

Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében

Assesment of health literacy and therapeutic adherence among patients with hypertension

Szerzők: Varga Bernadettⁱ ✉, Stromajer-Rácz Tímeaⁱ, Bornemisza Ágnesⁱ, Lukács-Horváth Mariannaⁱⁱ, Csimá Melindaⁱⁱⁱ

Beküldve: 2020. 08. 19.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.618

Kulcsszavak: egészségműveltség; terápiahűség; magas vérnyomás; egészségmagatartás
Keywords: health education; therapeutic adherence; hypertension; health behavior

Összefoglaló

Bevezetés: A hipertónia előfordulásának magas gyakorisága a fejlett és fejlődő országokban egyaránt jelentős népegészségügyi problémának számít. Megelőzésében számottevő szerepe van azoknak az ismereteknek, készségeknek, melyek az egészségműveltség részeként az egészségtudatos magatartáson keresztül fejtik ki hatásukat. Vizsgálatunk célja felmérni a 45 évnél idősebb, magasvérnyomás-betegséggel élők egészségműveltségét, terápiahűségét, valamint egészségmagatartását.

Módszertan: Keresztmetszeti, kvantitatív, leíró vizsgálatunkat kérdőíves lekérdezés keretében 2019. február-június között folytattuk le. A kutatásba 45 évnél idősebb, Kaposváron élő, hipertóniával diagnosztizált betegeket vontunk be egyszerű, nem véletlenszerű mintavétel alkalmazásával (n=143). Kutatási eszközünk saját szerkesztésű kérdések (szociodemográfiai ismérvek, egészségmagatartásra vonatkozó kérdések) mellett a nemzetközi szakirodalomban alkalmazott, standardizált kérdéseket (Health Literacy EU Q16, Morisky Medication Adherence Scale (8-item) (MMAS)) is tartalmazott. A minta jellemzését leíró statisztikával, a változók közötti kapcsolatok vizsgálatát matematikai statisztikai próbákkal (χ^2 -próba, lineáris regresszió, ANOVA, független T-próba) végeztük el. Vizsgálataink során a szignifikanciaszintet $p < 0,05$ határoztuk meg.

Eredmények: Az egészségműveltség fokára legerőteljesebben a legmagasabb iskolai végzettség ($p=0,005$) hat, mely az egészségműveltség mindhárom dimenziójában („Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia”, „Prevenció”, „Egészségfejlesztés”) megtartotta differenciáló hatását. Nagymértékű különbségek mutathatók ki továbbá az alacsony és a magas terápiahűséget mutató válaszadók egészségműveltsége között (alacsony terápiahűség átlagpontoszám: 37,52; magas terápiahűség átlagpontoszám: 42,82; $p=0,040$). Az egészségmagatartás és az egészségműveltség közötti kapcsolat vizsgálata során elsősorban az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-index és a rizikómagatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás, fizikai inaktivitás) között találtunk összefüggést: a rizikómagatartás jellemzően alacsonyabb szintű egészségműveltséggel jár együtt ($p < 0,05$).

Következtetések: A hipertóniás betegek körében végzett vizsgálatunk ráirányította a figyelmet az egészségműveltség és a terápiahűség közötti kapcsolatra: a magasabb szintű egészségműveltség jellemzően magasabb fokú terápiahűséggel jár együtt. A preventív céllal végzett egészségfejlesztő beavatkozások tervezése és végrehajtása során ezért figyelembe kell venni a kognitív képességek közötti

ⁱ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Kaposvári Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Kaposvár

ⁱⁱ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Kaposvári Képzési Központ, Diagnosztikai Intézet, Kaposvár

ⁱⁱⁱ Szent István Egyetem Kaposvári Campus Pedagógia Kar, Kaposvár

különbséget, főként az alacsony egészségügyi ismeretekkel rendelkező betegek esetén, melynek eredményeként egészségműveltségük fejlődik, és egészségtudatosabb magatartás alakul ki náluk.

Summary

Introduction: High prevalence of hypertension is a significant public health problem in both developed and developing countries. The knowledge and skills that exert their effect through health-conscious behavior as part of health education play a significant role in its prevention. The aim of our study was to assess health education, therapy loyalty, and health behavior of people with hypertension over the age of 45 that are part of health education.

Methods: Our cross-sectional, quantitative, descriptive study was conducted between February and June 2019 using a questionnaire survey. Patients over 45 years of age diagnosed with hypertension living in Kaposvár were included in the study using simple, non-random sampling (n=143). In addition to self-edited questions (sociodemographic criteria, health behavior questions), our research tool also included standardized questions applied in the international literature (Health Literacy EU Q16, Morisky Medication Adherence Scale (8-item) (MMAS)). Sample characterization was performed, and the relationships between the variables were examined using mathematical statistical tests (χ^2 -test, linear regression, ANOVA, independent T-test). In our studies, the significance level was determined: $p < 0.05$.

Results: The strongest educational factor ($p=0.005$) proved to be the strongest differentiating factor in health education, which retained its differentiating effect in all three dimensions of health education ("Health system understanding", "Prevention", "Health promotion"). There were also large differences ($p=0.040$) between the health education of the respondents with low and high therapy loyalty (average low therapy loyalty score: 37.52; high therapy loyalty average score: 42.82). In examining the relationship between health behavior and health education, we found a correlation primarily between the "Understanding the health system" sub-index and risk behavior (smoking, alcohol consumption, physical inactivity). Risk behavior is typically associated with a lower level of health education ($p < 0.05$).

