

Sürgősségi osztályos megjelenés és az egészségértés kapcsolata

Relationship between emergency department appearance and health literacy

Szerzők: Bánfai-Csonka Henrietta^{1,2} ✉ Bánfai Bálint,² Musch János,² Derzsi-Horváth Martina,¹ Betlehem József²

Beküldve: 2020. 10. 10.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.6003

Kulcsszavak: egészségértés; sürgősségi betegellátás; elégedettség; szociodemográfiai összehasonlítás

Keywords: health literacy; emergency department; satisfaction; sociodemographic comparison

Összefoglaló

Bevezetés: Napjainkban egyre több gondot jelent az egészségügyi rendszerekben való kiigazodás és az egészségünkkel kapcsolatos kérdésekben a megfelelő döntések meghozatala. Hogy mindezt megkönnyíthessük, fontos tényezőként vizsgálnunk kell a lakosság egészségértési szintjét, hiszen nagymértékben befolyásolja az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatosan felmerülő kérdéseinket. Célunk volt felmérni: (1) a lakosok egészségértési szintjét, (2) a sürgősségi betegellátó rendszer igénybevételét, (3) a vele való elégedettséget és (4) a triázs rendszerre vonatkozó tudásszintet, valamint (5) az ezek közötti kapcsolatot.

Módszertan: Kutatásunk keresztmetszeti, kvantitatív kutatás, melyben 186 résztvevő vett részt, akiket a Sellyei Egészségfejlesztési Iroda munkatársai segítségével és házi orvosok bevonásával (toborzásban való segédkezés) értünk el 2019. áprilisában és májusában. A jelentkezők a kutatási tájékoztató elolvasása és a beleegyező nyilatkozat kitöltése után vehettek részt a kutatásban. Az adatokat egy saját szerkesztésű kérdőív segítségével vettük fel, mely tartalmazott szociodemográfiai, sürgősségi osztályos megjelenéssel, és az ellátással való elégedettséget mérő kérdéseket, valamint az egészségértés felmérésére alkalmas standardizált kérdőívet. Leíró statisztikai eljárásokat (átlag, szórás) használtunk a minta tulajdonságainak ismertetésére, és statisztikai számításokat (Pearson-féle korreláció, ANOVA és kétmintás t-próba) végeztünk az összefüggések vizsgálatára. Az adatokat SPSS 22.0 programmal rögzítettük és dolgoztuk fel. Az eredményeket $p < 0,05$ érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

Eredmények: A kutatásban való részvételi hajlandóság 75,8% volt. A megvalósult minta: 141 fő. Az iskolai végzettség ($p = 0,018$), egészségügyi végzettség ($p < 0,001$), a lakóhely típusa ($p = 0,043$), az egyéni gazdasági helyzet ($p = 0,027$) és gyermek jelenléte a családban ($p = 0,015$) szignifikáns összefüggést mutatott az összesített egészségértési szinttel. A megkérdezettek közül 69-en (48,9%) vettek igénybe sürgősségi betegellátó osztályon ellátást. A triázs jelentését a megkérdezettek 65,2%-a vélte úgy, hogy ismeri. A sürgősségi osztályon való megjelenéskor a betegek 46,5%-a esetén a betegosztályozás megtörtént 10 percn belül, azonban 27,6% esetén ez több, mint 30 percet vett igénybe. Összességében elmondható, hogy szinte minden kategóriában (kivéve a megelőzés alindex) a válaszadók közel 50%-a korlátozott egészségértési szinttel rendelkezik (összesített egészségértési index: 46,1%; egészségügyi rendszer alindex: 48,2%; megelőzési alindex: 33,3%; egészségfejlesztési alindex: 49,6%). Vizsgálatunk során nem volt összefüggés a sürgősségi osztály igénybevétele és az egészségértés között. A kutatásban résztvevők átlagosan elfogadható egészségértési szinttel rendelkeztek.

¹ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola

² Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet Egészségpedagógiai és Alapozó Sürgősségi Tanszék

Következtetések: Vizsgálatunkban korábbi kutatásokhoz hasonló eredményeket kaptunk az egészségértés tekintetében, tehát a válaszadók közel fele problémás egészségértési szinttel rendelkezik és összefüggés volt kimutatható a szociodemográfiai adatok és az egészségértés között. Fontos kiemelni, hogy a betegek úgy gondolják, tisztában vannak a sürgősségi ellátás során használt triázs fogalmával, azonban a válaszokból nem ez derült ki. A rendszerrel kapcsolatos pontosabb információátadás igénye megjelenik. Az ellátás és információátadás szempontjából az elégedettség inkább pozitív értékeket mutatott.

Summary

Introduction: Nowadays, it is becoming more and more difficult to adjust our health systems and make the right decisions on our health issues. To facilitate all of this, we need to look at the level of health awareness of the population as an important factor, as it has a major impact on our decisions about health care systems. Our aim was to measure (1) the level of health literacy, (2) the use of the emergency patient care system, (3) the satisfaction with it and (4) the level of knowledge about the triage system (5) and the relationship between these variables.

