

e-mentor

DWUMIESIĘCZNIK SZKOŁY GŁÓWNEJ HANDLOWEJ W WARSZAWIE
WSPÓŁWYDAWCA: FUNDACJA PROMOCJI I AKREDYTACJI KIERUNKÓW EKONOMICZNYCH

2020, nr 3 (85)



Rogala, A. (2020). Wyzwania realizacji koncepcji *patient empowerment* w kontekście kompetencji pacjentów. *e-mentor*, 3(85), 41–49. <https://doi.org/10.15219/em85.1473>



Anna
Rogala

Wyzwania realizacji koncepcji *patient empowerment* w kontekście kompetencji pacjentów

The challenges of implementing patient empowerment approach in the context of patients competences

Abstract

The modern patient becomes more and more proactive in caring for their health. Therefore, the growing importance of patient empowerment phenomenon may be observed, which poses a lot of challenges for the healthcare market's functioning.

The main objective of this paper is to analyze the possibilities of implementing the concept of patient empowerment in the context of patients' competences necessary for its practical use and the related challenges. The considerations are based on a critical review of scientific literature in the fields of medicine, public health, economics and management (especially papers available in Scopus, JSTOR, and ProQuest databases).

In the light of the analyses, patient empowerment appears to be both, a significant challenge and a threat, for the healthcare market. On the one hand, it can help to solve such problems as inefficient healthcare, non-compliance in therapy, and low patient involvement in the treatment process. On the other hand, phenomena in the social and technological sphere strengthen the patient's conviction of high competence in the field of health protection, which is often not being reflected in their health literacy. Therefore, it is necessary to create and develop educational programs and campaigns, aimed at improving patients' competences (health literacy, e-health literacy), to optimize the usage of resources and healthcare costs.

Keywords: patient empowerment, healthcare market, health literacy, e-health literacy

Istota i znaczenie koncepcji *patient empowerment*

W ujęciu tradycyjnym za zdrowie obywateli w dużej mierze odpowiada państwo, które powinno zapewniać dostęp do odpowiednich świadczeń zdrowotnych (Parenti i Mancini 2015, s. 18). Przez wiele lat pacjenci byli biernymi uczestnikami rynku zdrowia i ich zadania ograniczały się do przestrzegania zaleceń lekarza w sytuacji pojawienia się choroby. Jednak w ostatnim czasie, w wyniku istotnych zmian oddziałujących na funkcjonowanie sektora ochrony zdrowia, takich jak rewolucja informacyjno-komunikacyjna, ewolucja demograficzna (wydłużająca się średnia życia, starzejące się społeczeństwo) czy ograniczanie wydatków na świadczenia zdrowotne ze strony państwa, od pacjentów oczekuje się przyjęcia postawy proaktywnej, a co za tym idzie zwiększania odpowiedzialności za własne zdrowie (Bravo i in., 2015; Johnson, 2011).

W takie podejście do roli pacjenta w systemie ochrony zdrowia wpisuje się koncepcja *patient empowerment*¹ (PE), czyli jego umocnienia czy uprawomocnienia. W jej ramach pacjent odpowiada nie tylko za wybory w kontekście swojego dobrostanu fizycznego i psychicznego, ale także za ich konsekwencje (Aujoulat i in., 2007, s. 13). Staje się

Anna Rogala, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu,  <https://orcid.org/0000-0003-0580-1838>

¹ W języku polskim *patient empowerment* tłumaczone jest jako uprawomocnienie, upodmiotowienie, usamodzielnienie czy umocnienie pacjenta. Biorąc pod uwagę niedoskonałość tych odpowiedników, w artykule odnosząc się do *patient empowerment* jako koncepcji stosuje się pisownię oryginalną, natomiast w pozostałych przypadkach używa się zamiennie określenia „uprawomocnienie pacjenta”.

aktywnym uczestnikiem procesu podejmowania decyzji dotyczących jego zdrowia i jakości życia.

Celem artykułu jest analiza możliwości realizacji koncepcji *patient empowerment* w kontekście kompetencji pacjentów niezbędnych do praktycznego jej wykorzystania oraz związanych z tym wyzwań. Rozważania prowadzone w tekście bazują na przeglądzie literatury naukowej z zakresu medycyny, nauk o zdrowiu, ekonomii i zarządzania. W analizach uwzględniono angielsko- i polskojęzyczne artykuły teoretyczne i empiryczne z list czasopism punktowanych, indeksowane w bazach Scopus, JSTOR i ProQuest, a także publikacje zwarte oraz rzetelne i wiarygodne źródła internetowe.

Jak wynika z przeprowadzonych analiz literaturowych, uprawomocnienie pacjenta jest koncepcją złożoną i wielowymiarową. Można ją rozpatrywać i badać (Castro i in., 2016, s. 1924–1925):

- z poziomu mikro, mezo i makro;
- z perspektywy pacjenta, podmiotu świadczącego usługi o charakterze zdrowotnym czy całego systemu ochrony zdrowia;
- w ujęciu różnych dyscyplin (m.in. nauk o zdrowiu, medycyny, ekonomii, psychologii czy socjologii).

W konsekwencji w definicjach uprawomocnienie pacjenta ukazywane jest jako teoria, proces czy paradygmat, ale także wynik czy poczucie, którego doświadcza. Robert Anderson i Martha Funnell (2005) wskazują, że bazuje ono na rekonfiguracji relacji między pracownikami służby zdrowia a pacjentami w kierunku opieki skoncentrowanej na tych drugich. Pozycja pacjenta ulega wzmocnieniu, by ułatwić pozytywne zmiany jego zachowań, emocji i/lub postaw związanych ze zdrowiem (Anderson i in., 2010). Z kolei z definicji przyjętej przez Europejskie Forum Pacjentów (European Patients Forum, b.d.) wynika, że uprawomocnienie pacjenta jest wielowymiarowym procesem, dzięki któremu ludzie zyskują kontrolę nad własnym życiem i zwiększają swoją zdolność do działania w tych kwestiach zdrowotnych, które sami określają jako ważne.

