

# Małgorzata Kisilowska

---

## Pacjenci Sieci : informacyjne kompetencje zdrowotne

---

Kultura Popularna nr 3 (41), 92-101

---

2014

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Małgorzata  
Kisilowska

# Pacjen- ci Sieci

## *Informacyjne kom- petencje zdrowotne*

– *Całe noce ślęczę w internecie. Przeglądam strony, fora... Ludzie piszą różne rzeczy, gubię się w tym.*  
 – *Bo internet to nie jest najlepsze miejsce do stawiania diagnoz* (TVN, 2014).

Takiej dobrej rady udzielają już nawet bohaterowie popularnych seriali, być może na prośbę środowiska medycznego, zaskoczonych nieco determinacją co poniektórych pacjentów w samodzielnych poszukiwaniach informacji dotyczących zdrowia. Wiemy dobrze także z innych przekazów medialnych (Dzień Dobry TVN, 2012; Grupa Onet.pl, 2014a), a być może również z osobistych kontaktów z systemem ochrony zdrowia, że tego typu zachowania informacyjne często nie są dobrze widziane. Spotykamy się z zastrzeżeniami dotyczącymi niewiarygodności, albo wręcz szkodliwości sieciowych informacji dotyczących zdrowia, a także brakiem kompetencji do ich oceny. Nie można jednak nie wspomnieć, że stopniowo zwiększa się liczba przykładów pozytywnych – sytuacji, w których wiedza „internetowa” pomogła uratować komuś zdrowie lub życie.

Od czego to zależy? W krótkim cytacie rozpoczynającym ten tekst znaleźć można kilka wskazówek wyjaśniających, dlaczego takie poszukiwania często nie kończą się dobrze. Spróbujmy je odnaleźć i rozszyfrować.

## Kontekst, którego nie widać

Pierwszym elementem, który jednak nie wynika wprost z powyższej wymiany zdań, są okoliczności. Sytuacja, która wymusza na pacjencie lub jego opiekunie (rodzicach, współmałżonku, rodzinie itd.) zainteresowanie się sprawami zdrowotnymi. Najczęstszym powodem, dla którego człowiek zaczyna tego typu poszukiwania, są oczywiście problemy zdrowotne. Pojawia się wówczas potrzeba zrozumienia, poznania nowej sytuacji, znalezienia sposobu na pozytywne rozwiązanie problemu. Takie powody zaglądanego do internetu podawali m.in. respondenci (150 osób w wieku 16+, w tym 17% powyżej 60 roku życia) badania przeprowadzonego w Warszawie w 2012 roku (Kisiłowska i Jasiewicz, 2013), którzy (według danych uzyskanych w ankiecie) najczęściej wpisywali w wyszukiwarki nazwy chorób (66%), specjalizacje lekarzy (60%) lub nazwy leków (53%), w dalszej kolejności także objawy (51%). W kolejnym pytaniu deklarowali też poszukiwanie przede wszystkim znaczenia rozmaitych symptomów (24%) oraz informacji na temat leków i skutków ich przyjmowania (23%). Te wskaźniki potwierdziły się również w części jakościowej wspomnianego badania (swobodne wywiady pogłębione). Leki były także najczęstszym (53%) przedmiotem zainteresowania respondentów badania PBI „Internetowe serwisy o zdrowiu”, przeprowadzonego w 2011 roku na 506 internautach w wieku 18–54 lata (Polskie Badania Internetu, 2011), z których 88% sięga przede wszystkim po internet, szukając informacji zdrowotnej, a 50% robi to, gdy dostrzeże u siebie jakieś niepokojące problemy zdrowotne. Ten sam wskaźnik uzyskały informacje dotyczące diet i zdrowego odżywiania (53%), a na drugim miejscu aktywny styl życia (32%). To zróżnicowanie może wynikać z zawężenia grupy wiekowej.

W roku 2013 59% dorosłych Amerykanów potwierdziło poszukiwanie informacji na temat stanu zdrowia w Internecie, a 35% podjęło takie działania w związku ze stanem zdrowia – własnym lub kogoś bliskiego (Fox i Duggan, 2013). Dominację tego bodźca inicjującego potrzeby i zachowania

**Małgorzata Kisiłowska** – doktor habilitowany nauk humanistycznych w zakresie bibliologii, autorka ponad 100 publikacji, zajmuje się m.in. zagadnieniami informacji zdrowotnej. Współautorka badań eksploracyjnych informacyjnych kompetencji zdrowotnych wśród pacjentów przychodni warszawskich. [mdkisi10@uw.edu.pl](mailto:mdkisi10@uw.edu.pl)

informacyjne dotyczące zdrowia potwierdzają też wyniki przeglądu literatury przeprowadzonego dla potrzeb cytowanego powyżej badania warszawskiego (Kisilowska i Jasiewicz, 2013: 27–46).

