

Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010-2018

Competence of health (Health Literacy) – a review of research using the European Health Competence Questionnaire (HLS-EU-Q47) in 2010-2018

BARBARA NIEDORYS^{1/}, AGNIESZKA CHRZAN-RODAK^{1/}, ADRIAN BARTOSZEK^{2/}, BARBARA ŚLUSARSKA^{3/}

^{1/} Doktorantka w Zakładzie Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

^{2/} Student, Kierunek Lekarski, Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

^{3/} Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie. Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych (Health Literacy; HL), to zdolność rozumienia i korzystania z informacji dotyczących zdrowia i choroby. Istotnym zagadnieniem jest badanie poziomu kompetencji zdrowotnych człowieka. Posłuży to lepszemu ukierunkowaniu interwencji instytucji zajmujących się zdrowiem publicznym na sfery HL, w których identyfikuje się największe braki.

Cel. Usystematyzowanie wyników badań dotyczących kompetencji zdrowotnych (HL) z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w oparciu o przegląd literatury.

Materiały i metody. Zastosowano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa. Poszukiwanie literatury z lat 2010-2018 przeprowadzono za pomocą bibliograficznych baz danych: PubMed, Scopus, Web of Science, Polska Bibliografia Lekarska oraz wyszukiwarka Google Scholar. Finalnie analizie poddano 20 prac pochodzących m.in z Europy oraz krajów Azjatyckich.

Wyniki. Większość badanych osób reprezentowała problematyczny poziom HL. Dziedzina, w której respondenci wykazywali największe deficyty był obszar profilaktyki chorób. Niski poziom samooceny kompetencji zdrowotnych obserwowano częściej wśród mężczyzn, osób starszych i z niskimi poziomem wykształcenia oraz z chorobą przewlekłą.

Wnioski. Większość analizowanych prac dotyczyła określenia poziomu kompetencji zdrowotnych wśród społeczeństw różnych krajów, osób starszych czy osób z niskim poziomem wykształcenia. Zmienne takie, jak płeć męska, niższy poziom wykształcenia, niski status ekonomiczny oraz obecność choroby przewlekłej miały związek z niższym poziomem HL.

Słowa kluczowe: Health Literacy, kompetencje zdrowotne, HLS-EU-Q47, przegląd badań

Introduction. A high level of Health Literacy means the ability to understand and use health and disease information. An important issue is the study of the level of human health competence. This will serve to better direct the interventions of public health institutions to Health Literacy spheres where the biggest gaps are identified.

Aim. Systematization of research results about Health Literacy using the European Health Competence Questionnaire (HLS-EU-Q47) based on a literature review.

Materials & method. The method of analysis and criticism of the literature was used. The search for literature from 2010-2018 was carried out using bibliographic databases: PubMed, Scopus, Web of Science, Polish Medical Bibliography, and Google Scholar. Finally, 20 works from, among others, Europe and Asian countries were analyzed.

Results. Most of the respondents represented a problematic level of Health Literacy. The area in which respondents showed the largest deficits was the area of disease prevention. A low level of self-assessment of health competences was observed more often among men, the elderly and those with a low educational level and with chronic disease.

Conclusion. Most of the analyzed works concerned the determination of the level of health competences among societies of different countries, the elderly, or people with a low level of education. Variables such as male, lower level of education, low economic status and the presence of a chronic disease were associated with a lower level of Health Literacy.

Key words: Health Literacy, health competence, HLS-EU-Q47, research review

© Hygeia Public Health 2019, 54(2): 105-113

www.h-ph.pl

Nadesłano: 02.04.2019

Zakwalifikowano do druku: 10.05.2019

Adres do korespondencji / Address for correspondence

mgr piel. Barbara Niedorys
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Staszica 4/6, 20-059 Lublin
tel. 884 38 57 52, e-mail: baskaniedorys@gmail.com

Wprowadzenie

Jedną z podstawowych potrzeb i wyzwań w obecnym systemie opieki zdrowotnej powinno być kształtowanie *Health Literacy* (HL) człowieka. Termin ten nie ma bezpośredniego przełożenia na język polski. Polscy autorzy tłumaczą go w różnorodny sposób, m.in. jako ‘kompetencje zdrowotne’, ‘funkcjonalna wiedza zdrowotna’, ‘alfabetyzacja zdrowotna’ czy ‘odczytywanie zdrowia’ [1-5]. W prostym znaczeniu jest to zdolność rozumienia i korzystania z informacji dotyczących zdrowia i choroby. *Health Literacy* w szerokim pojmowaniu obejmuje mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne oddziałujące na motywację i umiejętności jednostek do zdobywania dostępu, poszukiwania oraz rozumienia i na tej podstawie korzystania z informacji, co ma przekładać się na poprawę i utrzymywanie dobrego zdrowia. *Health Literacy* oznacza coś więcej niż tylko posiadanie umiejętności przeczytania ulotki czy umówienia się na wizytę lekarską [2]. Według WHO, to wszystkie mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne, które oddziałują na motywację i możliwości jednostek do skutecznego uzyskiwania, przetwarzania i wykorzystania informacji służących zachowaniu lub poprawie zdrowia [1, 6]. Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych daje wiedzę, w jaki sposób oraz gdzie poszukiwać informacji dotyczących wpływu różnorodnych czynników na zdrowie. Poza tym kompetencje te mają związek z umiejętnościami krytycznej oceny czynników zdrowotnych, a w sprzyjającym otoczeniu pozwalają na ich modyfikację. Poziom kompetencji zdrowotnych i ich kształtowanie jest ważne z perspektywy promocji zdrowia, jak również prewencji czy terapii chorób. Dla profesjonalistów działających w tych obszarach istotna wydaje się być wiedza na temat sposobów i korzyści doskonalenia HL czy poznania skutków jego niskiego poziomu [2].

