

KARINA LEKSY

ORCID 0000-0001-5907-7836

*Uniwersytet Śląski w Katowicach*

JOANNA NAWÓJ-POŁOCHAŃSKA

ORCID 0000-0003-3248-8189

AGNIESZKA SKOWROŃSKA-PUĆKA

ORCID 0000-0001-8261-7116

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza  
w Poznaniu*

## **OCENA ALFABETYZMU ZDROWOTNEGO STUDENTÓW NA PODSTAWIE KWESTIONARIUSZA HEALTH LITERACY QUESTIONNAIRE (HLQ) – BADANIA WSTĘPNE**

**ABSTRACT.** Leksy Karina, Nawój-Połochańska Joanna, Skowrońska-Pućka Agnieszka, *Ocena alfabetyzmu zdrowotnego studentów na podstawie kwestionariusza Health Literacy Questionnaire (HLQ) – badania wstępne* [Assessment of University Students' Health Literacy Based on the Health Literacy Questionnaire (HLQ) – Preliminary Study]. Studia Edukacyjne no. 69, 2023, Poznań 2023, pp. 57-75. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. Data przesłania tekstu: 18.07.2023. Data przyjęcia tekstu do druku: 4.10.2023. DOI: 10.14746/se.2023.69.4

The World Health Organization defines health literacy as the cognitive and social skills that determine people's motivation and ability to gain access to, understand, and use information in ways that promote and maintain good health. Health literacy is closely linked to health behavior, health inequalities, and overall quality of life. It is also highly connected with health socialization and education in the home and school environment. Considering the importance of this concept, this study aims to preliminarily examine the university students' health literacy based on the Health Literacy Questionnaire (HLQ). The research was conducted from March to May 2023 among students of the Faculty of Social Sciences of the University of Silesia in Katowice and the Faculty of Educational Studies of Adam Mickiewicz University, Poznań. Research results have shown that, in general, the health literacy of surveyed students was high. The respondents found actively taking care of their health the hardest task. Simultaneously, most of them declared receiving social support in health. Monitoring the level of health literacy is crucial for providing important information about the needs of various groups in health awareness and contributes to undertaking educational activities in this area.

**Key words:** health; health literacy; Health Literacy Questionnaire; university students

## Wprowadzenie

Zdrowie jest jedną z podstawowych wartości w naszym życiu, będącą uosobieniem pełnego fizycznego, emocjonalnego i społecznego dobrostanu. Dobre zdrowie umożliwia nam czerpanie radości z życia, wykonywanie codziennych czynności i osiągnięcie celów – osobistych, zawodowych, czy społecznych. Wpływa więc na naszą jakość życia, relacje z innymi ludźmi i możliwości rozwoju. Dbając o zdrowie w wymiarze psychicznym, jak i fizycznym, nadajemy mu wartość, a doceniamy je starając się prowadzić zdrowy tryb życia, dbać o odpowiednią dietę, regularnie uprawiać sport, unikać nałogów i stresu. Wartość zdrowia oznacza również świadome podejmowanie decyzji, które mają wpływ na nasze zdrowie, a także odpowiedzialność, bowiem dbałość o zdrowie nie dotyczy tylko nas samych, ale również naszych bliskich i społeczności, w której żyjemy. Czy faktycznie warunek odpowiedzialności zostaje spełniony w czasach antropocenu, kiedy planeta jest coraz bardziej dewastowana, a nasze środowisko życia trudno nazwać czystym i sprzyjającym zachowaniu zdrowia?

W przygotowanej przez Natalię Hatałską tegorocznej *Mapie trendów* – w ramach kategorii Biologia technocentryczna zidentyfikowano trend, określany jako „*sickcare to healthcare*”. To swoista zmiana paradygmatu w kontekście zdrowia, odejście od reaktywności (czyli leczenia chorób) w kierunku prewencji, związanej z zachowaniem zdrowia, przeciwdziałaniem i zapobieganiem chorobom (Hatałska, 2023). Tradycyjnie, opieka zdrowotna skupiała się głównie na leczeniu chorób i reakcji na istniejące problemy zdrowotne. W ostatnich latach coraz większą uwagę poświęca się profilaktyce i promowaniu zdrowia. Pojęcie *sickcare* odnosi się do systemu opieki zdrowotnej, który skupia się na leczeniu chorób już po ich wystąpieniu. W takim podejściu, większość zasobów i wysiłków jest kierowana na udzielanie pomocy medycznej w przypadku choroby, a nie na zapobieganie jej, natomiast *healthcare* to podejście skupiające się na działaniach prewencyjnych i promowaniu zdrowia. W takim ujęciu, opieka zdrowotna obejmuje szeroki zakres działań, które mają na celu utrzymanie zdrowia i poprawę jakości życia. Wprowadza się programy profilaktyczne, edukację zdrowotną, zdrowy styl życia, regularne badania i kontrole, aby zapobiegać chorobom przed ich wystąpieniem. Przejście od *sickcare* do *healthcare* ma na celu poprawę kondycji zdrowotnej populacji i obniżenie kosztów związanych z leczeniem chorób. Dążenie do zdrowia i profilaktyka pomagają bowiem uniknąć wielu chorób i ich powikłań, co przekłada się na lepsze samopoczucie i jakość życia.

Zidentyfikowany trend koreluje z wynikami badania opinii publicznej na temat zdrowia, w świetle których systematycznie rośnie przekonanie o zna-

czeniu prozdrowotnego stylu życia. Odsetek osób dostrzegających symptomy dbałości Polaków o zdrowie wzrósł o 13 punktów procentowych (między rokiem 2012 a 2016), a w porównaniu z początkiem lat 90. XX wieku wzrósł ponad trzykrotnie (z 19% do 64%). Od 1993 roku odnotowano wzrost odsetka osób deklarujących dbałość o zdrowie o 27 punktów łącznie (CBOS, 2016). Ponadto, biorąc pod uwagę, że system wartości Polaków od lat jest systematycznie monitorowany, można zaobserwować, iż zdrowie utrzymuje się na szczycie listy, jako jedno z podstawowych dóbr cenionych przez nasze społeczeństwo. Blisko 60% badanych wskazuje na zachowanie zdrowia jako jedną z najważniejszych dla nich wartości. Wyżej cenimy jedynie szczęście rodzinne – niemal 80% wskazań (CBOS, 2016).

Możemy przyjąć, iż nadawanie znaczenia zdrowiu wyraża się poprzez dbałość o nie, poczucie odpowiedzialności za siebie i innych, szacunek dla różnorodności zdrowia oraz świadome podejmowanie decyzji, które mają pozytywny wpływ na nasz dobrostan. Rodzi się pytanie, w jaki sposób urzeczywistnimy tę ideę. W kontekście prowadzonych rozważań (i postawionego na wstępie pytania o dostrzeganie wpływu zanieczyszczeń środowiska naturalnego na zdrowie) interesujące wydaje się inne badanie opinii publicznej, w ramach którego zapytano Polaków o postawę wobec neutralności klimatycznej (Unia Europejska ma osiągnąć neutralność klimatyczną do 2050 roku – zgodnie z założeniami Europejskiego Zielonego Ładu).