Jak widać, okoliczności poszukiwań internetowych nie są sprzyjające. Bodziec najczęściej ma wymiar negatywny, zachowania informacyjne są jedną z form odnalezienia się w nowej, nieprzyjemnej, zmieniającej życie *in minus* sytuacji. Wypowiedzi sugerujące podejmowanie poszukiwań informacyjnych w celach profilaktycznych, w związku z dbałością o utrzymanie dobrego stanu zdrowia, jest zdecydowanie mniej. Emocje towarzyszące zmianie życia własnego lub bliskiej osoby nie ułatwiają tu niczego, nie ma mowy o obiektywnej analizie treści, dodatkowymi barierami są: niewielka lub wyrwykowa wiedza na temat problemu, nieznajomość terminologii medycznej, brak podstawowych kompetencji informacyjnych (o czym szerzej w kolejnych częściach artykułu), „kategoryczny imperatyw” znalezienia informacji pozytywnej, który uniemożliwia weryfikację proponowanych przez wyszukiwarki treści.

## **Przełądam strony, fora...**

Do czynników wpływających na podejmowanie decyzji zdrowotnych należy też to, co w internecie można znaleźć, czyli źródła informacji zdrowotnej i to, co się w nich kryje. W jakich formach występują? Gdzie można je odszukać?

Dość szybko w polskojęzycznej części Sieci rozwijają się portale tematyczne prowadzone przez grupy medialne. Najpopularniejszym z nich był ostatnio [zdrowie.onet.pl](http://zdrowie.onet.pl), dużą popularnością cieszyły się także [medonet.pl](http://medonet.pl) oraz [zdrowieifitness.wp.pl](http://zdrowieifitness.wp.pl) (Polskie Badania Internetu, 2011). W następnym chronologicznie (wrzesień 2011 – styczeń 2012) badaniu (Procontent, 2012), przeprowadzonym na próbie około 12,5 tysiąca internautów, także sprawdzano popularność serwisów z kategorii „zdrowie i medycyna”. Tu na pierwszym miejscu znalazł się [medonet.pl](http://medonet.pl), a zainteresowanie tego typu usługami informacyjnymi wśród respondentów rosło wraz z wiekiem (i – jak łatwo się domyślić – liczbą powodów do ich poszukiwania). 50% ankietowanych porad tego typu szukało najczęściej w specjalistycznych serwisach o zdrowiu (Procontent, 2012).

Jakie jednak są te serwisy? W obrębie omawianej dziedziny mają zakres uniwersalny, co ujawnia się już na poziomie etykiet i kategoryzacji treści. O zasobach (a pośrednio ich jakości) świadczy dobór zakładek w menu głównym, np.:

- dolegliwości a-z, asystent zdrowia, zdrowie na co dzień, testy i kalkulatory, placówki, leki (Grupa Onet.pl, 2014b);
- newsy, profilaktyka, psychologia, życie i zdrowie, życie intymne, nowości rynkowe, fitness, porady ekspertów (Grupa Onet.pl, b.d.);
- choroby, badania, zabiegi, dziecko, uroda, fitness, psychologia, związki, żywienie, forum (Nextweb Media, b.d.).

W każdym z powyższych, jak też w pozostałych, znaleźć można katalog chorób (schorzeń, dolegliwości, problemów zdrowotnych itp.), z krótkimi opisami możliwych objawów i terapii. Pozostałe kategorie treści zależą od zainteresowań docelowego odbiorcy: często spotkać można „narzędzia” służące autodiagnozie (np. różnego rodzaju kalkulatory), proporcjonalnie dużo informacji dotyczących leków i systemu ochrony zdrowia, zdrowego stylu życia (żywienie, fitness), psychologii. Na pierwszych stronach – bardzo często „sensacyjne doniesienia” o nowych odkryciach, efektach badań,

zagrożeniach dla zdrowia, czających się na nas w życiu codziennym. Takie „ekscytujące” informacje budzą zainteresowanie, ale nie zaufanie do źródła, ani tym bardziej nie budują poczucia bezpieczeństwa i wiary w sensowność działań profilaktycznych.