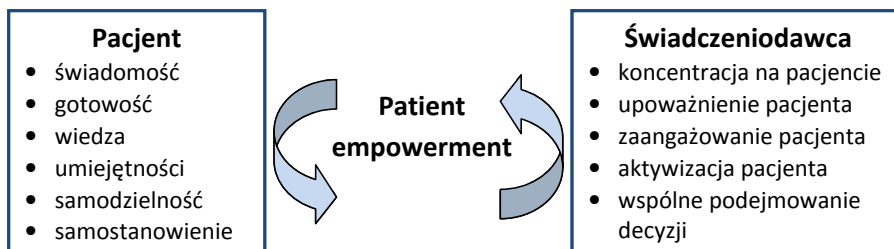
Tak jak wcześniej wspomniano, uprawomocnienie pacjenta może być rozpatrywane z perspektywy interakcji między dostawcą świadczeń zdrowotnych a ich odbiorcą albo z perspektywy samego pacjenta (Aujoulat i in., 2007, s. 15). W pierwszym przypadku rozumiane jest jako interaktywny proces komunikowa-

nia i edukowania, w ramach którego obie strony dzielą się wiedzą, wartościami oraz władzą nad przebiegiem terapii. Z kolei druga perspektywa traktuje uprawomocnienie pacjenta jako proces jego wewnętrznej przemiany w kierunku wzmocnienia potrzeby samostanowienia, a co za tym idzie – zwiększania jego zaangażowania i odpowiedzialności za zdrowie. Aby jednak wspomniana przemiana nastąpiła, świadczeniodawcy opieki zdrowotnej muszą przyjąć podejście skoncentrowane na pacjencie, wymagające uwzględniania jego doświadczeń, preferencji i oczekiwań oraz umożliwiający wzmocnienie kompetencji związanych zarówno z procesem leczenia, jak i dbaniem o dobrostan fizyczny i psychiczny. Uprawomocnienie pacjenta jest zatem procesem prowadzącym do osiągnięcia równowagi sił między nim a pracownikami służby zdrowia (Elwyn i in., 2016) oraz do ukształtowania partnerstwa ukierunkowanego na współtworzenie wartości w zakresie ochrony zdrowia (Bravo i in., 2015).

Wyształcenie uprawomocnienia pacjenta, rozumianego jako interakcja między nim a świadczeniodawcą usług zdrowotnych, jest warunkowane różnymi czynnikami po stronach obu uczestników procesu (por. rysunek 1).

Dla efektywnej realizacji koncepcji *patient empowerment* konieczne jest stworzenie odpowiednich warunków dla odbiorcy usług zdrowotnych przez ich świadczeniodawcę. Punkt wyjścia stanowi koncentracja na pacjencie, jego potrzebach, doświadczeniach i oczekiwaniach. Ponadto konieczne jest budowanie u niego wiary w umiejętności związane z dbaniem o zdrowie i powrotem do stanu sprzed choroby, wspieranej rozwijaniem wiedzy oraz kompetencji zdrowotnych. Kluczowe znaczenie dla osiągnięcia poprawy jakości opieki zdrowotnej ma aktywizacja pacjenta (Hibbard i in., 2007), czyli zachęcanie go do korzystania ze wspomnianych umiejętności w przypadku pojawienia się określonych schorzeń, a także przyjmowania proaktywnej postawy w kontekście dbania o swój dobrostan. Pacjent staje się również partnerem w procesach leczenia i ochrony zdrowia, a co za tym idzie – partycypuje w planowaniu terapii czy projektowaniu usług zdrowotnych. Decyzje dotyczące jego zdrowia podejmowane są wspólnie z przedstawicielami różnych zawodów medycznych, a nie bez jego udziału. Z kolei po stronie pacjenta proces uprawomocnienia wymaga świadomości zdro-

Rysunek 1. Relacyjna interpretacja koncepcji *patient empowerment*



Źródło: opracowanie na podstawie Palumbo, 2017, s. 3.

wotnej, ale także wiedzy, określonych umiejętności i możliwości rozpoznania ich poziomu. Ponadto konieczna jest gotowość do wzięcia współodpowiedzialności za zdrowie i stosowane terapie. Wynika ona z rozwiniętej potrzeby samostanowienia i wymaga samodzielności pacjenta (Palumbo, 2017, s. 3–6).

Aby można było mówić o pacjencie, którego rola w procesie ochrony zdrowia jest wzmocniona (z ang. *empowered patient*²), musi on charakteryzować się przede wszystkim zaangażowaniem, poinformowaniem, wolą współpracy oraz oddaniem dla wykonywania aktywności związanych z dobrostanem fizycznym i psychicznym (Johnson, 2011, s. 269). Oznacza to, że realizacja koncepcji *patient empowerment* wymaga osób świadomych oraz przyjmujących odpowiedzialność za własne zdrowie (Fundacja OZZ, 2016), które będą brały czynny udział w podejmowaniu decyzji związanych ze zdrowiem i opieką zdrowotną, inicjowały kroki ukierunkowane na dbanie o swój dobry stan psychofizyczny lub powrót do stanu sprzed choroby, angażowały się w działania zbiorowe (np. grupy wsparcia pacjentów) czy aktywnie poszukiwały informacji dotyczących zdrowia (Bravo i in., 2015, s. 10). W efekcie pacjenci stają się partnerami w procesie leczenia i współdecydują o jego przebiegu, ale także rozwijają umiejętności niezbędne dla podejmowania działań o charakterze prozdrowotnym i profilaktycznym.

Szczególną uwagę warto zwrócić na rolę technologii informacyjno-komunikacyjnych we wzmacnianiu pozycji pacjenta w systemie ochrony zdrowia. Oddziałują one na proces uprawomocnienia pacjenta i innych jego uczestników w różny sposób, przy czym można wymienić m.in. następujące zależności (Demiris i in., 2008; Fieschi, 2002; Grando i in., 2015; Wald i in., 2007, za: Palumbo, 2017, s. 10–11):

- wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w celach związanych z ochroną i promocją zdrowia umożliwia transformację systemu opieki zdrowotnej i jego przeprojektowanie w kierunku większej orientacji na pacjenta;
- technologie informacyjno-komunikacyjne odgrywają kluczową rolę w promowaniu aktywnego udziału pacjentów w projektowaniu usług zdrowotnych oraz w budowaniu ich zaangażowania w procesy współtworzenia wartości w ramach systemu ochrony zdrowia;
- technologie informacyjno-komunikacyjne przyczyniają się do zwiększenia możliwości pozyskiwania przez pacjentów informacji oraz zdolności ich przetwarzania. Tworzy to korzystne warunki do budowania bardziej bezpośredniego i autentycznego partnerstwa między pacjentami a pracownikami służby zdrowia poprzez wzmacnianie pozycji tych pierwszych.