W 2021 roku realizację tego celu w odniesieniu do Polski popierała blisko połowa badanych (48%, w tym 27% ogółu deklaroowało, że powinno to nastąpić jeszcze przed wyznaczoną datą). Obecnie osiągnięcie neutralności klimatycznej do roku 2050 popiera znacznie mniejszy odsetek respondentów (38%, w tym 21% chciałoby wcześniejszej realizacji tego celu) (CBOS, 2023, s. 1).

Przywołany wynik sondażu wskazuje na regres w myśleniu Polaków o roli alternatywnych źródeł energii względem tych „tradycyjnych”, opartych na spalaniu paliw kopalnych, które przyczyniają się do nadmiernej emisji CO<sub>2</sub> do atmosfery (a przypomnijmy, że rosnące stężenie CO<sub>2</sub> przyczynia się do powstawania efektu cieplarnianego, zakwaszania oceanów, zmian w ekosystemach roślin itd.).

Spadła akceptacja realizacji unijnych celów klimatycznych, przybyło zwolenników rozwoju energetyki węglowej w oparciu o krajowe zasoby węgla kamiennego (CBOS, 2023, s. 16).

Wyniki sondażu spójne są z wynikami międzynarodowego badania, przeprowadzonego tuż przed zeszłorocznym szczytem klimatycznym:

W skali światowej niepokój związany z kryzysem klimatycznym spadł w 2021 roku o 1,5 proc., do 48,7 proc. (Beldowicz, 2022).

Kondycja naszej planety słabnie, a wraz z nią znacząco obniża się nasz dobrostan, jednak zdajemy się nie dostrzegać korelacji między działaniem człowieka, zanieczyszczeniem środowiska a słabnącą kondycją zdrowotną naszego gatunku. Równocześnie zdrowie jest dla nas nieustająco wartością bezcenną...

Przyjęcie założenia, że można dbać o zdrowie w skażonym, zniszczonym i zanieczyszczonym środowisku naturalnym zdaje się stanowić perspektywę niezwykle krótkowzroczną i niespójną pod względem logicznym. Polacy zapytani, co w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia, wskazują na: właściwe odżywianie (48% wskazań), regularne wizyty u lekarza oraz unikanie sytuacji stresowych (po 30% wskazań), niepalenie papierosów (23%), regularne uprawianie gimnastyki (24%) oraz inne formy aktywności fizycznej, w tym spacer, wycieczki rowerowe i tym podobne (27%) (CBOS, 2023, s. 4). Można odnieść wrażenie, że w świadomości Polaków zdrowie funkcjonuje jako kategoria abstrakcyjna, która została wyekstrahowana z kontekstu kryzysu klimatycznego, zaniku bioróżnorodności, zmniejszania obszarów terenów zielonych względem technosfery i tak dalej. Chcemy żyć złudzeniem, że wciąż możemy zadbać o zdrowie, jeśli tylko wykażemy inicjatywę: pójdziemy do lekarza, wykonamy badania profilaktyczne, czy odbędziemy trening w klimatyzowanej sali siłowni. Takie pojedyncze, nieskorelowane z systemowym działaniem i myśleniem krytycznym działania mogą przynieść jedynie chwilową, doraźną poprawę samopoczucia. Dlatego, edukacja w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego, także w szerszym kontekście dbałości o dobrostan planety, zdaje się stanowić jedno z najważniejszych wyzwań XXI wieku.

Powyższe rozważania, jak i miniona pandemia koronawirusa potwierdzają potrzebę podnoszenia świadomości zdrowotnej społeczeństwa polskiego oraz dbałości o zdrowie<sup>1</sup> własne i innych. Jednocześnie, aby efektywnie dbać o zdrowie, niezbędne są kompetencje zdrowotne, które powinno nabywać się w toku wychowania i socjalizacji w rodzinie (por. Syrek, 2002, s. 56), jak również systematycznej edukacji zdrowotnej, realizowanej w instytucjach edukacyjnych (zob. np. Leksy, 2020). W ostatnich latach szczególnego znaczenia nabiera koncepcja edukacji zdrowotnej, ukierunkowanej na zwiększanie alfabetyzmu zdrowotnego (ang. *health literacy*)

<sup>1</sup> Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, zdrowie rozumiane jest jako stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności (Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986).

(Woynarowska, 2017, s. 100), rozumianego jako indywidualne, poznawcze i społeczne umiejętności determinujące zdolność ludzi do zdobywania, rozumienia i wykorzystywania informacji dotyczących promowania i utrzymania zdrowia (WHO, 1998). Warto podkreślić, że alfabetyzm zdrowotny jest uznawany za kluczowy czynnik determinujący zdolności jednostki do optymalnego „zarządzania” swoim zdrowiem, jak również możliwości systemu opieki zdrowotnej, mającego zapewniać równy dostęp do swoich usług (Osborne i in. 2013). Jednocześnie, liczne, prowadzone od wielu lat, ogólnoswiatowe badania wskazują, że niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego jest powiązany z szeregiem negatywnych konsekwencji dla zdrowia i zachowań zdrowotnych, szczególnie w kontekście radzenia sobie w sytuacji choroby. Przejawia się to na przykład w postaci nieprzestrzegania zaleceń dotyczących zażywania leków (Berkman i in., 2011), trudnościami w komunikacji z przedstawicielami służby zdrowia (Schillinger i in., 2004), niskim poziomem wiedzy o procesach chorobowych i mniejszych umiejętnościach samokontroli u osób z chorobami przewlekłymi (jak np. cukrzyca, choroby serca i zapalenie stawów) (Gazmararian i in., 2003). Przede wszystkim jednak, niski poziom alfabetyzmu zdrowotnego wiąże się ze zwiększoną hospitalizacją (Baker i in., 1998) i śmiertelnością (Peterson i in., 2006), niekorzystaniem z profilaktycznych świadczeń zdrowotnych (Scott i in., 2002), a także stanowi znaczący czynnik nierówności w zdrowiu i nierówności społecznych (Howard i in., 2006; Sentell, Halpin, 2006). Tymczasem, zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych przez międzynarodowe konsorcjum realizujące w latach 2009-2012 europejski projekt dotyczący alfabetyzmu zdrowotnego (*Health Literacy Project European* – HLS-EU), u niemal połowy respondentów pochodzących z 8 krajów europejskich zaobserwowano niski poziom kompetencji zdrowotnych (HLS-EU Consortium, 2012 za: Woynarowska, 2017, s. 100; por. Niedorys i in., 2019). Dane dotyczące polskiego społeczeństwa ujawniły, że 10,2% respondentów prezentowało „niedostateczny” poziom alfabetyzmu zdrowotnego, a 34,4% – poziom „problematyczny” (Sørensen i in., 2015). Z kolei, biorąc pod uwagę badania prowadzone w Polsce wśród osób w okresie wczesnej dorosłości (zgodnie z klasyfikacją E. Eriksona – osoby w wieku 18-35 lat (Brzezińska, 2014, s. 218)), dotyczące świadomości zdrowotnej, alfabetyzmu zdrowotnego, czy stosunku młodych ludzi do własnego zdrowia, wyniki nie są jednoznaczne. Na przykład, badania przeprowadzone wśród studentów przez Binkowską-Bury i innych (2010), których celem była ocena znaczenia wybranych czynników społeczno-demograficznych (płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, poziom wiedzy na temat zdrowia oraz orientacja życiowa w modyfikowaniu zachowań zdrowotnych), przepro-