Methodology: Our research was a cross-sectional, quantitative research with 186 participants, who were reached in April and May 2019 by means of the Sellye Health Development Office and the involvement of GPs (assistance in recruitment). The respondents were involved after reading the research information and filling in the consent form. Data were collected using a self-edited questionnaire that included sociodemographic questions, questions about emergency department appearance, satisfaction and triage, and also a standardized questionnaire for health literacy. Descriptive statistical procedures (mean, standard deviation) were used to describe the features of the sample and mathematical calculations (Pearson's correlation, ANOVA, two-sample t-test) were performed to examine the correlations. Data were recorded and processed with SPSS 22.0. The results were considered significant at a $p < 0.05$ level.

Results: The willingness to participate in the research was 75.8%. Examining the excursion criteria, we had 141 questionnaires to analyze. Education ($p = 0.018$), health education ($p < 0.001$), type of residence ($p = 0.043$), economic status ($p = 0.027$) and presence of children in the household ($p = 0.015$) showed a significant correlation between the level of health literacy. Of the respondents, 69 (48.9%) received care in the emergency department. 65.2% of the participants thought that he/she was familiar with the meaning of the triage. In the case of appearance in the emergency department, 46.5% of the patients were triaged within 10 minutes, but in the case of 27.6% it took more than 30 minutes. Overall, almost in all categories (except for the disease prevention sub-index), almost 50% of respondents have a limited level of health literacy (comprehensive health literacy): 46.1%; health care subindex: 48.2%; disease prevention subindex: 33.3%; health promotion subindex: 49.6%). There was no correlation between emergency department visits and health literacy level. Respondents had an average sufficient level of health literacy.

Conclusions: In our study, we obtained similar results in terms of health literacy as in previous studies, almost half of the respondents have a problematic level of health literacy and there was a correlation between sociodemographic data and health literacy level.

It is important to point out that although patients are thought to know the terms used during emergency care, this is not entirely true. Nevertheless, they were satisfied with the care in every scene. The need for a more accurate flow of information about the system is displayed. Satisfaction was more positive in terms of care and information transfer.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi rendszerrel való elégedetlenség napjainkban egyre több szinten megjelenik. Ez összefüggésbe hozható, a magyar felnőtt lakosság felére jellemző korlátozott egészségértési szinttel, hiszen ennek hatása van az ellátó-

rendszerre, a megelőzésre és az egészségfejlesztésre egyaránt.¹

Mit is jelent az egészségértés? Az egészségértés az egyén azon képessége, melynek segítségével adatokat gyűjt, azokat rendszerezi, majd az így megszerzett információk alapján döntéseket hoz a saját illetve családtagjai egészségével és az

egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatosan.² Az elégtelen egészségértési szint sokkal gyakoribb, mint azt gondolnánk. Európában minden tízedik embernek elégtelen, míg minden második embernek korlátozott az egészségértési szintje.³ Magyarországot vizsgálva a 2016-os évben ennél nem sokkal rosszabb arányok voltak megfigyelhetők (19% elégtelen, 33% problémás, azaz 52%-nak korlátozott).¹ Az alacsony egészségértési szint összefüggést mutat a sürgősségi osztályokra felvett betegek számával és a gyakori újbóli megjelenésekkel, és magasabb (12,8%) mortalitással a szív- és érrendszeri megbetegedések terén.^{4,5} Megfelelő oktatással a korlátozott egészségértéssel rendelkezők száma csökkenthető.⁶ A multi morbid (többfajta megbetegedéssel rendelkező) és az idős betegek számára még nehezebb a megfelelő információkat megtalálni, majd a kapott információkat megérteni és azok szerint cselekedni az egészségük érdekében.^{7,8,9} Azonban található olyan tanulmány is, amely nem mutatott ki szignifikáns kapcsolatot az életkor, szocioökonómiai helyzet és az egészségértési szint között.⁸ Az egészségtelen, mozgásszegény életmód egészségtelen étkezés, dohányzás és elhízás szoros összefüggést mutat az alacsony egészségértési szinttel.^{10,11} A kardiovaszkuláris megbetegedésekben szenvedők esetén egyértelmű összefüggés mutatható ki az egészségértés és az egészségi állapot illetve egészségmagatartás között.¹²

Az egészségértés egy kulcspont lehet a népességügy terén.¹³ A döntéshozók fontos szerepet tölthetnek be ennek fejlesztésében, mint arra néhány országban már láthatunk példát.¹⁴ A korán elkezdett fejlesztések (már kisiskolás korban) hatására tudatosabban élő felnőttek nevelhetők, azonban a szülőket, felnőtteket sem hagyhatjuk ki a programokból, hiszen az ő egészségértésük is fejleszthető és fejlesztendő is.^{15,16}

Miért is okoz nehézséget döntéseket hozni az egészségünkkel kapcsolatosan? Elsősorban a túlzott információáradat — ami a médián keresztül zúdul a társadalomra — okoz nehézséget, illetve az, hogy ezek közül megtaláljuk a valós tartalmakat közlőket és elkerüljük a hamis, megtévesztő információkat.¹⁷ Amennyiben szeretnénk, hogy a társadalom a helyes információkat közlő, hiteles oldalakat használja, a fejlesztőknek modernizálniuk és felhasználóbaráttá kell tenniük azokat.¹⁸ Az egészségértés növelése szintén megoldást nyújthat a beteg-orvos közti kommu-

nikáció javítására, hiszen sokszor nagy szakadék van a kettő között, aminek az oka, hogy másként gondolkodnak a betegek és a szakemberek.¹⁹ A betegek tájékoztatására készült szórólapok is sokszor bonyolult nyelvezetet használnak, így nem érik el céljukat a betegoktatás, informálás terén.^{19,20}

A sürgősségi betegellátás a magyar egészségügyi ellátórendszer egyik gyenge pontja, mivel nem régi ágazatról beszélünk és a lakosság hiányos vagy rossz ismeretekkel rendelkezik róla.²¹ Kutatásunk célja volt felmérni (1) a lakosok egészségértési szintjét, (2) a sürgősségi betegellátó rendszer igénybevételét (önbevallás alapján az elmúlt egy évben történt megjelenések alapján), (3) a vele való elégedettséget, (4) a triázs rendszerre vonatkozó tudásszintet és (5) az ezek közötti kapcsolatot.