Conclusions: Towards a study in hypertensive patients, there is a relationship between health literacy and adherence: the characteristics of high levels of health literacy are associated with a high level of adherence. The design and implementation of preventive health promotion interventions should therefore take into account the difference between cognitive abilities, especially in patients with low health knowledge, resulting in improved health literacy and more health-conscious behavior.

BEVEZETÉS

A XXI. században egyre nagyobb a krónikus betegségek prevalenciája, ami a társadalomnak és az egészségügyi ellátásnak egyaránt óriási terhet jelent. Az egyik legnagyobb számban előforduló ilyen megbetegedés a hipertónia. Néma gyilkosnak is nevezik, a WHO (World Health Organization) szerint a dohányzás után a második leggyakoribb halál oka tényező. A kutatások szerint világszerte 1,5 milliárd ember érintett, és 7 millió ember hal meg évente magasvérnyomás-betegségben.¹ A magasvérnyomás-betegség előfordulási gyakorisága hazánkban is folyamatosan emelkedik. 2011-ben mintegy 3 millió hipertóniás beteget tartottak nyilván. A tartósan magas vérnyomás következtében leggyakrabban kialakuló társbetegségek a metabolikus szindróma, a diabétesz mellitusz és az iszkémiás szívbetegség.² A magasvérnyomás-betegség kialakulásához jelentősen hozzájárul a nem meg-

felelő egészségmagatartás, mint a túlzott alkoholfogyasztás, dohányzás, fizikai inaktivitás, nem megfelelő étrend és a túlsúly.³ Az egészséges életmód folytatása a terápiában is fontos tényező lenne. Warren és munkatársai (2012) tanulmánya igazolta, hogy a megfelelő öngondoskodás a szisztolés vérnyomásértéket 5 Hgmm-el, a diasztolés vérnyomásértéket pedig 4,3 Hgmm-el képes csökkenteni. Az öngondoskodás magában foglalja a megfelelő zöldséggyümölcsfogyasztást, a dohányzás abbahagyását, a megfelelő testmozgást, a megfelelő arányú telített-telítetlen zsírfogyasztást, valamint a nátriumbevitel csökkentését.⁴ A vérnyomás hosszú távú szabályozásának másik fontos pillére a helyes gyógyszeres terápia. A nem megfelelő gyógyszeres terápia az egyik legfontosabb oka a kezeletlen hipertónia nagyszámú előfordulásának. Az alacsony terápiahűséggel bíró egyéneknek nagyobb a kockázata a hipertónia szövődményeinek kialakulására, mint pl.: bal

kamra hipertófia, mikroalbuminúria, iszkémiás szívbetegség. Sawkin és munkatársai (2015) vizsgálata igazolta továbbá, hogy a nem megfelelő gyógyszeresedési rend és az életmódbeli tanácsok be nem tartásának háttérében az alacsony egészségműveltség áll.⁵

Az egészségműveltség fogalmi megközelítése

Az egészségműveltség első átfogó meghatározását a Kickbusch és Nutbeam (1998) által szerkesztett egészségfejlesztési szögyűjtemény adta meg. Ennek értelmében az egészségműveltség „olyan kognitív és szociális készségek összessége, melyek meghatározzák az egészség fejlesztéséhez és megőrzéséhez kapcsolódó információk eléréséhez, megértéséhez és alkalmazásához szükséges motivációt és képességeket.”^{6,7} Kickbusch (1997) a fogalmat tovább finomította, és kiegészítette azzal, hogy az egészségműveltség a fentiekén túl olyan magasabb szintű tudás- és készségszintet, valamint megfelelő önbizalmat foglal magában, amely képessé teszi az egyént életmódjának és életkörülményeinek a megváltoztatására.⁸ E definícióra építve hívta fel a figyelmet Ratzan (2001) arra, hogy az információ átadása önmagában nem elegendő, az egészségműveltség növeléséhez átfogó társadalmi felelősségvállalásra van szükség.⁹ Az USA Orvosi Intézete (*Institute of Medicine*) kiadványában az egészségműveltséget olyan képességként definiálta, melyek birtokában az egyén képessé válik az egészségével és az egészségügyi ellátással kapcsolatos alapvető információk megszerzésére, feldolgozására, megértésére, továbbá az egészségével kapcsolatos felelős döntéshozatalra.¹⁰

Az egyes tanulmányok rávilágítottak arra a tényre, hogy a nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező betegek hosszabb időt töltenek kórházban, valamint többször veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszert¹¹, továbbá nehézséget okoz számukra az orvosi utasítások követése, és az egészségügyi információk hitelességének megítélése.¹² Az egészségműveltség vizsgálatára nagyszabású, EU által támogatott vizsgálat is készült (*European Health Literacy Survey*), amely a Magyarországon végzett vizsgálat előzményét biztosította.¹³ A kutatásban részt vevő személyek eredményeit tekintve elmondható, hogy nemzetközi viszonylatban a korlátozott egészségértéssel rendelkezők aránya

hazánkban az egyik legmagasabb. A hazai és nemzetközi vizsgálatok eredményeit összevetve megállapítást nyert, hogy Hollandiát kivéve, a kutatásba bevont országokhoz hasonlóan Magyarországon a krónikus betegséggel való együttélés negatív irányban befolyásolja az egészségértést. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy az egészséggel kapcsolatos információk elérése, megértése, értelmezése és alkalmazása szempontjából azok vannak a legkedvezőtlenebb helyzetben, akik számára egészségük megőrzéséhez és helyreállításához nélkülözhetetlen lenne ezen információk megértése, és azok adaptív felhasználása.¹⁴

Jelen vizsgálat célja felmérni a 45 évnél idősebb magasvérnyomás-betegek egészségműveltségét, terápiahűségét, valamint egészségmagatartását. Szeretnénk továbbá képet kapni arról, hogyan tudnának az egészségügyi rendszerben dolgozó szakemberek hatékony segítséget nyújtani a betegeknek ahhoz, hogy jobban megértsek betegségük természetét, és a terápiával kapcsolatos iránymutatásokat.

