



**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА**

Милена Маричић

**ПРОЦЕНА ЗДРАВСТВЕНЕ ПИСМЕНОСТИ ЖЕНА И
ФАКТОРИ КОЈИ ЈЕ ОДРЕЂУЈУ**

Докторска дисертација

Kragujevac, 2021.



**UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES**

Milena Maricic

**THE ASSESSMENT OF WOMEN'S HEALTH LITERACY AND
THE FACTORS THAT DETERMINE IT**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2021.

Идентификациона страница докторске дисертације

Аутор
Име и презиме: Милена Маричић
Датум и место рођења: 03.10.1967. Краљево
Садашње запослење: Академија струковних студија Београд, одсек Висока здравствена школа струковних студија, Београд
Докторска дисертација
Наслов: Процена здравствене писмености жена и фактори који је одређују
Број страница: 122
Број слика: 60
Број библиографских података: 175
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицина. Превентивна медицина.
Ментор/коментор: Доц. др Снежана Радовановић
Оцена и одбрана
Датум пријаве теме: 06.12.2018.
Број одлуке и датум прихватања докторске дисертације: IV-03-385/6 14.05.2019.
<ol style="list-style-type: none">1. Проф. др Нела Ђоновић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена и екологија, председник2. Проф. др Александар Ђорац, редовни професор Медицинског факултета у Приштини са привременим седиштем у Косовској Митровици, за ужу научну област Превентивна медицина - Хигијена и хумана екологија члан3. Доц. др Светлана Радевић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Социјална медицина, члан
Комисија за оцену и одбрану докторске/уметничке дисертације: <ol style="list-style-type: none">1. Проф. др Нела Ђоновић, редовни професор Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Хигијена и екологија, председник2. Доц. др Немања Ранчић, доцент и научни сарадник Војномедицинске академије Универзитета одбране у Београду за ужу научну област Фармакологија, члан3. Доц. др Весана Милачић, доцент Факултета медицинских наука Универзитета у Крагујевцу за ужу научну област Дерматовенерологија, члан
Датум одбране дисертације:

Identifikaciona stanica doktorske disertacije

Autor
Ime i prezime: Milena Maričić
Datum i mesto rođenja: 03.10.1967. Kraljevo
Sadašnje zaposlenje: Akademija strukovnih studija Beograd, odsek Visoka zdravstvena škola strukovnih studija, Beograd
Doktorska disertacija
Naslov: Procena zdravstvene pismenosti žena i faktori koji je određuju
Broj stranica: 122
Broj slika: 60
Broj bibliografskih podataka: 175
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Fakultet medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu
Naučna oblast (UDK): Medicina. Preventivna medicina.
Mentor/komentor: Doc. dr Snežana Radovanović
Ocena i odbrana
Datum prijave teme: 06.12.2018.
Broj odluke i datum prihvatanja doktorske disertacije: IV-03-385/6 14.05.2019.
<ol style="list-style-type: none">1. Prof. dr Nela Đonović, redovni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Higijena i ekologija, predsednik2. Prof. dr Aleksandar Čorac, redovni profesor Medicinskog fakulteta u Prištini sa privremenim sedištem u Kosovskoj Mitrovici, za užu naučnu oblast Preventivna medicina - Higijena i humana ekologija član3. Doc. dr Svetlana Radević, docent Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Socijalna medicina, član
Komisija za ocenu i odbranu doktorske/umetničke disertacije: <ol style="list-style-type: none">1. Prof. dr Nela Đonović, redovni profesor Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Higijena i ekologija, predsednik2. Doc. dr Nemanja Rančić, docent i naučni saradnik Vojnomedicinske akademije Univerziteta odbrane u Beogradu za užu naučnu oblast Farmakologija, član3. Doc. dr Vesana Milačić, docent Fakulteta medicinskih nauka Univerziteta u Kragujevcu za užu naučnu oblast Dermatovenerologija, član
Datum odbrane disertacije:

АПСТРАКТ

Здравствена писменост жена може значајно утицати на различите аспекте женског здравља. Циљ ове студије био је процена односа здравствене писмености, социо-демографских карактеристика и здравственог понашања жена у области репродуктивног здравља у Србији. Истраживање је спроведено као студија пресека, на узорку жена старијих од 18 година, са територије Републике Србије, стратификованом према региону, врсти насеља и старосним категоријама. При процени здравствене писмености жена коришћена је стандардизована верзија европског упитника о здравственој писмености (HLS-EU-Q47). Ограничени нивои здравствене писмености били су знатно присутнији међу женама средњег животног доба, међу онима које живе у руралним подручјима, које су своје здравље процениле као лоше или веома лоше и које су показале негативније здравствено понашање у области репродуктивног здравља, што указује на потребу за применом превентивних програма и стратегије са циљем унапређења нивоа здравствене писмености.

Кључне речи: здравствена писменост, репродуктивно здравље, жене, Србија

ABSTRACT

Health literacy of women can significantly affect different aspects of women's health. The aim of this study was the assessment of relationship of health literacy, socio-demographic characteristics and reproductive health behaviors of women in Serbia. This was a cross-sectional study on a random sample of women aged 18 and over from the territories of three Serbian regions, stratified according to age groups, region and type of settlement. A standardized version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) was used in assessing health literacy of women. Limited levels of health literacy were significantly higher among middle-aged women, among those living in rural areas, among women who rated their health as poor or very poor, and who exhibited more negative patterns of reproductive health behavior, indicating the need for implementation of prevention programs and strategies with the aim of increasing the level of health literacy.

Key words: health literacy, reproductive health, women, Serbia

ЗАХВАЛНИЦА

Срдачно се захваљујем свом ментору, доц. др Снежани Радовановић, која ме је стрпљиво и пажљиво усмеравала и подржавала у раду. Без њеног ентузијазма, племенитости и несебичне подршке током израде докторске тезе на Медицинском факултету, не бих данас била овде где јесам. Без њених непресушних, корисних сугестија са једне стране и потпуне слободе у раду са друге стране, рад на овој теми не би био тако пријатно и испуњавајуће искуство.

Захваљујем се проф. др Нели Боновић, која ми је показала да се ауторитет и поштовање стичу једино знањем и међуљудским уважавањем.

Такође, захвалност дугујем и доц. др Светлани Радевић, на посвећеном времену, стрпљењу, подршци и мотивисању у току израде докторске дисертације.

Желим да изразим и захвалност проф. др Александри Јовић Вранеш са катедре за Социјалну медицину Медицинског факултета Универзитета у Београду, што ме је подстакла да се заинтересујем за истраживања у домену здравствене писмености, као једног од најважнијих ресурса друштва и економског напретка и пружила ми несебичну подршку на самом почетку овог истраживања.

Захваљујем се доц. др Немањи Ранчићу и доц др Весни Милачић на подршци током истраживања.

Захвалност дугујем и својим студентима који су током истраживања били у улози анкетара и колегама који су допринели да истраживање у области здравствене писмености буде пријатно истраживачко искуство.

Посебно се топло захваљујем својој породици, за љубав и подршку коју ми пружају у раду и професионалном усавршавању.

САДРЖАЈ

1. УВОД	.....	9
1.1. Здравствена писменост – појам и дефиниција	.....	10
1.2. Истраживачки алати за процену здравствене писмености	.....	19
1.3. Фактори који је одређују здравствену писменост	.....	20
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ	.....	31
3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД	.....	32
3.1. Врста студије	.....	32
3.2. Популација која се истражује	.....	32
3.3. Узорковање	.....	33
3.4. Инструмент истраживања	.....	34
3.5. Етички аспекти истраживања	.....	34
3.6. Варијабле које се мере у студији	.....	34
3.7. Снага студије и величина узорка	.....	34
3.8. Статистичка обрада података	.....	34
4. РЕЗУЛТАТИ	.....	36
4.1. Демографске и социо-економске карактеристике испитаница	.....	36
4.1.1. Старосна структура	.....	36
4.1.2. Брачни статус	.....	36
4.1.3. Образовни статус	.....	37
4.1.4. Географска структура	.....	37
4.1.5. Структура према типу насеља	.....	38
4.1.6. Економска структура	.....	39
4.1.7. Самопроцена материјалног статуса домаћинства	.....	39
4.1.8. Самопроцена здравља	.....	40
4.1.9. Коришћење услуга здравственог система	.....	41
4.1.10. Животни стил и ставови према факторима који утичу на здравље	.....	46
4.1.11. Ставови и навике у вези са репродуктивним здрављем	.....	48
4.2. Здравствена писменост	.....	51
5. ДИСКУСИЈА	.....	75
6. ЗАКЉУЧАК	.....	90
7. ЛИТЕРАТУРА	.....	93
8. ПРИЛОГ	.....	105

1. УВОД

Здравствена писменост се дефинише као степен способности у којем појединци могу да приступе, обраде и разумеју основне здравствене информације потребне за доношење одговарајућих здравствених одлука (1).

Светска здравствена организација је здравствену писменост дефинисала као когнитивне и социјалне вештине и капацитете потребне за приступ, разумевање и коришћење информација на начин који промовише и штити добро здравље. Може се дефинисати и као способност доношења адекватних одлука која се тичу здравља у свакодневном животу (1, 2).

Здравствена писменост као могућност функционисања у систему здравствене заштите подједнако је одређена индивидуалним карактеристикама и вештинама, карактеристикама здравственог и образовног система као и широким спектром социјалних и културалних фактора (4, 5). Бројне студије су показале да низак ниво здравствене писмености условљава чешће коришћење хитних сужби, повећава ризик за болничким лечењем, за учесталијим коришћењем лекова, као и отежан приступ одговарајућим здравственим услугама (6), нижи ниво самопроцене здравља, већу смртност старијих особа, чешће коришћење здравствених услуга, слабију способност тумачења здравствених порука, слабију способност управљања хроничним болестима (7, 8). Неадекватна здравствена писменост утиче и на способност појединца да се ангажује у оквиру превентивних активности: нередовно учешће у скрининг програмима и нередовно одазивање на вакцинације (9). Ограничена здравствена писменост може имати негативне последице по здравствене исходе због недостатка знања о предностима избора здравог начина живота и превентивним услугама, што повећава укупне трошкове здравствене заштите (10). Истраживања у свету показују да је ниво здравствене писмености директно повезан са успешношћу комуникације између пацијената и здравствених стручњака и исходима лечења, али и да у значајној мери утиче на квалитет здравствене заштите (11). Подаци говоре да преко 50% пацијената не разуме упутства лекара и да су писани информативни материјали за пацијенте неретко претешки за разумевање. Ово указује на важну чињеницу да писани материјали посвећени пацијентима, често нису прилагођени разумевању и нивоу њихове здравствене писмености (12, 13). Такође, истраживања указују на позитивно деловање образовања и опште писмености на здравље читаве популације, а нарочито, здравље жена и деце. Жене с неадекватном здравственом писменошћу имају мање сазнања о својим здравственим проблемима, лошији здравствени статус, учесталије

хоспитализација, што условљава и веће трошкове здравствене заштите у односу на жене адекватне здравствене писмености (14).

Ограничена здравствена писменост идентификована је у многим државама света и представља изазов за јавно здравље и креаторе здравствене политике. Здравствену писменост треба схватити као кључну детерминанту здравља приликом формулисања стратегија и акција за њено унапређење (15).

1.1. Здравствена писменост – појам и дефиниција

Здравствена писменост је термин (15) од све већег значаја у јавном здрављу и здравственој заштити, уведен седамдесетих година прошлога века и бави се капацитетима људи у задовољавању сложених захтева здравља у модерном друштву (16). Здравствена писменост подразумева позиционирање властитог здравља, и здравља своје породице и заједнице, у контекст разумевања фактора који утичу на њега и знања о томе како се њима треба бавити. Особа са адекватним нивоом здравствене писмености има способност да преузме одговорност за сопствено здравље, здравље породице и здравље заједнице у целини (17).

Потребно је разликовати здравствену писменост од опште писмености. Према Организацији за образовање, науку и културу Уједињених нација, реч „писмен“ углавном значи да је особа „упозната са књижевношћу“ или опште „добро образованим, наученим“, односно да поседује способност читања и писања текста. Последњих година фокус се проширио, тако да се писменост не односи само на индивидуалну трансформацију, већ и на контекстуалну и друштвену, у смислу повезивања здравствене писмености са економским растом и друштвено-културним и политичким променама (18).

Истраживања су показала да се појам здравствене писмености користи на различите начине у различитим контекстима. Као појам у настајању, побудила је интересовање широког спектра заинтересованих страна. Симондс је први пут спомиње 1974. године у оквиру здравственог васпитања. Међутим, академски посматрано, први научни чланак појавио се осамдесетих, други почетком деведесетих година прошлога века, а 2006. године објављено је више од сто чланака. Деценију касније, здравственом писменошћу се бавило више од хиљаду научних публикација годишње. Иако је недостатак једне општеприхваћене дефиниције понекад препрека деловањима, посебно политичким акцијама у пољу здравствене писмености, кроз недавна истраживања

постало је јасно да постоје дефиниције које се знатно преклапају. Несумњиво је да је здравствена писменост вишедимензионалан, сложен и хетероген концепт (19).

Прва јасна дефиниција здравствене писмености датира још из 1995. године која указује да је „здравствена писменост способност појединаца да прибаве, протумаче и разумеју основне здравствене информације, услуге и компетенције за употребу таквих информација на начине који доприносе побољшавању здравље“. Године 1998. Светска здравствена организација дефинисала је здравствену писменост као „когнитивне и социјалне вештине које одређују мотивацију и способност појединаца да приступе, разумеју и користе информације на начине који промовишу и одржавају добро здравље“, док је од 1999. одбор за здравствену писменост Америчког лекарског удружења, дефинисао здравствену писменост као констелацију вештина, укључујући способност поседовања основних вештина читања и нумеричких рачунања потребних за функционисање у здравственом окружењу. У складу с тим, здравствена писменост је дефинисана као степен у којем појединци имају способност да прибаве, обраде и разумеју основне здравствене информације и услуге потребне за доношење одговарајућих здравствених одлука. Нешто касније научници су истакли важност аутономије у споменутој дефиницији, дефинишући здравствену писменост као „разумевање и деловање физичких и психосоцијалних активности са одговарајућим стандардима, способност интеракције са људима и суочавање са потребним променама, и захтева разумну аутономију, како би се постигло потпуно физичко, ментално и социјално благостање“. Дефиниција се надограђује ставом да је здравствена писменост функција социјалних и индивидуалних фактора који произилазе из интеракције вештина појединаца и захтева социјалних система, да би нешто касније била предложена и дефиниција која се односи на способност доношења здравих здравствених одлука у свакодневном животу - код куће, у заједници, на радном месту, у здравственом систему, на тржишту и на политичкој сцени. Такође, здравствена писменост је стратегија оснаживања људи повећавању контроле над сопственим здрављем, способношћу да трагају за информацијом и да преузму одговорност (20).

Нови концепти дефинисања здравствене писмености укључују и „способност људи да пронађу, разумеју, процене и пренесу информације како би се суочили са захтевима различитих здравствених контекста за промоцију здравља током живота“. Здравствено писмена особа се дефинише као особа која је у могућности да примењује здравствене концепте и информације у новим ситуацијама и да учествује у текућим јавним и приватним дијалозима о здрављу, медицини, научним сазнањима и културним

веровањима, па се и здравствена писменост дефинише као широк спектар вештина и компетенција које људи развијају да би обезбедили, разумели, оценили и користили здравствене информације и концепте у доношењу исправне одлуке, смањили здравствене ризике и повећали квалитет живота (21).

Научници су указивали на неопходност постојања разлике између јавне и индивидуалне здравствене писмености. Јавна здравствена писменост подразумева здравствену писменост у групи или заједници. Европски конзорцијум о здравственој писмености предложио је свеобухватну дефиницију, наводећи да је „здравствена писменост уско повезана са писменошћу и подразумева знање људи, мотивацију и компетенције људи за приступ, разумевање, оцену и примену информација за доношење одлуке у свакодневном животу које се тичу здравствене заштите, превенције болести и промоције здравља, за одржавање и побољшање квалитета живота током животног пута“. Истакнут је и аспект здравствене писмености у заједници, дефинишући га као личне карактеристике и социјалне ресурсе потребне појединцима и заједницама да приступе, разумеју, процене и користе информације за доношење одлука о здрављу и да укључује способност комуникације, потврђивања и доношења одлука (22).

Већина истраживача здравствене писмености најпре је сматрала здравствену писменост једнодимензионалним концептом који је првенствено фокусиран на способност читања или функционалну здравствену писменост. Међутим, с развојем поља здравствене писмености постало је јасно да здравствена писменост обухвата више димензија и да је реч о прилично сложеном и хетерогеном концепту. Такође, са ширењем истраживања о здравственој писмености, постаје јасно да не постоји једногласно прихваћена дефиниција концепта (23). Заједничка карактеристика многих дефиниција о здравственој писмености је фокус поставила на индивидуалне вештине за добијање, обраду и разумевање здравствених информација и услуга потребних за доношење одговарајућих одлука о здрављу. Међутим, разне расправе о улози здравствене писмености наглашавају важност превазилажења индивидуалног фокуса и разматрања здравствене писмености као интеракције између захтева здравствених система и вештина појединаца. То подразумева, да је здравствена писменост заједничка функција друштвених и индивидуалних фактора, која произилази из интеракције вештина појединаца и захтева друштвених система (23). Наглашена је важност вештина и способности свих страна укључених у комуникацију и одлуке о здрављу, укључујући пацијенте, пружаоце услуга, здравствене едукаторе и лаике. Овај шири концепт, такође

је представљен дефиницијом, указујући да је здравствено писмена особа способна да примени здравствене концепте и информације на нове ситуације и да учествује у текућим јавним и приватним дијалозима о здрављу и медицини (24). Научници указују на неопходност разликовања јавне од индивидуалне здравствене писмености. У складу са тим дефинисана су два концептуална модела здравствене писмености: први где је здравствена писменост дефинисана као вишедимензионални концепт и састоји се од различитих компоненти и други, по коме већина концептуалних модела не само да узима у обзир кључне компоненте здравствене писмености, већ и идентификује факторе на индивидуалном и системском нивоу који утичу на ниво здравствене писмености особе, као и путеве који повезују здравствену писменост са здравственим исходима (25). Поједини аутори дефинишу здравствену писменост као вештине које подразумевају разумевање, способност коришћења здравствених информација у доношењу одлука и успешно функционисање у улози здравственог потрошача. Други пак дефинишу здравствену писменост као писменост која се односи на здравље. Поједини аутори идентификују четири међусобно повезана фактора: знање о болестима и самопомоћ, ризично понашање према здрављу, превентивну негу и посете лекара и употребу лекова. Сви се односе на когнитивне способности, вештине и понашања која одражавају способност појединца да функционише у улози пацијента унутар здравственог система (26).

С друге стране, заговорници здравствене писмености становништва проширују концепт на димензије које превазилазе индивидуалне компетенције и медицински контекст. На тај начин је дефинисан је модел, који разликује три типологије здравствене писмености: *Функционалну здравствену писменост* која се односи се на основне вештине читања и писања које су неопходне за адекватно функционирање у свакодневним ситуацијама; *интерактивну здравствену писменост* која се односи на напредније когнитивне и социјалне вештине које се могу користити за активно учествовање у свакодневним ситуацијама, издвајање информација и извођење значења из различитих облика комуникације, те примену на променљиве околности; *критичку здравствену писменост* која се односи на напредније когнитивне вештине које се заједно са социјалним вештинама могу применити у критичкој анализи информација и употребити у контроли над животним догађајима и ситуацијама. Различите типологије представљају нивое знања и вештина које прогресивно подржавају већу аутономију и лично оснаживање у доношењу одлука везаних за здравље, као и ангажман са ширим спектром здравствених знања која се протежу од управљања личним здрављем до социјалних детерминанти здравља (27).

Поједини аутори идентификују три димензије писмености јавног здравља, од којих свака укључује одговарајуће компетенције: *Концептуалне основе* које укључују основно знање и информације потребне за разумевање и предузимање мера у вези са питањима јавног здравља; *критичне вештине* које се односе на вештине потребне за добијање, обраду, процену и деловање на основу информација које су потребне за доношење одлука о јавном здрављу које су од користи за заједницу и *грађанска оријентација* која укључује вештине и ресурсе потребне за решавање здравствених проблема путем грађанског ангажмана (28).

Данашња размишљања о дефинисању здравствене писмености указују на процес који се развија током живота појединца и идентификује атрибуте здравствене писмености као способност, разумевање и комуникацију. Способности везане за здравствену писменост укључују прикупљање, анализирање и процену здравствених информација за кредибилитет и квалитет, заједнички рад, управљање ресурсима, тражење смерница и подршке, развијање и изражавање сопственог осећаја, стварање и остваривање визије и циљева и одржавање корака са променама (1). Уз све наведено веома су важне и језичке, друштвене вештине као и читање, рачунања, слушање, анализе, одлучивања и способности важне за деловање у вези са здравственим информацијама, унутар здравственог система (2). Разумевање је сложен процес заснован на ефикасној интеракцији логике, језика и искуства, кључан је за прецизно тумачење информација које се пружају савременом пацијенту, као што су упутства приликом отпуста из болнице, разумевање упутстава за примену лекова и др. (3). Из свега наведеног, опсег фактора који се сматрају кључним компонентама здравствене писмености је опсежан, а постоји широка варијација између концептуалних модела. Међутим, ова разноликост тумачења може се у великој мери свести на две димензије, посебно на основне квалитете здравствене писмености (основна или функционална, интерактивна и критична здравствена писменост), и на њен спектар и подручје примене (пацијент као корисник здравствених услуга, потрошач на тржишту, грађанин на политичкој сцени, или као члан публике у односу на медије) (29).

У процени утицаја који здравствена писменост има на различите сфере живота и здравља, бројни истраживачи су истакли да здравствена писменост води ка побољшању самопроцењеног здравственог статуса, нижим трошковима здравствене заштите, бољем здравственом знању, краћем трајању хоспитализације и мање учесталој употреби здравствених услуга (30). Такође, бољи здравствени исходи последица су стицања нових знања, позитивнијих ставова и позитивног здравственог понашања, повезаних са вишом здравственом писменошћу. Истраживачи указују да здравствена писменост

утиче на три главна фактора који потом делују на здравствене исходе: приступ и коришћење здравствене заштите; интеракције између пацијента и пружаоца здравствених услуга и мотивација, решавање проблема, самоефикасност; као и знање и вештине које утичу на самопомоћ. Интеракција између здравствене писмености и социјалне подршке недвосмислено постоји. Међутим, утицај социјалних ефеката на здравље није у потпуности разјашњен у контексту здравствене писмености (31).

Неопходно је указати и на индивидуалне и друштвене користи здравствене писмености. У смислу индивидуалних користи, функционална здравствена писменост доводи до бољег знања о ризицима и здравственим услугама и поштовања прописаних активности, док интерактивна здравствена писменост повећава способност самосталног деловања, побољшава мотивацију и даје више самопоуздања, док критичка писменост о здрављу побољшава индивидуалну отпорност на друштвене и економске недаће. У смислу друштвене користи, функционална здравствена писменост повећава учешће у програмима здравствене заштите становништва, интерактивна здравствена писменост повећава способност утицаја на друштвене норме и интеракцију са друштвеним групама, док критичка писменост побољшава оснаживање заједнице и повећава способност деловања на социјалне и економске детерминанте здравља (32).

Многи повезују здравствену писменост у заједници са концептом социјалног капитала, тврдећи да здравствени писмени људи живе дуже и да имају јаче подстицаје, да улажу у развој сопствених знања и вештина и знања своје деце. Такође, сматра се да здравије популације имају тенденцију да имају већу продуктивност у раду и да здравији људи ређе користе услуге здравственог система (33). Здравствена писменост генерише знања и вештине које омогућавају особи да се креће у три домена здравственог континуума: као пацијент у здравственој установи, као особа са ризиком од болести у систему превенције болести и као грађанин у односу на напоре за промоцију здравља у заједници, на радном месту, образовном систему, политичкој сцени и тржишту. Из наведеног проистиче да је здравствена писменост свакако средство за побољшање оснаживања људи у доменима здравствене заштите, превенције болести и промоције здравља. Димензије здравствене писмености у домену здравствене заштите подразумевају могућност приступа информацијама о медицинским или клиничким питањима, разумевање, тумачење и процену медицинских информација и доношење одлука о медицинским питањима и придржавању медицинских савета. Димензије здравствене писмености у домену превенције болести подразумевају могућност приступа информацијама о факторима ризика по здравље, разумевање и тумачење

информација о факторима ризика и доношење одлука о факторима ризика повезаних са здрављем (33).

Здравствена писменост подразумева и способност да се редовно идентификују детерминанте здравља, да се разумеју информације о детерминантама, да се интерпретирају и процене, као и способност за доношење информисаних одлука о детерминантама здравља у социјалном и физичком окружењу. Такође, значајно утиче и на здравствено понашање и коришћење здравствених услуга, а самим тим и на здравствене исходе и здравствене трошкове у друштву. На индивидуалном нивоу, неефикасна комуникација због лоше здравствене писмености ће резултирати грешкама, лошим квалитетом и ризицима по сигурност пацијената и здравствених услуга (34).

На нивоу становништва, здравствено писмене особе могу учествовати у текућим јавним и приватним дијалозима о здрављу, медицини, научним сазнањима и културним уверењима. Користи од здравствене писмености утичу на читав спектар животних активности - породицу, радно окружење, друштво и културу (35). Унапређење здравствене писмености ће постепено омогућити већу аутономију и лично оснаживање, а процес здравствене писмености може се посматрати као део развоја појединца ка побољшању квалитета живота. У популацији, може довести до веће праведности и одрживости промена у јавном здравству. Сходно томе, ниска здравствена писменост може бити побољшана, едукацијом особа да постану снажљивије (тј. повећање њихове личне здравствене писмености), и тако што ће задатак или ситуацију учинити мање захтевним (тј. побољшати "читљивост система") (36).

Док релевантни литературни подаци указују, да се здравствена писменост односи на компетенције људи да задовоље сложене захтеве здравља у модерном друштву, тачна природа ових компетенција се још увек разматра. Једна перспектива је да се она односи на низ индивидуалних когнитивних способности и способности примењених у медицинском контексту; друга перспектива види шири спектар компетенција које се примењују у социјалном подручју. Први се назива "здравствена писменост" (20), "здравствена писменост пацијента" или "клиничка здравствена писменост" (25), а друга је "јавноздравствена писменост" (37). Концепт здравствене писмености проширио се у смислу да укључује тражење информација, доношење одлука, решавање проблема, критичко размишљање и комуникацију уз мноштво социјалних, личних и когнитивних способности које су неопходне за функционисање здравственог система (38). Она се сада проширила у област културе и језика. Иако су неки аутори тврдили да је здравствена писменост само "ново вино у старим боцама",

повећање здравствене писмености све више се препознаје као циљ јавног здравља и детерминанта здравља (39).

Иако су у литератури представљени бројни концептуални модели здравствене писмености, ниједан од њих се не може сматрати довољно свеобухватним, најпре због немогућности да се интегришу постојећа знања која обухватају различите перспективе здравствене писмености, већина постојећих концептуалних модела није довољно утемељена у теорији у смислу укључености, незнатан број модела је интегрисало појмове "медицински" и "јавно здравље", у моделе писмености. Већина постојећих модела је прилично статична, иако указују да здравствена писменост подразумева различите димензије. Такође, већина концептуалних модела идентификује факторе који утичу на здравствену писменост и помињу њен утицај на коришћење здравствених услуга, здравствене трошкове и здравствене исходе, путеви који повезују здравствену писменост са својим претходницима и последицама нису сасвим јасни и веома је мало концептуалних модела здравствене писмености који су емпиријски потврђени (40).

Разлика између медицинске и јавноздравствене писмености огледа се у идентификовању различитих димензија. У оквиру дефиниције здравствене писмености као индивидуални капацитети истичу се: културна и концептуална знања, слушање, говор, рачунање, писање и читање, сматрају се вештинама које представљају главне компоненте здравствене писмености (41). Међутим, други научници додају још и разумевање, способност коришћења здравствених информација у доношењу одлука и успешно функционисање у улози потрошача здравствене заштите као димензије (42).

Поједини аутори пак, деле здравствену писменост на писану и оралну писменост (43), док други разликују слушање, вербалну течност, распон меморије и навигацију (44).

Други аутори идентификују четири међусобно повезана фактора: болест и знање о самопомоћи; здравствено ризично понашање; превентивне неге и посете лекару и поштовање упутства за употребу лекова. Иако се ови елементи који дефинишу здравствену писменост знатно разликују, сви се тичу когнитивних способности, вештина и понашања који одражавају способност појединца да функционише у улози пацијента у здравственом систему (45).

Здравствена писменост је значајна област јавног здравства, и пацијенти све учесталије преузимају већу улогу у изворима добијања информација о здрављу. Заговорници става о здравственој писмености проширују концепт на димензије које превазилазе медицински контекст. Како се здравствена писменост обично дефинише као „степен до којег појединци имају способност да прибаве, обраде и разумеју основне

здравствене информације и услуге потребне за доношење одговарајућих здравствених одлука“, приступ у добијању информација постаје све значајнији. Иако постоји мноштво литературе о здравственој писмености и одраслима, мало је студија усмерено на адолесценте. Адолесценти углавном имају мење интеракције са здравственим системом и услугама које он пружа од одраслих, али су често активнији корисници масовних медија и друге технологије за приступ здравственим информацијама и циљна су група за многе образовне интервенције повезане са здрављем. Адолесценти су такође у кључној фази развоја, учећи вештине које ће носити са собом у одраслом добу (46).

Истраживања указују и како индивидуалне вештине и способности, али друштвене активности и процеси упућују на здравље и да су међусобно чврсто повезани широм света, посебно неадекватно образовање, недовољна писменост, лоше здравље и рана смрт. Међутим, сложеност тих односа није у потпуности протумачена, а неопходна је за анализу здравствене комуникације (47).

Док се здравствена писменост традиционално перципирала као конструкција на индивидуалном нивоу, јавноздравствена писменост узима у обзир сложене социјалне, еколошке и системске снаге које утичу на здравље и благостање. Научници из области разликују основну писменост (вештине и стратегије укључене у читање, говор, писање и тумачење бројева); научну писменост (нивои компетентности са науком и технологијом); грађанску писменост (способности које омогућавају грађанима да постану свесни јавних питања и укључе се у процес доношења одлука), културну писменост (способност препознавања и употребе колективних веровања, обичаја, погледа на свет и социјалног идентитета у циљу тумачења и деловања на здравствене информације и друго (48).

Следећи пример из студије указују на идентификацију три димензије јавноздравствене писмености, од којих свака укључује одговарајуће компетенције. Појмовне основе подразумевају основно знање и информације потребне за разумевање и предузимање мера у вези са јавним здравственим проблемима, при чему појединци и групе треба да буду у стању да разговарају о основним концептима јавног здравља, конструктима јавног здравља и еколошким перспективама. Критичне вештине односе се на вештине неопходне за добијање, обраду, процену и деловање на основу информација које су потребне за доношење јавних одлука које доносе корист заједници, а појединац или група треба да буду у могућности да прибаве, процене и користе информације о јавном здрављу, да идентификују аспекте јавног здравља у личним и заједничким проблемима и да перципирају ко именује и поставља јавноздравствене проблеме и решења. Грађанска оријентација укључује вештине и

ресурсе неопходне за решавање здравствених проблема кроз грађански ангажман, а појединац или група треба да буду способни да артикулишу неравномерну расподелу терета и користи друштва, да процене ко има користи, а ко наноси штету напорима јавног здравља, да извештава о тренутним проблеме јавног здравља и да се грађанским деловањем бави проблемима јавног здравља (49).

Научници истичу да је здравствена писменост процес који се развија током човековог живота и идентификује атрибуте здравствене писмености као способност, разумевање и комуникацију. Вештине капацитета повезане са здравственом писменошћу подразумевају прикупљање, анализу и процену здравствених информација за веродостојност и квалитет, заједнички рад, управљање ресурсима, тражење смерница и подршке, стварање и спровођење визије и циљева (50).

Како су се појавили нови оквири здравствене писмености, да би се појаснило дубље значење овог концепта и његов допринос здрављу, постоји потреба за интеграцијом различитих дефиниција, концептуалних оквира и модела здравствене писмености. Здравствени радници и истраживачи, као и креатори политике, препознали су потребу да се фокусирају на здравствену писменост као могући фактор којим се могу смањити здравствене разлике. Међутим, прецизна природа односа између здравствене писмености и социоекономских фактора и следствено томе потенцијална питања, како здравствена писменост доприноси диспаратима у здрављу и даље су прилично нејасна. С тим у вези наша студија има за циљ да испита повезаност демографских и социоекономских детерминанти са здравственом писменошћу код жена. Значај студије је у томе што пружа могућност процене здравствене писмености код жена и фактора који је одређују, а који би допринели креирању превентивних програма, чији би циљ био подизање нивоа здравствене писмености у овој популационој групацији. Здравствена писменост постала је све важнији концепт у јавном здравству. Настоји се развијању свеобухватних мера здравствене писмености која може идентификовати потребе за здравственом писменошћу код појединаца и организација. Истраживања овог типа нису рађена у нашој земљи, а добијени резултати могу послужити за поређење са резултатима европског пројекта здравствене писмености (*HLES-EU; The European Health Literacy Project*) (51).

1.2.Истраживачки алати за процену здравствене писмености

До скоро су интересовања истраживача за здравствену писменост углавном било концентрисана у Сједињеним Америчким Државама и Канади, међутим, истраживања су се значајно интернационализовала током протекле деценије. Истраживања о

здравственој писмености спроводе се у Аустралији, Кореји, Јапану, Великој Британији Холандији и Швајцарској. Важност глобалних истраживања о здравственој писмености се све више препознаје у европским здравственим политикама. Здравствена писменост је издвојена као област приоритетних активности у Здравственој стратегији Европске комисије 2008-2013. (52).

За процену здравствене писмености постоји велики број истраживачких алата, односно инструмената, који се међусобно разликују према садржају и начину на који се примењују. Неки од инструмената су јавно доступни, на енглеском су језику, а многи су валидирани на друге језике, у зависности од тога где је обављено истраживање и процена здравствене писмености популације. Заинтересованост стручњака се односила како на процену индивидуалне здравствене писмености, тако и на процену здравствене писмености појединих популационих групација и у односу на одређене болести (53), па су се у том контексту развијали разни истраживачки алати за процену здравствене писмености на пример код особа старијих од 65 година, код адолесцената, особа оболелих од дијабетеса и друго (54, 55, 56).