MÓDSZERTAN

Minta

Kutatásunk keresztmetszeti, kvantitatív kutatás. A célcsoportot a Baranya megyei 18 év feletti lakosság képezte, akiket a Sellyei Egészségfejlesztési Iroda munkatársainak segítségével és házi orvosok bevonásával (toborzásban való segédkezés) értünk el 2019. áprilisában és májusában, azonban nem csak az adatfelvételnek helyet adó települések lakosai vehettek részt a kutatásban, hanem a környező településekről a programokra érkezők is. Beválasztásra kerültek mindazon lakosok, akik a Sellyei Egészségfejlesztési Iroda által szervezett programokon részt vettek és önkéntesen jelentkeztek a kitöltésre. Kizárásra kerültek mindazok, akik hiányosan töltötték ki a kérdőívet. A minta nagysága 141 fő (N = 141). Minden résztvevő tájékoztatást kapott a felmérésről és beleegyező nyilatkozatot kellett aláírniuk a részvételhez.

Adatgyűjtés

Az adatokat egy saját szerkesztésű kérdőív segítségével vettük fel, mely tartalmazott kérdéseket szociodemográfiai státuszra, betegségekre, gyógyszeresedésre vonatkozóan. A sürgősségi osztályos megjelenések tekintetében a bekerülés módjára, okára, várakozási időre és az ellátással való elégedettségre utaló kérdéseket, illetve a triázs rendszerrel kapcsolatos, ismeretet felmérő

kérdéseket tettünk fel. A triázs tekintetében a következő definíciót alkalmaztuk rövidítve: „A triázs olyan kiválasztási és rendszerezési folyamat, amelynek során a kritikus gondolkodásmódot elsajátító, speciális képeket szerzett ápoló, mentőtiszt vagy orvos a sürgősségi osztályra érkezést követően a lehető leggyorsabban értékeli a beteg állapotát, különös tekintettel a vezető panaszok súlyosságára, a triázs kategória megállapítására, a beteg állapotának megfelelő ellátási szint és annak időbelisége meghatározására, az egészségügyi és emberi erőforrások hatékony és megfelelő elosztására.”²² Ennek vizsgálata azért fontos, hogy megismerhessük, hogy az osztályon megjelenő betegek képesek-e megérteni és ténylegesen felhasználni azokat az információkat (akár a kórházban kihelyezett tájékoztató anyagok, akár a médiában megjelenő információk alapján), melyek bemutatják, hogy a sürgősségi osztályon nem érkezési sorrendben történik az ellátás, valamint nem is „gyorsasági” ellátásról van szó.

Az ellátással való elégedettségi szintet egy 5 fokozatú Likert-skála segítségével mértük fel, ahol a kategóriák a következőképpen alakultak: 1 - egyáltalán nem volt elégedett, 2 - nem volt elégedett, 3 - nem volt sem elégedett, sem elégedetlen, 4 - elégedett volt, 5 - teljes mértékben elégedett volt. Az egészségértést egy standardizált, korábban hazánkban validált kérdőív segítségével mértük fel (Health Literacy Survey European Questionnaire 47 item (HLS-EU-Q47)).¹ A kérdőívet minden résztvevő egy kérdezőbiztos segítségével töltötte ki, akik rendelkeztek a kutatás menetével és a felmérés módjával kapcsolatos információkkal.

Kutatásunk rendelkezik az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (TUKEB) engedélyével, melynek száma: 20018-2-/2019/EKU.

A jelenlegi közlemény egy már korábban publikált kutatásunk kisebb szegmensét mutatja be, a sürgősségi betegellátó rendszerre vonatkozóan.²³

Adatelemzés

A HLS-EU-Q47 kérdőív egy fő és 3 alindex tekintetében vizsgálja az egészségértést: összesített egészségértési index (cHL), egészségügyi rend-

szer (HC), prevenció (DP) és egészségfejlesztés alindex (HP). Az egyes indexeken elért pontszámok alapján a résztvevők egészségműveltsége 4 kategóriába sorolható: elégtelen, problémás, elfogadható és kitűnő.¹ A kategóriák szerinti értékelés alapján 0-25 pontig elégtelen, 26-33 pontig problémás, 34-42 pontig elfogadható és 43-50 pontig kitűnő egészségértési szintről beszélhetünk. Az elégtelen és problémás csoport összevonásából a korlátozott egészségértési szinttel rendelkező csoportot alkottunk. A kiértékelés során használt pontszámítási módszereket egy korábbi magyar tanulmányban ismertették.¹ Leíró statisztikai eljárásokat (átlag, szórás) használtunk a minta tulajdonságainak ismertetésére és matematikai számításokat (Pearson-féle korreláció, ANOVA és kétmintás t-próba) végeztünk az összefüggések vizsgálatára.