wadzonych na próbie 521 studentów, pokazały, że niemal połowa respondentów (48,9%) charakteryzowała się niskim natężeniem zachowań zdrowotnych, a wśród 38,4% było ono na poziomie przeciętnym. Kobiety prezentowały wyższy poziom zachowań zdrowotnych. Warto podkreślić, że zgodnie z przytaczanymi wynikami badań, aż 48,6% respondentów charakteryzowała się niskim poziomem wiedzy na temat zdrowia. Zachowania zdrowotne studentów były w największym stopniu powiązane z poziomem poczucia koherencji, płcią i statusem materialnym (Binkowska-Bury i in., 2010). Z kolei, inne polskie badania, których celem była diagnoza alfabetyzmu zdrowotnego studentów ( $n = 260$ ) w zakresie pozyskiwania informacji zdrowotnych wykazały, że chociaż respondenci potrafili precyzyjnie określić zakres poszukiwanych informacji, to jednocześnie brakowało im umiejętności ich krytycznej oceny. Autorzy badań podkreślają, że umiejętność ta jest niezwykle istotna w podejmowaniu właściwych decyzji zdrowotnych (Kardialik i in., 2012). Warto także przytoczyć wyniki badań jakościowych z roku 2014, dotyczących przekonań i zachowań zdrowotnych młodych ludzi, przeprowadzonych wśród 30 osób w wieku od 20 do 37 lat. Na podstawie uzyskanych wyników badań stwierdzono, że badani byli przekonani o indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie oraz konieczności prowadzenia zdrowego stylu życia. Autorka badania oceniła, że respondenci wykazywali się wysoką świadomością zdrowotną i postrzegali zdrowie w sposób holistyczny. Jednocześnie, chociaż nie zawsze stosowali się do zasad zdrowego stylu życia, to

wykazywali się dużym krytycyzmem wobec własnych działań pro- i antyzdrowotnych, co interpretować można jako efekt zinternalizowanej normy dbania o zdrowie (Dzwonkowska-Godula, 2016).

Warto jednak zwrócić uwagę, że szczególnie ostatnie z przytoczonych badań były prowadzone na małej próbie i wyniki nie mogą być uogólniane na populację generalną.

Niedorys i inni (2019), dokonując przeglądu wyników badań dotyczących kompetencji zdrowotnych (HL) z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010-2018, doszli między innymi do wniosku, że większość analizowanych prac dotyczyła określenia poziomu alfabetyzmu zdrowotnego wśród społeczeństw różnych krajów, osób starszych lub z niskim poziomem wykształcenia. Brakuje natomiast badań dotyczących oceny HL wśród różnych grup respondentów w Polsce. Celem podjętych badań była wstępna ocena alfabetyzmu zdrowotnego studentów pierwszego roku studiów na podstawie Health Literacy Questionnaire (HLQ). W niniejszym artykule zostały zapre-

zentowane wyniki badań pilotażowych. Analizy te stanowią podstawę do przeprowadzenia szerzej zakrojonych badań, mających na celu określenie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego studentów w kontekście realizowanej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej edukacji zdrowotnej. Kwestia ta, choć w dużej mierze pomijana w analizach naukowych, jest niezwykle istotna z punktu widzenia profilaktyki pierwotnej/uniwersalnej oraz promocji zdrowia (zob. np. Ostaszewski, 2017, ss. 113-119). Wchodzący w dorosłość młody człowiek, „wyposażony” w rzetelną wiedzę i świadomość zdrowotną, będzie z większym prawdopodobieństwem dokonywał prozdrowotnych wyborów, a to z kolei pozwoli mu na zdrowe i produktywne życie w perspektywie długofalowej. W tym kontekście zdrowie staje się jednym z najważniejszych zasobów dla człowieka, jak i całego społeczeństwa (por. Woynarowska 2017, s. 29).

W związku z powyższym, pytaniem badawczym, które zostało postawione w prezentowanym artykule było: *Jaki jest alfabetyzm zdrowotny studentów na podstawie Health Literacy Questionnaire (HLQ)?*

## Metoda

Niniejsze badanie przeprowadzono jako badanie pilotażowe na potrzeby szerszego projektu badawczego, ukierunkowanego na zbadanie alfabetyzmu zdrowotnego studentów pierwszego roku studiów kierunków z obszaru nauk społecznych. Badania wstępne wykonano od marca do maja 2023 roku wśród studentów Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach oraz Wydziału Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. W tym celu wykorzystano internetową platformę LimeSurvey, a link do badania z zaproszeniem do wzięcia w nim udziału przesłano studentom za pośrednictwem systemu USOS. Dobór próby był celowy, a kryterium doboru stanowił rok studiów – studenci pierwszego roku studiów stacjonarnych. Taki dobór próby był podyktowany przeświadczeniem o potencjalnym wpływie niedawno ukończonej szkoły na poziom alfabetyzmu zdrowotnego oraz znaczeniem czasu dzielącego respondentów od ukończenia szkoły ponadpodstawowej (maksymalnie 2 lata), co w założeniu sprzyjało wierniejszemu odtworzeniu w pamięci szkolnych doświadczeń związanych z realizacją edukacji zdrowotnej.

Narzędzie badawcze składało się z dwóch zasadniczych części, które jednak mogą być analizowane oddzielnie. Część pierwszą stanowi standaryzowany kwestionariusz ankiety *Health Literacy Questionnaire (HLQ)*, część drugą – autorski kwestionariusz ankiety dotyczący realizacji edukacji zdrowotnej w szkole podstawowej i ponadpodstawowej w opinii i doświadczeniu

studentów. Wykorzystane w badaniach narzędzie obejmuje także metryczkę, która zawiera pytania o podstawowe dane demo-społeczne, studiowany kierunek studiów, typ/rodzaj ukończonej szkoły podstawowej i ponadpodstawowej. Jednocześnie, w niniejszym artykule przedstawiono wstępne wyniki odnoszące się do poziomu alfabetyzmu zdrowotnego (pierwsza część kwestionariusza).

