



Maciej Dobras

HEALTH LITERACY JAKO ELEMENT POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI PROFILAKTYCZNEJ NAD PRACOWNIKAMI

HEALTH LITERACY AS AN ELEMENT OF THE POLISH OCCUPATIONAL HEALTH SYSTEM

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland
Klinika Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, Pracownia Polityki Zdrowotnej / Department of Occupational Diseases
and Environmental Health, Health Policy Unit

STRESZCZENIE

Współcześnie uznaje się, że kompleksowe podejście do dbałości o zdrowie wymaga nieustannego kształtowania i doskonalenia health literacy. Pojęcie to, choć nie ma jeszcze dosłownego polskiego odpowiednika, odnosi się do szeroko pojętej świadomości zdrowotnej jednostek, czyli ich zdolności do wyszukiwania, przetwarzania i rozumienia informacji niezbędnych do podejmowania właściwych decyzji zdrowotnych, także w sferze aktywności zawodowej. W niniejszej pracy zaproponowano wprowadzenie terminu 'biegłość zdrowotna' jako polskiego odpowiednika 'health literacy'. Materiały źródłowe do przygotowania publikacji uzyskano w wyniku przeglądu polsko- i anglojęzycznego piśmiennictwa dotyczącego health literacy. Do zobrazowania prawdopodobnego poziomu health literacy wśród polskich pracodawców i pracowników wykorzystano raporty Głównego Inspektoratu Pracy oraz wybrane wyniki drugiego „Europejskiego badania przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń” (Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks – ESENER-2). Przeprowadzona analiza wskazuje, że health literacy jest zagadnieniem wielopłaszczyznowym i dotychczas zbadanym w odniesieniu do kilku jednostek chorobowych, natomiast praktycznie niepojawiającym się w systemach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami. Istnieją przesłanki, żeby sądzić, że u podstaw pasywnego (najczęściej pozostającego w zgodzie jedynie z minimalnymi wymaganiami prawnymi) podejścia do kwestii umacniania zdrowia polskich pracowników leży m.in. niski poziom biegłości zdrowotnej zarówno wśród pracodawców, jak i pracowników. Koncepcja health literacy wymaga w Polsce upowszechnienia, natomiast przedmiotem dalszych badań i rozważań dotyczących wykorzystania tej koncepcji w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia powinno być przede wszystkim zbudowanie odpowiedniego na polskim gruncie narzędzia badawczego do oceny poziomu biegłości zdrowotnej. Istnieje również potencjał do zastosowania tej koncepcji w ochronie zdrowia pracujących, tym bardziej że funkcjonują w Polsce służby i podmioty właściwe do podejmowania działań o charakterze informacyjno-doradczym, a więc takich, które pozwalają budować i doskonalić health literacy. Med. Pr. 2016;67(5):681–689

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, polityka zdrowotna, służba medycyny pracy, biegłość zdrowotna, upodmiotowienie jednostki, zdrowie pracujących

ABSTRACT

Nowadays it is believed that a comprehensive approach towards one's health requires the development and subsequent mastering of health literacy. Although this term has no Polish equivalent, it applies to the ability of individuals to access, analyze and understand information necessary to make informed health decisions. In this publication it is suggested that 'biegłość zdrowotna' can be used as a corresponding Polish term. This publication is based on the review of the available literature (in Polish and in English) on health literacy. To illustrate the hypothetical level of health literacy among Polish employers and employees reports of the Chief Labour Inspectorate and individual items from the Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2) were used. The analysis proves that health literacy is a multidimensional concept which has been studied and investigated so far only in relation to chosen nosological units, but practically it does not appear in relation to occupational health. There are reasons to believe that in Poland the low level of health literacy among both employers and employees, lies at the forefront of a passive approach towards the safeguarding of workers health. The concept of health literacy needs further dissemination in Poland, whereas the main area of future research should be the design of the Polish tool for assessing health literacy. The national system of occupational health seems to offer a possible ground for implementing such a concept, especially bearing in mind that within the current system there are several entities and services, which have the legal mandate to undertake informative and advisory duties – exactly those, which help build and master health literacy skills. Med Pr 2016;67(5):681–689

Key words: health education, health policy, occupational medicine service, health literacy, empowerment of individual, occupational health

Autor do korespondencji / Corresponding author: Maciej Dobras, Lancaster University, Faculty of Health and Medicine, Division of Health Research, Bailrigg, LA1 4YG, Lancaster, e-mail: m.dobras@lancaster.ac.uk
Nadesłano: 2 grudnia 2015, zatwierdzono: 22 marca 2016

Finansowanie / Funding: praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową IMP 8.4/2015 pt. „Skłonność pracodawców do inwestowania w zdrowie pracowników” (kierownik tematu: mgr Maciej Dobras) oraz w ramach 7. Programu Ramowego Komisji Europejskiej (FP7/2013–2017), projekt INGRID (umowa nr 312691, koordynator projektu: dr Guy van Gyes).

WSTĘP

W Karcie Ottawskiej promocja zdrowia zdefiniowana jest jako „proces umożliwiający ludziom przejmowanie coraz większej kontroli nad własnym zdrowiem i tym samym jego poprawę” [1]. Z jednej strony dbałość o zdrowie jest kwestią indywidualną, natomiast z drugiej – chociażby ze względu na mnogość środowisk, w których funkcjonujemy – ludzkie zdrowie nie tylko może, ale i powinno być przedmiotem troski, jeśli nie *stricte* publicznej, to przynajmniej określonych zbiorowości.

