

EWA SYREK

ORCID 0000-0002-9560-627X

*Uniwersytet Śląski w Katowicach*

## KRYZYS KOMPETENCJI ZDROWOTNYCH W SPOŁECZEŃSTWIE I JEGO KONSEKWENCJE DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO

ABSTRACT. Syrek Ewa, *Kryzys kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie i jego konsekwencje dla zdrowia publicznego* [Crisis of Health Literacy in the Society and its Consequences for Public Health]. *Studia Edukacyjne* no. 65, 2022, Poznań 2022, pp. 21-34. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2022.65.2

The article analyzes the concept of health literacy, referring to scientific research and indicating the elements of the health competencies crisis in European countries. It emphasizes the consequences of the insufficient/problematic level of health competencies for public health. Moreover, it underlines the importance of the process of socialization and health education in shaping health literacy.

**Key words:** health, health literacy, public health, health education

### Wprowadzenie

Zdrowie stanowi wartość, zasób indywidualny i społeczny, wchodzi w skład kultury danego społeczeństwa. Jest potencjałem związanym z dyspozycjami umożliwiającymi adaptacyjne i twórcze funkcjonowanie człowieka w określonym kontekście środowiskowym. Zdrowie odgrywa znaczącą rolę w realizacji potrzeb, celów życiowych, aspiracji, samorealizacji, a także w subiektywnej ocenie jakości życia. Służy osiągnięciu lepszej jakości życia, rozumianej jako sprawne funkcjonowanie do późnej starości, większej wydajności pracy, satysfakcji życiowej. Jak podkreśla się w dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie stanowi podstawowe prawo jednostki. Jest także zasobem społeczeństwa i gwarantuje jego rozwój społeczno-ekonomiczny, stanowiąc element kapitału społeczno-kul-

turowego<sup>1</sup>. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się i osiągać odpowiednią jakość życia. Analiza obecnej sytuacji zdrowotnej polskiego społeczeństwa, ze względu na wielość i szczegółowość informacji, wymaga oddzielnego opracowania, jednakże cel strategiczny i cele szczegółowe Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025<sup>2</sup> wskazują na wagę wielu problemów zdrowotnych w naszym kraju. Cel strategiczny polega na zwiększeniu liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszeniu nierówności w zdrowiu. Cele operacyjne dotyczą profilaktyki nadwagi i otyłości, profilaktyki uzależnień, promocji zdrowia i wyzwań demograficznych. W dokumencie tym czytamy:

Przy realizacji NPZ niezbędne jest uwzględnienie wpływu skutków zdrowotnych wywołanych przez epidemię COVID-19 na zdrowie populacji. Choroba ta przyczyniła się do największego kryzysu zdrowotnego w Rzeczypospolitej Polskiej po zakończeniu II wojny światowej. Z uwagi na jej specyfikę (niezależnie od konieczności nieustannego jej przeciwdziałania i zwalczania skutków) niezbędne jest zintensyfikowanie działań mających na celu promowanie zdrowia, ograniczanie narażenia na czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych. Epidemia COVID-19, nakładając się na epidemię przewlekłych chorób niezakaźnych, powoduje efekt negatywnej synergii. Tym bardziej istotna jest konieczność podjęcia kompleksowych, a także zgodnych z aktualną wiedzą naukową, interwencji w obszarze zdrowia publicznego, wszelkimi dostępnymi narzędziami<sup>3</sup>.

Podnoszenie poziomu kompetencji zdrowotnych (KZ) w społeczeństwie wpisuje się w założone cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. Ponadto, wiąże się z promocją zdrowia i jest ważnym procesem mającym znaczenie dla prowadzenia odpowiedniej polityki społecznej/zdrowotnej, ukierunkowanej na ograniczanie/zmniejszanie nierówności społecznych i nierówności w zdrowiu. Systematyczny pomiar kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie (różnych jego grupach i środowiskach) umożliwiłby wprowadzanie zmian dotyczących podnoszenia kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie z możliwością badania ich skuteczności<sup>4</sup>. Celem artykułu jest przybliżenie zagadnienia możliwości badania kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie oraz konsekwencji niskiego/ograniczonego/problematycznego ich poziomu dla zdrowia publicznego i podkreślenie znaczenia procesu socjalizacji i edukacji zdrowotnej dla kształtowania kompetencji zdrowotnych, zwłaszcza młodego pokolenia. Artykuł nie wyczerpuje przedmiotowego zagadnienia ze względu na szerokie i złożone uwarunkowania

<sup>1</sup> Zob. *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2017, s. 27-29.

<sup>2</sup> Dziennik Ustaw 2021, poz. 642 – Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 marca 2021 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.

<sup>3</sup> *Narodowy Program Zdrowia 2021-2025*.

<sup>4</sup> Zob. I. Kickbusch i in., *Health Literacy – the solid facts*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 2013, s. 19.

niskiego poziomu kompetencji zdrowotnych, a także ich nabywania/kształtowania, możliwości pomiaru w społeczeństwie oraz ich zmian po zastosowaniu określonych interwencji w społeczeństwie, dotyczących podnoszenia poziomu kompetencji zdrowotnych.