Kwestionariusz do badania alfabetyzmu zdrowotnego *Health Literacy Questionnaire* (HLQ), opracowany przez R.H. Osborne'a i innych (2013), składa się z dwóch części i 9 podskal. W planowanych badaniach wykorzystano pierwszą część kwestionariusza zawierającą 5 podskal: (I) poczucie zrozumienia i wsparcia ze strony pracowników służby zdrowia; (II) posiadanie wystarczających informacji jak dbać o zdrowie; (III) aktywne dbanie o swoje zdrowie; (IV) wsparcie społeczne w kontekście zdrowia; (V) ocena informacji pochodzących z różnych źródeł dotyczących zdrowia. Każda podskala zawierała od 4 do 5 stwierdzeń, do których respondenci ustosunkowywali się na 4-punktowej skali – od 1 do 4 (od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zgadzam się”). Przykładowe stwierdzenia to: „Porównuję informacje na temat zdrowia pochodzące z różnych źródeł”; „Wiem, jak sprawdzić, czy otrzymywane przeze mnie informacje na temat zdrowia są prawdziwe”. Wynik każdej subskali obliczono jako średnią z czterech lub pięciu elementów składających się na dany wymiar. W związku z tym także wyniki HLQ zostały przedstawione za pomocą statystyk opisowych, jako wartości średnie i odchylenia standardowe. Ocena rzetelności poszczególnych 4 subskal polskiej wersji narzędzi była wystarczająca i wynosiła kolejno:  $\alpha = 0,87$  dla subskali I;  $\alpha = 0,82$  dla subskali II;  $\alpha = 0,86$  dla subskali III;  $\alpha = 0,35$  dla subskali IV. Ze względu na niski poziom rzetelności subskali V ( $\alpha = 67$ ), wyłączono pytanie 16 („Wiem, jak sprawdzić, czy otrzymywane przeze mnie informacje na temat zdrowia są prawdziwe”), otrzymując w ten sposób pożądany poziom rzetelności  $\alpha = 0,71$  (por. Bedyńska, Cypriańska, 2013, ss. 245-283). Analizy statystycznej dokonano z użyciem IBM SPSS wersja 28.0 dla Windows.

Badanie zostało zweryfikowane i zatwierdzone przez Komisję Etyki Badań Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach (nr opinii: KEUS354/03.2023).

## Wyniki badań własnych

W badaniu wstępnym wzięło udział 131 studentów, z czego większość stanowiły kobiety (86,5%). Pod względem miejsca pochodzenia, respondenci niemal po równo reprezentowali wieś (29,2%), małe miasta – do 50 tysięcy mieszkańców (27,8%), jak i miasta średniej wielkości – od 50 do 200 tysięcy

mieszkańców (27,8%). Większość badanych określiła swój status socjoekonomiczny jako średni (74,6%).

Analizując uzyskane w badaniu wstępnym dane, można stwierdzić, że alfabetyzm zdrowotny badanych studentów był wysoki. Wśród 5 subskal, najwyższe wyniki respondenci uzyskali w ramach podskali IV – wsparcie społeczne w aspekcie zdrowia (śr. 3,05; odch. stand. 0,68), najniższe z kolei w podskali III – aktywne dbanie o zdrowie (śr. 2,56; odch. stand. 0,76). Wyniki średnich wartości w pozostałych podskalach są podobne i wahają się od 2,63 do 2,79. Ogólnie zatem, badani studenci zgadzali się z większością stwierdzeń w ramach poszczególnych podskal, co sugeruje, że alfabetyzm zdrowotny badanych jest satysfakcjonujący. Warto dodać, że w subiektywnej ocenie 91,2% studentów posiadają oni „dobrą wiedzę w zakresie zdrowia”, chociaż respondenci podzielili się niemal po równo w ocenie tego, czy posiadają pełną wiedzę odnośnie sposobu zadbania o własne zdrowie.

Bardzo duży odsetek badanych zadeklarował otrzymywanie wsparcia społecznego w kontekście ich zdrowia. Aż 94,6% studentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że *„Jest co najmniej jedna osoba, która może pójść ze mną na wizytę lekarską”*, a 92,4% z nich – że są w ich otoczeniu osoby, do których mogą zwrócić się po zrozumienie i wsparcie. Respondenci deklarowali także obecność w ich otoczeniu wielu osób, na których mogą polegać w sytuacji potrzeby pomocy (8,1%), jak również mają duże wsparcie ze strony rodziny i przyjaciół (91,5%). W porównaniu z podskalą IV, respondenci byli mniej zgodni z odniesieniem do stwierdzeń składających się na wymiar III, dotyczący aktywnego dbania o zdrowie. Optymistyczny wydaje się jednak fakt, że ponad 60% badanych wyznacza sobie własne cele zdrowotne i podejmuje regularnie rozmaite aktywności w celu poprawy swojego zdrowia. Ponadto, równo po 50,0% respondentów zgodziło się i nie zgodziło ze stwierdzeniem, iż przeznacza dużo czasu na świadome zajmowanie się swoim zdrowiem, a aż 53,7% studentów potwierdziło, że znajduje czas na dbanie o zdrowie, pomimo innych zajęć.

Korzystne wyniki badań uzyskano w zakresie oceny informacji odnoszących się do zdrowia (subskala V). Dane te wstępnie wskazują, że studenci wykazują krytyczny stosunek do informacji dotyczących zdrowia. Większość z nich zadeklarowała, że porównuje informacje na temat zdrowia pochodzące z różnych źródeł (81,1%) i sprawdza, czy nowe informacje na temat zdrowia są prawdziwe (67,5%). Stwierdzeniem, z którym większość badanych się nie zgodziła (61,0%) było pytanie o zasięganie opinii pracowników opieki zdrowotnej o jakość znalezionych informacji na temat zdrowia – tabela 1.

Tabela 1

Częstości i średnie wartości dla stwierdzeń  
w ramach poszczególnych podskal HLQ

| Nr-<br>pod-<br>skali | Średnia<br>(odch.<br>stand.)<br>dla sub-<br>skali | Stwierdzenie                                                                                        | Nr<br>pytania | Zdecydowa-<br>nie się<br>nie zgadzam /<br>Nie zgadzam<br>się<br>(%) <sup>a</sup> | Zdecydo-<br>wanie się<br>zgadzam /<br>Zgadzam się<br>(%) <sup>b</sup> |
|----------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| I                    | 2, 63<br>(0,95)                                   | Co najmniej jeden pracownik opieki zdrowotnej dobrze mnie zna.                                      | 2             | 50,0                                                                             | 50,0                                                                  |
|                      |                                                   | Co najmniej z jednym pracownikiem opieki zdrowotnej mogę omówić moje problemy zdrowotne.            | 8             | 35,6                                                                             | <b>64,4</b>                                                           |
|                      |                                                   | Znam takich pracowników opieki zdrowotnej, którzy w razie potrzeby pomogą mi ustalić, co mam robić. | 17            | 37,1                                                                             | <b>62,9</b>                                                           |
|                      |                                                   | Mogę polegać na co najmniej jednym pracowniku opieki zdrowotnej.                                    | 22            | 29,8                                                                             | <b>70,2</b>                                                           |
| II                   | 2,74<br>(0,71)                                    | Uważam, że mam dobrą wiedzę w zakresie zdrowia.                                                     | 1             | 8,8                                                                              | <b>91,2</b>                                                           |
|                      |                                                   | Mam dostateczną wiedzę, aby radzić sobie z własnymi problemami zdrowotnymi                          | 10            | 36,8                                                                             | <b>63,2</b>                                                           |
|                      |                                                   | Jestem pewny/a, że mam pełną wiedzę potrzebną do właściwego zajęcia się swoim zdrowiem.             | 14            | 51,3                                                                             | 48,7                                                                  |
|                      |                                                   | Mam pełną wiedzę potrzebną do zadbaania o swoje zdrowie.                                            | 23            | 48,6                                                                             | 51,4                                                                  |
| III                  | 2,56<br>(0,76)                                    | Przeznaczam sporo czasu na świadome zajmowanie się swoim zdrowiem.                                  | 6             | 50,0                                                                             | 50,0                                                                  |
|                      |                                                   | Planuję, co muszę zrobić, aby być jak najzdrowszym/najzdrowszą                                      | 9             | 52,7                                                                             | 47,3                                                                  |
|                      |                                                   | Pomimo innych zajęć, znajduję czas na dbanie o zdrowie.                                             | 13            | 46,3                                                                             | 53,7                                                                  |
|                      |                                                   | Wyznaczam sobie własne cele dotyczące zdrowia.                                                      | 18            | 38,6                                                                             | 61,4                                                                  |
|                      |                                                   | Są rzeczy, które robię regularnie, żeby poprawić swoje zdrowie.                                     | 21            | 36,0                                                                             | 64,0                                                                  |