Jednym z wielu środowisk, w których możliwe jest podejmowanie działań na rzecz umacniania zdrowia jednostek, jest miejsce pracy. Nowocześnie rozumiana promocja zdrowia w miejscu pracy uzupełnia ofertę podstawowych działań, do których pracodawca jest zobowiązany prawem (np. do zapewniania pracownikom profilaktycznych badań lekarskich, zapobiegania chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy itd.). Innymi słowy, w promocji zdrowia zakłada się odejście od postrzegania miejsca pracy jako tego, w którym realizuje się wyłącznie normy stanowione na rzecz opracowania i wdrożenia takiej polityki funkcjonowania przedsiębiorstwa, która w sposób długotrwały, kompleksowy i zrównoważony uwzględniałaby zarówno kwestie bezpośrednio związane ze zdrowiem pracowników, jak i jego pozostałe determinanty (np. starzenie się pracowników i ich osiągalność na rynku pracy, zastępowalność czynnika ludzkiego nowymi technologiami itp.). Całościowe podejście do zdrowia – w tym wdrożenie odpowiedniej polityki w miejscu pracy – wymaga nieustannego kształtowania i doskonalenia health literacy (na potrzeby niniejszego artykułu rozumianej jako biegłość zdrowotna).

Jak dotąd termin ten nie ma literalnego przełożenia na język polski. Dotychczasowe próby jego przetłumaczenia, podjęte przez rodzimych autorów, charakteryzuje pewien dualizm. Jedni, np. Cianciara [2] czy Bik i Przewoźniak [3], wskazują na istnienie trwałych elementów health literacy i definiują to pojęcie jako „kompetencje zdrowotne” [2] lub „funkcjonalną wiedzę zdrowotną” [3]. Inni autorzy tłumaczą termin jako „alfabetyzację zdrowotną” [4] lub „odczytywanie zdrowia” [5], tym samym akcentując proces, jaki towarzyszy kształtowaniu tego pojęcia. Tymczasem health literacy odnosi się do „zdolności jednostek do zasięgania, przetwarzania oraz rozumienia informacji niezbędnych do podejmowania właściwych decyzji zdrowotnych” [6]. Chodzi więc o pewną biegłość w posługi-

waniu się wszystkimi zdobyczami naukowo-technicznymi, które mogą służyć szeroko pojętemu umacnianiu zdrowia.

Niezbywalnym elementem umacniania zdrowia jednostek jest objęcie ich działaniami o charakterze profilaktycznym, niezależnie od środowiska, w którym funkcjonują. Mimo, że kwestiom związanym z profilaktyczną opieką nad pracownikami poświęca się w Polsce coraz więcej uwagi, dyskurs publiczny pozbawiony jest wątku dotyczącego health literacy, a istniejące przepisy prawne nie obligują poszczególnych stron (tj. pracodawców, służby medycyny pracy (SMP) ani służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp)) do podejmowania działań na rzecz wzmacniania kompetencji zdrowotnych pracowników – czyli osiągnięcia przez nich coraz wyższego stopnia biegłości zdrowotnej.

Co więcej, istnieją przesłanki, żeby sądzić, że u podstaw pasywnego (najczęściej pozostającego w zgodzie jedynie z minimalnymi wymaganiami prawnymi) podejścia do kwestii umacniania zdrowia pracowników leży, obok barier finansowych, właśnie niski poziom biegłości zdrowotnej głównych podmiotów i wynikająca z tego tytułu bierność w implementowaniu koncepcji na poziomie przedsiębiorstw. Z tego powodu celem niniejszego artykułu jest przybliżenie koncepcji health literacy i wskazanie możliwości jej wdrożenia w polskim systemie opieki profilaktycznej nad pracownikami.

METODY PRZEGLĄDU

Materiały źródłowe do przygotowania niniejszej publikacji uzyskano w wyniku przeglądu polsko- i anglojęzycznych publikacji dotyczących health literacy. Przeszukano 2 bazy danych – National Center for Biotechnology Information (NCBI) oraz EBSCO, z wykorzystaniem następujących słów kluczowych w języku angielskim i polskim: health literacy (biegłość zdrowotna), health information (informacje zdrowotne), assessment (ocena) oraz workplace (miejsce pracy). Wyszukano 142 prace opublikowane w renomowanych czasopismach naukowych – 37 włączono do niniejszego przeglądu.

Większość artykułów uwzględnionych w analizie powstała pod koniec XX w. lub w pierwszej dekadzie XXI w. W analizie pominięto artykuły napisane w języku innym niż polski i angielski oraz te, których podstawowym celem była walidacja opracowanych w innych krajach narzędzi służących do oceny health literacy. Ze względu na niedostępność polskiego narzędzia ewaluacyjnego, do zobrazowania prawdopodob-

nego poziomu health literacy wśród polskich pracodawców i pracowników wykorzystano raporty Głównego Inspektoratu Pracy oraz wyniki drugiego „Europejskiego badania przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń” (Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks – ESENER-2). Wnioski zawarte w niniejszej pracy są wynikiem syntezy obecnego postrzegania pojęcia health literacy zarówno przez rodzimych, jak i zagranicznych autorów oraz oceny uwarunkowań, w jakich sprawowana jest opieka profilaktyczna nad pracownikami w Polsce.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Koncepcja health literacy

W literaturze przedmiotu wskazuje się, że zarys koncepcji health literacy narodził się połowie lat 70. poprzedniego wieku jako element edukacji zdrowotnej związanej z szeroko pojętą polityką społeczną [7]. Od tego czasu zakres tego pojęcia (podobnie zresztą jak jego znaczenie) ulegał ewolucji. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) definiuje ‘health literacy’ jako wszystkie te mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne, które oddziałują na motywację i możliwości jednostek do skutecznego uzyskiwania, przetwarzania i wykorzystania informacji służących zachowaniu lub poprawie zdrowia [8].