Најчешће примењивани истраживачки алати за процену здравствене писмености су:

- TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) и кратка верзија теста S-TOFHLA (*Short Form*) који је преведен и прилагођен за српски језик (57);
- REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) и кратка верзија REALM-SF (*Short Form*) (58);
- WRAT (*Wide Range Achievement Test*) (59),
- HLS-EU-Q (*European Health Literacy Survey*) Европски упитник за здравствену писменост (60);
- NVS (*Newest Vital Sign*) најновији витални знак (61);
- BRIEF (*BRIEF-Health Literacy Screening Tool*) (62);
- AAHLS (*All Aspects of Health Literacy Scale*) (63);
- DAHL (*Demographic assessment of health literacy*) (64);
- HELMA (*Health Literacy Measure for Adolescents*) (65);
- HLQ (*Healthliteracy questionnaire*) (66).

1.3. Фактори који је одређују здравствену писменост

Здравствена писменост се повезује са многим диспаратетима у здравству. Ипак, прецизна природа односа између здравствене писмености и здравствене неједнакости остаје нејасна. Многа истраживања су се бавила односом између здравствене

писмености и здравствених разлика и идентификовањем фактора који до тога доводе. Већина студија је истраживала здравствену писменост у односу на расне / етничке разлике, неколико студија се бавило истраживањем разлика нивоа здравствене писмености у односу на образовање, самопроцену здравља, коришћење услуга здравственог система, употребу лекова, здравствене исходе и др. Међутим, докази о повезаности односа здравствене писмености и здравствене неједнакости су још увек прилично ограничени. Здравствене разлике се односе на разлике у здрављу које настају због социјалних, економских или еколошких недостатака. Одређене популационе групе су неретко жртве дискриминације и суочавају се са потешкоћама у очувању сопственог здравља (67). Здравствени диспаритети се углавном мере упоређивањем две или више група, једна група с другом или с референтном групом, односно упоређује се група у неповољном положају са групом која је повлашћеном положају (68). Студије показују да су особе нижег формалног образовања, лошијег материјалног статуса, као и појединци из етничких / расних мањина, чешће лошијег здравља, у односу на особе из друштвено напреднијих група (69)

У области здравствене писмености, често се налази основна претпоставка да би здравствена писменост могла објаснити неке варијације у здравственим неједнакостима, а које су повезане са другим социоекономским факторима, као што су нпр. образовање и материјални статус. Свеукупно здравствена писменост знатно већа међу млађим, високообразованим и имућнијим особама. Показало се и да је здравствена писменост повезана са многим покретачима здравствених неједнакости. Студије из света указују да поједине расе људи учесталије имају ограничену здравствену писменост, да су фактори као што су нижи материјални статус или нижи ниво образовања, такође, уско повезани са нижим нивоима здравствене писмености. У складу са овим, очекује се, да ће особе које ће вероватно постати жртве друштвених и здравствених неједнакости, имати већу вероватноћу за нижи ниво здравствене писмености, и бити изложене лошијим здравственим исходима (70).

Здравствени стручњаци и истраживачи, као и креатори здравствене политике, препознали су потребу фокусирања на здравствену писменост као потенцијални интервенцијски фактор, којим се могу умањити здравствене неједнакости. Међутим, потенцијални фактори о томе како здравствена писменост доприноси диспаритетима остају прилично нејасни. Студије су се бавиле теоријским разматрањем, како здравствена писменост доприноси диспаритетима, као и значајношћу предиктора који томе доприносе и могућностима интервенција за смањење разлика. Већина студија је идентификовала следеће факторе повезане са нивоом здравствене писмености: пол,

животно доба, самопроцена здравља, здравствени исходи, употреба лекова, контрола болести, превентивна нега, употреба комплементарне и алтернативне медицине (71).

Већина аутора се позива на демографске, психосоцијалне и културне факторе који утичу на здравствену писменост, као и на факторе као што су општа писменост, индивидуалне карактеристике и претходно искуство са болешћу и здравственим системом. Од демографских и социоекономских фактора који одређују здравствену писменост посебно се истичу социоекономски статус, образовање, занимање, запосленост, доходак, социјална подршка, култура и језик, еколошке и политичке снаге и употреба медија (72).

Већина студија које су разматрале здравствену писменост адолесцената усредредила се на испитивање повезаности са здравственом писменошћу њихових родитеља или старатеља. Установљено је да родитељима са нижим нивоом здравствене писмености углавном недостају знање и вештине потребне за доношење здравих здравствених одлука које се тичу здравља њихове деце. Здравствена писменост појединца зависи од његове личне ситуације, укључујући здравствени статус, ризике или проблеме, припадност социјалној групи, културно одређење, поседовање визуелних и вербалних способности, може бити условљена памћењем, расуђивањем, осталим физичким способностима и социјалним вештинама (73).

Међу факторима који утичу на здравствену писменост, издвајају се и друштвене и еколошке детерминанте (демографска ситуација, култура, језик, политичке снаге, друштвени систем). Резултати појединих студија говоре у прилог томе да је здравствена писменост значајно повезана са самопроценом здравља, са здравственим стањем, преваленцијом бола, нивоом формалног образовања, радним и материјалним статусом и етничком припадношћу (74).

Међутим, све већи број емпиријских истраживања здравствене писмености надилази индивидуалну писменост и посвећује се друштвеној структури у којима људи живе (ученици, породице и друштвене мреже), признајући утицај и улогу подршке ресурса из друштвеног окружења. Неке студије су поставиле истраживачки план за боље разумевање односа између здравствене писмености, социјалне подршке и здравствених исхода. Ови прегледи закључују да је социјални контекст важан за здравствену писменост, али да је недовољно проучен (75).

У литератури се здравствена писменост обично описује као фактор који доприноси разликама у здрављу, али мало се зна о његовом стварном доприносу и потенцијалној улози у односу између социјалних и здравствених разлика. Свеукупно

гледано, докази о улози здравствене писмености у диспаратетима још увек су мешовити и за већину исхода, врло ограничени (76).

Докази о тачној природи односа између здравствене писмености и здравствених неједнакости и даље су ретки. Само неколико студија је испитивало однос између здравствене писмености и здравствених разлика. Постоји потреба да се идентификују потенцијални фактори који узрокују друштвене неједнакости и потенцијални „диспаратет здравствене писмености“ како би се открили потенцијални путеви одговорни за здравствене неједнакости. Потребне су истраживачке студије које би детаљније истраживале неједнакости и групе под ризиком (76).

Резултати европских анкета о здравственој писмености показали су значајне разлике међу земљама, указујући на то да су неке земље имале не само нижу здравствену писменост, већ и већу неједнакост у погледу расподеле здравствене писмености унутар свог становништва са преваленцијом ограничене здравствене писмености која варира од 28,7 % у Холандији на 44,8% у Грчкој, 56,4% у Аустрији, 46,3% у Немачкој, 40% у Ирској, 44,6% у Пољској, 58,3% у Шпанији, 62,1% у Бугарској (3). Неадекватна здравствена писменост била је присутна код 17,4% испитаника у Републици Српској, Босни и Херцеговини и петини учесника у Албанији, као транзиционој земљи западног Балкана (77, 78).

Студија о процени здравствене писмености спроведена у Ирану показала је да је 56% Иранаца са неадекватном или ограниченом здравственом писменошћу. Резултати анализе су показали да месечни приход, образовни ниво посебно образовање особа мушког пола су значајно повезани са нивоима здравствене писмености старијих особа. Резултати су такође показали да нижи нивои здравствене писмености доприносе повећању трошкова здравствене заштите због смањене употребе превентивних здравствених услуга и неадекватне контроле хроничних болести. Поред тога, људи са неадекватним нивоима здравствене писмености имају лошију комуникацију са клиничарима и особљем, слабију ефикасност здравствене заштите што утиче на квалитет неге и квалитет живота тих људи. Ниво образовања био је најважнија одредница здравствене писмености, тако су људи који су имали академско образовање имали уједно и највиши ниво здравствене писмености. Такође, ниво здравствене писмености био је повезан са полом и месечним приходом. Полне разлике су вероватно условљене одговорношћу иранских жена као и чињеницом да похађају обуке везане за здравствене проблеме. Такође, важност здравља за жене је много важнија, него што је за иранске мушкарце, а последично ниво њихове

здравствене писмености је виши, него код мушкараца. Као други значајан предиктор здравствене писмености показала се висина месечног прихода и установљено је да постоји директна повезаност између нивоа здравствене писмености и нивоа месечних прихода. Већина Иранаца са вишим месечним приходима, припадала је категорији становништва са вишим нивоом образовања, која је била заинтересованија за здравствене информације од других (79).

Национална студија спроведена у Швајцарској код пацијената са коморбидитетима, са високим оптерећењем лечења и негативним ефектима на квалитет живота због проблема са покретљивошћу, анксиозношћу и депресијом били су негативно повезани са здравственом писменошћу, односно што је ниво здравствене писмености пацијента био нижи, то је било веће оптерећење у лечењу. Појединци са ниским нивоом здравствене писмености били су мање образовани и припадали су нижим социоекономским групама. Такође, утврђено је да је низак ниво здравствене писмености одраслих са коронарном болешћу, значајно повезан са учесталијим коришћењем здравствене заштите и смањеном способношћу да на адекватан начин користе лекове, што је резултира лошим здравственим исходима. Установљено је и да су пацијенти, чији је квалитет живота био измењен због анксиозности, депресије или ограничене покретљивости, имали нижи ниво здравствене писмености. С друге стране, анксиозност и депресија могу утицати на мотивацију и способност пацијената да траже и разумеју информације о својим болестима и лечењу. Коморбидитетни пацијенти са високим оптерећењем лечења, измењеним квалитетом живота због анксиозности, депресије и ограничене покретљивости чешће имају низак ниво здравствене писмености. Анксиозност, депресија и мобилност само су неке од детерминанти квалитета живота, а литература открива веома контроверзне резултате о повезаности здравствене писмености и квалитета живота. Многи сматрају да таква повезаност може зависити од неких других аспеката, као што су специфичности хроничне болести или културне карактеристике проучаване популације. Иако је откривено да су неке од детерминанти квалитета живота фактори повезани са нивоима здравствене писмености, ипак су неопходна даља истраживања којима би се расветлили сви спорни резултати наведени у литератури. Но, описивање фактора повезаних са ниским нивоима здравствене писмености, могло би да омогући здравственим стручњацима да боље идентификују такве пацијенте. Такође је неопходно здравствену писменост ставити у однос са различитим друштвеним детерминантама здравља, као што су становање, запосленост и социјална подршка (80).

Студија којом је испитиван однос између здравствене писмености и хроничних болести и функционалног здравственог статуса, међу старијим корејским одраслим испитаницима показала је да су особе ниске здравствене писмености имали значајно веће стопе артритиса и хипертензије, већа ограничења у покретљивости, што упућује на закључак да је разумевање односа здравствене писмености и здравственог стања од суштинског значаја за развој комуникационих и здравствених и образовних напора када су у питању старије одрасле особе (81).

Потврда да ниска здравствена писменост доприноси лошијем здрављу, показала је студија којом је испитивана повезаност између здравствене писмености и три објективна здравствена исхода код старијих људи. Физичка кондиција (дефинисана временом хода, функцијом плућа и чврстоћом држања), индекс телесне масе и број природних зуба, коришћени су као здравствени исход. За процену здравствене писмености коришћене су инструменти за брзу процене писмености одраслих у медицини (*REALM*), скраћени тест функционалне здравствене писмености код одраслих (*S-TOFHLA*) и најновији витални знак (*NVS*). Резултати су показали да су нижи нивои здравствене писмености процењени наведеним тестовима, повезани са лошијим резултатима свих здравствених исхода (82).

Иако је ограничена писменост уобичајена и њена преваленција расте с годинама, мало је истраживања које процењују, да ли је ограничена писменост повезана са смртношћу код старијих одраслих особа. Студија којом је испитиван тај однос показала је да су старији одрасли људи са ограниченом здравственом писменошћу, имали већи ризик од смрти, од оних са адекватном здравственом писменошћу. Након прилагођавања демографском и социјално-економском статусу, коморбидним стањима, самопроцењиваном здравственом стању, понашању повезаним са здрављем, мерама приступа здравственој заштити и психосоцијалном статусу, ограничена писменост остала је независно повезана са смртношћу, што с обзиром на пораст старења популације и учесталост хроничних болести, механизми којима се ограничена писменост повезује са смртношћу старијих људи захтевају детаљнија и дубља истраживања како би се превентивним мерама превенирале последице преране и учесталије смртности у овој популационој групацији (83).

Здравствена писменост као важна детерминанта здравља је у недовољној мери истражена у земљама у транзицији, посебно у онима које пролазе кроз велике политичке, друштвене и економске промене, каква је на пример Албанија. У урбаној Тирани, спроведена је унакрсна студија процене здравствене писмености у односу на демографске и социоекономске карактеристике, на репрезентативном узорку одраслог

становништва учесника студије. Нису уочене значајне разлике у погледу пола, радног статуса или брачног статуса испитаника, док су пронађене социодемографске корелације са нивоима здравствене писмености сличне трендовима који постоје у другим бившим комунистичким земљама Европе (84).

Студија процене здравствене писмености и идентификације фактора који утичу на њу, спроведена је међу корисницама примарне здравствене заштите у Србији и установљено је да је неадекватна или маргинална здравствена писменост била присутна код 44,1%, а да је адекватна здравствена писменост код више од половине испитаница. Функционална здравствена писменост се значајно разликовала према узрасту, брачном статусу, запослености, образовању, материјалном статусу, перцепцији здравља и здравственом стању. Боља здравствена писменост постојала је међу млађим, запосленим учесницима са вишим образовањем и бољом перцепцијом здравља (85).

Низак степен здравствене писмености често је проблем код старијих особа посебно уколико је повезан са негативним здравственим понашањем, које је условљено не разумевањем информација добијених од здравствених стручњака или разумевања писаних упутстава за употребу лека. Међутим, у процени величине ефекта овог односа установљено је да постоји мала статистички значајна и позитивна веза између здравствене писмености старије популације и разумевања информација за употребу лека (86).

Истарживања указују да постоји повезаност између нивоа здравствене писмености са знањем о дијабетесу, али да нема много доказа за повезаност између здравствене писмености и исхода болести, укључујући и дијабетес, односно да су такви докази врло ограничени и упућују на будућа истраживања (87).

Студије указују и на значај различитих интервенција које имају за циљ побољшање здравствених исхода код пацијената са ниским нивоом здравствене писмености, а тичу се управљања болестима телефонским саветовањем. Истовремено, здравствено васпитним радом у малим групама пацијената са медицинским стручњацима, постиже се повећане заинтересованости о њиховој болести код људи са ниским нивоом писмености (88, 89). Сличне резултате о побољшању самоуправљања болестима код пацијената са различитим нивоима здравствене писмености дале су и интервенције које су подразумевале кратке сесије саветовања, примене образовних водича за болести и друго (90, 91).

Докази из литературе сугеришу да су писана упутства за употребу лекова прилагођена потребама пацијената с ниском нивоом здравствене писмености, и то коришћењем веће величине фонта, смањењем броја речи и коришћењем схема с

препознатљивим симболима, што се показало као доприносиоћи фактор повећања учесталости придржавања писаних упутстава за употребу лекова (92).

Стављање фокуса на истраживање у којем су пацијенти са коронарном артеријском болешћу и конгестивном срчаном инсуфицијенцијом добили упутства за употребу лекова након отпуста из болнице, док је контролна група добила додатни алат који је прилагођен пацијентима са ниским нивоом здравствене писмености, показало је да није било значајне разлике у разумевању информација и придржавању писаних упутстава за употребу прописаних лекова, између ове две групе испитаника (93, 94).

У студији, у којој су пацијенти са глаукомом били подвргнути едукативној интервенцији прилагођеној нивоу њихове здравствене писмености, открило је да образовне интервенције доводе до значајног побољшања у придржавању упутстава за употребу лекова. Користећи информације из овог систематског прегледа установљено је како саветовање и образовање могу побољшати однос пацијената у придржавању упутстава за употребу лекова у третману глаукома (95).

У оквиру испитивања утицаја здравствене писмености на здравствене исходе код пацијената са ХИВ-ом, показала се комплексна повезаност између здравствене писмености и придржавања упутстава у употреби антиретровирусних лекова, док је било студија које нису успеле да пронађу такву повезаност (96).

Постоји студија која је показала да здравствена писменост утиче на придржавање медицинских протокола, али је и много других студија чији резултати нису подржали такав закључак (97, 98).

Анализа укључивања пацијената у доношење медицинских одлука, открила је да особе са вишом здравственом писменошћу наводе да су укљученије у доношење медицинских одлука, што указује на закључак, да треба интензивирати истраживања овога типа како би се добио увид у то, да ли здравствена писменост може бити значајна у повећању партиципације пацијената у доношењу медицинских одлука. С обзиром да се од пацијената све више очекује да буду одговорни према свом здрављу и да буду укључени у одлуке о свом здрављу, ово би могло бити веома корисно. Важно је и због тога што постоје докази да партиципација пацијената има неколико предности које пре свега омогућавају повећање њиховог знања, задовољства донесеним одлукама о лечењу, а утиче и на смањење анксиозности и доприноси бољим исходима лечења (99).

Постојећи подаци студија указују да поједини пацијенати, одлуку о свом лечењу препуштају свом лекару, као и да већина пацијената жели да дели одлуке са својим лекаром, што зависи од многобројних фактора: однос са здравственим професионалцима, врста одлуке коју треба донети, искуство пацијента повезано са

болешћу и коришћењем услуга здравствене заштите, њихову дијагнозу и здравствени статус, демографске карактеристике и друго. Постоје докази да жене, млађе особе и образованији преферирају активнију улогу у доношењу одлука (100, 101).

Многе студије подржавају тезу да те варијације потичу од разлике у способности људи да постану активни учесници у погледу свог здравља и компетенција које су стекли за доношење информисане одлуке о свом здрављу, истичући важност здравствене писмености у овом контексту. Постоје докази да виши нивои здравствене писмености омогућавају људима да се лакше укључе у акције усмерене ка побољшању њиховог здравља (102).

Висок ниво здравствене писмености омогућава људима да имају активнију улогу у свом здрављу, већу способност за боље разумевање, процену и примену информација потребних за доношење медицинских одлука, лакше размење информација о могућим опцијама лечења. Здравствене компетенције као што су проналажење и поседовање довољно информација, разумевање и процењивање информација, као и могућност да се сарађује са лекарима су посебно релевантни како би људи обезбедили активну улогу у свом здрављу (103).

Тренутни докази сугеришу да самосталне интервенције, укључујући интерактивне веб локације, апликације за паметне телефоне и размена текстуалних порука, могу независно промовисати боље здравље, а саветовање путем е-поште и социјална подршка на мрежи, побољшавају ефикасност. Такође, установљено је да већина објављених интервенција путем размене текстуалних порука, била ефикасна када је реч о самоуправљању дијабетесом, губитку телесне масе, физичкој активности, престанку пушења и поштовању упутстава за примену антиретровирусне терапије. Међутим, установљени су и ограничени докази за препоруку карактеристика интервенције (104, 105, 106).

Интересовања истраживача усмерена су и на откривање повезаности између здравствене писмености и самопријављеног укључивања у доношење медицинских одлука, што је компетенција вишег нивоа, односно реч је о критичкој здравственој писмености. Критичка здравствена писменост је значајнија када је у питању пријављивање укључености у доношење медицинских одлука насупрот, функционалним и комуникативним или интерактивним компетенцијама (98).

Међутим, многи научници тврде да функционална и комуникативна или интерактивна здравствена писменост мора бити успостављена како би се развила критичка здравствена писменост, док има и оних какоји такву тврдњу не подржавају. Такође, многи сугеришу да се функционалне, комуникативне или интерактивне и

критичне компоненте здравствене писмености могу сматрати комплементарним. Истраживања су показала да различити типови здравствене писмености, били они функционални, комуникативни или интерактивни, или критични, имају различит утицај на различите мере исхода. Свакако су неходна даља истраживања на овом пољу, како би се даље открио однос између здравствене писмености и укључености пацијената у доношење медицинских одлука, што свакако може омогућити истраживачима да стекну бољи увид у то да ли здравствена писменост може бити средство за повећање учешћа пацијената у доношењу таквих одлука (107, 108, 109).

Није занемарљив утицај и других фактора на ниво здравствене писмености. Дијабетичари са нижом писменошћу или слабије развијеним вештинама за рачунање имају већи ризик од лоших исхода дијабетеса. Америчко Министарство здравља и социјалне службе недавно је позвало на акцију у вези са здравственом писменошћу. Испитујући ефекте интервенција за које су аутори навели да су посебно дизајниране да ублаже ефекте лоше здравствене писмености, важан су корак за дефинисање тренутног стања о интервенцијама осмишљеним за ублажавања ефекта лоше здравствене писмености (110, 111).

Проучено је неколико потенцијалних механизма који одређују повезане, али концептуално различите механизме, а који су повезани са морбидитетом и морталитетом. Ови механизми имају посебну теоријску важност, јер разлике у здравственом понашању, за разлику од разлика у многим другим компонентама здравља, укључују нешто више од могућности коришћења прихода за куповину доброг здравља. Обрнути односи између социоекономског статуса и негативног здравственог понашања, попут пушења, лоших навика у исхрани и непридржавања одговарајућег режима лечења, обухватају различите основне узрочне механизме (112).

Низак социоекономски статус пацијената, често је повезан је учесталијим коришћењем болничког лечења, у односу на коришћење услуга амбулантне здравствене заштите. Док пацијенти вишег социоекономског статуса имају тенденцију да чешће користе специјалистичку негу (113). Претпоставља се да је један од механизма који лежи у основи социоекономских разлика у коришћењу услуга здравствене заштите и разлика у нивоу здравствене писмености корисника услуга, који се често односи и на потешкоће са којима се појединци могу сусрести у проналажењу пута кроз здравствени систем. Пратећи социјални градијент за образовање, уочило се да ограничена здравствена писменост појачава социоекономске здравствене неједнакости, па се може рећи да је здравствена писменост на путу између образовања и здравља. Иако се нижа здравствена писменост често региструје код људи са нижим формалним образовањем,

неретко је да високообразовани могу показивати потешкоће које се односе на управљање здрављем и имати неадекватан ниво здравствене писмености (114).

Неколико студија показало је да је ниска функционална здравствена писменост уско повезана са неоптималном употребом здравствених услуга, нарочито са учесталијим хоспитализација и коришћењем услуга хитне помоћи (115). Већина студија процене здравствене писмености и утврђивања фактора који је одређују спроведена је у Сједињеним Америчким Државама. Међутим, још увек је недовољно истраживања која би потврдила установљавање повезаности између ниске здравствене писмености и непримерене употребе услуга здравственог система. Недвосмислено је и да се ниска здравствена писменост популације односи на веће трошкове здравствене заштите у Швајцарској и у Холандији (116, 117), док у студији спроведеној у Аустралији није пронађена таква повезаност (118).

Здравствену писменост треба посматрати и као индивидуалну појаву и као системски феномен. Докази из литературе указују на постојање узрочно-последичних путева који би могли најбоље објаснити добро успостављене везе између ограничене здравствене писмености и здравствених исхода. Јасно је да веза између здравствене писмености и здравствених исхода добро успостављена. Следећи корак био би разумевање процеса кроз које здравствена писменост утиче на здравље. Овај концепт уводи оквир који се темељи на идејама из здравствене психологије и предлаже да се повезивање здравствене писмености и здравствених исхода може посредовати низом здравствених акција, које укључују приступ и коришћење услуга здравствене заштите, интеракције пацијента и добављача и управљање здрављем и болестима. Оквир описује путеве кроз које здравствена писменост може утицати на саме здравствене акције или на одреднице мотивације и воље које су идентификоване у моделима друштвене когниције. Дискутује се о импликацијама споменутог оквира за будуће истраживачке и интервенционе стратегије (119).

Концепт здравствене писмености, као и инструменти за њено мерење развијају се више од три деценије. Ипак, чини се да у истраживању феномена недостаје консензус о томе, које аспекте треба укључити у писменост у контексту здравља и како то операционализовати у сврху мерења (120).

Иако се може извести закључак да здравствена писменост може бити значајна детерминанта за здравствене неједнакости, недовољно су испитивани могући путеви како здравствена писменост утиче на здравствене неједнакости.

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ СТУДИЈЕ

Предмет студије је процена нивоа здравствене писмености у популацији жена у Србији и идентификација демографских и социоекономских фактора повезаних са здравственом писменошћу.

Циљеви студије:

1. Процена нивоа здравствене писмености у популацији жена.
2. Утврдити факторе који су повезани са здравственом писменошћу, а који се односе се на демографске и социоекономске карактеристике испитаника, самопроцену здравственог стања, коришћење здравствене службе, као и знања и понашања везано за факторе ризика по здравље, посебно репродуктивно.

Хипотезе:

1. Постоје значајне резлике у здравственој писмености жена у односу на животно доба, брачни статус, ниво образовања и запосленост;
2. Демографске и социоекономске неједнакости у здравственој писмености жена чешће су у руралним него у градским срединама;
3. Жене које према материјалном статусу домаћинства припадају категорији сиромашнијих имају нижи ниво здравствене писмености;
4. Жене које своје здравље процењују као лоше имају нижи ниво здравствене писмености;
5. Ниво здравствене писмености утиче на коришћење услуга здравственог система;
6. Жене које имају нижи ниво здравствене писмености испољавају негативније обрасце понашања везане за факторе ризика по репродуктивно здравље.

3. МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

3.1. Врста студије

Истраживање је спроведено у виду проспективне студије пресека.

3.2. Популација која се истражује

Истраживањем је обухваћена популација жена старости 18 и више година. Пре почетка истраживања испитанице су били упознате са циљем и процедуром истраживања. Испитанице су потписале информативни пристанак, након чега је уследила процена подобности за укључење у студију. Процена подобности се процењивала на основу критеријума за укључивање, неукључивање и искључивање. За учешће у студији, испитаница је требало да задовољи све критеријуме за укључивање и ниједан за неукључивање или искључивање.

Критеријуми за укључивање:

- испитаник је женског пола и има 18 или више година,
- испитаник је способан да разуме природу студије и
- испитаник је потписао је формулар Информативног пристанка.

Критеријуми за неукључивање:

- особе млађе од 18 година,
- немогућност разумевања студије.

Током истраживања испитаница је могла бити искључена из студије уколико је присутан један или више од следећих критеријума:

- одлука испитаника да се повуче из студије,
- испуњавање неког од критеријума за неукључивање за време студије.

3.3. Узорковање

Узорак су чиниле испитанице са територије Војводине, Београда и Шумадијског округа. Узорак је био стратификован према региону, врсти насеља и добним групама.

3.4. Инструменти истраживања

Као инструменти истраживања коришћени су следећи упитници:

- Општи упитник о демографским, социјалним и економским карактеристикама и карактеристикама које се односе коришћење услуга здравственог система и ставова, информисаности и понашања испитаница у области репродуктивног здравља,
- Европски упитник за здравствену писменост (*European health literacy questionnaire - HLS-EU-Q-47 (1)*), стандардизован за тестирање здравствене писмености који је јавно доступан.

HLS-EU-Q-47 се састоји од 47 ставки (ајтема) посвећених приступу, разумевању, процени и примени информација у вези са здрављем унутар три домена: превенција болести, здравствена заштита и промоција здравља. За сваку ставку, испитаници су оценили перцепцију потешкоће датог задатка или ситуације описане Ликертовом скалом са четири категорије (1 = веома тешко, 2 = тешко, 3 = лако и 4 = веома лако), са могућим најнижим средњим резултатом од 1 и могућим највишим средњим резултатом од 4. За испитанице које су валидно одговориле на најмање 80% свих питања израчунат се свеобухватни општи Индекс здравствене писмености (HLS-EU-Q Index) према формули $\text{Index} = (\text{mean} - 1) * (50/3)$ чије се вредности крећу минимум 0 и максимум 50, где 0 представља "најмањи могући" и 50 представља "најбољи могући" резултат здравствене писмености.

На основу израчунатог Индекса здравствене писмености испитаница установљене су четири нивоа здравствене писмености (1):

- неадекватна (0–25),
- проблематична (>25–33),
- довољна (>33–42) и
- одлична (>42–50).

За потребе даље анализе и откривање маргинализованих група, испитанице са „неадекватним“ и „проблематичним“ нивоом здравствене писмености сврстане су категорију *ограничен ниво здравствене писмености и Индексом (0–33) (3,13)*.

3.5. Етички аспекти истраживања

Истраживање је спроведено је у оквиру Јуниор пројекта (број 09/18) Факултета медицинских наука, а коришћени протоколи истраживања одобрени су од стране Етичке комисије Факултета медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу.

1.4. Варијабле мерене у студији

1. Здравствена писменост жена;
2. Демографске карактеристике: животно доба, породичне структура, тип насеља, региона;
3. Социекономске карактеристике: степен образовања, запосленост, материјални статус;
4. Здравствено стање: самопроцена здравља, присуство хроничних незаразних болести, репродуктивно здравље;
5. Детерминанте здравља: физичка активност, исхрана, употреба лекова и психоактивних супстанци, сексуална активност – употреба контрацепције, ставови, знање и понашање у области репродуктивног здравља;
6. Коришћење услуга здравственог система: ванболничка, болничка, стоматолошка здравствена заштита, приватна пракса, превентивни – скрининг прегледи.

3.7. Снага студије и величина узорка

Употребом статистичког програма G*Power за t тест, уз прихваћене вредности вероватноће грешке првог типа $\alpha = 0.05$, снаге студије од 0.95 укупна величина узорка процењена је на 732 испитанице (3). Због могућности искључивања из студије, узорак је повећан на 800 испитаница.

3.8. Статистичка обрада података

Помоћу дескриптивних метода попут табелирања, графичког приказивања, мера централне тенденције и мера варијабилитета, у статистичкој обради података,

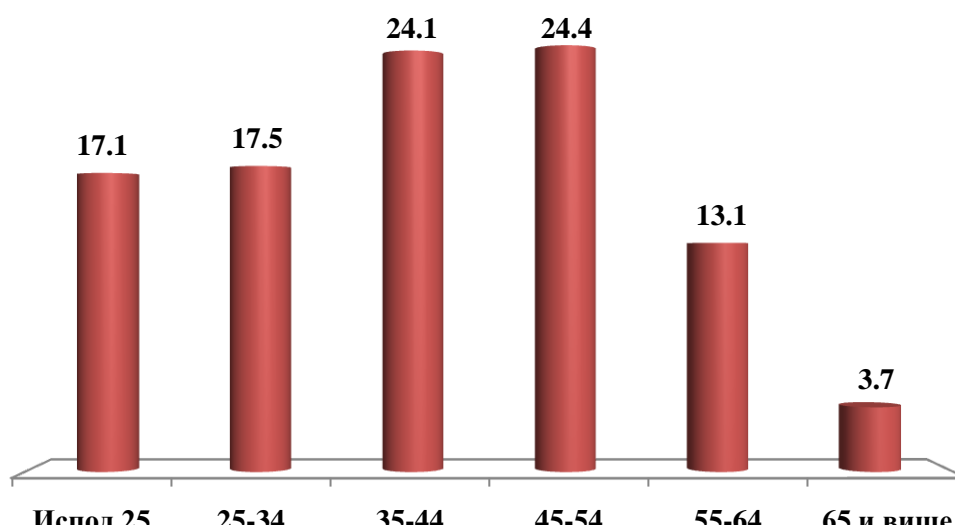
континуалне варијабле су презентоване као средња вредност \pm стандардна девијација, а категоријске као пропорција испитаница са одређеним исходом. Како бисмо упоредили разлике у учесталости категоријских варијабли коришћен је Хи-квадрат (χ^2) тест. Биваријантном и мултиваријантном логистичком регресијом испитивана је повезаност здравствене писмености и низа независних варијабли. Ризик је оцењиван помоћу величине OR (odds ratio), са 95% интервалом поверења, при чему су статистички значајним сматрани резултати код којих је вероватноћа била мања од 5% ($p < 0.05$). За статистичке прорачуне коришћен је комерцијални, стандардни програмски пакет SPSS, верзија 20.0. (*The Statistical Package for Social Sciences software—SPSS Inc, version 20.0, Chicago, IL*).

2. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Демографске и социо-економске карактеристике испитаница

4.1.1. Старосна структура

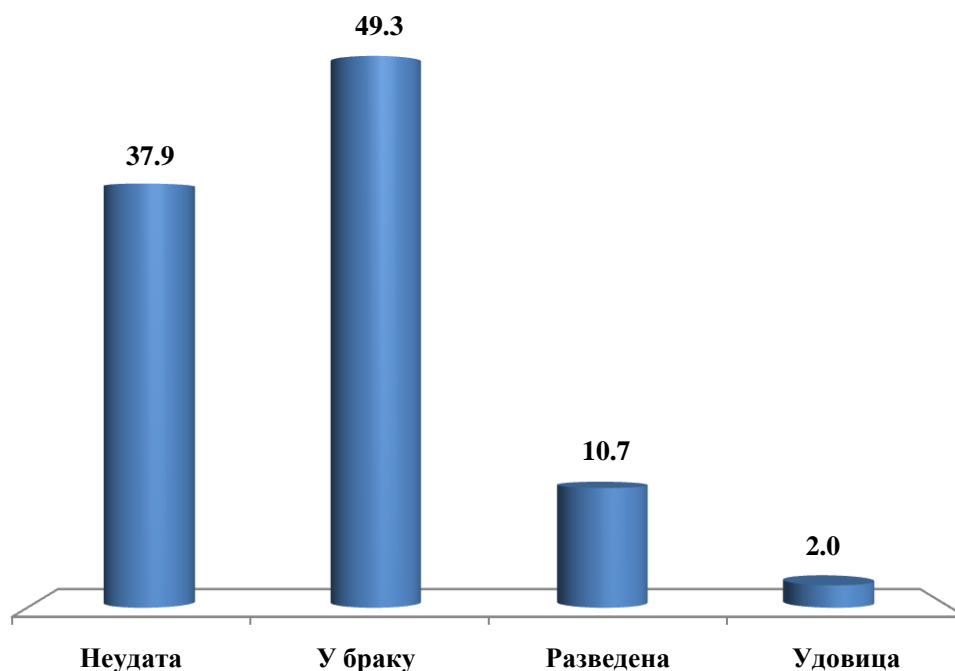
Истраживањем је обухваћено 776 испитаница старости 18 и више година. Највећи број (24,4%) испитаница био је животног доба од 45 до 54 година; 24,1% од 35 до 44; скоро свака шеста је имала између 25 и 34 године или је била млађа од 25 година или је имала више од 55 година (графикон 1).