|    |                |                                                                                                       |    |             |             |
|----|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|-------------|
| IV | 3,05<br>(0,68) | W moim otoczeniu znajduje się kilka osób, do których mogę zwrócić się po zrozumienie i wsparcie.      | 3  | 7,6         | <b>92,4</b> |
|    |                | Kiedy źle się czuję, ludzie wokół mnie naprawdę rozumieją, przez co przechodzę.                       | 5  | 40,0        | <b>60,0</b> |
|    |                | Kiedy potrzebuję pomocy, jest wiele osób, na których mogę polegać.                                    | 11 | 33,9        | <b>81,1</b> |
|    |                | Jest co najmniej jedna osoba, która może pójść ze mną na wizytę lekarską.                             | 15 | 15,4        | <b>94,6</b> |
|    |                | Mam duże wsparcie ze strony rodziny lub przyjaciół.                                                   | 19 | 18,5        | <b>81,5</b> |
| V  | 2,79<br>(0,71) | Porównuję informacje na temat zdrowia pochodzące z różnych źródeł.                                    | 4  | 18,9        | <b>81,1</b> |
|    |                | Kiedy widzę nowe informacje na temat zdrowia, sprawdzam, czy są prawdziwe.                            | 7  | 32,5        | <b>67,5</b> |
|    |                | Zawsze porównuję informacje na temat zdrowia z różnych źródeł i decyduję, co jest dla mnie najlepsze. | 12 | 29,3        | <b>70,7</b> |
|    |                | Pytam pracowników opieki zdrowotnej o jakość znalezionych przeze mnie informacji na temat zdrowia.    | 20 | <b>61,0</b> | 39,0        |

Źródło: badania własne; <sup>a</sup> – podane odsetki stanowią sumę wskazań: „Zdecydowanie się nie zgadzam/ Nie zgadzam się”; <sup>b</sup> – podane odsetki stanowią sumę wskazań: „Zdecydowanie się zgadzam/ Zgadzam się”; n = 131.

Biorąc pod uwagę statystyki opisowe, uwzględniające wybrane zmienne demo-społeczne (płeć; miejsce pochodzenia; status socjoekonomiczny), otrzymane wyniki nie są jednoznaczne, co może wynikać z niewielkiej liczebności próby badawczej. Jednakże, wstępnie uzyskane dane sugerują, że mężczyźni częściej zgadzali się ze stwierdzeniami zawartymi w podskalach I i II, z kolei kobiety – w podskalach III i IV, oraz – nieco częściej – w ramach podskali V. Szczególnie duże różnice w otrzymanych średnich wartościach pomiędzy kobietami i mężczyznami są widoczne w ramach podskal II oraz III i IV. Uzyskane dane sugerują, że mężczyźni częściej oceniają, iż posiadają wystarczający zasób wiedzy na temat dbania o zdrowie, z kolei kobiety – w większym stopniu aktywnie dbają o własne zdrowie oraz otrzymują wsparcie społeczne

w kontekście zdrowia. W odniesieniu do miejsca pochodzenia, uzyskane dane sugerują, że wyższy alfabetyzm zdrowotny prezentują studenci pochodzący ze wsi oraz małych miast (do 50 tys. mieszkańców). Natomiast, na podstawie wyników obrazujących duże zróżnicowanie średnich wartości dla poszczególnych subskał, można przypuszczać, że status socjoekonomiczny nie ma znaczenia dla alfabetyzmu zdrowotnego badanych studentów – tabela 2.

Tabela 2

Statystyki opisowe dla subskał I-V  
w zależności od wybranych zmiennych demo-społecznych

| Zmienna niezależna      | Rozróżnienie                               | Subskala I                | Subskala II               | Subskala III              | Subskala IV               | Subskala V                |
|-------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
|                         |                                            | średnia<br>(odch. stand.) | średnia<br>(odch. stand.) | średnia<br>(odch. stand.) | średnia<br>(odch. stand.) | średnia<br>(odch. stand.) |
| Płeć                    | kobieta                                    | 2,88<br>(0,87)            | 2,48<br>(0,33)            | 2,35<br>(0,75)            | 3,04<br>(0,66)            | 2,77<br>(0,68)            |
|                         | mężczyzna                                  | 3,13<br>(0,88)            | 3,88<br>(0,17)            | 1,80<br>(0,84)            | 2,30<br>(0,14)            | 2,57<br>(0,91)            |
| Miejsce pochodzenia     | wieś                                       | 2,93<br>(0,55)            | 2,64<br>(0,37)            | 2,77<br>(0,75)            | 3,46<br>(0,41)            | 2,87<br>(0,75)            |
|                         | małe miasto – do 50 tys. mieszkańców       | 3,88<br>(0,17)            | 3,25<br>(1,06)            | 1,10<br>(0,14)            | 3,00<br>(0,84)            | 2,46<br>(0,70)            |
|                         | miasto 50-200 tys. mieszkańców             | 2,80<br>(0,85)            | 2,70<br>(0,62)            | 2,24<br>(0,29)            | 2,48<br>(0,22)            | 2,84<br>(0,52)            |
|                         | duże miasto – powyżej 200 tys. mieszkańców | 2,42<br>(1,42)            | 2,17<br>(0,14)            | 2,00<br>(0,60)            | 2,53<br>(0,94)            | 2,75<br>(0,85)            |
| Status socjoekonomiczny | poniżej średniej                           | 2,75<br>(1,14)            | 2,83<br>(0,80)            | 1,73<br>(0,70)            | 2,73<br>(0,75)            | 3,13<br>(0,54)            |
|                         | średni                                     | 2,98<br>(0,82)            | 2,65<br>(0,55)            | 2,33<br>(0,77)            | 2,95<br>(0,70)            | 2,66<br>(0,72)            |
|                         | powyżej średniej                           | 2,75<br>(1,06)            | 2,38<br>(0,17)            | 2,80<br>(0,28)            | 3,30<br>(0,42)            | 2,86<br>(0,67)            |
|                         | znacznie powyżej średniej                  | brak wskazań              | brak wskazań              | brak wskazań              | brak wskazań              | brak wskazań              |

Źródło: badania własne; n = 131.

