


## Stanowisko *American Heart Association* na temat alfabetyzmu zdrowotnego (*health literacy*) z 10 lipca 2018 roku z komentarzem

Health literacy – scientific statement from the American Heart Association  
(July 10, 2018) with a commentary

Alicja Baska<sup>1</sup>, Daniel Śliż<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>SKN Medycyny Stylu Życia przy III Klinice Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

### Streszczenie

W lipcu 2018 roku *American Heart Association* (AHA) wydało oficjalne stanowisko dotyczące znaczenia *health literacy* w kontekście leczenia i profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego. Jak podkreślają przedstawiciele AHA, podjęcie działań zmierzających do poprawy w obszarze alfabetyzmu zdrowotnego jest kluczowe do osiągnięcia *2020 Impact Goal*, a także stanowi niezbędny punkt w projektowaniu i przeprowadzaniu programów profilaktycznych czy inicjatyw koordynowanych z poziomu instytucji sektora zdrowia publicznego.

Alfabetyzmem zdrowotnym określa się stopień, w którym interesant jest w stanie pozyskać i zinterpretować podstawowe informacje dotyczące zdrowia oraz usług zdrowotnych i tym samym uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Wśród umiejętności i kompetencji związanych z alfabetyzmem zdrowotnym wymienia się również zdolność zrozumienia zaleceń lekarskich, procedur szpitalnych, systemu organizacji kolejnych wizyt i innych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także treści zawartych w materiałach edukacyjnych. Niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego oznacza więc w praktyce między innymi ograniczoną świadomość własnego stanu zdrowia czy stosowanego leczenia, wynikającą z nieskutecznej komunikacji lekarza pacjentem lub przyczyniającą się do takiego, a także dalszego błędnego sposobu przyjmowania leków czy późnego reagowania na pojawiające się objawy choroby.

Przedmiotem niniejszego artykułu jest podsumowanie kluczowych wniosków przedstawionych we wspomnianym opracowaniu i ich przybliżenie polskiemu odbiorcy.

Słowa kluczowe: alfabetyzm zdrowotny, promocja zdrowia, edukacja zdrowotna

Folia Cardiologica 2020; 15, 1: 34–41

### Wprowadzenie: alfabetyzm zdrowotny

W lipcu 2018 roku *American Heart Association* (AHA) wydało oficjalne stanowisko dotyczące znaczenia *health literacy* w kontekście leczenia i profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego [1]. Przedmiotem niniejszego artykułu jest

podsumowanie kluczowych wniosków przedstawionych we wspomnianym opracowaniu.

Na wstępie warto zaznaczyć, że w języku polskim tłumaczenie terminu *health literacy* nie zostało jeszcze ujednolicone – w piśmiennictwie występuje między innymi pod hasłem „kompetencji zdrowotnych”, „piśmienności

zdrowotnej”, „funkcjonalnej wiedzy zdrowotnej” [2] czy preferowanym [3, 4], wykorzystanym także na potrzeby tego artykułu, „alfabetyzmu zdrowotnego”.

Jak zdefiniowano na początku analizowanego dokumentu, alfabetyzmem zdrowotnym określa się stopień, w jakim interesant jest w stanie pozyskać i zinterpretować podstawowe informacje dotyczące zdrowia oraz usług zdrowotnych i tym samym uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia. Definicję tę można poszerzyć o wskazane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) „poznawcze i społeczne umiejętności, które warunkują motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu do informacji oraz rozumienia i spożytkowania jej w taki sposób, który promuje i utrzymuje dobry stan zdrowia” [5].

Wśród umiejętności i kompetencji związanych z alfabetyzmem zdrowotnym wymienia się również zdolność zrozumienia zaleceń lekarskich, procedury wypisów, systemu organizacji kolejnych wizyt i innych zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a także treści zawartych w materiałach edukacyjnych. Niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego oznacza więc w praktyce między innymi ograniczoną świadomość własnego stanu zdrowia czy stosowanego leczenia, wynikający z nieskutecznej komunikacji lekarza pacjentem lub przyczyniający się do takiej, a także dalszego błędnego sposobu przyjmowania leków czy późnego reagowania na pojawiające się objawy choroby. Interesująca jest także silna korelacja między niskim poziomem alfabetyzmu zdrowotnego a znacznie niższymi wskaźnikami udziału w badaniach klinicznych obserwowanych w tej grupie pacjentów.

**Szacuje się, że poziom alfabetyzmu zdrowotnego pozwalający na w pełni efektywne poruszanie się i zorientowanie w zasadach organizacji systemu ochrony zdrowia dotyczy zaledwie 12% dorosłych Amerykanów [6].**

Wyniki badań naukowych są spójne i potwierdzają, że problem niskiego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego stanowi zagrożenie dla zdrowia jednostki, a także jest problemem ogólnospołecznym. Udokumentowano jego niekorzystny wpływ na zachorowalność, umieralność, ryzyko ponownej hospitalizacji czy zwiększanie kosztów w sektorze opieki zdrowotnej.

