


dr hab. Violetta Korporowicz-Żmichowska, prof. SGH 

Kolegium Ekonomiczno-Społeczne
Instytut Gospodarstwa Społecznego
Zakład Polityki Społecznej
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Nierówności w *health literacy* – aspekty przestrzenne i edukacyjne²

WPROWADZENIE

Health literacy jest to umiejętność jednostki do „rozumienia zdrowia” przez poszukiwanie informacji oraz zastosowania i wykorzystywania ich w celu zachowania dobrego oraz poprawy stanu zdrowia (Reckers-Droog, Jansen, Bijl-makers i in., 2020, s. 143–151). Oznacza to dążenie do osiągnięcia takiego poziomu umiejętności osobistych, aby podjąć działania w celu poprawy zdrowia poprzez zmianę zachowań. *Literacy* to „umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolność jednostek do uzyskiwania dostępu do informacji, rozumienia i wykorzystywania informacji w sposób, który promuje dobry stan zdrowia” (WHO, [http](http://)). Pojęcie *health literacy* stale rozwija się i obecnie rozumiane jest jako złożony i wzajemnie powiązany zestaw umiejętności zdrowotnych. Wyższy poziom *literacy* pozwala na odszukiwanie sposobów i odczytywanie informacji dotyczących wpływu różnorodnych czynników na zdrowie (Freedman, Bess, Tucker i in., 2009, s. 446; Zarcadoolas, Plasant, Greer, 2005, s. 20; Kickbusch, Pelikan, Apfel i in., 2013, s. 75). Na jego wyższy poziom wpływ ma też samodzielność oraz efektywne poruszanie się po systemach opieki zdrowotnej w celu uzyskania i oceny informacji zdrowotnych potrzebnych do podejmowania decyzji istotnych dla zdrowia. Przejawia się to

¹ Badanie było przeprowadzane wraz z dr I. Książkiewicz z Zakładu Socjologii Ekonomicznej, Instytutu Filozofii, Socjologii i Socjologii Ekonomicznej, Kolegium Ekonomiczno-Społecznego SGH.

² Adres korespondencyjny: al. Niepodległości 162, 02-554 Warszawa; e-mail: violetta.korporowicz@sgh.waw.pl. ORCID: 0000-0001-5582-1373.

przez między innymi: rozumieniem treści przekazywanych w treściach medycznych, umiejętnościami korzystania z usług medycznych, a następnie respektowanie zaleceń profesjonalistów.

W *health literacy* istotne jest nie tylko wyszukanie, ale też krytyczna ocena pozyskanych informacji zdrowotnych. Nadmiar informacji doprowadzić może do dezinformacji z ujemnymi skutkami zdrowotnymi. Można uznać ponadto, że nadmiar w tym niepełnych informacji jest groźniejszy niż ich brak. Dezinformacja może stawać się coraz bardziej wieloaspektowa, szczególnie w okresach występujących masowych zagrożeń zdrowotnych. Społeczności i jednostki częściej muszą stawać wobec złożonych, skomplikowanych przekazów. Istotne jest też nie tylko pozyskiwanie, przetwarzanie i rozumienie informacji, ale też przestrzeganie zaleceń profesjonalistów w celu podejmowania właściwych i odpowiedzialnych strategii zdrowotnych.

Istotnym aspektem wspomagającym zakres rozwoju *literacy* jest edukacja zdrowotna. Jest ona planowym i systematycznym procesem, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności. Jest to taki rodzaj edukacji, której zadaniem jest przekazanie wiedzy i umiejętności posługiwania się informacją na rzecz poprawy stanu zdrowia. Jest to ponadto nabywanie informacji i kształtowanie czynnych postaw wobec zdrowia i bezpieczeństwa własnego i innych (Kemmer, Close, 1995, s. 194).

Zróżnicowania i nierówności między indywidualnym stanem zdrowia a statusem społeczno-ekonomicznym, w tym z poziomem wykształcenia, jest stosunkowo dobrze zbadane (Matsuyama, Wilson-Genderson, Kuhn i in., 2011, s. 229–236; Piketty, 2022, s. 243). Wyniki tych badań potwierdzają istotną rolę edukacji i wykształcenia w kształtowaniu i również niwelowaniu nierówności w poziomach *health literacy* (Floyd, Sobell, Velasquez i in., 2007, s. 1–8). Stąd osoby o wyższym poziomie wykształcenia, ale też często wyższych dochodach mogą oczekiwać, że będą żyły dłużej niż osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Istota tego zjawiska wydaje się polegać na tym, że ludzie lepiej wykształceni więcej inwestują w swoją wiedzę, w tym wiedzę zdrowotną. Wyższy poziom wiedzy ogólnej ma wpływ na zrozumienie znaczenia uwarunkowań zdrowotnych, a także zmiany postaw i zachowań zdrowotnych (Mayer, Villaire, 2011, s. 59–60).

Należy mieć jednak na uwadze, że nie zawsze udaje się jednoznacznie określić związek poziomu wykształcenia z poziomem *health literacy*. Przykładem są badania przeprowadzone wśród 2923 osób dorosłych w czterech miastach metropolitalnych w USA. Wyniki tego badania nie potwierdziły, że różne poziomy wykształcenia mają wpływ na nadmierną ilość spożycia alkoholu, papierosów, aktywność fizyczną czy prawidłowy wskaźnik masy ciała (Wolf, Gazmararian, Baker, 2007, s. 20).

Health literacy jest to nie tylko umiejętność kształtowana w procesie edukacyjnym, ale ponadto może być zróżnicowana przestrzennie. W badaniu *health*

literacy podnosi się też aspekt przestrzenny, w którym analizuje i bada się zasady niezbędne do urzeczywistniania założonych celów rozwoju regionu. W aspekcie przestrzennym nie ma jednoznacznej, powszechnie rozumianej i akceptowanej wykładni znaczeniowej dla *health literacy*, ale można przyjąć, że jest to proces społeczny związany z projektowaniem i wdrożeniem działań, zgodnie z którymi kształtowane są kompetencje zdrowotne mające na celu ograniczanie nierówności między regionami (Stiglitz, 2015, s. 135).