## Dyskusja wyników

Celem niniejszych badań pilotażowych była wstępna ocena alfabetyzmu zdrowotnego studentów pierwszego roku nauk społecznych, z wykorzystaniem standaryzowanego kwestionariusza HLQ. Biorąc pod uwagę nieliczne badania prowadzone na gruncie polskim dotyczące alfabetyzmu zdrowotnego wśród rozmaitych grup społecznych, uwzględniających rozmaite czynniki demospołeczne, jak również proces socjalizacji i edukacji zdrowotnej, niniejszy artykuł jest przyczynkiem do podjęcia dalszych, pogłębionych badań i analiz w tej dziedzinie.

Wstępne wyniki uzyskane w badaniu pilotażowym wykazały, że ogólnie samoocena badanych studentów w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego jest wysoka. Wynik ten można wiązać z większym zainteresowaniem kwestiami zdrowia w społeczeństwie, modą na zdrowy tryb życia, jak również ideologią *healthismu*. Pojęcie *healthismu* – tłumaczone jako „kult zdrowia”, a nawet jako „obsesja zdrowia” – zakłada, że zdrowie jest możliwe do osiągnięcia poprzez samodyscyplinę i wysiłek, koncentrując się na doskonaleniu, jak też ochronie ciała oraz kształtowaniu masy i rozmiarów ciała (Woynarowska, 2017, s. 90). W tym ujęciu to ciało – jego wygląd i sprawność – jest wskaźnikiem zdrowia (zob. np. Leksy, 2015). Powoduje to, że niniejsze zjawisko jest często postrzegane negatywnie. Negatywne konotacje związane z *healthismem* wiążą się także z założeniem, głoszącym o indywidualnej odpowiedzialności człowieka za jego zdrowie, przy pomijaniu czynników społecznych i ekonomicznych, które niejednokrotnie uniemożliwiają realizację zasad zdrowego stylu życia. Warto także dodać, że wśród determinantów prozdrowotnego trybu życia znajdują się także socjalizacja i edukacja, w tym obecność, zakres i sposób realizacji edukacji zdrowotnej w szkole. Odnosząc się do wyników badań własnych, trudno zatem ocenić, jaka motywacja przyświecała respondentom do zgłębiania kwestii związanych ze zdrowiem. Czy była ona wynikiem rzetelnej socjalizacji i edukacji zdrowotnej w domu i szkole, czy też w pierwszej kolejności wiązała się z zainteresowaniem wyglądem ciała?

W obliczu uzyskanych wyników, warto przywołać badania jakościowe, przeprowadzone przez K. Dzwonkowską-Godulę (2016) na grupie młodych dorosłych, wskazujące, że ich świadomość zdrowotna była wysoka, a zdrowie traktowane przez badanych holistycznie. Autorka przytaczanych badań przypuszcza, że jest to związane ze – wspomnianą powyżej – socjalizacją młodych respondentów, przebiegającą w dobie

kształtowania się socjoekologicznego modelu zdrowia, eksponującego styl życia jednostki i jej życiowe wybory jako determinanty kondycji psychofizycznej (K. Dzwonkowska-Godula, 2016, s. 43).

Ponadto, pokolenie to – w większym lub mniejszym stopniu – było poddawane edukacji zdrowotnej w szkołach, co także przejawia się w ich postawach wobec spraw związanych ze zdrowiem. Nie bez znaczenia jest tu także poziom wykształcenia. W prezentowanych badaniach własnych udział wzięli studenci pierwszego roku studiów, co z jednej strony świadczy o wyższej niż przeciętna wiedzy ogólnej, ale także sprzyja – na co zwraca także uwagę przywoływana autorka

wyższemu alfabetyzmowi zdrowotnemu, wiążącemu się z wysokim poziomem świadomości zdrowotnej oraz autokreacyjną postawą wobec własnego zdrowia (K. Dzwonkowska-Godula, 2016, ss. 43-44).

Należy podkreślić, że badani najwyżej ocenili uzyskiwane wsparcie społeczne w aspekcie własnego zdrowia. To bardzo optymistyczne, bowiem gwarancją zachowania dobrego zdrowia, co akcentują znawcy problematyki,

jest nie tylko przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków czy dbania o suplementację, ale także dobre funkcjonowanie w społeczeństwie i otrzymywanie oraz udzielanie wsparcia społecznego. Wsparcie, w szczególności emocjonalne, dostarczane przez otoczenie, bezpośrednio wpływa na stan zdrowia (...). Pełni ono niezwykle istotną rolę w zachowaniu zdrowia, ochronie przed zapadaniem na choroby, wiąże się z wyższą skutecznością działań na rzecz zdrowia (Rafa, Czyżowska, 2020, s. 88).

Warto zauważyć, jak wskazują A. Głębocka i M. Szarzyńska, iż osoby oceniające swoje relacje z innymi jako satysfakcjonujące, uznają swoje zdrowie jako lepsze, ale też charakteryzują się większym zaangażowaniem, jeśli chodzi o dbałość o własny dobrostan (Głębocka, Szarzyńska, 2005). Wsparcie społeczne lub jego brak, na co zwracają uwagę Rafa i Czyżowska, najczęściej analizowane jest w weryfikacjach empirycznych jako czynnik, który „sam w sobie może wpłynąć na pojawienie się problemów zdrowotnych albo ich brak” (Rafa, Czyżowska, 2020, s. 91). W kontekście wsparcia społecznego i zdrowia warto także dokonać rozróżnienia między wsparciem społecznym spostrzeganym a wsparciem otrzymywanym. Wsparcie społeczne otrzymywane rozumieć należy jako pomoc, która w rzeczywistości została udzielona w postaci konkretnych zachowań i działań, jakie zostały podjęte na rzecz osoby by wsparcia potrzebującej. Wsparcie społeczne spostrzegane oznacza pomoc,

której jest do dyspozycji osoba potrzebującej jej. Oznacza, że osoba żywi przekonanie i ma przeświadczenie, że w swojej sieci społecznej zawsze znajdzie osoby, do których może zwrócić się o pomoc w trudnej sytuacji (Rafa, Czyżowska, 2020, s. 91).

Działania wspierające będą zatem tym bardziej skuteczne, im mniejszy będzie rozdzźwięk między wsparciem oczekiwanym a otrzymywanym (Sęk, 2004).

