

Az IROHLA-projekt

Intervention Research On Health Literacy among Ageing Population Beszámoló és a második munkacsomag keretében lezajlott kvalitatív kutatás főbb következtetései

Csizmadia Péter, Dr. Koós Tamás, Novoszáth Ágnes

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

1. A projekt célja és főbb jellemzői

Az IROHLA-projekt (*Intervention Research On Health Literacy among Ageing Population – Intervenciók kutatás az idős népesség egészségműveltségéről*) az FP7 Kutatási és Technológiafejlesztési Hetedik Keretprogram keretében, annak támogatásával valósult meg, s ez önmagában is jelzi fontosságát. Az elmúlt években a keretprogram a foglalkoztatottság és versenyképesség területén felmerülő európai igények kielégítésének legfőbb eszköze volt.

Az IROHLA-projekt 9 munkacsomaggal áll, közülük a második az időskorúak egészségműveltségét befolyásoló főbb egyéni és környezeti tényezők feltárását célozza. A módszerek között a fókuszcsoporthoz tartozó kutatás, illetve a szakirodalom elemzése szerepelt.

A projekt 2013 decemberében indult, s aktualitását az adta, hogy 2012 „A tevékeny idősor és a nemzedékek közötti szolidaritás” európai éve volt. A projekt az időskorúak egészségműveltségének fejlesztését tűzte ki céljává.

Az egészségműveltség a megalapozott, egészséggel

kapcsolatos döntések meghozatalának képessége a mindennapi életben, otthon, a munkahelyen, a helyi társadalomban, az egészségügyi intézményrendszerben és a közpolitikában. Segítségével az emberek kezükben tarthatják egészségük alakítását, az ehhez szükséges információk megszerzését, így felelősen alakíthatják életük és társadalmi környezetük minőségének e meghatározó elemét.

A konkrét témaválasztást korábbi kvantitatív kutatások, demográfiai és epidemiológiai trendek, továbbá elvi és értékalapú esélyegyenlőségi megfontolások is indokolták. A *European Health Literacy Survey* (2007–2013) szerint nyolc vizsgált európai országban a felnőttek majdnem felének egészségműveltsége alacsony szintű. Számos kutatás eredményei azt mutatják, hogy a hiányosabb egészségműveltség különösen a kevés jövedelemmel, illetve alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők között gyakoribb. Ha az időseket segítjük egészségműveltségük fejlesztésében, és csökkentjük az egészségügyi ellátórendszer által támasztott hozzáférési korlátokat, hozzájárulhatunk az idősek egészségének és jól-létének javításához.

Az idősek kedvezőtlen egészségműveltsége mögött



innovative policies for healthy ageing



Jelen tanulmány az IROHLA-projekt kilencedik munkacsomagja keretében készült, mely az Európai Unió Egészség Programja keretében pénzügyi támogatásban részesült.



számos összefüggő ok húzódnak meg, ezek pontosabb ismeretének és megértésének igénye jelentősen hozzájárult a projekt koncepciójának kialakításához. Számos korábbi kutatás – különösen krónikus betegségek esetén – összefüggést talált az egészségműveltség és az egészségi állapot, a társadalmi helyzet és az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói között.

Ahhoz, hogy az idősek egészségműveltségének fejlesztésére hatékony stratégiát alakítsunk ki, fontos, hogy figyelembe vegyük igényeiket, sajátos élethelyzetüket, valamint azt a szociális és kulturális kontextust, amelyben élnek. Csak néhány olyan tanulmányt ismerünk, mely az egészségműveltséget kvalitatív szempontból vizsgálja, és figyelembe veszi az ezt befolyásoló tényezők bonyolult halmazát.

A projekt keretében végzett, kvalitatív eszköztárat alkalmazó elemzés kettős célja:

1) feltárni az európai, deprivált lakókörnyezetben élő idősek szükségleteit és tapasztalatait az egészség, a prevenció és az ellátás területén, az idősek és a velük kapcsolatba kerülő egészségügyi szakemberek nézőpontjából;

2) elmélyíteni tudásunkat arról, hogy ezen szükségleteket és tapasztalatokat hogyan befolyásolják a társadalmi és kulturális különbségek.

