

Ewa Kosycarz

Kolegium Ekonomiczno-Społeczne
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Krystyna Walendowicz

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny
im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem

Świadomość zdrowotna jako kluczowy determinant stanu zdrowia społeczeństwa

Streszczenie

Od lat 70. ubiegłego wieku coraz większą uwagę poświęca się modelowi budowania świadomości zdrowotnej ludzi. Istnieje wiele koncepcji i definicji świadomości zdrowotnej (ang. *health literacy*) oraz modeli pomiaru wielkości tego pojęcia. Podejmowane są również próby porównywania poziomów świadomości zdrowotnej społeczeństw w różnych krajach. Celem poniższego artykułu jest przybliżenie pojęcia świadomości zdrowotnej pacjenta oraz pokazanie na przykładzie dostępnych autorom opracowania analiz, jaki jest poziom świadomości zdrowotnej wśród polskiego społeczeństwa oraz jakie instrumenty mogą być wykorzystywane do zwiększania tego poziomu. Jak pokazują wyniki analiz przeprowadzonych na materiale zgromadzonym podczas realizacji programu „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego” oraz badań ankietowych przeprowadzonych w ramach programu „Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU”, w społeczeństwie polskim systematycznie wzrasta świadomość zdrowotna.

Słowa kluczowe: świadomość zdrowotna (ang. *health literacy*), profilaktyka, choroby cywilizacyjne, wydatki publiczne na ochronę zdrowia

Kody klasyfikacji JEL: I100, I120, I180

1. Wprowadzenie

Health literacy to pojęcie wprowadzone w latach 70. XX w., które ma coraz większe znaczenie w dziedzinie zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej. Zajmuje się zdolnościami ludzi, pożądanymi w procesie zapewnienia zdrowia sobie i bliskim, w nowoczesnym społeczeństwie.

Jednym z obszerniejszych badań, analizujących pojęcie *health literacy* jest opracowanie *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, w którym zespół K. Sørensen przeprowadził dogłębną analizę literatury światowej w celu usystematyzowania tego pojęcia. Na podstawie 17 definicji stosowanych w międzynarodowej literaturze przedmiotu wyróżniono cechy wspólne i sformułowano następującą definicję:

*Health literacy jest powiązana z umiejętnością czytania i pisania oraz obejmuje wiedzę, motywację i kompetencje ludzi w zakresie dostępu, zrozumienia, oceny i stosowania informacji o stanie zdrowia, w celu wydawania ocen i podejmowania decyzji w życiu codziennym dotyczących opieki zdrowotnej, zapobiegania chorobom i promocji zdrowia*¹.

Autorki niniejszej publikacji, posługując się pojęciem *health literacy*, opierają się na definicji zaproponowanej przez I. Kickbusch i D. Maag. Zgodnie z ich podejściem, *health literacy* jest zdolnością do podejmowania decyzji dotyczących zdrowia w kontekście życia codziennego – w domu, w społeczności, w miejscu pracy, w systemie opieki zdrowotnej, na rynku i na arenie politycznej. W ich ujęciu jest to upodmiotowienie konsumenta usług medycznych (ang. *empowerment*) mające na celu zwiększenie kontroli ludzi nad ich zdrowiem, ich zdolności do wyszukiwania informacji i ich zdolności do bycia odpowiedzialnym za własne zdrowie².

Health literacy nie ma jednoznacznego tłumaczenia na język polski. Autorki niniejszej publikacji proponują tłumaczyć pojęcie *health literacy* jako świadomość zdrowotną. Mają przy tym wiedzę, że pojęcie *health literacy* występuje w literaturze przedmiotu w różnych ujęciach, od bardzo wąskich po szerokie, od bardzo podstawowych, jak czytanie ze zrozumieniem wskazań lekarskich, po bardzo złożone, które opisuje wpływ jednostki na procesy kształtowania zachowań społecznych w ochronie zdrowia. Proponowane tłumaczenie ma na celu wyrażenie szerszego znaczenia pojęcia *health literacy*, jako zdolności jednostki do podejmowania indywidualnych decyzji zdrowotnych oraz wpływania na decyzje kolektywne, dotyczące programów zdrowotnych bądź też szerzej, systemu ochrony zdrowia.

W polskiej literaturze *health literacy* jest niekiedy tłumaczone, jako „kompetencje zdrowotne”, „funkcjonalna wiedza zdrowotna”, „alfabetyzacja zdrowotna” czy „odczytywanie zdrowia”³.

¹ K. Sørensen, S. Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, H. Brand, *Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models*, „BMC Public Health” 2012, 12, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>, data dostępu 18.11.2017.

² I. Kickbusch, D. Maag, *Health Literacy*, w: *International Encyclopedia of Public Health*, red. K. Heggenhougen, S. Quah, „Academic Press” 2008, vol. 3, s. 204–211.

³ D. Cianciara, *Ocena struktury oraz użyteczności informacji zawartych w materiałach reklamujących produkty lecznicze dostępne bez recepty z perspektywy nowego zdrowia publicznego* [rozprawa habilitacyjna], Państwowy

Pojęcie *health literacy* pojawia się w literaturze często w odniesieniu do jednostek, do zachowań i zdolności do analizy oraz podejmowania decyzji przez pojedyncze osoby. Jednak można też spotkać szersze spojrzenie, gdzie tematem rozważań jest świadomość zdrowotna społeczeństwa⁴. S. Ratzan wiąże świadomość zdrowotną z kapitałem ludzkim. Przekonuje, że ludzie o wyższym poziomie świadomości zdrowotnej żyją dłużej i więcej inwestują w swoją oraz swoich najbliższych wiedzę i rozwój. Co przekłada się na większą produktywność na rynku pracy oraz na rzadsze korzystanie z usług systemu ochrony zdrowia⁵.

W literaturze światowej istnieje tysiące badań i opracowań poświęconych pojęciu *health literacy*. W dzisiejszym świecie staje się ono niezmiernie ważne, bo jak wskazują wyniki prac T. McKeowna, J.B. McKinley, S.M. McKinley i N.S. Kannela, postęp medycyny ma mniejszy wpływ na przeciętną długość życia ludzkiego niż czynniki środowiskowe, a wśród nich także te, które można określić jako elementy stylu życia⁶. Natomiast styl życia w dużej mierze związany jest ze świadomością zdrowotną ludzi.