Zgodnie z deklaracjami respondentów, najtrudniejsze dla nich jest aktywne dbanie o swoje zdrowie, co zauważają także inni badacze zajmujący się omawianą problematyką. Zdaniem A. Zalewskiej-Meller, młodzi dorośli często traktują zdrowie jako produkt, który można kupić. To przekonanie, jej zdaniem, rodzi bierność, bezrefleksyjność oraz brak motywacji sprzyjającej jego utrzymaniu i podejmowaniu działań służących jego wzmocnieniu (Zalewska-Meller, 2009). Podobne wnioski, będące wynikiem prowadzonych weryfikacji empirycznych, przedstawia B. Zięba-Kołodziej, wskazując, iż młodzi ludzie mimo posiadania wiedzy na temat zdrowia, czy zachowań prozdrowotnych nie zawsze stosują ją w praktyce. „Można nawet zaryzykować stwierdzenie, że łatwiej jest o zdrowiu mówić, niż zdrowo żyć” (Zięba-Kołodziej, 2012, s. 322). Wspomniana autorka wskazuje na brak spójności pomiędzy wiedzą (w omawianym przypadku uczniów szkół ponadgimnazjalnych) na temat zdrowia i świadomością zdrowych zachowań a codziennymi działaniami, w których troska o zdrowie nie zawsze znajduje wyraz w działaniach praktycznych. Jej zdaniem,

niska motywacja do podejmowania zachowań „ku zdrowiu” może być efektem słabo rozwiniętych nawyków, co uznać należy za następstwo niewłaściwego wychowania, zwłaszcza w domu rodzinnym oraz za przejaw niepowodzenia dotychczasowej edukacji zdrowotnej w szkole (Zięba-Kołodziej, 2012, s. 332).

Postawy wobec zdrowia mają więc, jak wskazują znawcy problematyki, bardziej wartościujący, aniżeli behawioralny charakter, o czym zdecydowanie świadczy brak spójności pomiędzy deklarowaną przez biorących udział w badaniach wartością zdrowia i wiedzą na temat zachowań prozdrowotnych *vs* antyzdrowotnych a podejmowanymi przez nich konkretnymi działaniami sprzyjającymi zdrowiu. Badacze zjawiska podkreślają istotną rolę znaczenia „poczucia sprawstwa” w przypadku prezentowanej kwestii, wskazując, iż pozytywnie wpływa ono nie tylko na przetwarzanie informacji, formułowanie celów, ale także aktywną realizację zamierzonych, prozdrowotnych celów, będących przejawem wyznawanych wartości. Potwierdza to, że kształtowanie i wzmocnianie kompetencji społecznych, w tym tych związanych ze zdrowiem, mogłoby pozytywnie wpłynąć na poprawę w zakresie indywidualnej, praktycznej działalności i zaangażowania w obszarze zdrowia (zob. Kościelak, 2010).

Badani studenci deklarowali, że informacje dotyczące zdrowia oceniają krytycznie, a znacząca większość badanych porównuje, jak również sprawdza wiadomości na ten temat. W obliczu problemu infodemii (zob. np. Vrdelja i in., 2021) oraz powszechnej dezinformacji (zob. np. Pérez-Escobar i in., 2023) wynik ten należy uznać za obiecujący. Przywołując zaproponowane przez Nutbeama (2000) poziomy alfabetyzmu zdrowotnego: podstawowy/funkcjonalny; komunikacyjny/interaktywny oraz krytyczny, badani studenci

wykazali się bliżsi najbardziej pożądanemu poziomowi, jakim jest alfabetyzm krytyczny. Ten rodzaj alfabetyzmu jest wykorzystywany do krytycznej analizy informacji i dzięki temu „wywierania większej kontroli nad wydarzeniami i sytuacjami życiowymi” (Nutbeam, 2000). Przynosi on korzyści zarówno na poziomie indywidualnym, poprzez zwiększanie odporności jednostek na niekorzystne czynniki społeczno-środowiskowe, jak i społecznym – przez zwiększanie upodmiotowienia społeczności w kontekście zdrowia i jego determinantów (Nutbeam, 2000).

W kontekście wybranych zmiennych demo-społecznych (płeć; miejsce pochodzenia; status socjoekonomiczny), otrzymane wyniki nie są jednoznaczne, co wymaga dalszych analiz badawczych. Warto jednak zwrócić uwagę, że szczególnie płeć może być czynnikiem różnicującym wyniki w poszczególnych podskalach alfabetyzmu zdrowotnego. Podobnie, rezultaty badań pochodzące z międzynarodowego projektu studenckiego HLQ wykazały przeciwstawne wyniki w odniesieniu do płci i wyników uzyskanych na skali HLQ (Vamos i in., 2016; Zhang i in., 2016). Z kolei, w badaniach Elsborg i innych (2017), dotyczących alfabetyzmu zdrowotnego duńskich studentów z wykorzystaniem HLQ, nie stwierdzono zasadniczych różnic w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego w zależności od płci. Tylko w obrębie podskali IV – Wsparcie społeczne w aspekcie zdrowia – studentki uzyskały wyższe noty aniżeli studenci, podobnie jak w przypadku prezentowanych w niniejszym artykule wyników badań własnych. Należy jednak podkreślić, że różnice społeczno-kulturowe, jak również dotyczące systemów edukacyjnych powodują, że niemożliwe jest porównywanie otrzymanych wyników badań w skali międzynarodowej.

## Ograniczenia

Przedstawione wyniki badań należy interpretować przez pryzmat istotnych ograniczeń. Przede wszystkim, prezentowane dane pochodzą z badań pilotażowych, w których niewielka próba badawcza nie pozwoliła na uchwycenie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi i formułowania ogólnych wniosków z badań. Ponadto, badani dokonywali samooceny i trudno zweryfikować rzeczywisty poziom alfabetyzmu zdrowotnego respondentów. Należy także podkreślić, że osobami badanymi byli studenci, a więc można założyć, że ich wiedza, świadomość i kompetencje zdrowotne mogą różnić się (być większe?) aniżeli ich rówieśników. Dlatego, wyników badań nie należy rozpatrywać jako odnoszących się do „badanych osób w okresie wczesnej dorosłości”, ale do „badanych studentów kierunków społecznych”. Niezależnie od powyższych ograniczeń, zaprezentowane wyniki badań wstępnych stanowią przyczynek do dalszych, pogłębionych analiz w zakresie alfabetyzmu zdrowotnego młodych ludzi oraz jego determinantów.

## **Konkluzje**

Alfabetyzm zdrowotny, szczególnie w kontekście rozumienia i wykorzystywania informacji odnoszących się do zdrowia, w znaczącym stopniu warunkuje zachowania zdrowotne oraz nierówności w zdrowiu społeczeństwa. Dlatego, niezwykle ważne jest monitorowanie poziomu alfabetyzmu zdrowotnego, które dostarczy istotnych informacji na temat potrzeb w zakresie wiedzy i świadomości zdrowotnej różnych grup społecznych. Nie ulega wątpliwości, że interwencje i inicjatywy mające na celu poprawę zachowań zdrowotnych (a dzięki temu zdrowia całej populacji) okażą się bardziej skuteczne, jeśli będą oparte na rzetelnych danych odnoszących się do świadomości zdrowotnej danej populacji.

### **Wkład autorów**

Autorzy deklarują następujący wkład w organizację badań i powstanie pracy: K.L. 50%, J.N-P. 25%, A. S-P. 25%. Wszystkie autorki przeczytały i zgodziły się na opublikowaną wersję manuskryptu.