## Kompetencje zdrowotne (*Health Literacy*) - niektóre uwarunkowania

Pojęcie kompetencji bywa różnie definiowane, w zależności od obszaru przedmiotu badań danej dyscypliny i wykorzystania jego operacjonalizacji w badaniach naukowych. Ogólnie pod pojęciem kompetencji rozumie się możliwości i zdolności, które opierają się na wiedzy i doświadczeniu nabytych w procesie edukacji. Kompetencje to wiedza, umiejętności, postawy, wartości umożliwiające człowiekowi sprostanie różnym zadaniom/wyzwaniom życiowym<sup>5</sup>. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), kompetencje zdrowotne (*Health Literacy* – w dosłownym tłumaczeniu to alfabetyzm zdrowotny, używane jest także zamiennie jako określenie umiejętności zdrowotnych), to

wszystkie mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne, które oddziałują na motywację i możliwości jednostek do skutecznego uzyskiwania, przetwarzania i wykorzystywania informacji służących zachowaniu lub poprawie zdrowia<sup>6</sup>.

Alfabetyzm zdrowotny powiązany jest z ogólnym alfabetyzmem i oznacza

wiedzę, motywację i kompetencje ludzi niezbędne do zdobywania, zrozumienia, oceny i wykorzystania informacji dotyczących zdrowia. Dzięki temu ludzie mogą w codziennym życiu dokonywać oceny i podejmować decyzje dotyczące leczenia (opieki zdrowotnej), profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia pozwalające im utrzymać lub poprawić jakość życia we wszystkich jego okresach<sup>7</sup>.

Definicja kompetencji zdrowotnych (KZ) została opracowana w 2012 roku przez Europejskie Konsorcjum ds. Umiejętności Zdrowotnych<sup>8</sup>. Kompetencje

---

<sup>5</sup> I. Białecki, *Pojęcie kompetencji a polityka wobec edukacji i rynku pracy*, Nauka i Szkolnictwo Wyższe, 2016, 2(28); <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/nsw/article/view/4792> [dostęp: 30.04.2022], s. 97-107; zob. także np. M. Czerepaniak-Walczak, *Między dostosowaniem a zmianą: elementy emancypacyjnej teorii edukacji*, Szczecin 1994, s. 134.

<sup>6</sup> B. Niedorys i in., *Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010-2018*, Hygeia Public Health, 2019, 54(2), s. 105-113.

<sup>7</sup> Podają za: B. Woynarowska, *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, s. 101.

<sup>8</sup> I. Kickbusch i in., *Health Literacy – the solid facts*, s. 4

zdrowotne wiążą się ze zdrowiem w wielu kontekstach, to jest wiedzą dotyczącą wieloaspektowych uwarunkowań zdrowia akcentowanych w społeczno-ekologicznym modelu zdrowia, preferowanymi wartościami (miejscem zdrowia w hierarchii wartości jednostki), dokonywaniem wyborów sprzyjających zdrowiu (prozdrowotny styl życia), samoopieki zdrowotnej, współpracy (w razie choroby) z pracownikami instytucji ochrony zdrowia (np. lekarz, pielęgniarka, rehabilitant). Aby móc dokonywać w życiu codziennym wyborów prozdrowotnych, ważne są zdrowotne kompetencje informacyjne (ZKI), jako składowe kompetencje zdrowotnych, które definiuje się jako

zbiór umiejętności potrzebnych do zaakceptowania potrzeby informacji zdrowotnej, identyfikacji prawdopodobnych źródeł informacji i wykorzystania ich do pobrania odpowiednich informacji oraz jej zastosowania w określonej sytuacji; a także dokonania analizy zrozumienia oraz użycia tej informacji do podejmowania decyzji korzystnych dla zdrowia<sup>9</sup>.

Współcześnie miejscem poszukiwania informacji, także dotyczących zdrowia, jest Internet<sup>10</sup> oraz inne mass media<sup>11</sup>, które stanowią dla wielu jednostek i grup społecznych niekwestionowane źródło „prawdziwych/wiarygodnych” informacji, często niesprawdzonych naukowo, całkowicie lub częściowo nieprawdziwych, mających na celu wprowadzenie w błąd z wielu różnych powodów (np. ideologicznych, politycznych, korzyści finansowych), jak tak zwany *fake news*<sup>12</sup>. W czasie pandemii COVID-19 niektóre jednostki, a nawet grupy społeczne kwestionowały istnienie wirusa, konsekwencją czego było lekceważenie zaleceń medycznych pożądaných dla ochrony zdrowia własnego i innych (jak np. maseczki, szczepienia, dystans społeczny)<sup>13</sup>. Nawiązując do wcześniej cytowanej definicji kompetencji zdrowotnych, z jednej strony bardzo ważne są źródła informacji o zdrowiu, natomiast z drugiej –

<sup>9</sup> Podaję za: B. Niedźwiedzka, Z. Słońska, Y. Taran, *Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU)*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2012, 3, 10(8), s. 212-220.

<sup>10</sup> Liczba internautów w marcu 2022 roku wynosiła 29,9 mln osób, średnio dziennie korzystało 25,5 mln osób – gemius.pl/wszystkie-artykuly-aktualnosci-wyniki-badan-mediapol-za-marzec-2022 [dostęp:19.04.2022].