MÓDSZERTAN

Az adatfelvétel 143 magyar felnőtt bevonásával történt 2019-ben, kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti vizsgálat formájában, nem véletlenszerű, kényelmi mintavételt alkalmazva. A célpopuláció felmérése papír alapon, kérdőív formájában történt. A papír alapú kérdőíveket házi orvosi körzetekbe juttattuk el, és az ott dolgozó személyzet segítségével zajlott az adatok felvétele. Beválasztási kritérium volt a hipertónia, amely kezelésére legalább egyféle gyógyszer szed a résztvevő, valamint a 45 év feletti életkor. A kutatásból kizártuk azokat a személyeket, akik mentális problémájuk miatt nem tudják helyesen megítélni saját állapotukat, és nem tudnak releváns válaszokat adni a feltett kérdésekre, illetve figyelmen kívül hagytuk a hibásan vagy hiányosan kitöltött kérdőíveket is.

Mérőeszköz

A saját szerkesztésű kérdőív szociodemográfiai adatokra (nem, kor, iskolai végzettség, lakhely, családi állapot), egészségmagatartásra (dohányzás, alkoholfogyasztás, fizikai aktivitás, táplálkozás, orvoshoz fordulási szokások), valamint

a vérnyomás önellenőrzésére és a betegségről való információszerezésre vonatkozó kérdéseket tartalmazott.

Az adatfelvétel során két standard kérdőívet is alkalmaztunk:

A Morisky Medication Adherence Scale (8-item) (MMAS), egy nyolc kérdésből álló kérdőív a terápiahűséget méri fel, pontosabban azt, hogy milyen következetesen szedi a beteg az orvos által előírt gyógyszert. Az első hét kérdésre 0 vagy 1 pont kapható, az utolsó egy 5 fokozatú Likert-skála (0; 0,25; 0,5; 0,75; és 1 pont). A terápiahűség 6 pont alatt alacsony, 6-7,75 pont között közepes, míg 8 pont esetén tökéletes.^{15, 16}

A Health Literacy EU Q16, egy 16 kérdésből álló kérdőív, ami az egészségműveltség felmérésére szolgál.¹³ E kérdőívet alkalmazó kutatások többsége a válaszok dichotomizálását követően elemzi a rendelkezésre álló adatokat.^{17,18} A magyarországi vizsgálattal¹⁴ való összehasonlítás érdekében jelen tanulmányban az Emiral és munkatársai kutatásában¹⁹ leírtakkal azonos módon a HLS-EU Q47 kérdőív kiértékelési útmutatóját követtük, melyben „az indexeket és al-indexeket egy 0-tól 50-ig terjedő skálán standardizálták, a következő képlet alapján: $index = (\text{átlag} - 1) * (50/3)$,

átlag: az indexet alkotó itemek (kérdések) empirikus átlaga

1: az indexek átlagának elméleti minimuma

50: a standardizált mérőszám választott maximuma

3: az átlag elméleti terjedelme (RANGE-e)¹⁴

Az így létrejött, összesített egészségértés-index mellett a szakirodalomban leírtakkal azonos módon további három, egymástól jól elkülöníthető al-indexet képeztünk. Az al-indexeket a korábbi kutatásokban alkalmazott terminológia szerint neveztük el.¹⁴ Az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-indexbe az első 7 állítás (Cronbach-alfa: 0,734), a „Prevenció” al-indexbe a 8.,9.,10.,11.,12.(Cronbach-alfa:0,740) állítások kerültek, míg az „Egészségfejlesztés” al-indexbe a 13.,14.,15.,16. (Cronbach-alfa: 0,628) állítások tartoztak. A 16 itemből számított, összesített egészségértés-index Cronbach-alfa értéke 0,860 volt. Mind a teljes skála, mind pedig az egyes al-indexek magas értékei magasabb szintű egészségértést fejeznek ki.^{17,20} Az összesített egészségértésre vonatkozóan a nemzetközi kutatócsoport úgynevezett küszöbértékeket határozott meg, melyek alapján a válaszadók

egészségértése kitűnőnek, elégségesnek, problémásnak vagy elégtelennek minősíthető.^{13,14}

Statisztikai elemzés

Az elemzés során az SPSS 20.0 statisztikai programcsomagot alkalmaztuk, a leíró statisztika részeként átlagot, gyakoriságot, minimumot, maximumot számoltunk, a változók közötti kapcsolat vizsgálatához khi-négyzet-próbát, varianciaanalízist, t-próbát, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney-tesztet, lineáris regressziót végeztünk. Az eredményeket mindegyik teszt esetén $p < 0,05$ -nél tekintettük szignifikánsnak.

EREDMÉNYEK

Minta

A kiküldött 200-ból az elemzéshez 143 darab értékelhető kérdőív állt rendelkezésünkre. A válaszadók 72,7%-a nő, a résztvevők átlagéletkora 62,17 év (SD: 9,64; min.: 46; max: 92) volt.