Графикон 1. Дистрибуција испитаница према животној доби

4.1.2. Брачни статус

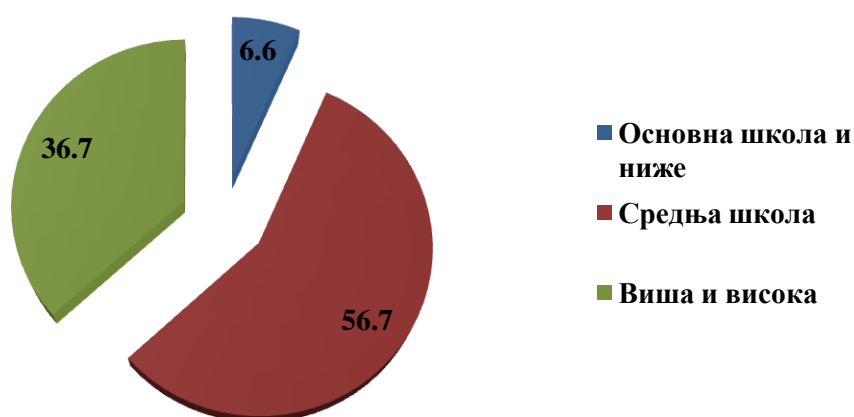
Структура према брачном статусу приказана на графикону број 2, показује да је скоро половина (49,3%) у брачној заједници, неодатих 37,9%, разведених 10,7% и 2% удовица (графикон 2). Демографске карактеристике испитаница приказане су и у табели 4.



Графикон 2. Дистрибуција испитаница према брачном статусу

4.1.3. Образовна структура

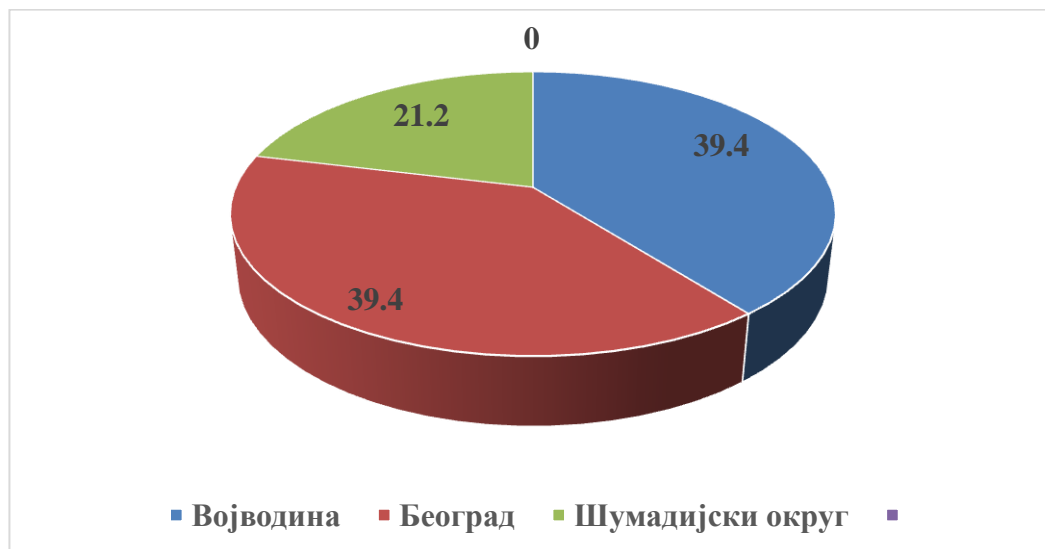
Највећи проценат анкетираних испитаница је са средњешколским образовањем 56,7%, са непотпуном или завршеном основном школом 6,6%, док је са вишим/високим образовањем у укупном узорку било 36,7% жена, приказано у графикону број 3.



Графикон 3. Дистрибуција испитаница према образовној структури

4.1.4. Географска структура

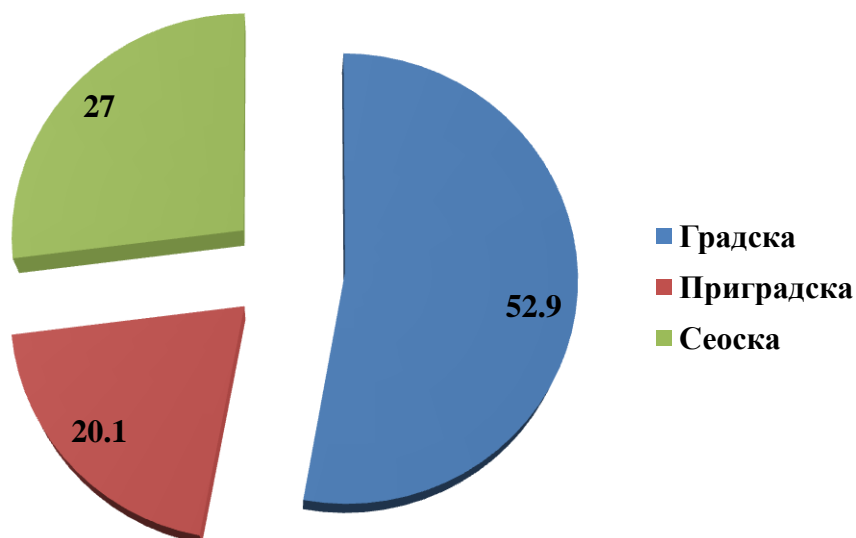
Према географској структури највећи удео испитаница потицао је са територије Војводине 39,4%, са територије Београда 39,4%, а са територије Шумадијског округа било је 21,2% испитаница (графикон 4).



Графикон 4. Дистрибуција испитаница према географској структури

4.1.5. Структура према типу насеља

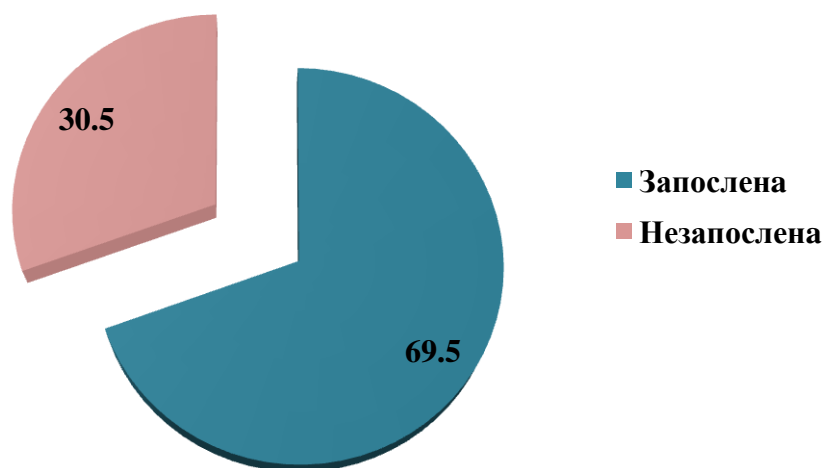
Структура испитаница према типу насеља показује да је градској средини припадало 52,9% анкетираних испитаница, док је 47,1% њих припадало приградским и сеоским насељима (графикон 5).



Графикон 5. Дистрибуција испитаница према типу насеља

4.1.6. Економска структура

Према економској структури анкетираних испитаница преовлађују радно активне жене 69,5%, док је у категорији незапослених било 30,5% (графикон 6.).

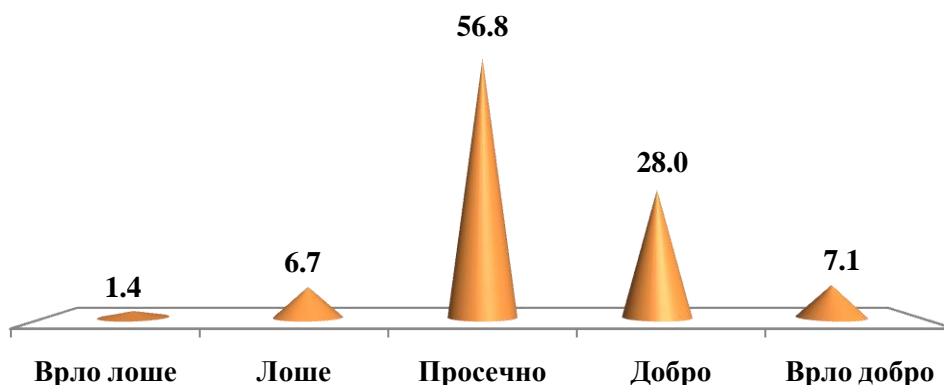


Графикон 6. Дистрибуција испитаника према економској структури

4.1.7. Самопроцена материјалног статуса домаћинства

Своје материјално стање као просечно, процењује нешто више од половине испитаница (56,8%), као добро 28%, а у категорији лошег и врло лошег материјалног

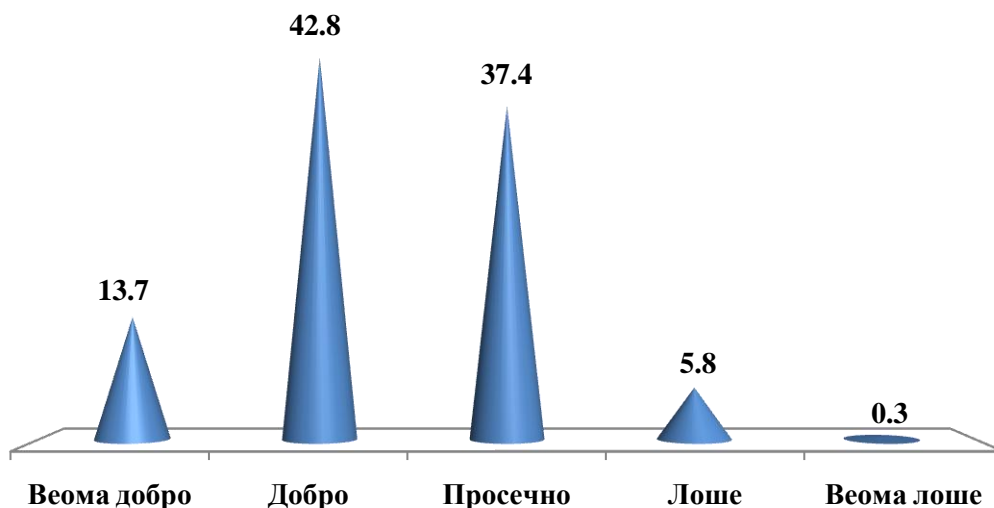
статуса је 8,1%, док се скоро свака четрнаеста (7,1%) изјаснила да има врло добар материјални статус домаћинства (графикон 7).



Графикон 7. Приказ самопроцене материјалног статуса домаћинства

4.1.8. Самопроцена здравља

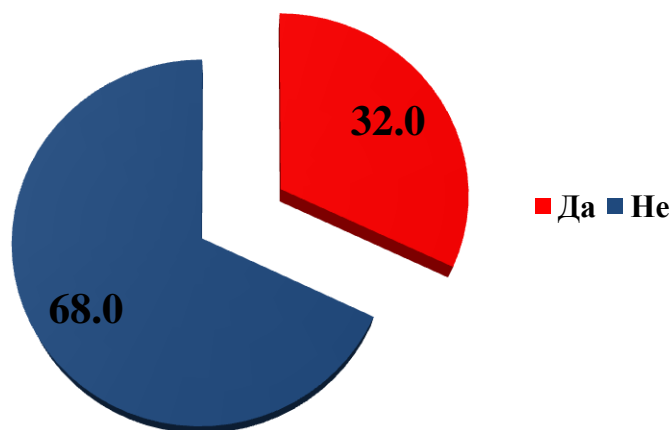
Приликом субјективне процене сопственог здравља, 6,1% оценило је своје здравље као лоше (5,8% лоше и 0,3% веома лоше), највећи удео као добро (42,8%) и просечно (37,4%), а скоро свака седма своје здравље процењује је као веома добро (графикон 8.).



Графикон 8. Самопроцена сопственог здравља

Присуство хроничног обољења

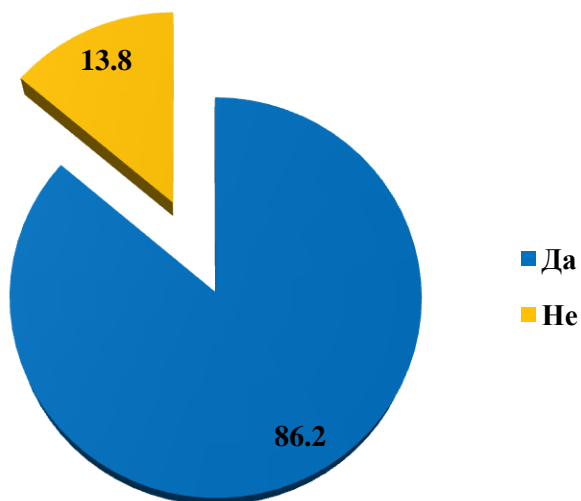
На питање да ли имају неку дуготрајну болест или здравствени проблем, нешто мање од трећине испитаница је одговорило потврдно 32% (графикон 9).



Графикон 9. Постојање дуготрајне болести или здравственог проблема

3.1.9. Коришћење услуга здравственог система

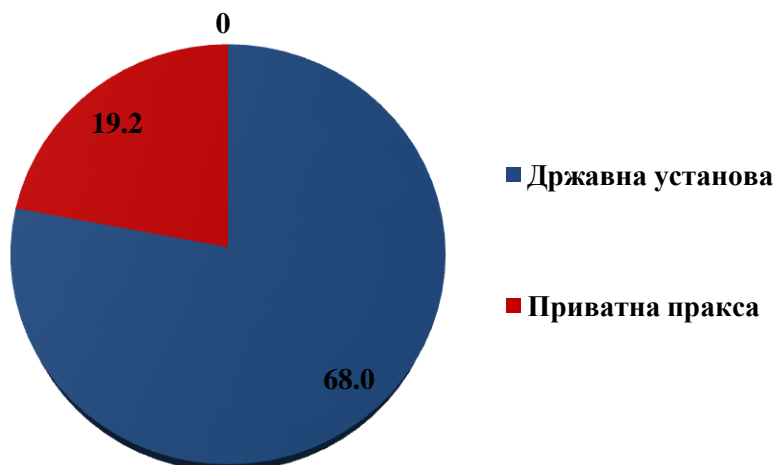
Подаци коришћења услуга здравственог сектора које је повезано са репродуктивним здрављем, указују да изабраног гинеколога има 86,2% испитаница, док свака седма жена нема изабраног гинеколога (графикон 10).



Графикон 10. Опредељеност испитаница за изабраног гинеколога

Опредељеност за гинеколога у државној или приватној пракси

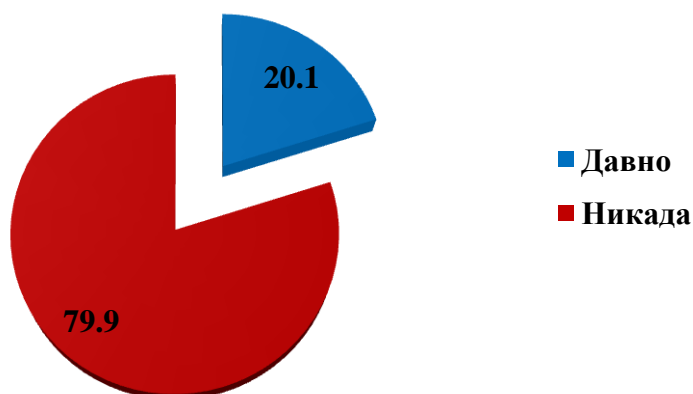
Подаци опредељености испитаница за задовољавање потреба у државној и приватној пракси, указују да у државној здравственој установи изабраног гинеколога има 68% жена, а у приватној скоро свака пета (графикон 11).



Графикон 11. Дистрибуција података о опредељености за гинеколога у државној или приватној пракси

Ангажованост испитаница у имунизацији против сезонског грипа

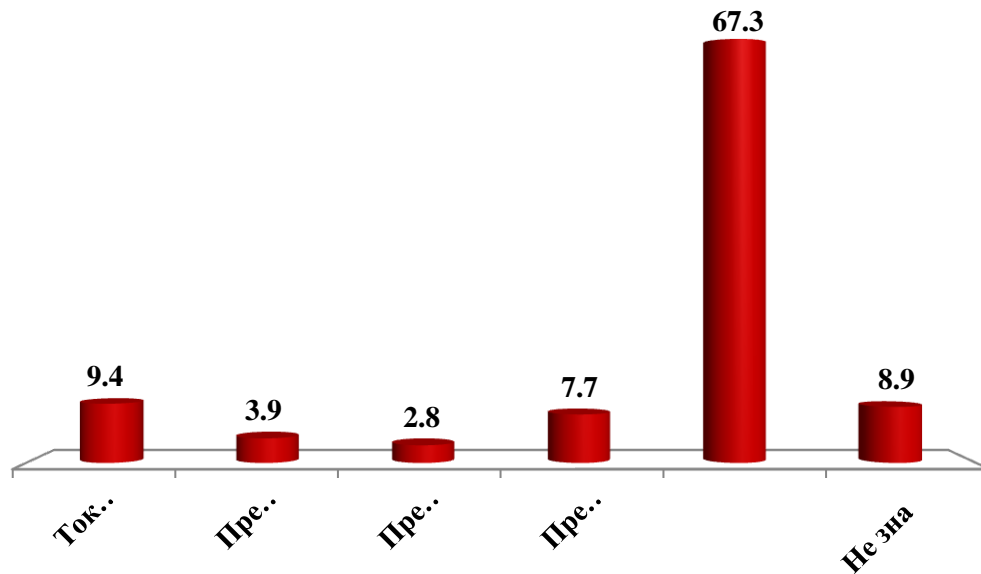
Да никада нису примиле вакцину против грипа изјаснило се 79,9% анкетираних испитаница, док је свака пета вакцинисана против грипа бар једном у животу, али одавно у односу на време истраживања (графикон 12).



Графикон 12. Дистрибуција испитаница о имунизацији против грипа

Скрининг на окултно крварење

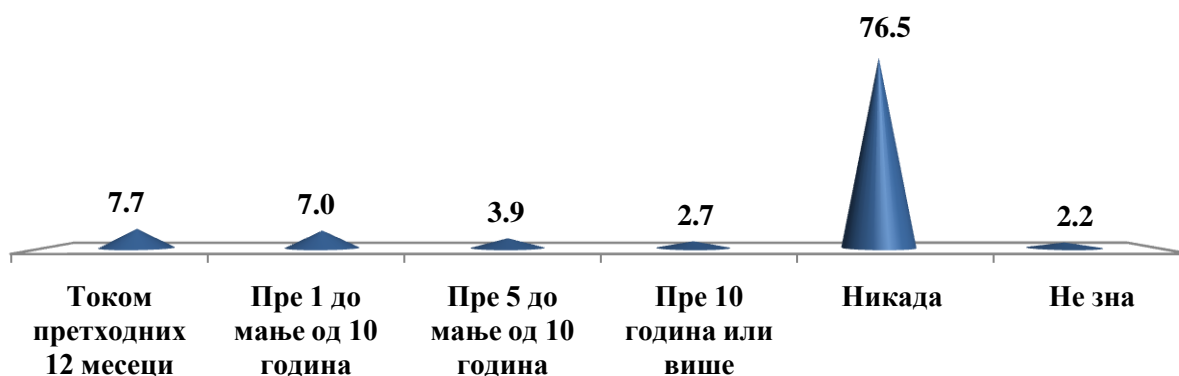
Подаци о контроли здравља применом скрининга на окултно крварење у фецесу указују да се две трећине испитаница (67,3%) никада није подвргнуто тесту на окултно крварење, свака пета се тестирала пре више од неколико година, а у години која је претходила истраживању тест на окултно крварење урађен код сваке десете жене (графикон 13).



Графикон 13. Дистрибуција испитаница које су подвргнуте скрининг тесту на окултно крварење

Колоноскопски прегледи испитаница

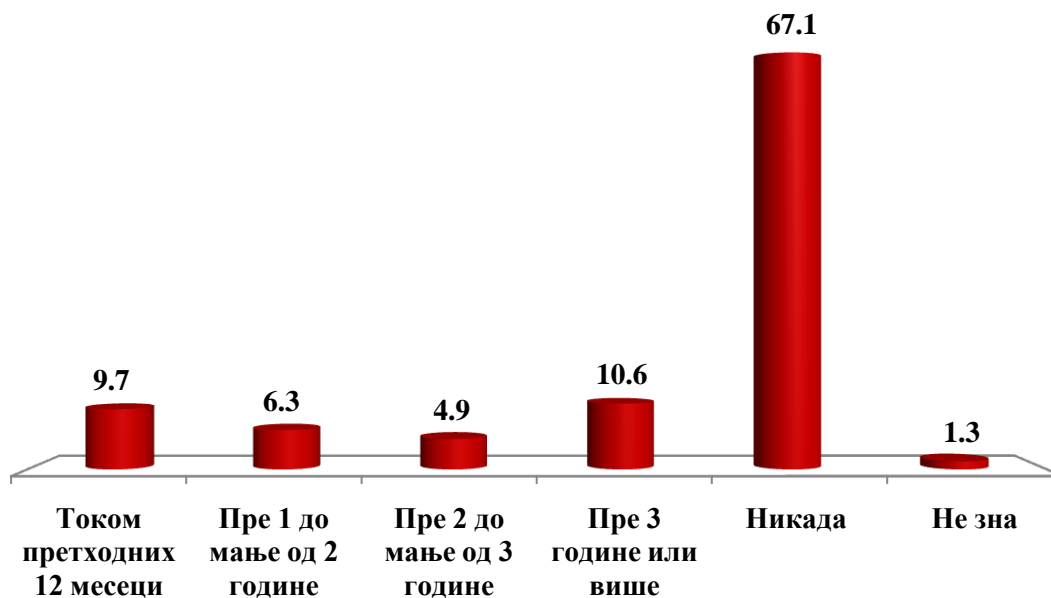
Колоноскопски преглед никада није обављен код две трећине испитаница (76,5%), док је свака тринаеста жена (7,7%) подвргнута колоноскопији током претходних 12 месеци у односу на време истраживања (графикон 14).



Графикон 14. Дистрибуција испитаница које су подвргнуте колоноскопији

Мамографија као скрининг преглед

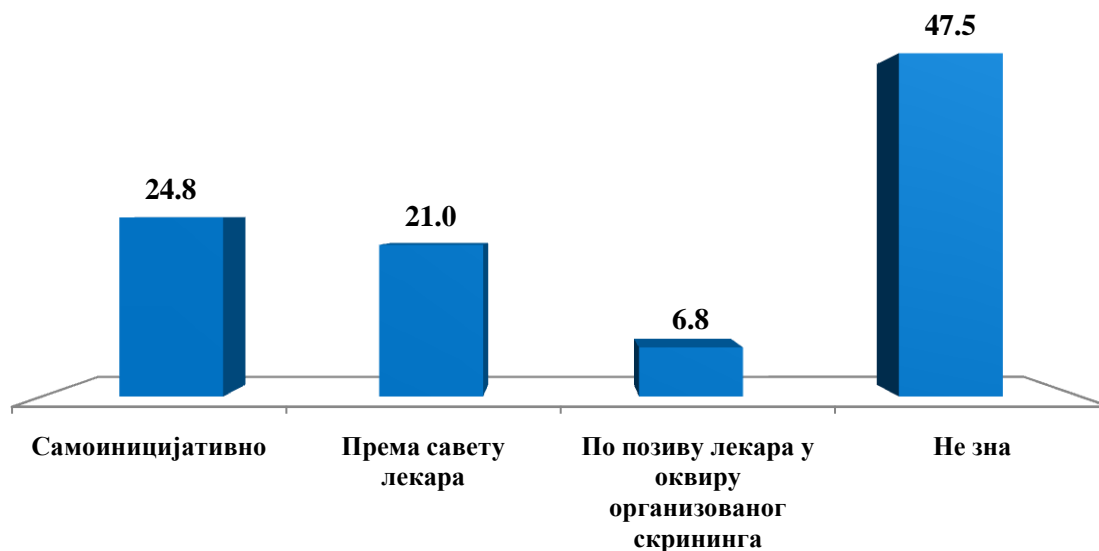
Мамографски преглед никада није обавило две трећине испитаница (67,1%), а свака десета је подвргнута мамографији током претходних 12 месеци у односу на време истраживања, а свака девета пре више од 3 године у односу на време истраживања (графикон 15).



Графикон 15. Мамографија у претходном периоду

Одазив испитаница на скрининг мамографски преглед у односу на извор покретања иницијативе

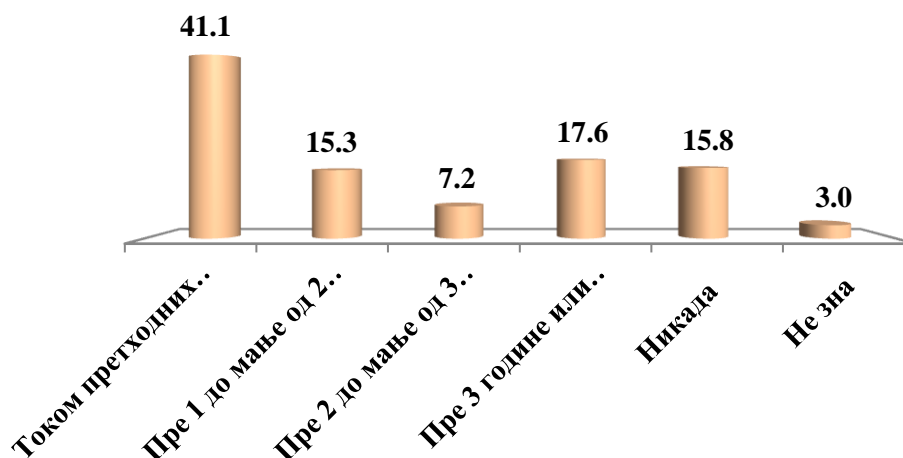
Према позиву у оквиру организованог скрининга, мамографски преглед је обављен код 6,8% анкетираних испитаница, док се свака пета подвргла прегледу према према савету лекара (21%), а свака четврта самоиницијативно (24,8%) (графикон 16).



Графикон 16. Дистрибуција испитаница према начину на који су подвргнуте мамографији

Фреквенција одазива испитаница на Папаниколау тестирање

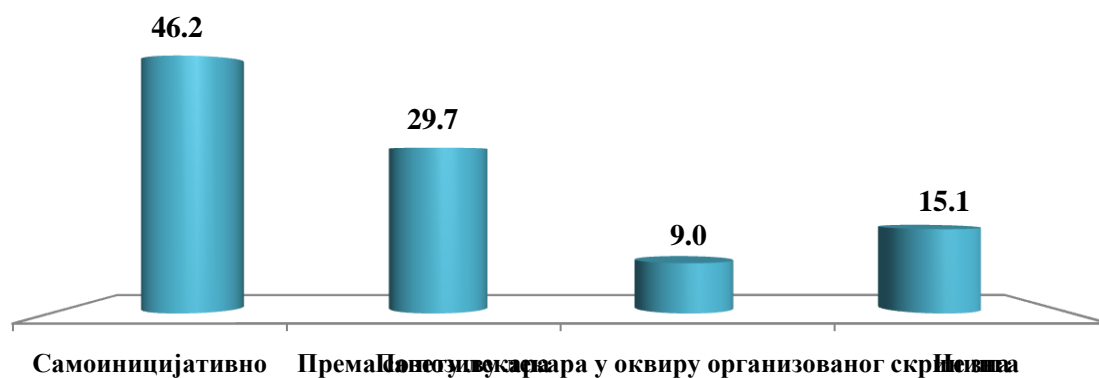
У години која је претходила истраживању Папаниколау (ПАП) тест обављен је код 41,1% испитаница, док код сваке пете (18,8%) никада није обављен овај тест или се не сећају када се то догодило (графикон 17).



Графикон 17. Дистрибуција испитаница о Папаниколау тестирању

Одазив испитаница на скрининг Папаниколау тестирање у односу на извор покретања иницијативе

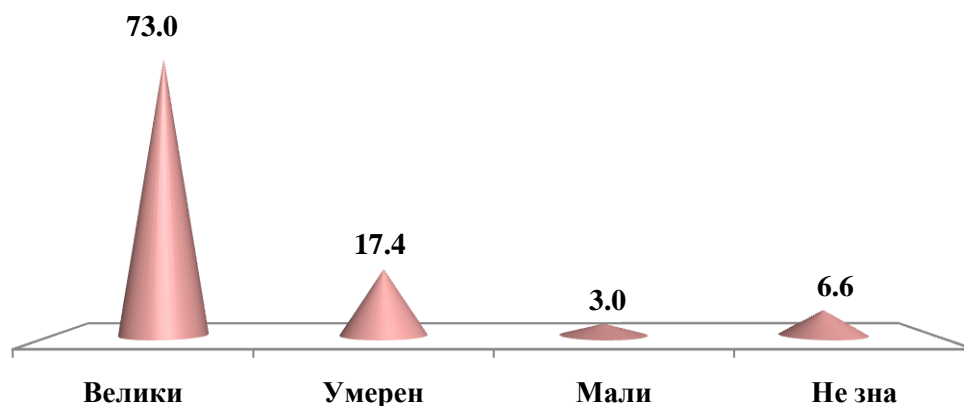
Према позиву у оквиру организованог скрининга Папаниколау тесту је подвргнуто 9% анкетираних испитаница, према савету лекара (29,7%), а готово половина испитаница је то учинила самоиницијативно (46,2%) (графикон 18).



Графикон 18. Дистрибуција испитаница према начину на који су подвргнуте Папаниколау тесту

4.1.10. Животни стил и ставови према факторима који утичу на здравље

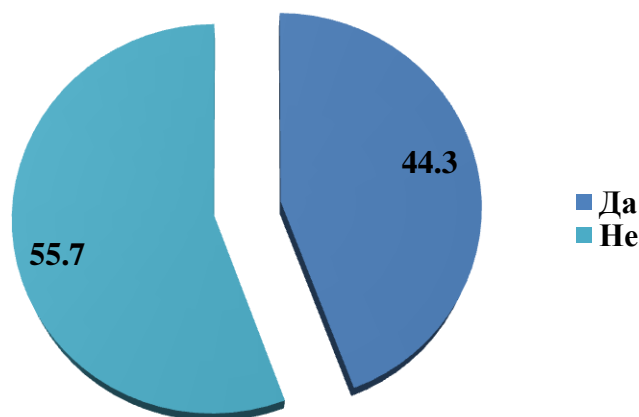
Скоро три четвртине испитаница има став да фактори попут: исхране, физичке активности, употребе дувана, алкохола, психоактивних супстанци, имају значајан утицај на здравље људи, док тек 3% анкетираних сматра да је утицај наведених фактора по здравље људи незнатан (графикон 19).



Графикон 19. Самопроцена испитаница о утицају исхране, физичке активности, пушења, употребе алкохол, ПАС на здравље

Употреба дувана

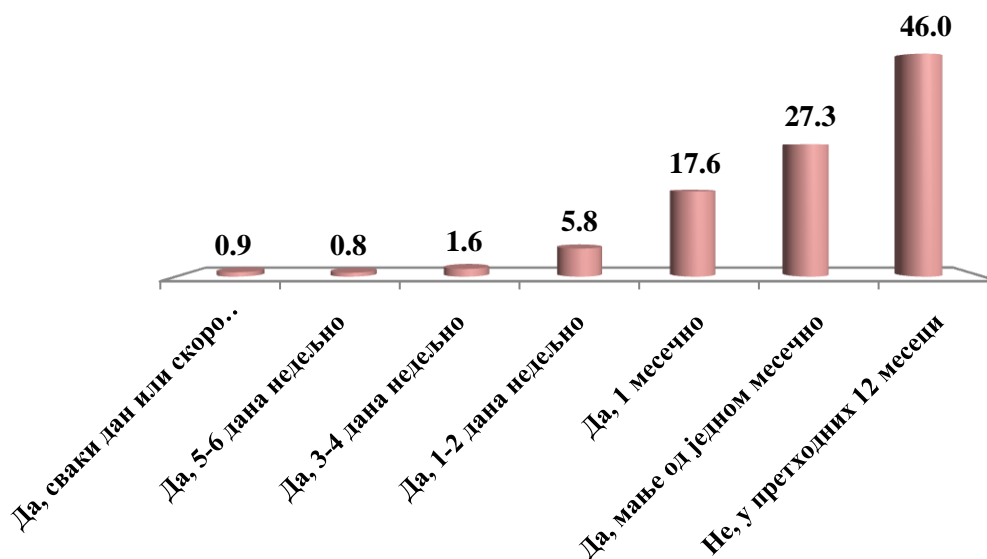
Посматрајући присуство лоших животних навика испитаница, установљено је да нешто мање од половине анкетираних редовно употребљава дуван (44,3%), (графикон 20).



Графикон 20. Дистрибуција испитаница према употреби дувана

Учесталост конзумирања алкохола

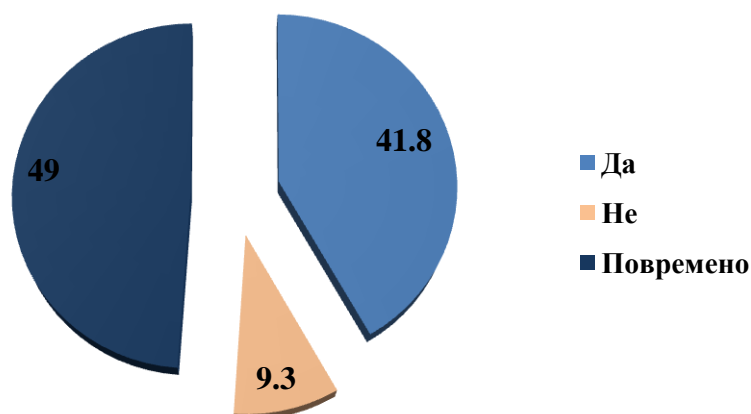
Подаци о конзумирању алкохола указују да је готово половина анкетираних испитаница није конзумирала алкохолна пића у години која је претходила истраживању, скоро свака друга алкохол конзумира једном месечно или чешће, док једанпут до два пута недељно алкохолна пића конзумира 5,8% испитаница (графикон 21).