<sup>11</sup> Zob. np. E. Dobrowolska-Schlebusch, B. Niedźwiedzka, M. Nowak-Bończa, *Badania publicznych portali i serwisów internetowych w celu wskazania najlepszych praktyk w zakresie dostarczania informacji o zdrowiu i leczeniu – wstępne wyniki badań*, [w:] *Czas przemian – czas wyzwania: rola bibliotek i środków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*, red. J. Jasiewicz, E.B. Zybert, Warszawa 2014.

<sup>12</sup> Zob. np. K. Bąkiewicz, *Wprowadzenie do definicji i klasyfikacji zjawiska fake newsa*, *Studia Medioznawcze*, 2019, 3(78), s. 280-289.

<sup>13</sup> Zob. *Koronasceptycyzm, czyli kto nie wierzy w zagrożenie pandemią*, Komunikat z badań CBOS nr 158/2020; *Stosunek do szczepień przeciw COVID-19 i grypie*, Komunikat z badań CBOS,

umiejętność czytania (pisanie, liczenia) ze zrozumieniem danej informacji, jej przetworzenia i wykorzystania. W tym miejscu warto zasygnalizować zagadnienie będące przedmiotem badań, a związane z analfabetyzmem funkcjonalnym, polegającym na nierozumieniu tekstu czytanego mimo umiejętności czytania i pisanie, co przekłada się na nieumiejętność wykorzystania wiedzy/informacji w praktyce życia codziennego<sup>14</sup>. W publikacjach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podkreśla się, że umiejętność czytania i pisanie jest większym predyktorem stanu zdrowia danej osoby niż dochód, status zatrudnienia, poziom wykształcenia oraz grupa rasowa lub etniczna<sup>15</sup>. W literaturze przedmiotu wskazuje się na składowe kompetencji zdrowotnych, gdzie poza kompetencjami informacyjnymi (dotyczącymi m.in. znajomości źródeł informacji, umiejętności ich poszukiwania i oceny, przetwarzania oraz wykorzystania do określonej sytuacji) istnieją także kompetencje podstawowe (jak umiejętność czytania, pisanie, liczenia, podstawowa wiedza o zdrowiu i chorobie, znajomość terminologii zdrowotnej, wiedza o systemie opieki zdrowotnej), umiejętności poznawcze (rozumienie tekstów/pojęć, dokonywanie wyboru i podejmowanie decyzji, krytyczne myślenie, przewidywanie konsekwencji, rozwiązywanie problemów), kompetencje komunikacyjne (porozumiewanie się z pracownikami opieki zdrowotnej), kompetencje związane z korzystaniem z opieki zdrowotnej (znajomość praw, umiejętność korzystania z systemu opieki zdrowotnej)<sup>16</sup>. Należy podkreślić, że środowisko życia człowieka jest dla niego źródłem wielu różnych informacji, także informacji o zdrowiu. Toteż, środowisko jako źródło informacji było przedmiotem wielu badań, które mogą stanowić podstawę pewnych uogólnień, to jest, że granice przestrzenno-czasowe środowiska są zmienne, granica jest efektem informacji uzyskanych w wyniku interakcji z otoczeniem, środowiska obejmują informację zarówno informację peryferyjną jak i centralną, środowiska przekazują wiele informacji, z których nie wszystkie nadają się do przetworzenia, ponieważ część z nich powtarza się albo są one niejasne i/lub sprzeczne, jednostka jest częścią określonej sytuacji, w której następuje poznanie (informacja, doświadczenie), środowiska są zróżnicowane kulturowo i związane z kulturą

---

154/2020; *Polacy o szczepieniach przeciw COVID-19*, Komunikat z badań CBOS, 75/2021; a także: E. Wilk, *Wirus grypoty*, „Polityka”, 2020, 7 (9.02-15.02); A. Lusawa i in., *Nieprawdziwe informacje w zakresie szczepień ochronnych jako wyzwanie dla zdrowia publicznego*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2019, 17(1), s. 40-45; artykuł o pracach naukowych powstałych na podstawie sfałszowanych wyników badań, P. Rzymiski, *Życie po życiu*, „Polityka”, 2020, 7 (9.02.-15.02).

<sup>14</sup> Zob. np. A. Skudrzyk, *Czy zmierzchno kultury pisma? O synestezji i analfabetyzmie funkcjonalnym*, Katowice 2005; E. Przybylska, *Analfabetyzm funkcjonalny dorosłych jako problem społeczny, egzystencjalny i pedagogiczny*, Toruń 2014.

<sup>15</sup> I. Kickbusch i in., *Health Literacy – the solid facts*, s. 8.

<sup>16</sup> B. Niedźwiedzka, *Kompetencje informacyjne ważną składową kompetencji zdrowotnych*, [w:] *Czas przemian – czas wyzwań*, s. 330.