A megkérdezettek 46,9%-a házastársi/élettársi kapcsolatban él, 28%-uk gyermeket is nevel, az egyedül élők aránya 25,2%. A megkérdezettek több mint felének (56,6%) középfokú végzettsége van. Kutatásunkban az alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya volt a legalacsonyabb (15,4%). A felmérésben résztvevők 49,7%-a falun, 26,6%-a városban és 23,8% pedig megyeszékhelyen vagy nagyvárosban él. A megkérdezettek 81,1%-a átlagosnak ítéli meg az anyagi helyzetét, és mindössze 2,8%-a érzi úgy, hogy az átlagosnál jobbak az anyagi körülményei. A gazdasági aktivitásra adott válaszok alapján a minta több mint fele (53,8%) nyugdíjas, 39,2%-a jelenleg is aktív dolgozó, 7%-a pedig munkanélküli vagy GYES/GYED-en van.

A kutatásba bevont magasvérnyomás-betegek utoljára mért legmagasabb szisztolés vérnyomásértéke 138,27 Hgmm (SD=19,61), diasztolés értéke pedig 82,66 Hgmm (SD: 9,65) volt.

Egészségmagatartás, tápláltsági állapot főbb jellemzői

A fizikai aktivitás gyakoriságát egyszerű feleletválasztós kérdéssel mértük fel. A válaszadók 39,9%-a (n=57) „minden nap 30-60 percet” mozog, míg 25,2%-uk (n=36) kerüli a testmozgást.

Az eredményeink azt mutatták, hogy a női ($p=0,04$), az átlag alatti anyagi helyzetben lévő ($p<0,001$) és a középfokú végzettségű ($p=0,005$) betegekre kevésbé jellemző a fizikai aktivitás. A résztvevők 79%-a ($n=113$) semmilyen diétát nem követ, 9,1% ($n=13$) mediterrán és 5,6% ($n=8$) sószegény étrendet tart. A betegek 70,6%-a ($n=104$) nyilatkozta, hogy szakembertől kapott étrendi tanácsot. A legtöbben (60,1%; $n=86$) ritkán fogyasztanak állati eredetű zsírokat, és a zsírfogyasztás inkább jellemző a kisvárosi lakosokra, mint a megyeszékhelyen/nagyvárosban élőkre ($p<0,001$).

A nem megfelelő táplálkozás következtében kialakuló túlsúly a magasvérnyomás-betegség egyik ismert rizikófaktora. A vizsgált betegek önbevallás alapján számított testtömegindex-átlaga $28,38 \text{ kg/m}^2$ (min.: 17,36; max.: 41,1; SD: 5,67) volt. A kutatásba bevont személyek magasabb átlagéletkora miatt (62,17 év) korcsoport korrigált BMI index alapján kategorizáltuk a betegeket.²¹ A résztvevők 49,7%-a ($n=71$) az elhízott kategóriába tartozik ($\text{BMI}>28$) és 36,4%-a ($n=52$) normál testsúlyúnak számít ($\text{BMI}: 23\text{-}28 \text{ kg/m}^2$). A férfiak nagyobb arányban tartoznak az elhízott kategóriába ($n=39$; 64,1%), mint a nők ($n=104$, 44,2%; $p=0,027$).

A kávéfogyasztási szokásokra adott válaszok közül legtöbben a „napi 1-2 csészével” választ jelölték meg (77,6%; $n=111$). A megkérdezettek 49%-a ($n=70$) soha nem dohányzott, 22,4%-a ($n=32$) dohányzott, de már leszokott választ adta, a megkérdezettek 13,3%-a ($n=19$) pedig naponta 1 doboz cigarettát szív el. A szociodemográfiai változók vizsgálatakor megállapítottuk, hogy a nem ($p=0,015$), a lakhely ($p=0,02$), a gazdasági aktivitás ($p=0,008$) és a családi állapot ($p=0,005$) jelentősen befolyásolja a dohányzási szokásokat. A leíró statisztika alapján elmondható, hogy kevésbé jellemző a dohányzás a nőkre, a falun élőkre, a szociális ellátásban részesülő betegekre, és azokra, akik házastárssal/élettársal élnek. A vizsgálatba bevont betegek 28,7%-a ($n=41$) nem szokott alkoholt fogyasztani, 40,6%-a ($n=58$) havonta egyszer vagy ritkábban, 7% ($n=10$) pedig minden nap iszik alkoholtartalmú italt. Az egyes szociodemográfiai változók, mint a nem ($p<0,001$), lakhely ($p=0,002$), a gazdasági aktivitás ($p=0,026$),

családi állapot ($p=0,021$), illetve az iskolai végzettség ($p=0,042$) szignifikáns hatással van az alkoholfogyasztási szokásokra. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a nőkre, a faluhelyen élőkre, a ≤ 8 általános iskolai végzettségűekre, a szociális ellátáson élőkre és az egyedülállókra kevésbé jellemző a rendszeres alkoholfogyasztás.

Gyógyszerszedési szokások

A gyógyszereszedési szokásokat vizsgáló kérdőívre (MMAS-8) adott válaszok átlagpontszáma 5,19 pont ($n=143$; min: 0,75; max: 8; SD: 2,12). A tökéletes terápiahűségű csoportba (8 pont) 11 fő (7,7%), a közepes szintű adherenciát mutató csoportba (6 és <8 pont között) 47 fő (32,9 %) és a rossz terápiahűségű csoportba (<6 pont) 85 fő (59,4%) került. A résztvevők legnagyobb arányban azt jelölték (83,2%), hogy bevették előző nap a gyógyszereiket. A válaszadók 50,3%-a érzi tehernek a mindennapi gyógyszereszedést. A nők ($n=104$) átlagpontszáma 5,46 pont (SD: 1,99), a férfiaknak szignifikánsan alacsonyabb, 4,47 pont (SD: 2,31; $n=39$; $t=2,539$; $p=0,012$). A megkérdezettek közül 46 fő havonta jár kontrollra háziorvosához, ők 4,19 pontot (SD: 1,87) értek el a MMAS-8 kérdőíven, 11 fő évente keresi fel háziorvosát, ők 3,52 pontot (SD: 1,37) kaptak, azaz szignifikánsan alacsonyabb szintű terápiahűség jellemző rájuk ($t=-2,357$; $p=0,022$). Az utoljára mért vérnyomásérték és a terápiahűség között szignifikáns kapcsolatot találtunk. Az alacsony szintű terápiahűséggel bíró betegek utoljára mért átlagos szisztolés és diasztolés értéke is szignifikánsan magasabb, mint a közepes szintű és a tökéletes terápiahűségű betegeké ($F=17,232$; $p<0,001$).