Współcześnie rozumiana health literacy uwzględnia wobec tego wiele wzajemnie powiązanych czynników – zdolności, których posiadanie powinno usprawniać podejmowanie decyzji w zakresie zdrowia. Tak pojmowana biegłość zdrowotna zakłada, że już podstawowe umiejętności (np. czytanie i pisanie) w znacznym stopniu determinują zarówno późniejszą skłonność, jak i zdolność jednostki do dbania o własne zdrowie czy też do poruszania się w danym systemie opieki zdrowotnej [9,10].

W ślad za definicją zaproponowaną przez WHO powstało kilka innych, równie szerokich wyjaśnień pojęcia ‘health literacy’. Nutbeam wyróżnia jego następujące poziomy – podstawowy (basic/functional), który dotyczy elementarnych umiejętności niezbędnych do codziennego funkcjonowania, zaawansowany (communicative/interactive), dotyczący bardziej wyszukanych mechanizmów poznawczych i zdolności społecznych umożliwiających aktywne uczestnictwo w życiu codziennym, oraz krytyczny (critical), który dotyczy umiejętności pełnego i świadomego samostanowienia [11].

Z kolei według Zarcadoolas i wsp. istnieją 4 elementy składowe biegłości zdrowotnej [12]:

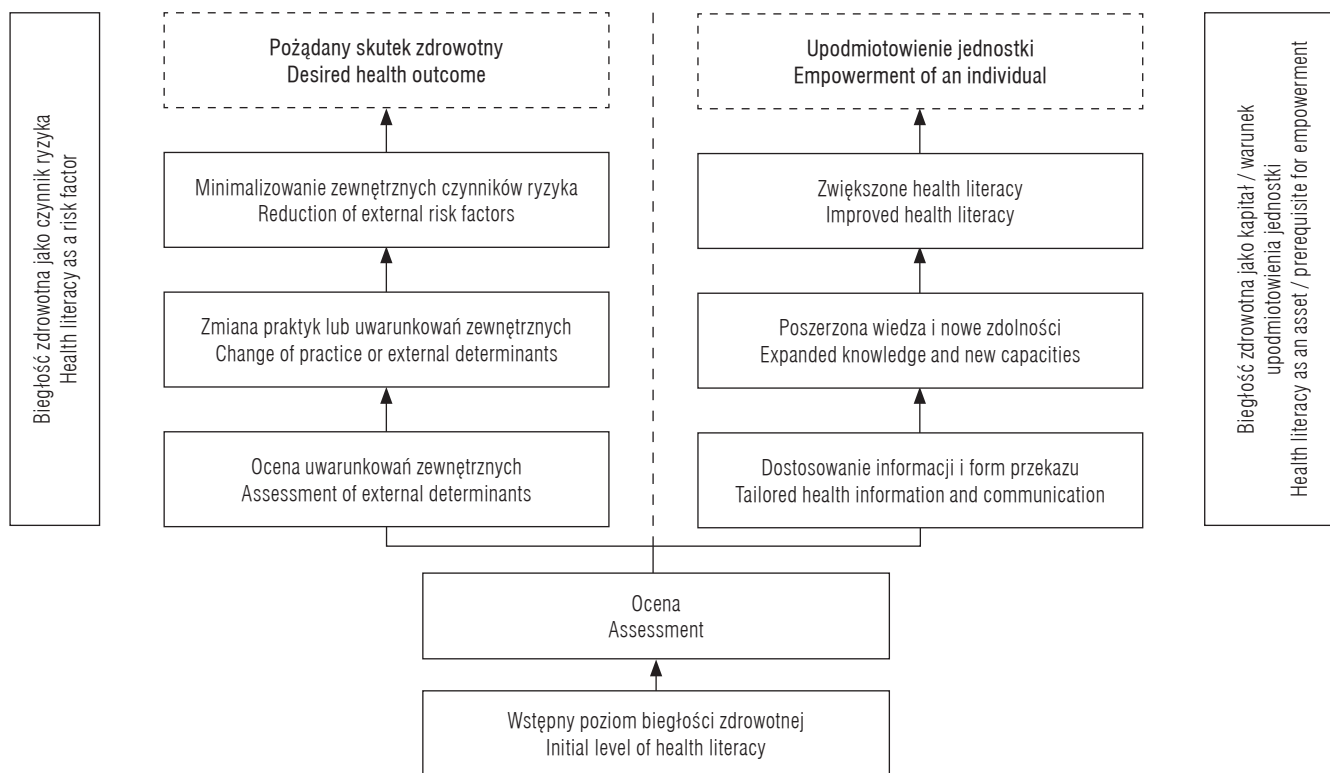
- biegłość podstawowa (fundamental literacy) – odnosząca się do takich umiejętności, jak pisanie, czytanie i liczenie;
- biegłość naukowa (scientific literacy) – odnosząca się do kompetencji w obszarze nauki i techniki (m.in. wiedzy na temat zasadniczych koncepcji naukowych i umiejętności posługiwania się zdobyciami technologii);
- biegłość społeczna (civic literacy) – odnosząca się do zaangażowania w życie publiczne i procesy decyzyjne;
- biegłość kulturowa (cultural literacy) – odnosząca się m.in. do umiejętności separowania wartościowych informacji od zwyczajów i przekonań, a także wrażliwości na uwarunkowania kulturowe podczas przekazywania informacji dotyczących zdrowia.