Графикон 21. Дистрибуција испитаница према конзумирању алкохолних пића (пиво, вино, жестока пића, коктеле, ликере, алкохолна пића из кућне/домаће производње)

Приказ дистрибуције здравственог информисања путем масовних медија

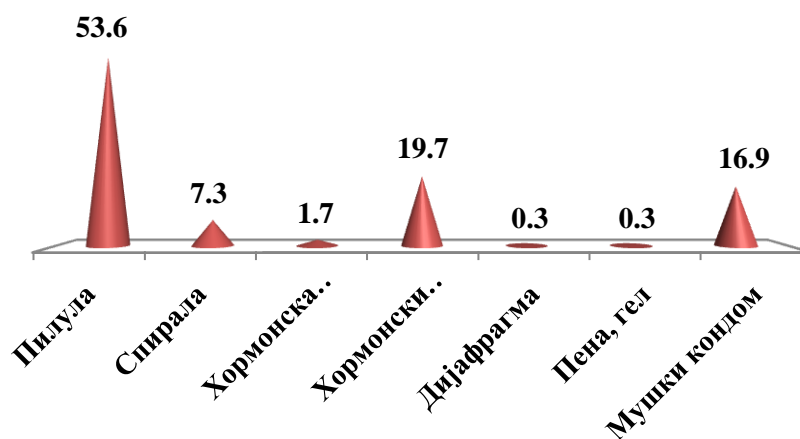
Укупни резултати су показали да теме о здрављу путем средстава јавног информисања повремено прати скоро половина укупно анкетираних (49%), док то редовно примењује чак 41,8%, а скоро свака десета није заинтересована за здравствено информисање путем мас медија (графикон 22).



Графикон 22. Здравствено информисање испитаница путем мас медија (телевизија, радио, штампа, интернет)

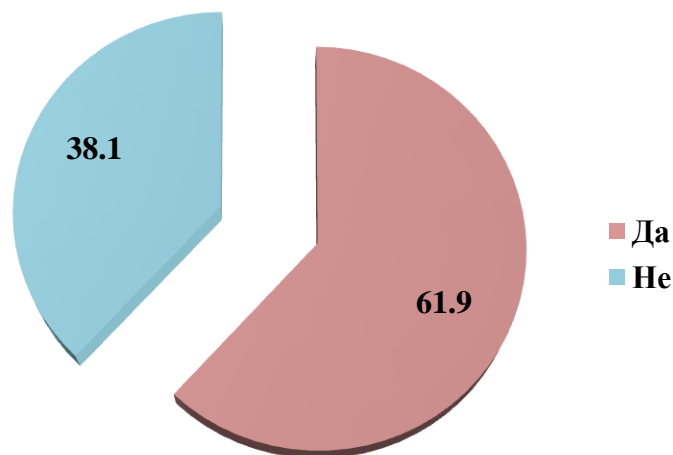
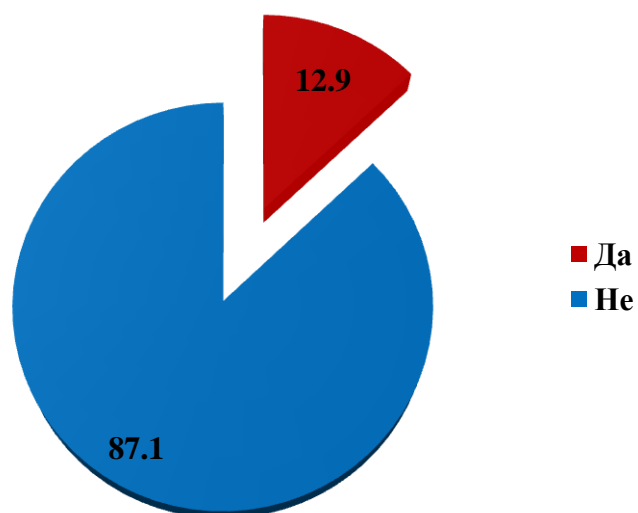
4.1.11. Ставови и навике у вези са репродуктивним здрављем

Преко половине анкетираних испитаница (53,6%) користи хормонске оралне контрацептиве, 7,3% испитаница за контрацепцију користи интраутерусни имплант (спиралу), док мушки кондом примењује свака шеста испитаница (графикон 23).

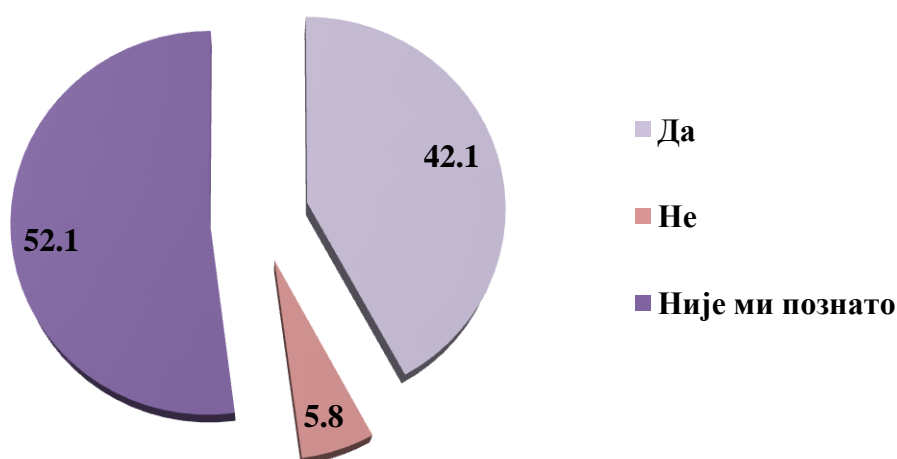


Графикон 23. Дистрибуција испитаница према коришћењу контрацептивних средстава

Скоро две трећине (61,9%) испитаница упознате су са местом где би могле да се тестирају на ХИВ, а тестирало се свега 12,9% жена (графикон 25 и 26).

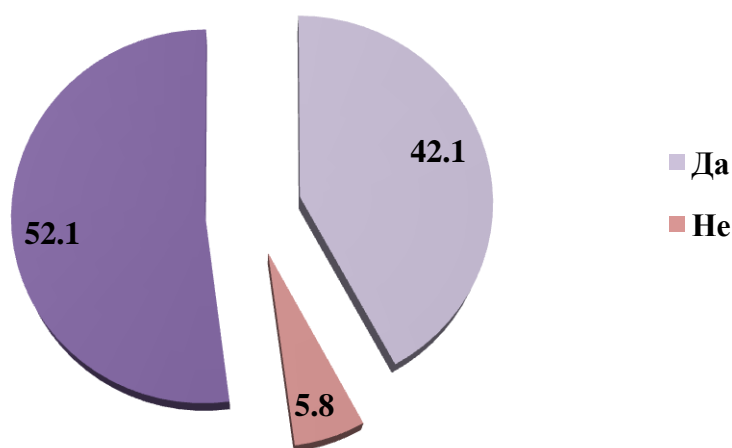
**Графикон 25. Информисаност испитаница о месту где се може обавити тестирање на ХИВ****Графикон 26. Фреквенција тестирања испитаница на ХИВ**

Више од половине (51,1%) укупно анкетираних жена изјаснило се да хумани папилома вируси изазивају промене на грлићу материце и брадавице на полним органима, док друга половина не зна или им то није познато (графикон 27).



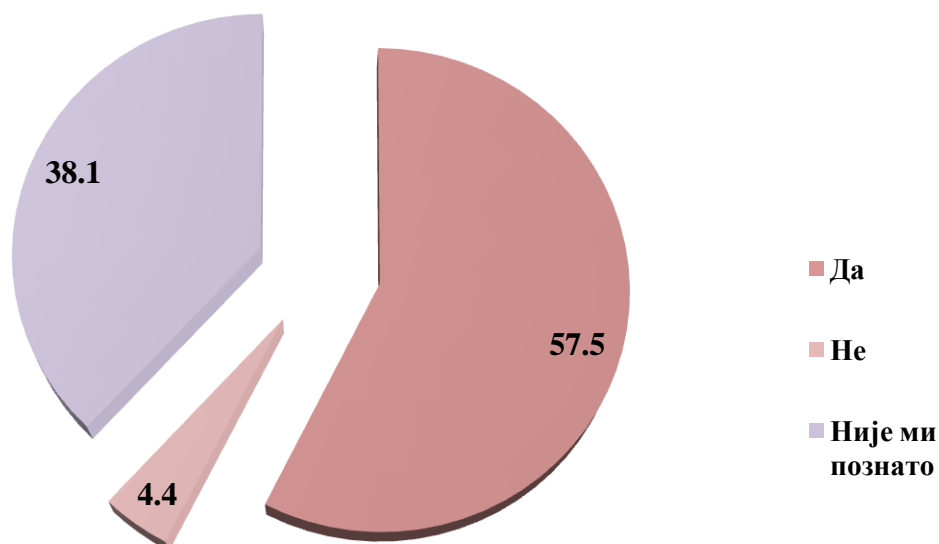
Графикон 27. Дистрибуција испитаница према одговору на питање, да ли знају шта изазивају хумани папилома вируси (ХПВ)

Такође, преко половине анкетираних жена (57,9%) изјаснило се да им није познато да постоји вакцина против ХПВ-а, док је удео жена којима је то познато износи 42,1%, (графикон 28).



Графикон 28. Дистрибуција испитаница према одговору на питање да ли постоји вакцина против ХПВ-а

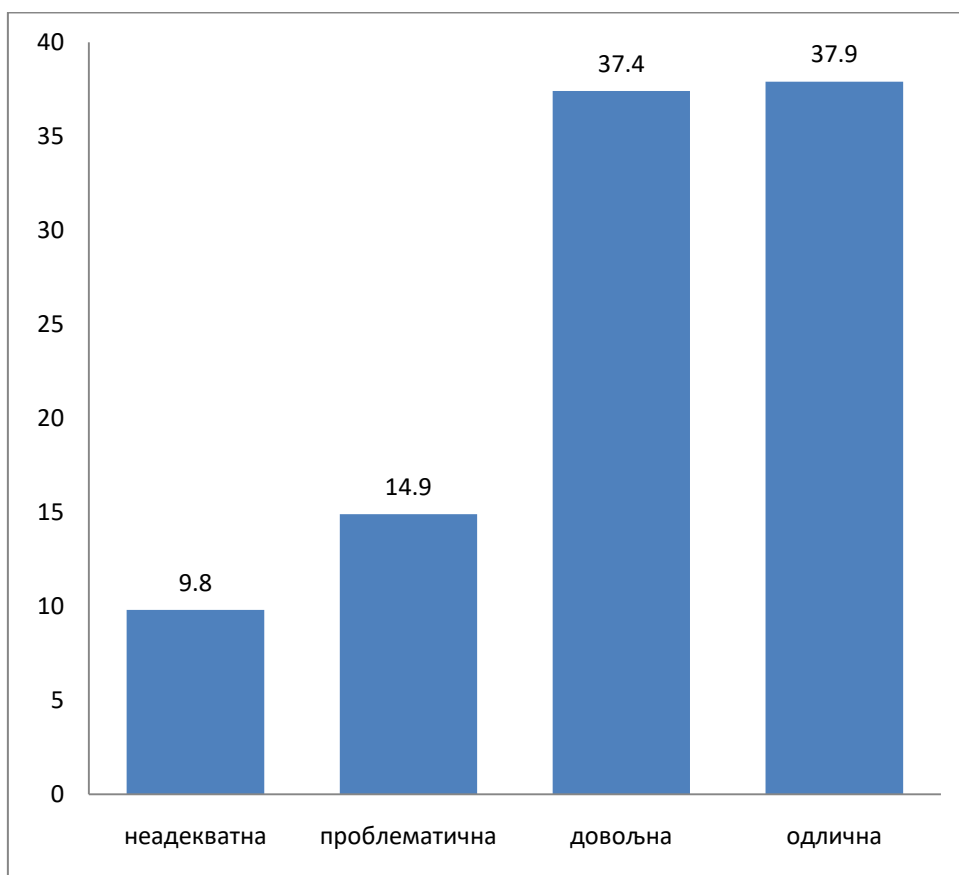
Нешто изнад половине анкетираних жена (57,5%) се изјаснило да зна да постоји вакцина против хепатитиса Б, али је такође висок проценат оних жена којима то није познато (38,1%), (графикон 29).



Графикон 29. Дистрибуција испитаница према одговору на питање да ли постоји вакцина против хепатитиса Б

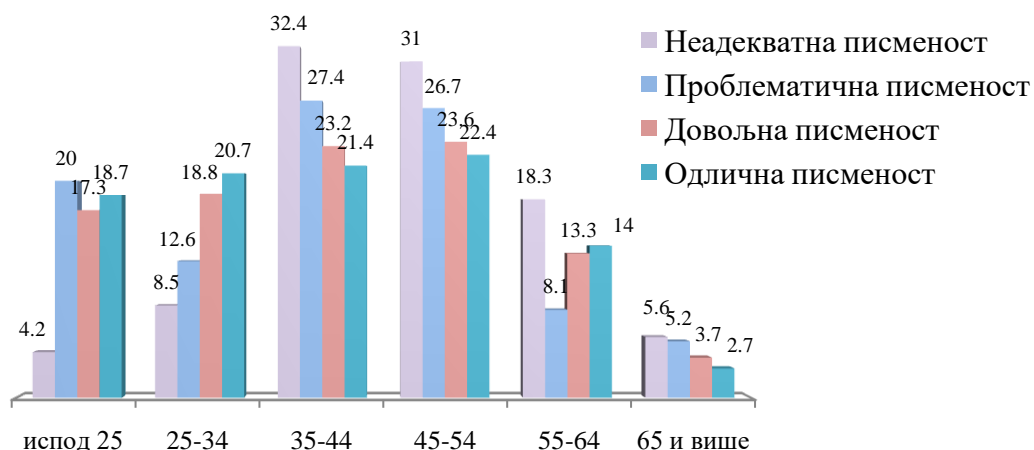
4.2. Здравствена писменост

На основу израчунатог Индекса здравствене писмености, код 9,8% испитаница регистрована је неадекватна здравствена писмености, код 14,9 % проблематичана, код 37,4% довољана и код 37,9% одлична здравствене писменост (графикон 30).



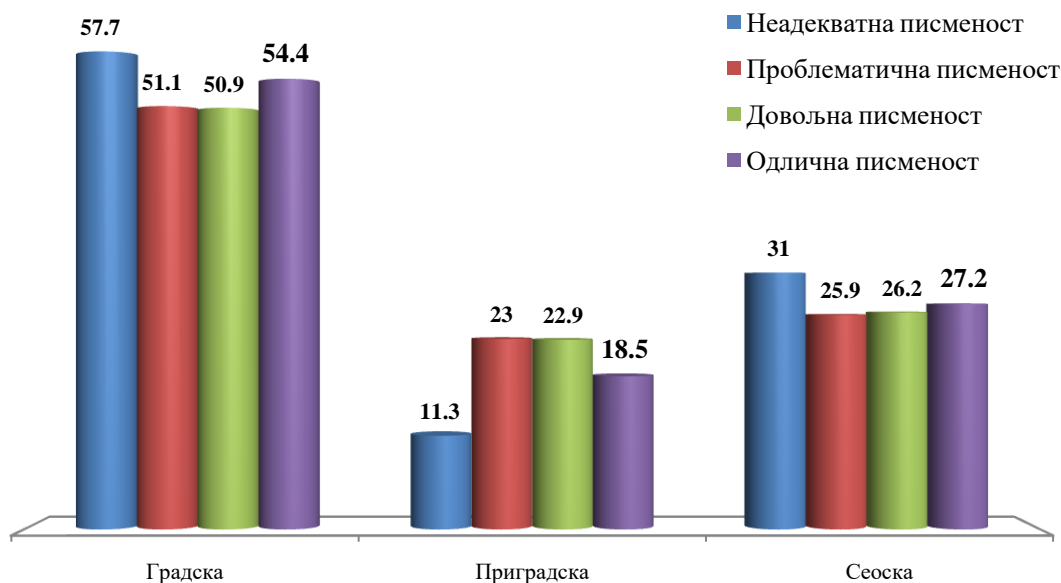
Графикон 30. Дистрибуција здравствене писмености одраслих жена у Републици Србији

Посматрано према животном добу, неадекватна здравствена писменост је у највећем проценту присутна код жена средњих година и код старијих. Готово трећина испитаница од 35 до 44 и трећина старости од 45 до 54 године има неадекватну здравствену писменост. Жене млађег животног доба (<25 година) као и оне од 25 до 34 године показују чешће одличан ниво здравствене писмености (свака пета) у односу на жене најстаријег животног доба. Разлика је статистички значајна ($\chi^2=27,494$ $df=15$ $p=0,025$), што је приказано графиконом 31.



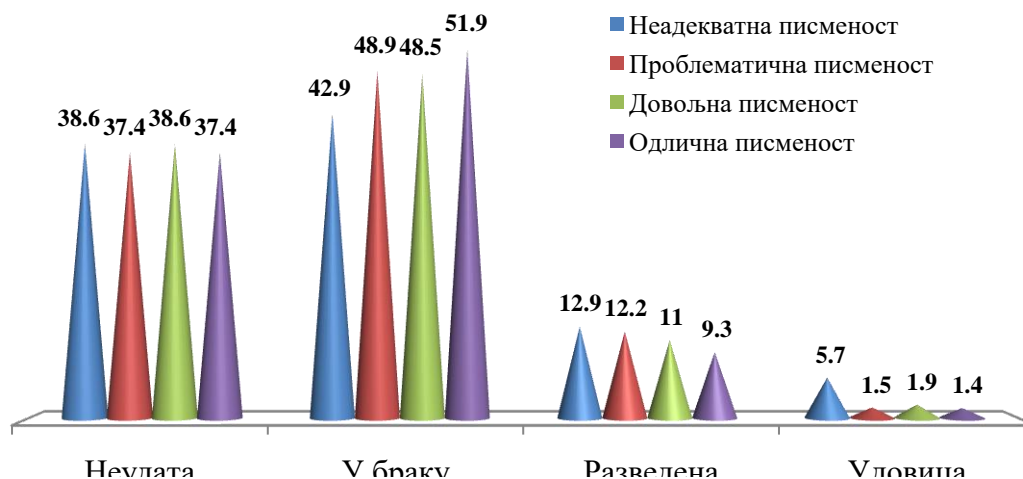
Графикон 31. Нивои здравствене писмености према старосном добу

Свака друга испитаница која припада градској средини и свака трећа из сеоске средине имала је неадекватн ниво здравствене писмености (графикон 32). Разлика није статистички значајна ($\chi^2=6,002$ $df=6$ $p=0,423$).



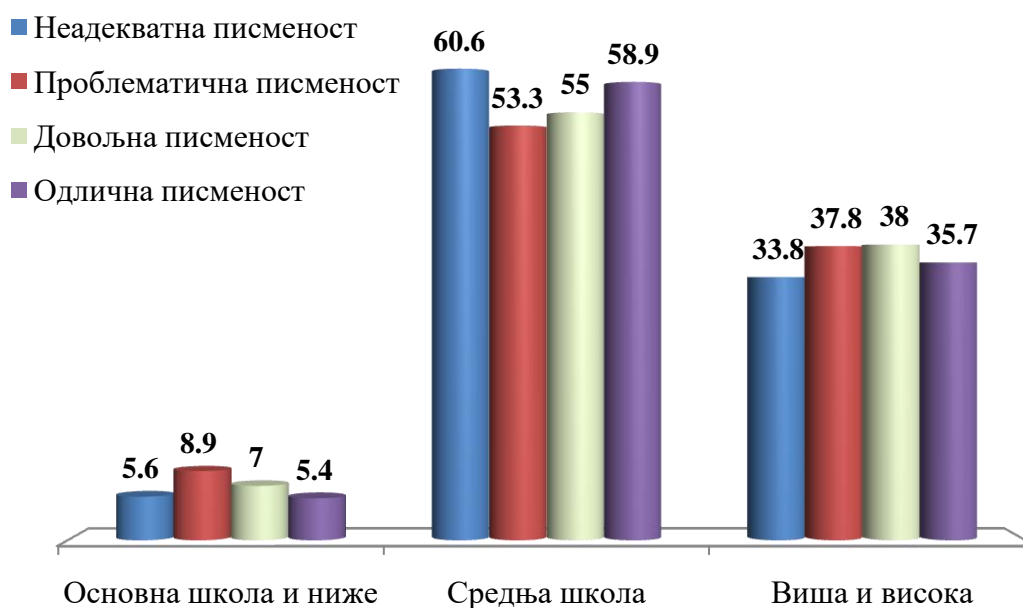
Графикон 32. Нивои здравствене писмености према средини из које потичу

Одличан ниво здравствене писмености је у највећем проценту регистрован је код испитаница које су у браку (51,9%), док је код испитаница из категорије удовица најчешће присутан неадекватан ниво здравствене писмености (5,7%) (графикон 33). Разлика није статистички значајна ($\chi^2=7,767$ $df=9$ $p=0,558$).



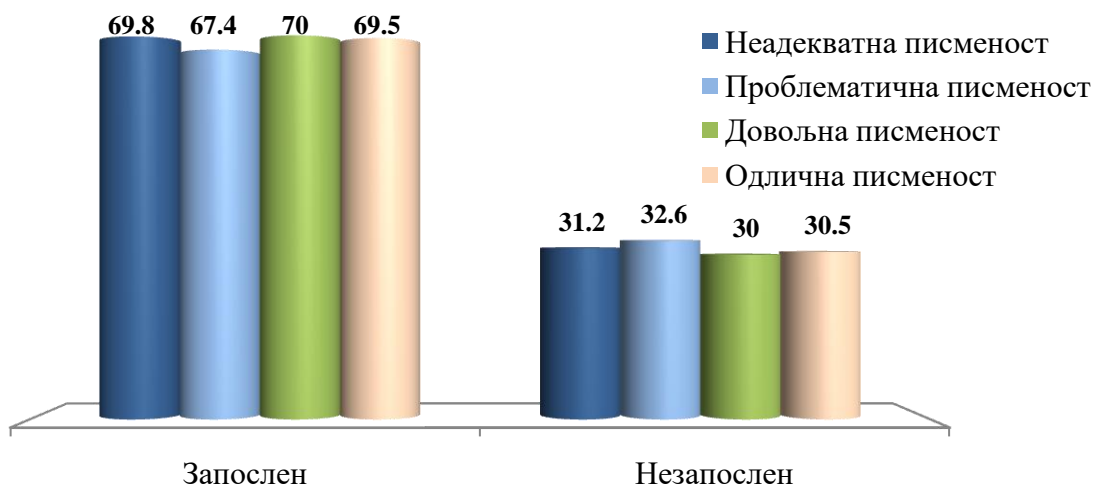
Графикон 33. Нивои здравствене писмености према брачном статусу

Неадекватана здравствена писменост у високом проценту (60,6%), као и одлична (58,9) здравствена писменост, заступљена је код испитаница које су средњешколског образовања (графикон 34). Није уочена статистички значајна разлика у нивоу здравствене писмености испитаница у односу на образовни ниво ($\chi^2=3,177$ $df=6$ $p=0,786$).



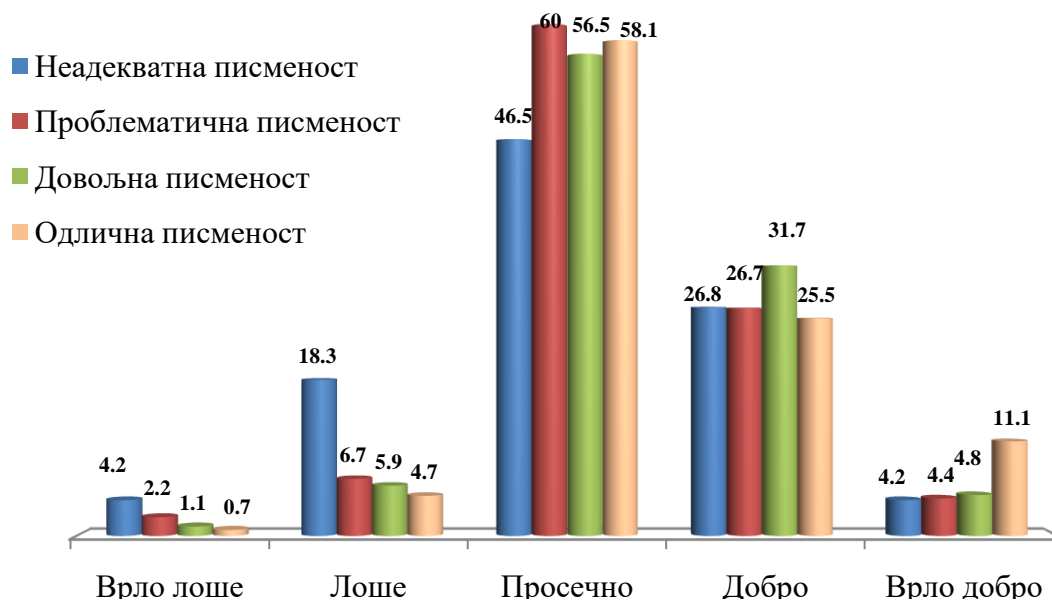
Графикон 34. Нивои здравствене писмености према образовном статусу

Испитанице које припадају категорији незапослених у највећем проценту имају проблематичан ниво здравствене писмености 32,6%, док испитанице из категорији запослених у највећем проценту имају довољан ниво здравствене писмености (графикон 35). Разлика није статистички значајна ($\chi^2=0,493$ df=3 p=0,920).



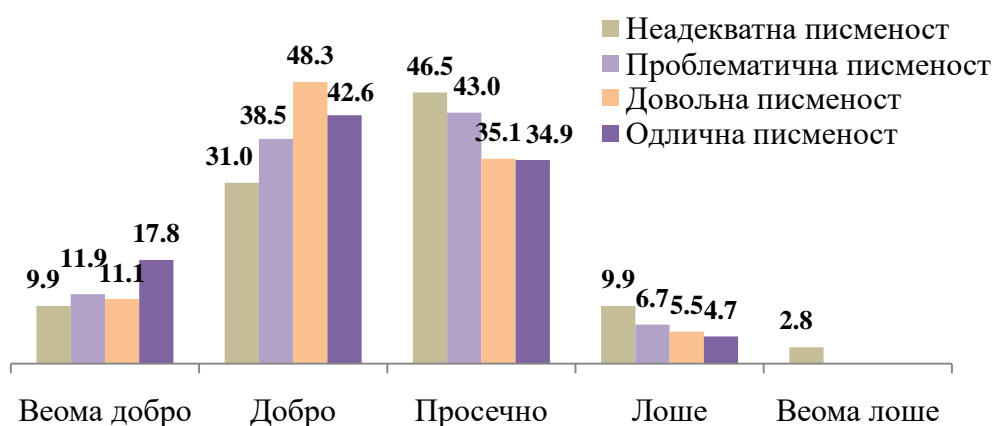
Графикон 35. Нивои здравствене писмености према радном статусу

Испитанице које су свој материјални статус процењивале као лош у највећем уделу (18,3%) имају неадекватан ниво здравствене писмености, док код оних које су материјални статус процењивале као добар и врло добро регистрован је најчешће довољан (31,7%) и одличан (11,1%) ниво здравствене писмености. Више од половине испитаница са просечним материјалним статусом имале су проблематичан ниво здравствене писмености (60%), (графикон 36). Разлика у здравственој писмености испитаница у посмартаним категоријама показала се као веома статистички значајна ($\chi^2=36,838$ df=12 p=0,000).



Графикон 36. Нивои здравствене писмености према материјалном статусу

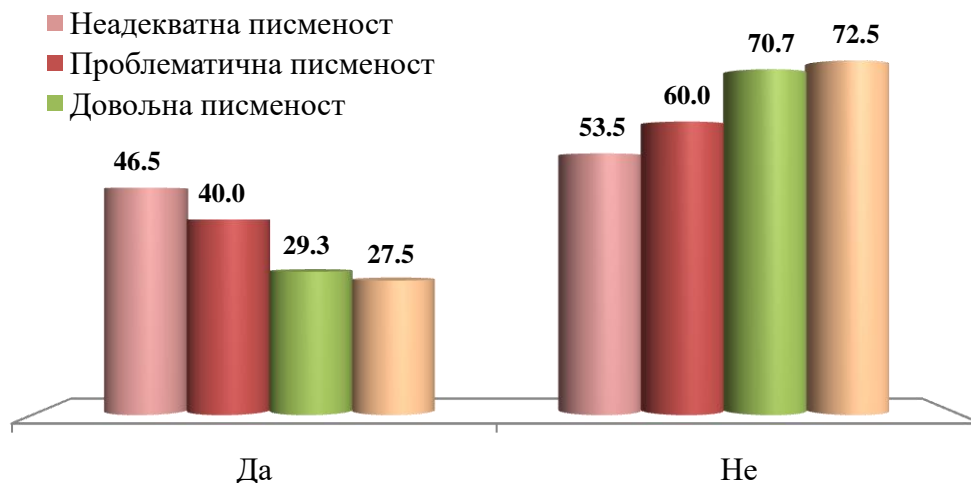
Статистички значајна разлика ($\chi^2=37,196$ $df=12$ $p=0,000$) у нивоу здравствене писмености примећена је у односу на самопроцену сопственог здравља испитаница, тако да свака десета испитаница које је своје здравље проценила као лоше имала неадекватан ниво здравствене писмености, док свака друга испитаница самопроцењеног доброг здравља имала је довољну писменост. Испитанице које су своје здравље процениле као веома добро имају у 17,8% одличан ниво здравствене писмености (графикон 37).



Графикон 37. Нивои здравствене писмености у односу на самопроцену здравља

Испитанице које су се изјасниле да немају здравствених проблема, имају најчешће одличан ниво здравствене писмености (72,5%), у поређењу са испитаницама

које су потврдиле присуство дуготрајне болести или здравственог проблема које су показале неадекватну и проблематичну здравствену писменост у највећем проценту (46,5% односно 40%), (графикон 38). Разлика је веома статистички значајна ($\chi^2=14,485$ $df=3$ $p=0,002$).



Графикон 38. Нивои здравствене писмености у односу на присуство дуготрајне болести или здравственог проблема

Забележене су значајне разлике у нивоу здравствене писмености између жена различитог животног доба, у односу на материјално стање и самопроцену здравља. Неадекватни ниво здравствене писмености био је значајно већи у средњем животној добу (35-54 година), међу женама које су лоше процењивале и свој материјални статус, као и код оних које своје здравље процењивале као лоше. Разлике у нивоу здравствене писмености према демографским и социоекономским карактеристикама жена приказане су у табели 1.

Табела 1. Социодемографске карактеристике жена у Србији према нивоима здравствене писмености

Варијабле	Жене (%)	Здравствена писменост				p*
		Неадекватан	Проблематичан	Довољан	Одличан	
Животно доба						0.001
испод 25	17.1	4.2	20.0	17.3	18.7	
25-34	17.5	8.5	12.6	18.8	20.7	
35-44	24.1	32.4	27.4	23.2	21.4	
45-54	24.4	31.0	26.7	23.6	22.5	

55-64	13.1	18.3	8.1	13.3	14.0	
65 и више	3.7	5.6	5.2	3.8	2.7	
Образовање						
основна школа и ниже	6.6	5.6	8.9	7.0	5.4	
средња школа	56.7	60.6	53.3	55.0	58.9	0.786
висока или виша школа	36.7	33.8	37.8	38.0	35.7	
Брачни статус						
Неудата	37.9	38.6	37.4	38.6	37.4	
Удата	49.3	42.8	48.9	48.5	51.9	
разведена	10.7	12.9	12.2	11.0	9.3	0.189
удовица	2.0	5.7	1.5	1.9	1.4	
Радни статус						
Запослен	69.5	69.8	67.4	70.6	9.5	0.920
незапослен	30.5	31.2	32.6	30.0	30.5	
Материјални статус						
I (најсиромашнији)	1.4	4.2	2.2	1.1	0.7	
II	6.7	18.3	6.7	5.9	4.7	
III	56.8	46.5	60.0	56.5	58.1	
IV	28.0	26.8	26.7	31.7	25.4	0.001
V (најбогатији)	7.1	4.2	4.4	4.8	11.1	
Регион						
Војводина	39.4	30.8	29.8	35.6	34.4	
Београд	39.4	36.0	35.0	32.9	31.3	0.552
Шумадијски округ	21.2	33.2	36.2	31.5	34.3	
Тип насеља						
градска насеља	52.9	57.7	51.1	50.9	54.4	0.423
остала насеља	47.1	42.3	48.9	49.1	45.6	
Самопроцена здравља						
Веома добро	13.7	9.9	11.9	11.1	17.8	
Добро	42.8	31.0	38.5	48.3	42.6	0.001
Просечно	37.4	46.5	43.0	35.1	34.9	
Лоше	5.8	9.9	6.6	5.5	4.7	
Веома лоше	0.3	2.8	0	0	0	

* Хи-квадрат тест

Резултати униваријантне регресионе анализе показали су да су најважнији предиктори здравствене писмености: животно доба, врста насеља, образовање,

материјални статус, радни статус и здравствено стање. Жене с највишим нивоом образовања имале су 44% већу могућност за вишу здравствену писменост у поређењу са женама најнижег нивоа образовања (OR = 1.447). Неадекватни ниво здравствене писмености је 10% већи код жена које живе у руралним областима (OR = 1,101). Удео жена које су своје здравље процењивале као лоше чешће су имале неадекватан ниво писмености. Регистровано је и да жене са највишим нивоом образовања имају 1,4 пута већу вероватноћу за адекватан ниво здравствене писмености у поређењу са онима са нижим образовним статусом (OR = 1,444). Што се тиче индекса благостања, жене сиромашнијих слојева имају 4 пута већу шансу за неадекватну здравствену писменост у поређењу с онима који припадају најбогатијој категорији (OR = 4.021). Запослене жене имају 11% веће шансе да имају одговарајући ниво здравствене писмености у поређењу са незапосленим женама (OR =1.179). Жене доброг здравља су за 14% чешће у групи жена одговарајуће здравствене писмености у поређењу са женама лошег здравственог стања (OR = 1.469). Такође, жене врло лошег здравља имају 14% већу вероватноћу да ће се наћи у групи оних које имају неадекватну здравствену писменост, у поређењу са женама доброг здравственог стања (OR = 1.469). Мултиваријантна регресиона анализа показала је следеће значајне предикторе здравствене писмености: ниво образовања, финансијска ситуација и здравствено стање.