Egészségműveltség

Az egészségműveltséget felmérő 16 itemből álló kérdéssorra 143 fő válaszolt. Az összesített egészségműveltségi index átlagpontszáma 37,27 (min.: 16,67; max.: 50; SD: 9,1) volt. A szakirodalomban meghatározott küszöbértékeknek megfelelően, az összesített egészségértés-indexből kategóriákat képeztünk, mely kategóriák az alábbiak szerint kerültek kialakításra [1. táblázat].

1. táblázat: Összesített egészségértés-index kategóriák kialakítása (n=143)

Összesített egészségértés-index			
	pontszám	n	%
elégtelen egészségértés	0-25 pont	21	15,1
problémás egészségértés	25-33 pont	14	10,1
elégletes egészségértés	33-42 pont	52	37,4
kitűnő egészségértés	42-50 pont	52	37,4

Forrás: saját szerkesztés

A statisztikai elemzés alapján megállapítható, hogy minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik a kutatásba bevont személy, annál magasabb az összesített egészségértés-indexe (≥ 8 általános 30,37 pont, SD: 9,95; középfokú 37,74 pont, SD: 9,17; felsőfokú 39,44 pont, SD: 7,11; $p=0,005$). Az egyéb szociodemográfiai tényezők (mint pl.: nem, lakhely) nem bizonyultak differenciáló tényezőnek.

Megvizsgáltuk a terápiahűség és az összesített egészségértésindex pontszám közötti kapcsolatot is. A leíró statisztika alapján az alacsony terápiahűségű csoportba tartozók átlagpontszáma 37,52 pont (SD: 8,67), a közepes szintű terápiahűséggel bíró csoporté 35,54 pont

(SD: 10,1), míg a magas szintű terápiahűséggel jellemezhető csoport átlagpontszáma 42,82 pont (SD: 4,71) volt. A Kruskal-Wallis teszt szignifikáns különbséget igazolt a csoportok között ($p=0,039$). A további tesztek elvégzése után megállapítottuk, hogy jelentős különbség van az alacsony szintű és a magas szintű terápiahűséggel jellemezhető csoport ($p=0,040$) és a közepes szintű és magas szintű adherenciával leírható csoport között ($p=0,009$).

A továbbiakban a módszertani fejezetben ismertetettek szerint kialakított al-indexeknek megfelelő csoportokba soroltuk a válaszadókat. [2. táblázat]

2. táblázat: Az egyes al-indexek kategorizálása (n=143)

Al-index	indexátlag	elégtelen	problémás	elégletes	kitűnő
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia	40,05 (SD: 9,39)	10,5%	9,1%	25,2%	55,2%
Prevenció	35,5 (SD: 10,41)	21,6%	11,5%	32,4%	34,5%
Egészségfejlesztés	36,3 (SD: 10,64)	19,6%	3,5%	49,7%	27,3%

Forrás: saját szerkesztés

„Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-index jellemzői

Az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-index átlagpontszáma 40,05 pont (SD: 9,39) volt. Nemek tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget ($p>0,05$). A leíró statisztika elvégzése után megállapítottuk, hogy az iskolai végzettség esetén jelentős eltérések vannak a csoportok átlagpontszámai között ($p=0,006$). A ≤ 8 általánost végzettek 35,19 pontot (SD: 10,34), a középfokú iskolai végzettséggel

rendelkezők 39,83 pontot (SD: 9,86) és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők pedig 43,16 pontot (SD: 6,39) értek el ebben az al-indexben. A legfeljebb 8 általánost végzők egészségértése elmarad a középfokú ($p=0,035$) és a felsőfokú ($p=0,001$) iskolai végzettséggel rendelkezőkétől. A lakhely, családi állapot nem volt hatással erre a dimenzióra ($p>0,05$). Az egészségműveltség felmérésére szolgáló kérdőív „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-indexe esetén jelentős összefüggést találtunk ($p=0,002$) a dohányzási szokásokkal. Az eredmények

alján elmondható, hogy a nem dohányzók 64,7%-a kitűnő egészségértéssel rendelkezik. A terápiahűség és az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-index között pozitív irányú, gyenge szorosságú, szignifikáns kapcsolat igazolódott ($r=0,176$; $p=0,036$).