Badaniem wskazującym na nierówności przestrzenno-regionalne, które było przeprowadzane w aspekcie *health literacy* jest „*The European Health Literacy Survey HLS-EU-Q*” (Broucke, Fullam, Doyle i in., 2015, s. 1053–1058). Wyniki tego badania wskazały, że średnia ocena umiejętności zdrowotnych różni się znacznie pomiędzy krajami. Najwyższy poziom *literacy* odnotowano w Holandii a najniższy w Bułgarii. W Polsce poziom ten był na średnim poziomie. Wynik ten jest zastanawiający, gdyż Polacy są według raportu CBOS z 2016 roku w większości raczej zadowoleni ze swoich zachowań wobec zdrowia, mimo że prawie co piąty Polak deklaruje brak zainteresowania zdrowym stylem życia. Tendencja ta pozostaje niezmienną od lat (Polacy o swoim..., 2012).

Uogólniając można stwierdzić, że w obszarze *health literacy* występują różne aspekty, w których mogą ujawniać się nierówności. Nierówności te związane bywają zarówno z: typem realizowanego kształcenia (różnice między zachowaniami uczniów uczących się w szkołach licealnych, techników i branżowych), jak i przestrzenią, nie tylko między regionami, ale też wewnątrz regionów. Mowa tu o zróżnicowaniu przestrzennym w relacji: miasto – wieś, czyli o zróżnicowaniu umiejętności zdrowotnych między młodzieżą mieszkającą w miastach i mieszkającą na wsiach.

Celem artykułu jest wskazanie na nierówności dotyczące *health literacy* dorosłej, uczącej się młodzieży województwa mazowieckiego, biorąc pod uwagę licea ogólnokształcące, technika i szkoły branżowe oraz układ przestrzenny (miasto – wieś) oraz prezentacja autorskiego sondażu diagnostycznego (autorskiego badania) „Młodzież Mazowska”. Tezą badania jest stwierdzenie, że nierówności w zachowaniach zdrowotnych zależne są od wykształcenia i od zróżnicowań przestrzennych (miasto – wieś).

METODYKA BADANIA

Występujące różnice w zdrowiu, z uwagi na wielość determinant zdrowia można odnieść też do kategorii *health literacy*. W autorskim sondażu diagnostycznym zatytułowanym „Młodzież Mazowska” zostały wykorzystane opinie respondentów dotyczące *literacy* oraz sposobów ich modyfikacji dokonywanych przez samoocenę zachowań zdrowotnych (*self-assessment of health be-*

haviour) oraz subiektywną ocenę stanu zdrowia (*self-assessment of health*). Subiektywna ocena jest porównaniem stanu rzeczywistego do oczekiwanego i jest często stosowaną metodą w badaniach epidemiologicznych służącą do oceny stanu zdrowia populacji. Oceny tej dokonuje się według kryteriów subiektywnych, ponieważ każdy respondent sam ustala swoją miarę zdrowia. Ten rodzaj diagnozy społecznej jest w pełni akceptowalny i traktowany na równi z opiniami specjalistów.

W wielu badaniach udokumentowano związek (*self-assessment of health*) z ryzykiem wystąpienia zgonów. Ocena ta wykorzystana była np. do porównania stanu zdrowia w krajach Europy Wschodniej i Zachodniej. Przyniosła ona wyniki zbieżne z informacjami otrzymanymi dla tych krajów w zakresie poziomu umieralności zwłaszcza wśród osób starszych, szczególnie wśród mężczyzn, a także wśród osób przyjmujących leki (Dziankowska-Zaborszczyk, Ciabiada i in., 2014, s. 866).

W omawianym sondażu „Młodzież Mazowsza” zastosowano dychotomiczny podział przestrzeni na miasto – wieś. Jest to najczęściej stosowana klasyfikacja przestrzeni, którą w Polsce stosuje np. GUS. Warto jednak dodać, że istnieją różne podziały, np. jeżeli chodzi o wieś, to państwa członkowskie UE mają własne definicje obszarów wiejskich, które uwzględniają ich specyfikę społeczno-gospodarczą. Rada Europy, biorąc pod uwagę stopień integracji wsi z resztą gospodarki, wyróżnia trzy rodzaje obszarów wiejskich: zintegrowane obszary wiejskie ze wzrastającym poziomem zaludnienia, gdzie podstawową rolę ma rolnictwo, średnio zintegrowane obszary wiejskie, które są odizolowane od ośrodków miejskich, ale z prowadzoną działalnością rolniczą na większą skalę, odległe obszary wiejskie – słabo zaludnione, charakteryzujące się niskimi dochodami oraz starzejącą się populacją, zatrudnioną głównie w rolnictwie (European Commission Directorate General for Agriculture, 1997, s. 9).

W badaniu określany był związek między deklarowanymi zachowaniami w zakresie *health literacy* pełnoletniej, uczącej się w szkołach ponadpodstawowych młodzieży województwa mazowieckiego w układzie przestrzennym (miasto – wieś) a rodzajem edukacji, tzn. w różnych typach szkół. Istotna była odpowiedź na pytanie, czy występują różnice w zakresie *health literacy* w odniesieniu do typu szkoły (kształcenie zawodowe i ogólnokształcące) oraz układu przestrzennego (miasto – wieś). W Polsce są trzy typy szkół ponadpodstawowych: liceum ogólnokształcące, technikum, branżowa szkoła. Liceum ogólnokształcące daje dyplom ukończenia szkoły średniej, który umożliwia dalszą naukę uniwersytecką. Następnie technikum – jest to szkoła zawodowa, ale podobnie jak liceum ogólnokształcące dająca możliwość kontynuacji nauki uniwersyteckiej. Kolejnym typem szkoły to szkoła zawodowa (branżowa), w której kształcenie zawodowe odbywa się na poziomie robotniczym

bądź czeladniczym, a po jej ukończeniu absolwenci otrzymują świadectwo potwierdzające posiadanie wykształcenia ogólnego na poziomie zasadniczym.