Inni autorzy, np. Ishikawa i Yano, uważają że na biegłość zdrowotną składają się informacje i umiejętności niezbędne do funkcjonowania w danym systemie ochrony zdrowia [13]. Z kolei Freedman postrzega to pojęcie przez pryzmat zdrowia publicznego i uważa za kluczowe w kontekście umacniania zdrowia całych społeczności, a nie tylko pojedynczych osób [14].

Cechą wspólną wszystkich przywołanych wyżej definicji jest to, że z jednej strony health literacy jest zagadnieniem wielowymiarowym, natomiast z drugiej – każdemu człowiekowi można przypisać wstępny poziom biegłości zdrowotnej. Podejmując decyzje dotyczące własnego zdrowia, każda jednostka kieruje się bowiem określonymi przesłankami, które wynikają m.in. z posiadanych umiejętności, przekonań, wiedzy czy doświadczenia. Dotyczy to zarówno stosowania się do zaleceń lekarskich, jak i częstości korzystania z danego systemu ochrony zdrowia lub swobody, z jaką dana osoba się w nim porusza.

W świetle koncepcji przedstawionej przez Nutbeam wstępny poziom biegłości zdrowotnej może stanowić zarówno czynnik ryzyka, jak i kapitał – warunek niezbędny do pełnego upodmiotowienia jednostki [15] (ryc. 1.).

W obydwu modelach health literacy przedstawionych na rycinie 1. zakłada się więc, że każdy człowiek dysponuje pewnym potencjałem, który determinuje to, czy i na ile skutecznie dana jednostka radzi sobie z wyzwaniami dotyczącymi własnego zdrowia (szereżej – w warunkach, w jakich oferowane są poszczególne świadczenia). Integralną częścią obydwu sposobów pojmowania health literacy jest weryfikacja wstępnego poziomu biegłości zdrowotnej. Kompleksowa charak-



Na podstawie koncepcji health literacy zaproponowanej w: / Based on the health literacy concept proposed in: Nutbeam D.: The evolving concept of health literacy [15].

Ryc. 1. Dwa sposoby postrzegania health literacy – jako czynnik ryzyka i jako kapitał
Fig. 1. Two perceptions of health literacy – as a risk factor and as an asset

terystyka narzędzi służących do oceny health literacy wykracza poza przedmiot niniejszego artykułu, jednak warto nadmienić, że w literaturze anglojęzycznej znaleźć można wiele odniesień do kwestionariuszy wykorzystywanych w badaniach health literacy [16–18].

W opracowaniu Nutbeama przytoczonym powyżej [15], zakłada się, że na podstawie oceny wstępnego poziomu biegłości zdrowotnej można podjąć 2 rodzaje działań – w zależności od tego, czy biegłość zdrowotna traktowana jest jako materia statyczna (teoria ryzyka), czy plastyczna (teoria potencjału).

W pierwszym przypadku, celem działań podejmowanych po ocenie health literacy jest stworzenie pacjentowi takich warunków, żeby mógł jak najlepiej zrozumieć przedstawiane mu treści i sposoby postępowania, niezależnie od potencjału, jakim dysponuje. Powyższa koncepcja zbudowana jest wokół tzw. odpowiedzi systemowych, takich jak: stosowanie przez personel medyczny prostych form przekazu, wykorzystanie materiałów edukacyjnych i symboli graficznych (np. na ulotkach), stosowanie i nadzorowanie planów dotyczących dawkowania i częstości przyjmowania leków, odpowiednio czytelne oznakowanie placówki itd.

Dowodzono na przykład, że dostosowanie formy przekazu do możliwości intelektualnych pacjenta pozytywnie koreluje z optymalnym wykorzystaniem świadczeń [19], a cechami personelu szczególnie pożądanymi przez pacjentów podczas konsultacji są atencja, zaangażowanie i wyrozumiałość [20]. Jak twierdzi Morris i wsp., już sama odpowiedź pacjenta na pytanie, czy i jak często zmuszony jest korzystać z pomocy osób trzecich w celu zrozumienia informacji dotyczącej danej kwestii zdrowotnej, może sygnalizować potrzebę zmiany formy przekazu lub zminimalizowania innych, zewnętrznych czynników ryzyka [21].

W opisywanym modelu (ryzyka) health literacy jawi się jako jeden z pośrednich, a więc niedecydujących, czynników kształtujących ludzkie zdrowie. O ile trudno kwestionować zasadność takiego podejścia, chociażby na gruncie odpowiedzialności publicznej, o tyle warto jednak zaakcentować jego pewną wadę. Dotyczy ona swoistej krótkowzroczności. Przeciwdziałanie zewnętrznym czynnikom wpływającym na ludzkie zdrowie (w tym pożądanym efekty zdrowotne np. w okresie choroby) czy też minimalizowanie tych czynników powinno bowiem obejmować całość działań. Oprócz

interwencji *stricte* systemowych znalazłyby się wśród tych działań także te zorientowane na poprawę zdolności jednostki składających się na health literacy. Zależnie od potrzeb pacjenta mogłyby to być działania na rzecz poprawy dowolnego poziomu biegłości zdrowotnej (np. podstawowej w ujęciu Nutbeama [11] lub społecznej w koncepcji Zarcadoolas i wsp. [12]).