symboliczną oraz przypisywanymi im znaczeniami społecznymi i oczekiwaniami. Charakter i procesy zdobywania informacji, także tych o zdrowiu, są zróżnicowane, podobnie jak wybór informacji przez jednostkę oraz sposób ich przetwarzania i wykorzystania<sup>17</sup>. Należy także podkreślić znaczenie kompetencji społecznych dla kształtowania kompetencji zdrowotnych, przede wszystkim w związku z procesem socjalizacji (akulturacji). Socjalizacja jest „procesem przyswajania przez jednostkę wiedzy, umiejętności i dyspozycji, czyniących ją zdolną do życia w społeczeństwie”<sup>18</sup>. Współczesne nauki socjologiczne, jak również inne nauki społeczne akcentują, że istotnym warunkiem zaistnienia człowieka w świecie społecznym jest bycie wśród innych osób oraz ujawnianie przez niego możliwości i gotowości poddania się procesowi socjalizacji, dzięki któremu zajmują określone pozycje społeczne w strukturze społecznej, pełniąc wyznaczone kulturowo role społeczne. Jerzy Modrzewski kompetencję społeczną definiuje jako

cechę społecznie stanowioną, lecz oczekiwaną od uczestników życia społecznego, wzorowaną kulturowo, a indywidualnie modyfikowaną i ujawnianą przez osoby w doświadczanych biograficznie realiach i ideacyjnych sytuacjach społecznych<sup>19</sup>.

Odwołując się do dzieła Floriana Znanieckiego, należy podkreślić, iż

(...) żadna jednostka nie pełni swej roli samotnie, lecz w obrębie czy też wobec określonego kręgu innych osób, które muszą zaakceptować sposób pełnienia roli przez daną jednostkę. Pełnienie roli w ogóle jest możliwe i ma sens tylko w obrębie określonego kręgu społecznego<sup>20</sup>.

Proces socjalizacji decyduje o obecności i uczestnictwie społecznym jednostki, które może być analizowane w różnych aspektach/rodzajach owego uczestnictwa<sup>21</sup>. Oznacza to, że kompetencje zdrowotne kształtowane są w procesie socjalizacji, a kluczowe w tym procesie są warunki społeczno-kulturowe, które preferują (lub nie) wartość zdrowia, gwarantują (lub nie) dostęp do edukacji (także zdrowotnej). Istotne znaczenie w procesie socjalizacji ma tworzenie środowisk życia sprzyjających zdrowemu stylowi życia, zapewniających bezpieczeństwo egzystencjalne. WHO określa bezpieczeń-

<sup>17</sup> Por. D.J. Walmsley, G.J. Lewis, *Geografia człowieka. Podejście behawioralne*, Warszawa 1997, s. 77.

<sup>18</sup> M. Pacholski, A. Staboń, *Słownik pojęć socjologicznych*, Kraków 1997, s. 161.

<sup>19</sup> J. Modrzewski, *Podmiotowa kompetencja społeczna szansą uczestnictwa jednostki w strukturze społecznej*, 2022, s. 4 – wydruk komputerowy udostępniony przez Autora, który będzie opublikowany w najbliższych numerach czasopisma *Pedagogika Społeczna Nova*; zob. także: E. Hałas, *Floriana Znanieckiego idea uspołecznienia do altruizmu*, *Rocznik Pedagogiczny*, 2021, 44, s. 7-24.

<sup>20</sup> F. Znaniecki, *Nauki o kulturze*, Warszawa 1971, s. 202-203.

<sup>21</sup> Zob. J. Modrzewski, *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Poznań 2007.



stwo jako stan kontrolowania zagrożeń i uwarunkowań prowadzących do szkód psychicznych, fizycznych i materialnych celem zachowania zdrowia oraz dobrostanu jednostek i społeczności jako warunku codziennego życia dla jednostek i grup społecznych do realizacji swoich aspiracji<sup>22</sup>. Kompetencje zdrowotne są elementem/częścią kompetencji społecznych, kształtowanych w procesie socjalizacji. Proces ten jest zróżnicowany nie tylko środowiskowo, ale jego przebieg zależy od wielu zmiennych jednostkowych i społecznych. Socjalizacja zdrowotna stanowi zatem proces nabywania kompetencji zdrowotnych jednostek i grup społecznych, który aktualizuje się w określonych, sprzyjających zdrowiu, warunkach społeczno-kulturowych w zróżnicowanych środowiskach życia ludzi, której celem jest osiągnięcie i pomnażanie zdrowia oraz dobrostanu jednostek i społeczeństwa. Należy jednak podkreślić, że poziom kompetencji zdrowotnych zależy nie tylko od określonej struktury umiejętności jednostkowych, ale także od działań polityki zdrowotnej państwa, ukierunkowanej na podnoszenie KZ społeczeństwa jako ważnego czynnika determinującego zdrowie publiczne.

### **Kryzys kompetencji zdrowotnych - konsekwencje dla zdrowia publicznego**

Kryzys określany jest zwykle, przez różnych autorów, jako moment zwrotny, przełomowy, stanowiąc element płynnej rzeczywistości. Istnieją sytuacje wiążące się z wydarzeniami, które częściowo lub stale burzą równowagę w jakimś obszarze funkcjonowania ludzi, instytucji, społeczeństwa. Badania i analizy naukowe służą poznaniu/diagnozowaniu i przewidywaniu sytuacji kryzysowych, w celu wskazywania możliwości jego przezwyciężenia. Do badania kompetencji zdrowotnych służy wiele narzędzi, szczególnie analizowanych w literaturze przedmiotu<sup>23</sup>. W latach 2009-2012 w ośmiu krajach członkowskich Unii Europejskiej (Austrii, Bułgarii, Niemczech, Grecji, Irlandii, Hiszpanii, Holandii, Polsce) zrealizowano projekt badania kompetencji zdrowotnych European Health Literacy Survey (HLS-EU). W projekcie ze strony Polski jako główny partner uczestniczył Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego - Państwowy Instytut Badawczy<sup>24</sup> (współfinansowany przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyż-

<sup>22</sup> Podaję za: M. Malinowska-Cieślik, B. Woynarowska, *Edukacja do bezpieczeństwa*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Problemy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*, red. B. Woynarowska, Warszawa 2017, s. 395-397.