„Prevenció” al-index jellemzői

A „Prevenció” al-index esetén a kérdőívet kitöltők átlagpontszáma 35,5 pont (SD: 10,41) volt. A szociodemográfiai változók vizsgálata során, nemek tekintetében megállapítottuk, hogy a férfiak átlagpontszáma (38,6 pont, SD: 9,74) a prevenció al-index esetén magasabb, mint a nőké (34,5 pont, SD: 10,4), tehát jobb egészségértés jellemző rájuk ($t=-2,146$; $p=0,036$). A legmagasabb iskolai végzettség hatásának vizsgálata során szignifikáns különbséget mutatott az elvégzett ANOVA-teszt ($F=6,9$; $p=0,001$). A Post Hoc-teszt alapján elmondható, hogy a 8 általánost végzők egészségértése (27,4 pont, SD: 10,58) ebben az esetben is jelentősen elmarad a középfokú (36,93 pont, SD: 10,79; $p<0,001$), valamint a felsőfokú (36,4 pont, SD: 7,89; $p=0,002$) iskolai végzettségűektől.

„Egészségfejlesztés” al-index jellemzői

Az „Egészségfejlesztés” al-index esetén, a betegek átlagpontszáma 36,3 pont (SD: 10,6) volt. A szociodemográfiai változók közül a nem, a lakhely, a családi állapot esetén nem találtunk jelentős kapcsolatot ebben a dimenzióban

($p>0,05$). A legmagasabb iskolai végzettség vizsgálatakor azonban jelentős különbség igazolódott ($F=3,47$; $p=0,034$) az egyes csoportok indexátlaga között. Ebben az esetben is elmondható, hogy rosszabb az egészségértése a legfeljebb 8 általános osztállyal rendelkezőknek (31,44 pont; SD: 9,68), mint a középfokú (36,47 pont, SD: 10,83; $p=0,047$) és a felsőfokú (38,74 pont; SD: 10,07; $p=0,009$) iskolai végzettségűeknek.

Magasvérnyomás-betegség

A kutatásunkba bevont betegek több mint a felének 5 évnél régebben diagnosztizálták a magasvérnyomás-betegségét (74 fő; 51,7%). A válaszadók 16,1% (23 fő) nyilatkozta, hogy 1-3 éve, és 22,4% (32 fő) jelölte be, hogy 3-5 éve derült ki a betegsége. Mindössze 14 fő (9,8%) válaszolta, hogy kevesebb mint 1 éve állapították meg a betegségét.

Az alacsony elemszám miatt létrehoztunk 2 csoportot, miszerint több mint 5 éve diagnosztizált magasvérnyomás-beteg (74 fő; 51,7%), és kevesebb mint 5 éve hipertóniás (69 fő; 48,3%). A további számításokat ezzel a csoportosítással végeztük.

Az egészségértés-index minden dimenziója szignifikáns különbséget mutatott a válaszadók átlagpontszáma alapján. Megállapítható, hogy akiknek kevesebb mint 5 éve fedezték fel a betegségét, azoknak lényegesen magasabb az egészségértésindex átlagpontszáma [3. táblázat].

3. táblázat: A magasvérnyomás-betegség diagnosztizálásának ideje és az egészségértés kapcsolata (n=143)

	Magasvérnyomás-betegség diagnosztizálása	N	átlag	SD	t	p
Összesített egészségértés-index	kevesebb mint 5 éve	69	39,81	7,06	3,37	0,001
	több mint 5 éve	70	34,79	10,21		
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia al-index	kevesebb mint 5 éve	69	42,95	6,61	3,78	<0,001
	több mint 5 éve	74	37,35	10,76		
Prevenció al-index	kevesebb mint 5 éve	69	38,14	8,29	3	0,003
	több mint 5 éve	70	33,00	11,65		
Egészségfejlesztés al-index	kevesebb mint 5 éve	69	38,32	9,47	3,37	0,001
	több mint 5 éve	74	34,48	11,38		

Forrás: saját szerkesztés

A betegségről való tájékozódással kapcsolatos kérdésre több választ (házi orvos, szakember, ápoló, illetve egészségügyi személyzet, valamint szaklapok, szakkönyvek, napilap, hetilap, család, internet) is megjelölhettek a kutatásba bevont személyek. Legmagasabb arányban a házi orvostól kapott tájékoztatást jelölték a betegek (11 fő; 77,6%). A minta mindössze 2,1%-a (3 fő) nyilatkozta, hogy semmilyen módon nem tájékozódott a betegségével kapcsolatban.

Számos korábbi kutatás igazolta, hogy a hipertónia kontroll alatt tartásának egyik fontos segítő tényezője a rendszeres, akár otthoni vérnyomásmérés, továbbá a rendszeres orvosi ellenőrzésen való megjelenés.

Vizsgálatunkban ennek megfelelően felmértük, hogy a válaszadók milyen gyakran ellenőrzik vérnyomásukat. A megkérdezettek közel azonos arányban jelölték meg a havonta egyszer (n=50; 35%) és a hetente (n=58; 38,5%) válaszlehetőséget, legritkábban a „nem ellenőrzi” lehetőséget választották (n=10; 10,5%). A további számításokhoz létrehoztunk 2 csoportot, miszerint „rendszeresen ellenőrzi a vérnyomását”, ebbe kerültek a „naponta”, „hetente 1-2-szer” választ jelölők (78 fő; 54,5%), illetve a „ritkán ellenőrzi a vérnyomását”, ebbe a „havonta 1-szer” és a „nem ellenőrzi” válaszadók kerültek (65 fő; 45,5%). Azok a válaszadók, akik rendszeresen ellenőrzik vérnyomásukat, jelentősen gyakrabban keresik fel házi orvosukat (n=66; 84,6%), mint akik ritkán vagy egyáltalán nem mérnek vérnyomást az otthonukban (n=12; 15,4%; p=0,023). Az egészségértés-index vizsgálata során az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” (p=0,004) és az „Egészségfejlesztés” al-index esetén (p=0,022) is szignifikáns különbség igazolódott: azokra a betegekre, akik a „rendszeresen ellenőrzi a vérnyomását” csoportba kerültek, nagyobb arányban jellemző a kitűnő egészségértés.