Można przewidywać, że znaczenie technologii informacyjno-komunikacyjnych dla funkcjonowania rynku ochrony zdrowia będzie rosło, przyczyniając się również do rozwoju koncepcji *patient empowerment* i jej praktycznej realizacji.

Charakterystyka współczesnego pacjenta

Ewolucja w podejściu do relacji pacjent – świadczeniodawca usług zdrowotnych nie byłaby możliwa, gdyby nie istotne zmiany, które dokonały się w sylwetce pacjenta. Ich źródła należy poszukiwać przede wszystkim w sygnalizowanym już wcześniej rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych, dzięki czemu pacjent nie musi być wyłącznie biorcą świadczeń zdrowotnych, ale może stać się także ich współtwórcą, jak również współdecydować o kwestiach związanych ze swoim zdrowiem.

Dla skutecznego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia a także wskazania wyzwań związanych z realizacją idei *patient empowerment* konieczne jest zrozumienie specyfiki współczesnego pacjenta. Ograniczanie wydatków na ochronę zdrowia po stronie państwa prowadzi do większej inicjatywy i świadomości obywateli w kontekście dbania o swój dobrostan. Jednocześnie wszechobecność i dostępność informacji, ich wirusowe rozprzestrzenianie się oraz istnienie zbiorowej inteligencji społeczności wirtualnych sprawiają, że każdy ma możliwość czerpania wiedzy dotyczącej zdrowia z wielu różnych źródeł niezależnych od obiegu informacji funkcjonującego w ramach systemu ochrony zdrowia. Natomiast większa wiedza sprawia, że rośnie niezależność pacjentów, która, w połączeniu z własnymi doświadczeniami i doświadczeniami innych osób w podobnej sytuacji zdrowotnej, dzielących się swoimi spostrzeżeniami i odczuciami w świecie wirtualnym, również przyczynia się do rozwoju zjawiska uprawomocnienia pacjenta. W konsekwencji podmioty działające na rynku zdrowia mają do czynienia z tzw. superpacjentem, czyli osobą potrafiącą podejmować decyzje dotyczące zdrowia, poinformowaną, proaktywną i z własnej inicjatywy dbającą o swój dobrostan (Pacenty i Mancini, 2015).

Badania firmy doradczej PwC, przeprowadzone w Europie Środkowo-Wschodniej, potwierdzają tendencję umacniania roli i kompetencji pacjentów w kontekście aktywności zdrowotnych. Na podstawie uzyskanych wyników można nakreślić sylwetkę pacjenta, który (PwC, 2016, s. 17–18):

- jest coraz bardziej świadomy swojego stanu zdrowia i dotykających go schorzeń;
- wymaga dostępu do informacji i poszukuje ich w internecie;
- coraz częściej korzysta z przysługujących mu świadczeń;

² Przetłumaczenie zwrotu *empowered patient* z języka angielskiego na język polski jest kłopotliwe, gdyż żaden z odpowiedników funkcjonujących w języku polskim (władny, upoważniony, uprawniony) nie oddaje w pełni znaczenia słowa *empowered*. Z tego względu przyjęto opisowe tłumaczenie zwrotu.

- zwraca uwagę nie tylko na cenę, ale również jakość świadczonych usług zdrowotnych;
- świadomie wybiera lekarza, do którego się udaje, przy czym w wyborze kieruje się rekomendacjami innych pacjentów;
- jest coraz bardziej otwarty na usługi telemedyczne i telekonsultacje;
- jest zainteresowany i gotowy do korzystania z tzw. opieki okołomedycznej (np. porady dietetyka czy psychologa).

Nakreślony profil pacjenta wskazuje, że dla podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia staje się on partnerem nie tylko coraz bardziej świadomym, ale przede wszystkim bardziej wymagającym. Oczekuje traktowania go jak równoprawnego uczestnika procesu leczenia, współdecydowania o przebiegu terapii, bieżącego informowania oraz dostępu do nowoczesnych form świadczenia usług zdrowotnych.

Omawiany już rozwój technologii postrzegany jest jako kluczowy aktywator zaangażowania pacjentów oraz wzmacniania ich pozycji w relacjach z podmiotami rynku ochrony zdrowia. Dzięki nowoczesnym narzędziom komunikacji i dostępowi do informacji zgromadzonych w przestrzeni internetu, przyjmują oni proaktywną postawę w zarządzaniu swoim zdrowiem. Coraz częściej analizują historię chorobową rodziny, poddają się zaawansowanej diagnostyce czy przeprowadzają testy genetyczne (Taylor i in., 2017, s. 6), by świadomie podejmować aktywności mające zapobiegać zachorowaniu (np. na cukrzycę), przejawiające się w zmianie diety czy uprawianiu sportu.

Aktywność współczesnych pacjentów w dużej mierze bazuje na wykorzystaniu internetu jako „narzędzia opieki zdrowotnej” (Buccoliero i in., 2016, s. 2). Przejawia się przede wszystkim w poszukiwaniu informacji związanych ze zdrowiem w przestrzeni wirtualnej. Dotyczy to zarówno oceny stanu zdrowia, pozyskiwania wiedzy o alternatywnych metodach leczenia, poszukiwania konsultacji z innym specjalistą w danej dziedzinie czy po prostu zasięgnięcia informacji niezbędnych do właściwego wywiązywania się z zaleceń terapeutycznych. „Internetowi pacjenci” chcą być zaangażowani i włączeni w proces opieki zdrowotnej, a dzięki danym zaczerpniętym z przestrzeni wirtualnej lekarze przestają być dla nich wyłącznym źródłem wiedzy. Coraz chętniej korzystają oni z różnego rodzaju aplikacji, które z jednej strony umożliwiają szybszą i wygodniejszą komunikację (np. z lekarzem lub innymi pacjentami), a z drugiej – monitorowanie swojego stanu zdrowia (tzw. aplikacje m-zdrowia).

Przytoczona charakterystyka współczesnych pacjentów jednoznacznie wskazuje na możliwość rozwoju idei ich uprawomocnienia, która dla wielu stanowi jedyną akceptowalną formę działań związanych ze zdrowiem. Dzięki większej wiedzy i świadomości zdrowotnej w ramach uprawomocnienia zyskują oni szansę na współdecydowanie o swoim dobrostanie, jednocześnie stając się bardziej zaangażowanymi w realizację procesów leczenia i działania profilaktyczne.