Poziom alfabetyzmu zdrowotnego jest silnie związany z poziomem edukacji ogólnej oraz statusem socjoekonomicznym, faktem przynależności do mniejszości narodowej czy osiągnięciem podeszłego wieku.

Z perspektywy wypracowania skutecznych strategii przeciwdziałania problemowi istotny jest fakt, że niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego wśród rodziców przekłada się bezpośrednio na niższe kompetencje zdrowotne ich dzieci, a także jest związany z zapewnieniem dzieciom gorszej opieki w zakresie profilaktyki oraz sprzyja przyjmowaniu przez ich potomstwo niekorzystnych wzorców zachowań zdrowotnych (m.in. predysponując do rozwoju otyłości [7]).

Jak podkreśla AHA, podjęcie działań zmierzających do poprawy w obszarze alfabetyzmu zdrowotnego jest kluczowe do osiągnięcia *2020 Impact Goal*<sup>1</sup>, a także stanowi niezbędny punkt w projektowaniu i przeprowadzaniu programów profilaktycznych czy inicjatyw koordynowanych z poziomą instytucji sektora zdrowia publicznego.

## Cele opracowania

Autorzy opracowania wyznaczyli następujące cele:

- zwiększanie świadomości wśród pracowników systemu ochrony zdrowia na temat poziomu alfabetyzmu zdrowotnego w społeczeństwie oraz skali tego zjawiska w kontekście chorób układu sercowo-naczyniowego;
- podsumowanie udokumentowanej istotności alfabetyzmu zdrowotnego w systemie ochrony zdrowia w odniesieniu przede wszystkim do danych dotyczących poszczególnych chorób układu sercowo-naczyniowego, ich prewencji, czynników ryzyka, terapii;
- przedstawienie sprawdzonych i skutecznych strategii służących znoszeniu barier w prewencji i leczeniu chorób układu sercowo-naczyniowego będących wynikiem niskiego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego;
- podkreślenie istniejącego związku między społecznymi determinantami zdrowia a poziomem alfabetyzmu zdrowotnego oraz jego konsekwencji – utrwalanu nierówności w dostępie do zdrowia;
- wyznaczenie nowego kierunku w badaniach i działaniach służących poprawie opieki nad pacjentem w kontekście zdrowia sercowo-naczyniowego i wsparcia inicjatyw z zakresu zdrowia publicznego poprzez włączenie do nich działań na rzecz alfabetyzmu zdrowotnego

## Identyfikacja głównych barier

Przed omówieniem możliwych rozwiązań i strategii pozwalających na poprawę poziomu alfabetyzmu zdrowotnego oraz dotarcie do grup najbardziej zagrożonych problemem warto zidentyfikować konkretne cele planowanych interwencji oraz określić główne przeszkody utrudniające pacjentom o niskim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego kontakt i dostęp do właściwej opieki zdrowotnej.

Na pierwszym miejscu autorzy stanowiska zwracają uwagę na wyzwania związane z samą dostępnością odpowiednich usług zdrowotnych. W Stanach Zjednoczonych w tej grupie barier identyfikuje się między innymi konieczność wypełnienia wniosków o pokrycie świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego – dokumentów zaawansowanych pod kątem użytego języka, wymagających więcej niż podstawowej wiedzy ogólnej.

<sup>1</sup>Poprawa o 20% stanu zdrowia Amerykanów w zakresie układu sercowo-naczyniowego do 2020 r.

Kolejną przeszkodę stanowią różnego rodzaju materiały „okołodrowotne”, w tym ulotki edukacyjne – ich język niezadko pozostaje niedostosowany do możliwości i stopnia wykształcenia odbiorcy, zawiera nomenklaturę ściśle medyczną, naukową. Podobnie jest w przypadku dokumentów mających z założenia zapewnić pacjentowi wgląd w proces terapeutyczny, włączających go do uczestnictwa w doborze leczenia, na przykład formularzy zgody na wykonywaną procedurę medyczną. W praktyce materiały te bardzo rzadko są dla pacjenta w pełni zrozumiałe. Na uwagę zasługują także internetowe źródła wiedzy medycznej i pseudomedycznej, do których zwraca się część pacjentów w poszukiwaniu przystępnych form przekazu. Warto zaznaczyć, że osoby z grupy o najniższym poziomie alfabetyzmu zdrowotnego mogą nie dysponować stałym dostępem do informacji pozyskiwanych z wiarygodnego źródła lub mogą mieć trudności w ocenie rzetelności treści i odróżnieniu ich od treści stanowiących zagrożenie dla zdrowia.