Inny typ źródeł internetowych to strony i portale organizacji i grup związanych z konkretnym problemem zdrowotnym (Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę, 2012; Towarzystwo Przyjaciół Chorych na Astmę, b.d.). Powstają często w wyniku potrzeby wzmocnienia przekazu medialnego dotyczącego danego schorzenia, w celu zwrócenia uwagi społecznej i uzyskania poparcia np. w sprawach dofinansowania leczenia. Równie ważny powód ich tworzenia to wsparcie informacyjne chorych lub ich opiekunów, którzy nie są w stanie w polskich publicznych zasobach internetowych znaleźć wiarygodnych odpowiedzi na swoje pytania. „Pejzaż sieciowy” byłby bez nich niepełny, tym niemniej trudno tu mówić o faktycznym zasięgu ogólnospołecznym i dużej popularności. Ich działania są i zapewne pozostaną niszowe, wzbudzając zainteresowanie konkretnych osób.

Jednostki systemu ochrony zdrowia również – choć w różnym stopniu – uczestniczą w komunikacji sieciowej. Strony przychodni i szpitali coraz częściej (choć wciąż za rzadko) udostępniają informacje dotyczące rodzaju oferowanych usług, pracowników, możliwość zapisu do lekarza itp. Niektóre podają również wymagania związane z wykonywaniem pewnych typów badań lub zabiegów, inne – informacje dla dzieci, oswajające je np. z koniecznością usunięcia trzeciego migdałka (Centrum Medyczne Krajmed, 2012).

Kampanie promocyjne i programy edukacyjne realizowane są zarówno bezpośrednio przez instytucje publiczne, jak i na zlecenie, przez podmioty medialne (SM – walcz o siebie, b.d.; Compress, 2014; Avon Cosmetics Polska, 2013; Abbvie Polska, 2014). Można tu wyróżnić z jednej strony działania profilaktyczne, np. zachęty do szczepień i badań, jak i wsparcie dla osób dotkniętych konkretnymi schorzeniami. Informacje w nich publikowane mają wymiar pozytywny – pokazują korzyści płynące z podjęcia proponowanych działań, pozytywne przykłady życia z chorobą, efekty rehabilitacji bądź utrzymywania rygoru terapii (rezygnacja z przestrzegania zaleceń medycznych bywa częstym problemem „nowych” chorych i powodem pogorszenia stanu zdrowia). Znajdują się tam także aktualne doniesienia na temat programów badań klinicznych nowych leków czy form terapii, na które pacjenci i ich opiekunowie czekają z niecierpliwością. Można się jednak obawiać, że tego typu działania informacyjne są skuteczne raczej wobec osób, które już borykają się z problemem zdrowotnym, niż zdrowych, którzy mogliby takiego problemu uniknąć.

Rozrastająca się kategoria internetowych źródeł informacji o zdrowiu to blogi, fora, rankingi lekarzy, dyskusje czy kanały tematyczne w mediach społecznościowych, która to aktywność została przez badaczy określona jako *peer-to-peer healthcare* (Fox, 2011). To na forach właśnie zainteresowani szukają odpowiedzi na pytania dotyczące skuteczności terapii zalecanych przez lekarzy, w rankingach umieszczają komentarze „za” i „przeciw” osobom, z którymi się konsultowali. Na blogach bezpiecznie zaspokajają ciekawość dotyczącą czyjegoś życia lub przeciwnie – dzielą się doświadczeniem, pomocą, wirtualną obecnością. Lekarze potrafią przytoczyć dziesiątki przykładów na to, jak pacjenci szkodzą sobie, porównując swoją sytuację z innymi, podejmując samodzielnie błędne decyzje na podstawie diagnoz internetowych. Nie można jednak nie wspomnieć, że zjawisko takiej „samooceny” narasta, a pozytywnych przykładów również nie brakuje. W cytowanych już badaniach

„Health Online 2013” (Fox i Duggan, 2013), „wirtualni diagności” stanowią już 35% dorosłych Amerykanów. Na szczęście 46% postanowiło skonsultować uzyskane tą drogą informacje z profesjonalistą, a 41% uzyskało potwierdzenie poprawności takiej diagnozy od lekarza lub pielęgniarki. Z drugiej strony jednak – 35% nie uznało za stosowne udać się na wizytę lekarską, a tym samym nie zweryfikowało swojej opinii.