Uprawomocnienie a kompetencje pacjentów

Koncepcja *patient empowerment* opiera się na założeniu, że pacjent jest gotów do przyjęcia aktywnej roli w dbaniu o swoje zdrowie. Jednak by udało się osiągnąć pozytywne efekty wynikające ze wzmocnienia pacjenta i jego znaczenia w systemie ochrony zdrowia, sama gotowość jest niewystarczająca. W procesie budowania jego uprawomocnienia wymienia się następujące kluczowe elementy (Angelmar i Bermann, 2007, s. 151):

- zrozumienie przez pacjenta swojej roli w systemie ochrony zdrowia;
- zdobycie przez pacjenta wiedzy umożliwiającej współpracę ze świadczeniodawcą;
- kompetencje pacjenta;
- sprzyjające środowisko.

Jak widać, poza gotowością, aktywną postawą i sprzyjającym środowiskiem, istotne znaczenie mają zatem wiedza i kompetencje pacjentów. Szczególnie ważne są oczywiście kompetencje zdrowotne, ale warto także zaznaczyć wpływ kompetencji informacyjnych na wzmacnianie pacjentów w procesie leczenia i profilaktyki zdrowotnej.

Kompetencje zdrowotne, nazywane również alfabetyzmem zdrowotnym (z ang. *health literacy*) czy funkcjonalną wiedzą zdrowotną, obejmują „mechanizmy poznawcze i umiejętności społeczne, oddziałujące na motywację i umiejętności jednostek do zdobywania dostępu, poszukiwania oraz rozumienia i na tej podstawie korzystania z informacji, co ma przekładać się na poprawę i utrzymywanie dobrego zdrowia” (Niedorys i in., 2019, s. 106). Można je podzielić na kompetencje w zakresie:

- promocji zdrowia (zachowanie dobrostanu lub jego poprawa);
- ochrony zdrowia (osób i grup);
- zapobiegania chorobom;
- opieki zdrowotnej;
- korzystania z systemu opieki zdrowotnej (Kisilowska, 2008, s. 226).

Odpowiednio rozwinięte kompetencje zdrowotne usprawniają podejmowanie decyzji dotyczących dobrostanu jednostki. Każdy człowiek ma pewien określony wstępny poziom kompetencji zdrowotnych wynikający z posiadanych umiejętności (w tym czytania i pisania), wiedzy, doświadczeń czy przekonań, które warunkują jego zachowania i decyzje w zakresie zdrowia (Dobras, 2016, s. 683). Z kolei podejmowane decyzje niosą za sobą określone konsekwencje zdrowotne. Należy podkreślić, że kształtowanie kompetencji zdrowotnych i ich odpowiedni poziom są istotne zarówno z punktu widzenia prowadzenia terapii, jak i podejmowania działań profilaktycznych (Niedorys i in., 2019, s. 110).

W literaturze wyróżnia się trzy poziomy kompetencji zdrowotnych (Mirczak, 2017, s. 78; Nutbeam, 2000, s. 265):

- funkcjonalny (*functional*) – odzwierciedla efekty tradycyjnej edukacji zdrowotnej, która opiera się na przekazywaniu informacji związanych

z zagrożeniami dla zdrowia i ze sposobami korzystania z systemu opieki zdrowotnej (np. umiejętność czytania informacji medycznych, rozumienie treści przekazywanych przez personel medyczny, wyszukiwanie wartościowych treści, stosowanie się do zaleceń lekarskich oraz zdolność do samoopieki);

- interaktywny (*interactive*) – koncentruje się na rozwoju umiejętności osobistych w sprzyjającym środowisku w celu poprawy zdolności do samodzielnego działania na podstawie wiedzy (niezależnie od uzyskanych porad) oraz wzrostu motywacji i pewności siebie w tym zakresie (dokonywanie świadomych wyborów sprzyjających zdrowiu przy aktywnej współpracy przedstawicieli opieki zdrowotnej);
- krytyczny (*critical*) – związany z efektami rozwoju poznawczego w zakresie społecznych i ekonomicznych uwarunkowań zdrowia a także rozwoju umiejętności ukierunkowanych na wspieranie skutecznych działań społecznych, politycznych oraz indywidualnych (zarządzanie zdrowiem swoim i innych, podejmowanie zaawansowanych działań w ramach profilaktyki chorób i promocji zdrowia, zdolność do osiągnięcia pełni uprawomocnienia).

Wszystkie trzy poziomy wpływają na skuteczność, z jaką pacjenci wykorzystują informacje zdrowotne (Bravo i in., 2005, s. 12). Kompetencje zdrowotne w dużej mierze bazują na uzyskiwaniu dostępu, zrozumieniu, ocenie i stosowaniu informacji dotyczących zdrowia w trzech obszarach: opieki zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia (Sørensen i in., 2013, s. 3).

Kompetencje zdrowotne są warunkowane poziomem kompetencji informacyjnych, przez które rozumie się wiedzę oraz umiejętności analizy, selekcjonowania, oceny, wartościowania, syntezy oraz efektywnego wykorzystania informacji pozyskanych w ramach zróżnicowanego i dynamicznego środowiska informacyjnego (Próchnicka, 2007, s. 435–436). Osoba o rozwiniętych kompetencjach informacyjnych rozumie swoje potrzeby w tym zakresie oraz ma świadomość dostępności źródeł. Dodatkowo potrafi znaleźć dane w różnych źródłach, dokonać oceny ich wiarygodności oraz właściwie je wykorzystać. Jednocześnie robi to w sposób etyczny i odpowiedzialny (Kisilowska i Jasiewicz, 2013, s. 17). Kompetencje informacyjne wymagają również posiadania pewnych umiejętności praktycznych, wśród których wymienia się: umiejętność korzystania z bibliotek i z informacji, używania sprzętu IT a także czytania i rozumienia treści multimedialnych i hipertekstu oraz niezwykle ważną umiejętność uczenia się (Jasiewicz, 2012, s. 106). Rozwinięte kompetencje informacyjne umożliwiają wyszukiwanie potrzebnych treści, a co ważniejsze – dokonanie ich krytycznej analizy, wyboru oraz wartościowania (Rogala, 2017).