Kolejna grupa barier wynika z niedostosowanego do możliwości pacjenta sposobu komunikacji z lekarzem i innymi pracownikami ochrony zdrowia. Jak wskazują cytowane w stanowisku badania, terminologia medyczna wykorzystywana w komunikacji przez lekarzy stanowi wyzwanie nawet dla wysoko wykształconej grupy pacjentów. Dodatkowym problemem wydaje się postawa samych pacjentów o niskim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego – często niesygnalizujących braku zrozumienia przekazu, nieszukających wiedzy na temat problemu, który ich dotyka. Czynności związane z dbaniem o zdrowie, na przykład właściwe dawkowanie leków czy czytanie dołączonych do nich ulotek, wymaga umiejętności wykraczających poza samo spektrum alfabetyzmu zdrowotnego. Należy pamiętać między innymi o podstawowych umiejętnościach z zakresu matematyki, komunikacji słownej i pisemnej, czytania ze zrozumieniem. Osoby z grup o najniższym poziomie alfabetyzmu zdrowotnego mogą wykazywać braki również w wyżej wymienionych obszarach, które podczas doboru działań służących poprawie kompetencji zdrowotnych powinny również zostać włączone.

Autorzy stanowiska zwrócili także uwagę na bariery językowe oraz kulturowe, istotne szczególnie w społeczeństwach o dużym odsetku mniejszości narodowych, uchodźców czy imigrantów. Populacje te są szczególnie narażone na bariery związane z niewłaściwą komunikacją czy brakiem dostępu do usług medycznych, będące konsekwencją braku zrozumienia sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, procedur i dokumentów.

### **Podsumowanie najważniejszych zależności między poziomem alfabetyzmu zdrowotnego a chorobami układu sercowo-naczyniowego i ich prewencją**

W wielu badaniach potwierdza się kluczową rolę alfabetyzmu zdrowotnego – zarówno w prewencji pierwotnej,

jak i wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego – oraz podkreśla jego wpływ na skuteczność procesu terapeutycznego. Omawiane opracowanie powstało na podstawie analizy wszystkich dostępnych publikacji w tym obszarze, w których grupa badanych wynosiła więcej niż 150 osób, wydanych między styczniem 2004 roku a listopadem 2016 roku (ok. 35 badań).

Pierwsza z obserwacji, spójna dla kilku publikacji, to wynikająca z niskiego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego niewłaściwa samoocena stanu zdrowia czy stopnia zaawansowania choroby. Przykładem może być badanie, do którego zakwalifikowano pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. W samodzielnym pomiarze ciśnienia tętniczego (AH, *arterial hypertension*) znacząca część z nich nie potrafiła prawidłowo zinterpretować wyników, uznając wynik 160/100 mm Hg za prawidłowy [8]. Jest to niepokojące, ponieważ znajomość celów terapeutycznych w leczeniu AH (tutaj np. konkretnych wartości ciśnienia tętniczego) bezpośrednio przekłada się na lepszą samokontrolę choroby [9]. W innym z cytowanych badań osoby o niższym stopniu alfabetyzmu zdrowotnego cechowało 1,8–2,7-krotnie wyższe ryzyko nieosiągnięcia wartości ciśnienia tętniczego określonych w wytycznych. Podobne zależności obserwuje się w przypadku cukrzycy. Brak wystarczającej wiedzy na jej temat przełożył się na nawet 4-krotnie częstsze przekonanie pacjentów o właściwej kontroli choroby (mimo nieprawidłowych wartości hemoglobiny glikowanej) w porównaniu z samooceną pacjentów o wyższym poziomie alfabetyzmu zdrowotnego [10]. Istotna natomiast, zwłaszcza w perspektywie rosnącej dostępności rozwiązań telemedycznych, jest obserwowana mniejsza częstotliwość i stopień wykorzystania elektronicznego portalu dla chorych na cukrzycę przez pacjentów o niższym poziomie alfabetyzmu zdrowotnego [11, 12].

Poziom alfabetyzmu zdrowotnego wpływa również na sposób przyjmowania leków czy *compliance* w innych rodzajach terapii. Obserwuje się przykłady niecelowego błędnego przyjmowania leków wynikające między innymi z niewłaściwego zrozumienia zaleceń dotyczących dawkowania czy sposobu podawania oraz zależność między realizowaniem zaleceń związanych ze zmianą nawyków żywieniowych w cukrzycy a poziomem wiedzy o tej chorobie.

W przypadku incydentów sercowo-naczyniowych w grupach pacjentów o niższym poziomie alfabetyzmu zdrowotnego zaobserwowano natomiast zwiększony odsetek rehospitalizacji, a w przypadku niewydolności serca – zwiększoną umieralność ogólną (nawet 2-krotnie). Szacuje się, że w grupie pacjentów z tą chorobą ograniczony poziom alfabetyzmu zdrowotnego dotyczy nawet 40%. Wynik ten jest podobny do poziomu alfabetyzmu zdrowotnego określanego na podstawie umiejętności pacjenta do objaśnienia, na czym polega jego choroba w badaniu przeprowadzonym w grupie osób z migotaniem przedsionków, w którym wyniósł on około 50%. Jest to istotne, ponieważ

poziom świadomości na temat choroby przekłada się na dalszy proces terapeutyczny i dostosowanie do schematu stosowania leków.