A kutatás Görögország, Hollandia és Magyarország közreműködésével valósult meg. Egy másik *IROHLA*-partner, Nagy-Britannia – némileg eltérő közegben – hasonló kutatási módszereket használt. Az eredmények lehetővé teszik az egyes országok közötti kulturális összehasonlításokat is. Magyarországon a projekt partnere az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* volt *Csizmadia Péter, dr. Koós Tamás* és *Novoszáth Ágnes* részvételével.

2. Módszerek

2.1. Résztevők és toborzás

A projekt kutatási céljainak megvalósítása érdekében 12 fókuszcsoportos beszélgetésen 50 évnél idősebb, deprivált lakókörnyezetben élő emberek, illetve hasonló környezetben dolgozó egészségügyi szakemberek (alapellátásban dolgozók, házi orvosok, szakorvosok) vettek részt. A beszélgetések Athénban, Groningenben és Budapesten egyaránt utánkövetéses formában történtek, azaz ugyanazon résztvevőket két alkalommal is megkérdezték. Az utánkövetés célja a minél érvényesebb eredmények biztosítása, valamint a kommunikáció elmélyítése volt.

Az idősek résztvevőket a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági státusz jelzőszámai alapján keresték meg, feltételezve, hogy egészségműveltségük is alacsony szintű. A kutatók ebben az esetben *Weiss* megállapítására hagyatkoztak, mely szerint az alacsony egészségműveltség gyakran alacsony iskolai végzettséggel jár együtt. A résztvevőket

kapcsolatok révén, adatbázisokból, valamint különböző közösségi honlapok (pl. *webbeteg.hu*) segítségével választották ki. A magyar házi orvosok és szakorvosok a fókuszcsoportos beszélgetéseket szervező, illetve a technikai háttérrel biztosító *Szinapszis Piackutató Kft.* adatbázisából kerültek ki.

Görögországban a válaszadókat jellemzően alacsony státuszú területekről, két, idősek ellátására szakosodott intézményből választották ki, míg az egészségügyi dolgozók a legnagyobb alapellátási rendelőintézetből kerültek a kutatásban résztvevők közé.

Hollandiában az idősek a helyi közösségi házban szervezett programokra érkező résztvevők közül kerültek ki. A holland egészségügyi dolgozók alacsony státuszú lakókörnyéken dolgoztak.

Az együttműködésre hajlandó házi orvosok kiválasztása – az orvosok jelentős munkaterhe miatt – mindhárom országban nehézségekbe ütközött.

Nagy-Britanniában a kutatás elsősorban agrárjellegű területen, Norfolkban zajlott. Itt – időskorúakkal, gondozókkal és egészségügyi szakemberekkel – hat fókuszcsoportos beszélgetést bonyolítottak le. A résztvevő idősek már átestek legalább egy hosszú lefolyású krónikus betegségen, iskolai végzettségük és foglalkozásuk alapján heterogén társadalmi háttérrel rendelkeztek, s a helyi kórház reumatológiai osztályán vizsgálatra jelentkeztek közül választották ki őket. A szakemberek az alapellátásból, a szakellátásból, illetve a szociális ellátásból kerültek ki.

2.2. Fókuszcsoportos kutatás

A fókuszcsoportos beszélgetések mind az idősek, mind az egészségügyi szakemberek esetében külön útmutató alapján zajlottak. Mindkettő felölelte az egészség és a jólét szubjektív megítélésével, az egészség megőrzésével és fenntartásával, az egészségi problémákkal való megküzdéssel, az egészségügyi ellátásban szerzett tapasztalatokkal, az egészséggel kapcsolatos információk gyűjtésével, illetve azok felhasználásával összefüggő kérdéseket. A további témakörök megbeszélését két, az egészségügyi ellátással és a megelőzéssel kapcsolatos poszter segítette. Az útmutatókat pilot-vizsgálatok során tesztelték, melyek tapasztalatai alapján nem volt szükséges alapvető változtatás, így a pilot-vizsgálatok adatai is bekerültek a kutatás adatbázisába.