<sup>23</sup> Zob. np. E. Iwanowicz, „Health Literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, *Medycyna Pracy*, 2009, 60(5), s. 427-437.

<sup>24</sup> Obecna nazwa Instytutu - zob. [ikard.pl/najwazniejsze-osiegnienia-reader/realizacja-projektu-pt-european-health-literacy-surveyeu.html](http://ikard.pl/najwazniejsze-osiegnienia-reader/realizacja-projektu-pt-european-health-literacy-surveyeu.html)

szego). Celem projektu było przyczynienie się do dalszego rozwoju pojęcia kompetencji zdrowotnych, ukazanie ich przejawów w niektórych krajach Unii Europejskiej oraz analiza wpływu czynników społeczno-politycznych na kształtowanie KZ. Badaniom poddano populację 8000 respondentów (po 1000 osób z każdego kraju) za pomocą Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47), zawierającego 47 pozycji, mierząc kompetencje zdrowotne zgodnie z metodologią Eurobarometru. Badano cztery poziomy KZ: niewystarczający, problematyczny, wystarczający i doskonały. Utworzono wskaźnik ogólny, natomiast średnie wyniki różniły się między krajami. Najwyższy średni wynik uzyskała Holandia, a najniższy Bułgaria<sup>25</sup>. Dla Polski wyniki były następujące: 10,2% – poziom niewystarczający, 34,4% – problematyczny 35,9% – wystarczający, 19,5% – doskonały poziom KZ. Dodatkowo ustalono, że 12% ogółu badanych ma niewystarczające ogólne KZ, natomiast 35,0% – problematyczne. Niewystarczającą wiedzę zdrowotną posiada 2,0-27% populacji w wymienionych ośmiu krajach. Podkreślono ponadto, że niektóre grupy są bardziej podatne na zagrożenia (np. osoby o niskiej samoocenie statusu społecznego, niskim wykształceniu, gorszym stanie zdrowia, osoby starsze). Niski poziom alfabetyzacji zdrowotnej wykazuje wiele dzieci i młodzieży, a także dorosłych, ograniczone umiejętności pisanie i czytania istnieją nawet w krajach rozwiniętych gospodarczo, o silnych systemach edukacji<sup>26</sup>. Warto zauważyć, iż w Polsce podejmuje się badania kompetencji zdrowotnych w różnych grupach społecznych; między innymi przeprowadzono badania sondażowe na próbie reprezentatywnej (wywiad telefoniczny wspomagany komputerowo), wykorzystując skrócony formularz EU-Q16, składający się z 16 pytań. Celem tych badań była ocena czynników poprzedzających i konsekwencji ograniczonej świadomości zdrowotnej, określenie, w jakim stopniu KZ wpływają na akceptację i radzenie sobie z chorobą wśród osób z chorobami przewlekłymi<sup>27</sup>. Badania poziomu kompetencji zdrowotnych nie mają jednak strukturalnego ogólnospołecznego wymiaru. Dokonywanie mniej zdrowotnych wyborów, podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia, gorszy stan zdrowia, mniejsza samoopieka (samozarządzanie), większa hospitalizacja, choroby cywilizacyjne, przedwczesna śmierć, podatność na zagrożenia, niestosowanie się do zaleceń medycznych, większa zachorowalność, częstsze wypadki przy pracy, wysokie koszty opieki społecznej i medycznej to zaledwie niektóre konsekwencje niskiego/niewystar-

<sup>25</sup> Zob. K. Sorensen i in., *Health Literacy in Europe: comparative results of the European health literacy Survey (HLS-EU)*, *European Journal of Public Health*, 2015, 25, 6, s. 1053-1058.

<sup>26</sup> I. Kickbusch i in., *Health Literacy – the solid facts*, s. 19 i n.

<sup>27</sup> M. Duplaga, *Determinans and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17(2), 642, s. 1-13; zob także: B. Niedorys i in., *Kompetencje zdrowotne (Health Literacy)*, s. 105-113.



czającego/problematycznego poziomu kompetencji zdrowotnych dla zdrowia publicznego<sup>28</sup>. Zdrowie publiczne, różnie definiowane, współcześnie przyjmuje się, że tak zwane

nowe zdrowie publiczne to nauka i kompleksowe postępowanie zmierzające do zachowania i umacniania zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegające na naukowym rozpoznaniu stanu zdrowia i potrzeb zbiorowości oraz inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanych standardów zdrowia<sup>29</sup>.

W art. 2 Ustawy o zdrowiu publicznym zadania z dziedziny zdrowia publicznego określone są następująco:

monitorowanie i ocena zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia, edukacja zdrowotna (w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych), promocja zdrowia i profilaktyka chorób, działania w celu rozpoznawania i eliminowania lub ograniczania zagrożeń i skutków dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i edukacji i rekreacji, analiza adekwatności i efektywności świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpraca międzynarodowa w zakresie zdrowia publicznego, ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych, działania w zakresie aktywności fizycznej<sup>30</sup>.