Cel

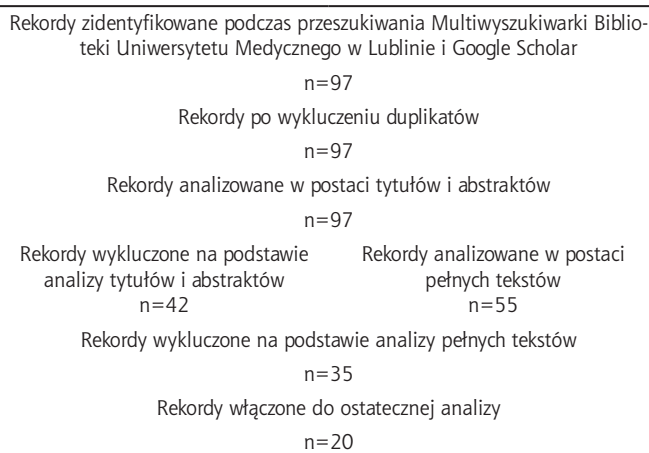
Usystematyzowanie wyników badań dotyczących kompetencji zdrowotnych (HL) z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (*European Health Literacy Survey Questionnaire* – HLS-EU-Q47) w oparciu o przegląd literatury.

Materiały i metody

Zastosowano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa. W tym celu przeprowadzono niesystematyczny przegląd piśmiennictwa. Bazę przedmiotową stanowiła Multiwyszukiwarka Biblioteki Głównej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, która przeszukuje m.in. takie bazy, jak: PubMed, Scopus, Web of Science, Polska Bibliografia Lekarska oraz wyszukiwarka Google Scholar. W ww. bazach wykorzystano słowa

kluczowe: ‘Health Literacy’, ‘kompetencje zdrowotne’, ‘alfabetyzacja zdrowotna’, ‘funkcjonalna wiedza zdrowotna’, ‘Europejski Kwestionariusz Kompetencji Zdrowotnych’ oraz ‘HLS-EU-Q47’.

Health Literacy nabiera szczególnego znaczenia we współczesnej polityce zdrowotnej większości państw na świecie, dlatego strategia poszukiwania prac była ograniczona do artykułów opublikowanych w latach 2010-2018. W procesie przeglądu piśmiennictwa, w pierwszym etapie dokonano kwalifikacji prac do analizy na podstawie ich tytułów, w wyniku czego zakwalifikowano 97 artykułów. Następnie po przeczytaniu streszczeń odrzucono 42 artykuły, zaś pozostawiono do analizy pełnych tekstów 55 artykułów. W kolejnym etapie odrzucono 35 artykułów, a do ostatecznej analizy pozostawiono 20 prac pochodzących z różnych części świata, m.in. z Europy oraz krajów Azjatyckich. Schemat kwalifikowania artykułów do analizy badawczej według konwencji PRISMA [7] przedstawiał się następująco:



Selekcja danych. W procesie selekcji publikacji pierwszy autor przeprowadzał dobór danych na wszystkich włączonych publikacjach. Drugi autor potwierdził ekstrakcję danych w zakresie przyjętych do oceny publikacji. Dane z każdego artykułu zostały uzyskane w przeglądzie przez dwóch niezależnych autorów. Różnice były rozstrzygane po zasięgnięciu opinii trzeciego autora artykułu. W procesie przeglądu wyodrębniono następujące elementy: wielkość próby, okres zbierania danych, narzędzia badawcze, wyniki badania, hipotezy zmienne niezależne, zależne i skale pomiaru, dokonane analizy oraz uzyskane wnioski mające znaczenie dla przeglądu.

Kryteria włączenia. Przegląd obejmował badania przeprowadzone w latach 2010-2018. Kryteria decydujące o włączeniu prac do przeglądu były następujące: prace oryginalne, prace z zastosowaniem kwestionariusza HLS-EU-Q47, prace publikowane w języku polskim i angielskim.

Kryteria wyłączenia. W procesie analizy wykluczone zostały: prace poglądowe, monografie, podręczniki, materiały szkoleniowe oraz broszury informacyjne.

Ostatecznie do analizy włączono 20 prac oryginalnych [8-27]. Szczegółowo przeanalizowano cele badawcze, grupę badanych, metodę i technikę badań oraz główne wyniki (tab. I).

Tabela I. Zakres i charakter badań dotyczących kompetencji zdrowotnych (HL) z wykorzystaniem kwestionariusza HLS-EU-Q47