A. Ostrowska, odwołując się do badań J. Siegrist i W.C. Cockerham, wskazuje, że przy istotności posiadania odpowiednich środków materialnych, wykształcenie jest najsilniejszym pojedynczym predyktorem stanu zdrowia⁷.

Health literacy, rozumiana w najprostszym ujęciu jako poziom wykształcenia, ma już ogromny wpływ na stan i długość życia. Jak pokazują wynik badań dla rynku amerykańskiego, poziom wykształcenia sprzyja wydłużeniu życia średnio o 5 lat (rysunek 1). Ma też ogromny wpływ na zdrowie małych członków rodziny (rysunek 2).

Zakład Higieny, Warszawa 2006; B. Bik, L. Przewoźniak, *Historia profesji promotora (edukatora) zdrowia*, w: *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W. Brodniak, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tyczyn 2005; B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008; J.B. Karski, *Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia*, CeDeWu, Warszawa 2003, za: E. Iwanowicz, „*Health literacy*” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, „*Medycyna Pracy*” 2009, 60(5), s. 427–437, <http://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2011/05/HEALTH-LITERACY.pdf>, data dostępu 23.11.2017.

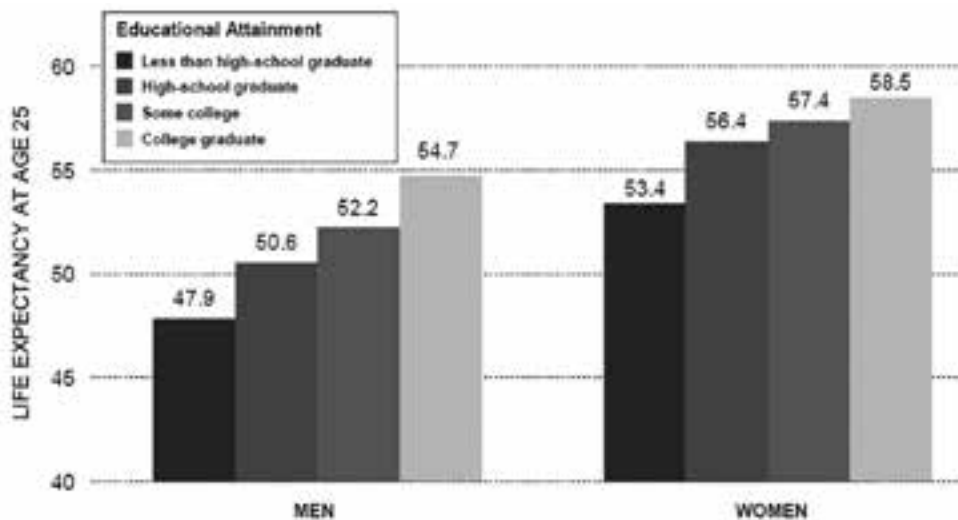
⁴ D. Nutbeam, *Health Literacy as a Public Goal: A Challenge for Contemporary Health Education And Communication Strategies into the 21st Century*, „*Health Promotion International*” 2000, 15(3), s. 259–267, https://watermark.silverchair.com/150259.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKA-c485ysgAAAaswggGnBgkqhkiG9w0BBwagggGYMIIIBIABADCCAY0GCSqGSIb3DQEHAATAeBgIghkgBZQME-AS4wEQQMnHE4ZhQPIAzhWBPIAgEQgIIBXmu7n5lafUR7lynQTW4XZl4XpkD5i_zVbPZZVYq7W5XZa-N408YYoVvKxjQUI5wNslMupUtz0ENu_p07DHEBi5e7Vyj7MIg36h4sLgam-PXl9i9-bbJ0Est4Cuj5BY7FY-Am6ggvsDtQE-wanUJ76bhOoSel3LpXMmWsRL-fGREv6sDOBSCjXqzG1Jymw-BOpEI1BxwcDSNIAL-CjG8MBL3__t8qU_OMvaWbHtqZZsFmYIV369-yNuX2-dKC7X_FTN9oBARggzLZ3KhoReKazBfWcmE-z1XNdbHQ3IF2HKcYqWQqbCXBe0Eq9pBvngL8neufyxO7sEkzgfMCS18oqSjAfDA9_Hsxocy3VyEd8y5Xq99F-FTXR5tdRpUZMwFwXbmNSI-TF7XCem4P8dLhW3lnl8S6lgehds8jLakrYOHnSIEaQFCG-3gailJ_qQV4U-L2Ayscu8HmLlla29oaTWgH7K, dostęp 4.12.2017.

⁵ S. Ratzan, *Health literacy: communication for the public good*, „*Health Promotion International*” 2001, 16(2), s. 207–214, za: K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, H. Brand, *Health literacy...*, op.cit., s. 8.

⁶ Za: A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 13.

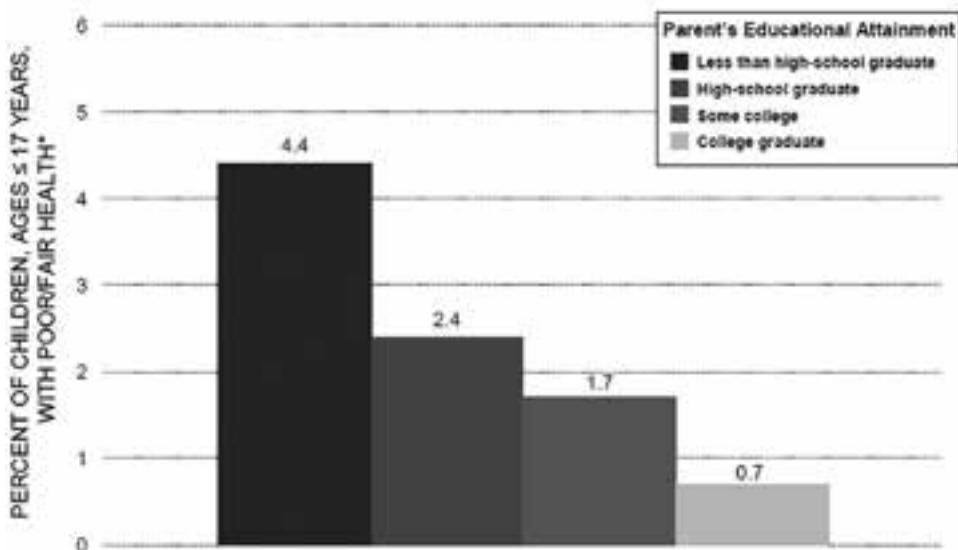
⁷ *Ibidem*, s. 127.