Termin „altruizm informacyjny” w kontekście zdrowia i mediów społecznościowych opisuje chęć/gotowość/łatwość dzielenia się informacjami związanymi ze zdrowiem w środowisku wirtualnym. Wyraża się z jednej strony w „doniesieniach” o liczbie przejechanych/ przebiegniętych kilometrów lub spalonych kalorii, z drugiej – w komunikatach o problemach z prośbą o radę, wsparcie, pomoc, z trzeciej wreszcie – w udzielaniu tej pomocy, odpowiadaniu na prośby, dzieleniu się swoją wiedzą, doświadczeniem, kontaktami (Kisilowska, 2014).

Jak łatwo się domyślić – zwłaszcza w tej grupie źródeł, tworzonych oddolnie przez osoby niezwiązane najczęściej z ochroną zdrowia, znaleźć można dowolną odpowiedź na swoje pytanie: zarówno pozytywną, zachęcającą do podjęcia starań o zdrowie, jak i negatywną – z elementami strachu, niepewności, negatywnymi przykładami skutków zastosowanej terapii. Ludzie, kierując się różnymi intencjami, piszą to, co uważają za słuszne, czasami tylko wygodne dla siebie. Nic więc dziwnego, że im częściej i głębiej szperamy, tym bardziej zdarza się nam stwierdzać:

## **...gubię się w tym**

Niewielu spośród pacjentów i ich opiekunów posiada wiedzę pozwalającą swobodnie, ze zrozumieniem korzystać z zasobów informacji medycznej, zwłaszcza profesjonalnej. Nie zmienia to jednak faktu, że – zmuszeni okolicznościami – podejmujemy poszukiwania, chcemy się dowiedzieć się więcej o chorobie, terapii, opiece, zapobieganiu, najlepiej w łatwo przyswajalny dla laika sposób. Tymczasem zachowania takie obciążone są dużym ryzykiem, wynikającym z jednej strony z rodzaju zamieszczanych przez nieprofesjonalistów informacji, z drugiej – z możliwym niezrozumieniem lub błędną interpretacją nawet wiarygodnych treści specjalistycznych. Jednym ze sposobów zminimalizowania tego ryzyka są kompetencje, w omawianym tu obszarze – informacyjne kompetencje zdrowotne.

Termin podstawowy dla prowadzonych tu rozważań, tzn. „kompetencje zdrowotne”, wywodzi się z nauk medycznych i zdrowia publicznego (Słońska, 2014). Obejmuje on zestaw umiejętności potrzebnych do samoobserwacji i aktywnego udziału w procesie dbania o zdrowie oraz (w razie potrzeby) leczenia, w tym wiedzę o zdrowiu i chorobach, o systemie ochrony zdrowia, a nawet kompetencje tak podstawowe, jak umiejętność czytania, pisania, wykonywania podstawowych operacji matematycznych (obliczanie dawki leku), nazywania swoich objawów i komunikowania się z profesjonalistami (Niedźwiedzka, 2014:327–329; Niedźwiedzka, Słońska i Taran, 2012). „Kompetencje informacyjne” stanowią tu drugi kluczowy punkt odniesienia, a obejmują umiejętne korzystanie z informacji, obejmujące nazywanie potrzeby informacyjnej, wyszukiwanie, selekcję i ocenę informacji (względem potrzeb) oraz jej właściwe wykorzystanie (Jasiewicz, 2012).

Co więcej, oba te terminy (i opisywane przez nie umiejętności) są w pewien sposób „uwikłane”, nierozdzielne w stosunku do umiejętności opisywanych

jako „kompetencje informatyczne”, „kompetencje medialne” czy „kompetencje cyfrowe”. Ta krótka lista sugeruje środowisko i narzędzia, w jakim działania informacyjne i prozdrowotne są prowadzone.

„Informacyjne kompetencje zdrowotne” stanowią pewną podgrupę kompetencji zdrowotnych, „zbiór umiejętności potrzebnych do rozpoznania potrzeby informacyjnej w tym zakresie, wyboru odpowiednich źródeł oraz wykorzystaniach w celu znalezienia relewantnej informacji, oceny jej jakości oraz możliwości zastosowania w konkretnej sytuacji, wreszcie do przeanalizowania, zrozumienia i wykorzystania tej informacji do podjęcia właściwych decyzji dotyczących zdrowia” (Medical Library Association, 2014). W życiu codziennym przekładają się one m.in. na rozumienie i przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, czytanie ze zrozumieniem ulotek informacyjnych leków czy etykiet na produktach żywnościowych, wypełnianie formularzy związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych, efektywne korzystanie z różnego typu źródeł informacji zdrowotnej (Kisiłowska i Jasiewicz, 2013:13–26).