Zadania te korespondują z koniecznością badania poziomu oraz kształtowania kompetencji zdrowotnych w różnych grupach społecznych i środowiskach. Wypracowanie systemowego projektu diagnozowania KZ, z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi badawczych umożliwiających porównywanie wyników badań wśród państw będących członkami Unii Europejskiej, umożliwiłoby ocenę poziomu KZ w społeczeństwie (różne grupy i społeczności), co stanowiłoby podstawę projektowania i realizacji działań wielosektorowych w praktyce społecznej.

## **Edukacja zdrowotna - konteksty kształtowania kompetencji zdrowotnych**

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji edukacji zdrowotnej. Na przykład, definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) określa edukację zdrowotną jako:

<sup>28</sup> Zob. I. Kickbusch i in., *Health Literacy – the solid facts*.

<sup>29</sup> J. Mazur, *Zdrowie publiczne i zdrowie globalne, [w:] Edukacja zdrowotna. Problemy teoretyczne*, s. 30.

<sup>30</sup> Dziennik Ustaw 2015, poz. 1916 – Ustawa z 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym.

świadome możliwości uczenia się, obejmujące różne formy komunikowania w celu zwiększenia alfabetyzmu zdrowotnego, wiedzy o zdrowiu i rozwijaniu umiejętności życiowych, które sprzyjają zdrowiu jednostki i społeczności; edukacja zdrowotna to nie tylko przekazywanie informacji, lecz także wzmacnianie motywacji, umiejętności, własnej skuteczności, niezbędnych do podejmowania działań na rzecz zdrowia<sup>31</sup>.

Definicja ta nawiązuje do kompetencji zdrowotnych, zwracając uwagę na wiedzę i umiejętności niezbędne w życiu, a związanych z codziennymi wyborami zdrowotnymi (prozdrowotnymi). Edukacja zdrowotna jest procesem całościowym, ale należy zaznaczyć, że realizowana w szkole stanowi ważne ogniwo zarówno w systemie oświaty i wychowania, jak i w systemie ochrony zdrowia (wg WHO, ochrona zdrowia łączy aktywności, których celem jest pomnażanie, odtwarzanie i utrzymywanie zdrowia). Teoretyczne podstawy koncepcji alfabetyzmu zdrowotnego młodzieży zaproponowali badacze fińscy w 2012 roku i wskazali na jego komponenty, do których zaliczyli: teoretyczną wiedzę o zdrowiu (m.in. znajomość podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem, znajomość zjawisk związanych ze zdrowiem); praktyczną wiedzę o zdrowiu (m.in. umiejętność stosowania zasad higieny i bezpieczeństwa, udzielania pierwszej pomocy, korzystania z opieki medycznej); krytyczne myślenie (m.in. zdolność do oceny i rozumienia prawidłowości informacji o zdrowiu); samoświadomość (m.in. zdolność do refleksji, ocena własnych uczuć i emocji, zdolność do uczenia się); obywatelskość (m.in. zdolność do brania społecznej odpowiedzialności za swoje zdrowie, znajomość praw i obowiązków, rozumienie konsekwencji swoich działań dla siebie i innych)<sup>32</sup>. W literaturze przedmiotu wskazuje się na cele edukacji zdrowotnej w kontekście poziomów kompetencji zdrowotnych/alfabetyzmu zdrowotnego, a są to: poziom funkcjonalny – przekazywanie informacji na temat zagrożeń dla zdrowia i korzystania z opieki zdrowotnej; interaktywny – rozwijanie indywidualnych umiejętności we wspierającym środowisku; krytyczny – upodmiotowienie jednostek i społeczności (przekazywanie wiedzy o społecznych i ekonomicznych uwarunkowaniach zdrowia oraz możliwościach zmian). Korzyści płynące z podnoszenia poziomu kompetencji zdrowotnych w procesie edukacji zdrowotnej są nie tylko jednostkowe (wiedza, umiejętności, postawy), ale mają one także wymiar korzyści dla społeczności/społeczeństwa, co wyraża się w zwiększonym udziale w różnych programach zdrowotnych (jak np. szczepienia, badania profilaktyczne), zwiększenie możliwości prozdrowotnego wpływu na innych (np. w rodzinie, grupie społecznej, zawodowej, środowisku lokalnym), zwiększenie możliwości wpływu na środowiskowe, społeczne

<sup>31</sup> B. Woynarowska, *Terminologia, cele i koncepcje*, s. 96.