MEGBESZÉLÉS

Jelen vizsgálat célja volt, hogy felmérjük a magasvérnyomás-betegséggel élők általános egészségműveltségét, egészségmagatartását és gyógyszeresedési szokásait. A felmérésben összesen 143 fő vett részt. A hazai és nemzetközi tapasztalatoknak megfelelően a felmérésben felülreprezentált volt a női nem 72,7%-os részesevel. Más nemzetközi kutatásokhoz

hasonlóan a résztvevők átlagéletkora 62,7 év volt.^{22,23,24} Az egészségműveltséget felmérő HLS-EU Q16 kérdőív átlagpontszáma 37,27 pont volt. A magyarországi vizsgálattal összevetve kutatásunkban mind az összesített egészségértés, mind az egyes al-indexek vonatkozásában a korlátozott (elégtelen/problémás) egészségértéssel rendelkezők alacsonyabb, az elégséges, illetve kitűnő egészségértéssel rendelkezők magasabb arányban vannak jelen a vizsgálatba bevont hipertóniás betegek körében.¹⁴ Ez magyarázható azzal, hogy egy speciális betegcsoportban végeztük el a vizsgálatot, és jellemzően a beteg emberek tájékozódnak betegségükkel kapcsolatban

a diagnózist követően. A kutatásból kiderült, hogy elégedő egészségügyi információhoz jutnak több forrásból, Liu YB et al. vizsgálatához hasonlóan.²⁵ Ennek háttérében a magasabb ismeretszint állhat, illetve tudatosabban használják az internet által nyújtott lehetőségeket. Bo A. et al. kutatásában résztvevőkre és az általunk felmért mintára is jellemző, hogy az alacsony iskolai végzettségűek nehezebben értelmezik az egészséggel kapcsolatos információkat.²⁶

Ez esetben a háttérben állhat, hogy alacsonyabb szintű általános műveltségükből adódóan kevésbé értik meg az egészségük megőrzésével, illetve a betegségük természetével kapcsolatos információkat. A vizsgálatunkból kiderült, hogy akinek magasabb szintű az egészségműveltsége, ritkábban keresi fel a házi orvosi praxist. Ennek oka lehet, hogy van annyi háttérismerete, amely alapján mérlegelni képes azt, mikor kell feltétlen felkeresni a házi orvost.

Gavrilova és munkatársai²⁴ kutatásához hasonlóan a terápiahűséget felmérő MMAS-kérdőív átlagpontszáma 5,19 pont volt. A szakirodalmi ajánlások alapján létrehoztunk 3 csoportot, úgymint tökéletes, közepes, rossz adherencia. A kutatásba bevont betegek 59,4%-a rossz terápiahűséggel rendelkezik. Eredményeink alapján elmondható, hogy a nőkre és a felsőfokú végzettségű betegekre magasabb szintű terápiahűség jellemző. Ezek az eredmények is összhangban vannak Gavrilova et al. tanulmányával.²⁴ A kutatásba bevont betegek felénél 5 évnél régebben diagnosztizálták a magasvérnyomás-betegséget. A gyógyszeres terápia mellett is magas vérnyomásértéke van a megkérdezettek 48,3%-ának, mely érték kismértékben eltér

Alefan Q et al. közölt értékétől (53%).²⁷ A magasvérnyomás-betegek körében magasabb arányban vannak jelen a férfiak, az alacsonyabb szintű terápiához tanúsítók, továbbá a dohányzók. Vizsgálatunk korlátja egyrészt a nem reprezentatív mintavétel, továbbá az alacsony elemszám. Ennek következtében eredményeink nem általánosíthatók a Magyarországon élő hipertóniás betegekre, csupán feltáró jelleggel további kutatási irányokat jelölhetnek ki.

KÖVETKEZTETÉSEK

A magasvérnyomás-betegséggel élők körében végzett kutatásunk magasabb szintű egészségműveltséget igazolt a European Health Literacy Project mintájára felmért magyar átlagpopulációhoz képest, melynek legfőbb oka, hogy egy speciális betegségben szenvedők csoportjában történt az adatfelvétel. A vizsgált betegek azonban egészségműveltség vonatkozásában nem tekinthetők homogén csoportnak. A hipertóniával diagnosztizált betegek körében végzett egészségfejlesztő beavatkozások tervezése és végrehajtása során figyelembe kell venni a kognitív képességek közötti különbséget, főként az alacsony egészségügyi ismeretekkel bíró bete-

gek esetén. A prevenció céljával végzett egészségfejlesztési programok kidolgozásánál nagy hangsúlyt kell fektetni az egészségműveltség fejlesztésére, melynek eredményeként egészségtudatosabb magatartás alakul ki. Ennek a feladatnak a megvalósításában szerepet kaphatna a Magyarországon 2017-ben indított, kiterjesztett hatáskörű ápolóképzés (*Advanced Practice Nurse, APN*). Az első, egyetemi végzettségű, kiterjesztett hatáskörű közösségi szakápolók 2019 februárjában szerezték meg képesítésüket. Az ápolók alkalmasak praxisközösségekben, családorvosi praxisokban a krónikus betegségek, mint a hipertónia felderítésére és nyomon követésére, valamint gondozására is.²⁸ Az APN végzettségű ápolók kompetenciakörüknek megfelelően el tudják látni a magasvérnyomás-betegek észlelését, gyógyszerelését, beteg-educációját és egészségnevelését. Működésük emeli az ellátás színvonalát, javítja a betegelégedettséget.^{29,30} Segítségükkel személyre szabott egészségfejlesztési tervet lehet kidolgozni a magasvérnyomás-betegséggel küzdők számára. Folyamatos jelenlétük az alapellátásban lehetővé teszi, hogy a betegek bizalommal forduljanak hozzájuk az esetlegesen felmerülő kérdéseikkel, ami hozzájárul a páciensek egészségműveltségének javításához is.