Az adatokat SPSS 22.0 programmal rögzítettük és dolgoztuk fel. Az eredményeket $p < 0,05$ érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

EREDMÉNYEK

Szociodemográfiai adatok

A kérdőívet 186 fő töltötte ki, akik közül 45 fő kizárásra került ($N = 141$), mert nem töltötték ki a teljes kérdőívet, vagy nem válaszoltak a szociodemográfiai kérdésekre. A szociodemográfiai adatokat az 1. táblázat mutatja be.

A szociodemográfiai adatok és az egészségértés közti összefüggéseket a 2. táblázat mutatja be. Az iskolai végzettség ($p = 0,018$), a lakóhely típusa ($p = 0,043$), a gazdasági helyzet ($p = 0,027$) csak 5%-os szignifikancia szint esetén mutatott összefüggést az összesített egészségértési szinttel. Az iskolai végzettség tekintetében a 8 általánost és a szakközépiskolát végzettek között volt kimutatható az összefüggés. Azon válaszadók akik nem rendelkeztek egészségügyi végzettséggel ($p < 0,001$), községben élnek és átlagon aluli gazdasági helyzetben vannak, és alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkeznek, mint az egészségügyi végzettséggel nem rendelkezők, a többi településtípuson élők, és az átlagon felüli gazdasági helyzetben lévők. Az iskolai végzettség ($p = 0,002$) és a lakóhely ($p = 0,01$) szoros összefüggést mutatott a gazdasági helyzettel.

1. táblázat: Szociodemográfiai adatok

Tulajdonság	Férfi	Nő	Teljes minta
	41 (29,1%)	100 (70,9%)	141 (100%)
<i>Életkor (év)</i>	46,8 (SD16,52)	45,59(SD 12,75)	45,94(SD 13,9)
<i>Iskolai végzettség</i>			
Kevesebb, mint 8 általános	0	1 (1%)	1 (0,7%)
Általános iskola	10 (24,4%)	31 (31%)	41 (21,9%)
Szakközépiskola érettségi nélkül	10 (24,4%)	4 (4%)	14 (9,9%)
Szakközépiskola érettségivel	6 (14,6%)	24 (24%)	30 (21,3%)
Gimnázium	6 (14,6%)	12 (12%)	18 (12,8%)
Egyetem (BSc)	5 (12,2%)	20 (20%)	25 (17,7%)
Egyetem (MSc)	4 (9,8%)	8 (8%)	12 (8,5%)
<i>Egészségügyi végzettség</i>			
Igen	4 (9,8%)	26 (26%)	30 (21,3%)
Nem	37 (90,2%)	74 (74%)	111 (78,7%)
<i>Lakóhely</i>			
Falu	16 (39%)	53 (53%)	69 (49%)
Város	18 (43,9%)	29 (29%)	47 (33,3%)
Megyei jogú város	7 (17,1%)	18 (18%)	25 (17,7%)
<i>Gazdasági helyzet (nettó átlagkereset 219.400 Ft)</i>			
Átlag alatti	18 (43,9%)	47 (47%)	65 (46,1%)
Átlagos	17 (41,5%)	47 (47%)	64 (45,4%)
Átlag feletti	6 (14,6%)	6 (6%)	12 (8,5%)
<i>Családi állapot</i>			
Nőtlen/hajadon	10 (24,4%)	25 (25%)	35 (24,8%)
Házas	18 (43,9%)	38 (38%)	56 (39,7%)
Párkapcsolatban élő	11 (26,8%)	23 (23%)	34 (24,1%)
Elvált	1 (2,4%)	10 (10%)	11 (7,8%)
Özvegy	1 (2,4%)	4 (4%)	5 (3,5%)

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: Szociodemográfiai adatok és az egészségértés indexei közötti összefüggések bemutatása

	cHL	HC	DP	HP
Életkor +				
p-érték*	0,549	0,978	0,049*	0,250
r-érték	0,051	0,002	0,058	0,080
Nem **				
p-érték*	0,393	0,031*	0,499	0,738
t-érték	-0,857	-1,974	-0,675	0,335
Iskolai végzettség ***				
p-érték*	0,018*	0,253	<0,001*	0,107
F-érték	2,074	0,992	3,620	1,808
Egészségügyi végzettség **				
p-érték*	<0,001*	<0,001*	<0,001*	<0,001*
t-érték	3,59	3,11	3,77	3,32
Lakóhely ***				
p-érték*	0,043*	0,350	0,003*	0,111
F-érték	2,790	1,103	4,821	2,041
Gazdasági helyzet ***				

p-érték*	0,027*	0,025*	0,117	0,022*
F-érték	3,709	3,793	2,181	3,905
Családi állapot ***				
p-érték*	0,864	0,891	0,708	0,920
F-érték	0,321	0,280	0,538	0,232
Gyermek jelenléte a családban **				
p-érték**	0,015	0,391	0,009	0,001
t-érték	2,462	0,860	2,506	3,355

Forrás: saját szerkesztés

* szignifikancia szint ($p < 0,05$)

**szignifikancia szint ($p < 0,001$)

* Pearson-féle korreláció ** Kétmintás t-próba *** ANOVA

CHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (prevenció alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

Sürgősségi osztályon való megjelenéssel és a triázs rendszerrel kapcsolatos ismeretekkel összefüggő eredmények bemutatása

A megkérdezettek közül 69-en (48,9%) vettek igénybe sürgősségi betegellátó osztályon ellátást a vizsgálatot megelőző évben. A betegek 21,7%-a az Országos Mentőszolgálat által került beszállításra háziorvosi beutaló nélkül (18,8%). Az ellátás végén a betegek 92,4%-a olvasta el az ambuláns lapot, azonban 27,3%-uk nem tájékoztatta a háziorvosát a sürgősségi osztályos megjelenéséről.