Innymi słowy, przyjazny projekt ulotki dołączonej do leku może sprawić, że jej treść będzie bardziej zrozumiała, jednak sam projekt nie pomoże pacjentowi nabyć umiejętności i kompetencji niezbędnych do właściwego przyswojenia informacji dotyczących zdrowia napisanych w mało przystępny sposób. Warto więc zaznaczyć, że o ile postrzeganie biegłości zdrowotnej przez pryzmat czynnika ryzyka i podejmowanie wyłącznie działań systemowych może przyczynić się do osiągnięcia tymczasowej korzyści zdrowotnej przez pacjenta, o tyle jednocześnie prowadzi to do uprzedmiotowienia pacjenta.

Celem konkurencyjnego modelu jest z kolei upodmiotowienie pacjenta, a więc systematyczne i kompleksowe rozwijanie wszystkich elementów składowych health literacy. Niezbywalną częścią tak pojmowanej biegłości zdrowotnej jest z jednej strony edukacja, a z drugiej – aprecjacja roli pacjenta i jego aktywizacja [22]. Tak postrzegane health literacy jest więc wypadkową działań edukacyjno-promocyjnych i starań włożonych przez samą jednostkę w doskonalenie własnej biegłości zdrowotnej. Niezwykle istotną częścią tego procesu jest auto-refleksja – trudno bowiem o wskazanie elementu innego niż biegłość zdrowotna, który mógłby lepiej służyć dbałości o zdrowie jednostki.

W przeciwieństwie do modelu ryzyka kapitałowe ujęcie health literacy zakłada ciągle nabywanie adaptowalnych kompetencji, które są istotne z punktu widzenia utrzymania i poprawy zdrowia, a także rozumienia i kształtowania jego poszczególnych determinant. W tym przypadku budowanie health literacy zakłada również stopniowe przejmowanie odpowiedzialności za własne zdrowie, jest więc wpisane w ogólny rozwój człowieka.

Domniemane korzyści z tytułu osiągania coraz wyższego poziomu biegłości zdrowotnej to m.in. mniejsze poczucie winy i wstydu pacjenta wynikające z braku wiedzy i/lub umiejętności funkcjonowania w systemie opieki zdrowotnej [23], świadome i aktywne podejmowanie decyzji w kwestiach własnego zdrowia [24] i zmniejszone ryzyko hospitalizacji [25]. Co więcej, współcześnie uznaje się, że doskonalenie i propagowanie tak pojmowanej biegłości zdrowotnej może znacząco przyczynić się do ograniczenia nierówności społecznych w zdrowiu [26,27].

Health literacy w opiece profilaktycznej nad pracownikami

Wyniki dotychczasowych badań zależności między health literacy a efektami zdrowotnymi dotyczą określonych grup pacjentów, np. z cukrzycą [28,29], biegunką [30], chorobą niedokrwinną serca [31], cierpiących na schistosomatozę [32] lub zakażonych ludzkim wirusem niedoboru odporności (human immunodeficiency virus – HIV), chorujących na zespół nabytego niedoboru odporności (acquired immunodeficiency syndrome – AIDS) [33], kobiet o podwyższonym ryzyku zachorowania na raka szyjki macicy [34], osób starszych [35–37] i uzależnionych [38]. Do tej pory nie odnotowano jednak zbyt wielu prób zbadania health literacy w kontekście pracy, mimo pojawiających się argumentów, że miejsce pracy jest jednym ze środowisk właściwych do kształtowania biegłości zdrowotnej [39].

Jedną z nielicznych, jak wspomniano, prób przeprowadzili w 2008 r. japońscy naukowcy, którzy badali zaawansowaną i krytyczną biegłość zdrowotną (według klasyfikacji Nutbeama [11]) wśród pracowników biurowych. Celem badania było poznanie możliwości wdrożenia health literacy w programach promocji zdrowia w miejscu pracy. W wyniku badania Ishikawa i wsp. potwierdzili m.in. zasadność wykorzystania koncepcji health literacy podczas realizacji takich programów, a także udokumentowali lepsze efekty zdrowotne u pracowników z wyższym poziomem biegłości zdrowotnej [40].

Kolejną próbę wykorzystania koncepcji health literacy w miejscu pracy podjęli Rauscher i Myers, którzy opracowali pojęcie biegłości zdrowotnej odnoszącej się do obszaru aktywności zawodowej (occupational health literacy – OHL) [41]. Cytowani autorzy definiują OHL jako stopień, do którego jednostki potrafią pozyskać, zanalizować i zrozumieć podstawowe informacje dotyczące bezpieczeństwa i zdrowia, a następnie wykorzystać je podczas podejmowania decyzji dotyczących bezpieczeństwa i zdrowia w pracy.

W odniesieniu do sektora ochrony zdrowia opracowano także zestaw warunków, jakie powinna spełniać sama organizacja, żeby wspierać budowanie biegłości zdrowotnej pracowników. Warunki te dotyczą 3 głównych obszarów funkcjonowania przedsiębiorstwa – organizacji, wykorzystywanych zasobów i sposobów komunikacji. W przypadku kryteriów organizacyjnych miejsce pracy wspierające budowanie biegłości zdrowotnej to takie, w którym nabywanie i doskonalenie health literacy przez pracowników wpisane jest w filozofię prowadzenia firmy (tzn. misję i wartości) oraz w którym istnieje system zachęcający pracowników

do partycypowania w działaniach na rzecz zdrowia. To także miejsce, w którym obecny jest lider odpowiedzialny za kwestie bezpieczeństwa i zdrowia (np. osoba sporządzająca i nadzorująca plan redukcji liczby wypadków przy pracy w zakładzie).

