

Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [HLS-EU]¹

Barbara Niedźwiedzka¹, Zofia Słońska², Yuryi Taran²

¹ Zakład Informacji Naukowej, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii im. Prymasa Stefana Kardynała Wyszyńskiego

Adres do korespondencji: Barbara Niedźwiedzka, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzeczka 20, mxniedz@cyf-kr.edu.pl

■ Abstract

Self-assessment of health information literacy by Polish population, in light of the self-efficacy concept. Analysis of the selected results of Polish part of Health Literacy Survey EU

Health information literacy allows people to find, evaluate and apply information regarding health and health services utilisation. The goal of this analysis is to present: the self-assessment of health information literacy done by Poles, socio-demographic determinants of this assessment, and to discuss its possible consequences in light of self-efficacy concept. This knowledge highlights certain aspect of society's' health literacy, and can be useful in designing pro-health educational interventions in such a way so they meet the needs and capabilities of target groups.

Method. Direct questionnaire survey with randomly selected, stratified by age and gender group of respondents (+15, n10000, what was 67% of the sample). The study design and the survey questionnaire were developed by the HLS-EU researchers. The survey was conducted by TNS Opinion in July and August 2011 in 8 European countries including Poland. Among 47 questions in HLS-EU questionnaire, 30 questions were selected as those that can serve as indicators of health information competency, 10 question for each of 3 areas of information skills: seeking, evaluation and application. In this study only data regarding Polish population was analysed.

Results. Approximately 38% of Polish population assess their health information literacy as low. Respondents claim that they have difficulty in finding, evaluating and applying health information. Low level of self-assessment can be observed more often among men, elderly and people with low level of education, and also among respondents who see their health status as bad or suffer from at least one chronic illness, and also among these who are in economically difficult situation. Among tasks connected with seeking information most difficult for the respondents were: finding information about political changes that may affect health, information regarding coping with stress or depression, information about vaccinations and health screenings and information on symptoms and treatments of illnesses that concern them. As most difficult to evaluate Polish respondents find the reliability of information about diseases and health risks provided by mass media. In area of application, most difficult to apply is information regarding activities that improve health and well-being in community.

Conclusions. Low assessment of self-efficacy in looking for and using health information by one third of Polish respondents may indicate real deficiency of skills, may demotivate them to undertake such activities, and may hinder educational interventions. Elderly, low educated, ill or assessing their health as bad persons should be in first place the aim of educational interventions to raise their information literacy. This can be beneficial for improving their health literacy.

Key words: health information literacy, health literacy, information behaviour, self-efficacy

Słowa kluczowe: kompetencje zdrowotne, samoskuteczność, zachowania informacyjne, zdrowotne kompetencje informacyjne

Wprowadzenie

Żyjemy w czasach społeczeństwa opartego na wiedzy, kiedy to podstawową umiejętnością w każdej życiowej potrzebie jest umiejętność odszukania i zastosowania właściwej informacji. Stąd nie można dziś powiedzieć o kimś, kto nie potrafi odszukać i wykorzystać informacji umożliwiających dbanie o własne zdrowie, że jest osobą kompetentną zdrowotnie. Na kompetencje informacyjne (ang. *information literacy*) składają się umiejętności odszukania i oceny informacji oraz odpowiedni zasób wiedzy o źródłach informacji, zasadach jej przetwarzania i porządkowania [1]. Termin ten stosowany przede wszystkim w informatologii (nauce o informacji) z trudem toruje sobie drogę w naukach o zdrowiu, gdzie ukrywa się pod różnymi przebraniami, np. jako element kompetencji zdrowotnych (ang. *health literacy*) lub kompetencji komputerowych (ang. *computer literacy*). **Zdrowotne kompetencje informacyjne (ZKI)** to jednak termin węższy niż kompetencje zdrowotne. Na te ostatnie oprócz umiejętności informacyjnych składają się m.in. podstawowa wiedza o zdrowiu, chorobach i ich leczeniu, a także takie umiejętności, jak umiejętności czytania, pisanie i dokonywania obliczeń, umiejętność komunikacji społecznej itd. Z kolei posiadanie ZKI to znacznie więcej niż umiejętność posługiwania się komputerem i programami komputerowymi, gdyż potrzebna wiedza i umiejętności dotyczą tu treści informacji [2].

Zgodnie z definicją Medical Library Association zdrowotne kompetencje informacyjne to „zbiór umiejętności potrzebnych do: zaakceptowania potrzeby informacji zdrowotnej, identyfikacji prawdopodobnych źródeł informacji i wykorzystania ich do pobrania odpowiednich informacji, oceny jakości pozyskanej informacji oraz jej zastosowania w określonej sytuacji; a także dokonania analizy, zrozumienia oraz użycia tej informacji do podejmowania decyzji korzystnych dla zdrowia” [3].

Ten cykl działań jest zdeterminowany cechami indywidualnymi oraz warunkami środowiska (obecnością i dostępem do źródeł informacji, „przyjaznością” tych źródeł, stopniem przetworzenia informacji, obecnością pośredników pomagających w szukaniu i przetwarzaniu informacji itp.), a na sprawność ich wykonania mają wpływ psychospołeczne czynniki i mechanizmy, od których zależą zarówno kompetencje, jak i zachowania informacyjne. Mówimy, że te czynniki/mechanizmy stymulują lub modyfikują zachowania informacyjne. Wśród stymulatorów/modyfikatorów, oprócz m.in. odczuwania ryzyka/zagrożenia (w tym zagrożenia zdrowia), nacisku społecznego, wpływu norm społecznych i wzorców zachowań, jest m.in. postrzeganie własnej skuteczności [4]. **Rysunek 1** przedstawia cykliczny model zachowań informacyjnych, na którego poszczególnych etapach poczucie własnej samoskuteczności wpływa (↓) na ludzkie zachowania informacyjne.