Selekcję miast do badania dokonano biorąc pod uwagę układ przestrzenny (miasto – wieś). Polegał on w pierwszym kroku na wyeliminowaniu tych miast, w których nie funkcjonują wszystkie wymienione trzy typy szkół. Usunięto też miasta metropolitalne województwa mazowieckiego, z uwagi na fakt, że w tych miastach gros zapisanych uczniów nie mieszka na wsi. Natomiast w mniejszych miastach uczy się zarówno młodzież mieszkająca w miastach, jak i ze względu na bliskość – młodzież mieszkająca na wsi. Taka selekcja miast w praktyce dała zbliżoną liczbę respondentów ze względu na miejsce zamieszkania. Do badania uwzględniono miejscowości od 15 tys. do 50 tys. mieszkańców. Dopiero po takiej selekcji miast województwa mazowieckiego następowało ich losowanie.

Metodą realizacji badania „Młodzież Mazowska” było przeprowadzenie sondażu poprzedzonego badaniem pilotażowym w roku szkolnym (2015/2016). Badanie było realizowane w roku szkolnym 2017/2018. Narzędziem badawczym jest tu skonstruowany na potrzeby badania autorski kwestionariusz ankiety do przeprowadzenia wywiadu audytoryjnego. Opracowany kwestionariusz ankiety zawiera zamknięte pytania badawcze w tym wiele pytań ogólnych uzupełnionych o pytania szczegółowe oraz pytania w ramach metryczki. Wszystkie pytania uwzględniają podział według typu szkół i miejsca zamieszkania.

Przy doborze szkół wykorzystano bazę kompletną placówek ponadpodstawowych w obrębie województwa mazowieckiego z ogólnopolskiej bazy, udostępnionej na stronie internetowej Centrum Informatycznego Edukacji. Wykorzystano program z wbudowaną funkcją losującą, w celu wytypowania określonej liczby szkół. Przy czym dobór losowy był proporcjonalny do liczby z każdego typu szkół.

Badanie pozwoliło na zebranie informacji odnośnie deklarowanych zachowań bezpośrednio od respondentów. Pytania z kwestionariusza ankiety w badaniu „Młodzież Mazowska” częściowo związane są pojęciowo z pytaniami zawartymi w ramach „*Conceptual model of health literacy of the European Health Literacy Survey*”, np. jedno z pytań dotyczące postrzegania własnego zdrowia mieści się w podgrupie „*Ability to understand medical information and derive meaning*” (Kickbusch, Pelikan, Apfel i in., 2013, s. 75).

Natomiast pytania dotyczące np. świadomości niebezpieczeństwa wynikającego z łączenia alkoholu z lekarstwami lub nieprawidłowej wagi ciała związane są z podgrupą nazwaną „*Ability to understand information on risk factors and derive meaning*” (Kickbusch, Pelikan, Apfel i in., 2013, s. 76). W doborze pytań z zakresu *literacy* kierowano się faktycznymi zachowaniami, jak np. stosowanie diety zgodnie z zaleceniem lekarza czy stosunkiem respondentów do oznak choroby, czyli były badane takie zachowania, których następstwa wpływają bezpośrednio na stan zdrowia.

Wizyty studyjne w szkołach były uzgodnione z dyrekcją szkoły i szkolnym pedagogiem. Nie potrzebna była zgoda rodziców na przeprowadzenie sondażu z uwagi na fakt pełnoletności respondentów. Ankieter przed rozdaniem kwestionariuszy informował, że badanie jest dobrowolne i w badaniu może brać wyłącznie osoba dorosła, co powodowało wyłączenie części respondentów z badania, ale nieznacznej części uczniów, którzy nie spełniali tego kryterium. Ankieter ponadto informował młodzież o celu badania i sposobie wypełniania kwestionariusza. Fizyczna obecność ankietera dawała uczniom gwarancję poufności, gdyż byli oni zapewnieni, że badanie jest anonimowe.

Ponieważ młodzież dorosła w szkołach ponadpodstawowych w Polsce, co już powiedziano, uczy się w trzech typach szkół, żeby nie pominąć żadnej z nich celowo zostały dobrane grupy szkół, traktowane jako grupy reprezentatywne, do których zaliczono właśnie licea ogólnokształcące, technika i szkoły branżowe. Mnogość uwikłań i uwarunkowań zdrowia generuje wielość zagadnień. Stąd tak liczne problemy, które są poruszone w pytaniach skierowanych do uczniów losowo wytypowanych szkół.

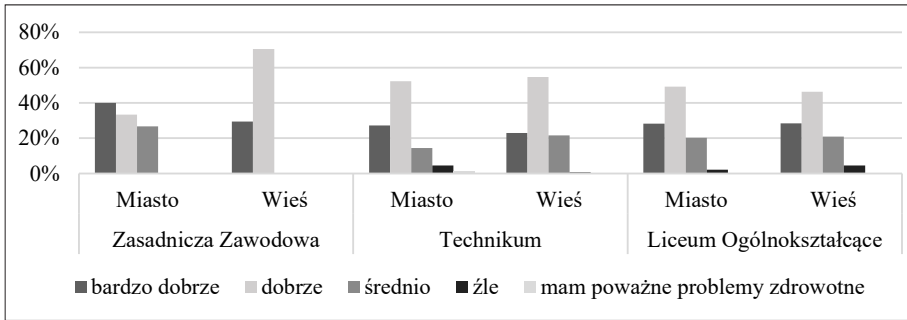
Na podstawie danych, które dostarczyły porównywalnych informacji z zakresu *health literacy* najpierw oceniano, w jaki sposób typ kształcenia wpływa na ocenę własnego zdrowia oraz na świadomość możliwości jego kształtowania przez własne zachowania, a kolejno brane były pod uwagę poszczególne wytypowane zachowania z zakresu *literacy*, a następnie zróżnicowania przestrzenne.

Istotność zależności pomiędzy zmiennymi nominalnymi sprawdzano za pomocą testu niezależności chi kwadrat. W analizach statystycznych przyjęto poziom istotności $p = 0,05$. Analiz dokonywano za pomocą programu SPSS.

WYNIKI ANALIZY I ICH INTERPRETACJA

W badaniu „Młodzież Mazowsza” z reprezentatywnym doбором próby wzięło udział 595 uczniów. Liczba respondentów wynosiła: 295 w miastach, 300 na wsiach. Liczba badanych uczniów mieszkających w miastach i na wsiach, co zakładano przy doborze miast jest zbliżona.