<sup>32</sup> Podaję za: tamże, s. 101-102.

i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia<sup>33</sup>. W procesie edukacji zdrowotnej, zwłaszcza w systemie kształcenia ogólnego dzieci i młodzieży, poza przekazywaniem wiedzy o zdrowiu, jego uwarunkowaniach i zagrożeniach istotne jest kształtowanie umiejętności życiowych, które stanowią element nabywania/kształtowania kompetencji zdrowotnych<sup>34</sup>. Umiejętności te są niezbędne w radzeniu sobie w życiu codziennym, pozwalają dokonywać wyborów prozdrowotnych, poznawać siebie i swoje potrzeby w dziedzinie zdrowia oraz dbać o dobre relacje z innymi. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje na znaczenie kształtowania umiejętności życiowych, zwłaszcza wśród młodego pokolenia, klasyfikuje je jako umiejętności podstawowe i specyficzne. Umiejętności podstawowe w codziennym życiu umożliwiają dobre samopoczucie, dobre relacje z innymi oraz zachowania prozdrowotne (np. podejmowanie decyzji, krytyczne myślenie, radzenie sobie ze stresem i emocjami, umiejętności interpersonalne), umiejętności specyficzne w powiązaniu z umiejętnościami podstawowymi to radzenie sobie z zagrożeniami (np. asertywne radzenie sobie z presją rówieśników, nieuczestniczenie w aktach przemocy). Rozwijanie umiejętności życiowych w kontekście edukacji zdrowotnej dotyczy umiejętności komunikowania i interpersonalnych, podejmowania decyzji i krytycznego myślenia oraz umiejętności radzenia i kierowania sobą<sup>35</sup>. Należy zaznaczyć, że edukacja zdrowotna może być prowadzona w różnych środowiskach/społecznościach (np. środowisku lokalnym), instytucjach (np. szkoła, zakład pracy), w różnych grupach wiekowych (dzieci, młodzież, osoby aktywne zawodowo, seniorzy), w różnych grupach osób z problemami zdrowotnymi (np. osoby z niepełnosprawnością i/lub chorobami przewlekłymi). Jak już wspomniano, rozwijanie kompetencji społecznych w procesie kształtowania kompetencji zdrowotnych jest niezbędne. Komunikowanie się stanowi znaczący element procesów społecznych i co ważne – prawidłowe komunikowanie się (interpersonalne, intrapersonalne, medialne, publiczne, masowe) w procesie edukacji zdrowotnej odgrywa bardzo istotną rolę zwłaszcza w sytuacji przekazywania wiedzy i informacji<sup>36</sup>. Umiejętności życiowe są istotną składową kome-

<sup>33</sup> Tamże, s. 102-103.

<sup>34</sup> Zob. np. E. Syrek, *Edukacja zdrowotna w szkole podstawowej – zmodyfikowana formuła*, [w:] *Współczesne problemy pedagogiki. W kierunku integracji teorii z praktyką*, red. S.M. Kwiatkowski, Warszawa 2021; także, *W trosce o dobrostan psychospołeczny uczniów – edukacja, wsparcie społeczne, pomoc*, [w:] *Wspieranie jednostek i grup w różnych wymiarach życia społecznego*, red. M. Piorunek, J. Nawój-Połoczańska, A. Skowrońska-Pućka, Poznań 2021; *Szkoła i nauczyciel w obliczu zmian społecznych i edukacyjnych*, red. J.M. Łukasik, I. Nowosad, M.J. Szymański, Kraków 2021.

<sup>35</sup> M. Woynarowska-Sołdan, *Rozwijanie umiejętności życiowych*, [w:] *Edukacja zdrowotna*, s. 335-337.

<sup>36</sup> M. Cylkowska-Nowak, *Komunikowanie w procesie edukacji zdrowotnej*, [w:] Tamże, s. 171 i n.; *Dziennik Ustaw 2015, poz. 1916 – Ustawa z 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym*.

tencji zdrowych, poza wiedzą o zdrowiu i jego uwarunkowaniach. Należy wyraźnie zaznaczyć, iż edukacja zdrowotna w szkole (obecnie nie jest to oddzielny przedmiot) stanowi bardzo ważne ogniwo zarówno w systemie oświaty i wychowania, jak również ochrony zdrowia.

## Podsumowanie

Udokumentowane naukowo i statystycznie, a także sygnalizowane w mass mediach problemy oraz zagrożenia zdrowotne (środowiskowe i globalne), występujące we współczesnym społeczeństwie, dotyczą chorób cywilizacyjnych (jak np. nowotwory, cukrzyca, otyłość, depresja), niezdrowego stylu życia (m.in. małej aktywności fizycznej, niezdrowego odżywiania, uzależnień także behawioralnych, nadużywania suplementów diety), wypadków (w tym komunikacyjnych), ograniczonego dostępu do publicznej ochrony/opieki zdrowotnej, edukacji oraz informacji zdrowotnej, stanowią współcześnie alarmującą podstawę do podejmowania wysiłków i tworzenia warunków na rzecz poprawy zdrowia publicznego. Badanie kompetencji zdrowotnych w różnych grupach i społecznościach jest ważnym krokiem ukierunkowanym na projektowanie podnoszenia kompetencji i świadomości zdrowotnej społeczeństwa, a szczególnie młodego pokolenia. Kompetencje zdrowotne wiążą się nie tylko z promocją zdrowia, ale także polityką zdrowotną państwa, są elementem kapitału społecznego. Oczekiwane pozytywne zmiany będą zdecydowanie bardziej efektywne, jeżeli edukacja zdrowotna oraz tworzone warunki wielowymiarowej ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej będą stanowiły zintegrowany system sprzyjający realizacji zadań dotyczących zdrowia publicznego.