Rysunek 1. Zależność poziomu wykształcenia i oczekiwanej długości życia wyznaczonej w 25. roku życia



Źródło: Robert Wood Johnson Foundation, Exploring the Social Determinants of Health Education and Health – April 2011, https://health.wyo.gov/wp-content/uploads/2016/02/43-11376_sdohtseries2011education.pdf, data dostępu 22.11.2017, s. 2.

Rysunek 2. Odsetek dzieci poniżej 17. roku życia z problemami zdrowotnymi



Źródło: jak pod rys. 1, s. 3.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie pojęcia *health literacy* i pokazanie, na podstawie dostępnych autorkom materiałów, poziomu świadomości zdrowotnej polskiego społeczeństwa.

2. Metody

Przeprowadzone badania opierają się na badaniu literatury światowej poświęconej świadomości zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem jej determinant oraz konsekwencji. Analizą objęto również raporty oceniające poziom świadomości zdrowotnej w różnych państwach.

Został także szczegółowo przeanalizowany zrealizowany przez Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem program „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego”. Program jest przykładem rozwijania się świadomości zdrowotnej wśród mieszkańców subregionu podhalańskiego. Analizie został poddany proces inicjacji programu, zachowania uczestników programu w trakcie i po zakończeniu programu. Przeanalizowano również wyniki biochemiczne uczestników programu przed i po zakończeniu programu. W ten sposób można było dokonać analizy samej świadomości zdrowotnej, ale również zaobserwować, jak wzrastająca świadomość przekłada się na lepszy stan zdrowia społeczeństwa i w konsekwencji, jaki może być wpływ zwiększającej się świadomości zdrowotnej na długofalowe koszty finansowe i społeczne. Program nie był prowadzony jako badanie do niniejszego artykułu. Jednak poczynione w nim obserwacje pozwoliły na zaprezentowanie wyników programu jako przykładu wzrastającej świadomości zdrowotnej i pozytywnych skutków zdrowotnych związanych z prawidłowym stylem życia.

3. Rezultaty

Determinantami świadomości zdrowotnej obywateli są: czynniki demograficzne oraz czynniki społeczno-kulturowe, jak status społeczny, zatrudnienie, poziom dochodów, wykonywany zawód, istniejące instrumenty pomocy społecznej, kultura i język. Jak również związane bliżej z jednostką, czyli osobiste doświadczenia z chorobą, doświadczenia indywidualne z systemem ochrony zdrowia, cechy indywidualne osoby, jak: wiek, płeć, rasa, poziom ogólnego wykształcenia, a w tym np. zdolności analityczne. Wpływ na świadomość zdrowotną osób młodocianych mają rodzice i znajomi⁸. D. Nutbeam zaznacza, że na poziom świadomości zdrowotnej wpływ mają też działania promujące wiedzę i zachowania prozdrowotne⁹.

Liczne badania naukowe potwierdzają, że wysoki poziom świadomości zdrowotnej skraca czas pobytu w szpitalu, zmniejsza częstotliwość korzystania ze świadczeń medycznych oraz zmniejsza koszty leczenia¹⁰.

⁸ K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, H. Brand, *Health Literacy...*, op.cit., s. 7.

⁹ D. Nutbeam, *Health Literacy...*, op.cit.

¹⁰ R.S. Rasu, W.A. Bawa, R. Suminski, K. Snella, B. Warady, *Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure*, „International Journal of Health Policy and Management” 2015, 4(11), s. 747–755, doi:

Częstotliwość korzystania ze świadczeń medycznych nie jest jednak jednoznacznie powiązana z poziomem świadomości zdrowotnej, choć większość badań na nią wskazuje¹¹. Na przykład badania przeprowadzone przez M. Terraneo¹² oraz zespół: A.L. Fitzpatrick, N.R. Powe, L.S. Cooper, D.G. Ives, J.A. Robbins¹³ wskazują, że ubożsi, starsi ludzie, którzy zazwyczaj mają większe potrzeby zdrowotne niż ich rówieśnicy o większych zasobach finansowych rzadziej korzystają ze świadczeń medycznych. Wspomniane wyniki badań potwierdzają spostrzeżenia zawarte w opracowaniu *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review*, że niektóre czynniki, takie jak ubóstwo, bardzo silnie oddziałują na częstotliwość korzystania ze świadczeń zdrowotnych (zmniejszają ją) i jednocześnie statystycznie powiązane są z niską świadomością zdrowotną (która to zwiększa wykorzystanie hospitalizacji)¹⁴. Zależność pomiędzy poziomem świadomości zdrowotnej a częstotliwością korzystania ze świadczeń zdrowotnych jest zależna od typu świadczenia. Przykładowo, niższa świadomość zdrowotna była związana z częstszym odwiedzaniem oddziałów ratunkowych i częstszymi hospitalizacjami. Natomiast osoby o niższej świadomości zdrowotnej mniej korzystają z badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy (za pomocą testu Pap) i raka piersi (mammografia). U takich grup obserwuje się niższą immunizację przeciw grypie¹⁵.

Badania wykazują również związek pomiędzy ryzykiem śmierci osób starszych i poziomem świadomości zdrowotnej. Niższy poziom świadomości powiązany jest z większym ryzykiem¹⁶.

Przytoczone wyniki badań, potwierdzających uzależnienie częstotliwości korzystania ze świadczeń medycznych od poziomu świadomości zdrowotnej, dają przesłankę, aby przypuszczać, że osoby o niskim poziomie *health literacy* nie przywiązują należytej wagi do prewencji zdrowotnej. Co się z tym wiąże – narażają system ochrony zdrowia i system ubezpieczeń społecznych na wyższe koszty związane z leczeniem bardziej zaawansowanych form chorobowych.

W światowej literaturze przedmiotu jest dotychczas stosunkowo mało badań analizujących związki pomiędzy poziomem świadomości zdrowotnej a kosztami dla systemu ochrony zdrowia oraz kosztami, które ponoszą pojedyncze osoby. Nieliczne badania wskazują na wzrost

10.15171/ijhpm.2015.151, K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, H. Brand, *Health literacy...*, op.cit.