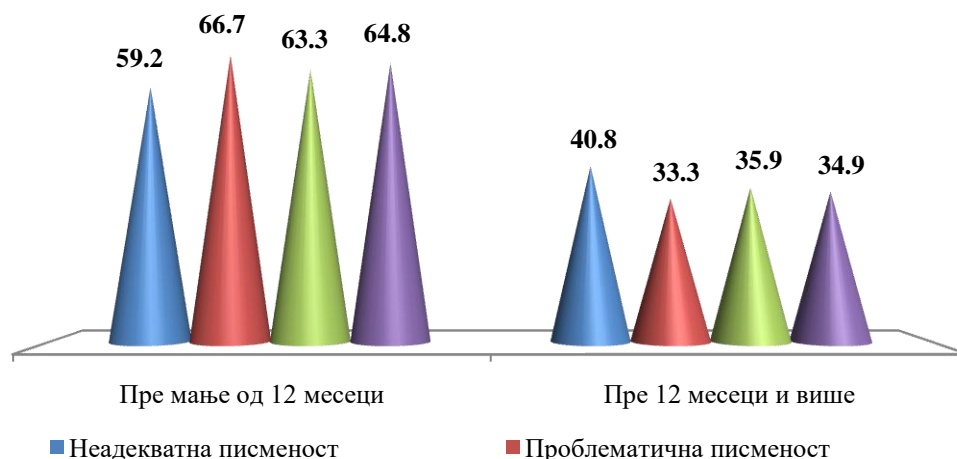
Табела 2: Однос унакрсних шанси (OR) и интервали поверења од 95% CI према нивоима здравствене писмености у односу на демографске и социоекономске карактеристике жена у Србији

Варијабле	Униваријантни модел OR (95%CI)	р	Мултиваријантни модел OR (95%CI)	Р
Животно доба				
испод 25	0,452(0,154-1,326)	0,148	0,57(0,158-2,065)	0,392
25-34	0,337(0,118-0,963)	0,042	0,41(0,117-1,43)	0,162
35-44	1,129(0,426-2,991)	0,807	1,248(0,358-4,043)	0,712
45-54	0,673(0,251-1,807)	0,432	0,738(0,231-2,36)	0,609
55-64	0,577(0,197-1,688)	0,315	0,602(0,182-1,992)	0,406
65 и више	1		1	
Брачни статус				
неудата	0,655(0,268-1,5)	0,317	0,849(0,346-2,08)	0,72
удата	0,54(0,237-1,23)	0,142	0,674(0,284-1,6)	0,371
разведена	0,838(0,315-2,228)	0,723	0,822(0,294-2,303)	0,71
удовица	1		1	
Образовање				
основна школа и ниже	1,447(0,676-3,097)	< 0.001	1,292(0,534-3,123)	< 0.001
средња школа	1,072(0,7-1,641)	< 0.001	1,016(0,634-1,629)	< 0.001
висока или виша школа	1		1	

Тип насеља				
градска насеља	1,101(0,694-1,747)	< 0.001	1,086(0,733-1,607)	< 0.001
остала насеља	1		1	
Радни статус				
Запослен	1,179(0,762-1,825)	< 0.001	1,282(0,766-2,147)	< 0.001
Незапослен	1	< 0.001	1	< 0.001
Материјални стаус				
I (најсиромашнији)	4,021(0,867-18,448)	< 0.001	2,772(0,502-15,316)	< 0.001
II	3,059(0,969-9,657)	< 0.001	2,117(0,607-7,387)	< 0.001
III	1,299(0,5012-3,297)	< 0.001	1,028(0,38-2,78)	< 0.001
IV	1,062(0,402-2,806)	< 0.001	1,006(0,365-2,778)	< 0.001
V (најбогатији)	1	< 0.001	1	< 0.001
Самопроцена здравља				
веома добро	1,469(1,302-1,612)	< 0.001	1,278(1,141-1,431)	< 0.001
добро	1,113(0,359-3,453)	< 0.001	0,782(0,549-1,114)	< 0.001
просечно	1,374(0,659-2,863)	< 0.001	1,198(1,033-1,390)	< 0.001
лоше	0,892(0,435-1,828)	< 0.001	1,201(1,006-1,434)	< 0.001
Веома лоше	1	< 0.001	1	< 0.001

Референтна категорија: адекватна

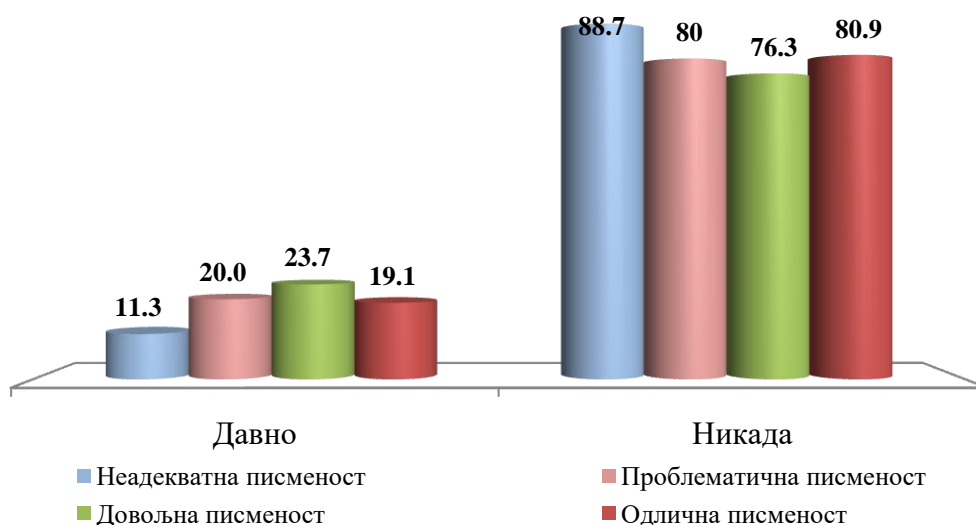
Испитанице које су изабраног гинеколога посетиле пре мање од 12 месеци у односу на време истраживања имају најчешће одличан ниво здравствене писмености (64,8%), у поређењу са испитаницама које су изабраног гинеколога посетиле пре више од 12 месеци и имају неадекватну здравствену писменост у највећем проценту (40,8%), (графикон 39). Разлика није статистички значајна ($\chi^2=2,936$ df=6 p=0,817).



Графикон 39. Нивои здравствене писмености у односу на последњу посету изабраном гинекологу

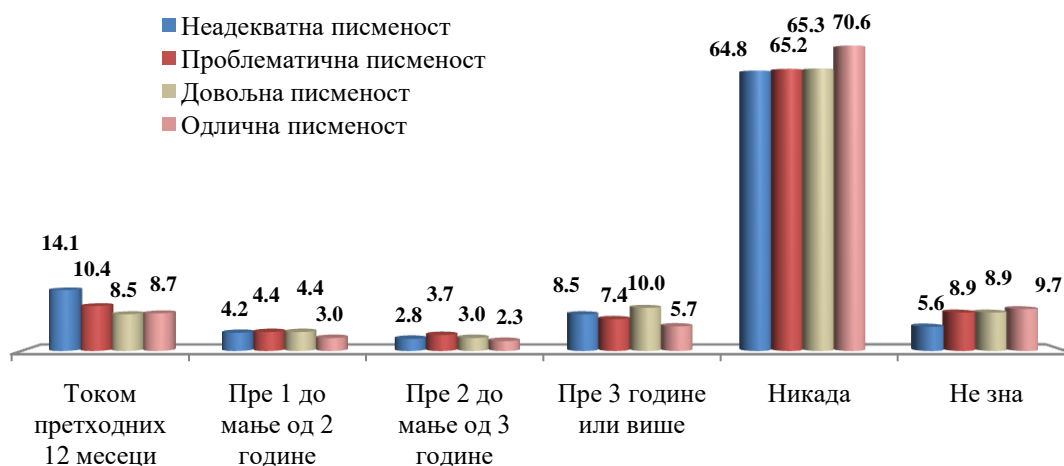
Испитанице које никада нису вакцинисане против грипа имају чешће неадекватан ниво здравствене писмености (88,7%), у поређењу са испитаницама које су раније вакцинисане и имају довољну здравствену писменост у највећем проценту

(23,7%), (графикон 40). Нема статистичке значајности у испитиваним варијаблама ($\chi^2=5,826$ $df=3$ $p=0,120$).



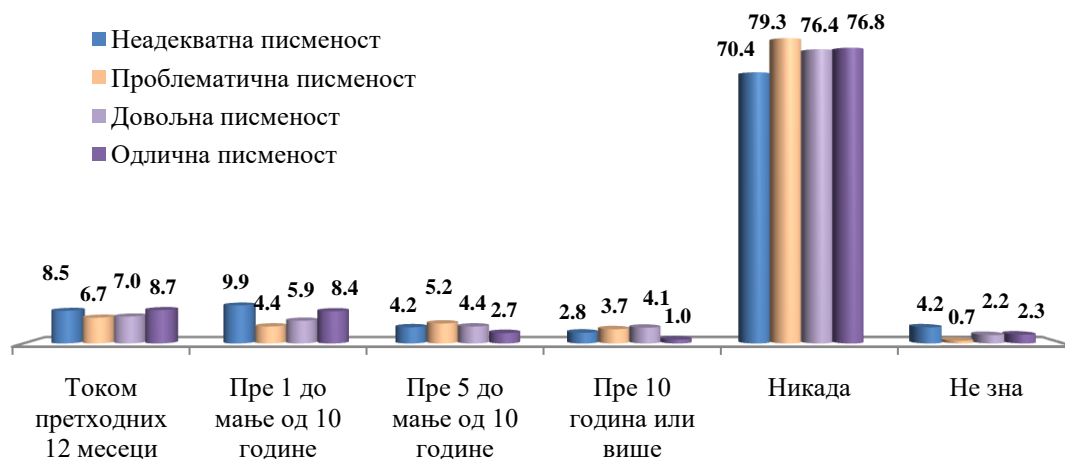
Графикон 40. Нивои здравствене писмености у односу на вакцинацију против грипа

Велики број испитаница никада није тестиран на окултно крварење у фецесу, иако у највећем проценту имају одличан ниво здравствене писмености (70,6%), у поређењу са испитаницама које су раније тестиране на окултно крварење у фецесу и имају најчешће неадекватну здравствену писменост (графикон 41). Нема статистичке значајности у испитиваним варијаблама ($\chi^2=9,035$ $df=15$ $p=0,876$).



Графикон 41. Нивои здравствене писмености у односу на тестирање на окултно крварење у фецесу

Велики број испитаница никада није подвргнут колоноскопији. Међу испитаницама које никада нису колоноскопски прегледане најчешће је присутан проблематичан ниво здравствене писмености (графикон 42). Нема статистичке значајности у испитиваним варијаблима ($\chi^2=14,779$ $df=15$ $p=0,467$).



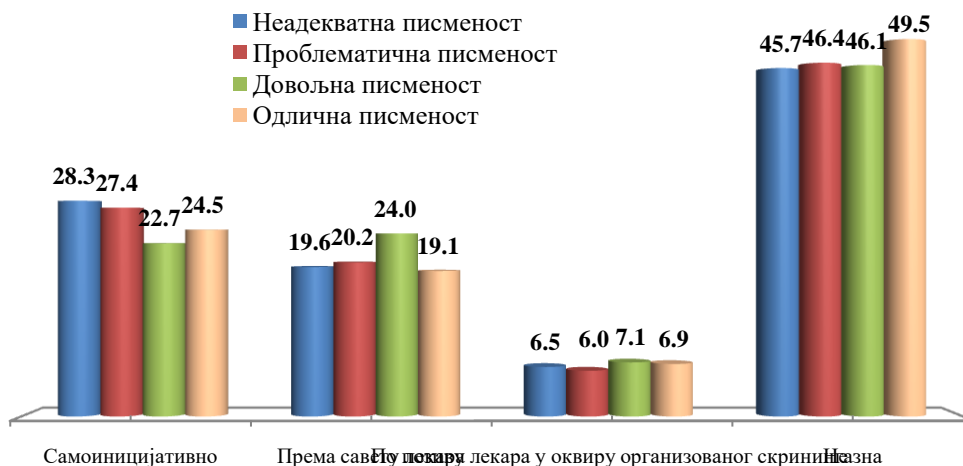
Графикон 42. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли су испитанице подвргнуте колоноскопији

Велики број испитаница никада није подвргнут мамографији. Међу испитаницама које никада нису подвргнуте мамографији најчешће је присутан довољан ниво здравствене писмености (графикон 43). Нема статистичке значајности у испитиваним варијаблима ($\chi^2=10,251$ $df=15$ $p=0,804$).



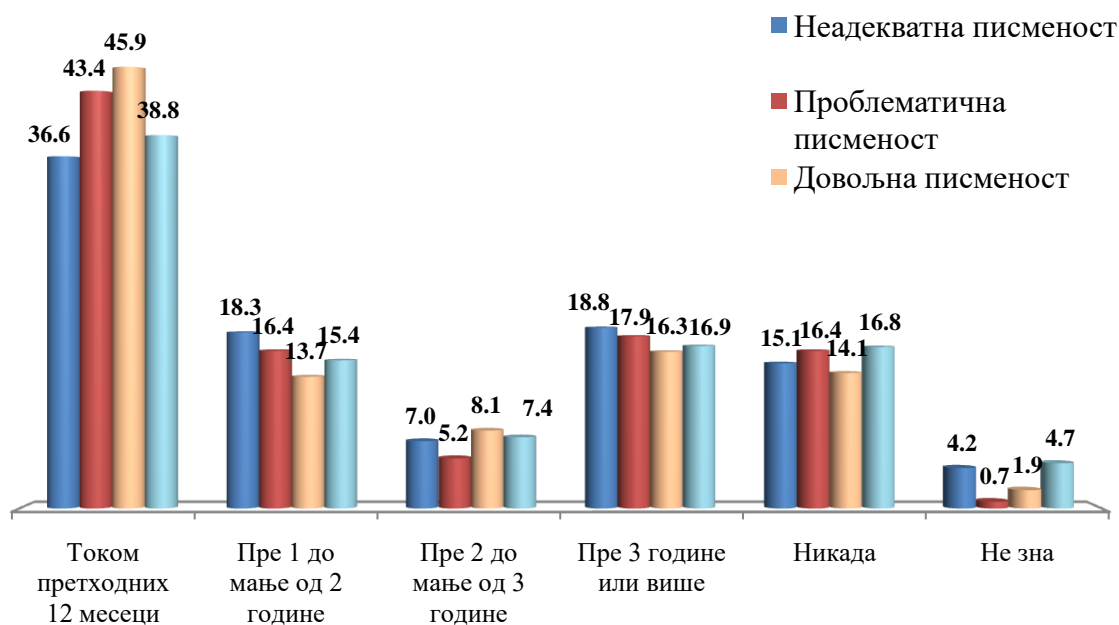
Графикон 43. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли су испитанице подвргнуте скрининг мамографији

Испитанице са одличним нивоом здравствене писмености најчешће су подвргнуте мамографији самоиницијативно (24,5%), док оне које су мамографски прегледане према савету лекара имају нешто нижи ниво одличне здравствене писмености (19,1%), док још нижи ниво одличне здравствене писмености имају оне испитанице које су на мамографију одлазиле по позиву у оквиру организованог скрининга (6,9%), (графикон 44). Нема статистичке значајности у испитиваним варијаблама ($\chi^2=2,165$ $df=9$ $p=0,989$).



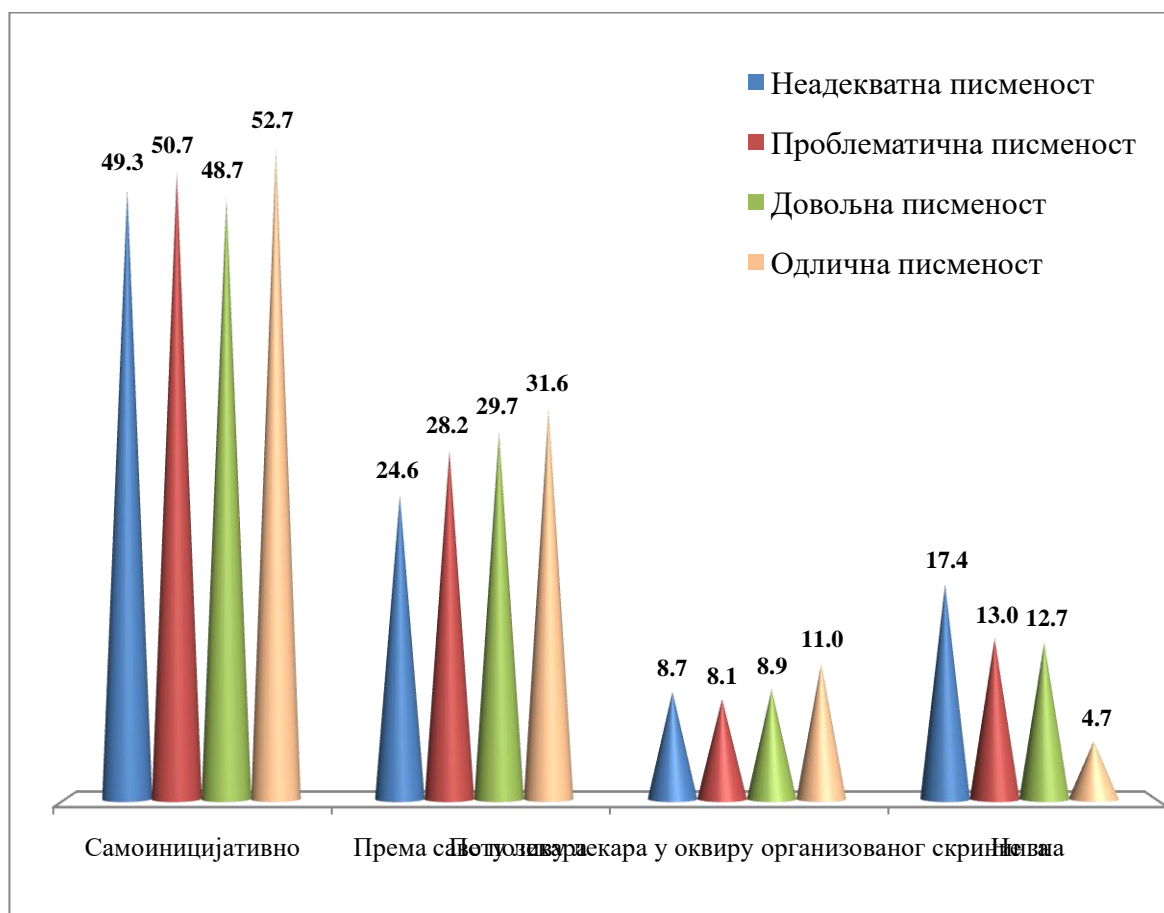
Графикон 44. Нивои здравствене писмености жена у односу на то да ли су подвргнуте мамографији самоиницијативно, према савету лекара или у оквиру организованог скрининга

Међу испитаницама које су подвргнуте Папаниколау тесту током претходних 12 месеци у односу на време истраживања најчешће је присутан довољан ниво здравствене писмености (45,9%), док је неадекватан ниво здравствене писмености присутан чешће код оних жена које су тестиране пре више од једне, две или три и више година (графикон 45). Нема статистичке значајности у испитиваним варијаблама ($\chi^2=13,390$ $df=15$ $p=0,572$).



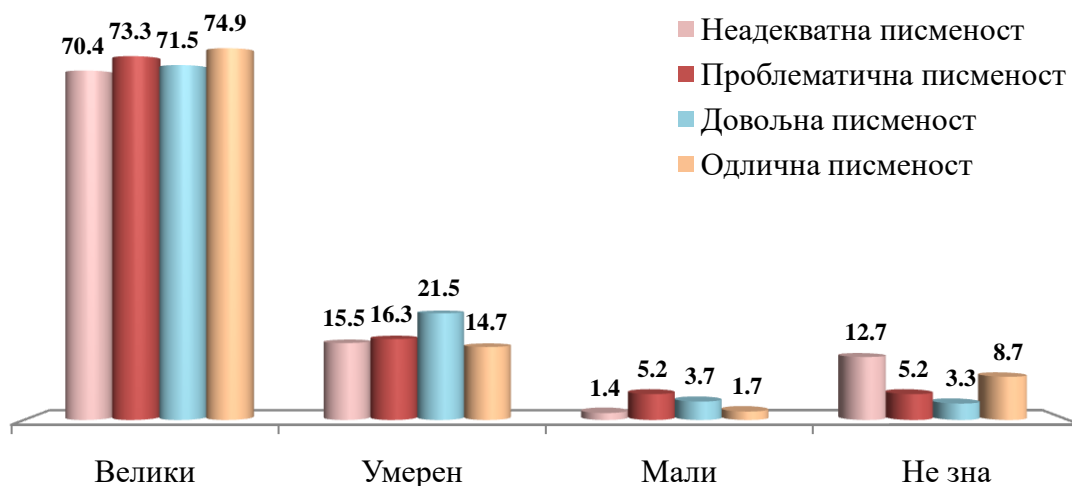
Графикон 45. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли су испитанице подвргнуте Папаниколау тесту

Испитанице са одличним нивоом здравствене писмености најчешће су подвргнуте Папаниколау тесту самоиницијативно (52,7%), док оне које су тестиране према савету лекара имају нешто нижи ниво одличне здравствене писмености (31,6%), док још нижи ниво одличне здравствене писмености имају оне испитанице које су на тестирање одлазиле по позиву у оквиру организованог скрининга (11%), (графикон 46). Нема статистичке значајности у испитиваним варијаблама ($\chi^2=10,484$ $df=9$ $p=0,313$).



Графикон 46. Нивои здравствене писмености жена у односу на то да ли су подвргнуте Папаниколау тесту самоиницијативно, према савету лекара или у оквиру организованог скрининга

Испитанице са одличним нивоом здравствене писмености најчешће имају адекватно мишљење о утицају наведених фактора на здравље (74,9%), док оне које сматрају да је утицај наведених фактора на здравље мали или чак и не знају какав је утицај тих фактора на здравље, испољавају проблематичну или неадекватну здравствену писменост (5,2% односно 12,7%), (графикон 47). Постоји статистичка значајност у испитиваним обележјима ($\chi^2=20,133$ $df=9$ $p=0,017$).



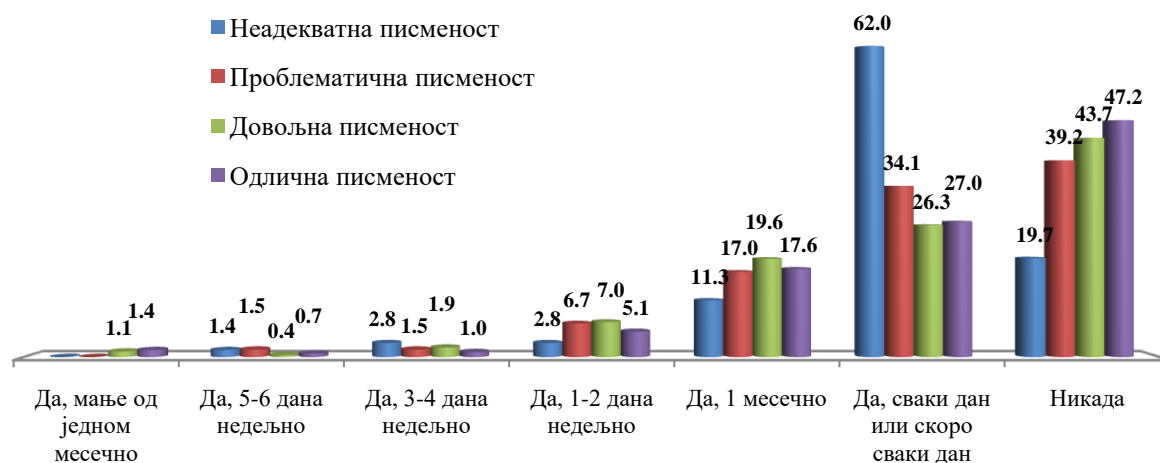
Графикон 47. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли испитанице имају адекватно мишљење о утицају на здравље следећих фактора: исхрана, физичка активност, пушење, алкохол, ПАС

Испитанице са одличним нивоом здравствене писмености најчешће припадају категорији непушача (58,5%), док међу онима које су пушачи у већем проценту је присутна проблематична или неадекватна здравствена писменост (54,8% односно 54,4%), (графикон 48). Нема статистичке значајности у испитиваним варијаблима ($\chi^2=0,772$ $df=3$ $p=0,856$).



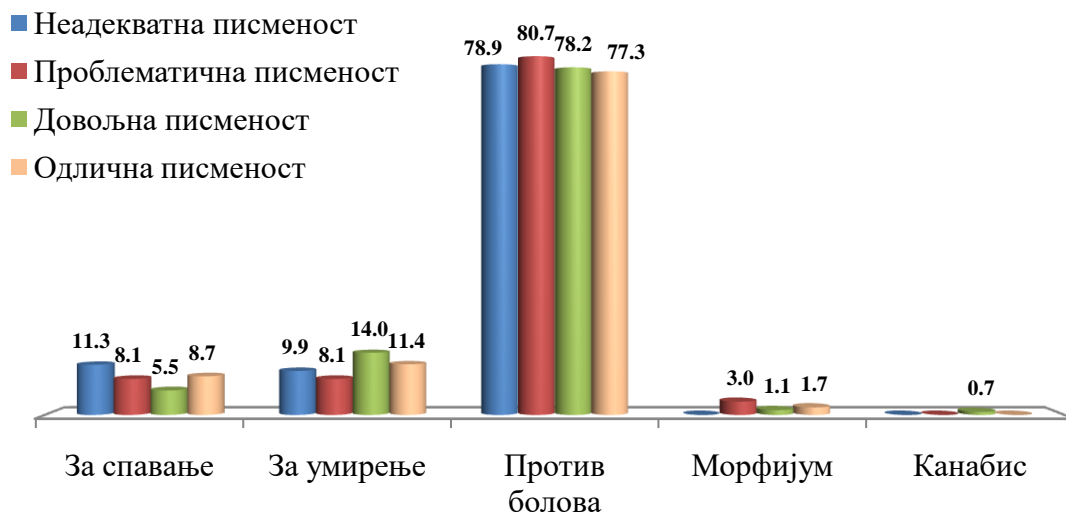
Графикон 48. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли су испитанице пушачи

Статистички значајна разлика у нивоу здравствен писмености примећена је између испитаница које не конзумирају алкохолна пића и оних које конзумирају алкохол свакога или скоро свакога дана ($\chi^2=19,988$ $df=18$ $p=0,03$). Испитанице са одличним нивоом здравствене писмености најчешће припадају категорији оних које никада не конзумирају алкохолна пића (47,2%), док међу онима које конзумирају алкохол свакога или скоро свакога дана, у највећем проценту (62%) је присутна неадекватна здравствена писменост, (графикон 49).



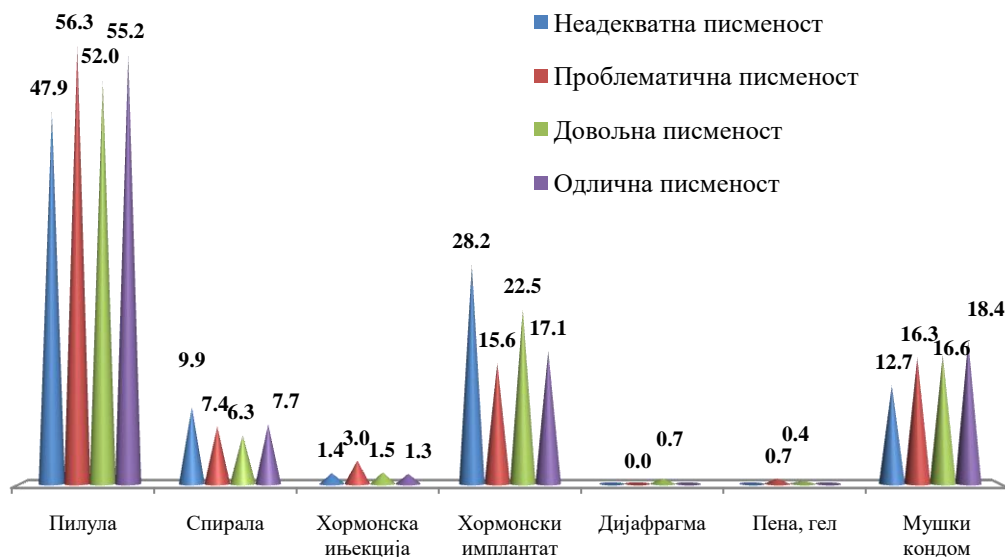
Графикон 49. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли испитанице конзумирају алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктеле, ликере, алкохолна пића из кућне/домаће производње)

Испитанице са проблематичним и неадекватним нивоом здравствене писмености најчешће конзумирају лекове против болова, лекове за спавање и морфијум (графикон 50). Нема статистички значајности у испитиваним варијаблима ($p<0,699$).



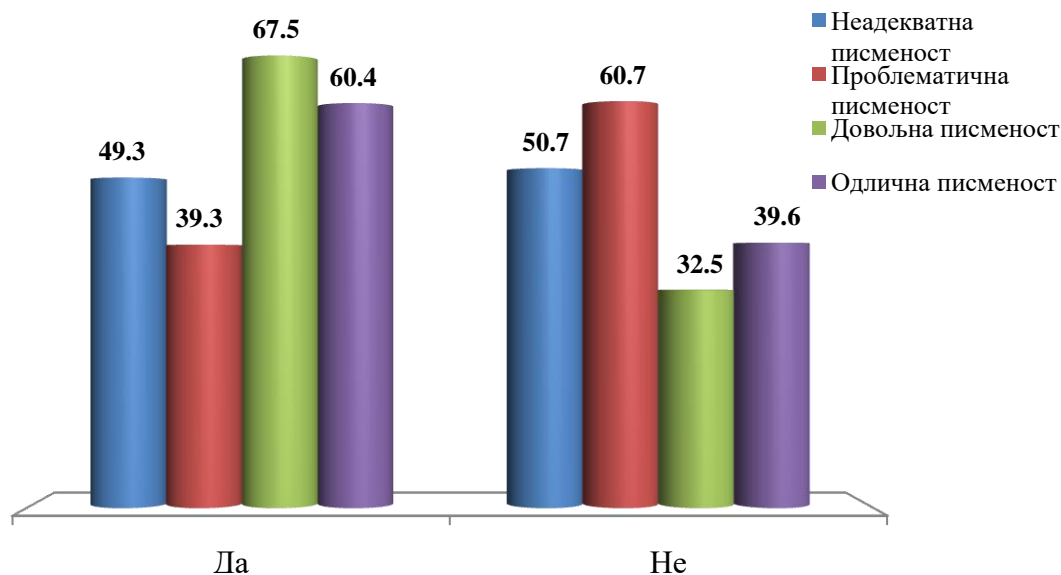
Графикон 50. Нивои здравствене писмености у односу на самоиницијативну примену лекова

Испитанице различитог нивоа здравствене писмености користе различите врсте контрацепције (графикон 51). Нема статистички значајности у испитиваним варијаблима ($p > 0,05$).



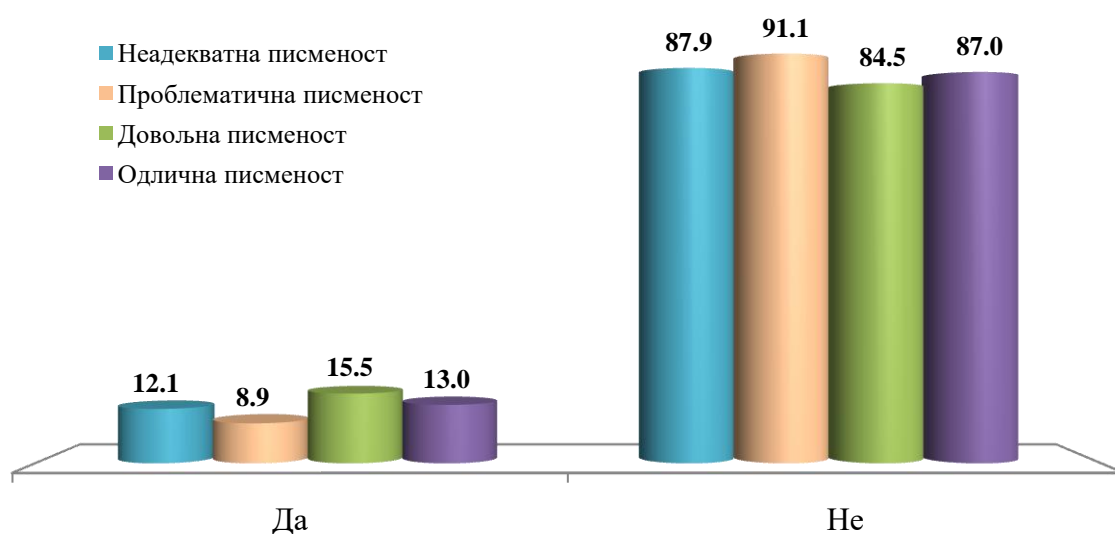
Графикон 51. Нивои здравствене писмености у односу на примену средстава за контрацепцију

Испитанице са неадекватним (50,7%) и проблематичним (60,7%) нивоом здравствене писмености чешће од осталих жена не знају место где се могу тестирати на ХИВ (графикон 52). Испитиване варијабле показују статистичку значајност ($p < 0,05$).



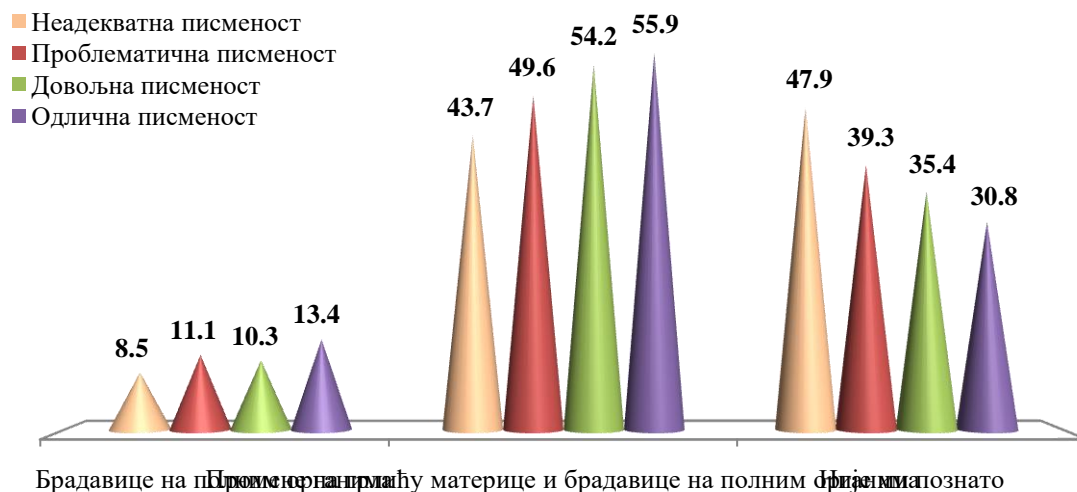
Графикон 52. Нивои здравствене писмености у односу на информисаност о месту где се може обавити тестирање на ХИВ

Међу женама које су се тестирале на ХИВ највише је оних које имају довољан (15,5%) и одличан (13%) ниво здравствене писмености (графикон 53). Разлика није статистички значајна ($p > 0,05$).