Jak wynika z sondażu to „bardzo dobra” ocena własnego stanu zdrowia zawarta w pytaniu: „Jak oceniasz stan swojego zdrowia” (istotne pytanie na gruncie *health literacy*) najkorzystniej, bo aż w 40% została określona przez respondentów uczących się w szkołach branżowych, mieszkających w mieście (rys. 1.). Poza odpowiedziami uczniów ze szkół branżowych mieszkającymi w miastach nie ma dużych procentowych różnic w ocenie własnego zdrowia na poziomie „bardzo dobrze” i „dobrze” mieszkającymi na wsiach.



Rys. 1. Oceny respondentów na temat ich stanu zdrowia z uwzględnieniem typu szkół z podziałem miasto – wieś (w %)

Źródło: obliczenia na podstawie własnego badania terenowego.

W technikumach i liceach respondenci mieszkający zarówno w mieście, jak i na wsi, odpowiedzi na temat własnego stanu zdrowia jako „bardzo dobre” były bardzo zbliżone i wyniosły od 20% od 25%. Takie opinie wskazują, że młodzież ucząca się w szkołach branżowych lepiej ocenia stan swojego zdrowia niż uczniowie z pozostałych szkół. Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w zakresie samooceny ich stanu zdrowia ($p < 0,001$). Taki wynik w porównaniu z odpowiedziami dotyczącymi np. wagi ciała (rys. 2.) wskazuje, że grupa uczniów ze szkół branżowych relatywnie gorzej rozpoznaje zagrożenia zdrowotne związane w tym wypadku z nadmierną wagą ciała. To sugeruje, że badana młodzież ma trudność z prawidłową oceną stanu swojego zdrowia i jego zagrożeń.

Z analizy deklaracji respondentów – w kolejnej ważnej kategorii dla *literacy*, jaką jest „ocena wpływu zachowania człowieka na stan jego zdrowia”, gdzie wymienione zostały takie kategorie, jak np.: „Tak, ma w dużym stopniu”; „Nie ma to w ogóle żadnego znaczenia”; wynika, że młodzież z liceów ogólnokształcących ma relatywnie wyższą wiedzę w tym zakresie, gdyż na to pytanie, w podgrupie „Tak, ma w dużym stopniu” odpowiadała pozytywnie w liceum w 36% – miasto i w 33% – wieś, a w szkołach zawodowych tylko w 20% – miasto, 18% – wieś (tabela 1.). Odpowiedzi na to samo pytanie w podgrupie „nie ma to w ogóle żadnego znaczenia”, pozytywnie częściej odpowiadali respondenci uczący się w szkołach branżowych, tzn. w 22% – miasto, w 30% – wieś. Natomiast w liceum w 7% – miasto, 10% – wieś. Również dysproporcje w tym zakresie, tzn. dotyczące wpływu zachowania człowieka na stan jego zdrowia dotyczą bardziej typu szkoły a nie przestrzeni (miasto – wieś). Analiza wykonana za pomocą testu niezależności chi kwadrat nie wykazała istotnych zależności między różnymi typami szkół pod względem oceny wpływu zachowania człowieka na stan jego zdrowia ($p = 0,129$), techników ($p = 0,487$), liceów ogólnokształcących ($p = 0,293$) (tabela 1).

Tabela 1. Opinie badanych co do wpływu zachowania człowieka na stan jego zdrowia według typu szkół z podziałem miasto – wieś w (%)

Jaki jest wpływ zachowania człowieka na stan jego zdrowia?	Branżowa (zasadnicza zawodowa)		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak, ma w dużym stopniu	20	18	29	26	36	33
Tak, w średnim stopniu	31	35	32	35	28	27
Tak, w małym stopniu	13	11	14	10	12	13
Nie ma to w ogóle żadnego znaczenia	22	30	11	12	7	10
Trudno powiedzieć	13	6	14	17	17	18
Wartość testu $\chi^2=8,45$ $p_1<0,129^*$ Wartość testu $\chi^2=4,45$ $p_2=0,487^{**}$ Wartość testu $\chi^2=6,13$ $p_3=0,293^{***}$						

p^* – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w branżowych szkołach zawodowych

p^{**} – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w technikumach

p^{***} – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w liceach

Źródło: obliczenia na podstawie własnego badania terenowego.

Analizując kolejną kategorię z zakresu *health literacy*, tzn. deklaracje respondentów na temat zachowań dotyczących łączenia przez nich środków farmakologicznych z alkoholem, można zauważyć przewagę twierdzących opinii wśród młodzieży uczącej się w szkołach branżowych mieszkających w mieście – 33% w stosunku do odpowiedzi młodzieży z liceów ogólnokształcących np. w mieście – 19% (tabela 2.). Różnica w tym zakresie jest istotna statystycznie $p < 0,001$.

Tabela 2. Opinie w zakresie łączenia przez respondentów alkoholu ze środkami farmakologicznymi oraz lekceważenia objawów choroby i złego samopoczucia według typu szkół i podziału na miasto – wieś (w %)

Czy łączyłeś środki farmakologiczne z alkoholem?	Szkoła branżowa		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
	Łączenie środków farmakologicznych z alkoholem					
Tak	33	22	19	24	25	21
Nie	67	78	80	75	73	77
Brak odpowiedzi	0	0	1	1	1	1
Wartość testu $\chi^2=22,41$ $p_1<0,001^*$ Wartość testu $\chi^2=15,40$ $p_2<0,006^{**}$ Wartość testu $\chi^2=26,73$ $p_3=0,001^{***}$						

Czy lekceważyłeś objawy choroby i złego samopoczucia?	Lekceważenie objawów choroby i złego samopoczucia					
	Tak	47	49	50	51	46
Nie	53	51	47	47	53	50
Brak odpowiedzi	0	0	3	2	1	1
Wartość testu $\chi^2=45,65$ $p_1<0,001^*$ Wartość testu $\chi^2=7,25$ $p_2<0,007^{**}$ Wartość testu $\chi^2=8,50$ $p_3=0,004^{***}$						