Mindegyik fókuszcsoportban moderátor vezette a beszélgetést, aki az egymással való interakcióra bátorította a résztvevőket. Egy másik kutató jegyzetelt és a technikai részletekre felügyelt. A beszélgetés elején az időskorúak egy kérdőívet töltöttek ki olyan alapinformációkról, mint az életkor, a nem, az iskolai végzettség, betegségük és szubjektív egészségi állapotuk. A kutatáshoz minden résztvevő írásbeli beleegyezését adta,



1. táblázat

A résztvevők száma a fókuszcsoportos beszélgetéseken (FCSB) és az utóvizsgálatokon országonként

Ország	FCSB/Utóvizsgálat	Idősek		Egészségügyi dolgozók	
		Kisebb egészségi problémák	Súlyosabb egészségi problémák	Ápolók/Szociális munkások	Háziorvosok/Szakorvosok
Görögország	FCSB	16 ¹	4	7	4
	Utánkövetés	2	3	5	2
Magyarország	FCSB	8	8	8	6
	Utánkövetés	7	8	6	5
Hollandia	FCSB	7	7	5	–
	Utánkövetés	6	5	2	–
Egyesült Királyság ²	FGD	–	15 ³	16 ⁴	

¹ Két FCSB-t szerveztek idősekkel kisebb egészségproblémákkal; ezek közül az egyik a pilot-FCSB volt, melynek adatait hozzáadták a görög adatbázishoz. Ezt a pilotkutatót Oinofitában, Athéntól 70 km-re, egy részben agrárjellegű területen bonyolították le (n = 10)

² Az Egyesült Királyságban az idősek és az egészségügyi dolgozók mellett családsegítők is részt vettek a kutatásban (n = 3)

³ Három FCSB-t bonyolítottak le időskorúakkal (n = 5; n = 6; n = 4)

⁴ Két FCSB-t bonyolítottak le egészségügyi dolgozókkal: egyet az alapellátásban dolgozókkal (n = 11), és egyet a szakrendeléseken dolgozókkal (n = 5)

majd a projekt végeztével tájékoztatást kaptak a kutatás eredményeiről – igény szerint – nyomtatott vagy szóbeli beszámoló formájában.

3. Eredmények

3.1. Résztvevők

Mindegyik résztvevő országban 4 fókuszcsoportot szerveztek, kettőt alacsony társadalmi-gazdasági státuszú idősekkel, kettőt egészségügyi dolgozókkal. A résztvevők száma a legtöbb fókuszcsoportban 4 és 8 közötti volt, egyedül Görögországban volt egy tízfős csoport. Azért, hogy a beszélgetés folyamatosságát elősegítsék, és elkerüljék a dominanciát, a jobb és rosszabb egészségi állapotú időseket külön fókuszcsoportokba sorolták. Külön beszélgettek az ápolókkal, a szociális gondozókkal, illetve az orvosokkal is. A gyakorlatban – különösen Hollandiában – nehéznek bizonyult az enyhébb, illetve súlyosabb megbetegedéssel küzdő idősek külön csoportokba való sorolása.

Az utánkövetés csoportokba ugyanazon résztvevőket hívták meg, azonban néhányan lemondták a részvételt. A hiányzás mögött néha a lanyhuló érdeklődés, gyakrabban megbetegedés állt. Az egészségügyben dolgozók részéről a legfőbb kifogás a túl sok elfoglaltság volt. (1. táblázat)

A résztvevőkről kérdőívvel gyűjtöttek háttérinformációkat.

A görög résztvevők jellemzően idősebbek voltak, mint a magyarok és a hollandok. Mindhárom országban több nő vett részt a vizsgálatban, mint férfi. Az iskolai végzettség szintje – különösen Görögországban – nagyon alacsony volt, Magyarországon szinte egyik résztvevő sem rendelkezett középfokúnál magasabb végzettséggel. A magyar és görög résztvevők közül majdnem mindenki, a hollandok közül csak a résztvevők fele volt öregségi nyugdíjas. Magyarországon a megkérdezettek többsége súlyos megbetegedésekkel küzdött, a többi országban az enyhébb és súlyosabb betegségekkel élők vegyesen voltak jelen. A görög idősek többsége kielégítőnek, a hollandok többsége jónak, míg a magyar résztvevők egyik fele jónak, másik fele kielégítőnek tartotta saját egészségét. Mindez természetesen a kiválasztottak körének eltérő mivoltából is adódik.