Lp.	Autorzy, rok, kraj	Cel pracy	Grupa badana n, wiek (lata)	Metoda/Narzędzia badawcze	Główne wyniki badań
Badania prowadzone w różnych grupach wiekowych					
1	Berens i wsp. 2016, [8] Niemcy	Ocena częstości występowania ograniczonych kompetencji zdrowotnych (HL) w różnych grupach wiekowych	n=2000 wiek ≥15	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: 47,3% spośród respondentów wieku 15-29 lat oraz 47,2% w wieku 30-45 lat miało ograniczony poziom kompetencji zdrowotnych. Podobnie 55,2% respondentów w wieku 46-64 lata i 66,4% w wieku +65 lat wykazywało ograniczone kompetencje zdrowotne Zależności i związki: Wraz z wiekiem oraz niskim statusem społecznym wzrasta liczba osób o ograniczonych kompetencjach zdrowotnych
2	Bozkurt i wsp. 2018, [9] Turcja	Zbadanie kompetencji zdrowotnych i funkcji poznawczych osób w wieku +65 lat oraz określenie związku między nimi	n=400 wiek ≥65	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47; Mini Mental State Examination (MMSE)	Rozkład w grupie: Problematiczny lub niewystarczający poziom kompetencji zdrowotnych odnotowano u 85,1% przypadków Zależności i związki: Występował związek pomiędzy utratą funkcji poznawczych a poziomem HL
3	Cesnaviciene i wsp. 2018, [10] Litwa	Określenie poziomu kompetencji zdrowotnych wśród młodych mieszkańców Litwy	n=842 wiek 18-29	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: U 18,6% badanych stwierdzono nieadekwatny poziom kompetencji zdrowotnych. Problematiczny poziom HL występował u 40% badanych, zaś wystarczający i doskonały występował odpowiednio u 34 i 7,4% respondentów Zależności i związki: Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w poziomie HL, a ptią badanych
4	Domańska i wsp. 2018, [11] Niemcy	Ocena przydatności Kwestionariusza HLS -EU-Q-47 do pomiaru ogólnej świadomości zdrowotnej u młodzieży	n=20 wiek 14-17	Wywiad poznawczy /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Respondenci w okresie dorastania nie byli zaznajomieni z niektórymi terminami HLS-EU-Q47. Mieli oni ograniczone doświadczenie w zakresie niektórych zadań, które zostały uwzględnione w Kwestionariuszu. Zastosowanie HLS-EU-Q47 wśród nastolatków w wieku 14-17 lat jest ograniczone
5	Duong i wsp. 2017, [12] Indonezja, Kazachstan, Malesja, Tajwan, Wietnam	Walidacja narzędzia badawczego (HLS-EU -Q-47) w kilku krajach azjatyckich	n=10024 wiek ≥15	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Wykazano, że kwestionariusz ma dobrą trafność konstrukcyjną i wysoką wewnętrzną spójność (α -Cronbacha>90) Zależności i związki: Ogólna ocena umiejętności zdrowotnych była istotnie związana z poziomem wykształcenia i postrzeganym statusem społecznym
6	McKenna i wsp. 2018, [13] Irlandia	Ocena rozwoju umiejętności w zakresie kompetencji zdrowotnych uczestników uczestniczących w programie zdrowotnym dotyczącym układu sercowo-naczyniowego	n=19 wiek 36-76	Metoda powtórzenia wywiadu /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: W pierwszym etapie badań 68% badanych wykazało ograniczony, a 32% odpowiedni poziom kompetencji zdrowotnych. W drugim etapie (po upływie 12 tygodni) przeprowadzono kolejny wywiad, w którym wszyscy uczestnicy zgłosili, że lepiej rozumieją kwestie istotne dla ich zdrowia i samopomocy Zależności i związki: Udział w programie zdrowotnym istotnie wpłynął na poziom HL jego uczestników
7	Nakayama i wsp. 2015, [14] Japonia	Walidacja narzędzia (HLS-EU-Q-47) do użytku w Japonii oraz porównanie poziomu HL w Japonii i Europie	n=1024 wiek 20-69	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: Aż 60,1% społeczeństwa Japonii posiadało niewystarczający poziom HL. W porównaniu z wartościami europejskimi, umiejętności zdrowotne w populacji japońskiej były niższe niż w Europie. Największa różnica (51,5%) dotyczyła liczby respondentów, którzy nie wiedzieli, gdzie uzyskać profesjonalną pomoc, kiedy są chorzy Zależności i związki: Ogólny wskaźnik alfabetyzacji zdrowotnej był znacznie wyższy u kobiet niż u mężczyzn i wzrastał wraz z wiekiem i lepszą samooceną warunków życia
8	Niedźwiecka i wsp. 2012, [15] Polska	Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych HLS-EU- Q-47	n=1000 wiek ≥15	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47 Analizowane dane pochodzą z Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych	Rozkład w grupie: Około 38% populacji polskiej oceniało swoją wiedzę na temat zdrowia jako niską. Respondenci twierdzili, że mają trudności ze znalezieniem, oceną i stosowaniem informacji o stanie zdrowia Zależności i związki: Niski poziom samooceny obserwowany był częściej wśród mężczyzn, osób starszych i osób z niskim poziomem wykształcenia, a także wśród respondentów, którzy uważali swój stan zdrowia za zły lub cierpieli na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a także wśród tych osób, które znajdowały się w trudnej sytuacji ekonomicznej