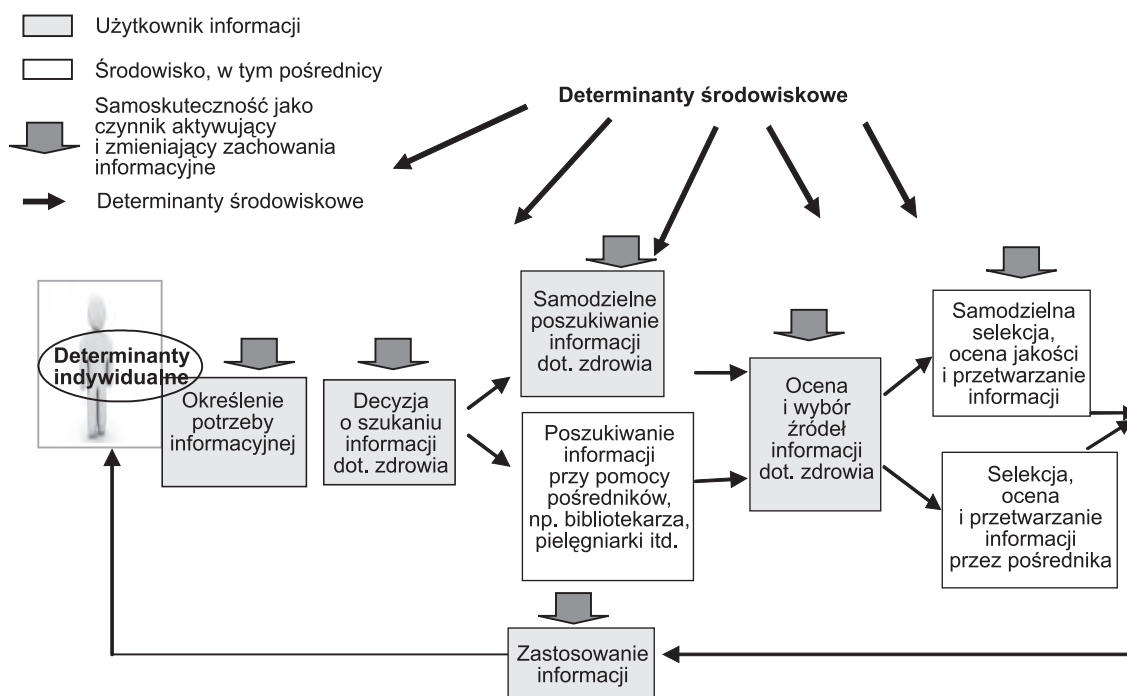
Kompetencje informacyjne pojawiają się w niektórych definicjach kompetencji zdrowotnych [5–7], choć, jak powiedziano, rzadko są tak nazywane. Także K. Sørensen i wsp., omawiając istniejące definicje kompetencji zdrowotnych i nawiązując do pewnych elementów kompeten-

cji informacyjnych, nie posługują się jednak tym terminem. Autorzy ci piszą: „Wspólną cechą tych definicji jest ich koncentracja na indywidualnych umiejętnościach służących uzyskaniu, przetworzeniu i zrozumieniu informacji na temat zdrowia i usług niezbędnych do podejmowania właściwych decyzji zdrowotnych” [8]. Zdobyta dzięki umiejętnościom informacyjnym wiedza o chorobach, leczeniu, czynnikach ryzyka, korzystnym dla zdrowia stylu życia – to wiedza zdrowotna.

Jak dotąd, nie przeprowadzono badań z intencją oceny poziomu zdrowotnych kompetencji informacyjnych populacji ogólnych, zarówno Polski, jak i innych krajów europejskich.

Pewne możliwości zrealizowania tego celu daje analiza danych pochodzących z Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU) [9].