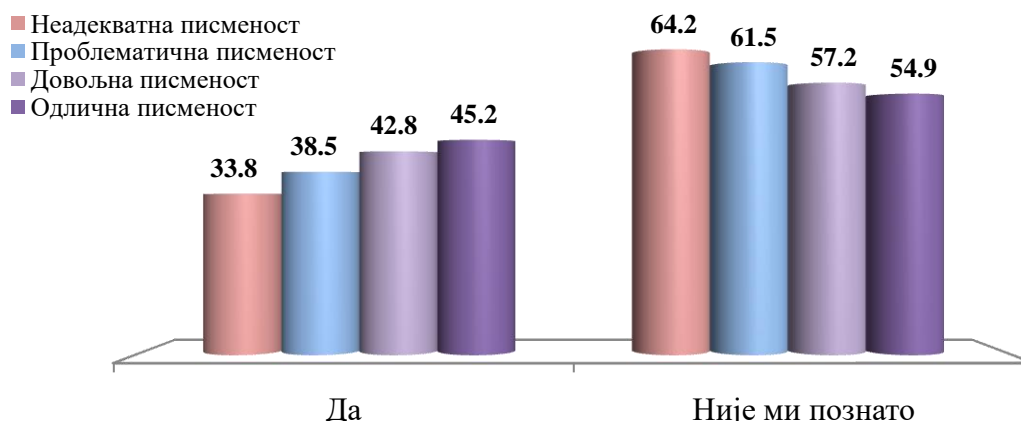
Графикон 53. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли су се испитанице тестирале на ХИВ

Међу испитаницама којима није познато шта изазивају хумани папилома вируси, највише је оних које имају неадекватан (47,9%) ниво здравствене писмености, док оне које то знају имају у највећем проценту одличан (55,9%) и довољан (54,2%) ниво здравствене писмености (графикон 54). Уочена је статистичка значајност у нивоима здравствене писмености у односу на знање испитаница, шта изазивају хумани папилома вируси ($p < 0,05$).



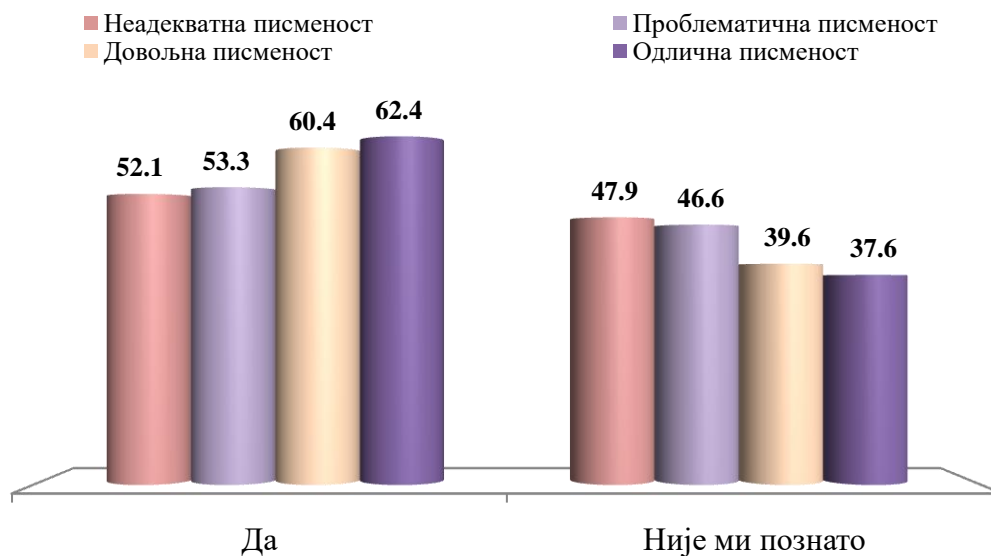
Графикон 54. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли испитанице знају шта изазивају хумани папилома вируси (ХПВ)

Међу испитаницама којима је познато да ли постоји вакцина против ХПВ-а, највише је оних које имају одличан (45,2%) и довољан (42,8%) ниво здравствене писмености, док оне којима то није познато имају у највећем проценту неадекватну (64,2%) и проблематичну (61,5%) здравствену писменост (графикон 55). Разлика је статистички значајна ($p < 0,05$).



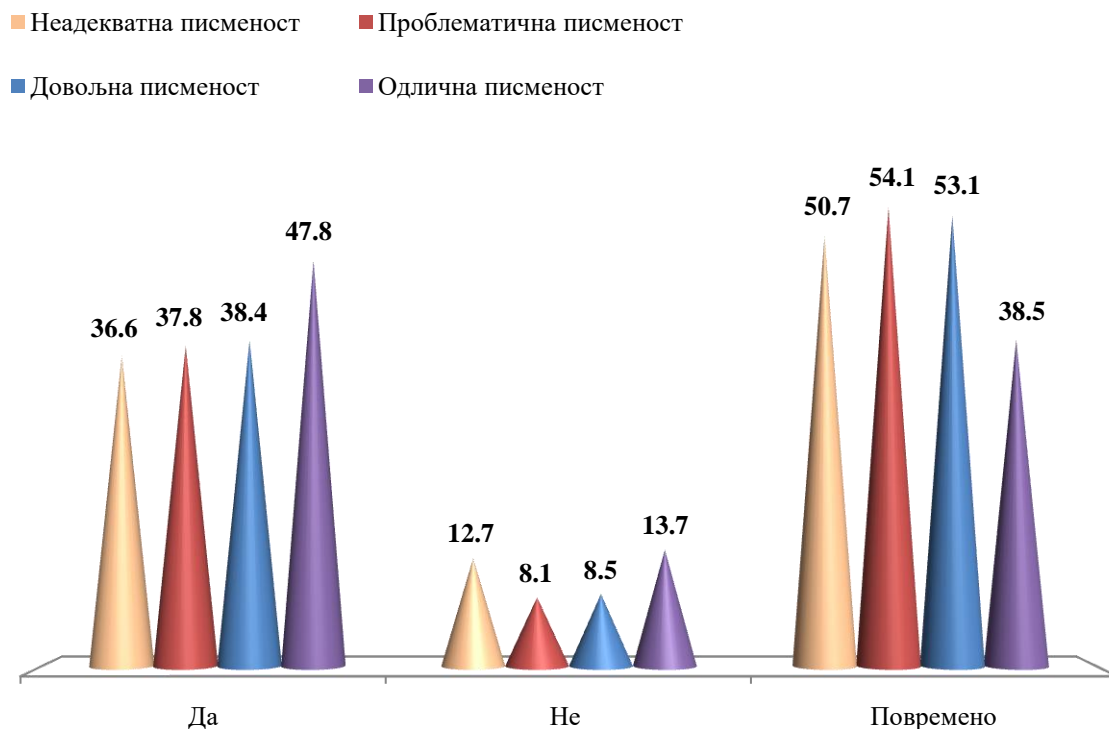
Графикон 55. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли испитанице знају да ли постоји вакцина против ХПВ а

Међу испитаницама којима је познато да ли постоји вакцина против хепатитиса Б, највише је оних које имају одличан (62,4%) и довољан (60,4%) ниво здравствене писмености, док оне које то не знају имају у највећем проценту неадекватну (47,9%) и проблематичну (46,6%) здравствену писменост (графикон 56). Постоји статистичка значајност ($p < 0,05$).



Графикон 56. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли испитанице знају да ли постоји вакцина против хепатитиса Б

Показана је статистички значајна разлика ($p < 0,05$) у нивоу здравствене писмености између испитаница које се здравствено информишу путем масовних медија (телевизија, радио, штампа, интернет), у односу на оне које не прате теме о здрављу овим путем. Међу испитаницама које прате теме о здрављу путем средстава јавног информисања највише је оних које имају одличан (47,8%) ниво здравствене писмености, док оне које то не практикују имају најчешће неадекватну (12,7%) здравствену писменост (графикон 57).



Графикон 57. Нивои здравствене писмености у односу на то да ли испитанице прате теме о здрављу путем средстава јавног информисања (телевизија, радио, штампа, интернет)

У односу на испитиване карактеристике репродуктивног здравља, примећене су значајне разлике у степену здравствене писмености код жена које нису користиле било коју методу заштите од сексуално преносивих болести и нежељених трудноћа, као и оних које нису знале где да буду тестиране на ХИВ, или код оних који нису знале коју манифестацију може да проузрокује хумани папилома вирус (ХПВ), као и код оних које нису знале да постоји вакцина против ХПВ-а, или вакцина против хепатитиса Б (табела 3).

Табела 3. Карактеристике репродуктивног здравља, здравствено понашање и нивои здравствене писмености жена у Србији

Варијабле	Жене (%)	Неадекватно	Проблематично	Довољно	Одлично	p*
Да ли имате изабраног гинеколога?						0.771
Да	86.2	90.1	85.2	85.6	86.2	
Не	13.8	9.9	14.8	14.4	13.8	
Да ли користите контрац?						0.001

Да	39.2	32.1	49.1	52.8	61.2	
Не	60.8	67.9	50.9	47.2	38.8	
Да ли сте икада ишли на мамографију?						0.804
Да	31.6	36.6	32.8	29.2	32	
Не	68.4	63.4	67.2	70.8	68	
Јесте ли ишли на мамографију?						0.989
Добровољно	24,8	28.3	27.4	22.7	24.5	
Организовано	21	19,6	20,2	24	19.1	
По позиву лекара	6,8	6,5	6.0	7,1	6,9	
Ни зна	47.3	45.6	46.4	46.8	49.5	
Да ли сте икада прошли Папа тест?						0.572
Да	81.2	80.7	82.9	84	78.5	
Не	18.8	19.3	17.1	16	21.5	
Да ли сте прошли Папа тест?						0.313
Добровољно	46.3	49.3	50.7	48,7	52.6	
Организовано	29.7	24.6	28.2	29.7	31.6	
По позиву лекара	9	8.7	8.1	8.9	11	
Не зна	15.1	17.4	10	12.7	4.7	
Да ли знате где можете да се тестирате на ХИВ?						0.001
Да	61.9	49.3	39.3	67.5	60.4	
Не	38.1	50.7	60.7	32.5	39.6	
Да ли сте икада били тестирани на ХИВ?						0.303
Да	12.9	12,1	8.9	15.5	13	
Не	87.1	87.9	91.1	84.5	87	
Да ли знате шта може узроковати хумани папилома вирус (ХПВ)?						0.001
Да	64.6	52.2	60.7	64.5	69.3	
Не	35.4	47.8	39.3	35.5	30.7	
Да ли постоји вакцина против ХПВ-а?						0.001
Да	42.1	33.8	38.5	42.8	45.2	
Не	57.9	64.2	61.5	57.2	54.8	
Да ли постоји вакцина против хепатитиса Б?						0.001
Да	57.5	52.1	53.3	60.4	62.4	
Не	42.5	47.9	46.7	39.6	37.6	
Пратите ли теме о здрављу?						0.001
Да	45.7	36.6	37.8	38.4	47.8	
Не	54.3	63.4	62.2	61.6	42.2	

* Хи-квадрат тест

Резултати униваријантне регресионе анализе показали су да су значајни предиктори нивоа здравствене писмености повезани са употребом контрацептивних средстава, могућим учешћем у ПАП тестирању, знањем о тестирању на ХПВ и ХИВ, познавањем болести узрокованих хуманим папилома вирусом, сазнања о постојању вакцине против ХПВ-а и против хепатитиса Б. Жене адекватне здравствене писмености ће имати 1,9 пута већу вероватноћу да користе контрацептиве (ОР = 1,920) и 1,7 пута већу вероватноћу да буду подвргнуте ПАП тесту, од оних са нижом здравственом писменошћу (ОР = 1.705). Испитанице са неадекватном здравственом писменошћу имају 1,8 пута већу вероватноћу да обаве ПАП-а тест по позиву од стране лекара, него што ће то учинити самоиницијативно (ОР = 1,888). Жене адекватне писмености имају 1,7 пута већу вероватноћу да знају место где могу да се тестирају на ХИВ (ОР = 1,770). Такође имају 1,6 пута већу вероватноћу да узрокује хумани папилома вирус (ОР = 1,667) и имају 1,7 пута већу вероватноћу да знају за вакцину против ХПВ-а (ОР = 1,743) у поређењу са женама са недовољном здравственом писменошћу. Жене које нису знале за вакцину против хепатитиса Б имале су 76% већу вероватноћу да припадају групи оних који имају неадекватну здравствену писменост (ОР = 1,763). Жене са адекватном здравственом писменошћу имају 2,2 пута већу вероватноћу да прате теме посвећене здрављу у односу на жене са неадекватним нивоима, док је мултиваријантна регресиона анализа показала следеће значајне предикторе: посвећеност изабраном гинекологу (ОР = 1,530), употребу контрацепције (ОР = 1.020), познавање болести узроковане хуманим папилома вирусом (ХПВ) (ОР = 1.578), знање о постојању вакцине против ХПВ-а (ОР = 1.217) и праћење теме посвећених здрављу путем средстава јавног информисања (ОР = 2.350), (Табела 4).

Табела 4. Однос унакрсних шанси (ОР) и интервали поверења од 95% (СI) за ниво здравствене писмености у погледу понашања репродуктивног здравља жена у Србији

Варијабле	Униваријатни модел		Мултиваријантни модел	
	ОР (95%СI)	Р	ОР (95%СI)	Р
Да ли имате изабраног гинеколога?				
Да	1	0.743	1	< 0.001
Не	0.185 (0.679-1.733)		1.530 (0.733-3.212)	
Да ли користите контрацепцију?				
Да	1	<0.001	1	<0.001
Не	1.920 (1.62-2.26)		1.02 (0.75-1.39)	

Да ли сте икада ишли на мамографију?				
Да	1	0.542	1	0.719
Не	0.796 (0.203-3.122)		0.724 (0.125-4.201)	
Јесте ли ишли на мамографију?				
Добровољно	1	0.534	1	0.223
Организовано	0.215 (0.743-1.986)		0.597 (0.187-1.908)	
По позиву лекара	0.974 (0.569-1.665)		0.708 (0.017-2.960)	
Да ли сте икада прошли Папа тест?				
Да	1	< 0.001	1	0.218
Не	1.705 (0.564-5.157)		0.410 (0.099-1.693)	
Да ли сте прошли Папа тест?				
Добровољно	1	< 0.001	1	0.472
Организовано	1.178 (0.731-1.899)		0.803 (0.356-1.810)	
По позиву лекара	1.889 (0.529-1.494)		0.611 (0.191-1.954)	
Да ли знате где можете да се тестирате на ХИВ?				
Да	1	< 0.001	1	0.366
Не	1.746 (0.539-1.032)		0.792 (0.479-1.312)	
Да ли сте икада били тестирани на ХИВ?				
Да	1	0.321	1	0.252
Не	0.706 (0.424-1.175)		0.640 (0.299-1.372)	
Да ли знате шта може узроковати хумани папилома вирус (ХПВ)?				
Да	1	< 0.001	1	< 0.001
Не	1.667 (0.384-1.158)		1.578 (0.325-1.030)	
Да ли постоји вакцина против ХПВ-а?				
Да	1	< 0.001	1	< 0.001
Не	1.743 (0.531-1.038)		1.217 (0.570-2.597)	
Да ли постоји вакцина против хепатитиса Б?				
Да	1	< 0.001	1	0.955
Не	1.763 (0.549-1.061)		0.871 (0.532-1.425)	
Пратите ли теме о здрављу?				
Да	1		1	<0.001
Не	2.26 (1.83-2.79)	< 0.001	2.35 (1.88-2.93)	

Референтна категорија: адекватна

5. ДИСКУСИЈА

Системи здравствене заштите у многим земљама са ниским и средњим приходима суочавају се са значајним изазовима у пружању висококвалитетне, приступачне и универзално доступне здравствене заштите. Упркос глобалним побољшањима здравствених показатеља током времена, попут смањења морталитета и морбидитета, и даље постоје значајни изазови у погледу квалитета пружања здравствене заштите у многим земљама. Низак ниво здравствене писмености значајан је проблем у многим земљама света због ниског нивоа опште писмености и здравствених система који имају потешкоће у финансирању и функционисању. Здравствена писменост се односи на низ вештина и компетенција које су људима потребне да би пронашли, разумели, проценили и користили здравствене информације и концепте за доношење информисаних избора, смањење здравствених ризика и побољшање квалитета живота. Побољшање приступа здравственим информацијама и способностима појединца да их ефикасно и ефективно користе, такође их оснажује за преузимање самопоузданије и активније улоге у својој, породичној и здравственој заштити друштвене заједнице. У савременом друштву, здравствена писменост завређује повећану пажњу, делом због препознавања етичког императива да се пацијенти ангажују у доношењу одлука повезаних са њиховом здрављем, и све већих доказа да учешће пацијената има неколико предности. Предности се односе превасходно на унапређено знање пацијента, повећано задовољство одлукама о лечењу, смањена анксиозност пацијента и боље придржавање упутстава у лечењу. Низак ниво здравствене писмености повезан је са неадекватним знањем о здрављу и здравственом систему, лошим приступом и употребом здравствених услуга и повећаном хоспитализацијом. То доводи до лоших здравствених исхода и здравствених неједнакости. Студије такође сугеришу да недостатак здравствене писмености значајно повећава терет болести и појачава здравствене и економске неједнакости. Многе земље са ниским и средњим приходима морају се истовремено суочити са изазовима борбе против заразних болести и материнског и перинаталног морбидитета и морталитета, као и са све већим теретом незаразних болестима, укључујући кардиоваскуларне, малигне, дијабетес, менталне и неуролошке поремећаја. У савременом друштву, више него икада до сада, фокус пажње је посебно усмерен на здравствену писменост популације. Много је разлога за усресређеност на здравствену писменост. Савремени здравствени системи су вишестрани и може бити изазов за навигацију и разумевање. Образовни системи би требало да се, такође фокусирају на припремање популације за

успешно повезивање са модерним здравственим системима и информацијама у циљу очувања и унапређења њиховог здравља. Разлике у здравственој писмености доприносе здравственим неједнакостима и здравственим исходима. Низак ниво здравствене писмености повезује се са негативним здравственим понашањем, неприхватањем или не одазивањем на превентивне прегледе и рано откривање болести, омета самоуправљање хроничним болестима, условљава неразумевање здравствених информација и писаних упутстава за примену лекова, инхибира комуникацију између пацијената и здравствених стручњака, повећава трошкове здравствене заштите и погоршава постојеће неједнакости. Низак ниво здравствене писмености потенцира и негативно здравствено понашања, а у значајно повећаном ризику су маргинализоване групе становништва (старије особе, особе са нижим нивоом формалног образовања, као и расне и етничке мањинске групе) (121).

У поређењу са Сједињеним америчким државама, Канадом и Аустралијом, процена здравствене писмености не само да је стигла у Европу прилично касно, већ се и обављена потпуно другачијим приступом. Док се у Америци, након неколико студија процене популационе писмености усредредило на последице ниске клиничке здравствене писмености у популацији пацијената, користећи за мерење (прилично кратке) инструменте функционалне здравствене писмености, у Европи се примењивао шири концепт процене здравствене писмености код опште популације, примењује се на међународном нивоу, не само у здравственој заштити, већ и у контексту јавног здравља. То се може илустровати укључивањем здравствене писмености у европску здравствену политику. Међутим, упркос све већој пажњи која се посвећује овом концепту међу креаторима европске здравствене политике, информације о степену здравствене писмености међу становништвом у Европи и даље су веома оскудне. Иако је неколико студија показало преваленцију ограничене здравствене писмености широм света, подаци о нивоу здравствене писмености за Европску унију (ЕУ) недостајали су све док, конзорцијум девет организација из осам земаља чланица ЕУ (Аустрија, Бугарска, Немачка, Грчка, Ирска, Холандија, Пољска и Шпанија) није покренуо Пројекат европске здравствене писмености (*The European Health Literacy Project, HLES-EU*) са циљем да се обави анкета о здравственој писмености. Сврха пројекта била је пре свега да омогући развој инструмента за мерење здравствене писмености и генерисање првих података о здравственој писмености међу различитим популацијама у Европској унији, како би се направила компаративна процена и пружила основа за креирање европске, националне и регионалне здравствене политике. Тако је здравствена писменост почела да добија на важности у јавном здравству европског региона. Резултати овог пројекта

показали су да је у укупном узорку 12,4% испитаника имало неадекватну здравствену писменост. Значајне разлике у нивоу здравствене писмености постоје међу државама чланицама и кретале су се до неадекватног нивоа здравствене писмености од 1,8% у Холандији до 26,9% у Бугарској. Готово сваки други испитаник (47,6%) од укупног узорка имао је ограничену (неадекватну или проблематичну) здравствену писменост (8). Такође, неједнакост у нивоу здравствене писмености манифестовала се у односу на различите демографске и социјалне и економске факторе. Највећи удео ограниченог медицинског знања регистрован је код појединаца који су самопроцењивали сопствено здравствено стање као веома лоше или лоше (78,1% и 71,8%), код особа са коморбидитетима (61%) и код оних који чешће користе здравствене услуге (58,9%). Већи проценат људи са ограниченом здравственом писменошћу био је међу онима са врло ниским и ниским социоекономским статусом (73,9% и 60% респективно), и међу онима између 66 и 75 година (58,2 %) или 76 или више година (60,8%). У односу на ниво образовања, ограничена здравствена писменост најчешће је била присутна код људи који имају најнижи или нижи степен образовања (68% и 57,2%), (122).

Резултати различитих студија спроведених у многим земљама показују широк спектар различитих нивоа здравствене писмености међу различитим друштвеним групама, што указује на постојање социјалног градијента здравствене писмености. Студија спроведена у Енглеској показала је да скоро четвртина (26%) одраслих има ограничену здравствену писменост (123), док је студија у САД показала да само 3% одраслих има одговарајући ниво здравствене писмености (124). Многа истраживања показују да постоје родне разлике у нивоу здравствене писмености и жене имају углавном виши ниво здравствене писмености од мушкараца. Примећује се да је неадекватан ниво здравствене писмености често присутан код старијих људи (125). Резултати различитих студија сугеришу да је ниво образовања важна одредница здравствене писмености. Примећено је да људи са вишим нивоима формалног образовања имају виши ниво здравствене писмености (126). Такође, бољи материјални статус повезан је са вишим нивоом здравствене писмености (127), што су показали и резултати наше студије. Многе студије показале су ниску здравствену писменост међу пацијентима са коморбидитетима, што засигурно у значајној мери утиче на способност пацијената да разумеју здравствене информације и препоруке за лечење, као и да унапреде комуникацију са здравственим пружаоцима здравствених услуга. Здравствена писменост популације утиче и на здравствено понашање и коришћење здравствених услуга, а утиче и на здравствене исходе и трошкове здравствене заштите, што је

посебно повезано са учесталашћу коришћења превентивних здравствених услуга, а све заједно повезано је са квалитетом живота (128, 129).

Да здравствена писменост утиче на квалитет живот пацијената показују и резултати истраживања спроведених у нашој земљи, где је здравствена писменост идентификована као веома важан предиктор квалитета живота. Подаци истраживања показују да је више од половине испитаника (64%) имало ограничену здравствену писменост. Најнижи средњи индекс здравствене писмености ($28,01 \pm 9,34$) био је у оквиру активности које се односе на превенцију болести у којој је највећи број испитаника показао ограничену здравствену писменост (70%) (126, 127, 128, 129).

Када је у питању здравствена писменост жена и деловање на њихово здравље, потребно је истаћи чињеницу да је здравље жена резултат сложене интеракције генетских, биолошких, физиолошких, медицинских и социјалних фактора. Поред општег здравља жена, репродуктивно здравље је такође веома важно. Сматра се да здравствена писменост утиче на репродуктивно здравље жена, које представља сложен концепт који обухвата многе аспекте доброг здравља, као што су благостање у области сексуалности, планирање породице, заштита од нежељених трудноћа и сексуално преносивих инфекција, али и ресурсе за његово очување и промоцију. Препознавање фактора који одређују репродуктивно здравље и понашање жена веома је важно из перспективе здравствене политике (130-134).

Последњих година концепт здравствене заштите жена у нашој држави добио је и значајну димензију. Улажу се напори за унапређење понашања популације, посебно жена и младих у области репродуктивног здравља. Релевантне државне институције предузимају бројне активности кроз различите националне програме и стратегије у циљу даљег јачања превентивних мера, а које се односе на заштиту и очување репродуктивног здравља популације, посебно жена и младих. Национална стратегија за контролу ХИВ / АИДС-а, чија сврха није везана само за праћење особа инфицираних ХИВ-ом и надзор смртности повезаних са ХИВ-ом или АИДС-ом, бави се и повећањем обима доступних информација за преношење инфекције, као и могућностима заштите, али и функционалног, брзог и поверљивог тестирања на ХИВ (135). Министарство здравља Републике Србије у сарадњи са Институтима и Заводима за јавно здравље у Србији користе националне програме и стратегије раног откривања рака дојке и грлића материце у циљу континуиране примене превентивних мера и активности усмерених на популацију жена (136).

Скоро две трћине укупног броја здравствених центра посебно примарне здравствене заштите наше државе у периоду 1997-2007. добио је препоруке за

спровођење Програма промоције и подршке дојењу које је прилагођено „бебама и мајкама“ , покренут је рад „Школа за труднице и родитељство“, а у многим здравственим центрима покренуте су активности које се односе на психофизичку припрему трудница за порођај (137).

Пружаоци здравствених услуга за очување и унапређење репродуктивног здравља на свим нивоима здравствене заштите у нашој земљи - активно учествују у подизању нивоа свести становништва о значају здравствене културе и знања о репродуктивном здрављу жена. Здравствено просвећивање се спроводи путем различитих здравственообразовних програма који се односе на планирање породице, превенцију сексуално преносивих болести и нежењених трудноћа, заштиту здравља жена током трудноће и постпарталног периода и друго (138). Њихова улога је изузетно значајна, али резултати незанемарљивог броја студија о здравственом стању жена спроведених у нашој земљи недвосмислено указују, да је ниво ризика по репродуктивно здравље жена и даље висок. Према подацима добијеним Националним здравственим прегледом становништва Србије, 62,8% жена старих 15 и више година имало је изабраног гинеколога, 56,2% жена је било сексуално активно, док је само 14,8% користило кондом током последњег полног односа (139). Жене репродуктивног доба из приградских насеља (39,2%), удате (45,0%) и запослене (39,1%) знатно чешће користе несигурне методе контрацепције. Високо образовани испитанице, запослене, доброг материјалног статуса, из урбаних подручја, чешће су посећивале гинекологе и најчешће су самоиницијативно обављале скрининг прегледе. Према глобалном истраживачком програму вишеструких показатеља (*Multiple Indicator Cluster Survey – MICS*) развијеном од стране УНИЦЕФ-а у сарадњи са другим агенцијама обезбедио је статистички поуздане и међународно упоредиве податке за најважније социјалне индикаторе у Србији, а усмерене на највулнерабилнији део популације: жене, децу и маргинализоване групе становништва. Овим програмом спроведеним у Србији установљена је стопа употребе савремених контрацептивних метода која износи 22%, најпопуларнија метода контрацепције је кондом, док само 3 до 4% испитаница користи интраутерине уређаје, мирену или хормонску контрацепцију. Такође, 7% удатих жена није задовољило потребу за модерном контрацепцијом, као и да свако пријављено живорођење прати пет индукованих побачаја (140, 141, 142, 143).

Несумњиво је да је здравствене писменост уско повезана са знањем о репродуктивном здрављу и да може негативно утицати на различите аспекте репродуктивног здравља, као и да може значајно одредити понашање у области репродуктивног здравља жена. Неколико студија је показало да су жене са нижим

нивоом здравствене писмености показивале негативна здравствена понашања која се односе на употребу контрацепције (ризици и адекватно време и начин употребе контрацепције), скрининг, започињање пренаталне неге, дојење, употреба дувана током трудноће и постнаталног периода и коришћење других здравствене услуга у области репродуктивног здравља (144, 145, 146).

Жене са ниском здравственом писменошћу углавном имају дефицит у знању о механизмима деловања, предностима и ризицима оралне контрацепције, слабије разумевање индикација за примену, времена и контраиндикација за примену хитне контрацепције, а имају и четири пута веће шансе да не буду неинформисане о ризичним данима у менструалном циклусу за настанак трудноће, што указује да су повећаном ризику од непланиране трудноће (147).

Истраживала се и повезаност између здравствене писмености и разумевање ризика од примене појединих лекова, веровања у вези са лековима, употребе и непридржавања прописане фармакотерапије током трудноће и може ли перцепција и уверења о ризику побољшати у циљу очувања здравља трудница и мајки. Установљено је и да је здравствена писменост значајно повезана са здравственим понашањем жена у вези са непридржавањем упутстава за примену лекова. (148).

Жене са неадекватном здравственом писменошћу најчешће показују и повећану перцепцију ризика и негативно уверење према употреби лекова и суплемената током трудноће, што најчешће резултирала повећаном учесталошћу непридржавања прописаних упутстава за примену лекова, али је установљена и повећана мотивисаност за изналажење информација о употреби лекова током трудноће, у поређењу са женама са одговарајућом здравственом писменошћу (149).

Резултати нашег истраживања у складу су споменути резултатима истраживања спроведених у свету, и указују на потребу за посебну фокусираност на жене са недовољном и проблематичном здравственом писмености, које углавном нису адекватно користиле контрацепцију и чешће су биле изложене ризику од незаштићених сексуалних активности.

У студијама здравствене писмености указано је и на фармацеуте као пружаоце здравствених услуга и установљено је да је њихов допринос веома значајан у саветовању и преношењу препорука за лечење појединих поремећаја здравља у трудноћи, као и у превенцији небезбедне употребе лекова (150).

Жене са неадекватном здравственом писменошћу изложеније су употреби дувана током трудноће, регистроване су и ниже стопе дојења, чешће имају постпорођајну депресију, док су жене са вишим нивоима здравствене писмености

углавно са адекватним функционалним знањем о здравственим ефектима активног и пасивног пушења у току трудноће, и деловањем пасивног пушења на здрвље деце у кућном окружењу (151, 152). Такође, жене са бољом здравственом писменошћу најчешће планирану своју трудноћу и знатно чешће добијају и усвајају пренаталне савета, од жена са здравственом писменошћу која је на nižем нивоу (153).

Жене са нижим резултатима здравствене писмености показале су ниже разумевање писаних информација повезаних са сексуално преносивим инфекцијама, али нису имале веће ризично сексуално понашање (154).

Наше истраживање је показало да су жене са одговарајућим нивоом здравствене писмености чешће посвећене изабраног гинеколога, што би могло бити повезано са адекватним саветовањем о употреби контрацепције и одазивом на контролне прегледе.

Истраживања указују и на жене са неадекватном здравственом писменошћу које са пренаталном здравственом негом започињу у каснијој гестацијској доби, траже савет од здравственог стручњака непосредно пре порођаја, испољавају чешће симптоме анксиозног поремећаја и депресије у постнаталном периоду и ређе доје своју децу. Такође, жене неадекватне здравствене писмености изложене су већој вероватноћи за преверемени порођај и оперативно завршавање порођаја тј. царски рез. Препоручени су и савети повезани са најбољом праксом за здравствене стручњаке у циљу превазилажења ових проблема, партиципирањем и усвајањем приступа „ниске здравствене писмености за све“ приликом здравствене едукације пацијената. Овај приступ подразумева ограничавање броја порука на четири или мање, допуњавање писаних материјала графиком и употребу једноставног језика у комуникацији (155).

Бројне студије које су тестирале интервенције дизајниране да смање разлике у разумевању информација о репродуктивном здрављу, коришћењем информативних брошура о инфекцији хламидијом и симптомима малигне неоплазије грлића материце и малигне неоплазије дојке, и показале су да жене са ниском здравственом писменошћу имају знатно мање капацитете за разумевање и ниже знање након читања брошура које се баве споменутом проблематиком у односу на жене са адекватном здравственом писменошћу (155, 156).

Закључци релевантних студија, верификовали су закључке нашег истраживања, које указује да су жене са неадекватном здравственом писменошћу имају недостатак знања о инфекцији ХИВ-ом, хуманим папилома вирусима, могућностима заштите и местима на којима би могле да се тестирају, као и значају редовног посећивања гинеколога и учествовања у превентивним програмима.

Побољшање здравствене писмености требало би да обухвати следеће: оспособљавање здравствених стручњака за употребу теорија наставе и наставних метода, за креирање културно и језички одговарајућих материјала за здравствено образовање; помагање пружаоцима услуга да користе посебне наставне стратегије током здравствених посета са пацијентима који имају ограничену писменост; и стварање пријатног окружења за пацијенте (157). Студије показују да ће жене адекватне здравствене писмености вероватније учествовати у здравственим интервенцијама које спроводе здравствени стручњаци и које доприносе унапређењу њихове едукованости, о репродуктивном здрављу, као и да ће чешће прочитати брошуре о сексуално преносивим болестима и показивати виши ниво знања о симптомима малигних неоплазија репродуктивних органа (9).

Наши резултати су показали да је код жена са адекватном здравственом писменошћу 2,2 пута већа вероватноћа да ће путем мас медија пратити теме повезане са здрављем и да је 1,7 пута вероватније да ће знати више о ХИВ-у и ХПВ-у, што би у значајној мери могло утицати на позитивно здравствено понашања и очување репродуктивног здравља. Данас се скоро четири од пет смртних случајева од рака грлића материце догађа због неразвијености свести популације жена о значајности одазивања или подвргавања скрининг програму за рак грлића материце (Пап тест). Свака трећа жена у Србији (35,4%) никада у животу није урадила Пап тест. Највећем уделу (52,3%) испитаница спроведено је тестирање тек након препоруке здравственог стручњака; 45% је то учинило самоиницијативно, а само 2,7% након што су позване да партиципирају у оквиру организованг скрининг. Најважнији фактори ризика за неучествовање у овој врсти тестирања здравља су следећи: животно доба (најмлађе или најстарије старосне групе), рурално пребивалиште и низак ниво образовања, лош социјално-економски статус и брачни статус (никада се нису удавале) (158).