¹¹ N.D. Berkman, S.L. Sheridan, K.E. Donahue, D.J. Halpern, A. Viera, K. Crotty, A. Holland, M. Brasure, K.N. Lohr, E. Harden, E. Tant, I. Wallace, M. Viswanathan, *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. Evidence Report, „Technology Assessment”* 2011, no. 199 (prepared by RTI International–University of North Carolina Evidencebased Practice Center under contract No. 290–2007-10056-I. AHRQ Publication Number 11- E006. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2011, s. 27).

¹² M. Terraneo, *Inequities in Health Care Utilization by People Aged 50+: Evidence from 12 European Countries*, „*Social Science & Medicine*” 2015, s. 154–63, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.028> PMID: 25562311.

¹³ A.L. Fitzpatrick, N.R. Powe, L.S. Cooper, D.G. Ives, J.A. Robbins, *Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them*, „*Am J Public Health*” 2004, 94(10), s. 1788–1794, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.10.1788> PMID: 15451751, za: *World Report on Ageing and Health*, World Health Organization, 2015, s. 95, www.who.int.

¹⁴ N.D. Berkman, S.L. Sheridan, K.E. Donahue, D.J. Halpern, A. Viera, K. Crotty, A. Holland, M. Brasure, K.N. Lohr, E. Harden, E. Tant, I. Wallace, M. Viswanathan, *Health Literacy...*, op.cit., s. 8.

¹⁵ Ibidem, s. 30.

¹⁶ Ibidem, s. 39.

wydatków systemu ochrony zdrowia na skutek niskiej świadomości zdrowotnej na poziomie między 3–5% na przestrzeni roku¹⁷.

J.A. Vernon z zespołem przeprowadzili badania, z których wynika, że niski poziom świadomości zdrowotnej jest głównym źródłem ekonomicznej nieskuteczności systemu opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Wstępnie określili wielkość kosztów, związanych z niskim poziomem świadomości zdrowotnej, dla gospodarki USA, w przedziale od 106 mld do 238 mld USD rocznie. Stanowi to od 7 do 17% wszystkich wydatków na opiekę zdrowotną. Szacują również, że jeśli nie zostaną podjęte działania zwiększające świadomość zdrowotną, to przyszłe pokolenia poniosą koszty związane z niską świadomością na poziomie od 1,6 trylionu do 3,6 trylionu USD¹⁸.

3.1. Świadomość zdrowotna Polaków na tle innych państw

Pomiar poziomu świadomości zdrowotnej nie jest prosty. W literaturze przedmiotu występują różne podejścia do zagadnienia pomiaru *health literacy*. Wydaje się, że najbardziej kompleksowy jest model autorstwa zespołu HLS-EU¹⁹. Opiera się on na badaniu trzech obszarów zdrowotnych: opieki zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia. Są one analizowane w podziale na procesy związane z podejmowaniem decyzji zdrowotnych: dostępności, zrozumienia, oceny i stosowania. Obszary i procesy tworzą matrycę z 12 podobszarami, które są ewaluowane przez 47 wskaźników²⁰.

Wykorzystując model HLS-EU, Komisja Europejska przygotowała raport, poddający ocenie świadomość zdrowotną w ośmiu państwach europejskich, w tym w Polsce. Wśród pozostałych siedmiu państw znalazły się: Austria (AT), Bułgaria (BG), Niemcy (DE), Grecja (EL), Hiszpania (ES), Irlandia (IE) i Holandia (NL). W każdym państwie przeprowadzono 1000 ankiet.

Najlepsze wyniki poziomu świadomości zdrowotnej odnotowano w Holandii, która uzyskała najwyższy wynik w kategorii oceny „doskonała” na poziomie 25,1% oraz na poziomie kategorii oceny „wystarczająca” – 46,3%. Społeczeństwo holenderskie charakteryzuje się również najniższym poziomem oceny „niewystarczająca” *health literacy* – 1,8% (rysunek 3).

¹⁷ Ibidem, s. 40; K. Eichler, S. Wieser, U. Brugger, *The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review*, „International Journal of Public Health” 2009, 54, s. 313–324, doi 10.1007/s00038-009-0058-2, s. 313.

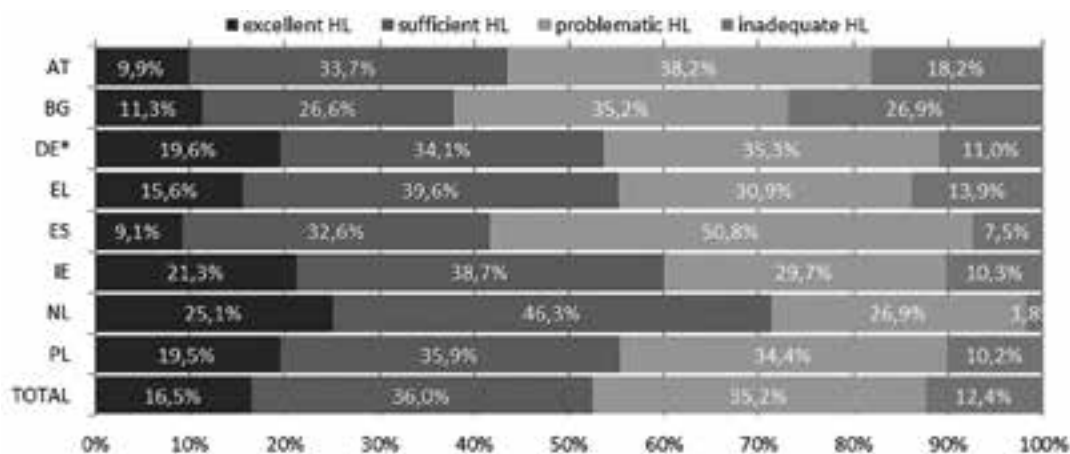
¹⁸ J.A. Vernon, A. Trujillo, S. Rosenbaum, B. DeBuono, *Low Health Literacy: Implications for National Health Policy*, Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, 2007, https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1173&context=sphhs_policy_facpubs, dostęp 3.12.2017.