Wiedza w zakresie czynników ryzyka, a także postępowania w trakcie wystąpienia objawów jest szczególnie istotna w przypadku pacjentów zagrożonych udarem. Autorzy zwrócili uwagę na szczególnie widoczne w tym zakresie różnice w poziomie edukacji i świadomości między różnymi grupami etnicznymi.

W kontekście profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego nie bez znaczenia wydaje się również zależność między dokonywanymi wyborami żywieniowymi, aktywnością fizyczną a poziomem alfabetyzmu – im wyższy jest ten poziom, tym większy zakres podejmowanych działań prozdrowotnych. Podobnych wniosków dostarczają badania w grupie osób z otyłością. Obserwacje w grupie pacjentów z niewydolnością serca również prowadzą do spójnych wniosków – poziom alfabetyzmu zdrowotnego jest niezależnym czynnikiem determinującym częstość podejmowania i skuteczność zachowań prozdrowotnych (*self-care*). Z tego powodu niekiedy bierze się go pod uwagę podczas oceny i wyboru opcji terapeutycznych [13]. Być może wiąże się to z faktem, że wyższy poziom alfabetyzmu zdrowotnego, przekładający się między innymi na lepsze zrozumienie istotności i sposobów leczenia – zarówno farmakologicznego, jak i za pomocą zmian w stylu życia – przekłada się na zwiększenie poczucia samoskuteczności (*self-efficacy*) i odpowiedzialności za stan własnego zdrowia.

Niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego koreluje również dodatnio z większą częstością uzależnienia od tytoniu oraz mniejszą wiedzą na temat szkodliwości palenia. Dodatkowo osoby wykazujące się jego niższym poziomem ponad 3 razy częściej wracają do nałogu po zakończeniu programów wspierających proces rzucania palenia.

### Przegląd rekomendowanych strategii i działań poprawiających poziom alfabetyzmu zdrowotnego

Wpływ poziomu alfabetyzmu zdrowotnego na przebieg procesu terapeutycznego i profilaktykę licznych chorób jest dobrze udokumentowany, nie pozostawiając żadnych wątpliwości co do istotności lub wręcz konieczności podejmowania działań służących zwiększaniu kompetencji zdrowotnych społeczeństwa. Kluczowym pytaniem pozostaje, w jaki sposób projektować interwencje i z jakich strategii korzystać, by ich oddziaływanie na pacjenta i jego stan zdrowia było jak najskuteczniejsze, również z perspektywy ekonomicznej. Poniżej zaprezentowano przegląd działań zaprezentowanych w stanowisku AHA wraz z próbą uszeregowania ich pod kątem rodzaju interwencji.

Za jedną z najprostszych, najtańszych, przynoszących jednak znaczącą poprawę pod kątem przestrzegania

zaleceń terapeutycznych (nawet 5-krotną [14]) jest modyfikacja opakowań leków do formy bardziej czytelnej i zrozumiałej dla pacjenta (w cytowanym badaniu zmieniono między innymi zapis dotyczący pory przyjmowania kolejnych dawek – zamiast wskazania, ile razy dziennie (np. 4 × 1 tabl.), rozpisano każdą dawkę na konkretne pory dnia (rano, w południe etc.); dodatkowo zastosowano wskazówki w formie graficznej umieszczone na środku opakowania, a najważniejsze dla pacjenta treści podano pogrubioną i powiększoną czcionką). Podobne rozwiązania w postaci ilustrowanych schematów dawkowania leków oraz wykorzystaniu „pocztówek przypominajek” (*postcard reminders*) wydają się przydatne w grupie pacjentów z niskim poczuciem samoskuteczności w zakresie procesu terapeutycznego, w przypadku politerapii czy przy wyjściowym niskim *compliance*. Innym z zabiegów korzystnie wpływających na *compliance* było wykorzystanie „kart ćwiczeń” (*flashcards*) i filmików z kodem QR zawartych na opakowaniach leku [15].

Ilustrowane materiały wykazały również skuteczność, choć ograniczoną, w grupie pacjentów z niewydolnością serca (przyczyniły się do zmniejszenia częstości hospitalizacji ogółem). W przypadku częstości hospitalizacji związanej bezpośrednio z chorobą czy w przypadku poprawy jakości życia różnice nie były istotne statystycznie [16]. Interwencja koncentrowała się na zwiększaniu świadomości na temat objawów związanych z chorobą możliwych do samokontroli przez pacjentów i zachęcaniu ich między innymi do regularnych pomiarów masy ciała czy obserwacji kostek pod kątem występowania obrzęków. Czynności te przedstawiano graficznie.

Wśród innych technik komunikacyjnych rekomenduje się także „przesiewowe” sprawdzanie stopnia zrozumienia przez pacjenta planu klinicznego i podejmowanych działań terapeutycznych (*screening for comprehension*) zamiast biernego oczekiwani, aż pacjent sam zgłosi niezrozumienie przekazywanych treści.