Истраживање о вези између скрининга за рак грлића материце и здравствене писмености открило је да жене са високим нивоом здравствене писмености имају двоструко веће шансе да разумеју сврху Пап тестирања, у поређењу са женама са неадекватном здравственом писменошћу. Висока здравствена писменост била је повезана и са мање неразумевања и већим поштовањем пружалаца здравствених услуга (159). Наши налази су показали велику сличност у вероватноћи да жене са вишим нивоима здравствене писмености буду подвргнуте Пап тесту, и та вероватноћа је чак за 1,7 пута већа, у односу на жене са нижим нивоима писмености. Недвосмислено је да здравствена писменост жена може значајно утицати на различите аспекте и понашања у области репродуктивног здравља као што су примена контрацепција, очување

плодности, понашање током трудноће, порођаја и постпарталног периода, учешће у скрининг прегледима, познавање сексуално преносивих болести и друго. Узимајући у обзир чињеницу да постоје релевантни литературни докази да је ниво здравствене писмености тесно повезан са репродуктивним здрављем (160), подизање нивоа здравствене писмености и образовања заједно са побољшањем правног и социјалног статуса жена, помоћи ће женама у доношењу адекватних избора за очување и унапређење репродуктивног здрвља (161). Здравствена политика би требало да имплементира вишедимензионални приступ и развије подстицаје за одговарајућу употребу здравствених услуга и да елиминише баријере које ограничавају приступ и доступност (162).

Здравствена писменост је детерминанта здравља и процењује се глобално како би се информисало о развоју здравствених интервенција. Међутим, мало се зна о здравственој писмености у сиромашнијим земљама попут Авганистана. Студије широм света показују да жене имају значајну улогу у развијању здравствене писмености, како своје тако и њихове деце, чак и чланова њихових породица. Процентом здравствене писмености жена у Авганистану и повезаности различитих фактора, показано је да је веома ниска, у поређењу чак и са осталим неразвијеним азијским државама. И овом студијом је доказано да је здравствена писменост значајно повезана је са узрастом и образовањем, али је пружила је нове податке о повезаности са здравственим понашањем жена у Авганистану, чиме недвосмислено доприноси здравственом систему у креирању мера за побољшање стања. Студија позива на признавање здравствене писмености као значајног изазова за јавно здравље у Авганистану, али и другим државама са ниским приходима (163).

Истражујући повезаност између здравствене писмености и различитих здравствених понашања жена која се односе на репродуктивно али и свеопште здравље (скрининг Пап тестирање, физички преглед, пушење, провера рока употребе хране и праћење физичких промена), на узорку од 1754 одрасле жене на Тајвану, показало је да је здравствена писменост позитивно и независно повезана са провером датума истека хране и праћењем физичких промена, као и да здравствена писменост није повезана са физичким прегледом и Пап тестирањем. Занимљиво је да су жене са високом здравственом писменошћу чешће пушачи. Налази студије сугеришу да напори за унапређење здравственог понашања жена и промоцију здравља, треба да укључују и здравствену писменост као одлучујући фактор у постизању бољег здрвља жена (164).

Истраживање у јужном делу Азије где живи 25% светске популације, и која је углавном сиромашна и без универзалног здравственог осигурања, где се сваки десети

Јужноазијац суочава са здравственим изазовима, коморбидитетом и ризиком од заразних болести, а самим тим и са већим ризиком од смртности, показује се и извештај о напретку у креирању здравственоваспитних програма, као и потреба за наставком примарне здравствене заштите путем дигиталне комуникације за жене у неповољном положају које живе у неразвијеним областима. Познато је да је пакистански здравствени сектор недовољно финансиран и неефикасан, а издвајања из буџета за здравство износе мање од 1,5% бруто домаћег производа. Примарне здравствене услуге у Пакистану нису адекватне ни добро планиране, што доприноси оптерећењу заразним болестима у земљи и неповољним показатељима за здравље жена. Критична је потреба за интегрисаним и иновативним планирањем примарних здравствених услуга, где је могућа идентификација болести, упућивање на лечење и превенција. Локално истраживање је потврдило да жене у земљи трпе четвороструки терет болести: заразних и незаразних болести, несрећа, повреда и насиља и мултиморбидитета. Поред тога, жене из земаља са нижим и средњим приходима су знатно угрожене због здравствених ризика којима су изложене током трудноће и порођаја, у односу на мушкарце. Жене из Пакистана су изложене занемаривању и од стране заједнице, већина је незапослена, неписменица или полуписменица, сиромашна и стога угрожена од вишеструких здравствених ризика. Такође, много је фактора који доприносе лошијем здрављу жена у Пакистану, укључујући ниску здравствену писменост, неадекватну исхрану, рано ступање у брачну заједницу и културу која спречава понашање за достизање доброг здравља. Иако се претпоставља да здравствени изазови погађају људе у поодмаклим годинама, труднице имају повећан ризик од здравствених оптерећења и заразних болести. Труднице нису само у ризику од смртности, већ постоји забринутост да су и њихова деца у повећаном ризику од лошијег здравља. Истраживања сугеришу да су здравствене услуге које се пружају женама у репродуктивном добу недовољне на свим нивоима здравствене заштите. Недвосмислено је да би промоција здравствене писмености морала бити први корак у пружању подршке женама репродуктивног доба. Здравствена писменост жена у Пакистану је забрањивајућа, посебно због ниске опште писмености и недостатка укључености у општи образовни програм. Међутим, здравствена писменост жена се показала као важан покретач у креирању здравствених политика, оснажује сиромашне и полуписмене жене за информисано доношење одлука и побољшање здравственог понашања. Побољшана здравствена писменост у популације у неповољном положају, повезана је са бољим здравственим статусом, лакшим разумевањем здравствених информација и придржавањем упутстава за примену лекова, бољим опоравком и смањењем учесталости хоспитализација. Познато

је да побољшана здравствена писменост жена репродуктивних година промовише здравље мајки, деце и породице у целини. На глобалном нивоу, интервенције здравствене писмености могле би побољшати индикаторе здравственог стања мајки и деце и смањити здравствено оптерећење, посебно у сиромашнијим земљама (165).

Сексуалност и репродукција су две области којима се различито бавило током времена и међу културама. Жене имигранти имају специфична уверења и понашања која могу утицати на њихов приступ здравственим службама за репродуктивно и опште здравље. Установљена је мања је видљивост здравствених проблема жена имигранткиња. Након обављених истраживања са мултиетничким узорком женских имигранткиња, које тренутно живе у Андалузији, испитивањем њихове свести и уверења о сексуалности и репродукцији, откривено је, да имигранткиње са собом доносе сва своја дотадашња уверења, мишљења, ставове и понашања у вези са сексуалношћу, контрацепцијом, а који су изграђени у држави из које су емигрирале. Сексуално понашање најчешће је условљено је социјалним правилима државе из које долазе и делују амбивалентно. Генерално, знање о методама контрацепције било је адекватно, али постојало је схватање да је репродуктивно здравље домен жене, због родних норми и традиционалног планирања породице који су усмерени искључиво на жене. Резултати сугеришу да на понашање жена утичу и прописи земаља из којих потичу. Остваривање сексуалног и репродуктивног здравља и његова равноправност у популацији жена треба да буде прилагођена и имплементирана у читаво друштво, с посебним освртом на имигрантску популацију (166).

Повезаност здравственог понашање са здрављем, повезаност животног доба и здравствене писмености није добро разјашњена. У студији која је процењивала интеракције између животног доба и понашања, који су повезани са здрављем жена на Тајвану, на случајном узорку жена старости од 18 до 78 година, процењивана је здравствена писменост европским упитником за процену здравствене писмености (ХЛС-ЕУ-Q47), показано је да је здравствена писменост била у значајној негативној вези са годинама. Нижа здравствена писменост код старијих жена значајно је модификована праћењем телевизијских програма који су се бавили здрављем. Специфична здравствена понашања чувала су и одржавала здравствену писменост старијих жена, а тиме и њихово здравље (167).

Како би се смањила учесталост зубног каријеса код трудница у Мериленду, испитиван је утицај оралне здравствене писмености на употребу пренаталне зубарске неге и знања, разумевања и пракси повезаних са очувањем оралног здравља у трудноћи. Резултати студије су показали да су испитанице имале низак ниво здравствене

писмености у вези са оралним здрављем. Само половина њих је пријавило посету стоматологу током трудноће. Већина жена није била упозната са стоматолошким програмом за труднице и значајем пренаталне зубарске неге. Најчешће нису могле да приуште ову врсту здравствених услуга због тошкова који би проистекли из такве активности, као и да су имале потешкоће у проналажењу стоматолога. Оно што се показало као најважније је, да им је недостајало знање о превенцији каријеса у току трудноће. Да би се смањила стопа каријеса и унапредило орално здравље трудница, морају се применити политике и програми за повећање здравствене писмености у вези са оралним здрављем трудница (168).

Постоје и докази да су вештине ограничене писмености повезане са нижим знањем о ХИВ-у и лошијим здравственим понашањем и исходима. Резултати су показали да је писменост била повезана са образовањем, приходом, узрастом и осталим социоекономским варијанлама. Ограничена писменост била је повезане и са нижим нивоом знања о ХИВ у (169).

Упркос високим стопама смртности и преваленцији оболевања, свест о скринингу рака дојке код турских жена је показала се као ниска. Студија која је испитивала ниво здравствене писмености, свести о мамографији и скринингу међу женама између 40 и 69 година, обављена је помоћу упитника који је укључивао демографске карактеристике, здравствено понашање, свесност о скрининг мамографији, а за процену нивоа здравствене писмености коришћена је брза процена писмености. Закључци студије сугеришу да је ограничена здравствена писменост била веома присутана међу женама и да је значајно повезана са мањом свешћу о скрининг мамографији. Здравствена писменост може бити велика и корисна прилика у креирању националног скрининга за рак. Програм здравственог образовања за малигну неоплазију дојке и кампање јавног здравства треба да буду уређени у складу са нивоом здравствене писмености жена (170).

Иако је цитолошки скрининг тј. Пап тестирање значајно смањило терет рака грлића материце, не поштују све жене препоруке за превенцију цервикалног карцинома. Здравствена писменост може утицати на усвајање позитивног здравственог понашања које је повезано са редовним Пап тестирањем. Студија спроведена на репрезентативним узорком жена у САД-у, процењивала факторе повезане са здравственом писменошћу и Папа тестирањем, открила је да су информисане жене о инфекцији ХПВ-ом, вероватније обављале цитолошки цервикални скрининг у последње 3 године. Ова открића указују да знање о ХПВ-у може бити повезано са здравственим понашањем и Пап тестирањем код жена. Потребно је континуирано истраживање како

би се испитао утицај здравствене писмености на Папа тестирање с обзиром на промене у смерницама за скрининг, са крајњим циљем смањења учесталости развијања цервикалног карцинома (171).

Самозбрињавање је основни концепт у промоцији здравља с обзиром на важност здравствене писмености као кључног фактора самопомоћи. Студија која је имала за циљ да идентификује везу између понашања у самопомоћи и здравствене писмености међу старијим женама у Ирану, показала је да је су здравствена писменост и трагање за здравственим информацијама учествовали са 19,9% варијансе понашања у самопомоћи. Студија је нагласила неопходност промовисања здравствене писмености и пажње на факторе који утичу на побољшање способности самопомоћи старијих жена. Планирање интервенција за побољшање здравствене писмености од суштинске је важности за промоцију здравља у старијој популацији жена (172).

Иако су доступне информације за превенцију сексуално преносивих инфекција, посебно ХИВ-а, адолесценти су веома изложени и укључују се у ризично сексуално понашање, нарочито у адолесценткиње етничких мањина са историјом СПИ или злостављања. Стога су знање и информисаност о СПИ и ХИВ-у и сексуално ризичном понашању међу адолесценткињама, наведени као помоћ за модификовање превентивних напора за промоцију сексуалног здравља. У истраживање су биле укључене афроамеричке и мексичкоамеричке адолесценткиње старости од 14 до 18 година. Процентом сексуалног ризичног понашања и знања о СПИ / ХИВ-у, установљено је су мексичкоамеричке адолесценткиње са нижим нивоом знања у већем ризику од СПИ, трудноће, злоупотребе психоактивних супстанци, од афричкоамеричких адолесценткиња. Утврђено је да прилагођавање интервенција за промоцију здравља заснованих на СПИ / ХИВ-у за адолесценткиње са историјом СПИ и злостављања је неопходно за побољшање потенцијалних негативних исхода сексуалног здравља у овом животном раздобљу (173).

Жене представнице мањинама показују значајне здравствене разлике, посебно оне које су повезане са дијабетесом. Релевантном студијом спроведеном у Америци процењиван је ризик од дијабетеса код жена које су представнице мањина. Учеснице студије су описивале своје здравље, здравствено понашање и здравствену писменост. Измерени су крвни притисак и индекс телесне масе. Установљено је да су жене значајно изложене ризицима од дијабетеса, посебно у популацији старијих жена и код оних код којих је регистрована ниска здравствена писменост. Жене са већим бројем ризика од дијабетеса, имале су и нижу здравствену писменост. Утврђивање здравствене писмености међу мањинским групама жена и повезаност са ризицима од дијабетеса

могу помоћи у развоју културно специфичних интервенција и најбољих пракси за хроничне болести, као што је брига о дијабетесу, како би се задовољиле здравствене потребе жена и њихов животни стил (174).

Здравствена писменост се показала као важан предиктор адекватног управљања и контроле дијабетеса. Сврха пилот студије спроведене у Америци била је да се испита изводљивост и прелиминарна ефикасност интервенције код пацијената са дијабетесом побољшањем здравствене писмености. Утврђено је да су разлике у дијагнози и контроли дијабетес мелитуса типа 2 најочигледније су код Афроамериканаца са нижим социоекономским статусом и нижим нивоом здравствене писмености. Деветнаест од тридесет испитаника ове студије добили су интервенцију студије која се састојала од четворонедељне обуке о здравственој писмености и едукацији о болести, праћене двема кућним посетама и месечним телефонским саветовањем током 24 недеље. Регистровано је да сви учесници који су завршили 24-недељну обуку пријавили су велико задовољство интервенцијом. Примењени протоколи интервенције били су генерално изводљиви и изузетно прихватљиви. Резултати ове студије указују на неопходност едукације и подржавају обуку из здравствене писмености као обећавајућу компоненту интервенција за промоцију контроле глукозе код особа у градским срединама. Предлажу се и промене ради оптимизације протокола, пре спровођења рандомизираних контролисаног испитивања (175).

Недавно је здравствена писменост као одредница здравља померена у главни ток здравствених истраживања због важности и могућности утицаја на квалитет здравствених услуга, превенцију болести и квалитет живота. Разумевање здравствених информација је суштина здравствене писмености и један од кључних фактора у промоцији здравља. Здравствена писменост се показала и као одредница здравља, предност јавног здравства и резултат активности промоције здравља здравственом едукацијом и образовањем. Због тога истраживачи и креатори здравствене политике препоручују процену здравствене писмености, идентификовање маргинализованих група и развијање интервенција за побољшање здравствене писмености популације. Већина истраживања и процене здравствене писмености спровођена је у најразвијенијим државама света, као што су Сједињене Америчке Државе, Канада и Аустралија, али убрзо концепт се проширио на остатак света. Због недостатка ресурса истраживања и процена здравствене писмености се данас, ипак ретко спроводе у популацији неразвијеног дела света, иако би процена и побољшање здравствене писмености могле значајно да допринесу побољшању општег здравља и постизање циљева одрживог развоја (65).

Важно је нагласити препоруку Европске комисије о неопходност извођења већег броја студија широм Европе како би се адекватно стандардизовала поређења резултата процене здравствене писмености. Упркос указаној повезаности здравствене писмености и понашања у области репродуктивног здравља жена, неопходно је покретање доносиоца одлука у подржавању истраживања у поменутој области.

Предност овог истраживања је што је спроведено на популацији жена, једној од вулнерабилних категорија становништва, а да је за процену здравствене писмености коришћен Европски упитник за здравствену писменост (*European health literacy questionnaire - HLS-EU-Q-4*, стандардизован за тестирање здравствене писмености који је јавно доступан и који нам је омогућио адекватно поређење резултата истраживања са бројним студијама здравствене писмености и факторима који је одређују.

Истраживање је имало је неколико ограничења: мали број испитаница из одређених региона Србије, самопријављивање за учешће у студији, питања из додатног упитника која су се односила на самопроцену материјалног статуса, коришћења услуга здравственог система и самопроцену здравственог статуса су резултати личне перцепције, па се сам тим могу разликовати од реалног стања.

Потребно је спровести даља истраживања надгледањем већег броја различитих фактора ради адекватнијег идентификовања неједнакости у здравственој писмености жена. Будућа истраживања могла би се спровести у другим деловима земље, као што су Јужна и Источна Србија, које имају разнолику културну и етничку структуру, па би се могле очекивати веће разлике у нивоу здравствене писмености, што би омогућило и прецизније поређење података.

Студије захтевају посебну опрезност и пажњу, јер жене припадају вулнерабилној групи становништва. Здравствена писменост жена постаје све значајнија и у свакодневном доношењу одлука по питању здравља и показала се као један од најјачих предиктора здравља. Потребно је користити ефикасне стратегије за редовно праћење здравствене писмености жена, као и спровођење превентивних програма и употребу образовних материјала за подизање нивоа здравствене писмености како би се умањили потенцијални негативни ефекти ниске здравствене писмености по понашање у области репродуктивног здравља, доприносећи на тај начин смањењу неједнакости у репродуктивном здрављу жена и подржавању активног учешћа жена у превенцији и промоцији репродуктивног здравља целокупног становништва.

6. ЗАКЉУЧАК

На основу постављених циљева, који су се односили на процену здравствене писмености жена у Србији и утврђивање фактора који су повезани са здравственом писменошћу, а и на основу добијених резултата могу се извести следећи закључци:

- На основу израчунатог Индекса здравствене писмености: неадекватна здравствена писменост регистрована је код 9,8% испитаница, проблематична код 14,9%, довољна код 37,4% и одлична код 37,9% испитаница.
- Посматрано према животном добу, неадекватна здравствена писменост у највећем проценту регистрована је код жена средњег животног доба.
- Свака друга жена из градског подручја и свака трећа из сеоског имала је неадекватан ниво здравствене писмености.
- Одличан ниво здравствене писмености је у највећем проценту заступљен код испитаница које су средњешколског образовања и које су у браку.
- Најчешће је неадекватан ниво здравствене писмености присутан код жена из категорије удовица (5,7%), из категорије незапослених (32,6%), оне које су материјални статус процењивале као лош (18,3%), као и код сваке десете која је своје здравље процењивала као лоше.
- Испитанице које су се изјасиле да немају здравствених проблема имају најчешће одличан ниво здравствене писмености (72,5%), наспрам испитаница које су потврдиле присуство дуготрајне болести или здравственог проблема и имају неадекватну и проблематичну здравствену писменост (46,5% односно 40%).
- Резултати униваријантне регресионе анализе показали су да су најважнији предиктори здравствене писмености: врста насеља, образовање, материјални статус, радни статус и здравствено стање.
- Жене које су изабраног гинеколога посетиле пре мање од 12 месеци у односу на време истраживања имају најчешће одличан ниво здравствене писмености (64,8%), у поређењу са женама које су изабраног гинеколога посетиле пре више од дванаест и које најчешће имају неадекватну здравствену писменост (40,8%).
- Испитанице које никада нису вакцинисане против грипа имају чешће неадекватан ниво здравствене писмености (88,7%).
- Велики је број жена које никада нису тестиране на окултно крварење у фецесу, иако у највећем проценту имају одличан ниво здравствене писмености (70,6%),

док међу женама које се никада нису колоноскопски прегледане најчешће је присутан проблематичан ниво здравствене писмености.

- Међу женама које никада нису подвргнуте скрининг мамографији најчешће је присутан довољан ниво здравствене писмености, док су жене са одличним нивоом здравствене писмености најчешће мамографски прегледане самоиницијативно (24,5%).
- Међу женама којима је обављено цитолошко цервикално тестирање (Пап тест) током претходних 12 месеци у односу на време истраживања најчешће је присутан довољан ниво здравствене писмености (45,9%), док је неадекватан ниво здравствене писмености присутан чешће код оних жена које су подвргнуте овом тесту пре више од једне, две или три и више година. Испитанице са одличним нивоом здравствене писмености најчешће су подвргнуте Папаниколау тесту самоиницијативно (52,7%).
- Жене са одличним нивоом здравствене писмености најчешће припадају категорији непушача (58,5%), док међу онима које су пушачи цигарета у већем проценту је присутна проблематична или неадекватна здравствена писменост (54,8% односно 54,4%).
- Жене са одличним нивоом здравствене писмености најчешће припадају категорији оних које никада не конзумирају алкохолна пића (47,2%), док међу онима које свакодневно или скоро свакодневно конзумирају алкохолна пића у највећем проценту је присутна неадекватна здравствена писменост (62%).
- Жене са проблематичним и неадекватним нивоом здравствене писмености најчешће конзумирају лекове против болова, лекове за спавање и морфијум.
- Жене са неадекватним (50,7%) и проблематичним (60,7%) нивоом здравствене писмености чешће од осталих жена не знају место где се могу тестирати на ХИВ. Међу женама које су се тестирале на ХИВ највише је оних које имају довољан (15,5%) и одличан (13%) ниво здравствене писмености.
- Међу женама којима није познато шта изазивају хумани папилома вируси, највише је оних које имају неадекватан (47,9%) ниво здравствене писмености. Међу испитаницама којима је познато да ли постоји вакцина против ХПВ-а, највише је оних које имају одличан (45,2%) и довољан (42,8%) ниво здравствене писмености.
- Међу женама којима је познато да ли постоји вакцина против хепатитиса Б, највише је оних које имају одличан (62,4%) и довољан (60,4%) ниво здравствене писмености.

- Међу женама које прате теме о здрављу путем средстава јавног информисања највише је оних које имају одличан (47,8%) ниво здравствене писмености.
- Резултати униваријантне регресионе анализе показали су да су значајни предиктори нивоа здравствене писмености, они који се односе и на разне аспекте репродуктивног здравља, а повезани са употребом контрацептивних средстава, могућим учешћем у Пап тестирању, знањем о тестирању на ХИВ, познавањем болести узрокованих хуманим папилома вирусом, као сазнања о постојању вакцине против ХПВ-а и против хепатитиса Б.
- Мултиваријантна регресиона анализа показала је следеће значајне предикторе: посвећеност изабраном гинекологу, употреба контрацепције, познавање болести узрокованих хуманим папилома вирусом, знање о постојању вакцине против ХПВ-а и праћење тема посвећених здрављу путем мас медија.

7. Литература

1. Sørensen K, Broucke SV, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12: 80.
2. Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015;10(12):e0145455.
3. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H; HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
4. Ansari H, Almasi Z, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, et al. Health Literacy in Older Adults and Its Related Factors: A Cross-Sectional Study in Southeast Iran, *Health Scope*. 2016;5(4):e37453.
5. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S, Zeller A, Streit S, Herzig L, Bodenmann P. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open*. 2018;8(2):e018281.
6. Rowlands G. Health literacy. *Hum Vaccin Immunother*. 2014;10(7):2130-5.
7. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H. HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-8.
8. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Jansen CJ, Salter C, Reijneveld SA, de Winter AF. The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC Public Health*. 2015;15:1091.
9. Brabers AE, Rademakers JJ, Groenewegen PP, van Dijk L, de Jong JD. What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *PLoS One*. 2017;12(3):e0173316.

10. Wang C, Li H, Li L, Xu D, Kane RL, Meng Q. Health literacy and ethnic disparities in health-related quality of life among rural women: results from a Chinese poor minority area. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:153
11. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician*. 2015;92(2):118-24.
12. Haghghi ST, Lamyian M, Granpaye L. Assessment of the level of health literacy among fertile Iranian women with breast cancer. *Electron Physician*. 2015;7(6):1359-64.
13. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, Nurjanah, Pham TV, Pham KM, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*. 2017;27(2):80-86.
14. Denuwara HMBH, Gunawardena NS. Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. *BMC Public Health*. 2017;17(1):631.
15. Van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *J Health Commun*. 2013;18:172–184.
16. Kickbusch I, Maag D. In: *International Encyclopedia of Public Health*. Kris H, Stella Q, editor. Vol. 3. Academic Press; 2008. Health Literacy; pp. 204–211.
17. McQueen D, KI Potvin L, Pelikan JM, Balbo L, Abel Th, editor. *Health and modernity. Springer: The Role of Theory in Health Promotion*; 2007.
18. UNESCO. *Literacy for all. Education for All Global Monitoring Report 2006*. UNESCO Publishing; 2005.
19. Kwan B, Frankish J, Rootman I, Zumbo B, Kelly K, Begoray D.L, et al (2006) The development and validation of measures of ‘health literacy’ in different populations (<http://blogs.ubc.ca/frankish/files/2010/12/HLit-finalreport-2006-11-24.pdf>).
20. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446-51.
21. Dodson S, Good S. and Osborne, R. (2015) *Health literacy toolkit for low and of middle-income countries: A series of information sheets to empower communities and strenghten health systems*, New Delhi: World Health Organization.

22. Cadman, K.P. (2017) 'Lay worker health literacy: A concept analysis and operational definition', *Nursing Forum*, 52, 4, 348-56.
23. Kwan B, Frankish J, Rootman I, Zumbo B, Kelly K, Begoray D, Kazanijan A, Mullet J, Hayes M. The Development and Validation of Measures of "Health Literacy" in Different Populations. UBC Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Community Health Promotion Research; 2006. [Google Scholar]
24. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):446–451. doi: 10.1016/j.amepre.2009.02.001.
25. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Intern Med*. 2006;21:878–883.
26. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008;67:2072–2078.
27. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav*. 2007;31(Suppl 1):19–26.
28. Shoou-Yih D, Leea AMA, Choc Young Ik. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med*. 2004;58:1309–1321.
29. Protheroe J, Wallace L, Rowlands G, DeVoe J. Health literacy: setting an international collaborative research agenda. *BMC Fam Pract*. 2009;10(1):51. doi: 10.1186/1471-2296-10-51.
30. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int*. 2005;20(2):195–203.
31. Schyve PM. Language differences as a barrier to quality and safety in health care: the joint commission perspective. *J Gen Intern Med*. 2007;22(Suppl 2):360–361.
32. McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan J, Balbo L, Abel T. *Health and Modernity: the Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer; 2007.
33. Pleasant A, Kuruvilla SS. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int*. 2008;23(2):152–159.
34. Tones K. Health literacy: new wine in old bottles. *Health Educ Res*. 2002;17:187–189.
35. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000; 15(3):259-67.
36. Guzys D, Kenny A, Dickson-Swift V, Threlkeld G. A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*. 2015; 15:215.

37. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening. *Fam Med.* 1993;25(6):391-5
38. Parker R, Hernandez L. Measuring health literacy: Why? So what? Now what? *Measures of Health Literacy: Workshop Summary; Roundtable on Health Literacy.* 2009; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45386/>
39. Sørensen K, van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* 2013;13:948.
40. Wallace LS, Rogers ES, Roskos SE, Holiday DB, Weiss BD. Brief report: screening items to identify patients with limited health literacy skills. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):874-7.
41. Institute of Medicine. *Health literacy: a prescription to end confusion.* Washington DC: The National Academies; 2004
42. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs.* 2005;50(6):633-40
43. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Intern Med.* 2006;21:878-883., Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am J Health Behav.* 2007;31(Suppl 1):19-26.
44. Lee SD, Arozullah AM, Choc YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med.* 2004;58:1309-1321.
45. Nutbeam D. Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-267.
46. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Educ Res.* 2008 Oct;23(5):840-7.
47. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int.* 2005;20(2):195-203.
48. Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, Boyd DL, Tuchman AM, Wallston KA. Public health literacy defined. *Am J Prev Med.* 2009;36(5):446-451.
49. Mancuso JM. Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nurs Health Sci.* 2008;10:248-255. ,
50. National Institutes of Health. *NIH health disparities strategic plan and budget fiscal years 2009-2013.* Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2009. Available:

http://www.nimhd.nih.gov/about_ncmhd/NIH%20Health%20Disparities%20Strategic%20Plan%20and%20Budget%202009-2013.pdf. Accessed 20 August 2015. [Google Scholar]

51. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013; 13:658.
52. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams MV. Shame and health literacy: the unspoken connection. *Patient Education and Counseling*. 1996;27(1):33-39.
53. Health Literacy Tool Shed. A database of health literacy measures. Available from: <http://healthliteracy.bu.edu/all>
54. Miller MJ, Degenholtz HB, Gazmararian JA, Lin CJ, Ricci EM, Sereika SM. Identifying elderly at greatest risk of inadequate health literacy: a predictive model for population-health decision makers. *Res Social Adm Pharm*. 2007;3(1):70–85.
55. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874–9.92.
56. Abel T, Hofmann K, Ackermann S, Bucher S, Sakarya S. Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. 2014. *Health Promotion International*. 2014; 30(3):725-35.
57. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns*. 2013;90(2):247–53.
58. Hanchate AD, Ash AS, Gazmararian JA, Wolf MS, Paasche-Orlow MK. The Demographic Assessment for Health Literacy (DAHL): a New tool for estimating associations between health literacy and outcomes in national surveys. *J Gen Intern Med*. 2008;23(10):1561–6.
59. Marques SRL, Lemos SMA Health literacy assessment instruments: literature review *Literature Review. Audiol Commun Res*. 2017;22:e1757
60. Barry D. Weiss The Newest Vital Sign: Frequently Asked Questions *Health Lit Res Pract*. 2018; 2(3): e125–e127.
61. Allison J. Louis, BA, Vineet M. Arora, MD, MAPP, and Valerie G. Press, Evaluating the Brief Health Literacy Screen *J Gen Intern Med*. 2014; 29(1): 21.

62. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Settings Deborah Chinn 1 , Catherine McCarthy. Developing a Tool to Measure Functional, Communicative and Critical Health Literacy in Primary Healthcare. *Patient Educ Couns* 2013;90(2):247-53.
63. Amresh D Hanchate 1 , Arlene S Ash, Julie A Gazmararian, Michael S Wolf, Michael K Paasche-Orlow. The Demographic Assessment for Health Literacy (DAHL): A New Tool for Estimating Associations Between Health Literacy and Outcomes in National Surveys *J Gen Intern Med* 2008;23(10):1561-6.
64. Ghanbari S, Ramezankhani A, Montazeri A, Mehrabi Y. Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties. *PLOS one* tenth anniversary. Available from:<http://journals.plos.org/plosone/article>
65. U.S. Department of Health and Human Services (HHS), Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). *Healthy People 2020—Disparities*. Washington, DC: Available: <http://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Disparities>. Accessed 20 August 2015
66. Braveman PA. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*. 2006;27: 167–194.
67. Keppel K, Pamuk E, Lynch J, Carter-Pokras O, Kim I, Mays V, et al. Methodological issues in measuring health disparities. *Vital and Health Stat. Series 2, Data evaluation and methods research*. 2005;141:1.
68. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Williams DR, Pamuk E. Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *Am J Public Health*. 2010;100: 186–196.
69. Song L, Weaver MA, Chen RC, Bensen JT, Fontham E, Mohler JL. Associations between patient–provider communication and socio-cultural factors in prostate cancer patients: A cross-sectional evaluation of racial differences. *Patient Educ Couns*. 2014; 97: 339–346.
70. Jansen T, Rademakers J, Waverijn G, et al. The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: a survey study. *BMC Health Serv Res* 18, 394 2018.
71. Budhathoki, S.S., Pokharel, P.K., Good, S. et al. The potential of health literacy to address the health related UN sustainable development goal 3 (SDG3) in Nepal: a rapid review. *BMC Health Serv Res* 17, 237 (2017).
72. Huhta AM, Hirvonen N, Huotari ML. Health Literacy in Web-Based Health Information Environments: Systematic Review of Concepts, Definitions, and Operationalization for Measurement. *J Med Internet Res*. 2018;20(12):e10273.

73. Jennifer A Manganello. Health Literacy and Adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 2007; 23(5):840-7).2013; 9(1): 42–49.
74. The Relationship Among Health Literacy, Health Knowledge, and Adherence to Treatment in Patients with Rheumatoid Arthritis .Patricia Quinlan, DNSc, MPA, Kwanza O. Price, MPH, Steven K. Magid, MD, Stephen Lyman, PhD, Lisa A. Mandl, MD, MPH, and Patricia W. Stone, PhD, MPH
75. Sentell T, Pitt R, Buchthal OV. Health Literacy in a Social Context: Review of Quantitative Evidence. *Health Lit Res Pract.* 2017;1(2):e41-e70.
76. Sarah Mantwill, Silvia Monestel-Umaña, and Peter J. Schulz Mantwill S, Monestel-Umaña S, Schulz PJ. The Relationship between Health Literacy and Health Disparities: A Systematic Review. *PLoS One.* 2015;10(12):e0145455.
77. Тоџи Е, Burazeri G, Kamberi H, Тоџи D, Roshi E, Jerliu N, Bregu A, Brand H (2019). Health literacy and body mass index: a population-based study in a South-Eastern European country. *J Public Health (Oxf)*, fdz103.
78. Todorovic N, Jovic-Vranes A, Djikanovic B, Pilipovic-Broceta N, Vasiljevic N, Lucic-Samardzija V, Peric A. Assessment of health literacy in the adult population registered to family medicine physicians in the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Eur J Gen Pract.* 2019;25(1):32-38.
79. Ansari H, Almasi Z, Ansari-Moghaddam A, Mohammadi M, Peyvand M, et al. Health Literacy in Older Adults and Its Related Factors: A Cross-Sectional Study in Southeast Iran, *Health Scope.* 2016;5(4):e37453.
80. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, Burnand B, Haller DM, Neuner-Jehle S, Zeller A, Streit S, Herzig L, Bodenmann P. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open.* 2018;8(2):e018281.
81. Kim SH. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *J Clin Nurs.* 2009;18:2337–43.
82. Möttus R, Johnson W, Murray C, Wolf MS, Starr JM, Deary IJ. Towards understanding the links between health literacy and physical health. *Health Psychol.* 2013;33:164–73.
83. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med.* 2006;21:806–12.