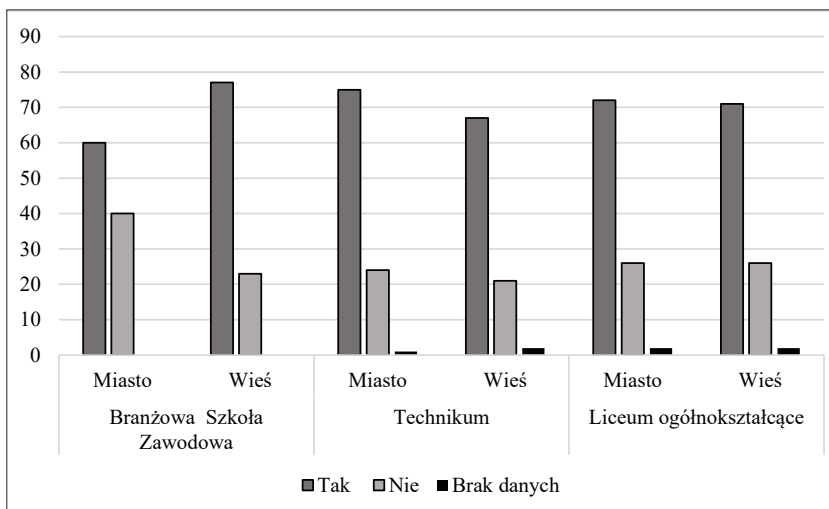
p^* – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w branżowych szkołach zawodowych

p^{**} – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w technikumach

p^{***} – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w liceach

Źródło: jak do tabeli 1.

Następna kategoria z zakresu *literacy* dotyczy lekceważenia symptomów choroby i złego samopoczucia. Dorosła młodzież szkół ponadpodstawowych, jak wynika z tabeli 2. we wszystkich badanych typach szkół, lekceważy ten fakt w zbliżonych proporcjach.



Rys. 2. Opinie co do prawidłowej wagi ciała według typu szkół i podziału na miasto – wieś (w %)

Źródło: jak do rys. 1.

Ważnym problemem w obszarze *literacy* jest waga ciała. Nieprawidłowa waga jest uznana za jedną z chronicznych chorób niezakaźnych wynikającą na

ogół z nieumiejętności stosowania zaleceń dietetycznych i medycznych. Problem nadmiernej wagi ciała jest w Polsce istotny, gdyż „wysoka masa ciała (BMI ≥ 25) odpowiada w naszym kraju za 14,2% zgonów (13,1% mężczyzn i 15,3% kobiet). [...] w 2020 roku nadwagę miało 54% Polaków, częściej byli to mężczyźni (64%) niż kobiety (46%)” (Juszczak, Bogusławski, Wojtyniak, 2022, s. 38).

Jak wynika z rysunku 2., opinie respondentów dotyczące samooceny wagi ciała wskazują, że dorosła młodzież w badanych szkołach branżowych szczególnie mieszkająca w miastach w (40%) ma większy problem z prawidłową wagą niż w pozostałych typach szkół w (24% i 26%). Różnice statystyczne w tym zakresie są nieistotne.

Interesujące są opinie dotyczące stosowania różnego typu diety (tabela 3.). Jednak młodzież z badanych szkół branżowych nie stosuje żadnej diety i to deklaruje aż 80% respondentów. Podobne deklaracje obserwuje się wśród dorosłej młodzieży uczącej się w liceach. Młodzież z badanych liceów ogólnokształcących ma relatywnie mniejsze niż pozostała młodzież problemy z wyższą wagą ciała, deklaruje ten fakt w 24,0%, a zalecenia diety od lekarza ma tylko mieszkająca w mieście – 1,0% a na wsi – 4,0% tej młodzieży (tabela 3.). Ponadto w ramach pytań co do stosowania specjalnej diety respondenci z liceów częściej deklarują, że ją samodzielnie stosują. Opinie te dotyczą zarówno badanych uczniów mieszkających w mieście, jak i na wsi. Różnica między respondentami dla szkół branżowych i techników jest istotna statystycznie $p < 0,001$.

Tabela 3. Opinie co do stosowania specjalnej diety według typu szkół i podziału na miasto – wieś (w %)

Czy stosujesz jakąś specjalną dietę?	Branżowa szkoła zawodowa		Technikum		Liceum ogólnokształcące	
	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś	Miasto	Wieś
Tak, mam zaleconą dietę przez lekarza/dietetyka	10	6	5	3	1	4
Tak, w domu stosujemy specjalną dietę	3	6	5	3	6	6
Tak, sam/sama stosuję dietę, którą ściągnałem/am z Internetu/ od znajomych	7	18	9	7	11	7
Nie	80	70	77	86	80	81
Brak danych	0	0	4	1	2	2
Wartość $\chi^2 = 26,73$ $p_1 < 0,001^*$ Wartość $\chi^2 = 42,83$ $p_2 < 0,001^{**}$ Wartość $\chi^2 = 6,13$ $p_3 = 0,293^{***}$						

p^* – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w branżowych szkołach zawodowych

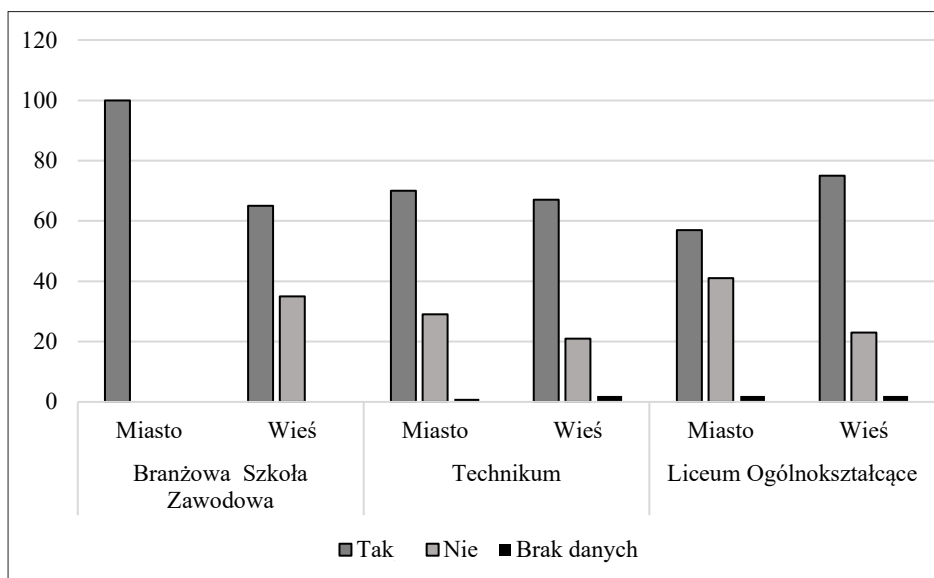
p^{**} – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w technikach

p^{***} – istotność zależności między respondentami mieszkającymi w miastach i na wsiach uczącymi się w liceach

Źródło: jak do tabeli 1.