¹⁹ K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, H. Brand, *Health Literacy...*, op.cit.

²⁰ Wskaźniki dotyczą: opieki zdrowotnej (16 sztuk), profilaktyki (16 sztuk), promocji zdrowia (15 sztuk); HLS-EU Consortium (2012), *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU*, <http://www.health-literacy.eu>

Polska w tym zestawieniu wypada całkiem dobrze, wyprzedzając Austrię, Niemcy, Bułgarię czy też Hiszpanię. Na podobnym poziomie do społeczeństwa polskiego plasuje się świadomość zdrowotna społeczeństwa greckiego. Zdecydowanie wyższa świadomość zdrowotna jest tylko we wspomnianej Holandii i nieco wyższa w Irlandii. Zróżnicowanie poziomu świadomości zdrowotnej w państwach europejskich jest znaczne, co powinno być brane pod uwagę przy formułowaniu programów ogólnoeuropejskich i krajowych.

Rysunek 3. Ogólny poziom świadomości zdrowotnej w 8 państwach europejskich



Źródło: HLS-EU Consortium (2012), *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU*, <http://www.health-literacy.eu>, s. 3.

W badaniu HLS-EU ankietowane osoby odpowiedziały na 47 pytań. W tabeli 1 przedstawione zostały wybrane odpowiedzi, które tematycznie związane są z przeprowadzonym przez Wojewódzki Szpital w Zakopanem programem zdrowotnym, prezentowanym w dalszej części artykułu. Wartości w tabeli 1 wskazują odsetek respondentów, którzy na stawiane pytania udzielili odpowiedzi „trudno” i „raczej trudno”. Na uwagę zasługują odpowiedzi na pytania: Q1.1... znaleźć informację o symptomach choroby, która Ciebie dotyczy? Q1.20... znaleźć informacje o tym, jak zapobiegać lub radzić sobie z takimi stanami, jak nadwaga, wysokie ciśnienie krwi czy wysoki poziom cholesterolu? Q1.38... rozumieć informacje na etykietach produktów żywnościowych? Q1.45... dołączyć do klubu sportowego lub na zajęcia sportowe, jeśli tego chcesz? Q1.47... brać udział w działaniach, które poprawiają zdrowie i dobre samopoczucie, które mają miejsce w twojej społeczności?

Na wszystkie z nich odpowiedzi „trudno” i „raczej trudno” przekroczyły 20% ogółu odpowiedzi. Co jest wynikiem na pewno niezadowalającym.

Dodatkowo, przy dobrym wyniku oceniającym ogólną świadomość zdrowotną (rysunek 3), odpowiedzi do pytań Q1.20 i Q1.45 stawiają świadomość zdrowotną Polaków na odległych pozycjach.

W tym kontekście, opisany w dalszej części program zdrowotny jest przykładem bardzo dobrego działania publicznego, zwiększającego świadomość zdrowotną społeczności.

Tabela 1. Odpowiedzi do wybranych pytań²¹ z ankiety HLS-EU Consortium (2012).

W tabeli przedstawiony jest procentowy udział odpowiedzi „trudno” i „raczej trudno” w całkowitej liczbie odpowiedzi uzyskanych od respondentów w danym kraju

Pytania ankietowe	AT	BG	DE	EL	ES	IE	NL	PL
Q1,1... znaleźć informację o symptomach choroby, która Ciebie dotyczy?	28,5	40,4	20,9	24,9	23,6	16,0	7,5	21,4
Q1,17... znaleźć informacje o tym, jak radzić sobie z niezdrowymi zachowaniami, takimi jak palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna i picie zbyt dużo alkoholu?	20,5	26,2	14,2	16,4	11,5	11,0	2,8	15,3
Q1,20... znaleźć informacje o tym, jak zapobiegać lub radzić sobie z takimi stanami, jak nadwaga, wysokie ciśnienie krwi czy wysoki poziom cholesterolu?	20,8	34,3	15,6	18,7	16,7	12,8	6,3	20,3
Q1,24... ocenić, jak wiarygodne są ostrzeżenia zdrowotne przestrzegające przed: paleniem tytoniu, małą aktywnością fizyczną i piciem zbyt dużo alkoholu?	20,8	20,1	14,0	16,7	12,2	7,5	9,2	14,5
Q1,32... znaleźć informacje na temat zdrowych działań, takich jak ćwiczenia, zdrowa żywność i odżywki?	18,2	33,3	13,6	14,9	10,5	9,1	2,8	13,1
Q1,37... rozumieć porady dotyczące zdrowia, uzyskiwane od członków rodziny lub przyjaciół?	19,7	13,2	15,6	12,0	7,9	11,0	13,3	10,9
Q1,38... rozumieć informacje na etykietach produktów żywnościowych?	51,4	46,1	54,4	20,8	32,8	31,8	30,1	21,2
Q1,39... rozumieć informacje pojawiające się w mediach o tym, jak stać się zdrowszym?	31,5	30,8	29,6	19,3	25,3	20,6	13,6	15,3
Q1,41... ocenić, kiedy twoje życie wpływa na twoje zdrowie i dobre samopoczucie?	37,5	31,1	29,3	17,2	15,6	23,2	28,8	13,9
Q1,43... ocenić, które codzienne zachowania są związane z twoim zdrowiem?	20,7	20,0	12,1	8,3	5,7	16,9	5,4	12,1
Q1,44... podejmować decyzje, aby poprawić swoje zdrowie?	30,3	31,9	24,1	24,9	11,1	11,1	21,1	18,9
Q1,45... dołączyć do klubu sportowego lub na zajęcia sportowe, jeśli tego chcesz?	21,1	58,4	12,1	30,4	19,6	10,9	10,4	32,8
Q1,47... brać udział w działaniach, które poprawiają zdrowie i dobre samopoczucie, które mają miejsce w twojej społeczności?	45,3	61,9	33,0	40,6	37,4	13,3	45,7	36,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie: HLS-EU Consortium (2012), *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States, The European Health Literacy Survey HLS-EU*, <http://www.health-literacy.eu>, s. 12–13,

²¹ Dotyczące zagadnień analizowanego w niniejszym artykule programu zdrowotnego.