84. Тоџи Е, Burazeri G, Myftiu S, Sørensen K, Brand H. Health literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. *J Public Health (Oxf)*. 2016;38(1):6-13.
85. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient Educ Couns*. 2012;89:209–12.
86. Zhang NJ, Terry A, McHorney CA. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Ann Pharmacother*. 2014;48:741–51.
87. Fransen MP, von Wagner C, Essink-Bot ML. Diabetes self-management in patients with low health literacy: ordering findings from literature in a health literacy framework. *Patient Educ Couns*. 2012;88:44–53.
88. Schillinger D, Handley M, Wang F, Hammer H. Effects of self-management support on structure, process, and outcomes among vulnerable patients with diabetes: a three-arm practical clinical trial. *Diabetes Care*. 2009;32:559–66.
89. Schillinger D, Hammer H, Wang F, Palacios J, McLean I, Tang A, et al. Seeing in 3-D: examining the reach of diabetes self-management support strategies in a public health care system. *Health Educ Behav*. 2008;35:664–82.
90. Wallace A. Low health literacy: overview, assessment, and steps toward providing high-quality diabetes care. *Diabetes Spectr*. 2010;23:220–7.
91. Wallace AS, Seligman HK, Davis TC, Schillinger D, Arnold CL, Bryant-Shilliday B, et al. Literacy-appropriate educational materials and brief counseling improve diabetes self-management. *Patient Educ Couns*. 2009;75:328–33.
92. Murray MD, Morrow DG, Weiner M, Clark DO, Tu W, Deer MM, et al. A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2004;2:36–43.
93. Loke YK, Hinz I, Wang X, Salter C. Systematic review of consistency between adherence to cardiovascular or diabetes medication and health literacy in older adults. *Ann Pharmacother*. 2012;46:863–72.
94. Cordasco KM, Asch SM, Bell DS, Guterman JJ, Gross-Schulman S, Ramer L, et al. A low-literacy medication education tool for safety-net hospital patients. *Am J Prev Med*. 2009;37:S209–16.
95. Newman-Casey PA, Weizer JS, Heisler M, Lee PP, Stein JD. Systematic review of educational interventions to improve glaucoma medication adherence. *Semin Ophthalmol*. 2013;28:191–201.

96. Wawrzyniak AJ, Ownby RL, McCoy K, Waldrop-Valverde D. Health literacy: impact on the health of HIV-infected individuals. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2013;10:295–304. doi: 10.1007/s11904-013-0178-4.
97. Weekes CV. African Americans and health literacy: a systematic review. *ABNF J.* 2012;23:76–80.
98. Geboers B, Brainard JS, Loke YK, Jansen CJ, Salter C, Reijneveld SA, de Winter AF. The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review. *BMC Public Health.* 2015;15:1091.
99. Berkman ND, Davis TC, McCormack L. Health literacy: what is it? *J Health Commun.* 2010;15 Suppl 2:9–19.
100. Zandman-Goddard G, Amital H, Shamrayevsky N, Raz R, Shalev V, Chodick G. Rates of adherence and persistence with allopurinol therapy among gout patients in Israel. *Rheumatology.* 2013;52:1126–31.
101. Ratanawongsa N, Karter AJ, Parker MM, Lyles CR, Heisler M, Moffet HH, et al. Communication and medication refill adherence: the Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med.* 2013;173:210–8.
102. Stoehr GP, Lu S, Lavery L, Bilt JV, Saxton JA, Chang CH, et al. Factors associated with adherence to medication regimens in older primary care patients: the Steel Valley Seniors Survey. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2008;6:255–63.
103. Smith V, Devane D, Begley CM, Clarke M. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Med Res Methodol.* 2011;11:15.
104. Dusseldorp E, Klein Velderman M, Paulussen TWGM, Junger M, van Nieuwenhuijzen M, Reijneveld SA. Targets for primary prevention: cultural, social and intrapersonal factors associated with co-occurring health-related behaviours. *Psychol Health.* 2014;29:598–611.
105. Tang J, Abraham C, Greaves C, Yates T. Self-directed interventions to promote weight loss: a systematic review of reviews. *J Med Internet Res.* 2014;16:e58.
106. Hall AK, Cole-Lewis H, Bernhardt JM. Mobile text messaging for health: a systematic review of reviews. *Annu Rev Public Health.* 2015;36:393–415.
107. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2013;28:444–52.

108. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011;9:11–23.
109. Ostini R, Kairuz T. Investigating the association between health literacy and non-adherence. *Int J Clin Pharm.* 2014;36:36–44.
110. Van Scoyoc EE, DeWalt DA. Interventions to improve diabetes outcomes for people with low literacy and numeracy: a systematic literature review. *Diabetes Spectrum.* 2010;23:228–37.
111. Sheridan SL, Halpern DJ, Viera AJ, Berkman ND, Donahue KE, Crotty K. Interventions for individuals with low health literacy: a systematic review. *J Health Commun.* 2011;16 Suppl 3:30–54.
112. Pampel FC, Krueger PM, Denney JT. Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annu Rev Sociol.* 2010;36:349.
113. Kangovi S, Barg FK, Carter T, Long JA, Shannon R, Grande D. Understanding why patients of low socioeconomic status prefer hospitals over ambulatory care. *Health Aff.* 2013;32(7):1196–203.
114. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD: Health literacy: the solid facts. Copenhagen: The World Health Organization, regional office for Europe 2013.
115. Griffey RT, Kennedy SK, McGownan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med.* 2014;21(10):1109–15.
116. Van der Heide I, Heijmans M, Schuit AJ, Uiters E, Rademakers J. Functional, interactive and critical health literacy: varying relationships with control over care and number of GP visits. *Patient Educ Couns.* 2015;98(8):998–1004.
117. Franzen J, Mantwill S, Rapold R, Schulz PJ. The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. *The European Journal of Public Health.* 2014;24(6):997–1003.
118. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Health literacy of recently hospitalised patients: a cross-sectional survey using the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):52.
119. Von Wagner C, Steptoe A, Wolf MS, Wardle J. Health literacy and health actions: a review and a framework from health psychology. *Health Educ Behav.* 2009;36:860–77.

120. Huhta AM, Hirvonen N, Huotari ML. Health Literacy in Web-Based Health Information Environments: Systematic Review of Concepts, Definitions, and Operationalization for Measurement. *J Med Internet Res*. 2018;20(12):e10273.
121. Meherali S, Punjani NS, Mevawala A. Health Literacy Interventions to Improve Health Outcomes in Low- and Middle-Income Countries. *Health Lit Res Pract*. 2020;4(4):e251-e266.
122. HLS-EU Consortium. The European Health Literacy Project Grant Agreement 2007113. Luxembourg: European Agency for Health and Consumers; 2008.
123. Brabers AE, Rademakers JJ, Groenewegen PP, van Dijk L, de Jong JD. What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *PLoS One* 2017;12(3): e0173316.
124. Jovanic M. Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure (Doctoral Dissertation). Serbia, Belgrade. University of Belgrade Faculty of medicine. 2018.
125. Wang C, Li H, Li L, Xu D, Kane R.L, Meng Q. Health literacy and ethnic disparities in health-related quality of life among rural women: results from a Chinese poor minority area. *Health Qual Life Outcomes* 2013;11: 153.
126. Jovanic M, Zdravkovic M, Stanisavljevic D, Jovic Vraneš A. Exploring the Importance of Health Literacy for the Quality of Life in Patients with Heart Failure. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15(8).
127. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, Kocev N. Health literacy in a population of primary health-care patients in Belgrade, Serbia. *Int J Public Health* 2011;56(2):201-7.
128. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J. Functional health literacy among primary health-care patients: data from the Belgrade pilot study. *J Public Health (Oxf)* 2009;31(4):490-5.
129. Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V. Which women patients have better health literacy in Serbia? *Patient Educ Couns* 2012; 89(1):209-12.
130. Otero-Garcia L, Goicolea I, Gea-Sánchez M, Sanz-Barbero B. Access to and use of sexual and reproductive health services provided by midwives among rural immigrant women in Spain: midwives' perspectives. *Glob Health Action* 2013;8(6): e22645.
131. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-

- economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr* 2012; 12(6): 27.
132. Nketiah-Amponsah E, Arthur E, Aaron A. Correlates of contraceptive use among Ghanaian women of reproductive age (15-49 years). *Afr J Reprod Health* 2012;16(3): 155-70.
133. Catherine MP, Audrey EP, Sophie P, Helen VR. Contraception use and pregnancy among 15–24 year old South African women: a nationally representative cross-sectional survey. *BMC Med* 2007; 5:31.
134. Alosaimi AN, Nwaru B, Luoto R, Al Serouri AW, Mouniri H. Using Household Socioeconomic Indicators to Predict the Utilization of Maternal and Child Health Services Among Reproductive-Aged Women in Rural Yemen. *Glob Pediatr Health* 2019;6: 2333794X19868926.
135. Strategy for the prevention and control of HIV infection and AIDS in the Republic of Serbia, 2018–2025. Available online at: <http://www.pravno-informacioni-sistem.rs › sgrs › strategija › reg>
136. Office for cancer screening. National program Serbia against cancer 2013. Available online at: <https://www.skriningsrbija.rs/>
137. Health of the population of Serbia, Analytical study 1997-2007. Available online at: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Health%20of%20population%201997-2007.pdf>
138. Janicijevic K, Radovanovic S, Radevic S, Simic Vukomanovic I, Vasic M, Arnaut A. The Health State of Women in Serbia in the period 2006-2016. *Ser J Exp Clin Res*, 2017;1-1.
139. Djordjevic G. The impact of demographic and socioeconomic inequalities on women's reproductive health (Doctoral Dissertation). Serbia, Kragujevac, University of Kragujevac, Faculty of Medical Sciences.2020.
140. Gender Aspects of Life Course in Serbia Seen through MICS. Available online at: <https://www.unicef.org/serbia/media/1261/file/MICS%20gender%20aspects%20of%20life%20course.pdf>
141. Assessment of the quality of available services in the field of family planning in the Republic of Serbia. Available at <http://safersexresurs.org/userfiles/files/Procena%20kvaliteta%20planiranja%20porodice%20Srbija.pdf>

142. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva. Available from:http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/index.html
143. Maricic M, Amanovic-Curuvija R, Stepovic M. Health literacy in female association with socioeconomic factors and effects on reproductive health. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research* 2020; 21(2):127-132.
144. Haerian A, Moghaddam MHB, Ehrampoush MH, Bazm S, Bahsoun MH. Health literacy among adults in Yazd, Iran. *J Educ Health Promot* 2015;4: 91.
145. Bennett IM, Culhane JF, McCollum KF, Mathew L, Elo IT. Literacy and depressive symptomatology among pregnant Latinas with limited English proficiency. *Am J Orthopsychiatry* 2007;77: 243–248.
146. Shieh C, Mays R, McDaniel A, Yu J. Health literacy and its association with the use of information sources and with barriers to information seeking in clinic-based pregnant women. *Health Care Women Int* 2009;30: 971–988.
147. Kilfoyle KA, Vitko M, O'Connor R, Bailey SC. Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. *J Womens Health (Larchmt)* 2016;25(12):1237-1255.
148. Lupattelli A, Picinardi M, Einarson A, Nordeng H. Health literacy and its association with perception of teratogenic risks and health behavior during pregnancy. *Patient Educ Couns* 2014; 96:171–178
149. Hameen-Anttila K, Kokki E, Lupattelli A, et al. Factors associated with the need for information about medicines among pregnant women a multinational internet-based survey. *Res Social Adm Pharm* 2015; 11:297–302
150. Odalovic M. Analysis of the influence of lifestyle, socio-economic factors and health status of the respondents on the use of drugs in pregnancy (Doctoral Dissertation). Serbia, Belgrade. University of Belgrade, Faculty of Pharmacy. 2013.
151. Smedberg J, Lupattelli A, Mardby AC, Nordeng H. Characteristics of women who continue smoking during pregnancy: A cross-sectional study of pregnant women and new mothers in 15 European countries. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:213
152. Bennett IM, Culhane JF, McCollum KF, Mathew L, Elo IT. Literacy and depressive symptomatology among pregnant Latinas with limited English proficiency. *Am J Orthopsychiatry* 2007; 77:243–248

153. Asadi L, Amiri F, Safinejad H. Investigating the effect of health literacy level on improving the quality of care during pregnancy in pregnant women covered by health centers. *J Educ Health Promot* 2020;9:286.
154. Needham HE, Wiemann CM, Tortolero SR, Chacko MR. Relationship between health literacy, reading comprehension, and risk for sexually transmitted infections in young women. *J Adolesc Health* 2010; 46: 506–508.
155. Lynn M. Yee, Silver R, Hass D, Parry S et al. Association between health literacy and maternal and neonatal outcomes. *AJOG*, Volume 222, issue 1, supplement , s6-s7, january 01, 2020.
156. Boxell EM, Smith SG, Morris M, et al. Increasing awareness of gynecological cancer symptoms and reducing barriers to medical help seeking: Does health literacy play a role? *J Health Commun* 2012; 17(Suppl 3):265–279
157. Kondilis BK, Kiriaze IJ, Athanasoulia AP, Falagas ME. Mapping health literacy research in the European union: a bibliometric analysis. *PLoS One* 2008;3(6): E2519.
158. Djordjevic G, Radevic S, Janicijevic K, Kanjevac T, Simic-Vukomanovic I, Radovanovic S. The prevalence and factors associated with cervical cancer screening among women in the general population: Evidence from National Health Survey. *Serbian archive for all medicine* 2020;148(7-8):474-479.
159. Corrarino JE. Health literacy and women's health: challenges and opportunities. *J Midwifery Womens Health*, 2013;58(3): 257-64.
160. Becker D, Klassen AC, Koenig MA, LaVeist TA, Sonenstein FL, Tsui AO. Women's perspectives on family planning service quality: an exploration of differences by race, ethnicity and language. *Perspect Sex Reprod Health* 2009;41(3): 158-65.
161. Subotic S, Jadranin Z, Nikolic A, Sipetić-Grujicic S, Andjelkovic J, Suljagic V. Gender Differences in Relation to Knowledge and Risky Behavior among Students of Medical Colleges in Serbia: Study of Prevalence. *Collegium antropologicum* 2018;42, 2: 95-100.
162. Popovic N, Terzic-Supic Z, Simic S, Mladenovic B. Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data. *PLoS One* 2017; 12(11):e0187866.
163. Harsch S, Jawid A, Jawid E, Saboga-Nunes L, Sørensen K, Sahrai D, Bittlingmayer UH. Health Literacy and Health Behavior Among Women in Ghazni, Afghanistan. *Front Public Health*. 2021;9:629334.

164. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy and women's health-related behaviors in Taiwan. *Health Educ Behav.* 2012;39(2):210-8.
165. Jafree SR, Bukhari N, Muzamill A, Tasneem F, Fischer F. Digital health literacy intervention to support maternal, child and family health in primary healthcare settings of Pakistan during the age of coronavirus: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2021;11(3):e045163.
166. Alvarez-Nieto C, Pastor-Moreno G, Grande-Gascón ML, Linares-Abad M. Sexual and reproductive health beliefs and practices of female immigrants in Spain: a qualitative study. *Reprod Health.* 2015;12:79.
167. Duong TV, Sørensen K, Pelikan JM, Van den Broucke S, Lin IF, Lin YC, Huang HL, Chang PW. Health-related behaviors moderate the association between age and self-reported health literacy among Taiwanese women. *Women Health.* 2018;58(6):632-646.
168. Maybury C, Horowitz AM, La Touche-Howard S, Child W, Battanni K, Qi Wang M. Oral Health Literacy and Dental Care among Low-Income Pregnant Women. *Am J Health Behav.* 2019;43(3):556-568.
169. Ciampa PJ, Vaz LM, Blevins M, Sidat M, Rothman RL, Vermund SH, Vergara AE. The association among literacy, numeracy, HIV knowledge and health-seeking behavior: a population-based survey of women in rural Mozambique. *PLoS One.* 2012;7(6):e39391.
170. Yilmazel G. Health Literacy, Mammogram Awareness and Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. *J Cancer Educ.* 2018;33(1):89-94.
171. Thompson EL, Wheldon CW, Vamos CA, Griner SB, Daley EM. How Is Health Literacy Related to Pap Testing Among US Women? *J Cancer Educ.* 2019;34(4):789-795.
172. Mahdizadeh M, Solhi M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electron Physician.* 2018;10(3):6462-6469.
173. Dimmitt Champion J, Harlin B, Collins JL. Sexual risk behavior and STI health literacy among ethnic minority adolescent women. *Appl Nurs Res.* 2013;26(4):204-9.
174. Ivanov LL, Wallace DC, Hernández C, Hyde Y. Diabetes risks and health literacy in southern African American and Latino women. *J Community Health Nurs.* 2015;32(1):12-23.

175. Han HR, Nkimbeng M, Ajomagberin O, Grunstra K, Sharps P, Renda S, Maruthur N. Health literacy enhanced intervention for inner-city African Americans with uncontrolled diabetes: a pilot study. *Pilot Feasibility Stud.* 2019;5:99.

8. ПРИЛОГ

Прилог 1 – ОПШТИ УПИТНИК

1. Колико имате година _____
2. Из које средине потичете?
 - a. Градска
 - b. Приградска
 - c. Сеоска
3. Какав је Ваш брачни статус?
 - a. Никад се нисам женио/удавала нити живео/ла у ванбрачној заједници
 - b. У браку/ ванбрачној заједници
 - c. Удовац/ица или се ванбрачна заједница завршила смрћу партнера *(нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу)*
 - d. Разведен/а или се ванбрачна заједница завршила разлазом *(нисам се поново женио/удавала ни ступао/ла у ванбрачну заједницу)*
4. Степен образовања који имате је:
 - a. Основна школа и ниже
 - b. Средња школа
 - c. Виша/висока школа или факултет
5. Ваш тренутни радни статус:
 - a. Запослен/а
 - b. Незапослен или неактиван/а
 - c. Пензионер
6. Како процењујете материјално стање Вашег домаћинства?
 - a. врло лоше
 - b. лоше
 - c. просечно
 - d. добро
 - e. врло добро
9. Како процењујете своје здравље у целини?
 - a. веома добро
 - b. добро
 - c. просечно
 - d. лоше
 - e. веома лоше

10. Да ли имате неку дуготрајну болест или здравствени проблем?

(Под дуготрајним се подразумевају болести или здравствени проблеми који су трајали, или за које се очекује да ће трајати 6 месеци или дуже.)

- a. Да
- b. Не

11. Да ли имате свог изабраног гинеколога? (Одговарају само жене. Ако је одговор „да”, заокружите слово испред одговарајућег одговора у табели)

- a. Да
- b. Не

Гинеколог
a. У државној здравственој установи
b. У приватној пракси
c. И у државној и у приватној здравственој установи

12. Када сте последњи пут посетили гинеколога? (Одговарају само жене)

- a. Пре мање од 12 месеци
- b. Пре 12 месеци или више
- c. Никада

13. Када сте се последњи пут примили вакцину против грипа?

- a. Давно *(пре више од једне године)*
- b. Никада
- c. У претходних 12 месеци

14. Када Вам је последњи пут урађен тест на голим оком невидљиву крв (окултно крварење) у столицу?

- a. Током претходних 12 месеци
- b. Пре 1 до мање од 2 године
- c. Пре 2 до мање од 3 године
- d. Пре 3 године или више
- e. Никада
- f. Не зна

15. Када сте последњи пут били на колоноскопском прегледу (ендоскопски преглед дебелог црева)?

- a. Током претходних 12 месеци
- b. Пре 1 до мање од 5 година
- c. Пре 5 до мање од 10 година
- d. Пре 10 година или више
- e. Никада
- f. Не зна

16. Када сте последњи пут били на мамографском прегледу (рендгенско снимање дојки X-зрацима)? (Одговарају само жене)

- a. Током претходних 12 месеци
- b. Пре 1 до мање од 2 године
- c. Пре 2 до мање од 3 године
- d. Пре 3 године или више
- e. Никада
- f. Не зна

17. Да ли сте на мамографију отишли...? (Одговарају само жене)

- a. Самоиницијативно
- b. Према савету лекара
- c. По позиву лека у оквиру организованог раног откривања рака дојке
- d. Не зна

18. Када сте последњи пут радили цитолошки брис грлића материце (Папаниколау тест)? (Одговарају само жене)

- a. Током претходних 12 месеци
- b. Пре 1 до мање од 2 године
- c. Пре 2 до мање од 3 године
- d. Пре 3 године или више
- e. Никада
- f. Не зна

19. Да ли сте Папаниколау тест урадили...? (Одговарају само жене)

- a. Самоиницијативно
- b. Према савету лекара
- c. По позиву лекара у оквиру организованог раног откривања рака грлића материце
- d. Не зна

20. Према Вашем мишљењу, какав утицај на здравље имају следећи фактори: исхрана, физичка активност, пушење, конзумирање цигарета, алкохола, илегалних дрога, друштвене активности (дружење са пријатељима, изласци, излети...)?

- a. Велики
- b. Умерен
- c. Мали
- d. Не зна

21. Да ли сте пушач?

- a. Да
- b. Не

22. Да ли конзумирате алкохолна пића (пиво, вино, жестока пића, коктеле, ликере, алкохолна пића из кућне/домаће производње)?

- a. Да, сваки дан или скоро сваки дан
- b. Да, 5-6 дана недељно
- c. Да, 3-4 дана недељно
- d. Да, 1-2 дана недељно
- e. Да, 1 месечно
- f. Да, мање од једном месечно
- g. Не, у претходних 12 месеци

23. Да ли сте током претходних 12 месеци користили неко од наведених средстава? (могуће заокружити више одговора)

- a. Средства за спавање
- b. Средства за умирење
- c. Средства против болова
- d. Морфијум
- e. Канабис (*марихуана или хашиш*)
- f. Екстази
- g. Амфетамин, метамфетамин
- h. Кокаин
- i. Крек
- j. Хероин
- k. ЛСД
- l. Испарљиве супстанце (*лепак*)
- m. Ништа од наведеног

24. Да ли сте током претходних 12 месеци Ви или Ваш партнер користили неко од наведених средстава или метода за спречавање нежељене трудноће? (могуће заокружити више одговора)

- a. Контрацептивне пилуле
- b. Интраутерина спирала
- c. Хормонска инјекција
- d. Хормонски имплантат
- e. Дијафрагма
- f. Пена, гел
- g. Женски кондом
- h. Женска стерилизација
- i. Мушки кондом
- j. Мушка стерилизација
- k. Неплодни дани
- l. Прекинут однос (*сношај*)
- m. Пилула за „дан после“
- n. Ништа од наведеног

25. Да ли знате место где се можете саветовати и тестирати на ХИВ?

- a. Да
- b. Не

26. Да ли сте се некада тестирали на ХИВ?

- a. Да
- b. Не

27. Да ли знате шта изазивају хумани папилома вируси (ХПВ)?

- a. Брадавице на полним органима
- b. Промене на грлићу материце и брадавице на полним органима
- c. Није ми познато

28. Да ли постоји вакцина против хуманог папилома вируса (ХПВ)?

- a. Да
- b. Не
- c. Није ми познато

29. Да ли постоји вакцина против хепатитиса Б?

- a. Да
- b. Не
- c. Није ми познато

30. Да ли пратите теме о здрављу путем средстава јавног информисања (телевизија, радио, штампа, интернет)?

- a. Да
- b. Не
- c. Повремено

Прилог 2 –Европски упитник за процену здравствене писмености

HLS-EU-Q47							
		На скали од веома лако до веома тешко, колико лако бисте рекли да је..	1 веома тешко	2 умерено тешко	3 умерено лако	4 веома лако	5 не знам
	Q1.1	пронаћи информацију о симптомима болести која вас се тиче?					
	Q1.2	пронаћи информацију о начинима лечења болести која вас се тиче?					
	Q1.3	пронаћи шта урадити у случају медицинске опасности?					
	Q1.4	пронаћи где потражити професионалну помоћ када сте болесни?					
	Q1.5	разумети оно што вам доктор каже?					
	Q1.6	разумети упутство које добијате уз лек?					
	Q1.7	разумети шта треба урадити у случају медицинске опасности?					
	Q1.8	разумети докторско или фармацеутско упутство о начину узимања преписаног лека?					
	Q1.9	судити како информација коју вам даје доктор утиче на вас?					
	Q1.10	судити о предностима и манама различитих опција лечења?					
	Q1.11	судити када је потребно тражити мишљење од другог доктора?					
	Q1.12	судити о поузданости информација добијене преко медија о некој болести ?					
	Q1.13	користити информације које вам је дао доктор да доносите одлуке о вашој болести?					
	Q1.14	пратите инструкције узимања лека?					
	Q1.15	позвати амбуланту у случају опасности?					
	Q1.16	пратите инструкције које сте добили од доктора или фармацеута?					
	Q1.17	пронађете информације о начину контролисања нездравог понашања, као што је пушење, недовољна физичка активност или претерано конзумирање пића?					
	Q1.18	пронађете информације о начину контролисања проблема менталног здравља као што је стрес или депресија?					
	Q1.19	пронаћи информацију о вакцинасању или здравственим скрининзима које треба да урадите?					
	Q1.20	наћи информацију како да превенирате или контролишете стања као што су претерана килажа, висок крвни притисак или висок холестерол?					

Q1.21	разумете здравствена упозорења о понашањима као што су пушење, недовољна физичка активност и претерано конзумирање алкохола?					
Q1.22	разумети зашто вам је потребна вакцинација?					
Q1.23	разумети зашто су вам потребни здравствени скрининзи?					
Q1.24	судити колико су поуздана здравствена упозорења као што су пушење, недовољна физичка ативност и претерано конзумирање алкохола?					
Q1.25	судити када је неопходно да одете код доктора на контроле?					
Q1.26	судити која вакцина би вам била потребна?					
Q1.27	судити који здравствени скрининг бисте требали да обавите?					
Q1.28	судити да ли да ли су информације о здравственим упозорењима у медијима поуздане?					
Q1.29	одлучити да ли је потребно да се вакцинишете против грипа?					
Q1.30	одлучити како се можете заштитити од болести на основу савета породице или пријатеља?					
Q1.31	одлучити како се можете заштитити од болести на основу савета из медија?					
Q1.32	пронаћи информације о здравим активностима као што су вежбање, здрава исхрана и нутриција?					
Q1.33	сазнати о активностима које су добре за ментално благостање?					
Q1.34	наћи информације о томе како ваш комшилук може да буде наклоњенији здрављу?					
Q1.35	сазнати о политичким променама које могу да утичу на здравље?					
Q1.36	сазнати о улагањима у промоцију здравља на послу?					
Q1.37	разумети савет о здрављу од породице или пријатеља?					
Q1.38	разумети информације о начину паковања хране?					
Q1.39	разумети информације из медија о томе како бити здравији?					
Q1.40	разумети информације о начину одржавања менталног здравља?					
Q1.41	судити о томе како ваш живот утиче на ваше здравље и благостање?					
Q1.42	судити о томе како вам породично стање помаже да останете здрави?					
Q1.43	судити које свакодневно понашање је повезано са вашим здрављем?					

Q1.44	донети одлуке о побољшању вашег здравља?						
Q1.45	придружити се спортском клубу или часовима вежбања ако желите?						
Q1.46	утицај ваших животних услова на ваше здравље и благостање?						
Q1.47	учествовати у активностима које унапређују здравље и благостање у вашој заједници?						

Биографија

Милена Маричић (рођ. Максимовић) рођена је 03.10.1967. године у Краљеву. Средњу медицинску школу завршила 1986. године у Краљеву. Дипломирала је у Вишој медицинској школи у Београду 1989. године. Године 2008. дипломирала је на Факултету за менаџмент, смер менаџмент у здравству Мегатренд универзитета у Београду, стекавши звање дипломирани економиста. На Медицинском факултету Универзитета у Београду 2014. године завршила мастер академске студије студијског програма: Дипломске академске студије јавно здравље мастер, са просечном оценом 8,80 и стекла академско звање мастер менаџер јавног здравља. На Фармацеутском факултету Универзитета у Београду 2015. године завршила је специјалистичке академске студије на студијском програму: Фармацеутски менаџмент и маркетинг, са просечном оценом 9,57 и стекла академско звање специјалиста фармације.

Уз положен стручни испит за рад у просвети од 1989. до 2009. године, радила је као наставник на предмету Здравствена нега у средњој медицинској школи на Звездари у Београду. Од 2009. године и даље ради у Високој здравственој школи струковних студија у Београду, где је изабрана у звање предавача за област медицина, ужа научна област здравствена нега. Од 2015. до 2020. године обављала послове је за шефа студијског програма основних струковних студија медицинских сестара бабица. Докторске академске студије на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу уписала је школске 2016/2017. године, изборно подручје Превентивна медицина. Усмени докторски испит положила септембра 2018. године са оценом 9 (девет).

Радови који су били услов за пријаву завршене докторске дисертације

1. **Maricic M**, Stojanovic G, Pazun V, Stepovic M, Djordjevic O, Macuzic-Zivanovic I, Vucic V, Radevic S, Miličić V, Radovanovic S. Relationship between health literacy, socio-demographic characteristics and reproductive health behaviors of women in Serbia. *Front. Public Health* 2021. doi: 10.3389/fpubh.2021.629051
2. Stojanovic G, Djuric D, Jakovljevic B, Turnic-Nikolic T, Denic Lj, **Maricic M**, Stojanovic S, Milovanovic O. Potentially inappropriate medications prescribing among elderly patients with cardiovascular diseases. *Vojnosanitetski pregled*, 2020. DOI - 10.2298/VSP200623118S
3. **Maričić M**, Amanović-Ćuruvija R, Stepović M. Zdravstvena pismenost žena - udruženost sa socioekonomskim faktorima i efekti na reproduktivno zdravlje. *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research* 2020;21(2):127-132.

8.1 КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАТИКА

УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Редни број: РБ	
Идентификациони број: ИБР	
Тип документације: ТД	Монографска публикација
Тип записа: ТЗ	Текстуални штампани материјал
Врста рада: ВР	Докторска дисертација
Аутор: АУ	Милена Маричић
Ментор/коментор: МН	Доц. др Снежана Радовановић
Наслов рада: НР	Процена здравствене писмености жена и фактори који је одређују
Језик публикације: ЈП	Српски (ћирилица)
Језик извода: ЈИ	Српски и енглески
Земља публикавања: ЗП	Република Србија
Уже географско подручје: УГП	Шумадијски округ
Година: ГО	2021.
Издавач: ИЗ	Ауторски репринт
Место и адреса: МС	Факултет медицинских наука, Светозара Марковића 69, 34000 Крагујевац
Физичи опис рада: ФО	8 поглавља / 122 стране / 4 табеле / 56 графикана / 175 референци/ 2 прилога
Научна област:	Медицина
Научна дисциплина: ДИ	Превентивна медицина
Предметна одредница/ кључне речи: ПО	здравствена писменост, жене, репродуктивно здравље, Србија
УДК:	
Чува се: ЧУ	Библиотека Факултета медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу, Република Србија
Важна напомена: МН	

Извод:**ИД**

Здравствена писменост жена може значајно утицати на различите аспекте женског здравља. Циљ ове студије био је процена односа здравствене писмености, социо-демографских карактеристика и понашања репродуктивног здравља жена у Србији. Истраживање је спроведено као студија пресека, на узорку жена старијих од 18 година, са територије Републике Србије, стратификован по региону, врсти насеља и старосним групама. Ограничени нивои здравствене писмености били су знатно виши међу женама средњих година, међу онима које живе у руралним подручјима, међу женама које су своје здравље оцениле као лоше или веома лоше и које су показале негативније обрасце понашања у репродуктивном здрављу, што указује на потребу за применом превентивни програми и стратегије са циљем повећања нивоа здравствене писмености.

Датум прихватања теме од стране**ННВ:****ДП****Датум одбране:****ДО****Чланови комисије:****КО**

8.2 KEY WORDS DOCUMENTATION

UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Documentation type:	Monografic publication
DT	
Type of record:	Textual meterial, printed
TR	
Contents code:	PhD thesis
CC	
Author:	Milena Maričić
AU	
Menthor/co-mentor	Doc. dr Snezana Radovanovic, PhD
MN	
Title:	The assessment of women's health literacy and
TI	the factors that determine it
Language of text:	Serbian (cyrilic)
LT	
Language of abstract:	Serbian/English
Country of publication:	Rebulic of Serbia
CP	
Locality of publication:	Sumadija District
LP	
Publication year:	2021.
PY	
Publisher:	Author 's reprint
PU	
Publication place:	Faculty of medical sciences University of Kragujevac, Street Svetozara Markovica 69 Kragujevac
PP	
Physical description	8 chapters / 122 pages / 4 tables / 56 charts / 175 references / 2 annex
PD	
Scientific field:	Medicine
SF	
Scientific discipline:	Preventive medicine
SD	
Subject/key words:	health literacy, women, reproductive health,
SKW	Serbia

ABSTRACT/SUMMARY:**AB**

Health literacy of women can significantly affect different aspects of women's health. The aim of this study was the assessment of relationship of health literacy, socio-demographic characteristics and reproductive health behaviors of women in Serbia. This was a cross-sectional study on a random sample of women aged 18 and over from the territories of three Serbian regions, stratified according to age groups, region and type of settlement. A standardized version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) was used in assessing health literacy of women. Limited levels of health literacy were significantly higher among middle-aged women, among those living in rural areas, among women who rated their health as poor or very poor, and who exhibited more negative patterns of reproductive health behavior, indicating the need for implementation of prevention programs and strategies with the aim of increasing the level of health literacy.

UDC**Holding data:**

Library of Faculty of Medical Sciences,
University of Kragujevac, Republic of Serbia

HD**Note:**

N

Accepted by the Scientific Board on:**ASB****Defended on:****DE****Thesis defended board**

(Degree/name/surname/title/faculty)

DB

Образац 1

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Милена Маричић, изјављујем да докторска дисертација под насловом: ”Процена здравствене писмености жена и фактори који је одређују,” која је одбрањена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

У Крагујевцу, 12.04.2021. године,

потпис аутора

Образац 2

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСKE ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Милена Маричић,

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом: „Процена здравствене писмености жена и фактори који је одређују“ која је одбрађена на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам¹

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²**

У Крагујевцу, 12.04.2021. године,

ПОТПИС АУТОРА

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>