Dzięki kompetencjom informacyjnym jednostki są w stanie podejmować aktywności związane z ochroną zdrowia. W literaturze wyróżnia się nawet zdrowotne kompetencje informacyjne, będące zbiorem umiejęt-

ności niezbędnych do akceptacji potrzeby informacji zdrowotnej, identyfikacji źródeł informacji i wykorzystania ich do pozyskania odpowiednich informacji, oceny jakości pobranych treści oraz ich zastosowania w konkretnej sytuacji, jak również umiejętności analizy, zrozumienia oraz wykorzystania tych treści do podejmowania decyzji sprzyjających dobrostanowi (Niedźwiedzka i in., 2012, s. 213).

Ze względu na przeobrażenia w sferze technologii informacyjno-komunikacyjnych, szczególne znaczenie dla kształtowania zdrowotnych kompetencji informacyjnych ma internet będący dla wielu pacjentów nie tylko głównym źródłem informacji zdrowotnych, ale także miejscem poszukiwania porady i wsparcia innych osób (Czerwińska, 2017, s. 39). Jego silna pozycja wynika przede wszystkim z oferowania szerokiego zasobu różnorodnych danych, stosunkowo niskich kosztów, dostępności, wygody korzystania, interakcji w czasie rzeczywistym, a także dostosowywania treści do potrzeb użytkowników i anonimowości (Jiang i Beaudoin, 2016, s. 240). Bezpieczne korzystanie wymaga jednak od użytkowników świadomości zagrożeń z nim związanych, umiejętności selekcji informacji nie tylko potrzebnych, ale przede wszystkim rzetelnych, a zatem odpowiedniego przygotowania.

Rosnącą rolę internetu jako źródła informacji o charakterze zdrowotnym potwierdza sformułowanie w 2006 roku pojęcia kompetencji e-zdrowotnych definiowanych jako umiejętność szukania, znajdowania, oceniania, kwalifikowania, integrowania i stosowania tych treści, które zostały pozyskane w środowiskach elektronicznych, w celu rozwiązania problemu zdrowotnego lub rozwoju alfabetyzmu zdrowotnego (Norman i Skinner, 2006b). Warto przy tym podkreślić, że to właśnie dostęp do informacji zdrowotnych w internecie uznawany jest za jeden z głównych czynników umożliwiających zwiększanie odpowiedzialności pacjentów za ich zdrowie oraz wzmacnianie ich zaangażowania w procesy leczenia i profilaktyki, czyli uprawomocnienia pacjenta (Duplaga i in., 2019, s. 1). Jednak dla wykorzystania potencjału internetu jako źródła informacji zdrowotnych i wsparcia dla pacjentów, konieczne są: zapewnienie jednostkom odpowiedniego dostępu (możliwości techniczne, jakość technologii, warunki użytkowania i umiejętności nadawania znaczeń tekstowi) oraz kompetencje pozwalające na rozumienie i przetwarzanie tych informacji w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych (Norman i Skinner, 2006a, s. 2). Niezbędne są zatem przede wszystkim rozwinięte kompetencje informacyjne oraz zdrowotne.

Realizacja idei uprawomocnienia pacjenta wymaga jego odpowiedniego wyedukowania. Poza edukacją zdrowotną w ramach systemu ochrony zdrowia oraz budowaniem świadomości zdrowotnej, istotne jest rozwijanie jego kompetencji zdrowotnych, w tym kompetencji informacyjnych (Fundacja OZZ, 2016). Wysokie kompetencje zdrowotne zwiększają stopień przestrzegania zaleceń terapeutycznych (przyjmowania leków, poddania się zabiegom itp.), jak również wpływają na umiejętność samodzielnego radzenia

sobie z różnymi schorzeniami. Wysoki stopień świadomości zdrowotnej i kompetencji zdrowotnych zwiększa zaangażowanie pacjenta w procesy leczenia i podejmowanie działań profilaktycznych, a co za tym idzie prowadzi do wzmacniania jego pozycji w systemie ochrony zdrowia w ramach uprawomocnienia.

Ograniczenia i wyzwania uprawomocnienia pacjenta

Jak wynika z powyższych rozważań, dla skutecznej realizacji koncepcji *patient empowerment* konieczne są z jednej strony odpowiednie kompetencje zdrowotne pacjenta, a z drugiej jego chęć do wzmocnienia swej roli w procesie ochrony zdrowia i przyjęcia na siebie większej odpowiedzialności (Eyüboğlu i Schulz, 2016, s. 2). Oznacza to, że musi on przede wszystkim czuć się gotowy do aktywnego włączenia się w system ochrony zdrowia, co nie zawsze ma miejsce (por. rysunek 2).

Mocne przekonanie pacjenta o gotowości do wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie i aktywne uczestnictwo w procesie leczenia przy braku odpowiedniej wiedzy oraz umiejętności oceny informacji i alternatyw, może prowadzić do dokonywania przez niego wyborów niebezpiecznych dla zdrowia. Z kolei osoby z wysoko rozwiniętymi kompetencjami, wykształcone, którym brakuje *empowermentu* psychologicznego, mimo zdolności do podejmowania świadomych i właściwych decyzji zdrowotnych, mogą w zbyt dużym stopniu uzależniać swoje postępowanie od opinii i rekomendacji przedstawicieli zawodów medycznych (Schulz i Nakamoto, 2013, s. 9). Należy więc dbać o odpowiedni poziom kompetencji zdrowotnych pacjentów a także wzmacniać ich psychologiczną gotowość do aktywnego uczestnictwa w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej.

Budowanie kompetencji zdrowotnych jest jednym z kluczowych zadań realizowanych w ramach promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Wysoki poziom alfabetyzmu zdrowotnego jest związany z większym potencjałem zdrowotnym, co w konsekwencji zwiększa szanse na poprawę dobrostanu zdrowotnego jednostek i całych społeczeństw (Olejniczak, 2016, s. 240). Dzięki uprawomocnieniu pacjenci o wysoko rozwiniętych kompetencjach gotowi do współdziałania i współdecydowania w zakresie terapii i profilaktyki odnotowują lepsze efekty leczenia i poprawę stanu zdrowia, efektywniej korzystają z usług zdrowotnych

i przestrzegają zaleceń lekarskich. Wynika z tego, że autonomiczna aktywność pacjenta w ramach spraw zdrowotnych jest korzystna dla jego dobrostanu fizycznego i psychicznego (Náfrádi i in., 2017, s. 1–3). Warto jednak zaznaczyć, że zbyt daleko posunięta niezależność i samodzielność w podejmowaniu decyzji zdrowotnych może prowadzić do sytuacji zagrażających jego bezpieczeństwu, gdyż nie zawsze dysponuje on informacjami wystarczającymi do podjęcia właściwej decyzji. Przykładem takiej sytuacji może być brak świadomości o uczuleniu na jakiś składnik leku bez recepty i przyjęcie go bez konsultacji z lekarzem czy farmaceutą.