Innym przykładem skutecznej interwencji, dotyczącym edukacji, było objęcie pacjentów o niskim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego specjalnym, zindywidualizowanym programem edukacji zdrowotnej dotyczącym cukrzycy [17]. Przyniosło to istotną statystycznie poprawę w porównaniu z grupą poddaną terapii standardowej. Warto jednak zauważyć, że interwencja ta okazała się skuteczna jedynie w grupie pacjentów o wyjściowo niskim poziomie alfabetyzmu, w grupie o jego wyższym poziomie pacjenci uzyskali wyniki podobne do uczestników z grupy kontrolnej. Kluczowe, głównie pod kątem ekonomicznym, wydaje się więc wypracowanie w przypadku tego rodzaju interwencji sposobu klasyfikacji poziomu alfabetyzmu zdrowotnego, aby z odpowiednią strategią terapeutyczną dotrzeć do właściwej grupy pacjentów. Ukierunkowanie programów edukacyjnych okazało się także istotne w przypadku zwiększania świadomości na temat objawów udaru i postępowania



w przypadku ich wystąpienia. Autorzy jednej z interwencji objęli swoimi działaniami całe rodziny, włączając w program również dzieci [18].

Skuteczność programów edukacyjnych, odpowiednio dostosowanych do potrzeb odbiorców, potwierdzono także w badaniu, w którym interwencja dotyczyła zmniejszenia kaloryczności diety poprzez ograniczenie spożycia napojów słodzonych w grupie osób z otyłością o niskim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego. Program zawierał między innymi zajęcia grupowe, metodę *teach-back*<sup>2</sup> oraz interaktywne wiadomości głosowe (*interactive voice response*). Interwencję w postaci kilkukrotnych rozmów telefonicznych służących zwiększeniu świadomości i wiedzy pacjenta wykorzystano z kolei w badaniu w grupie osób z niewydolnością serca i o niskim poziomie alfabetyzmu zdrowotnego. Pacjenci objęci takimi działaniami rzadziej wymagali hospitalizacji [19]. Podobne wyniki oraz dodatkowo lepszy *compliance* uzyskano w programie edukacyjnym dotyczącym zasad prawidłowej farmakoterapii w migotaniu przedsionków prowadzonym przez pielęgniarki [20]. W przypadku tej choroby (odmiennie od innych prezentowanych wcześniej stanowisk) autorzy zwrócili uwagę na większe korzyści płynące z ułatwienia dostępu do odpowiedniej opieki zdrowotnej wszystkim pacjentom (bez względu na poziom alfabetyzmu zdrowotnego) zamiast dostosowywania metod terapeutycznych do poziomu świadomości pacjentów. Zgodne są jednak wnioski dotyczące pozytywnej korelacji między stanem wiedzy a **przyległością do terapii** (*compliance*), wyborami żywieniowymi, samodzielnym monitorowaniem zaawansowania choroby, w tym rozpoznawania jej kluczowych objawów.

Autorzy podkreślają także istotność interwencji prowadzonych wielowymiarowo, interdyscyplinarnie przez przedstawicieli różnych profesji medycznych lub ośrodki świadczące różne rodzaje usług w sektorze ochrony zdrowia – od przychodni po apteki. Działania takie mają potencjał utrzymania bardziej długofalowego oddziaływania na pacjenta. Jednym z przykładów takich strategii może być zapewnianie przyrzędów do pomiaru ciśnienia w aptekach zachęcające do regularnej kontroli, wizyt lekarskich i przypominających o konieczności regularnego przyjmowania leków, innym – bliska współpraca farmaceuty w procesie edukacji pacjenta w zakresie stosowanej terapii po opuszczeniu przez niego szpitala, wsparta telefonami po wypisaniu (*follow-up*). Działania te przyniosły 60-procentowe obniżenie ryzyka rehospitalizacji w ciągu najbliższych 30 dni [21].

Wspomniano już wcześniej o rozwiązaniach technologicznych, w postaci między innymi aplikacji telefonicznych czy internetowych platform edukacyjnych, których zastosowanie jest dość ograniczone w grupach szczególnie

narażonych na niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego – o niskim statusie socjoekonomicznym czy niemających stałego dostępu do internetu i/lub smartfonów. Z tego względu testuje się inne metody docierania do tych populacji, prowadzone na mniejszą skalę, jednak o potwierdzonej skuteczności, bezpośrednio skierowane do określonych odbiorców. Do takich przykładów należą kampanie edukacyjne, w tym „Tailored Approaches to Stroke Health Education” [22], dotyczące rozpoznawania objawów udaru i postępowania po ich wystąpieniu skierowane do mniejszości: populacji afroamerykańskiej – prowadzona w salonach fryzjerskich za pośrednictwem wyedukowanych wcześniej fryzjerów czy populacji hiszpańskojęzycznej za pomocą wykładów i filmów – prowadzona w miejscach kultu religijnego.