Ze względu na rodzaj wskaźników wykorzystywanych w tym badaniu (odwołują się one do samooceny umiejętności badanych), uzyskane w nim dane dają możliwość oceny nie tylko poziomu wybranych kompetencji informacyjnych Polaków w dziedzinie zdobywania, oceny i zastosowania informacji zdrowotnych, lecz także pozwalają wnioskować o poziomie samoskuteczności utożsamianej, tzn. wiary we własne możliwości. W niniejszej pracy przyjęto, że osoby, które uznały, że łatwo im radzić sobie z wykonywaniem zadań związanych ze zdobywaniem, oceną i zastosowaniem informacji zdrowotnych, cechują się zarazem wysokim poziomem samoskuteczności. Wiedza na temat samoskuteczności grup docelowych jest bardzo istotna z powodu jej związku z wszelkimi zachowaniami, w tym z zachowaniami informacyjnymi. W świetle teorii społeczno-poznawczej (podstawowym założeniem tej teorii jest twierdzenie, że zachowanie jest rezultatem interakcji między osobą a środowiskiem, a człowiek jest zdolny do aktywnego kierowania własnym życiem oraz uczenia się złożonych wzorców zachowania, pomimo braku nagród, dzięki np. automotywacji) samoskuteczność może być uważana za ważny, aczkolwiek nie jedyny predyktor rzeczywistych zachowań [10]. Tę rolę podkreślał Ralf Schwarzer [11], pisząc: „(...) poziom poczucia własnej skuteczności może podwyższać lub obniżać motywację do działania. Ludzie o silnym poczuciu własnej skuteczności wybierają sobie bardziej ambitne zadania. Stawiają sobie wyższe cele i trzymają się ich (...). Kiedy działanie jest już podjęte, inwestują więcej wysiłku i są bardziej wytrwali niż osoby o słabym poczuciu własnej skuteczności. Kiedy pojawiają się przeszkody, ci pierwsi szybciej dochodzą do siebie i nadal wykazują zaangażowanie w dążeniu do celu. Poczucie własnej skuteczności pozwala ludziom również wybierać okoliczności będące wyzwaniem (...). Należy przy tym pamiętać, że sam zamiar jakiegoś działania nie gwarantuje jego realizacji, ale zwiększa prawdopodobieństwo zmiany i/lub podtrzymania/kontynuacji zachowania”. Konstrukt „postrzeganie własnej skuteczności” jest elementem wielu modeli przydatnych do analizy zachowania, a w wyniku badań prowadzonych nad różnymi zachowaniami zdrowotnymi poczucie własnej skuteczności uznano w tego rodzaju zachowaniach za najlepszy prognostyk możliwości zmiany zachowań [12].



Rysunek 1. Samoskuteczność w modelu zachowań informacyjnych (na podstawie Niedźwiedzka, 2003 [4]).

Oznacza to, że prawdopodobnie może być wykorzystany także jako predyktor powodzenia podejmowanych działań edukacyjnych i informacyjnych. Przyjęcie perspektywy i ujęcia informatologii pozwala naświetlić informacyjny aspekt kompetencji zdrowotnych i jest spełnieniem postulatu interdyscyplinarności w badaniach i działaniach na rzecz podnoszenia zdrowotnych kompetencji i upodmiotowienia społeczeństwa w dziedzinie dbania o zdrowie [13].

Metoda

Celem sondażu HLS-EU było określenie poziomu oraz uwarunkowań i następstw kompetencji zdrowotnych w populacjach ośmiu krajów europejskich. Projekt badania oraz kwestionariusz ankiety zostały opracowane przez badaczy Projektu HLS-EU [14]. Sondaż przeprowadziło TNS Opinion w lipcu i sierpniu 2011 roku w ośmiu krajach europejskich, w tym w Polsce.

Narzędzie badawcze HLS-EU-Q, przetłumaczone na języki krajowe, także na język polski, i wykorzystane w międzynarodowym badaniu HLS-EU składa się z dwóch części. Główna część kwestionariusza zawiera 47 pytań/wskaźników kompetencji zdrowotnych. W niniejszym opracowaniu analizie poddano jedynie odpowiedzi na te pytania głównej części kwestionariusza, które zgodnie z przytoczoną wcześniej definicją nawiązują wprost do zdrowotnych kompetencji informacyjnych, a ponadto dotyczą polskiej populacji. W skład drugiej części kwestionariusza HLS-EU-Q wchodzi zmienne opisujące determinanty i następstwa kompetencji zdrowotnych. W związku z potrzebą stworzenia społeczno-demograficznej i zdrowotnej charakterystyki osób o róż-

nym poziomie zdrowotnych kompetencji informacyjnych spośród pytań II części kwestionariusza wykorzystano pytania dotyczące cech społeczno-demograficznych badanych oraz ich stanu zdrowia.

Losowanie i ważenie próby

We wszystkich krajach objętych sondażem, w tym w Polsce, obowiązywała ta sama standardowa procedura losowania, zgodna z procedurą stosowaną w ramach Eurobarometru [15]. Doboru próby dokonano metodą wieloetapowego losowania obejmującego: stratyfikację według regionalnych jednostek administracyjnych; wybór punktów startowych metodą losowania systematycznego w każdej z otrzymanych warstw; losowy wybór adresów startowych w każdym wylosowanym punkcie startowym, wybór dalszych adresów zgodnie z procedurą *random route* oraz wybór respondentów w każdym gospodarstwie domowym metodą „najbliższych urodzin”. W trakcie losowania 1000-osobowej próby w Polsce skontaktowano się z 1493 osobami, spełniającymi kryteria włączenia do badania, tj. osiągnięcie wieku 15 lat i powyżej oraz obywatelstwo kraju wchodzącego w skład Unii Europejskiej. Spośród tych osób 493 osoby (33%) odmówiły udzielenia wywiadu. Liczba przeprowadzonych wywiadów wyniosła 1000, co stanowiło 67% wylosowanej próby. Wywiady zostały zebrane metodą CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*). Dane krajowe, w tym dane dla Polski, zostały poddane procedurze ważenia według płci, wieku, województwa i stopnia urbanizacji. W procesie ważenia wykorzystano najnowsze, dostępne dane spisowe oraz standardowe wagi stosowane w ramach Eurobarometru.