W przypadku kwestii związanych z zasobami miejsca pracy i sposobami komunikacji wewnątrz organizacji postuluje się m.in. wykorzystanie materiałów edukacyjnych, różnych form prezentacji treści (np. w instrukcjach dotyczących użytkowania maszyn), prowadzenie szkoleń oraz udzielanie pracownikom pomocy w wypełnianiu zobowiązań dotyczących kwestii bezpieczeństwa i zdrowia (np. poprzez zastosowanie metody check-back do weryfikowania, czy dane polecenia i/lub oczekiwania wobec pracownika są dla niego zrozumiałe) [42].

Spełnienie ww. kryteriów, a więc uczynienie miejsca pracy przyjaznym doskonaleniu biegłości zdrowotnej w znacznej mierze zależy od pozycji firmy na rynku, filozofii prowadzenia działalności przez pracodawcę (lub osoby przez niego upoważnione) i nałożonych na niego obowiązków. Obecny stan prawny nakłada na polskich pracodawców wiele obowiązków dotyczących profilaktycznej opieki zdrowotnej (np. zapewnianie pracownikom badań lekarskich, zapobieganie chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy itp.). Ponadto istnieją służby i inspekcje właściwe m.in. do tego, żeby uwrażliwiać społeczeństwo na kwestie bezpieczeństwa i zdrowia w pracy oraz (co za tym idzie) stwarzać jednostkom możliwości do poznawania, kształtowania i doskonalenia własnej biegłości zdrowotnej w obszarze aktywności zawodowej. Warto przyjrzeć się temu, czy i w jakim stopniu koncepcja health literacy może znaleźć zastosowanie w polskich realiach.

Zacząć należy od tego, że możliwości adaptacyjnych istniejących narzędzi do oceny biegłości zdrowotnej (nie wspominając biegłości zdrowotnej odnoszącej się wyłącznie do obszaru aktywności zawodowej) są ograniczone. Powodem jest głównie to, że narzędzia te opracowali badacze zagraniczni, którzy funkcjonują w innych systemach opieki zdrowotnej (w tym podsystemach dotyczących ochrony zdrowia pracowników). Jeśli więc kształtowanie, a w konsekwencji doskonalenie health literacy miałyby stać się przedmiotem realnego oddziaływania na zdrowie osób pracujących w Polsce, najpierw należałoby zbudować odpowiednie narzędzie badawcze, a następnie ustalić wstępny poziom biegłości zdrowotnej – zarówno wśród osób zatrudnionych, jak i zatrudniających. Wydaje się bowiem, że oprócz ustawicznego kształcenia służb bhp

i medycyny pracy osiągnięcie wyższego poziomu health literacy właśnie przez pracowników i pracodawców jest warunkiem niezbędnym do realizowania kompleksowej, wewnątrzzakładowej polityki na rzecz bezpieczeństwa i zdrowia w miejscu pracy [43].

Istnieją przesłanki pozwalające sądzić, że obecny poziom biegłości zdrowotnej wśród wskazanych grup w Polsce jest dalece niewystarczający. Wskazują na to np. raporty Państwowej Inspekcji Pracy, w których znajduje się informacja, które spośród norm odnoszących się do profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami nie są w naszym kraju najlepiej respektowane. Naruszenia prawa dotyczą szczególnie profilaktycznych badań lekarskich oraz obowiązku informowania pracowników o czynnikach szkodliwych dla zdrowia i warunkach uciążliwych, jakie występują na danym stanowisku pracy (w tym posiadania przez pracodawców aktualnych wyników badań i pomiarów tych czynników) [44,45].

Niewystarczającej biegłości zdrowotnej wśród pracodawców można także dopatrywać się w zakresie kontraktów dotyczących sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, jakie pracodawcy są zobligowani zawrzeć z uprawnionymi jednostkami SMP [46]. Często bowiem kontrakty te dotyczą jedynie gwarantowania pracownikom badań lekarskich, natomiast rzadko – większego zakresu opieki (np. powiększonego o świadczenia lecznicze lub rehabilitacyjne), mimo że poradnictwo w zakresie szeroko pojętej prewencji i promocji zdrowia jest prawnie uznane za zadanie właściwe służbie medycyny pracy.

Można domniemać, że niesatysfakcjonujący poziom health literacy wśród pracodawców do pewnego stopnia leży także u podstaw kryteriów, jakimi kierują się oni przy kontraktowaniu świadczeń z jednostkami SMP [47]. Jednym z sugerowanych rozwiązań tego problemu jest wprowadzenie systemu akredytacji jednostek SMP, dzięki któremu przy wyborze jednostki SMP pracodawcy mogliby stosować kryteria jakościowe, a nie wyłącznie ekonomiczne [48].

Pewne, chociaż bardzo ogólne, przypuszczenia na temat obecnego poziomu biegłości zdrowotnej pracowników – zarówno na poziomie europejskim, jak i krajowym – można także wysnuć na podstawie wstępnych wyników drugiego „Europejskiego badania przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń” (ESENER-2). Wykazało ono, że partycypowanie polskich pracowników w kwestiach związanych z bezpieczeństwem i zdrowiem w pracy jest niższe niż średnia w tym zakresie w Unii Europejskiej – często niez-

leżnie od przyjętego kryterium partycypacji (np. konsultowanie i zaangażowanie pracowników w rozwiązywanie kwestii dotyczących bezpieczeństwa i zdrowia, wpływ pracowników na kształtowanie i realizację programów prewencji zagrożeń psychospołecznych) [49].