## Podsumowanie

Biorąc pod uwagę powszechność zjawiska ograniczonego poziomu alfabetyzmu zdrowotnego przy jednoczesnym dobrym udokumentowaniu istotnej roli, jaką pełni w leczeniu i profilaktyce większości jednostek chorobowych dotyczących układu sercowo-naczyniowego, wydaje się zasadnym promowanie działań, które jako jeden z czynników ryzyka wpływających na pomyślność terapii czy barierę w przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych, a tym samym cel interwencji przyjmują właśnie poziom alfabetyzmu zdrowotnego. W tym celu podjęto próbę opracowania uniwersalnych wytycznych opartych na dobrych praktykach (częściowo przedstawionych wyżej) w formie możliwie najbardziej ustandaryzowanej – tak, aby ich wdrożenie było możliwe na poziomie każdego ośrodka medycznego, niezależnie od kraju czy profilu działalności. Dokument ten pn. „AHRQ Universal Precautions Toolkit for Health Literacy” [23] jest dostępny do publicznego użytku. Jak piszą jego współautorzy, publikacja ma za zadanie:

- ułatwić komunikację i zapewnić wszystkim pacjentom możliwość zrozumienia komunikatów medycznych, tak aby zminimalizować ryzyko błędów komunikacyjnych;
- ułatwić orientację w przestrzeni ośrodków medycznych oraz w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia;
- wspierać starania pacjentów dążące do poprawy stanu ich zdrowia.

Ów „Toolkit” składa się z 21 kroków, a autorzy stanowiąca AHA zwracają szczególną uwagę na rolę samego lekarza w kreowaniu modelu opieki medycznej dostosowanego do zagadnień związanych alfabetyzmem zdrowotnym. Wśród jego najważniejszych kompetencji i umiejętności w tym zakresie wymieniają: słuchanie, spokojne tempo wypowiedzi, posługiwanie się w kontakcie z pacjentem językiem niemedycznym, stwarzanie możliwości i aktywne zachęcanie do zadawania pytań, wykorzystanie techniki *teach-back*<sup>2</sup>, pomocy graficznych czy modeli.

<sup>2</sup>Na przykład prośenie pacjentów o wyjaśnienie zaleceń własnymi słowami

## 21 kroków — zestaw narzędzi służących podnoszeniu poziomu alfabetyzmu zdrowotnego

1. Stwórz zespół — najlepiej interdyscyplinarny, aby wspólnie promować i wypracować jak najlepsze praktyki związane z alfabetyzmem zdrowotnym.
2. Opracuj program poprawy w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego — zawrzyj w nim krótko- i długofalowe cele odpowiadające na wyzwania związane z alfabetyzmem zdrowotnym w kontekście chorób układu sercowo-naczyniowego.
3. Zwiększ świadomość — edukuj kadre medyczną na temat alfabetyzmu zdrowotnego, jego istotności i wyzwań z nim związanych w odniesieniu do chorób układu sercowo-naczyniowego.
4. Komunikuj się w sposób jasny i zrozumiały — używaj prostego języka, unikając żargonu medycznego, dostosuj język w takich materiałach, jak zgoda pacjenta; dostosuj się do języka używanego przez pacjenta; wykorzystuj pomoce graficzne w trakcie tłumaczenia procedury badań czy stadiów zaawansowania choroby.
5. Stosuj metodę *teach-back* [19] — stosując ją, udokumentuj postępy w edukacji pacjenta i stopniu jego zaangażowania między poszczególnymi wizytami.
6. Zapewnij ciągłość opieki nad pacjentem (zapewnij *follow-up*) — zaangażuj pacjenta w proces monitorowania objawów oraz przestrzegania zaleceń terapeutycznych.
7. Zapewnij możliwość telefonicznej komunikacji z pacjentem — ułatw pacjentowi możliwość kontaktu z tobą lub ośrodkiem medycznym.