Lp.	Autorzy, rok, kraj	Cel pracy	Grupa badana n, wiek (lata)	Metoda/Narzędzia badawcze	Główne wyniki badań
9	Quenzel i wsp. 2015, [16] Niemcy	Ocena poziomu umiejętności zdrowotnych wśród młodych ludzi z niskim wykształceniami przeszłością migracyjną	n=1000 wiek 15-80	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: 24,9% młodych osób (migrantów) i 12,8% respondentów (bez przeszłości migracyjnej) miało nieodpowiednią znajomość zdrowia Zależności i związki: Młodzież o niższym wskaźniku wykształcenia oraz z przeszłością migracyjną miała średnio znacznie niższy poziom wiedzy na temat zdrowia niż populacja ogólna
10	Runk i wsp. 2017, [17] Laotańska Republika Ludowo-Demokratyczna (Laos)	Ustalenie poziomu wiedzy na temat zdrowia wśród studentów pierwszego roku na Uniwersytecie Narodowym w Laotańskiej Republice Ludowo-Demokratycznej	n=244 (studenci) wiek 17-29	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: Wynik ogólnego poziomu wiedzy o zdrowiu wynosił średnio 26,38, co oznaczało, że uczniowie posiadali 'problematiczny' poziom HL. Dalsza analiza wykazała, że 88 respondentów posiadało 'niewystarczający', 138 'problematiczny', a tylko 17 'odpowiedni' poziom HL. Jeden respondent (0,4%) wykazał się 'doskonałym' zakresem kompetencji zdrowotnych
11	Santos i wsp. 2018, [18] Portugalia	Opisanie źródeł informacji na temat zdrowia w młodszej populacji	n=485 średnia wieku 23 lata	Sondaż diagnostyczny /Ankieta własnego autorstwa; Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: Problematiczny lub nieodpowiedni poziom HL występował u 66,4% kobiet i 63,5% mężczyzn. Głównym źródłem informacji zdrowotnej był Internet (78,8%), a następnie przedstawiciele opieki zdrowotnej (66,8%) i rodzina (49,9%) Zależności i związki: Wykazano odwrotną zależność między wykorzystaniem Internetu a wskaźnikiem alfabetyzacji. Uczniowie korzystający z Internetu mieli niższy poziom HL niż ci, którzy go nie używali. Dobry dostęp do lekarza POZ, dobry stan zdrowia i aktywność fizyczna wiązała się z lepszymi poziomami sprawności zdrowotnej
12	Słońska i wsp. 2015, [19] Polska	Celem badania jest opisanie i analiza, w kontekście procesu starzenia się, statusu, struktury i roli umiejętności zdrowotnych wśród osób starszych w Polsce	n=1000 wiek ≥15	Assisted Personal Interview (CAPI) /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47 Analizowane dane pochodzą z Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych	Rozkład w grupie: Prawie co druga osoba w polskiej populacji dorosłych w wieku +15 (44,6%) miała niski poziom wiedzy na temat zdrowia (niewystarczający i problematiczny). Osoby w wieku +65 były zagrożone niskim poziomem znajomości zdrowia. 61,3% Polaków w wieku +65 miało niski poziom ogólnej wiedzy na temat zdrowia, a tylko 12% znakomity, w przeciwieństwie do osób w wieku 50 lat i poniżej, gdzie te odsetki wynosiły odpowiednio 39,9 i 21,5% Zależności i związki: Poziom HL wiązał się z wiekiem badanych osób
13	Sørensen i wsp. 2015, [20] Austria, Niemcy, Bułgaria, Grecja, Irlandia, Polska i Hiszpania	Przedstawienie wyników pierwszego europejskiego badania porównawczego z wykorzystaniem HLS-EU-Q przeprowadzonego w 2011 r.	n=8000 wiek ≥15	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47 uzupełniony o dodatkową sekcję 39 pytań zawierających m.in. dane metryczkowe, (HLS-EU-Q86)	Rozkład w grupie: Co najmniej 1 na 10 (12%) respondentów wykazał niewystarczającą wiedzę na temat zdrowia, a prawie co druga osoba (47%) miała ograniczone (niewystarczające lub problematiczne) umiejętności zdrowotne. Różnice między państwami członkowskimi były znaczne: jedynie 1,8% próby w Holandii cechowało się niewystarczającą znajomością zdrowia, w porównaniu do Bułgarii, gdzie aż 26,9% społeczeństwa miało niewystarczający poziom kompetencji zdrowotnych Zależności i związki: Deprywacja finansowa, niski status społeczny, niskie wykształcenie lub starość, istotnie wpływały na poziom HL wśród badanych osób
14	Sukys i wsp. 2017 [21] Litwa	Pomiar poziomu kompetencji zdrowotnych wśród litewskich studentów	n=912 wiek 18-24	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: 6,9% badanych miało niewystarczający, zaś 23,5% doskonały poziom kompetencji zdrowotnych. Najwyższy wskaźnik alfabetyzacji obejmował domenę opieki zdrowotnej, a następnie profilaktyki chorób i promocji zdrowia Zależności i związki: Poziom HL istotnie wiązał się z płcią, mężczyźni mieli znacznie niższe oceny umiejętności zdrowotnych niż badane kobiety
15	Toci i wsp. 2015, [22] Albania	Ocena socjo-demograficznych determinantów HL wśród społeczeństwa Albanii	n=1154 wiek ≥18	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: Osoby w wieku 26-45 lat miały statystycznie wyższe średnie wyniki HL niż osoby w wieku +66 lat, które wykazywały najniższe wyniki HL we wszystkich domenach Zależności i związki: Wykazano wpływ wieku na wynik HL. Natomiast płeć, status zatrudnienia lub stan cywilny respondentów nie wpływał znacząco na poziom kompetencji zdrowotnych
16	Vogt i wsp. 2018, [23] Niemcy	Określenie poziomu kompetencji zdrowotnych oraz ich związek z umiejętnościami zdrowotnymi, cechami demograficznymi i społeczno-ekonomicznymi wśród osób starszych	n=475 wiek ≥65	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: Ogółem 66,3% wszystkich respondentów w wieku +65 lat miało ograniczoną wiedzę na temat zdrowia. Ograniczona znajomość zdrowia była szczególnie rozpowszechniona wśród respondentów powyżej 76 r. (80,6%) Zależności i związki: Niski poziom HL wiązał się z deprywacją finansową i ograniczoną znajomością zdrowia