W indeksie umiejętności zastosowanym w europejskim badaniu kompetencji zdrowotnych HLS-EU uwzględniono m.in. o znajdowanie informacji na temat objawów i leczenia chorób, radzenia sobie z niezdrowymi zachowaniami (np. palenie tytoniu) lub problemami (np. stres), ocenianie informacji (zalety i wady różnych sposobów leczenia, wiarygodność informacji, potrzeba dodatkowej konsultacji) oraz jej stosowanie (przestrzeganie instrukcji i zaleceń dotyczących terapii, decyzje dotyczące działań zapobiegających zachorowaniu na podstawie informacji medialnych) (Niedźwiedzka i inni, 2012:216).

Uszczegółwiając, umiejętność poszukiwania informacji wiąże się z poprawną werbalizacją potrzeby informacyjnej, czyli podjęciem decyzji dotyczącej słownictwa wpisywanego w okienko wyszukiwarki (co jest pierwszym działaniem i najczęstszym wyborem respondentów badań dotyczących zdrowotnych kompetencji informacyjnych [Kisiłowska i Jasiewicz, 2013; Fox i Duggan, 2013]), wyboru tejże wyszukiwarki, ewentualnie wyboru spośród listy słownictwa kontrolowanego stosowanego przez system (np. taksonomii) lub tagów (folksonomii). Pytanie – na ile nasz (indywidualny) sposób nazywania objawów pokrywa się z określeniami stosowanymi przez innych – i laików, i profesjonalistów.

Ocenianie informacji dotyczących zdrowia to zadanie wieloaspektowe. Pierwsze z nich, być może najłatwiejsze, choć też obciążone dużym ryzykiem naiwnego błędu formalnego podobieństwa słów, których używamy do wyrażenia potrzeby informacyjnej i tych, które opisują zawartość (treść) źródła, to ocena związana z selekcją – doborem treści odpowiadających wspomnianej potrzebie informacyjnej użytkownika. Wymaga sprawdzenia, czy to zewnętrzne podobieństwo pociąga za sobą faktyczną zgodność, tzn. nie tylko używamy tych samych słów, ale również w odniesieniu do tych samych elementów rzeczywistości.

Kolejna seria zadań wiąże się ze sprawdzeniem jakości, w tym wiarygodności źródła. To klasyczna już w dzisiejszym świecie kompetencja informacyjna, choć równie klasyczne jest jej faktyczne nieegzekwowanie lub zdecydowanie rzadka weryfikacja. Kiedy i przez kogo został dany materiał opracowany? Jaka instytucja odpowiada za treści prezentowane w portalu? W informacji zdrowotnej kwestie jakościowe są szczególnie ważne, mogą mieć bardzo poważne skutki. Dlatego użytkownicy nie są pozostawieni sami sobie z takimi dylematami. Wspierają ich m.in. Health on the Net Foundation (2013) oraz DISCERN (b.d.). Fundacja Health on the Net opracowała swoisty kodeks, zestaw 8 kryteriów, które pomagają w ocenie źródła informacji. Strony i portale

spełniające te kryteria mogą wnioskować o swoisty „certyfikat bezpieczeństwa”, a po uzyskaniu pozytywnej oceny umieszczać u siebie logo Fundacji, jako gwarancję uczciwych działań informacyjnych. Jednak żeby umiejętnie stosować wspomniane zasady, trzeba pewien poziom kompetencji informacyjnych (i nie tylko) posiadać. Jedną z nich jest np. informowanie przez podmiot prowadzący stronę o polityce reklamowej i sposobie finansowania. Certyfikat przyznawany jest więc także tym, którzy tego typu dane udostępniają, choć niekoniecznie na pierwszej stronie. Trzeba wiedzieć: że oraz gdzie poszukać. I co z ewentualnie uzyskaną wiedzą zrobić dalej.

