *13*(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Supičić, Z., Puljić, Z., Milić, M., & Aranza, D. (2021). Zdravstvena pismenost studenata Sveučilišta u Splitu: presječna studija. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, *7*(1), 25–35. <https://doi.org/10.24141/1/7/1/3>
- Svjetska zdravstvena organizacija. (2022). *Behavioural and cultural insights*. Dostupno na [https://www.who.int/europe/health-topics/behavioural-insights#tab=tab\\_1](https://www.who.int/europe/health-topics/behavioural-insights#tab=tab_1)
- Tutić Grokša, I. (2021). Zdravstvene razlike u Republici Hrvatskoj – prikaz odabranih ranjivih skupina. *Ljetopis socijalnog rada*, *28*(2), 375–394. <https://doi.org/10.3935/ljsr.v28i2.419>
- United States Department of Health and Human Services. (2022). *Health literacy in healthy people 2030*. Available at <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/health-literacy-healthy-people-2030>
- van der Gaag, M., Heijmans, M., Spoiala, C., & Rademakers, J (2022). The importance of health literacy for self-management: A scoping review of reviews. *Chronic Illness*, *18*(2), 234–254. <https://doi.org/10.1177/17423953211035472>
- Vandenbosch, J., Van den Broucke, S., Vancorenland, S., Avalosse, H., Verniest, R., & Callens, M. (2016). Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *70*(10), 1032–1038. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206910>
- Wang, L. W., Miller, M. J., Schmitt, M. R., & Wen, F. K. (2013). Assessing readability formula differences with written health information materials: Application, results, and recommendations. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *9*(5), 503–516. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.05.009>

## **Summary**

### **HEALTH LITERACY IN CROATIA**

**Ana Bobinac**

*Centre for Health Economics and Pharmacoeconomics  
Faculty of Economics and Business, University of Rijeka  
Rijeka, Croatia*

**Nikolina Dukić Samaržija**

**Elizabeta Ribarić**

*Faculty of Economics and Business, University of Rijeka  
Rijeka, Croatia*

*Research shows that low levels of health literacy have negative consequences for the health of the individual and the community. The aim of the research is to establish the average level of health literacy in Croatia on a nationally representative sample and to identify characteristics that can be linked to particularly low levels of health literacy. The results show that the level of health literacy in Croatia, on average, is at the very border between problematic and adequate. Within the population, however, there are significant differences in the level of health literacy associated with the class, economic and social characteristics of individuals. Lower health literacy reflects in an individual's reluctance to respond to preventive screenings, keep weight below obesity levels, or exercise regularly. Our results suggest that raising the level of health literacy in Croatia should not rely primarily on media campaigns, because health information from the media is difficult for citizens to understand and use for the purpose of protection against diseases.*

**Key words:** health literacy, HLS-EU-16, public health.