Lp.	Autorzy, rok, kraj	Cel pracy	Grupa badana n, wiek (lata)	Metoda/Narzędzia badawcze	Główne wyniki badań
Badania w grupie pacjentów z wybraną jednostką chorobową					
17	Cayci i wsp. 2018, [24] Turcja	Ocena wpływu kompetencji zdrowotnych na zgodę na operację bariatryczną wśród chorych z otyłością	n=242 (osoby z otyłością olbrzymią) brak określenia wieku	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	Rozkład w grupie: Niewystarczający poziom HL występował u 2,9% grupy, która zgodziła się na operację bariatryczną i 45,2% grupy, która tego nie zrobiła. Ograniczony poziom HL był podobny w obu grupach (36,2 i 37,5%). Wystarczający i doskonały poziom HL był wyższy w grupie, która zgodziła się na operację bariatryczną (odpowiednio 42,8 vs. 18,1%) Zależności i związki: Istnieje związek między umiejętnościami zdrowotnymi a akceptacją chirurgii bariatrycznej u chorych z otyłością
18	Huang i wsp. 2018, [25] Tajwan	Walidacja narzędzia (HLS-EU-Q-47) wśród kobiet z rakiem piersi	n=475 (kobiety z rakiem piersi) brak określenia wieku	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47	HLS-EU-Q-47 jest zalecany do stosowania w celu oceny kompetencji zdrowotnych kobiet z rakiem piersi w różnych kontekstach zdrowotnych
19	Jovanić i wsp. 2018, [26] Serbia	Określenie znaczenia HL dla jakości życia u pacjentów z niewydolnością serca	n=200 (pacjenci z niewydolnością serca) brak określenia wieku	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HL-S-EU-Q-47; Kwestionariusz Oceny Jakości Życia SF-36	Rozkład w grupie: Prawie 2/3 respondentów (64%) miało ograniczoną wiedzę na temat zdrowia. Najniższy średni wskaźnik alfabetyzacji zdrowotnej obejmował wymiar zapobiegania chorobom, gdzie największa liczba respondentów wykazała ograniczony poziom kompetencji zdrowotnych (70%) Zależności i związki: Jakość życia badanych istotnie wpływała na poziom HL
20	Fernández-Silva i wsp. 2018, [27] Hiszpania	Określenie poziomu świadomości zdrowotnej pacjentów z cukrzycą typu II	n=103 (pacjenci z cukrzycą typu II) wiek 50-75	Sondaż diagnostyczny /Kwestionariusz HLS-EU-Q-47; analiza wartości ostatniego stężenia HbA1c w celu określenia prawidłowości samo-kontroli cukrzycy	Rozkład w grupie: Spośród wszystkich pacjentów 81,5% miało niewystarczający poziom świadomości zdrowotnej, 29,1% nieodpowiedni zaś 52,4% miało problemowy poziom HL Zależności i związki: Wyraźne powiązanie zaobserwowano między poziomem umiejętności zdrowotnych a wykształceniem. Ponadto poziom świadomości zdrowotnej był odwrotnie proporcjonalny do poziomu kontroli cukrzycy pacjentów mierzonej na podstawie ich stężenia HbA1c

Charakterystyka kwestionariusza HLS-EU-Q47. Kwestionariusz HLS-EU-Q47 swym szerokim zakresem obejmuje 4 stadia przetwarzania informacji (pozyskiwanie, rozumienie, ocenianie, zastosowanie) w każdym spośród 3 obszarów takich, jak: ochrona zdrowia, zapobieganie chorobom i promocja zdrowia. Powyższe etapy przetwarzania informacji oraz obszary tworzą układ 12 wymiarów kompetencji zdrowotnych – macierz kompetencji zdrowotnych na podstawie Sørensen i wsp. [29] (tab. II).

Każdemu wymiarowi odpowiada zestaw pytań wskaźnikowych, które oceniane są przez responden-

tów w 4-stopniowej skali Likerta (bardzo łatwe, łatwe, trudne i niemożliwe). Łącznie kwestionariusz składa się z 47 pytań [28, 29]. Uzyskane wyniki pozwalają się odnieść do odpowiedniego poziomu kompetencji zdrowotnych, które są następujące: ‘niewystarczające’ (0-25), ‘problematyczne’ (>25-33), ‘wystarczające’ (>33-42) i ‘doskonałe’ (>42-50) [21]. Niektórzy badacze w celu uproszczenia wyników łączą dwa pierwsze poziomy (niewystarczający i problematyczny) tworząc przedział 0-33 pkt. – oznaczający ‘ograniczony’ poziom kompetencji zdrowotnych [28].

Tabela II. Etapy przetwarzania informacji oraz obszary tworzące układ 12 wymiarów kompetencji zdrowotnych – macierz kompetencji zdrowotnych

	Pozyskiwanie informacji istotnych dla zdrowia	Rozumienie informacji istotnych dla zdrowia	Ocena informacji istotnych dla zdrowia	Zastosowanie informacji istotnych dla zdrowia
Opieka zdrowotna	Możliwość uzyskania dostępu do informacji w sprawach medycznych	Umiejętność zrozumienia informacji medycznej i jej znaczenia	Umiejętność interpretacji i oceny informacji medycznej	Umiejętność podejmowania decyzji w sprawach medycznych
Profilaktyka chorób	Możliwość uzyskania dostępu do informacji w sprawie czynników ryzyka dla zdrowia	Umiejętność zrozumienia informacji o czynnikach ryzyka i ich znaczeniu dla zdrowia	Umiejętność interpretacji i oceny informacji o czynnikach ryzyka dla zdrowia	Umiejętność podejmowania decyzji dotyczących czynników ryzyka
Promocja zdrowia	Możliwość zdobywania informacji na temat determinantów zdrowia w środowisku społecznym i fizycznym	Umiejętność zrozumienia informacji o wyznacznikach zdrowia w środowisku społecznym i fizycznym	Umiejętność interpretacji i oceny informacji na temat determinantów zdrowia w środowisku społecznym i fizycznym	Umiejętność podejmowania decyzji dotyczących determinantów zdrowia środowisku społecznym i fizycznym

Wyniki

Wyniki zbiorcze wybranych prac do analizy badawczej zostały przedstawione w tabeli I. Spośród analizowanych prac, aż 6 przedstawiało wyniki badań przeprowadzonych w grupach osób młodych w przedziale wiekowym 14-29 lat [10, 11, 16-18, 21]. Autorzy wymienionych artykułów próbowali określić poziom kompetencji zdrowotnych wśród młodej populacji, m.in. Litwy [10, 21], Niemiec [11, 16], Laosu [17] czy Portugalii [18]. Santos i wsp. [18] dodatkowo próbowali scharakteryzować źródła informacji na temat zdrowia wśród młodszej populacji. Z tych badań wynika, że głównym źródłem informacji na temat zdrowia był Internet, a następnie przedstawiciele opieki zdrowotnej i rodzina. Uczniowie korzystający z Internetu w celu poszukiwania informacji zdrowotnej mieli niższy poziom HL niż uczniowie, którzy go nie używali [18]. Z analizy wyników podanych prac wynika, że większość młodych osób reprezentowało problematyczny poziom HL [10, 11]. Biorąc pod uwagę respondentów znajdujących się w grupie wiekowej 14-17 lat wykorzystanie kwestionariusza HLS-EU-Q47 było ograniczone. Mieli oni małe doświadczenie w zakresie niektórych zadań, które zawarte są w tym kwestionariuszu [11]. Ważną cechą determinującą poziom kompetencji zdrowotnych wśród młodych ludzi było wykształcenie. Młodzież o niższym wskaźniku wykształcenia posiadała średnio znacznie niższy poziom wiedzy na temat zdrowia niż populacja ogólna [16].