8. Stosuj metodę „papierowej torby” (*brown bag review*) — zawsze dąż do poznania wszystkich leków, które przyjmuje pacjent, na przykład zachęcając pacjenta do przyniesienia ich na wizytę; zachęcaj pacjenta do notowania (ręcznego lub za pomocą aplikacji) przyjmowania leków, aby monitorować *adherence*; nawiąż współpracę z farmaceutami.
9. Zwróć uwagę na bariery językowe — przeprowadź edukację i ocenę językową z tłumaczem.
10. Bierz pod uwagę różnice w kulturze, zwyczajach czy poglądach religijnych — weź udział w treningu kompetencji kulturowych; bierz pod uwagę fakt, że pochodzenie czy przekonania pacjentów mogą wpływać na ich stosunek do leczenia i samej opieki medycznej.
11. Oceń, dobrać lub opracuj materiały edukacyjne dostosowane do możliwości pacjenta — formularze, wnioski, zgody, broszury dotyczące procedur i zabiegów medycznych.
12. Skutecznie wykorzystuj edukacyjne materiały zdrowotne — opracuj niezbędne zestawy informacji dla pacjenta o poszczególnych jednostkach chorobowych (*clinical order set*) lub zapewnij im zebrane materiały na ten temat.
13. Witaj pacjentów w odpowiedni sposób, zadbaj o właściwe nastawienie i postawę — zapewnij otoczenie, w którym pacjent będzie czuł się zachęcany do zadawania pytań.
14. Zachęcaj do zadawania pytań — aktywnie umożliwianie zadawanie pytań na temat chorób układu sercowo-naczyniowego w odniesieniu do doświadczenia pacjenta w tym zakresie i dotychczasowych metod terapeutycznych.
15. Stwarzaj plany działania wraz ze swoimi pacjentami — wspólnie wybijcie realistyczne cele (np. przestrzeganie zaleceń dotyczących właściwego dawkowania, zwrócenie uwagi na konkretne czynniki ryzyka, np. palenie papierosów).
16. Pomóż pacjentom zapamiętać, w jaki sposób i o jakich porach przyjmować leki — zapoznaj pacjenta z możliwymi pomocami w tym zakresie, na przykład aplikacjami na telefon lub prowadzeniem dzienniczka, wręcz pudełeczko na leki; bądź przygotowany na możliwe błędy i niepowodzenia.
17. Zadbaj o informacje zwrotne od pacjenta — zbieraj informacje na temat jego doświadczenia z bycia pacjentem, kontaktu z tobą czy otrzymanych świadczeń (np. za pomocą ankiet), słuchaj jego sugestii.
18. Wskaż pacjentowi dostęp do wsparcia niemedycznego — wskaż miejsca lub instytucje funkcjonujące już w społeczności lokalnej (*community-based resources*).
19. Doradź pacjentowi w zakresie „nawigacji” po systemie ochrony zdrowia — wesprzyj pacjenta w kwestiach formalnych związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym czy przysługujących mu uprawnieniach.
20. Wskaż pacjentowi materiały, które pomogą mu poprawić zdolności w zakresie alfabetyzmu czy podstawowych umiejętności matematycznych — zwróć uwagę na to, jak poziom alfabetyzmu zdrowotnego wpływa na jakość życia i funkcjonowania pacjenta; zidentyfikuj i wskaż zasoby w społeczności lokalnej.
21. Uproś system skierowań do innych specjalistów — upewnij się, że pacjent rozumie sposób skierowania się do kolejnego specjalisty; gdy konsultujesz innych pacjentów, zapewnij im oraz lekarzowi prowadzącemu wiadomość zwrotną.  
Największym wyzwaniem, a zarazem priorytetem pozostaje, by — mając już opracowane strategie, częściowo przedstawione w niniejszym opracowaniu — wypracować skuteczność metody ich implementacji oraz zapewnić im skuteczności działania w realiach placówek opieki medycznej.