3.2. Program „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego”, realizowany przez Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego w Zakopanem, jako przykład podnoszenia poziomu świadomości zdrowotnej w polskim społeczeństwie²²

Prezentowany poniżej program zdrowotny stanowi przykład instrumentu zwiększającego świadomość zdrowotną obywateli, w wąskim i szerokim znaczeniu. Efekty uzyskane przez uczestników programu są ilustracją zadziałania świadomości zdrowotnej w wąskim znaczeniu (bycia świadomym, jak styl życia wpływa na nasze zdrowie). Mechanizm finansowania programu jest natomiast efektem zaangażowania obywateli w decyzje o wydatkowaniu środków publicznych. To przejaw szeroko rozumianego pojęcia świadomości zdrowotnej (upodmiotowienia pacjenta, zaangażowania pacjenta w kreowanie oferty systemu ochrony zdrowia).

Program „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego” był realizowany przez Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr S. Jasińskiego w Zakopanem w 2017 r.²³, a finansowany z budżetu obywatelskiego. Programem zostało objętych 120 osób, przy czym chętnych zgłosiło się 250. Pacjentami opiekował się zespół specjalistów. Przy kwalifikacji do programu byli to: lekarz rehabilitacji medycznej i kardiolog. Podczas trwania programu grupą opiekowali się: dietetyk, fizjoterapeuta i psycholog.

Kryteria przyjęcia do programu:

- nieprawidłowe BMI,
- wiek: dla mężczyzn do 55. roku życia, dla kobiet do 60. roku życia,
- brak przeciwwskazań do intensywnej aktywności fizycznej.

Zastosowana metoda ewaluacji skuteczności programu składała się z przeprowadzenia i oceny 4 ankiet, obejmujących:

- badanie stanu zdrowia przed przystąpieniem do programu,
- ankietę i badanie stanu zdrowia po 12 tygodniach uczestniczenia w programie,
- ankietę ewaluacyjną po 6 miesiącach od zakończenia programu,
- ankietę ewaluacyjną po 12 miesiącach od zakończenia programu,

Z uwagi na czas, który upłynął od zakończenia programu, w niniejszym artykule zaprezentowane zostały tylko zbiorcze wyniki badań przed przystąpieniem do programu oraz po 12 tygodniach. Pozostałe dwie ankietę ewaluacyjne będą dopiero przeprowadzone.

²² W poniższym artykule program jest opisany dosyć pobieżnie z uwagi na to, że jego całkowita ewaluacja będzie zakończona za rok, kiedy to zostaną przeprowadzone ankietę wśród uczestników, badające trwałość stosowania prawidłowych nawyków. Planowane jest przez autorki napisanie odrębnego artykułu analizującego skuteczność podnoszenia świadomości zdrowotnej oraz wpływ zmiany trybu życia na efekty zdrowotne i związane z tym zmiany w kosztach leczenia pacjentów. Celem pokazania opisywanego programu już na tym etapie realizacji jest wskazanie przykładu, jaki podejmuje samorząd, aby zwiększać świadomość zdrowotną obywateli i pośrednio ograniczać wydatki na ochronę zdrowia w długim okresie.

²³ W 2018 r. Marszałek Województwa przyznał kolejną pulę środków finansowych na kontynuację programu dla nowych grup mieszkańców.

Wśród uczestniczących w programie 120 osób tylko 7% stanowili mężczyźni. Struktura grupy wynikała ze zgłoszeń, nie była wcześniej ustalona²⁴ (tabela 2).

Tabela 2. Struktura wieku uczestników programu (w %)

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
18–40 lat	25	17
41–50 lat	62,5	46
51–60 lat	12,5	37

Źródło: opracowanie własne, współautorka artykułu jest koordynatorem programu.

Grupa 120 osób została podzielona przez kardiologa na 11 zespołów. W zintensyfikowanych ćwiczeniach uczestniczyło 6 zespołów, 3 razy w tygodniu po 1,5 h. Pozostałe 5 zespołów odbywało ćwiczenia 2 razy w tygodniu po 1,5 h. Wynikało to ze stanu zdrowia zgłaszających się osób.

Każdy uczestnik miał spotkania z dietetykiem: dwa indywidualne i dwa grupowe. Przez wszystkie 12 tygodni trwania programu otwarty był punkt dietetyczny, o nieograniczonym dostępie. Spotkania z psychologiem były również indywidualne i grupowe. Koordynatorem merytorycznym programu była dyrektor K. Walendowicz. Konsultantem medycznym programu był profesor M. Jarosz z Instytutu Żywności i Żywienia.

Zanim uczestnicy przystąpili do programu, zostali poddani badaniom medycznym. W wyniku badań część osób została wykluczona z uwagi na zidentyfikowanie pewnych chorób, których nie zdiagnozowano wcześniej. Były to schorzenia uniemożliwiające wzięcie czynnego udziału w programie, takie jak: choroby serca, nadczynność lub niedoczynność tarczycy, cukrzyca. Do programu zostało zakwalifikowanych 120 osób z BMI przekraczającym wartość 25, których wyniki biochemiczne zostały zaprezentowane w tabeli 3.

Tabela 3. Wskaźniki biochemiczne

Wskaźniki	Prawidłowe	Nieprawidłowe
Lipidogram	45%	55%
TSH	91%	9%
Kwas moczowy	72%	28%
Cukier	90%	10%
Morfologia	98%	2%
RR ciśnienie	64%	36%

Źródło: jak pod tab. 2.

²⁴ Struktura wieku może być wynikiem zróżnicowania poziomu świadomości zdrowotnej pomiędzy płciami. Może też wynikać z faktu większego zainteresowania kobiet własnym wyglądem. Poniższy wątek będzie szerzej analizowany w kolejnym badaniu.

W efekcie uczestniczenia w programie, osoby które miały nieprawidłowości w badaniach biochemicznych, poprawiły wskaźniki zdrowotne. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wskaźniki biochemiczne u pacjentów, u których występowały nieprawidłowości na etapie rozpoczęcia programu

Wyszczególnienie	Prawidłowe	Nieprawidłowe
Lipidogram (55%)	45%	55%
TSH (9%)	55%	45%
kwas moczowy (28%)	48%	52%
Cukier (10%)	92%	8%

Źródło: jak pod tab. 2.