Dla praktycznego wykorzystania *patient empowerment* niezbędne są rozwiązania technologiczne umożliwiające dostęp do potrzebnych i wiarygodnych informacji zdrowotnych (Harwell i in., 2015, s. 175), tworzenie programów do zarządzania własnym zdrowiem, aplikacji m-zdrowia czy urządzeń noszonych na ciele (tzw. urządzeń ubieralnych, z ang. *wearables*), służących m.in. monitorowaniu stanu pacjenta, a także różnych form jego aktywności (Akeel i Mundy, 2019, s. 1278). Wśród technologii wspierających wzmocnienie pacjentów wymienia się: internetowe zasoby informacyjne, sieci społecznościowe, internetowe grupy wsparcia, osobiste karty zdrowia, mobilne narzędzia zdrowotne i portale dla pacjentów (Ammenwerth, 2018). Internet może być skutecznie wykorzystywany do zwiększania uprawnień pacjentów (Samoocha i in., 2010), jednak najlepsze efekty wykazywane są wtedy, gdy przedstawiciele zawodów medycznych angażują się we współpracę z pacjentem, a pacjenci są gotowi do przejęcia odpowiedzialności za zdrowie (Ammenwerth, 2018) i mają wystarczającą motywację do korzystania z możliwości technologii informacyjno-komunikacyjnych w tym obszarze (Wald i McCormack, 2011). Należy zauważyć, iż pojawiają się również głosy krytyczne, wskazujące na trudność wykazania wyraźnego związku między korzystaniem z rozwiązań e-zdrowia, wzmocnieniem pozycji pacjentów a efektami zdrowotnymi (Risling i in., 2017).

Rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych oraz popularność i umacniająca się rola internetu w procesach komunikacyjnych sprawia, że warunki do wzmocnienia pozycji pacjenta oraz rozwoju kompetencji zdrowotnych stały się bardziej sprzyjające (Duplaga, 2010). Za pośrednictwem portali pacjenci mogą pobierać informacje dotyczące ich stanu zdrowia (np. wyniki przeprowadzonych badań), konsultować swój

Rysunek 2. Gotowość psychiczna do uprawomocnienia a poziom kompetencji pacjentów

		Empowerment psychologiczny	
		Niski	Wysoki
Kompetencje zdrowotne	Wysokie	Niepotrzebnie zależny pacjent	Skutecznie samorządzący pacjent
	Niskie	Pacjent o dużych potrzebach	Niebezpiecznie samorządzący pacjent

Źródło: Schulz i Nakamoto, 2013, s. 9.

stan z lekarzem czy szukać porad wśród osób zmagających się z podobnym problemem zdrowotnym. Warto jednak zwrócić uwagę, że nie zawsze przekaz jest zrozumiały, a udostępniane treści rzetelne i wiarygodne, przez co to na odbiorcy spoczywa ciężar ich rozszyfrowania czy oceny (McNamara, 2015, s. 113). Ze względu na dużą ilość informacji oraz konieczność ich oceny pod kątem wiarygodności, przydatności czy aktualności, mogą oni czuć się zagubieni w natłoku treści i podejmować decyzje niebezpieczne czy niewystarczająco przemyślane. Z tego powodu należy dbać o dostępność rzetelnych materiałów dla konkretnej grupy docelowej, np. poprzez zwiększanie częstotliwości kontaktów online z lekarzami czy innymi przedstawicielami zawodów medycznych (Jiang i Beaudoin, 2016, s. 240), a budowanie kompetencji zdrowotnych realizować przede wszystkim w odniesieniu do sfery komunikacji wirtualnej (Olejniczak, 2016, s. 240). Jednocześnie pacjenci potrzebują odpowiednich narzędzi, które zwiększą ich alfabetyzm zdrowotny, poszerzą wiedzę na temat dotyczących ich schorzeń oraz sposobów radzenia sobie z nimi (Daruwalla i in., 2019, s. 73). Będzie to sprzyjało wzmocnieniu ich roli w systemie ochrony zdrowia.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że w mediach społecznościowych i na forach internetowych rośnie aktywność pacjentów w ramach tzw. altruizmu informacyjnego, czyli gotowości/łatwości dzielenia się informacjami na temat zdrowia z innymi użytkownikami. Może ona przybierać formę popularyzacji działań profilaktycznych, poszukiwania porad zdrowotnych czy ich udzielania (Kisilowska, 2014, s. 96). Z jednej strony wspomniane zjawisko można traktować jako sprzyjające rozwojowi uprawomocnienia pacjenta ze względu na budowanie społeczności służących sobie wsparciem. Z drugiej natomiast niesie ono za sobą pewne zagrożenie. Wiele treści publikowanych w internecie nie opiera się na dowodach naukowych, a na opiniach i przekonaniach osób nieposiadających odpowiednich kompetencji do wypowiedzania się na dany temat. Rozpowszechniane są także tzw. fake newsy, które celowo wprowadzają odbiorców w błąd. Przykładem takich działań jest aktywność ruchów antyszczepionkowych, która doprowadziła do obniżenia odsetka szczepionych dzieci. Przyczyn należy upatrywać w tym, że tradycyjne sposoby rozpowszechniania informacji o charakterze zdrowotnym, takie jak edukacja zdrowotna, mają problem z dotarciem do szerszego grona odbiorców, zwłaszcza tych osób, które są wyjątkowo podatne na dezinformację, a także nieprzychylnie nastawione do branży medycznej i farmaceutycznej (Waisbord, 2020, s. 8–10).