Dwóch autorów przeprowadziło badania z wykorzystaniem kwestionariusza HLS-EU-Q47 wyłącznie w populacji osób starszych (+65 lat) w Turcji [9] i Niemczech [23]. Według wyników ich badań zdecydowana większość respondentów w wieku geriatrycznym reprezentowała problematyczny lub niewystarczający poziom kompetencji zdrowotnych. Podobne wyniki uzyskano również w Europejskim Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [20], którego wyniki uzyskane w populacji polskiej szczegółowo analizuje Słońska [19] i Niedźwiecka [15].

Autorzy skupiali się również na określeniu poziomu kompetencji zdrowotnych w społeczeństwach różnych krajów, np. Austrii, Bułgarii, Grecji, Irlandii, Holandii, Hiszpanii [20], Niemiec [8, 20], Polski [15, 20] i Albanii [25]. Wyniki niektórych badań posłużyły do walidacji narzędzia HLS-EU-Q47 do użytku w ich krajach [12, 14, 20]. Analiza wyników wymienionych badań wskazuje, że większość respondentów reprezentowała niewystarczający lub problematyczny poziom HL.

W zebranych materiale znajdowały się również prace, w których autorzy oceniali poziom kompetencji zdrowotnych wśród osób z określonymi jednostkami chorobowymi, np. otyłością [24], rakiem piersi [25],

niewydolnością serca [26], cukrzycą typu II [27]. W większości przypadków, ponad połowa badanych osób z określoną jednostką chorobową posiadała ograniczony poziom kompetencji zdrowotnych [26, 27].

Jeden z autorów badaniem objął uczestników programu zdrowotnego dotyczącego chorób układu sercowo-naczyniowego, przeprowadzając badania przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu [13]. Zdecydowanie wyższe wyniki w zakresie kompetencji zdrowotnych odnotowano po zakończeniu programu zdrowotnego.

Dyskusja

Kompetencje zdrowotne stanowią podstawowy wskaźnik determinujący decyzje związane ze zdrowiem oraz wpływają na wynikające z tych decyzji konsekwencje zdrowotne. Ich wysoki poziom jest kluczowym czynnikiem odpowiadającym za zdrowie i dobre samopoczucie, a w konsekwencji zmniejszającym nierówności w zdrowiu [8, 30]. Badania kompetencji zdrowotnych (HL) mają coraz większe znaczenie w dziedzinie szeroko rozumianego zdrowia publicznego. Odpowiednia znajomość zdrowia umożliwia społeczeństwu skuteczne wdrażanie polityki zdrowotnej, a co za tym idzie skuteczną promocję zdrowia, efektywną samoopiekę przy mniejszym ryzyku dla zdrowia oraz lepszą opiekę zdrowotną i niższe koszty z nią związane [12].

Pierwszym i głównym badaniem mierzącym poziom kompetencji zdrowotnych z wykorzystaniem kwestionariusza HLS-EU-Q47 był Europejski Sondaż Umiejętności Zdrowotnych [20]. Został przeprowadzony w 8 krajach: Austrii, Bułgarii, Niemczech, Grecji, Irlandii, Holandii, Polsce i Hiszpanii. Średnia ocena umiejętności zdrowotnych różniła się znacznie pomiędzy krajami o najwyższym (Holandia), a najniższym (Bułgaria) wyniku w zakresie umiejętności zdrowotnych. Dla Polski uzyskano następujące wartości: 10,2% – niewystarczający poziom HL; 34,4% – problematyczny; 35,9% – wystarczający oraz 19,5% – doskonały poziom kompetencji zdrowotnych. Warto zauważyć, że było to jedyne jak do tej pory badanie z wykorzystaniem tego kwestionariusza przeprowadzone w Polsce.

Z analizy dostępnych badań z zastosowaniem Kwestionariusza HLS-EU-Q47 wynika, że osoby badane reprezentują niski poziom kompetencji zdrowotnych [8, 10, 13, 17, 19, 20, 26]. Dziedziną, w której respondenci mieli największe braki był obszar profilaktyki chorób [26].

Poziom posiadanych kompetencji zdrowotnych jest szczególnie ważny w przypadku osób starszych, chorujących na schorzenia przewlekłe. Wpływa bowiem na rozpoznawanie objawów, umiejętność

podjęcia działań interwencyjnych w momencie zaostrzenia choroby, stosowanie się do zaleceń lekarskich i wiele innych. Ponadto niski poziom HL powoduje występowanie błędów w samoopiece, zwiększając tym ryzyko częstych hospitalizacji w trybie nagłym oraz przedwczesnej śmierci. Z artykułów poddanych analizie wynika, że osoby w wieku geriatrycznym znacznie częściej niż pozostali mają niski poziom kompetencji zdrowotnych [8, 9, 15, 19, 22, 23].