Narzędzie DISCERN powstało w wyniku realizacji w latach 1996–1997 wspólnego projektu British Library i National Health Service. Służyć ma pomocą użytkownikom niezwiązanym zawodowo z ochroną zdrowia w ocenie jakości źródeł oraz samej informacji zdrowotnej. Składa się z szesnastu pytań dotyczących m.in. dostępności informacji na temat celów powstania danej publikacji, jej statusu, wykorzystania materiałów z innych źródeł, podania szczegółowych danych dotyczących np. przebiegu i wyników opisywanego badania lub przebiegu, ryzyka i efektów terapii, dostępności terapii alternatywnych, czy wreszcie możliwości udziału pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. To krótkie omówienie pokazuje, że użytkownik dostaje narzędzie podpowiadające, na co zwracać uwagę, ale udzielenie na każde z nich odpowiedzi wymaga – wiedzy i kompetencji, które należałoby nabyć wcześniej.

Wykorzystanie wybranej w wyniku wcześniejszych procesów informacji także należy do podstawowych, omawianych tu umiejętności. Pojawiają się kolejne pytania – na ile użytkownik skłonny jest zmienić swój styl życia (na zdrowszy, bardziej aktywny), poddać się badaniom (pokonać obawy i uporać się z nieustannym brakiem czasu), przestrzegać zaleceń (zażywać leki lub przeciwnie – nie brać ich więcej, niż zalecone w ulotce). Innymi słowy kompetencje informacyjne to także (często trudne) przełożenie wiedzy na codzienną praktykę.

## Informacyjne kompetencje zdrowotne w kulturze popularnej

Zofia Słońska (2014) zwraca uwagę na – stosunkowo niedawną – zmianę w podejściu do kompetencji zdrowotnych, rozszerzenie ich od ujęcia indywidualnego, klinicznego (komunikacja pacjenta z lekarzem) także o ujęcie zbiorowe (w kontekście zdrowia publicznego), „które umożliwia prozdrowotne oddziaływanie na szeroko pojęte warunki życia i prowadzi tym samym do upodmiotowienia jednostek i zbiorowości w sferze zdrowia” (Słońska, 2014: 342). Wiąże się to z aktywną recepcją działań z zakresu promocji zdrowia i skutecznym usuwaniem społecznych nierówności w zdrowiu, wynikających z braku kompetencji zdrowotnych. Warto w tym miejscu przypomnieć, że niski poziom informacyjnych kompetencji zdrowotnych koreluje z brakami w zakresie kompetencji medialnych i cyfrowych. Zaproponowano (Norman i Skinner, 2006) nawet termin (i narzędzia badawcze) *e-health literacy*, odnoszący się do umiejętności koniecznych do właściwego dbania o zdrowie, z wykorzystaniem informacji dostępnych w środowisku wirtualnym. Barbara Niedźwiedzka (2014: 334) nie widzi jednak potrzeby sztucznego tworzenia terminu „informacyjne kompetencje e-zdrowotne”, biorąc pod uwagę fakt,



że miejsce poszukiwania informacji nie zmienia diametralnie zakresu ani poziomu potrzebnych do tego umiejętności.

Kształtowanie informacyjnych kompetencji zdrowotnych w skali społecznej, zbiorowej, odbywa się współcześnie w kontekście, albo nawet nierozdzielnie ze zjawiskami i procesami kultury popularnej. Można nawet powiedzieć, że wśród silniejszych grup społecznych zdrowy styl życia jest elementem – dowodem na „bycie kulturalnym”, dobrze zorientowanym człowiekiem. Niemalże nie wypada dziś nie biegać w maratonach, nie chodzić na basen, nie uprawiać sportów grupowych, nie jeździć na rowerze lub rolkach. Pozostaje jednak pytanie, na ile jest to efektem mody i nacisku zbiorowości, a na ile faktycznej internalizacji pozytywnych zachowań prozdrowotnych, wspieranych dziś wirtualnie przez wiele aplikacji pozwalających mierzyć to co się traci (kalorie, kilogramy), jak i to, czego przybywa (np. przebiegniętych/przejechanych kilometrów).

Tematyka zdrowotna jest w produktach kultury popularnej wszechobecna. Nie ma dnia bez sezonowych reklam farmaceutyków i suplementów w mediach, na stronach głównych najpopularniejszych portali ogólnych codziennie pojawiają się notatki na ten temat. Podobnie tabloidy niezawodnie donoszą o sensacyjnych dietach, uzdrowieniach, zachorowaniach czy ekscesach związanych np. z finansowaniem leczenia.