Konieczność wzmocnienia roli pacjentów w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia jest oczywista, w szczególności ze względu na fakt przenoszenia na nich większej odpowiedzialności za zdrowie przez państwo. Niezbędne jest jednak podejmowanie inicjatyw promujących i zachęcających do realizacji uprawomocnienia pacjenta, ukierunkowanych na (Tartaglione i in., 2018, s. 163; Buccoliero i in., 2016, s. 9):

- edukowanie pacjentów, aby mieli kontrolę nad swoimi potrzebami zdrowotnymi oraz leczeniem i bardziej samodzielnie nim zarządzali;
- dostarczanie pacjentom rzetelnych, jasnych i szczegółowych informacji dla podnoszenia świadomości zdrowotnej oraz umożliwienia dokonywania świadomych oraz bezpiecznych wyborów w kontekście leczenia;
- stymulowanie aktywnego udziału pacjentów w działaniach diagnostycznych, profilaktycznych oraz leczniczych w ramach wspólnego podejmowania decyzji;
- prowadzenie działań komunikacyjnych zorientowanych na dialog, wzajemne słuchanie i zrozumienie oraz wdrażanie wielokanałowej strategii komunikacji ułatwiającej interakcje między lekarzami i pacjentami, a także wspieranie pacjentów z wykorzystaniem narzędzi internetowych (dedykowane platformy internetowe, e-maile itp.);
- optymalizowanie świadczenia usług zdrowotnych dzięki integracji technologii informacyjno-komunikacyjnych w systemie opieki zdrowotnej (aplikacje m-zdrowia, telemedycyna).

Jak widać, powyższe inicjatywy mają na celu z jednej strony wywołanie zmian w funkcjonowaniu pacjenta na rynku zdrowia poprzez jego edukację i zachęcanie do aktywnego uczestnictwa w procesach leczenia i profilaktyki czy podejmowania aktywności prozdrowotnych, natomiast z drugiej wymagają przeobrażeń w zakresie podejścia świadczeniodawców do procesu realizacji świadczeń zdrowotnych. Co ważne, działania te powinny być podejmowane przez wszystkie podmioty działające na rynku szeroko rozumianego zdrowia, zarówno publiczne, jak i prywatne.

Podsumowanie

Skuteczne wdrożenie koncepcji *patient empowerment* i czerpanie korzyści społecznych i ekonomicznych z jej realizacji wymaga współdziałania ze strony wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, szczególnie zaś podejmowania inicjatyw ukierunkowanych na promocję zdrowia i edukację pacjentów. Umocnienie pacjentów, zarówno od strony psychologicznej, jak i kompetencyjnej, prowadzi do ograniczania zachorowalności na choroby cywilizacyjne oraz obniżania kosztów leczenia chorób przewlekłych (Czerwińska, 2017, s. 41). Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, 2013) jest to kluczowy element nie tylko poprawy wyników zdrowotnych czy zwiększania satysfakcji użytkowników systemu ochrony zdrowia, ale także optymalizacji wykorzystania zasobów i kosztów opieki zdrowotnej. Z punktu widzenia potencjalnych korzyści, ale także w świetle nakreślonych w artykule wyzwań stojących przed wdrożeniem koncepcji *patient empowerment*, niezbędne jest zwiększenie nacisku na podnoszenie kompetencji informacyjnych i zdrowotnych pacjentów, realizowane tak w ramach

programów edukacyjnych na różnych etapach kształcenia, jak i poprzez kampanie edukacyjno-informacyjne dotyczące sfery zdrowia i promujące postawy prozdrowotne.

Bibliografia

- Akeel, A. U. i Mundy, D. (2019). Re-thinking technology and its growing role in enabling patient empowerment. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1278–1289. <https://doi.org/10.1177/1460458217751013>
- Ammenwerth, E. (2018). From eHealth to ePatient: The role of patient portals in fostering patient empowerment. *EJBI*, 14(2), 20–23. <https://doi.org/10.24105/EJBI.2018.14.2.4>
- Anderson, R. M. i Funnell, M. M. (2005). Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*, 57, 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.05.008>
- Anderson, R. M. i Funnell, M. M. (2010). Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 277–282. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.07.025>
- Angelmar, R. i Bermann, B. P. (2007). Patient empowerment and efficient health outcomes. W: *Financing sustainable healthcare in Europe: New approaches for new outcomes* (s. 139–162). https://media.sitra.fi/2017/02/28141943/The_Cox_Report-2.pdf#page=139
- Aujoulat, J., d'Hoore, W. i Deccache, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.09.008>
- Bravo, P., Edwards, A., Barr, P. J., Scholl, I., Elwyn, G. i McAllister, M. (2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(252), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0907-z>
- Buccoliero, L., Bellio, E., Mazzola, M. i Solinas, E. (2016). A marketing perspective to “delight” the “patient 2.0”: new and challenging expectations for the health-care provider. *BMC Health Services Research*, 16(47), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1285-x>
- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. i Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Czerwińska, M. (2017). Wpływ cyfryzacji informacji zdrowotnych na zachowania internautów. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych SGH*, 46, 39–49. Oficyna Wydawnicza SGH.
- Daruwalla, Z., Thakkar, V., Aggarwal, M., Kiasatdolatabadi, A., Guergachi, A. i Keshavjee, K. (2019). Patient empowerment: The role of technology. *Studies in Health Technology and Informatics*, 257, 70–74.
- Dobras, M. (2016). Health literacy jako element polskiego systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami. *Medycyna Pracy*, 67(5), 681–689. <http://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.00410>
- Duplaga, M. (2010). Znaczenie technologii e-zdrowia w rozwoju innowacyjnego modelu świadczenia usług w ochronie zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 8(2), 47–55.
- Duplaga, M., Sobecka, K. i Wójcik, S. (2019). The reliability and validity of the telephone-based and online polish eHealth literacy scale based on two nationally representative samples. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173216>
- Elwyn, G., Edwards, A., i Thompson, R. (2016). *Shared decision making in health care: Achieving evidence-based patient choice*. Oxford Scholarship Online. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198723448.001.0001>
- European Patients Forum. (b.d.). *What is patient empowerment?* Pobrano 10 lipca 2020 z <https://www.eu-patient.eu/whatwedo/Policy/patient-empowerment/>
- Eyüboğlu, E. i Schulz, P. J. (2016). Do health literacy and patient empowerment affect self-care behaviour? A survey study among Turkish patients with diabetes. *BMJ Open*, 6(3), 2–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010186>
- Harwell, J., Pentoney, C. i Leroy, G. (2015). Finding and understanding medical information online. W: M. A. Grando, R. Rozenblum i D. W. Bates (red.), *Information technology for patient empowerment in healthcare* (s. 165–178). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9781614514343-016>
- Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R. i Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research*, 42(4), 1443–1463. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2006.00669.x>
- Jasiewicz, J. (2012). *Kompetencje informacyjne młodzieży*. Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich.
- Jiang, S. i Beaudoin, Ch. E. (2016). Health literacy and the internet: An exploratory study on the 2013 HINTS survey. *Computers in Human Behavior*, 58, 240–248. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.01.007>
- Johnson, M. O. (2011). The shifting landscape of health care: Toward a model of health care empowerment. *American Journal of Public Health*, 101(2), 265–269. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.189829>
- Kisilowska, M. (2008). Health information literacy. Biblioteki na zdrowie! W: M. Kocójowa (red.), *Biblioteka: klucz do sukcesu użytkowników* (s. 225–232). Instytut Informacji Naukowej i Bibliotekoznawstwa. Uniwersytet Jagielloński. <http://eprints.rclis.org/14302/1/kisilowska-n.pdf>
- Kisilowska, M. (2014). Pacjenci Sieci: informacyjne kompetencje zdrowotne. *Kultura Popularna*, 3(41), 92–101. <https://doi.org/10.5604/16448340.1143377>
- Kisilowska, M. i Jasiewicz, J. (2013). *Informacja zdrowotna. Oczekiwania i kompetencje polskich użytkowników*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- McNamara, M. (2015). Data model for integrated patient portals. In information technology for patient empowerment in healthcare. W: M. A. Grando, R. Rozenblum i D. W. Bates (red.), *Information technology for patient empowerment in healthcare* (s. 113–124). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9781614514343-012>
- Mirczak, A. (2017). Health literacy level among elderly and chronic disease self-management. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(3), 72–85. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.265641>
- Náfrádi, L., Nakamoto, K. i Schulz, P. J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS ONE*, 12(10), 1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>