## REFERENCES

## Opracowania

- Baker, D.W., Parker, R.M., Williams, M.V., Clark, W.S. (1998). *Health literacy and the risk of hospital admission*. J Gen Intern Med., 13(12), 791-798
- Bedyńska, S., Cypryańska, M. (2013). *Zaawansowane metody tworzenia wskaźników – eksploracyjna analiza czynnikowa i testowanie rzetelności skali*. W: S. Bedyńska, M. Cypryańska (red.), *Statystyczny drogowskaz. Praktyczne wprowadzenie do wnioskowania statystycznego*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie SEDNO
- Beldowicz, A. (2022). *Kryzys klimatyczny przestaje być problemem*. „Rzeczpospolita”, 21.10.2022
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. (2011). *Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review*. Ann Intern Med., 155(2), 97-107
- Binkowska-Bury, M., Kruk, W., Szymanska, J., Marc, M., Penar-Zadarko, B., Wdowiak, L. (2010). *Psychosocial factors and health-related behavior among students from South-East Poland*. Ann Agric Environ Med. 17(1), 107-113
- Brzezińska, A. (2014). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
- Dzwonkowska-Godula, K. (2016). *Stosunek młodych ludzi do własnego zdrowia a ideologia Healthismu*. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica, 58
- Elsborg, L., Krossdal, F., Kayser, L. (2017). *Health literacy among Danish university students enrolled in health-related study programmes*. Scandinavian Journal of Public Health, 45(8), 831-838
- Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Peel, J., Baker, D.W. (2003). *Health literacy and knowledge of chronic disease*. Patient Educ Couns, 51(3), 267-275
- Głębocka, A., Szarzyńska M. (2005). *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*. Gerontologia Polska, 13(4), 255-259
- Hatańska, N. (2022). *Wpływ trendów na cele zrównoważonego rozwoju*. Gdańsk: Infuture Institute
- Howard, D.H., Sentell, T.L., Gazmararian, J.A. (2006). *Impact of Health Literacy on Socio-economic and Racial Differences in Health in an Elderly Population*. J Gen Intern Med., 21, 857-861
- Kościelak, R. (2010). *Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności z zdrowiu i chorobie*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Leksy, K. (2015). *Ciało w kulturze wizualnej: wybrane konteksty*. Chowanna, 2, 185-198
- Leksy, K. (2020). *Młodzież we współczesnej przestrzeni społeczno-kulturowej. Wybrane aspekty zdrowotne i pedagogiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Difin
- Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promotion International, 15(3), 259-267
- Osborne, R.H., Batterham, R.W., Elsworth, G.R., Hawkins M., Buchbinder R. (2013). *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. BMC Public Health, 13, 658
- Ostaszewski, K. (2017). *Edukacja zdrowotna w profilaktyce chorób i zachowań ryzykownych dla zdrowia*. W: B. Woynarowska (red.): *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka* (113-119). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Ottawa Charter for Health Promotion. (1986). WHO, Geneva
- Pérez-Escobar, M., Lilleker, D., Tapia-Frade, A. (2023). *A Systematic Literature Review of the Phenomenon of Disinformation and Misinformation*. Media and Communication, 11(2)

- Peterson, P.N., Shetterly, S.M., Clarke, C.L., Allen, L.A., Matlock, D.D., Magid, D.J., Masoudi, F.A. (2009). *Low Health Literacy is Associated With Increased Risk of Mortality in Patients With Heart Failure*. *Circulation*, 120(18), S749
- Postawy wobec transformacji energetycznej*. (2023), 30. Warszawa: CBOS
- Rafa, G., Czyżkowska, D. (2020). *Kontrola zdrowia a wsparcie społeczne i satysfakcja z życia w okresie późnej dorosłości*. *Psychologia Rozwojowa*, 25, 2, 97-106
- Schillinger, D., Bindman, A., Wang, F., Stewart, A., Piette, J. (2004). *Functional health literacy and the quality of physician-patient communication among diabetes patients*. *Patient Educ Couns*, 52(3), 315-323
- Scott, T.L., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Baker, D.W. (2002). *Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization*. *Medical Care*, 40(5), 395-404
- Sentell, T.L., Halpin, H.A. (2006). *Importance of adult literacy in understanding health disparities*. *J Gen Intern Med.*, 21(8), 862-866
- Sęk, H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., et al. (2015). *Health literacy in Europe: Comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU)*. *Eur. J. Public Health*, 25(6), 1053-1058
- Syrek, E. (2002). *Reprodukcja kulturowa a socjalizacja zdrowotna*. W: Z. Żukowska, R. Żukowski (red.), *Zdrowie i sport w edukacji globalnej*. Warszawa: Katedra Nauk Humanistycznych AWF w Warszawie i Wydawnictwo Estrella
- Vamos, S., Yeung, P., Bruckermann, T., et al. (2016). *Exploring health literacy profiles of Texas University students*. *Health Behav Policy Rev.*, 3, 209-225
- Vrdelja, M., Vrbovšek, S., Klopčič, V., Dadaczynski, K., Okan, O. (2021). *Facing the Growing COVID-19 Infodemic: Digital Health Literacy and Information-Seeking Behaviour of University Students in Slovenia*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 8507
- Woynarowska, B. (2017). *Dbłość ludzi o zdrowie*. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka* (85-91). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Woynarowska, B. (2017). *Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej*. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka* (93-105). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Woynarowska, B. (2017). *Zdrowie jako wartość i zasób dla jednostki oraz zasób dla społeczeństwa*. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka* (27-29). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Zalewska-Meller, A. (2009). *(Nie)obecne kategorie w obszarze zdrowia człowieka*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls
- Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*. (2016), 138. Warszawa: CBOS
- Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., et al. (2016). *Exploring health literacy in medical university students of Chongqing, China: A cross-sectional study*. *PlosOne*, 11
- Zięba-Kołodziej, B. (2012). *Na marginesie zdrowia czyli o zachowaniach zdrowotnych młodzieży szkół ponadgimnazjalnych*. *Nowiny Lekarskie*, 81, 4, 330-336

## Źródła internetowe

- Health Promotion Glossary*, (1998). Health promotion glossary (who.int) [dostęp: 22 maj 2023]

- HLS-EU Consortium (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU members states*. The European Health Literacy Survey HLS-EU. <http://www.health-literacy.eu> [dostęp: 14 luty 2015]
- Kardialik, K., Olejniczak, D., Religioni, U. (2012). Wykorzystanie umiejętności odczytywania (postrzegania) zdrowia przez studentów w procesie pozyskiwania informacji o chorobach. *Hygeia Public Health*, 47(1), 89-94. [hyg-2012-1-089.pdf \(h-ph.pl\)](#) [dostęp: 22.05.2023]
- Niedorys, B., Chrzan-Rodak, A., Bartoszek, A., Ślusarska, B. (2019). Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010-2018. *Hygeia Public Health*, 54(2), 105-113. [hyg-2019-2-105.pdf \(h-ph.pl\)](#) [dostęp: 22.05.2023]