Biorąc pod uwagę determinanty HL zdania autorów są podzielone. Pomijając zmienną wieku, której związek z poziomem kompetencji zdrowotnych jest niekwestionowany i został przedstawiony wcześniej, tak wpływ innych zmiennych jest różny. Według Dulong'a i wsp. [12] ogólna ocena umiejętności zdrowotnych była istotnie związana z poziomem wykształcenia i postrzeganym statusem społecznym. Odzwierciedlenie tej tezy można również odnaleźć w badaniach Quenzel'a i wsp. [16], którzy twierdzą, że młodzież o niższym wskaźniku wykształcenia ma średnio znacznie niższy poziom wiedzy na temat zdrowia niż populacja ogólna. Podobnego zdania jest Niedźwiecka i wsp. [15], według której niski poziom samooceny kompetencji zdrowotnych obserwuje się częściej wśród mężczyzn, osób starszych i osób z niskimi poziomem wykształcenia, a także wśród respondentów, którzy uważają swój stan zdrowia za zły lub cierpią na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a także wśród tych osób, którzy znajdują się w trudnej sytuacji ekonomicznej. Natomiast w badaniach Toci i wsp. [22] płeć, status zatrudnienia lub stan cywilny respondentów nie wpływały znacząco na poziom kompetencji zdrowotnych. Nakayama i wsp. [14] dokonali analizy porównawczej poziomu HL w Japonii i w Europie.

Z wyników ich badań wynika, że umiejętności zdrowotne w populacji japońskiej były niższe niż w Europie.

Dla społeczeństw XXI w. charakterystyczna jest dominacja niezdrowego stylu życia i wynikające z tego konsekwencje dla zdrowia. To z kolei rodzi wyzwania dla systemów opieki zdrowotnej, które często są trudne w nawigacji nawet dla ludzi z wysokim wykształceniem. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, że systemy edukacyjne często nie zapewniają ludziom odpowiednich umiejętności w uzyskaniu dostępu, rozumieniu, ocenie i wykorzystywaniu informacji by poprawić ich zdrowie. Ten paradoks spowodował kryzys świadomości zdrowotnej w Europie i poza nią [31]. Zdaniem Kardialik i wsp. [32] edukacja zdrowotna jest istotnym działaniem w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, a niewystarczająca wiedza o czynnikach warunkujących zdrowie, szczególnie u niewykształconych ludzi, ma bardzo niekorzystne konsekwencje dla zdrowia populacji. Na kształtowanie kompetencji zdrowotnych duży wpływ ma funkcjonujący w danym kraju system

opieki zdrowotnej. Przykładem państwa, w którym wysiłki rządzących w dużej mierze koncentrują się na wprowadzeniu idei HL jest Holandia. To tu w 2010 r. powstał *Netherlands Alliance for Health Literacy* (Holenderski Sojusz na rzecz Kompetencji Zdrowotnych), skupiający m.in. organizacje pacjentów, dostawców usług medycznych, instytucje opieki zdrowotnej, dostawców ubezpieczeń zdrowotnych, uczelnie, przemysł oraz społeczność biznesową. Celem Sojuszu jest popieranie włączania HL do codziennej działalności instytucji opieki zdrowotnej, do dzielenia się wiedzą i doświadczeniem poprzez organizowanie wspólnych spotkań i warsztatów [31]. Działania podejmowane przez rząd Holenderski przyczyniają się do poprawy komunikacji w sektorze opieki zdrowotnej oraz zwiększają świadomość zdrowotną całego społeczeństwa, czego odzwierciedlenie widoczne jest w wynikach Europejskiego Badania Kompetencji Zdrowotnych, w których Holandia uzyskała najlepsze wyniki [20].

Pomiar kompetencji zdrowotnych jest przedmiotem rosnącej liczby badań w części krajów na świecie. Niestety tendencja ta nie dotyczy Polski. Istnieje wyraźna potrzeba zbadania poziomu HL w naszym kraju oraz określenia czynników determinujących poziom kompetencji zdrowotnych wśród różnych grup społecznych. Przyczyniłoby się to do określenia konsekwencji niskiego poziomu HL oraz opracowania programu rozwijającego poziom kompetencji zdrowotnych wśród społeczeństwa polskiego.

W dokonanej analizie przeglądu literatury z użyciem kwestionariusza HLS-EU-Q47 łącznie objęto 29619 osób, z 20 krajów. Badane grupy znajdowały się w wieku od 14 r.ż. do osób po 65 r.ż. Osoby zdrowe objęte badaniem reprezentowała grupa 28580, natomiast badania ukierunkowane na osoby obciążone chorobą przeprowadzone były na grupie 1039 osób. Kwestionariusz HLS EU Q47 służył nie tylko do oceny samych kompetencji zdrowotnych, ale często używany był w towarzystwie innych narzędzi umożliwiając określenie związków pomiędzy, np. jakością życia czy wydolnością funkcjonalną a poziomem HL. Jest przetłumaczony na różne języki oraz walidowany w różnych krajach. To sprawia, że Kwestionariusz HLS -EU-Q47 jest doskonałym i uniwersalnym narzędziem służącym do oceny świadomości zdrowotnej wśród różnych społeczeństw, reprezentujących odmienne kultury czy różny poziom wykształcenia.

Wnioski

W oparciu o dokonany przegląd piśmiennictwa sformułowano następujące wnioski:

- Większość analizowanych prac dotyczyła określenia poziomu kompetencji zdrowotnych wśród społeczeństw różnych krajów, osób starszych czy osób z niskim poziomem wykształcenia.