Poziom BMI poprawił się u zdecydowanej większości osób. Na zakończenie programu 8% uczestników osiągnęło prawidłowy poziom BMI (18,5–24,99). Spośród 92%, które nadal miały przekroczony poziom prawidłowego BMI, 95% poprawiło jego stan. Tylko 6 osób nie zmniejszyło wskaźnika BMI²⁵.

Osiągnięta średnia redukcja masy ciała w grupie 120 pacjentów to: mężczyźni – 6,56 kg, kobiety – 4 kg. Największa utrata masy to 21 kg.

W efekcie opieki nad pacjentem podczas programu skierowanie do lekarza rodzinnego w Podstawowej Opiece Zdrowotnej ze względu na konieczność leczenia uzyskało 55 pacjentów. Pacjenci otrzymali karty z wynikami badań biochemicznych i antropometrycznych, w celu dostarczenia dokumentu do lekarza opiekującego się pacjentem w POZ.

Wnioski z programu „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego” realizowanego przez Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem przedstawiono poniżej.

- Opisujący program jest dowodem na rosnącą świadomość zdrowotną społeczeństwa, ponieważ był finansowany z budżetu obywatelskiego, czyli został zgłoszony przez obywateli i przegłosowany przez społeczność subregionu podhalańskiego jako zadanie priorytetowe w wydatkach publicznych samorządu terytorialnego. Oczywiście został zgłoszony przez wąską grupę obywateli, ale jego oferta okazała się atrakcyjna i pożądana dla szerokiej grupy, co przejawiało się wysoką liczbą oddanych na niego głosów w głosowaniu na budżet partycypacyjny.
- Liczba zgłoszonych osób przekroczyła możliwości finansowe programu, co świadczy o dużym zainteresowaniu i popycie na wiedzę, jak prowadzić zdrowy tryb życia.
- Program prowadzony był w dwóch turach. W drugim naborze było dużo osób, które zainteresowały się uczestniczeniem w programie, ponieważ usłyszały o bardzo dobrych

²⁵ Z uwagi na to, że program nie był prowadzony w celu zbadania świadomości zdrowotnej i jej konsekwencji tylko dla zwiększenia świadomości ukierunkowanej na polepszenie stanu zdrowia, to nie uzyskano informacji, co było powodem, że część uczestników nie odnotowała zmniejszenia masy ciała.

wynikach programu z pierwszej tury, od poprzednich uczestników. Świadczy to o wysokiej skuteczności „szeptanej” promocji zdrowego stylu życia.

- Zrzucenie wagi i zwiększenie aktywności fizycznej wpłynęło na poprawę stanu zdrowia beneficjentów programu²⁶. Oznacza to, że prowadzenie zdrowego trybu życia (będącego efektem wiedzy, co jest wskazane dla zdrowia, a co nie) może zredukować wydatki na ochronę zdrowia w długim okresie.
- Na etapie kwalifikacji do programu u części pacjentów zdiagnozowano choroby, których nie byli świadomi, a wymagali specjalistycznego leczenia. Przy okazji realizacji programu zostały wykonane badania przesiewowe. Pozwoliło to zdiagnozować wcześniej pewne schorzenia, co może się przełożyć nie tylko na efekty zdrowotne, lecz także na koszty przyszłego leczenia i ograniczenie kosztów pośrednich, związanych z absencją w pracy, wypłatą renty i zasiłku.
- Program jest przykładem skutecznego działania w kierunku zwiększania świadomości i współodpowiedzialności pacjentów za własne zdrowie.
- Pożądane jest zapewnienie wsparcia zespołów profesjonalistów w celu podniesienia skuteczności przestrzegania zaleceń zdrowego stylu życia.

4. Podsumowanie

W kontekście poprawiania stanu zdrowia społeczeństwa oraz ograniczania kosztów systemu ochrony zdrowia, zwiększanie świadomości zdrowotnej wśród obywateli jest konieczne.

Mimo że Polska w raporcie Komisji Europejskiej (KE) „Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States, The European Health Literacy Survey HLS-EU” osiągnęła pozytywne wyniki świadomości zdrowotnej na tle innych analizowanych państw, to jest jeszcze wiele do poprawienia w tym obszarze.

Na podstawie wstępnej analizy programu „Zapobieganie nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego” realizowanego przez Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem potwierdza się słaby wynik uzyskany w raporcie KE, dotyczący pytania Q1.1 o trudność znalezienia informacji o symptomach choroby. W czasie badań kwalifikujących do programu zdiagnozowano choroby, które powinny być prowadzone przez lekarzy specjalistów. W sumie 55 pacjentów dostało skierowanie do lekarza rodzinnego w celu podjęcia leczenia. Taki wynik świadczy o tym, że istotna część pacjentów nie jest leczona we wczesnych fazach chorób. Wynika to z braku diagnozy. Przyczynia się to do potencjalnego zwiększenia kosztów leczenia w przyszłości i pogorszenia stanu zdrowia społeczeństwa, wraz ze wszystkimi tego konsekwencjami społeczno-ekonomicznymi.

Program „Zapobieganie nadwadze i otyłości...” potwierdza, że ludzie mogą mieć trudności z pozyskaniem informacji, jak zapobiegać lub radzić sobie z takimi stanami jak nadwaga,

²⁶ Szczegółowo wskazują na to dane prezentowane w tabeli 4.

wysokie ciśnienie krwi czy wysoki poziom cholesterolu (pytanie Q 1.20). Świadczy o tym duże zainteresowanie programem społeczności z powiatu tatrzańskiego, nowotarskiego oraz suskiego. Dodatkowym potwierdzeniem są: rozprzestrzenianie się informacji o drugiej turze naboru również poprzez przekazywanie informacji wśród znajomych (marketing szeptany) oraz fakt, że po zakończeniu programu zebrała się nowa grupa, około 30 osób, która wnioskuje do szpitala o uruchomienie kolejnego takiego programu (nawet gdyby miał być na zasadach komercyjnych). Wszystkie wymienione czynniki świadczą o tym, że istnieje duży popyt na wiedzę, na kontakt ze specjalistami, którzy są w stanie, w przystępny sposób, wytłumaczyć, jak prowadzić zdrowy styl życia.

Program poprawił wiedzę z zakresu prawidłowego odżywiania się (jako efekt spotkań z dietetykiem), co powinno przynieść poprawę odpowiedzi na pytanie: Q1,38... rozumieć informacje na etykietach produktów żywnościowych?