Analiza danych

1. Indeks Zdrowotnych Kompetencji Informacyjnych (ZKI)

Spośród 47 pytań kwestionariusza HLS-EU-Q wybrano 30 pytań mogących służyć jako wskaźniki zdrowotnych kompetencji informacyjnych, po 10 dla każdego wymiaru kompetencji informacyjnych, tj. znajdowania informacji, oceniania informacji oraz zastosowania informacji zdrowotnych. Treść wybranych pytań oraz strukturę procentową odpowiedzi zawiera **Tabela I**.

Każde z wybranych pytań odwoływało się do samooceny respondenta, przypisane mu były cztery kategorie odpowiedzi (bardzo łatwe, raczej łatwe, raczej trudne, bardzo trudne) i zaczynało się od standardowej części: „Czy mógłby Pan(i) powiedzieć, posługując się skalą od »bardzo łatwe« do »bardzo trudne«, jak łatwe jest dla Pana(i)...”. Poprzez połączenie czterech kategorii odpowiedzi w dwie kategorie przekształcono każde pytanie w zmienną zero-jedynkową. Odpowiedzi „bardzo łatwe” i „raczej łatwe” łącznie oznaczały kategorię „łatwo”. Odpowiedzi „raczej trudno” i „bardzo trudno” oraz brak odpowiedzi łącznie oznaczały kategorię „trudno”.

W celu umożliwienia syntetycznej prezentacji analizowanych danych stworzono Indeks Zdrowotnych Kompetencji Informacyjnych opisujący łącznie trzy wspomniane wyżej wymiary. Indeks został stworzony na podstawie 30 pytań i przyjmuje wartości od 0 do 10 punktów, gdzie zero punktów oznacza zgłaszanie trudności w przypadku wszystkich 30 pytań lub brak odpowiedzi, a 10 punktów zgłaszanie braku trudności w odniesieniu do wszystkich 30 pytań. Indeks cechuje wysoki poziom rzetelności. Alfa-Cronbacha wynosi 0,940.

Punkty uzyskane przez każdego respondenta były sumowane, co oznacza, że respondent mógł otrzymać minimalnie 0 punktów i maksymalnie 10 punktów.

2. Inne wskaźniki

Oprócz Indeksu Zdrowotnych Kompetencji Informacyjnych w analizie wykorzystano kilka innych wskaźników, tj. płeć, wiek w latach, poziom wykształcenia, stan zdrowia mierzony samooceną stanu zdrowia oraz występowanie choroby przewlekłej

3. Analiza statystyczna

Analizę danych przeprowadzono za pomocą programu SPSS, ograniczając się do wybranych metod opisowych. Do oceny poziomu istotności różnic posłużono się analizą ANOVA.

Wyniki

Analiza struktury odpowiedzi na pytania wskaźnikowe (Tabela I) jednoznacznie wskazuje na fakt zróżnicowania w polskiej populacji samooceny zdrowotnych umiejętności informacyjnych.

Tezę tę potwierdza analiza struktury procentowej wartości Indeksu (ZKI). Jak wynika z **Tabeli II**, polska populacja jest istotnie zróżnicowana pod względem samooceny zdrowotnych kompetencji informacyjnych. Można przyjąć, że około 38% populacji dysponuje niewystarczającym poziomem tych kompetencji, co oznacza, że osoby te mają trudności w znajdowaniu, ocenianiu i zastosowaniu informacji zdrowotnej. Zgodnie z przyjętym wcześniej założeniem można uznać także, że cechuje je niski poziom samoskuteczności.

Niski poziom samooceny kompetencji zdrowotnych występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, u osób starszych i gorzej wykształconych, a także gorzej oceniających swój stan zdrowia i chorujących na co najmniej jedną chorobę przewlekłą (**Tabela III**).

Tabela IV pokazuje, które z zadań związanych ze znajdowaniem, ocenianiem oraz zastosowaniem informacji zdrowotnej sprawia Polakom największe trudności. Wśród zadań dotyczących poszukiwania informacji najtrudniejsze wydaje się respondentom znajdowanie informacji o zmianach politycznych i administracyjnych, które mogą mieć wpływ na zdrowie, oraz informacji dotyczących radzenia sobie ze stresem lub depresją, informacji na temat szczepień i badań przesiewowych oraz leczenia i objawów chorób.

Za najtrudniejszą do oceny Polacy uważają wiarygodność informacji o chorobach i zagrożeniach zdrowia podawanych przez media. W następnej kolejności na podstawie posiadanych informacji najtrudniej jest Polakom oceniać wady i zalety różnych sposobów leczenia, a także to, które szczepienia mogą im być potrzebne oraz którym badaniom przesiewowym powinni się poddać. Największą trudność w zakresie zastosowania informacji sprawiają Polakom te informacje, które dotyczą angażowania się w działania poprawiające zdrowie i samopoczucie w społeczności oraz zapisania się do klubu sportowego albo na zajęcia ruchowe. Hierarchię trudności we wszystkich trzech obszarach kompetencji: znajdowania, oceniania i stosowania informacji dotyczącej zdrowia przedstawia Tabela IV.

Dyskusja i wnioski

Analiza wskazuje, że znaczna, choć niewystarczająca część Polaków (około 60%) ma dobre lub bardzo dobre mniemanie o swoich umiejętnościach dotyczących znajdowania, oceniania i zastosowania informacji związanych ze zdrowiem. W przypadku osób wierzących we własne możliwości, zgodnie z teorią społeczno-poznawczą możemy oczekiwać pojawiania się korzystnych dla zdrowia zachowań. Przekonanie, że jest się zdolnym do wykonania danej czynności, zwiększa prawdopodobieństwo, że się ją podejmie, motywuje do działania, sprawia, że łatwiej jest pokonać ewentualne trudności. Jest też mechanizmem zwrotnym, to znaczy, im wyższe przekonanie o własnej skuteczności, tym większa skłonność do podejmowania trudnych zadań i ich wykonywania [16].