Mamy więc do czynienia z sytuacją, kiedy informacja dotycząca spraw zdrowia (podobnie jak i inne) otacza nas i atakuje codziennie, niezależnie od naszej woli. Użytkownicy nie zdążyli jeszcze uświadomić sobie potrzeby informacyjnej w tym obszarze, ani tym bardziej rozpocząć poszukiwań, a już poddawani są presji natarcyowych komunikatów, którym – częściej lub rzadziej – ulegają. W kontekście stwierdzonych w badaniu HLS-EU (Niedźwiedzka, 2012; Słońska, 2014) zdecydowanie niskich informacyjnych kompetencji zdrowotnych Polaków, sytuacja taka okazuje się stawiać przed nimi (nami) spore wyzwania.

Pierwsze z nich dotyczy ilości, intensywności i rodzaju tych (pseudo?) informacji, na które codziennie, mimowolnie natykamy się w różnych mediach. Innymi słowy – pułapek, jakie czyhają na niekompetentnego użytkownika, ich potencjalnego profilu (Diety cud? Nowotwory? Cudowne lekarstwa? Odrębianie organizmu?), formy komunikatów (Obraz? Film? Tekst – słownictwo, nacechowanie emocjonalne?), ich umiejscowienia w obrębie nośnika (Miejsce na stronie internetowej, gazetowej? Czas emisji reklam?). Na ile przyciągają one (niepotrzebnie) uwagę, zatrzymują na półprawdach, zachęcają do podejmowania działań faktycznie zbędnych? Na ile są wiarygodne?

Następne wiąże się bezpośrednio z pierwszym – to pytanie o możliwość określenia skali wpływu tego rodzaju informacji na aktywność ludzi. Czy na przykład powstrzymują one przed kontaktem ze służbą zdrowia (zmniejszanie objawów zamiast leczenia przyczyn)? W którym momencie użytkownik, zwłaszcza o niskim poziomie kompetencji informacyjnych, poczuje się wystarczająco poinformowany i zrezygnuje z samodzielnego poszukiwania odpowiedzi na swoje pytania? Czy doniesienia o wzroście zachorowań bądź skali zjawisk negatywnych nie wywołują tak silnych negatywnych emocji (strachu), że człowiek bojąc się złych wiadomości, zrezygnuje z podejmowania jakichkolwiek działań prozdrowotnych? Jaką barierę tworzy taki natłok informacji różnej jakości dla kształcenia informacyjnych kompetencji zdrowotnych? Czy można tu mówić o zjawisku smogu informacyjnego?

Zdrowotny aspekt kultury popularnej nie musi mieć wyłącznie złych stron. Spójrzmy chociażby na popularność seriali „szpitalnych” – polskich i zagranicznych. Pojawianie się kolejnych sezonów świadczy o ich popularności,

a więc zainteresowania widzów i losami głównych bohaterów, i tłem, w jakim historii te się dzieją. Promocja zdrowia, zachęcanie do badań profilaktycznych bywają poruszane przez scenarzystów – są elementem akcji, tematem rozmów, przedmiotem plakatów wiszących na ścianach szpitalnych. Czy skutecznie? Na ile skutecznie? Jakie kwestie poruszane są najczęściej? I co na to widzowie? Czy tego rodzaju przekaz faktycznie przypomina i zachęca do zadbania o własnej zdrowie, czy może – zbyt często poruszana tematyka „znieczuła” na problem? Czy seriale, i inne audiowizualne formy popularnego przekazu, mogą być jeszcze jednym sposobem kształcenia zdrowotnych kompetencji informacyjnych? Nawet jeśli nie w skali masowej, to jednak warto próbować.

Szukanie informacji zdrowotnej w internecie, mimo oporów, niekonsekwencji, niedoskonałości źródeł – nie jest złe. Jest naturalnym odruchem, takim samym jak szukanie odpowiedzi na pytania dotyczące spraw zupełnie innych. Nie przestaniemy konsultować się z „dr Googlem”. A skoro tak – pozostaje kwestia kompetencji i jakości źródeł. Zadania dla wszystkich uczestników tej „gry informacyjnej” – i twórców, i użytkowników.