Problemem wydaje się to, że szczególnie respondenci uczęszczający do szkół branżowych w 10% zadeklarowali, że mają takie zalecenia od lekarza/dietetyka, ale specjalną dietę w domu stosuje tylko 3,0% tej grupy uczniów. To może wskazywać, że zalecenia lekarzy nie są wystarczająco respektowane przez tę grupę młodzieży, co świadczy o ich stosunkowo niewysokim poziomie *literacy* w omawianym zakresie. Stwierdzono tutaj statystycznie istotną różnicę ($p < 0,001$).

Samodzielne aplikowanie środków odchudzających (kolejny aspekt badany na gruncie *literacy*) wskazuje, że i w tym zakresie obserwuje się, relatywnie jego niski poziom, co wynika z deklaracji dotyczących ich stosowania bez opinii lekarza lub dietetyka (rys. 3.).

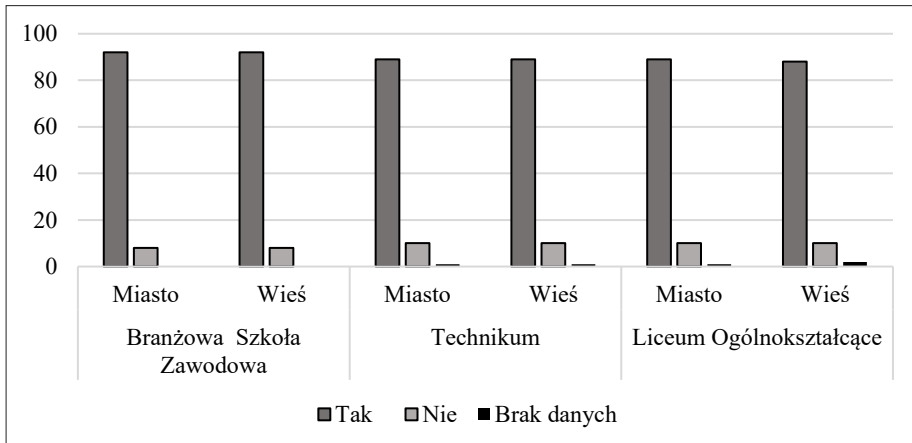


Rys 3. Opinie respondentów dotyczące samodzielnego zażywania środków odchudzających z uwzględnieniem typu szkół z podziałem miasto – wieś (w %)

Źródło: jak do rys. 1.

Tutaj ponownie młodzież ze szkół branżowych szczególnie mieszkająca w miastach wskazała na taki sposób zachowania (100%). W pozostałych typach szkół deklaracje są zbliżone do siebie i wynoszą w technikumach od 67% do 70%, a w liceach od 57% do 75%. Omawiana różnica jest istotna statystycznie ($p = 0,049$). Nie ma też dużych procentowych różnic w zakresie samodzielnego zażywania środków odchudzających między badaną młodzieżą mieszkającą w miastach czy na wsiach. Różnice, podobnie jak w poprzednich odpowiedziach, dotyczą w tym zakresie typów szkół.

Problem niskiego *health literacy* badanej młodzieży w szkołach może wynikać z niewielkiej liczby zajęć w ramach edukacji zdrowotnej (rys. 4.), szczególnie w szkołach branżowych, gdyż respondenci z tych szkół zadeklarowali obecność na takich zajęciach tylko w 6,0%, a w technikach i szkołach ogólnokształcących w 10,0% zarówno mieszkających w mieście, jak i na wsi.



Rys. 4. Deklaracje co do udziału w zajęciach z edukacji zdrowotnej według typu szkół i podziału na miasto – wieś (w %)

Źródło: jak do rys. 1.

Różnice między badaną młodzieżą we wszystkich typach szkół co do liczby zajęć w zakresie edukacji zdrowotnej są zbliżone. Nie ma dużych procentowych różnic między typami szkół w uczęszczaniu na takie zajęcia ($p < 0,001$).

WNIOSKI

Autorski sondaż diagnostyczny w obszarze *health literacy* zatytułowany „Młodzież Mazowska” dotyczył oceny wybranych aspektów zachowań zdrowotnych. Ta wiedza uwypukla pewien aspekt świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Zaletą omawianego badania jest porównanie wiedzy (przeświadczenia) na temat negatywnych zachowań z faktycznymi, deklarowanymi zachowaniami. Takie zestawienie problemów rzadko w literaturze bywa stosowane czy omawiane.

Wyniki badania pokazały nierówności w postrzeganiu zdrowia między pełnoletnią młodzieżą uczącą się w szkołach branżowych, które mają głównie zawodowy charakter edukacji a młodzieżą uczącą się w technikach i szkołach ogólnokształcących. Młodzież ze szkół branżowych zdecydowanie słabiej w stosunku do młodzieży ze szkół licealnych rozpoznaje sytuacje zagrażające zdrowiu. Mło-

dzień ta zbyt korzystnie w stosunku do rzeczywistego stanu określa stan swojego zdrowia, pomimo że ma np. większy problem z prawidłową wagą ciała niż pozostała grupa badanych respondentów i tego stanu nie postrzega jako zagrożenie dla zdrowia. Również rzadziej w stosunku do uczniów z badanych liceów ogólnokształcących i techników stosuje się do zalecanej diety przez lekarza.