Jak wynika z analizy będącej przedmiotem niniejszego opracowania, osób o wystarczających zdrowotnych kompetencjach informacyjnych należy przede wszyst-

Czy mógłby(mogłaby) Pan(i) powiedzieć, posługując się skalą odpowiedzi od „bardzo łatwe” do „bardzo trudne”, jak łatwe jest dla Pana(i):	Łatwe (raczej łatwe i bardzo łatwe)	Trudne (raczej trudne i bardzo trudne)	Nie wiem/ Nie dotyczy	Razem
Znajdowanie informacji				
...znajdowanie informacji na temat objawów chorób, które Pana/Panią interesują?	74,9	20,4	4,7	100
...znajdowanie informacji na temat leczenia chorób, które Pana/Panią interesują?	70,1	24,9	4,9	100
...dowiedzenie się, co należy zrobić, kiedy pilnie potrzebna jest pomoc medyczna?	84,9	13,0	2,1	100
...znajdowanie informacji dotyczących radzenia sobie z niezdrowymi zachowaniami, takimi jak palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna czy nadmierne picie alkoholu?	80,2	14,5	5,2	100
...znajdowanie informacji dotyczących radzenia sobie z problemami, takimi jak stres lub depresja?	67,0	26,0	7,0	100
...znajdowanie informacji na temat szczepień i badań przesiewowych (masowych, bezpłatnych, profilaktycznych badań kontrolnych), którym powinien(powinna) się Pan(i) poddać?	68,7	25,1	6,2	100
...znajdowanie informacji dotyczących zapobiegania i radzenia sobie ze stanami, takimi jak nadwaga, wysokie ciśnienie krwi lub wysoki cholesterol?	76,0	19,3	4,6	100
...znajdowanie informacji na temat zachowań służących zdrowiu, takich jak ruch czy zdrowe odżywianie się?	83,5	12,6	3,9	100
...znajdowanie informacji na temat rodzajów aktywności, które są korzystne dla stanu psychicznego?	73,6	18,9	7,5	100
...znajdowanie informacji o zmianach politycznych i administracyjnych, które mogą mieć wpływ na zdrowie?	53,5	35,6	10,9	100
Ocenienie informacji				
...oceny, jak informacja uzyskana od lekarza daje się zastosować w Pana(i) przypadku?	83,2	11,6	5,2	100
...oceny zalet i wad różnych sposobów leczenia?	64,5	28,7	6,8	100
...oceny, kiedy potrzebuje Pan(i) zasięgnąć opinii innego lekarza?	72,5	23,0	4,5	100
...oceny, czy informacje o chorobie znajdowane w mediach są wiarygodne?	57,3	32,3	10,4	100
...oceny, kiedy powinien (powinna) Pan(i) udać się do lekarza na badania kontrolne?	78,5	17,7	3,8	100
...oceny, które szczepienia mogą być Panu(i) potrzebne?	66,2	27,4	6,4	100
...oceny, którym badaniom przesiewowym powinien (powinna) się Pan(i) poddać? (masowym, bezpłatnym, profilaktycznym badaniom kontrolnym)	67,7	25,9	6,4	100
...oceny, czy wiarygodne są znajdowane w mediach informacje o czynnikach zagrażających zdrowiu?	66,1	24,4	9,5	100
...oceny, jak miejsce zamieszkania wpływa na Pana(i) zdrowie i samopoczucie?	81,6	13,2	5,2	100
...oceny, które z codziennych zachowań wpływają na Pana(i) zdrowie?	84,8	11,7	3,5	100
Zastosowanie informacji				
...wykorzystywanie informacji uzyskanych od lekarza w celu podejmowania decyzji dotyczących Pana(i) choroby?	78,0	15,6	6,4	100
...stosowanie się do instrukcji dotyczących przyjmowania leków?	92,1	6,4	1,4	100
...wezwanie karetki pogotowia, kiedy pilnie potrzebna jest pomoc medyczna?	88,2	9,6	2,1	100
...stosowanie się do zaleceń lekarza lub farmaceuty?	92,5	7,0	0,5	100
...zdecydowanie, czy powinien (powinna) się Pan(i) poddać szczepieniu przeciwko grypie?	72,5	22,1	5,3	100
...zdecydowanie, jak chronić się przed chorobą, na podstawie informacji z mediów?	68,2	23,4	8,3	100
...podejmowanie decyzji służących poprawie własnego zdrowia?	78,6	18,4	3,0	100
...zapisanie się do klubu sportowego albo na zajęcia ruchowe, jeśli Pan(i) tego chce?	61,3	30,0	8,7	100
...wpływanie na warunki życia, które oddziałują na Pana(i) zdrowie i samopoczucie?	75,0	20,8	4,2	100
...angażowanie się w działania, które poprawiają zdrowie i samopoczucie w społeczności, do której Pan(i) należy?	57,0	33,0	10,0	100

Tabela I. Struktura procentowa odpowiedzi na pytania wskaźnikowe zdrowotnych kompetencji informacyjnych. Polska 2011 [HLS-EU] (opracowanie własne).