Zainteresowanie i uczestnictwo w programie świadczy o pozytywnej odpowiedzi na pytania: Q1,45... dołączyć do klubu sportowego lub na zajęcia sportowe, jeśli tego chcesz? oraz Q1,47... brać udział w działaniach, które poprawiają zdrowie i dobre samopoczucie, które które mają miejsce w twojej społeczności? W badaniu KE były to pytania, w których polscy respondenci osiągnęli najniższy wynik. Nie można uznać, aby zainteresowanie programem zaprzeczało złemu wynikowi z raportu KE, ponieważ liczba osób zgłoszona do programu, mimo że przekraczała możliwości finansowe jst, była małym odsetkiem osób z nadwagą w subregionie podhalańskim.

Zmiany wskaźników biochemicznych uzyskanych już przy tak niedużej utracie masy i poprawie wskaźnika BMI świadczą, jak istotny z punktu widzenia zdrowia jest ruch i prawidłowe odżywianie. Ma to nie tylko wpływ na stan zdrowia (część chorób ustąpiła, pacjenci mogli zaprzestać stosowania leków), lecz także przekłada się na oszczędności, zarówno indywidualne, jak i całego systemu ochrony zdrowia.

Podsumowując analizę programu oraz analizę literatury światowej dotyczącej *health literacy*, należy powiedzieć, że wydaje się nieodzownym prowadzenie szeroko rozpropagowanych działań zwiększających świadomość zdrowotną wśród mieszkańców. Podniesienie świadomości zdrowotnej przyczyni się zarówno do poprawy zdrowia, jak i ograniczenia wydatków indywidualnych (leki i świadczenia zdrowotne poza świadczeniami płatnymi przez NFZ) i publicznych.

Bibliografia

1. Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Viera A., Crotty K., Holland A., Brasure M., Lohr K.N., Harden E., Tant E., Wallace I., Viswanathan M., *Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review, Evidence Report, „Technology Assessment”* 2011 no. 199 (prepared by RTI International University of North Carolina Evidencebased Practice Center under contract no. 290–2007-10056-I, AHRQ Publication Number 11-E006, Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, March 2011).
2. Eichler K., Wieser S., Brugger U., *The Costs of Limited Health Literacy: A Systematic Review*, „International Journal of Public Health” 2009, 54, doi: 10.1007/s00038-009-0058-2.
3. *Exploring the Social Determinants of Health Education and Health*, Robert Wood Johnson Foundation, April 2011, https://health.wyo.gov/wp-content/uploads/2016/02/43-11376_sdo-series2011education.pdf
4. HLS-EU Consortium (2012), *Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States, The European Health Literacy Survey HLS-EU*, <http://www.health-literacy.eu>
5. Iwanowicz E., „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, „Medycyna Pracy” 2009, 60(5), <http://promocjazdrowiawpracy.pl/wp-content/uploads/2011/05/HEALTH-LITERACY.pdf>
6. Kickbusch I., Maag D., *Health Literacy*, w: *International Encyclopedia of Public Health*, red. K. Heggenhougen, S. Quah, „Academic Press” 2008, vol. 3, San Diego.
7. Nutbeam D., *Health Literacy as a Public Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century*, „Health Promot International” 2000, 15(3), https://watermark.silverchair.com/150259.pdf?token=AQECAHi208BE49O-oan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9CF3qfKAc485ysgAAAaswggGnBqkqhkiG9w0BBwagggGY-MIIBIAIBADCCAY0GCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMnHE4ZhQPIA-zhWBPIAgEQIIBXmu7n5lafUR7lynQTw4XZl4XpkD5i_zVbPZZVYq7W5XZaN408YY-oVvKxjQUI5wNslMupUtz0ENu_p07DHEBi5e7Vyj7MIg36h4sLgam-PXl9i9-bbJ0EsT4Cuj-5BY7FYAm6ggvsDtQE-wanUJ76bhOoSel3LpXmmWsRL-fGREv6sDOBSCjXqzG1Jymw-BOpE11BxwcDSNIALCjG8MBL3__t8qU_OMvaWbHtqZZsFmYIV369-yNuX2-dKC7X_FTN9oBARggzLZ3KhoReKazBfWcmEz1XNdbHQ3IF2HKcYqWQqbCXBe0Eq9pBvngL-8neufyxO7sEkzgFMCs18oqSjAfDA9_Hsxocy3VyEd8y5Xq99FFTXR5tdRpUZMwFwXbmNS-1-TF7XCem4P8dLhW3lnI8S6lgehds8jLakrYOHnSIEaQFCG-3gailJ_qQV4UL2Ayscu8HmLL-la29oaTWgH7K
8. Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.
9. Rasu R.S., Bawa W.A., Suminski R., Snella K., Warady B., *Health Literacy Impact on National Healthcare Utilization and Expenditure*, „International Journal of Health Policy and Management” 2015, 4(11), doi: 10.15171/ijhpm.2015.151
10. Sørensen K., Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., *Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models*, „BMC Public Health” 2012, 12, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>

11. Terraneo M., *Inequities in Health Care Utilization by People Aged 50+: Evidence from 12 European Countries*, „Social Science & Medicine” 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.12.028> PMID:25562311
12. Vernon J.A., Trujillo A., Rosenbaum S., DeBuono B., *Low Health Literacy: Implications for National Health Policy*, Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, 2007, https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1173&context=sphhs_policy_facpubs
13. *World Report on Ageing and Health*, World Health Organization, 2015, www.who.int

Health Literacy as Key Determinant of the Health of Society

Summary

Since the 1970s increasingly more attention has been given to the model of building up health literacy. There are many concepts of health literacy definition and models that measure the size of the notion. Attempts are also made to compare health literacy in different countries.

The paper discusses the notion of patient's health literacy and shows examples of health literacy of the Polish society based on analyses available to the authors as well as instruments that can be used to improve it.

As shown in analyses conducted on data collected in the course of the programme *Preventing overweight and obesity in the population of Małopolskie voivodeship* and questionnaire-based studies carried out under the programme *Comparative report of health literacy in eight EU Member States. The European health literacy survey hls-EU*, health literacy of the Polish population systematically increases.

Keywords: health literacy, prevention, civilisation diseases, public health care expenditure