#### BIBLIOGRAFIA

- Abbie Polska. (2013). *Poruszyć świat*, <http://poruszycswiat.pl/> (5.06.2014).
- Avon Cosmetics Polska. (2013). *Avon kontra rak piersi*, <http://wielkakampaniazycia.pl/> (5.06.2014).
- Centrum Medyczne Krajmed (2012), <http://www.krajmed.pl/dla-dzieci/dla-dzieci> (11.06.2014).
- Compress. (2014). *Żółty tydzień*, <http://www.zoltytydzien.pl/> (5.06.2014).
- Discern (b.d.). <http://www.discern.org.uk/> (5.06.2014).
- Dzień Dobry TVN (2012). *Dr Google może się mylić!*, <http://dziendobry.tvn.pl/video,2064,n/dr-google-moze-sie-mylic,65270.html> (11.06.2014).
- Fox S. (2011). *Mind the gap: Peer-to-peer healthcare*, PEW Research Center, <http://www.pewinternet.org/Reports/2011/20-Mind-the-Gap.aspx> (11.06.2014).
- Fox S., Duggan M., *Health Online 2013*. Pew Internet & American Life Project, 2013, <http://pewinternet.org/Reports/2013/Health-online.aspx> (4.06.2014).
- Grupa Onet.pl. (2014a). *Gdzie Polacy szukają pomocy lekarskiej? Dr Google i dr Lubicz mają pełne ręce roboty*, <http://wiadomosci.onet.pl/kraj/gdzie-polacy-szukaja-pomocy-lekarskiej-dr-google-i-dr-lubicz-maja-pelne-rece-roboty/fhgmh> (11.06.2014).
- Grupa Onet.pl. (2014b). *Medonet*, <http://www.medonet.pl/> (5.06.2014).
- Grupa Onet.pl. (b.d.). *Zdrowie – poradnik o zdrowym stylu życia*, <http://kobietta.onet.pl/zdrowie> (3.06.2013).
- Health on the Net Foundation (2013). <http://www.hon.ch/> (5.06.2014).
- Jasiewicz J. (2012). *Kompetencje informacyjne młodzieży. Analiza – stan faktyczny – kształcenie na przykładzie Polski, Niemiec i Wielkiej Brytanii*. Warszawa.
- Kisilowska M. (2014). Altruizm informacyjny jako przykład zmiany w zachowaniach pacjentów. [w:] Głowacka E., Kowalska M., Krysiński P. (red.), *Współczesne oblicza komunikacji i informacji. Problemy, badania, hipotezy*. Toruń.
- Kisilowska M. (2014). Informacja zdrowotna – czy tego właśnie szukamy w Sieci? [w:] Jasiewicz J. i Zybert E.B. (red.), *Czas przemian – czas wyzwań. Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*. Warszawa.
- Kisilowska M., Jasiewicz J. (2013). *Informacja zdrowotna. Oczekiwania i kompetencje polskich użytkowników*. Warszawa.

- Medical Library Association, *What is health information literacy?* (2014), <https://www.mlanet.org/resources/healthlit/define.html> (4.06.2014).
- Nicholas D., Huntington P., Jamali H., Williams P. (2007). *Digital health information for the consumer. Evidence and policy implications*. Aldershot.
- Niedźwiedzka B. (2014). Kompetencje informacyjne – ważna składowa kompetencji zdrowotnych. [w:] Jasiewicz J., Zybert E.B. (red.), *Czas przemian – czas wyzwań. Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*. Warszawa.
- Nextweb Media. (b.d.). *Abc zdrowia*, <http://portal.abczdrowie.pl/> (4.06.2014).
- Niedźwiedzka B., Słońska Z. i Taran Y. (2012). Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samo skuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [HLS-EU]. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 10, (212–220).
- Norman C.D., Skinner H.A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. “Journal of Medical Internet Research” 8(4),e27.
- Norman C.D., Skinner H.A. (2006). eHealth Literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. “Journal of Medical Internet Research” 8(2), (e9). DOI: <http://www.jmir.org/2006/2/e9/> (5.06.2014)
- Polskie Badania Internetu, *Internetowe serwisy o zdrowiu*. 2011, <http://www.pbi.org.pl> (5.06.2014).
- Słońska Z. (2014). Kompetencje zdrowotne (*health literacy*) i ich znaczenie dla zdrowia. [w:] Jasiewicz J. i Zybert E.B. (red.), *Czas przemian – czas wyzwań. Rola bibliotek i ośrodków informacji w procesie kształtowania kompetencji współczesnego człowieka*. Warszawa.
- Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę. 2012. <http://www.borelioza.org/> (5.06.2014).
- SM – walcz o siebie. B.d. <http://www.sm-walczosiebie.pl/> (5.06.2014).
- Towarzystwo Przyjaciół Chorych na Astmę. B.d. <http://www.astma.waw.pl/> (5.06.2014).
- TVN (2014), *Lekarze*, seria 4 odc. 10.