WNIOSKI

Funkcjonowanie polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących opiera się na triadzie norma–kontrola–sankcja oraz prawie całkowicie pozbawione jest zachęt ekonomicznych dla pracodawców i działań o charakterze informacyjno-doradczym. Szczególnie te ostatnie wydają się być dobrym gruntem do wprowadzenia i upowszechnienia koncepcji health literacy w Polsce. Przedmiotem dalszych badań i rozważań dotyczących wykorzystania tej koncepcji w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia powinno być także zbudowanie odpowiedniego dla polskich uwarunkowań narzędzia badawczego do oceny poziomu biegłości zdrowotnej społeczeństwa lub jego wybranych grup (np. zawodowych).

Wydaje się jednak, że sama koncepcja niesie ze sobą na tyle duży potencjał, że powinna stanowić część szerszej dyskusji o polityce zdrowotnej [50]. Trudno bowiem o lepszą odpowiedź na wyzwania zdrowotne – także w sferze aktywności zawodowej – niż upodmiotowienie jednostki i przygotowanie jej do podejmowania świadomych (opartych na zdobyczach aktualnej wiedzy i technologii) decyzji dotyczących własnego bezpieczeństwa i zdrowia.

PIŚMIENNICTWO

- World Health Organization [Internet]: Organization, Geneva 2016 [cytowany 16 listopada 2015]. The Ottawa Charter for Health Promotion. Adres: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en>
- Cianciara D.: Ocena struktury oraz użyteczności informacji zawartych w materiałach reklamujących produkty lecznicze dostępne bez recepty z perspektywy nowego zdrowia publicznego [praca habilitacyjna]. Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2006
- Bik B., Przewoźniak L.: Historia profesji promotora (edukatora) zdrowia. W: Piątkowski W., Brodński W. [red.]. Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna. Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tycyn 2005
- Wojnarowska B.: Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
- Karski J.B.: Praktyka i teoria promocji zdrowia. Wybrane zagadnienia. Cedetu, Warszawa 2003
- Selden C.R., Zorn M., Ratzan S.C., Parker R.M.: Current bibliographies in medicine 2000–1: Health literacy [Internet]: U.S. National Library of Medicine, Bethesda 2000 [cytowany 16 listopada 2015]. Adres: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>
- Simonds S.K.: Health education as social policy. Health Educ. Monogr. 1974;2:1–25, <http://dx.doi.org/10.1177/10901981740020S102>
- Nutbeam D.: Health promotion glossary. Health Promot. Int. 1998;13:349–364, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Baker D.W.: The meaning and the measure of health literacy. J. Gen. Intern. Med. 2006;21:878–883, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Pleasant A., Kuruvilla S.S.: A tale of two health literacies: Public health and clinical approaches to health literacy. Health Promot. Int. 2008;23(2):152–159, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dan001>
- Nutbeam D.: Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into 21st century. Health Promot. Int. 2000;15:259–267, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Zarcadoolas C., Pasant A., Greer D.S.: Understanding health literacy: An expanded model. Health Promot. Int. 2005;20:195–203, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dah609>
- Ishikawa H., Yano E.: Patient health literacy and participation in the health-care process. Health Expect. 2008;11(2):113–122, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x>
- Freedman D.A., Bess K.D., Tucker H.A., Boyd D.L., Tuchman A.M., Wallston K.A.: Public health literacy defined. Am. J. Prev. Med. 2009;36(5):446–451, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>
- Nutbeam D.: The evolving concept of health literacy. Soc. Sci. Med. 2008;67(12):2072–2078, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Parker R.M., Baker D.W., Williams M.V., Nurss J.R.: The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. J. Gen. Intern. Med. 1995;10:537–541, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02640361>
- Davis T.C., Long S.W., Jackson R.H., Mayeaux E.J., George R.B., Murphy P.W. i wsp.: Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. Fam. Med. 1993;25:391–395
- Bass P.F., Wilson J.F., Griffith C.H.: A shortened instrument for literacy screening. J. Gen. Intern. Med. 2003;18:1036–1038, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.10651.x>