A triázs jelentését a megkérdezettek 65,2%-a vélte úgy, hogy ismeri, azonban amikor ki kellett választani a helyes fogalommagyarázatot, csak a megkérdezettek 46,8%-a tudta megtenni. A triázs ismerete és a sürgősségi osztályon való megjelenés között nem volt szignifikáns összefüggés ($p = 0,292$). A sürgősségi osztályon való megjelenés esetén a betegek 46,5%-a esetén a betegosztályozás megtörtént 10 percn belül, azonban 27,6% esetén ez több, mint 30 percet vett igénybe. A betegek 61,2%-a kellett 1-6 óra között várakozzon a vizsgálatok befejeztéig, azonban ezen betegek 59,7%-a nem tudta, hogy mi a várakozás oka.

A megkérdezettek 86,5%-a szeretne több információt kapni a magyarországi egészségügyi és sürgősségi ellátási rendszerről, azonban ennek módjáról már megoszlanak a vélemények. A legtöbben (52,1%) az internetről szeretnék információhoz jutni, azonban a megkérdezettek 41,3%-a szívesen hallana erről háziorvosától, illetve személyes beszélgetések kapcsán szakemberektől. A fiatal korban, már az iskolában elkezdett tájékoztatást mindössze 8,3% tartaná indokoltnak.

A betegek összességében elégedettek voltak az igénybe vett sürgősségi betegellátó hely dolgozóinak munkájával: adminisztratív munkatársak munkájával 65,2%; mentőtisztek és ápolók munkájával 73,5%; doktorok munkájával 68,1%; beteghordók munkájával 65,2%; radiológia munkatársainak munkájával 66,6% volt elégedett. Amikor a kapott információkról kérdeztük a válaszadókat, szintén pozitív visszajelzéseket kaptunk. Az eredményekről kapott információ adásával 63,8%-uk volt elégedett, az ellátási folyamat jelenlegi helyzetéről kapott információk adásával 49,2%-uk, míg az ellátási folyamatról kapott információval 56,6%-ban voltak elégedettek. A pontos értékeket a 3. táblázat mutatja.

3. táblázat: Elégedettség a sürgősségi osztály dolgozóinak munkájával és az ellátásról kapott információkkal, valamint ennek kapcsolata az összesített egészségértési indexszel (n=69)

	1 Egyáltalán nem volt elégedett (fő/%)	2 Nem volt elégedett (fő/%)	3 Se nem volt elégedett, se nem volt elégedetlen (fő/%)	4 Elégedett volt (fő/%)	5 Teljes mértékben elégedett volt (fő/%)	6 Nem válaszolt/nem tállkozott az adott személyzettel (fő/%)	Összefüggés vizsgálata az összesített egészségértési indexszel (p-érték)
Adminisztratív munka	13%	10,1%	11,6%	34,8%	30,4%	-	0,373
Mentőtisztek és ápolók munkája	2,9%	8,8%	14,7%	30,9%	42,6%	-	0,640
Orvosok munkája	4,3%	7,2%	20,3%	26,1%	42%	-	0,318
Beteghordók munkája	7,2%	4,3%	18,8%	31,9%	33,3%	4,3%	1,0
Képzővizsgálatot végzők munkája	2,9%	7,2%	7,2%	30,4%	36,2%	15,9%	0,018*
A vizsgálati eredményekről kapott információval	11,6%	4,3%	20,3%	29%	34,8%	-	0,195
Az állapotáról kapott információval	13%	5,8%	18,8%	34,8%	27,5%	-	0,497
Az ellátási folyamatról kapott információval	13%	13%	24,6%	24,6%	24,6%	-	0,253
Az ellátás menetéről kapott információval	20,3%	5,8%	17,4%	30,4%	26,1%	-	0,368
Tisztasággal való elégedettség	10,1%	8,7%	18,8%	29%	33%	-	0,215

Forrás: saját szerkesztés

Egészségértéssel összefüggő eredmények értékelése

Először a kérdések közti koherencia vizsgálatot végeztük el, melynek Cronbach-alfa értékei magasnak bizonyultak, mind a főindex (cHL: 0,976), mind pedig az alindexek között (HC: 0,933, DP: 0,937 and HP: 0,919).

Ezt követően a cHL és alindexek leíró statisztikáit vizsgáltuk meg. Az összesített egészségértési index pontértéke 34,8 (SD: 8,7) pont, az egészségügyi rendszer alindex esetén 34,6 (SD: 9,7) pont, a megelőzés alindex esetén 35,8 (SD: 9,9) pont, és az egészségfejlesztés alindex esetén 34,2 (SD: 9,4) pont. A különböző kategóriák megoszlását az indexek között a 4. táblázat mutatja be.