Poziom kompetencji	Procent	Procent skumulowany
Niski (0–3 punkty)	8,4 (n = 84)	8,4
Średni (4–7 punktów)	30,4 (n = 300)	38,3
Wysoki (8–10 punktów)	61,7 (n = 617)	100
Ogółem	100,0 (n = 1000)	

Tabela II. Struktura procentowa rozkładu Indeksu Zdrowotnych Kompetencji Informacyjnych (ZKI) według poziomów w polskiej populacji (HLS-EU, 2011) (opracowanie własne).

	N	Średnia	Odchylenie standardowe
Płeć			
Mężczyźni	477	7,2	2,5
Kobiety	523	7,6	2,4
Grupy wiekowe			
do 24 lat	166	8,2	1,8
25–44 lata	351	7,6	2,3
45–64 lat	334	7,3	2,4
65 + lat	149	6,2	3,0
Wykształcenie			
Podstawowe ukończone	195	6,7	2,7
Zasadnicze zawodowe	264	7,1	2,5
Średnie i policealne	361	7,7	2,2
Wyższe	170	8,2	2,0
Samoocena zdrowia			
Dobre	605	8,0	2,1
Średnie	280	6,9	2,5
Złe	110	5,5	2,9
Obecność choroby przewlekłej			
Nie	603	7,8	2,3
Tak	389	6,9	2,6

Tabela III. Średnie wartości Indeksu* Zdrowotnych Kompetencji Informacyjnych według wybranych zmiennych (opracowanie własne).

* Różnice między kategoriami każdej ze zmiennych istotne statystycznie (analiza ANOVA: $p < 0,01$).

kim szukać wśród kobiet, osób o relatywnie wyższym wykształceniu, wysoko oceniających swój stan zdrowia oraz niechorujących na chorobę/y przewlekłe. Choć ogólnie wysoka samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych nie musi w każdym przypadku oznaczać rzeczywistych umiejętności [17], jest to dobry sygnał dla edukatorów zdrowotnych, gdyż ewentualna edukacja u tych osób nie powinna napotkać przeszkody w postaci niskiej oceny własnych możliwości, czy też obarczania innych winą za brak informacji. Należy jednak pamiętać, że poczucie samoskuteczności nie jest uznawane za cechę stałą, i konieczne jest jego kształtowanie w toku ustawicznej edukacji zdrowotnej [18].

Inaczej sytuacja wygląda w przypadku osób, które cechuje niska ocena własnych umiejętności w zakresie znajdowania, oceny i zastosowania informacji zdrowotnych.

Jak wcześniej wspomniano, można przyjąć, że takich osób w polskiej populacji jest około 38%. Osoby te zgłaszają trudności w znajdowaniu, ocenianiu i zastosowaniu informacji zdrowotnej. Zgodnie z przyjętym wcześniej założeniem można uznać także, że cechuje je niski poziom samoskuteczności/wiary we własne możliwości.

Niewystarczający poziom zdrowotnych kompetencji informacyjnych występuje częściej u mężczyzn niż u kobiet, u osób starszych i gorzej wykształconych, a także gorzej oceniających swój stan zdrowia i chorujących na co najmniej jedną chorobę przewlekłą. To właśnie te osoby zasługują na szczególną uwagę edukatorów zdrowotnych. Fakt współwystępowania niewystarczających zdrowotnych kompetencji informacyjnych z niską pozycją społeczną mierzoną poziomem wykształcenia zwraca dodatkowo uwagę na związane