HIVATKOZÁSOK

¹Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, et al. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015–2016. *Electron Physician*. 2017; 9(11): 5712–5720. doi: 10.19082/5712

²Szegedi J, Kékes E, Sonkodi S, et al. A hypertonia epidemiológiája Magyarországon. *Hypertonia és nephrologia*. 2014;18(5-6):134–143.

³World Health Organization (WHO). Death and DALY estimates for 2004 by cause for WHO Member States: persons, all ages. WHO, Geneva, 2015.

⁴Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of Community Health*. 2012;37(1):15–24. doi: 10.1007/s10900-011-9410-6

⁵Sawkin MT, Deppe JS, Thelen J, et al. Health Literacy and Medication Adherence Among Patients Treated in a Free Health Clinic. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2015 Jun 4;2:2333392815589094. doi: 10.1177/2333392815589094.

⁶World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. WHO, Geneva, 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> (Elérve: 2020. 07. 01.)

⁷Szabó P, Kósa K. Egészségműveltség a magyar népesség körében. *Orvostovábbképző Szemle*. 2016;23(2):66–72. http://otszonline.hu/egeszsegugyeink/cikk/egeszsegmuveltseg_a_magyar_nepesseg_koreben (Elérve: 2019. 10. 15.)

⁸Kickbusch I. Think health: what makes the difference. *Health Promot Int*. 1997;12(4):265–272.

⁹Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. *Health Promot Int*. 2001;16(2):207–214. doi: 10.1093/heapro/16.2.207

- ¹⁰ Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, et al. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US), Washington, 2004. doi: 10.17226/10883
- ¹¹ Mårtensson L, Hensing G. Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci*. 2012;26(1):151-160. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x
- ¹² Connor M, Mantwill S, Schulz PJ. Functional health literacy in Switzerland – validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Educ Couns*. 2013;90(1):12-17. doi: 10.1016/j.pec.2012.08.018
- ¹³ HLS-EU Consortium. *Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States*. The European Health Literacy Project 2009–2012. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, 2012. (Second Revised and Extended Version, Date July 22th, 2014) https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf (Elérve: 2020. 07. 01.)
- ¹⁴ Koltai J, Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*. 2016;57(3):3-20. doi: 10.24365/ef.v57i3.62
- ¹⁵ Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in a patient setting. *J Clin Hyper*. 2008;10(5):348-354. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
- ¹⁶ Telekes A. Az időskori onkológia alapjai. *Idősgyógyászat*. 2018;3(1):19-24.
- ¹⁷ Sántha Á, Nagy M, Erdei J. R. The Health Literacy of Ethnic Hungarian Mothers in Eastern Europe. *Italian Journal of Sociology of Education*. 2020;12(3):91-111. doi: 10.14658/pupj-ijse-2020-3-5
- ¹⁸ Wangdahl JM, Dahlberg K, Jaensson M, et al. Psychometric validation of Swedish and Arabic versions of two health literacy questionnaires, eHEALS and HLSEU-Q16, for use in a Swedish context: a study protocol. *BMJ Open*. 2019;9(9):e029668. doi:10.1136/bmjopen-2019-029668
- ¹⁹ Emiral GO, Aygar H, Isiktekin B, et al. Health literacy scale - European union-Q16: a validity and reliability study in Turkey. *Int Res J Medical Sci*. 2018;6(1):1-7.
- ²⁰ HLS-EU Consortium 2012. Measurement of health literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU-Q16; and HLS-EU-Q86. *Health Literacy Project 2009–2012*.
- ²¹ Polyák É. A tápláltsági állapot vizsgálata. Életkorhoz korrigált BMI értékek. In: Figler M (editor). *Klinikai és gyakorlati diétetika*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2015. pp 61.
- ²² Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, et al. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electron Physician*. 2018;10(3):6470-6477. doi: 10.19082/6470
- ²³ Larki A, Tahmasebi R, Reisi M. Factors Predicting Self-Care Behaviors among Low Health Literacy Hypertensive Patients Based on Health Belief Model in Bushehr District, South of Iran. *Int J Hypertens*. 2018;2018:9752736. doi: 10.1155/2018/9752736
- ²⁴ Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska L, et al. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(11):715. doi: 10.3390/medicina55110715
- ²⁵ Liu YB, Liu L, Li YF, et al. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(8):9714-9725. doi: 10.3390/ijerph120809714
- ²⁶ Bo A, Friis K, Osborne RH, et al. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health*. 2014;14:1095. doi: 10.1186/1471-2458-14-1095
- ²⁷ Alefan Q, Huwari D, Alshogran OY, et al. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Patient Prefer Adherence*. 2019;13:577-585. doi: 10.2147/PPA.S198446
- ²⁸ Oláh A, Betlehem J, Máté O, et al. Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér*. 2015;28(2):3-10.
- ²⁹ Betlehem J, Oláh A. Az ápolás megújulásának lehetősége hazánkban. *IME- Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 2017;16(9):5-8.
- ³⁰ Vörös T, Karamánné Pakai A, Szabeni-Kovács Gy, et al. APN szerepe a hypertóniás beteg gondozásában a háziorsvosi körzetben. *Nővér*. 2020;33(2):29-36.