Összességében elmondható, hogy szinte minden kategóriában (kivételesen a megelőzés alindex) a válaszadók közel 50%-a korlátozott egészségértési szinttel rendelkezik (cHL: 46,1%; HC: 48,2%; DP: 33,3%; HP: 49,6%).

A sürgősségi ellátórendszerrel és az abban dolgozók munkájával való elégedettség vizsgálatánál az egészségértés és a képzővizsgálat munkájával való elégedettség között találtunk csak összefüggést ($p = 0,018$), a többi esetben ez nem volt kimutatható ($p > 0,05$; 3. táblázat). A triázs rendszer fogalmának helyes ismerete ($p = 0,305$) nem mutatott szignifikáns összefüggést az egészségértési szinttel, azonban, amikor a válaszadóknak szubjektíven kellett meghatározni, hogy szerintük ismerik-e a triázs fogalmát,

az eredmény szignifikáns összefüggést mutatott ($p=0,007$).

Mint az 5. táblázatból kiderül nem mutatható ki összefüggés ($p > 0,05$) az egészségértés és az elmúlt 12 hónapban történt sürgősségi osztályos megjelenés között. Mindemellett elmondható, hogy az ellátást igénybe vevő válaszadók közül mindenkinek az egészségértési szintje, minden

vizsgált dimenzió esetén az elfogadható kategóriába esik (34-42 pont közé), bár az is igaz, hogy ennek az alsó határa felé húz. Azon válaszadók esetén, akik nem vették igénybe a sürgősségi betegellátást a vizsgált időszakban, az egészségügyi rendszer alindex esetén súrolja a problémás és az elfogadható kategória határát, a többi esetben, azonban itt is eléri az elfogadható szintet.

4. táblázat: Egészségértés szintje a különböző indexek viszonylatában

	Elégtelen	Problémás	Elfogadható	Kitűnő
cHL	16,3%	29,8%	32,6%	21,3%
HC	15,6%	32,6%	27,7%	24,1%
DP	14,9%	18,4%	40,5%	26,2%
HP	19,9%	29,7%	29,1%	21,3%

Forrás: saját szerkesztés

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (prevenció alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

5. táblázat: A sürgősségi osztályon való megjelenés és az egészségértési szint közti összefüggés vizsgálata

	Igénybe vett-e sürgősségi betegellátást az elmúlt 12 hónapban?		p-érték*
	igen ⁺	nem ⁺	
cHL	35,36 (SD 8,28)	34,66 (SD 9,09)	0,639
HC	35,72 (SD 8,44)	33,92 (SD 10,72)	0,282
DP	36,24 (SD 9,32)	35,42 (SD 10,37)	0,632
HP	34,20 (SD 9,37)	34,64 (SD 9,34)	0,784

Forrás: saját szerkesztés

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (prevenció alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

+átlag és szórás (SD) feltüntetésével

*Kétmintás t-próba elvégzését követően

MEGBESZÉLÉS

Az adatok elemzése során megvizsgáltuk a kérdések belső konzisztenciáját, melyből kiderül, hogy az általunk vizsgált válaszadók esetében is magas belső konzisztenciával rendelkeznek a HLS-EU-Q47 kérdőív indexei, mely arra utal,

hogy a kérdések megfelelően járulnak hozzá az indexek kialakításához.

Hazánk nem sorolható azon országok közé, melyeknek lakossága jó egészségértéssel rendelkezik, sőt, egy korábbi kutatásból kiderült, hogy Magyarországon minden második ember egészségértési szintje korlátozott.¹ Ez nem nagyban tér

el az Európai eredményektől sem.³ Kutatásunkban az összesített egészségértési szint 46,1%-ban volt korlátozott és ez hasonló képet mutat szinte minden aldimenzióban is. A prevenció téren a korlátozott egészségértés aránya alacsonyabb (33%) a többi alindex esetében mértnél, ami azt jelenti, hogy a megkérdezettek önbevalláson alapuló egészségértési szintje itt magasabb. Ez növelheti annak esélyét, hogy fontosnak tartják a prevenciót és megtegyék a szükséges lépéseket annak érdekében, hogy eljussanak a megfelelő szűrővizsgálatokra.

Mindemellett fontos megemlítenünk, hogy az egészségértési szint nem csak az egyént magát érinti, hanem kihatással van a teljes egészségügyi rendszerre is. Itt kiemelnénk a sürgősségi osztályok leterheltségét és a gyakori újbóli felvételeket.^{4,21} A szakirodalmi adatok alapján az alacsony egészségértés következtében az emberek gyakran veszik igénybe ezen szolgáltatásokat.⁴ Kutatásunkban azonban nem találtunk összefüggést a sürgősségi osztályos megjelenések és az egészségértés között, azonban a tapasztalatok alapján elmondhatjuk, hogy a két véglet jelenik meg leginkább: vagy olyan problémákkal veszik igénybe az ellátást, ami nem ebbe az ellátási kategóriába tartozna, vagy túl későn jelentkeznek, és a betegségük már súlyos tüneteket produkál.