Czy mógłby (mogłaby) Pan(i) powiedzieć, posługując się skalą odpowiedzi od „bardzo łatwe” do „bardzo trudne”, jak łatwe jest dla Pana(i):	Trudne (raczej trudne i bardzo trudne)
Znajdowanie informacji	
...znajdowanie informacji o zmianach politycznych i administracyjnych, które mogą mieć wpływ na zdrowie?	35,6
...znajdowanie informacji dotyczących radzenia sobie z problemami, takimi jak stres lub depresja?	26,0
...znajdowanie informacji na temat szczepień i badań przesiewowych (masowych, bezpłatnych, profilaktycznych badań kontrolnych), którym powinien (powinna) się Pan(i) poddać?	25,1
...znajdowanie informacji na temat leczenia chorób, które Pana/Panią interesują?	24,9
...znajdowanie informacji na temat objawów chorób, które Pana/Panią interesują?	20,4
...znajdowanie informacji dotyczących zapobiegania i radzenia sobie ze stanami, takimi jak nadwaga, wysokie ciśnienie krwi lub wysoki cholesterol?	19,3
...znajdowanie informacji na temat rodzajów aktywności, które są korzystne dla stanu psychicznego?	18,9
...znajdowanie informacji dotyczących radzenia sobie z niezdrowymi zachowaniami, takimi jak palenie tytoniu, niska aktywność fizyczna czy nadmierne picie alkoholu?	14,5
...dowiedzenie się, co należy zrobić, kiedy pilnie potrzebna jest pomoc medyczna?	13,0
...znajdowanie informacji na temat zachowań służących zdrowiu, takich jak ruch czy zdrowe odżywianie się?	12,6
Ocenienie informacji	
...ocenie, czy informacje o chorobie znalezione w mediach są wiarygodne?	32,3
...ocenie zalet i wad różnych sposobów leczenia?	28,7
...ocenie, które szczepienia mogą być Panu(i) potrzebne?	27,4
...ocenie, którym badaniom przesiewowym powinien (powinna) się Pan(i) poddać? (masowym, bezpłatnym, profilaktycznym badaniom kontrolnym)	25,9
...ocenie, czy wiarygodne są znalezione w mediach informacje o czynnikach zagrażających zdrowiu?	24,4
...ocenie, kiedy potrzebuje Pan(i) zasięgnąć opinii innego lekarza?	23,0
...ocenie, kiedy powinien (powinna) Pan(i) udać się do lekarza na badania kontrolne?	17,7
...ocenie, jak miejsce zamieszkania wpływa na Pana(i) zdrowie i samopoczucie?	13,2
...ocenie, które z codziennych zachowań wpływają na Pana(i) zdrowie?	11,7
...ocenie, jak informacja uzyskana od lekarza daje się zastosować w Pana(i) przypadku?	11,6
Zastosowanie informacji	
...angażowanie się w działania, które poprawiają zdrowie i samopoczucie w społeczności, do której Pan(i) należy?	33,0
...zapisanie się do klubu sportowego albo na zajęcia ruchowe, jeśli Pan(i) tego chce?	30,0
...zdecydowanie, jak chronić się przed chorobą na podstawie informacji z mediów?	23,4
...zdecydowanie, czy powinien (powinna) się Pan(i) poddać szczepieniu przeciwko grypie?	22,1
...wpływanie na warunki życia, które oddziałują na Pana(i) zdrowie i samopoczucie?	20,8
...podejmowanie decyzji służących poprawie własnego zdrowia?	18,4
...wykorzystywanie informacji uzyskanych od lekarza w celu podejmowania decyzji dotyczących Pana(i) choroby?	15,6
...wezwanie karetki pogotowia, kiedy pilnie potrzebna jest pomoc medyczna?	9,6
...stosowanie się do zaleceń lekarza lub farmaceuty?	7,0
...stosowanie się do instrukcji dotyczących przyjmowania leków?	6,4

Tabela IV. Wskaźniki zdrowotnych kompetencji informacyjnych uporządkowane według stopnia trudności w obszarach znajdowania, ocenienia i zastosowania informacji, Polska 2011 [HLS-EU] (opracowanie własne).

z tą pozycją potencjalne bariery podniesienia poziomu niewystarczających zdrowotnych kompetencji informacyjnych. Chodzi tu między innymi o większe narażenie na zagrożenia zdrowia [19].

W polskiej populacji istotnie częściej za mało skuteczne uważają się osoby o niskiej samoocenie własnego zdrowia. Jeżeli osoba zdrowa źle ocenia swoje zdrowie, to także nisko ocenia swoje kompetencje informacyjne. Ten związek należy tłumaczyć m.in. związkiem niskich

zdrowotnych kompetencji informacyjnych z zaawansowanym wiekiem i niskim poziomem wykształcenia (niska pozycja społeczną).

Zgodnie z wynikami innych badań [20–23] kobiety częściej niż mężczyźni oceniają swoje zdrowotne kompetencje informacyjne jako wystarczające.

Respondentom najtrudniej jest znaleźć informacje dotyczące „zmian politycznych i administracyjnych, które mogą mieć wpływ na zdrowie”. Jest tak prawdopodobnie

dlatego, że wciąż nie funkcjonuje dobry system informowania społeczeństwa o działaniach władz. Podobny wynik uzyskano w 2002 roku, badając kadry zarządzające w polskim systemie opieki zdrowotnej. Wtedy także informacja o zmianach administracyjnych i prawnych była według badanych najbardziej niedostępna [24].

W kwestii oceniania wiarygodności informacji najwięcej kłopotu przysparzają media. Respondenci najbardziej zagubieni co do wartości informacji czują się wtedy, jeżeli pochodzą one z mediów masowych (telewizji, prasy, nadawców internetowych). L.A. Marshall i D. Williams twierdzą, że autorytet źródła jest bardzo ważnym czynnikiem uwiarygodniającym informację [25]. Jeżeli informacja pochodzi ze źródła, które użytkownik zna i ceni (np. publiczny serwis informacyjny, pod patronatem władz zdrowotnych), to z większym zaufaniem pochodzi do takiej informacji.

W zakresie zastosowania (czy inaczej przetworzenia) informacji tak, aby można ją było zastosować wobec samego siebie) polscy respondenci mają najwięcej kłopotu z zastosowaniem informacji dotyczących angażowania się w działania prozdrowotne społeczności lokalnych oraz korzystania ze zorganizowanych form uprawiania sportu i rekreacji. Być może informacja, którą dostają, nie jest wystarczająco jasna, zbyt naukowa/techniczna, aby łatwo ją było odnieść do samego siebie? Ustalenie przyczyn wymagałoby dalszych badań.

Jak postrzeganie własnych kompetencji informacyjnych/poczucie własnej skuteczności ma się do faktycznej wiedzy i umiejętności, wymaga dalszych badań sprawdzających, gdzie, w jaki sposób, jak skutecznie odszukują oraz na ile poprawnie oceniają i stosują zdrowotne informacje Polacy. Zgodnie z teorią A. Bandury można jednak stwierdzić, że korzystne postrzeganie własnej skuteczności jest elementem wspierającym podnoszenie poziomu kompetencji informacyjnych i szerzej – kompetencji zdrowotnych. „To, co ludzie myślą, w co wierzą i co czują, wpływa na to, jak się zachowują” [26].