2. Respondenci prezentowali na ogół niski poziom kompetencji zdrowotnych.
3. Osoby starsze znacznie częściej niż młodsze grupy wiekowe reprezentowały niski poziom kompetencji zdrowotnych.
4. Dziedziną kompetencji zdrowotnych, w której respondenci reprezentowali największe deficyty był obszar profilaktyki chorób.
5. Zmienne takie, jak płeć męska, niższy poziom wykształcenia, niski status ekonomiczny oraz obecność choroby przewlekłej miały związek z niższym poziomem HL.
6. Brakuje badań dotyczących oceny kompetencji zdrowotnych przeprowadzonych w różnych grupach respondentów Polsce.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo / References

1. Dobras M. Health Literacy jako element polskiego system opieki profilaktycznej nad pracownikami. *Med Pr* 2016, 67(5): 681-689.
2. Iwanowicz E. „Health Literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego. *Med Pr* 2009, 60(5): 427-437.
3. Kisilowska M. Health Information Literacy. Biblioteki na zdrowie! Seria III: e-Publikacje Instytutu INiB. Instytut Informacji Naukowej i Bibliotekoznawstwa, UJ 2008, 5: 225-232.
4. Mirczak A. Poziom kompetencji zdrowotnych (Health Literacy) seniorów a proces samozarządzania chorobą przewlekłą. *J Educ Health Sport* 2017, 7(3): 72-85.
5. Olejniczak D. Praktyczne wykorzystanie Health Literacy – alfabetyzmu zdrowotnego, jako narzędzia osiągania celów zdrowotnych. *J Educ Health Sport* 2016, 6(2): 238-243.
6. Kubińska Z, Pańczuk A, Ławnik A. Postawy wobec zdrowia jako jeden z przejawów kompetencji zdrowotnych. *Rozpr Społ* 2016, 10(4): 73-79.
7. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009, 6(7): e1000097.
8. Berens EM, Vogt D, Messer M, et al. Health Literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2016, 16(1): 1151.
9. Bozkurt H, Demirci H. Health Literacy among older persons in Turkey. *Aging Male* 2018: 1-6.
10. Česnavičienė J, Kalinkevičienė A, Ustilaite S. Young adult Health Literacy on health promotion as social determinant of health: challenges for health education practice in Lithuania. *SHS Web of Conferences* 2018, 40: 02005.
11. Domańska OM, Firnges C, Bollweg TM, et al. Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) – German version? Findings from cognitive interviews of the project “Measurement of Health Literacy Among Adolescents” (MOHLAA) in Germany. *Arch Public Health* 2018, 76: 46.
12. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, et al. Measuring Health Literacy in Asia: validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol* 2017, 27(2): 80-86.
13. McKenna VB, Sixsmith J, Barry MM. A qualitative study of the development of Health Literacy capacities of participants attending a community-based cardiovascular health programme. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15(6): E1157.
14. Nakayama K, Osaka W, Togari T, et al. Comprehensive Health Literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of Health Literacy. *BMC Public Health* 2015, 15: 505.
15. Niedźwiecka B, Słońska Z, Taran Y. Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [HLS-EU]. *Zesz Nauk Ochr Zdr - Zdr Publ i Zarz* 2012, 10(3): 212-218.
16. Quenzel G, Schaeffer D, Messer M, Vogt D. Gesundheitskompetenz bildungsferner Jugendlicher. *Bundesgesundheitsbl* 2015, 58(9): 951-957.
17. Runk L, Durham J, Vongxay V, Sychareun V. Measuring Health Literacy in university students in Vientiane, Lao PDR. *Health Promot Int* 2017, 32(2): 360-368.
18. Santos P, Sá L, Couto L, Hespanhol A. Sources of information in health education: a cross-sectional study in Portuguese university students. *AMJ* 2018, 11(6): 352-360.
19. Słońska ZA, Borowiec AA, Aranowska AE. Health Literacy and health among the elderly: status and challenges in the context of the Polish population aging process. *Anthropol Rev* 2015, 78(3): 297-307.
20. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health Literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015, 25(6): 1053-1058.
21. Sukys S, Cesnaitiene VJ, Ossowsky Z. Is health education at university associated with students' Health Literacy? Evidence from cross-sectional study applying HLS-EU-Q. *BioMed Res Int* 2017, 2017: 8516843.
22. Toçi E, Burazeri G, Myftiu S, et al. Health Literacy in a population-based sample of adult men and women in a South Eastern European country. *J Public Health* 2016; 38(1): 6-13.
23. Vogt D, Schaeffer D, Messer M, et al. Health Literacy in old age: results of a German cross-sectional study. *Health Promot Int* 2018, 33(5): 739-747.
24. Cayci HM, Erdogdu UE, Demirci H, et al. Effect of Health Literacy on help-seeking behavior in morbidly obese patients agreeing to bariatric surgery. *Obes Surg* 2018, 28(3): 791-797.
25. Huang YJ, Lin GH, Lu WS, et al. Validation of the European Health Literacy Survey Questionnaire in women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2018, 41(2): E40-E48.

26. Jovanić M, Zdravković M, Stanisavljević D, Jović Vraneš A. Exploring the importance of Health Literacy for the quality of life in patients with heart failure. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15(8): 1761.
27. Fernández-Silva MJ, Alonso-González A, González-Pérez E, et al. Alfabetización en salud en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio transversal con el cuestionario HLS-EU-Q47. *Medicina de Familia SEMERGEN* 2018, 45(1): 30-36.
28. Słońska Z. Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) i ich znaczenie dla zdrowia. [w:] *Czas przemian – czas wyzwań. Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*. Jasiewicz J, Zybert EB (red). Stowarzyszenie Bibliotekarzy Polskich, Warszawa 2014: 339-353.
29. Sørensen K, van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring Health Literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013, 13: 948.
30. Benyon K. Health Literacy. *InnovAiT* 2014, 7(7): 437-440.
31. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health Literacy – the solid facts. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf (01.05.2019).
32. Kardialik K, Olejniczak D, Religioni U. Wykorzystanie umiejętności odczytywania (postrzegania) zdrowia przez studentów w procesie pozyskiwania informacji o chorobach. *Hygeia Public Health* 2012, 47(1): 89-94.