Kutatásunkban összefüggést találtunk az egészségértés és az iskolai végzettség, egészségügyi végzettség megszerzése, a lakóhely típusa, a gazdasági helyzet és gyermek jelenléte a családban változók között. Több olyan kutatás is történt, amely a szociodemográfiai mutatók többségével összefüggést mutat, bár megjegyzendő, hogy ezen tanulmányok az egészségértés felmérésére nem minden esetben használják ugyanazokat a mérőeszközöket. Duplaga cikkében, aki a lengyelek körében vizsgálta az egészségértést, összefüggés volt felfedezhető az egészségértés és az életkor (50-59 év), munkaviszony és családi állapot között.²⁴ Garcia-Codina és munkatársai szintén összefüggésbe hozták az alacsony szocioökonómiai státuszt és az alacsony iskolai végzettséget (általános iskola) ($p = 0,002$) az alacsony egészségértési szinttel.²⁵ Levin-Zamir és munkatársai kutatásában szintén összefüggésbe volt hozható az egészségértés az iskolai végzettséggel és gazdasági helyzettel.²⁶ A hazai vizsgálatok közül megemlítenő Varga és munkatársai kutatása, akik hipertóniával diagnosztizált betegek körében végezték vizsgálá-

tukat. Eredményeik rámutattak arra, hogy az egészségműveltség szintjére legerőteljesebben a legmagasabb iskolai végzettség hat.²⁷ Sántha és munkatársai a különböző nemzetiségű és etnikai hovatartozású édesanyák körében vizsgálták az egészségértés szintjét 3 országban. Kimutatták, hogy a krónikus betegségben szenvedő gyermeket nevelő, alacsony szocio-ökonómiai státusszal rendelkező édesanyák egészségértési szintje rosszabb, mint társaiké.²⁸ Találkozhatunk olyan tanulmánnyal is, amely nem mutat egyértelmű összefüggést az egészségértési szint és a szocioökonómiai adatok között.⁸

Az alacsony egészségértési szinttel rendelkezők esetén személyes programok, médiaanyagok kiadásával lehetne változást elérni. Minél korábbi életkorban elkezdődik a fejlesztés, akár már gyermekkorban óvodai és iskolai keretek között, annál hatékonyabb eredmények érhetőek el.²⁹ Számos médiában megjelenő információ félrevezető az őket érdeklődve olvasó egyének számára.¹⁷ Ahhoz, hogy a felhasználók a hiteles, korrekt információkkal ellátott forrásokat használják, szükséges volna ezen tartalmak frissítése és modernizálása.¹⁸ Mindez azért is fontos, mert a válaszadók 52,1%-a az internetről szeretne további információkat szerezni az ellátórendszerrel és egészségével kapcsolatosan, azonban mindemellett a személyes konzultációkat is fontosnak tartják (41,3%). Ebből is látszik, hogy sok esetben nem elég, ha csak elolvassák a felkínált adatokat, hanem meg is szeretnék beszélni egy szakemberrel az olvasottakat, hallottakat. A nem hiteles információk korrigálása többletterhet róhat az ellátókra.

A vizsgálat korlátai

Vizsgálatunkból nem következtethetünk az egész magyar populációra vonatkoztatva, sem a sürgősségi ellátórendszerrel való elégedettségére, sem pedig az egészségértésre, mivel a mintánk nem reprezentatív.

Bár előzetesen a kérdezőbiztosok közreműködését egy biztos pontnak tekintettük annak érdekében, hogy elkerülhető legyen a hiányos kitöltés, azonban ettől függetlenül viszonylag magas volt a részlegesen kitöltött és így értékelhetetlen kérdőívek aránya. Ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy a kérdezőbiztos nem kötelezhetett senkit a teljes kitöltésre, hiszen a tájékoztatóban is leírásra került, hogy indoklás nélkül is abbahagyható a kitöltés.

A vizsgálatban résztvevők válaszainak pontosságát befolyásolhatta az az időintervallum, ami a sürgősségi osztályos megjelenésük óta eltelt. Bár igaz, hogy az elmúlt 12 hónap eseményeire kérdeztünk rá, az idő múlása hatással lehet a válaszokra.

A válaszadók elégedettségének felmérése kapcsán az „ellátók munkájával” való elégedettség ebben a formájában szubjektív, nem derül ki, hogy mi mindenre utalhat (szakmaiság, kommunikáció stb.), így ennek megfelelően értékelendő.

KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásunk rámutat arra, hogy — a korábbi vizsgálatokkal összhangban — az egészségértési szint alacsony hazánkban, így fontosnak tartjuk ennek fejlesztését. Az alacsony egészségértési szint összefüggésbe hozható bizonyos szocioökonomiai mutatókkal. A fejlesztést már kisgyermekkorban meg lehet kezdeni. Ez nem lehet

egyéni feladat, ahhoz, hogy javulást érhessünk el, össze kell fognunk döntéshozókkal, betegekkel, egészségügyi ellátókkal egyaránt. A sürgősségi osztályos megjelenés és az egészségértés szintje között nem találtunk kimutatható összefüggést, ami akár az alacsony mintaelemszámmal is magyarázható lehet. Az egészségértési szint növelésével csökkenthetjük az egészségügyi kiadásokat és leterheltséget is.

Köszönetnyilvánítás: A kézirat az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-20-3-II kód-számú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült. Ezúton szeretnénk megköszönni minden kutatásban résztvevőnek a segítséget, továbbá Dr. Barta Ildikónak a Sellyei Egészségfejlesztő Iroda vezetőjének a közreműködését!