Ponadto młodzież z badanych szkół branżowych w znacznej części nie stosuje żadnej diety. Podobne deklaracje obserwuje się wśród dorosłej młodzieży w liceach. Jednak młodzież z badanych liceów ogólnokształcących ma relatywnie mniejsze problemy z nieprawidłową wagą ciała, a zalecenia stosowania diety od lekarza ma tylko bardzo niewielki odsetek tych uczniów. Respondenci ze szkół branżowych również częściej deklarują, że zażywają leki wraz z alkoholem i częściej nie postrzegają tego jako zagrożenie zdrowotne. Podobne nierówności wynikają z deklaracji uczniów ze szkół branżowych, a dotyczą samodzielnego (bez opinii lekarza lub dietetyka) aplikowania środków odchudzających. Dlatego istotne jest, aby zwrócić szczególną uwagę władz oświatowych (samorządowych i państwowych) na zaniedbania strukturalne w zakresie *health literacy* w szkołach branżowych, ale ten sam problem ujawnia się, chociaż w mniejszym stopniu, w pozostałych typach szkół. W świetle badania natomiast okazało się, że nie ma dużych dysproporcji przestrzennych (miasto – wieś) w zachowaniach zdrowotnych badanej młodzieży mieszkającej w miastach czy na wsiach.

Przyczyną niskiego poziomu *literacy* wśród badanych uczniów może być niewielka liczba zajęć profilaktycznych, która jest za mała w stosunku do potrzeb. Szczególnie istotne wydaje się uzupełnienie takich zajęć w szkołach branżowych, bez względu na miejsce zamieszkania uczniów.

Chociaż we wszystkich trzech typach szkół występuje pewien stopień nierówności pod względem poziomu kształcenia, istnieją znaczące różnice w poszczególnych ich typach w zakresie wiedzy na temat zachowań w obszarze zdrowia, co rzutuje szczególnie w szkołach branżowych, na jego słabszą percepcję. Taki stan można wyjaśnić różnymi czynnikami, jak np. odmiennymi programami edukacyjnymi realizowanymi w różnych typach szkół czy umiejętnościami indywidualnymi.

Podsumowując wnioski z sondażu diagnostycznego można stwierdzić, że występują duże nierówności w obszarze *health literacy*, gdyż respondenci ze szkół branżowych zdecydowanie słabiej rozpoznają sytuacje grożące zdrowiu w postaci słabszego sposobu identyfikowania zagrożeń zdrowotnych w odniesieniu do młodzieży z techników, a szczególnie w stosunku do młodzieży ze szkół licealnych.

PODSUMOWANIE

Zdrowie nie jest zjawiskiem stałym. Można o nie dbać wdrażając zachowania zdrowotne, przez co poprawiać jego stan. Jest to problem rozważany, gdzie

zadawane jest pytanie, czy wiedza w zakresie *literacy* jest pewną ogólną umiejętnością społeczną, obejmującą wiele specyficznych, często niezwiązanych ze sobą umiejętności. W tym obszarze podnosi się wagę stosunków międzyludzkich i związków jednostki ze społeczeństwem (Diaconu i in., 2020, s. 235–243). To oznacza zdolność uczestniczenia jednostki w życiu społecznym na różnym poziomie jego integracji. Uczestnictwo to może odbywać się w różnej formie. Jedną z nich jest umiejętność rozumienia zdrowia, w tym odszukiwania informacji, na które składają się takie kompetencje jak: wiedza o zdrowiu, chorobach i metodach ich leczenia, a także umiejętność dokonywania porównań, czy porozumiewania się. Umiejętność ta umożliwia korzystanie z informacji zdrowotnych, pozwala też ludziom znajdować, oceniać i stosować informacje dotyczące zdrowia i korzystania z usług zdrowotnych. Chodzi głównie o umiejętność zastosowania odpowiednich informacji czy koncepcji dotyczących zdrowia do zmieniającej się często dynamicznej sytuacji (Nutbeam, 2000, s. 259–267). Kolejną ważną cechą *literacy*, szczególnie istotną w okresach masowego zagrożenia zdrowotnego, jest aktywne uczestniczenie w dialogu na temat zdrowia i jego ochrony. Mowa tu o umiejętności przekazywania i posługiwania się informacją na temat zdrowia, która pozwala ludziom wyszukiwać, oceniać i stosować ją w odpowiednim momencie (Mayer, Villaire, 2011, s. 59–60; Reckers-Droog, Jansen, Bijlmakers i in., 2020, s. 143–151).

Istotne jest, aby zwrócić szczególną uwagę na wdrażanie zasad edukacji zdrowotnej, która musi być zintegrowana z całym procesem nauczania i wspierać uczniów w rozwijaniu własnej samodzielności i odpowiedzialności, szczególnie tam, gdzie są największe potrzeby, czyli w szkołach branżowych. Ponadto ważne jest, aby kształtować, rozwijać zachowania zdrowotne w tym promować wiedzę w zakresie *health literacy*, gdzie istotne jest rozumienie treści o charakterze zdrowotnym, ale też respektowanie zaleceń specjalistów medycznych. Istotne jest też to, co należy powtórzyć, położenie akcentu szczególnie na młodzież ze szkół branżowych, jako tych potrzebujących najsilniejszego wsparcia merytorycznego oraz rozwijanie umiejętności i postawy odnoszących się głównie do tego, jak radzić sobie z licznymi informacjami, które mogą być ważne np. w okresach kryzysów zdrowotnych.

BIBLIOGRAFIA

- Broucke, S., Fullam, J., Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Słowska, Z. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
- Diaconu, K., Falconer, J., Vidal, N., O'May, F., Azasi, E., Elimian, K., Bou-Orm, I., Sarb, C., Witter, S., Ager, A. (2020). Fragility: implications for global health research and practice. *Health Policy and Planning*, 35(2), 235–243. DOI: 10.1093/heapol/czz142.