Wnioski

Większa, choć, co trzeba zdecydowanie podkreślić, niewystarczająca część Polaków wysoko ocenia swoje umiejętności w zakresie znajdowania, oceniania i stosowania informacji zdrowotnych. Osoby starsze, słabo wykształcone, chore lub źle oceniające swój stan zdrowia mają niższe poczucie własnej skuteczności informacyjnej i powinny być przede wszystkim obiektem szkoleń w zakresie zdrowotnych kompetencji informacyjnych, co może się korzystnie przyczynić do podnoszenia ich kompetencji zdrowotnych.

Przypisy

¹ Badanie HLS-EU było współfinansowane ze środków Komisji Europejskiej/EAHK oraz Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Piśmiennictwo:

1. American Library Association. Presidential Committee on Information Literacy, *Final Report*, American Library Association, Chicago 1989, <http://www.ala.org/ala/mgrps/divs/acrl/publications/whitepapers/presidential.cfm> (dostęp: 20.04.2013).
2. Niedźwiedzka B., *Health information literacy as important component of health literacy*, „Zdrowie Publiczne” 2013 (przyjęte do druku).
3. MLA Health Information Literacy Task Force, *Putting information into health literacy*, Medical Library Association, Chicago, IL, www.mlanet.org/resources/healthlit/define.html (dostęp: 20.04.2013).
4. Niedźwiedzka B., *A proposed general model of information behaviour*, „Information Research – An International Electronic Journal” 2003; IX, 1, paper 164, <http://InformationR.net/ir/9-1/paper164.html> (dostęp: 20.04.2013).
5. Norman C.D., Skinner H.A., *eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world*, „Journal of Medical Internet Research” 2006; 2: e9.
6. HLS-EU Consortium, *Comparative Report of Health Literacy in eight member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, 2012*, <http://www.health-literacy.eu> (dostęp: 20.04.2013).
7. Kickbusch I., *Improving health literacy in the European Union: towards a Europe of informed and active citizens*, European Health Forum, Gastein, 8 October 2004, <http://old.ilonakickbusch.com/health-literacy/health-literacy-gastein.pdf> (dostęp: 20.04.2013).
8. Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska A. i in., *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, „BMC Public Health” 2012; 12, 80, doi:10.1186/1471-2458-12-80.
9. Health Literacy Survey results, <http://www.janssen-emea.com/news/health-literacy-in-europe> (dostęp: 20.04.2013).
10. Bandura A., *Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change*, „Psychological Review” 1997; 84: 191–215.
11. Schwarzer R., *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, w: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997: 97.
12. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, PTP, Warszawa 2001.
13. Lloyd L.L., Ammary N.J., Epstein L.G., Johnson R., Rhee K., *A transdisciplinary approach to improve health literacy and reduce disparities*, „Health Promotion Practice” 2006; VII, 30: 331–335.
14. HLS-EU Consortium (2012), *Comparative Report of Health Literacy in eight member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU*, Online publication: [HTTP://WWW.HEALTH-LITERACY.EU](http://WWW.HEALTH-LITERACY.EU) (dostęp: 20.04.2013).
15. Eurobarometer. Sampling and fieldwork., <http://www.gesis.org/eurobarometer-data-servise/survey-series/standard-special-eb/sampling-and-fieldwork> (dostęp: 20.04.2013).
16. Słoińska Z., Borowiec A., Makowska M., *Wiedza, postrzeganie własnych kompetencji oraz udzielanie porad z zakre-*

- su wybranych behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, „Polski Przegląd Kardiologiczny” 2007; 6: 1181–1186.
17. Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 2012: 116.
 18. Słońska Z., Koziarek J., *Spoleczne nierówności w zdrowiu – efekt medykacji promocji zdrowia?*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2011; IX, 2: 64–75.
 19. Kenkel D., *Consumer health information and the demands of medical care*, „The Review of Economics and Statistics” 1990; 62, 4: 587–595.
 20. Palsdottir A., *Icelandic citizens' everyday life health information behavior*, „Health Informatics Journal” 2003; IX, 4: 225–240.
 21. Rutten L.J., Squiers L., Hesse B., *Cancer-related information seeking: hints from the 2003 Health Information National Trends Survey (HINTS)*, „Journal of Health Communication” 2006; XI, 1: 147–156.
 22. Lorence D., Park H., *Gender and online health information: a partitioned technology assessment*, „Health Information and Libraries Journal” 2007; XXIV, 3: 204–209.
 23. Urquhart C., Yeoman A., *Information behavior of women: theoretical perspectives on gender*, „Journal of Documentation” 2009; 66, 1: 113–139.
 24. Niedźwiedzka B., *Potrzeby informacyjne menedżerów w instytucjach opieki zdrowotnej w Polsce oraz przeszkody, na jakie napotykać szukając naukowej informacji*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2001; 3, 3–4: 63–72.
 25. Marshall L.A., Williams D., *Health Information: Does Quality Count for the Consumer? How Consumers Evaluate the Quality of Health Information Materials across a Variety of Media*, „Journal of Librarianship and Information Science” 2006; 38, 3: 141–156.
 26. Bandura A., *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J. 1986: 25.