## Abstract

In July 2018, the American Heart Association (AHA) released a statement on the relevance of health literacy in the prevention and treatment of cardiovascular diseases. As emphasised by the AHA, actions undertaken with the intention of improving health literacy status will be crucial in achieving the 2020 Impact Goal. They are also essential for designing and implementing prevention campaigns and in coordinating initiatives within the public health sector.

Health literacy is defined as „the degree to which individuals are able to access and process basic health information and services and thereby participate in health-related decisions”. Skills and competencies related to health literacy include also an ability to understand: physician’s recommendations, hospital procedures, plan of treatment and visits, other principles within the healthcare system as well as the content of educational materials.

Thus, a low level of health literacy might be reflected in practice by limited awareness of one’s own health status or applied treatment, resulting from or contributing to ineffective doctor-patient communication as well as to further failure to use drugs as prescribed or delayed response to disease symptoms.

The aim of this article was to introduce Polish recipients to the key elements of the AHA’s statement.

Key words: health literacy, health promotion, health education

Folia Cardiologica 2020; 15, 1: 34–41

## Piśmiennictwo

- Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: a Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 138(2): e48–e74, doi: [10.1161/CIR.0000000000000579](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000579), indexed in Pubmed: [29866648](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29866648/).
- Iwanowicz E. „Health literacy” współczesnym wyzwaniem zdrowia publicznego. *Med Pr*. 2009; 60(5): 427–437.
- Kowalska ME, Kalinowski P, Bojakowska U. The concept of health literacy in health promotion. *J Educ Health Sport*. 2017; 7(9): 430–438.
- Olejniczak O. Practical use of health-literacy as a tool for achieving health goals. *J Educ Health Sport*. 2016; 6(2): 238–243, doi: [10.5281/zenodo.46654](https://doi.org/10.5281/zenodo.46654).
- 7<sup>th</sup> Global Conference on Health Promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/> (25.09.2017).
- Kunter M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America’s adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NECS 2006-483). US Department of Education, National Center for Education Statistics, Washington 2006.
- Chari R, Warsh J, Ketterer T, et al. Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Educ Couns*. 2014; 94(1): 61–66, doi: [10.1016/j.pec.2013.09.006](https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.006), indexed in Pubmed: [24120396](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24120396/).
- Williams MV, Baker DW, Parker RM, et al. Relationship of functional health literacy to patients’ knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998; 158(2): 166–172, doi: [10.1001/archinte.158.2.166](https://doi.org/10.1001/archinte.158.2.166), indexed in Pubmed: [9448555](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9448555/).
- Wright-Nunes JA, Luther JM, Ikizler TA, et al. Patient knowledge of blood pressure target is associated with improved blood pressure control in chronic kidney disease. *Patient Educ Couns*. 2012; 88(2): 184–188, doi: [10.1016/j.pec.2012.02.015](https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.02.015), indexed in Pubmed: [22459637](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22459637/).
- Ferguson MO, Long JA, Zhu J, et al. Low health literacy predicts misperceptions of diabetes control in patients with persistently elevated A1C. *Diabetes Educ*. 2015; 41(3): 309–319, doi: [10.1177/0145721715572446](https://doi.org/10.1177/0145721715572446), indexed in Pubmed: [25699568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25699568/).
- Woodard LD, Landrum CR, Amspoker AB, et al. Interaction between functional health literacy, patient activation, and glycemic control. *Patient Prefer Adherence*. 2014; 8: 1019–1024, doi: [10.2147/PPA.S63954](https://doi.org/10.2147/PPA.S63954), indexed in Pubmed: [25092966](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25092966/).
- Fransen MP, Beune EJ, Baim-Lance AM, et al. Diabetes self-management support for patients with low health literacy: perceptions of patients and providers. *J Diabetes*. 2015; 7(3): 418–425, doi: [10.1111/1753-0407.12191](https://doi.org/10.1111/1753-0407.12191), indexed in Pubmed: [25042519](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25042519/).
- Matsuoka S, Tsuchihashi-Makaya M, Kayane T, et al. Health literacy is independently associated with self-care behavior in patients with heart failure. *Patient Educ Couns*. 2016; 99(6): 1026–1032, doi: [10.1016/j.pec.2016.01.003](https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.003), indexed in Pubmed: [26830514](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26830514/).
- Wolf MS, Davis TC, Curtis LM, et al. A patient-centered prescription drug label to promote appropriate medication use and adherence. *J Gen Intern Med*. 2016; 31(12): 1482–1489, doi: [10.1007/s11606-016-3816-x](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3816-x), indexed in Pubmed: [27542666](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27542666/).
- Yeung DL, Alvarez KS, Quinones ME, et al. Low-health literacy flashcards & mobile video reinforcement to improve medication adherence in patients on oral diabetes, heart failure, and hypertension medications. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2017; 57(1): 30–37, doi: [10.1016/j.japh.2016.08.012](https://doi.org/10.1016/j.japh.2016.08.012), indexed in Pubmed: [27816544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27816544/).
- DeWalt DA, Malone RM, Bryant ME, et al. A heart failure self-management program for patients of all literacy levels: a randomized, controlled trial [ISRCTN11535170]. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6: 30, doi: [10.1186/1472-6963-6-30](https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-30), indexed in Pubmed: [16533388](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16533388/).
- Rothman RL, DeWalt DA, Malone R, et al. Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease mana-

- gement program. *JAMA*. 2004; 292(14): 1711–1716, doi: [10.1001/jama.292.14.1711](https://doi.org/10.1001/jama.292.14.1711), indexed in Pubmed: [15479936](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15479936/).
18. Skolarus LE, Zimmerman MA, Murphy J, et al. Community-based participatory research: a new approach to engaging community members to rapidly call 911 for stroke. *Stroke*. 2011; 42(7): 1862–1866, doi: [10.1161/STROKEAHA.110.609495](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.609495), indexed in Pubmed: [21617148](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21617148/).
  19. DeWalt DA, Schillinger D, Ruo B, et al. Multisite randomized trial of a single-session versus multisession literacy-sensitive self-care intervention for patients with heart failure. *Circulation*. 2012; 125(23): 2854–2862, doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.111.081745](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.081745), indexed in Pubmed: [22572916](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22572916/).
  20. Hendriks JML, de Wit R, Crijns HJ, et al. Nurse-led care vs. usual care for patients with atrial fibrillation: results of a randomized trial of integrated chronic care vs. routine clinical care in ambulatory patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J*. 2012; 33(21): 2692–2699, doi: [10.1093/eurheartj/ehs071](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs071), indexed in Pubmed: [22453654](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22453654/).
  21. Bell SP, Schnipper JL, Goggins K, et al. Pharmacist Intervention for Low Literacy in Cardiovascular Disease (PILL-CVD) Study Group. Effect of pharmacist counseling intervention on health care utilization following hospital discharge: a randomized control trial. *J Gen Intern Med*. 2016; 31(5): 470–477, doi: [10.1007/s11606-016-3596-3](https://doi.org/10.1007/s11606-016-3596-3), indexed in Pubmed: [26883526](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26883526/).
  22. Ravenell J, Leighton-Herrmann E, Abel-Bey A, et al. Tailored approaches to stroke health education (TASHE): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2015; 16: 176, doi: [10.1186/s13063-015-0703-4](https://doi.org/10.1186/s13063-015-0703-4), indexed in Pubmed: [25927452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25927452/).
  23. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM et al. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition. (Prepared by Colorado Health Outcomes Program, University of Colorado Anschutz Medical Campus under Contract No. HSA290200710008, TO#10.) AHRQ Publication No. 15-0023-EF. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, January 2015.