## BIBLIOGRAFIA

- Bąkowicz K., *Wprowadzenie do definicji i klasyfikacji zjawiska fake newsa*, *Studia Medioznawcze*, 2019, 3(78).
- Białecki I., *Pojęcie kompetencji a polityka wobec edukacji i rynku pracy*, *Nauka i Szkolnictwo Wyższe*, 2016, 2(28); <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/nsw/article/view/4792> [dostęp: 30.04.2022].
- Cylkowska-Nowak M., *Komunikowanie w procesie edukacji zdrowotnej*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
- Czas przemian – czas wyzwań: rola bibliotek i środków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*, red. J. Jasiewicz, E.B. Zybert, Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich, Warszawa 2014.
- Czerepaniak-Walczak M., *Między dostosowaniem a zmianą: elementy emancypacyjnej teorii edukacji*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 1994.

- Dobrowolska-Schlebusch E., Niedźwiedzka B., Nowak-Bończa M., *Badania publicznych portali i serwisów internetowych w celu wskazania najlepszych praktyk w zakresie dostarczania informacji o zdrowiu i leczeniu – wstępne wyniki badań*, [w:] *Czas przemian – czas wyzwań: rola bibliotek i środków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*, red. J. Jasiewicz, E.B. Zybert, Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich, Warszawa 2014.
- Duplaga M., *Determinans and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, 17(2), 642.
- Dziennik Ustaw 2015, poz. 1916 – Ustawa z 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym.
- Dziennik Ustaw 2021, poz. 642 – Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 marca 2021 roku w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025.
- Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
- Hałas E., *Floriana Znanięckiego idea uspołecznienia do altruizmu*, *Rocznik Pedagogiczny*, 2021, 44.
- Iwanowicz E., „Health Literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, *Medycyna Pracy*, 2009, 60(5).
- Kickbusch I., Pelikan J.M., Apfel F., Tsouros A.D., *Health Literacy – the solid facts*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 2013.
- Koronasceptycyzm, czyli kto nie wierzy w zagrożenie pandemią*, Komunikat z badań CBOS nr 158/2020.
- Lusawa A., Pinkas J., Zgliczyński W.S., Mazurek M., Wierzba W., *Nieprawdziwe informacje w zakresie szczepień ochronnych jako wyzwanie dla zdrowia publicznego*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2019, 17(1).
- Malinowska-Cieślak M., Woynarowska B., *Edukacja do bezpieczeństwa*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, red. B. Woynarowska Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
- Mazur J., *Zdrowie publiczne i zdrowie globalne*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, red. B. Woynarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
- Modrzewski J., *Socjalizacja i uczestnictwo społeczne. Studium socjopedagogiczne*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007.
- Modrzewski J., *Podmiotowa kompetencja społeczna szansą uczestnictwa jednostki w strukturze społecznej – wydruk komputerowy udostępniony przez Autora*, 2022.
- Narodowy Program Zdrowia 2021-2025*.
- Niedorys B., Chrzan-Rodak A., Bartoszek A., Ślusarska B., *Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010-2018*, *Hygeia Public Health*, 2019, 54(2).
- Niedźwiedzka B., *Kompetencje informacyjne ważną składową kompetencji zdrowotnych*, [w:] *Czas przemian – czas wyzwań: rola bibliotek i środków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*, red. J. Jasiewicz, E.B. Zybert, Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich, Warszawa 2014.
- Niedźwiedzka B., Słońska Z., Taran Y., *Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU)*, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2012, 3, 10(8).
- Pacholski M., Staboń A., *Słownik pojęć socjologicznych*, Wydawnictwo Uczelniane. Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 1997.
- Polacy o szczepieniach przeciw COVID-19*, Komunikat z badań CBOS, 75/2021.

- Przybylska E., *Analfabetyzm funkcjonalny dorosłych jako problem społeczny, egzystencjalny i pedagogiczny*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2014.
- Rzymyński P., *Życie po życiu*, „Polityka”, 2020, 7 (9.02.-15.02).
- Skudrzyk A., *Czy zmierzch kultury pisma? O synestezji i analfabetyzmie funkcjonalnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2005.
- Sorensen K., Pelikan J.M., Rothlin F. i inni, *Health Literacy in Europe: comparative results of the European health literacy Survey (HLS-EU)*, *European Journal of Public Health*, 2015, 25, 6.
- Stosunek do szczepień przeciw COVID-19 i grypie*, Komunikat z badań CBOS, 154/2020.
- Syrek E., *Edukacja zdrowotna w szkole podstawowej – zmodyfikowana formuła*, [w:] *Współczesne problemy pedagogiki. W kierunku integracji teorii z praktyką*, red. S.M. Kwiatkowski, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa 2021.
- Syrek E., *W trosce o dobrostan psychospołeczny uczniów – edukacja, wsparcie społeczne, pomoc*, [w:] *Wspieranie jednostek i grup w różnych wymiarach życia społecznego*, red. M. Piorunek, J. Nawój-Połoczańska, A. Skowrońska-Pućka, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2021.
- Szkola i nauczyciel w obliczu zmian społecznych i edukacyjnych*, red. J. M. Łukasik, I. Nowosad, M.J. Szymański, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2021.
- Walmsley D.J., Lewis G.J., *Geografia człowieka. Podejście behawioralne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Wilk E., *Wirus głupoty*, „Polityka”, 2020, 7 (9.02-15.02).
- Wojnarowska B., *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, red. B. Wojnarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
- Wojnarowska-Soldan M., *Rozwijanie umiejętności życiowych*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, red. B. Wojnarowska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.