19. Cho Y., Lee S., Arozullah A., Crittenden K.: Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc. Sci. Med.* 2008;66:1809–1816, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003>
20. Paasche-Orlow M.K., Wolf M.S.: The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *Am. J. Health Behav.* 2007;31, Supl. 1:19–26, <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.4>
21. Morris N.S., MacLean C.D., Chew L.D., Littenberg B.: The single item literacy screener: Evaluation of a brief instrument to identify reading ability. *BMC Fam. Pract.* 2006;7:21, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-7-21>
22. Kickbush I.: Health literacy: Addressing the health and education divide. *Health Promot. Int.* 2001;16:289–297, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/16.3.289>
23. Parikh N.S., Parker R.M., Nurss J.R., Baker D.W., Williams M.V.: Shame and health literacy: The unspoken connection. *Pat. Educ. Couns.* 1996;27(1):33–39, [http://dx.doi.org/10.1016/0738-3991\(95\)00787-3](http://dx.doi.org/10.1016/0738-3991(95)00787-3)
24. De Walt D.A., Boone R.S., Pignone M.P.: Literacy and its relationship with self-efficacy, trust and participation in medical decision-making. *Am. J. Health Behav.* 2007;31, Supl. 1:27–35, <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.31.s1.5>
25. Baker D.W., Parker R.M., Williams M.V., Clark W.S.: Health literacy and the risk of hospital admission. *J. Gen. Intern. Med.* 1998;13:791–798, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x>
26. Benyon K.: Health literacy. *InnovAiT* 2014;7(7):437–440, <http://dx.doi.org/10.1177/1755738014532627>
27. Sorensen K., van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. i wsp.: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
28. Levin-Zamir D.: Health literacy in health systems: Perspectives on patient self-management in Israel. *Health Promot. Int.* 2001;16:87–94, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/16.1.87>
29. Schillinger D., Grumbach K., Piette J., Wang F., Osmond D., Daher C. i wsp.: Association of health literacy with diabetes outcomes. *J. Am. Med. Assoc.* 2004;288:475–482, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.288.4.475>
30. Jahan R.: Promoting health literacy: A case study in the prevention of diarrhoeal diseases from Bangladesh. *Health Promot. Int.* 2000;15:285–291, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.4.285>
31. Ibrahim S.Y., Reid F., Shaw A., Rowlands G., Gomez G.B., Chesnokov M. i wsp.: Validation of a health literacy screening tool (REALM) in a UK population with coronary heart disease. *J. Public Health* 2008;30:449–455, <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdn059>
32. Wang R.: Critical health literacy: A case study from China in schistosomiasis control. *Health Promot. Int.* 2000;15:269–274, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.269>
33. Kalichman S.C., Benotsch E., Suarez T., Catz S., Miller J., Rompa D.: Health literacy and health-related knowledge among persons living with HIV/AIDS. *Am. J. Prev. Med.* 2000;18:325–331, [http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00121-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00121-5)
34. Sharp L.K., Zurawski J.M., Roland P.Y., O'Toole C., Hines J.: Health literacy, cervical cancer risk factors and distress in low-income African-American women seeking colposcopy. *Ethn. Dis.* 2002;12(4):541–546
35. Lee T.W., Kang S.J., Lee H.J., Hyun S.I.: Testing health literacy skills in older Korean adults. *Patient Educ. Couns.* 2009;75(3):302–307, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.04.002>
36. Baker D., Wolf M.S., Feinglass J., Jason T.: Health literacy, cognitive abilities and mortality among elderly persons. *J. Gen. Intern. Med.* 2008;23:723–726, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0566-4>
37. Wolf M.S., Gazmarian J.A., Baker D.W.: Health literacy and health risk behaviours among older adults. *Am. J. Prev. Med.* 2007;32:19–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.08.024>
38. Lincoln A., Paasche-Orlow M.K., Cheng D.M., Lloyd-Travaglini C., Caruso C., Saitz R. i wsp.: Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related quality of life among adults with addition. *J. Gen. Intern. Med.* 2006;21:818–822, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00533.x>
39. Kickbusch I., Wait S., Maag D., Banks I.: Navigating health: The role of health literacy [Internet]: International Longevity Centre, London 2005 [cytowany 27 listopada 2015]. Adres: http://www.ilcuk.org.uk/index.php/publications/publication_details/navigating_health_the_role_of_health_literacy
40. Ishikawa H., Nomura K., Sato M., Yano E.: Developing a measure of communicative and critical health literacy: A pilot study of Japanese office workers. *Health Promot. Int.* 2008;23:269–274, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dan017>
41. Rauscher K.J., Myers D.J.: Occupational health literacy and work-related injury among US adolescents. *Int. J. Inj. Contr. Saf. Promot.* 2004;21(1):81–89, <http://dx.doi.org/10.1080/17457300.2013.792288>
42. Wong B.K.: Building a health literate workplace. *Workplace Health Saf.* 2012;60(8):363–369, <http://dx.doi.org/10.3928/21650799-20120726-67>

43. Barański B., Vaandrager L., Martimo K.P., Baart P.: Workplace health in the public health perspective. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 2003
44. Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych: Biuletyn z 40. posiedzenia Rady Ochrony Pracy (IX kad.) w dniu 22 października 2013 r. [Internet]: Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2013 [cytowany 27 listopada 2015]. Adres: http://rop.sejm.gov.pl/1_0ld/posiedzenia/pdf/0248407.pdf
45. Główny Inspektorat Pracy: Sprawozdanie z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2013 roku [Internet]: Inspektorat, Warszawa 2013 [cytowany 27 listopada 2015]. Adres: <http://www.pip.gov.pl/pl/f/v/100996/sprawozdanie2013.pdf>
46. Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. DzU z 1997 r. nr 96, poz. 593, z późn. zm.
47. Boczkowski A.: Społeczne problemy opieki zdrowotnej nad pracującymi [Internet]: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2013 [cytowany 30 listopada 2015]. Adres: <http://repozytorium.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3930>
48. Kopias J.A., Wdówik P.: Zarys koncepcji systemu akredytacji jednostek podstawowych służby medycyny pracy. Med. Pr. 2000;51(6):681–688
49. European Agency for Safety and Health at Work [Internet]: Agency, Bilbao 2016 [cytowany 1 grudnia 2015] ESENER-2. Adres: <https://osha.europa.eu/en/surveys-and-statistics-osh/esener/2014>
50. Kickbush I.: Health literacy: Engaging in a political debate. Int. J. Public Health. 2009;54:131–132, <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-009-7073-1>