- Niedorys, B., Chrzan-Rodak, A., Bartoszek, A. i Ślusarska, B. (2019). Kompetencje zdrowotne (Health Literacy) – przegląd badań z wykorzystaniem Europejskiego Kwestionariusza Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU-Q47) w latach 2010–2018. *Hygeia Public Health*, 54(2), 105–113.
- Niedźwiedzka, B., Słońska, Z. i Taran, Y. (2012). Samoocena zdrowotnych kompetencji informacyjnych Polaków w świetle koncepcji samoskuteczności. Analiza wybranych wyników polskiej części Europejskiego Sondażu Kompetencji Zdrowotnych [HLS-EU]. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 10(3), 210–218. <http://dx.doi.org/10.4467/20842627OZ.13.022.1170>
- Norman, C. D. i Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4):e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
- Norman, C. D. i Skinner, H. A. (2006b). eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2):e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- 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. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Olejniczak, D. (2016). Praktyczne wykorzystanie health literacy – alfabetyzmu zdrowotnego jako narzędzia osiągania celów zdrowotnych. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(2), 238–243. <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.46654>
- Pacienti, G. C. i Mancini, P. (2015). *Marketing produktów farmaceutycznych. Nowe strategie dla ochrony zdrowia*. Wydawnictwo CeDeWu.
- Palumbo, R. (2017). *The bright side and the dark side of patient empowerment. Co-creation and co-destruction of value in the healthcare environment*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-58344-0>
- Fundacja OZZ. (2016, 30 maja). *Patient empowerment – korzyści i wyzwania*. <http://www.obywatelezz.pl/patient-empowerment-korzysci-wyzwania/>
- PwC. (2016). *Pacjent w świecie cyfrowym. Czyli jak nowe technologie zmieniają rynek usług medycznych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej*. <https://www.pwc.pl/pl/pdf/pacjent-w-swiecie-cyfrowym-raport-pwc.pdf>
- Próchnicka, M. (2007). Information literacy jako nowa sztuka wyzwolona. W: J. Dzieniakowska (red.), *Książka, biblioteka i informacja. Między podziałami i wspólnotą* (s. 433–445). Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej.
- Risling, T., Martinez, J., Young, J. i Thorp-Frosie, N. (2017). Evaluating patient empowerment in association with eHealth technology: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9):e329. <https://doi.org/10.2196/jmir.7809>
- Rogała, A. (2017). Zachowania informacyjne współczesnych konsumentów – implikacje dla działań z zakresu komunikacji marketingowej. *Marketing i Zarządzanie*, 1(47), 229–239. <https://doi.org/10.18276/miz.2017.47-21>
- Samoocha, D., Bruinvels, D. J., Elbers, N. A., Anema, J. R. i van der Beek, A. J. (2010). Effectiveness of web-based interventions on patient empowerment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 12(2):e23. <https://doi.org/10.2196/jmir.1286>
- Schulz, P. J. i Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.006>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H. i Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(948), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Tartaglione, A. M., Cavacece, Y., Cassia, F. i Russo, G. (2018). The excellence of patient-centered healthcare: Investigating the links between empowerment, co-creation and satisfaction. *The TQM Journal*, 30(2), 153–167. <https://doi.org/10.1108/TQM-11-2017-0138>
- Taylor, K., Steedman, M. i Sanghera, A. (2017). *Pharma and the connected patient. How digital technology is enabling patient centricity*. Deloitte Centre for Health Solutions. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ch/Documents/life-sciences-health-care/ch-en-lshc-pharma-and-the-connected-patient.pdf>
- Waisbord, S. (2020). Fake health news in the new regime of truth and (mis)information. *Reciis – Rev Elettron Comun Inf Inov Saúde*, 14(1), 6–11. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1953>
- Wald, J. i McCormack, L. (2011). *Patient empowerment and health information technology*. http://rdcms-himss.s3.amazonaws.com/files/production/public/HIMSSorg/Content/files/RTI_WhitePaper_patientEmpowerment.pdf
- World Health Organization. (2013). *Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf

Anna Rogala jest doktorem nauk ekonomicznych, adiunktem Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu. W swojej pracy badawczej zajmuje się zachowaniami nabywców i komunikacją marketingową. Jej zainteresowania naukowe dotyczą przede wszystkim aktywności konsumentów i działań marketingowych przedsiębiorstw na rynkach związanych z dobrostanem (szczególnie na rynku farmaceutycznym i rynku żywności).