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Koltai, J.A., Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*. 2016;62:3-20. DOI: 10.24365/ef.v57i3.62
- ² Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80
- ³ Sorensen, K., Pelikan, J.M., Rothlin, F., et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25:1053-8. DOI: 10.1093/eurpub/ckv043.
- ⁴ Paiva, D., Silva, S., Severo, M., et al. Limited Health Literacy in Portugal assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Med Port*. 2017; 30:861-869. DOI: 10.20344/amp.9135.
- ⁵ Mayberry, L.S., Schildcrout, J.S., Wallston, K.A., Goggins, K., Mixon, A.S., Rothman, R.L., et al. Health literacy and 1-year mortality: mechanisms of association in adults hospitalized for cardiovascular disease. *Mayo Clin Proc*. 2018;93:1728-38.
- ⁶ Jessup, R.L., Osborne, R.H., Beauchamp, A., et al. Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:134. DOI: 10.1186/s12913-018-2921-4
- ⁷ Mahdizadeh, M., Solhi, M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electron Physician*. 2018;10:6462-9. DOI: 10.19082/6462
- ⁸ N'Goran, A., Pasquier, J., Deruaz-Luyet, A., et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open*. 2018;8:e018281. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018281
- ⁹ Todorovic, N., Jovic-Vranes, A., Djikanovic, B., et al. Health literacy: current status and challenges in the work of family doctors in Bosnia and Herzegovina. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(8): 1324. DOI: 10.3390/ijerph16081324
- ¹⁰ Paakkari, L., George, S. Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC Public Health*. 2018;18:326. DOI: 10.1186/s12889-018-5224-0

- ¹¹ Paakkari L, George S. Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC Public Health*. 2018;18:326. DOI: 10.1186/s12889-018-5224-0
- ¹² Seidel, G., Kaiser, B., Lander, J., et al. The hannover patient university: advanced mini-med school concept and evaluation results. *Health Educ J*. 2016;76:38-51. DOI:10.1177/0017896916647751
- ¹³ Pelican, M.J., Röthlin, F., Ganahl, K. Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. Maastricht, Netherlands: HLS-EU Consortium; 2012. DOI: [10.1093/eurpub/ckv043](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043)
- ¹⁴ Friis, K., Lasgaard, M., Rowlands, G., et al. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. *J Health Commun*. 2016;21:54-60. DOI: 10.1080/10810730.2016.1201175.
- ¹⁵ Aaby, A., Friis, K., Christensen B, et al. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: a large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24:1880-8. DOI: 10.1177/2047487317729538.
- ¹⁶ Merchant, R.M., Asch, D.A. Protecting the value of medical science in the age of social media and "fake news". *JAMA*. 2018;320:2415-6. DOI:10.1001/jama.2018.18416
- ¹⁷ Mahdizadeh, J., Valinejadi, A., Pooyesh, B., et al. Students' attitudes towards impact of the health department website on their health literacy in Semnan university of medical sciences. *Electron Physician*. 2018;10:6164-71. DOI: [10.19082/6164](https://doi.org/10.19082/6164)
- ¹⁸ Yonemoto, N., Kada, A., Yokoyama, H., et al. Public awareness of the need to call emergency medical services following the onset of acute myocardial infarction and associated factors in Japan. *J Int Med Res*. 2018;46:1747-55. DOI: 10.1177/0300060518757639.
- ¹⁹ Griffey, R.T., Kennedy, S.K., McGowan, L., et al. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med*. 2014;21:1109-15. DOI: [10.1111/acem.12476](https://doi.org/10.1111/acem.12476)
- ²⁰ Cubaka, V.K., Schriver, M., Kayitare, J.B., et al. 'He should feel your pain': patient insights on patient-provider communication in Rwanda. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10:e1-11. DOI: 10.4102/phcfm.v10i1.1514
- ²¹ Radnai, B., Bánfai, B., Betlehem, J.A. mentőellátás és a kórházi sürgősségi ellátás értéklánc alapú elemzése Egészség-Akadémia. 2013;4(2):126-134.
- ²² Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM Egészségügyi szakmai irányelv - A sürgősségi betegellátás során végzett triázs feladatok végrehajtásáról Azo- nosító: 002076 Megjelenés dátuma: 2019. február 6. [Elérhető: <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index> 2021. 03. 22. Pécs]
- ²³ Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Jeges, S., Gyebnár, B., Betlehem, J. Health literacy among participants from neighbourhoods with different socio-economic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study. *BMC Public Health* 20, 1060 (2020). DOI: 10.1186/s12889-020-08959-0
- ²⁴ Duplaga, M. Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 642; DOI:10.3390/ijerph17020642
- ²⁵ Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health* (2019) 19:1122 DOI: 10.1186/s12889-019-7381-1
- ²⁶ Levin-Zamir, D., Baron-Epel, O.B., Cohen, V., et al. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socio-economic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication*. 2016; (Suppl. 2.) 61-68 DOI: 10.1080/10810730.2016.1207115
- ²⁷ Varga, B., Stromájer-Rácz, T., Bornemisza, Á., Lukács-Horváth, M., Csima, M. Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében, *Egészségfejlesztés*. 2021;62(1): 17-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v62i1.618>
- ²⁸ Sántha, Á., Nagy, M., Erdei, R.J. 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
- ²⁹ Csima, M., Fináncz, J., Nyitrai, Á., Podráczky, J. Research on the health literacy of professionals working in early childhood education, *Kontakt*. 2018;20(4):356-362. doi: 10.1016/j.kontakt.2018.10.002