- Dziankowska-Zaborszczyk, E., Ciabiada, B., Maniecka-Bryła, I. (2014). Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralności przedwczesnej. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 95(4), 866–870.
- European Commission Directorate General for Agriculture (DG VI). (1997). Rural Developments: CAP 2000. Working Document.
- Floyd, R.L., Sobell, M., Velasquez, M., Ingersoll, K., Nettleman, M. (2007). Preventing alcohol-exposed pregnancies: A randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 1–8. DOI: 10.1016/j.amepre.2006.08.028.
- Freedman, D.A., Bess, K.D., Tucker, H.A., Boyd, L., Tuchman, A.M., Wallston, K.A. (2009). Public health literacy, defined. *American Journal Preventive Medicine*, 36, 446–451. DOI: 10.1016/j.amepre.2009.02.001.
- Juszczyk, G., Bogusławski, S., Wojtyniak, B. (2022). Diagnoza systemowa i plan obudowy zdrowotnej – redefinicja systemu profilaktyki i leczenia chorób Polaków. Wnioski z raportu. W: B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Diagnoza stanu zdrowia Polaków: Raport PZH – Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (s. 38–39). Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Kemm, J., Close, A. (1995). *Health promotion. Theory and practice*. London: McMillian.
- Kickbusch, I., Pelikan, J.M.F., Apfel, A.D., Tsouros, A.D. (2013). *Health literacy. The solid facts*. WHO. Regional Office for Europe.
- Matsuyama, R.K., Wilson-Genderson, M., Kuhn, L., Moghanaki, D., Vachhani, H., Paasche-Orlow, M. (2011). Education level, not health literacy, associated with information needs for patients with cancer. *Patient Education and Counseling*, 85(3), 229–236. DOI: 10.1016/j.pec.2011.03.022.
- Mayer, G., Villaire, M. (2011). Health literacy: An opportunity of nurses to lead by an example. *Nursing Outlook*, 59(2), 59–60. DOI: 10.1016/j.outlook.2011.01.006.
- Nutbeam, D., (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259.
- Piketty, T. (2022). *Kapitał i ideologia* (przekład B. Geppert). Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*. (2012). Komunikat z badań. Warszawa: CEBOS.
- Reckers-Droog, V., Jansen, M., Bijlmakers, L., Baltussen, R., Brouwer, W., Exel, J. (2020). How does participating in a deliberative citizens panel on healthcare priority setting influence the views of participants? *Health Policy*, 124(2), 143–151. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.11.011.
- Stiglitz, J.E. (2015). *Cena nierówności. W jaki sposób dzisiejsze podziały społeczne zagrażają naszej przyszłości?* Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Literackiej.
- WHO. Behavioural and cultural insights. Health Literacy. Pobrane z: <https://www.who.int/europe/teams/behavioural-and-cultural-insights/health-literacy> (2022.08.23).
- Wolf, M., Gazmararian, J., Baker, D. (2007). Health literacy and health risk behaviors among older adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(1), 19–24. DOI: 10.1016/j.amepre.2006.08.024.

Zarcadoolas, C., Plasant, A., Greer, D.S. (2005). Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195–203. DOI: 10.1093/heapro/dah609.

Streszczenie

Health literacy (literacy) jest to zdolność jednostki do „odczytywania zdrowia” przez uzyskanie dostępu do informacji oraz efektywnego wykorzystywania jej w celu utrzymania dobrego stanu zdrowia. Przejawia się to przez: rozumienie treści przekazywanych w informacjach medycznych, umiejętności korzystania z usług medycznych, a następnie respektowanie zaleceń profesjonalistów. Występują tutaj jednak liczne nierówności. Nierówności te związane są zarówno z typem kształcenia (różnice między uczniami uczącymi się w różnych typach szkół), jak i przestrzenią, i to nie tylko między regionami, ale też wewnątrz regionów, czyli między młodzieżą mieszkającą w miastach i mieszkającą na wsiach.

Celem artykułu jest wskazanie na nierówności dotyczące *health literacy* dorosłej, uczącej się młodzieży województwa mazowieckiego, biorąc pod uwagę typ kształcenia: licea ogólnokształcące, technika i szkoły branżowe i układ przestrzenny (miasto – wieś) oraz prezentacja sondażu diagnostycznego (badania) „Młodzież Mazowska”. Też badaniem jest stwierdzenie, że nierówności w zachowaniach zdrowotnych zależne są od typu kształcenia i od zróżnicowań przestrzennych. Sondaż był realizowany wśród młodzieży uczącej się w szkołach ponadpodstawowych w roku szkolnym 2017/2018. Narzędziem badawczym jest tu skonstruowany na potrzeby badania autorski kwestionariusz ankiety do przeprowadzenia wywiadu audytoryjnego. Na podstawie sondażu z zakresu *health literacy* oceniano, w jaki sposób typ kształcenia wpływa na ocenę własnego zdrowia oraz na świadomość możliwości jego kształtowania przez własne zachowania, gdzie pod uwagę brano poszczególne wytypowane zachowania, a następnie zróżnicowania tych zachowań między miastem a wsią.

W świetle badania „Młodzież Mazowska” można zaobserwować wśród respondentów województwa mazowieckiego szczególnie ze szkół branżowych ogólną, stosunkowo niższą w stosunku do pozostałej badanej młodzieży ocenę własnego zdrowia i zachowań zdrowotnych. Natomiast brak jest istotnych zróżnicowań między miastem a wsią.

Słowa kluczowe: *health literacy*, młodzież, nierówności.

Inequalities in health literacy – spatial and educational aspects

Summary

Health literacy is the ability of an individual to “read health” by accessing information and using it effectively to maintain good health. This is manifested by understanding the content provided in medical information, the ability to use medical services and then respecting the recommendations of professionals. However, there are numerous inequalities here. These inequalities are related both to the type of education (differences between students studying in different types of schools) and space, and not only between regions, but also within regions, i.e. between young people living in cities and those living in rural areas.

The aim of the article is to indicate the inequalities regarding the health literacy of adult learning youths in the Mazowieckie voivodeship, taking into account the type of education: general secondary schools, technical and industry schools, as well as the spatial arrangement (urban – rural) and the presentation of the diagnostic (research) survey: “Youth of Mazowsze”. The thesis

of the study is the statement that inequalities in health behaviours depend on the type of education and on spatial differences. The study was carried out among young people studying in secondary schools in 2017/2018. The research tool here is the author's questionnaire designed for the purpose of the research, to be used in an auditorium interview. Based on the study in the field of health literacy, it was assessed how the type of education affects the assessment of one's own health and the awareness of the possibility of shaping it by one's own behaviour, where individual selected behaviours were taken into account, and then the differentiation of these behaviours between the city and the countryside.

In the light of the "Youth of Mazowsze" study, one can observe among the respondents of the Mazowieckie Voivodship, especially from trade schools, a general, relatively lower assessment of their own health and health behaviours compared to the rest of the surveyed youth. However, there were no differences between the city and the countryside.

Keywords: health literacy, inequality, youth.

JEL: I12, I14, I24.