A résztvevők egészségműveltségét három, Chew által kifejlesztett kérdés segítségével mérték:

1) Milyen gyakran kéri valakinek a segítségét az orvosi anyagok elolvasásához?

2) Mennyire magabiztos egy egészségügyi forma-nyomtatvány kitöltésekor?

3) Milyen gyakran fordul elő, hogy nehézséget okoz tájékozódnia egészségi állapotáról, mert nem érti az olvasottakat?

A kérdéseket 1-től 5-ig pontozták. A magasabb érték jelentette a magas egészségműveltséget, a 13-as értéket tekintették a magas egészségműveltség alsó határának.



Ezzel a törésponttal a résztvevők általában alacsony egészségműveltségűnek tekinthetők, ugyanis az átlag mindhárom országban 9 volt. A résztvevők jellemzőit a 2. táblázat mutatja be.

3.2. Az idősök szükségletei és véleménye az idősök és az érdekhordozók szerint

3.2.1. HÁROM ÁTFOGÓ TÉMAKÖR

A fókuszcsoportokban elhangzottak alapján a projekt irányítói az elemzés során 3 átfogó témakört azonosítottak:

- 1) egészségmagatartás,
- 2) akadályok az ellátórendszerben,
- 3) egészséginformáció és -kommunikáció.

E három témakörben a három ország között szociális, kulturális és gazdasági különbségek és hasonlóságok egyaránt mutatkoztak a résztvevő idősök igényei (szükséglet) és tapasztalatai (vélemény, viselkedés, észlelés) között. Az utánkövetéses fókuszcsoportok résztvevői egyetértettek a fő témakörökkel és azok csoportosításával.

3.2.2. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

A kutatás valamennyi országban kiemelte, hogy az erős közösségi kapcsolatok jelentősen befolyásolhatják az egyéni egészségmagatartást, és támogathatják a mentális, fizikai és szociális ellátást. Görögországban és Magyarországon ez a közösségi háló főleg családtagokból áll, akik gyakran közel élnek egymáshoz, és sokoldalú – esetenként anyagi – támogatást is biztosítanak. Ebben az összefüggésben különösen az unokák játszanak fontos szerepet.

Valamennyi országban nagyon fontos az idősök számára az önállóság és a felelősség szerepe az egészségmegőrzésben. Magyarországon és Görögországban az idősök elsősorban az önellátás, a független életvitel jelentőségét emelték ki, míg Hollandiában inkább a saját döntések fontosságát hangsúlyozták. Görögországban és Magyarországon erős az idősök féltése az önállóság elvesztésétől, attól, hogy az idősödéssel járó fizikai és mentális egészségromlás következtében kiszolgáltatottá válnak. A kutatásban résztvevő magyar idősök féltéseit erősíthette, hogy alacsony nyugdíjuk miatt anyagiilag is függővé válhatnak családjuktól. Magyarországon és Hollandiában a résztvevők tehetetlenként említették a súlyosan beteg idős családtagokról való gondoskodást.

A holland idősöknél a szociális kapcsolatok, a tartalmas időtöltés, a hasznosság érzése, valamint a csoporttagosság voltak azon motíváló tényezők, melyek miatt a közösségi egészségfenntartó, egészségmegőrző tevékenységekbe bekapcsolódtak. Magyarországon elsősorban az öregedéshez kapcsolódó betegségek megelőzését említették motivációként.

3.2.3. AKADÁLYOK AZ ELLÁTÓRENDSZERBEN

A résztvevők számos, az eligazodást megnehezítő, hozzáférési akadályt találtak az egészségügyi rendszerben. Görögországban és Magyarországon úgy vélték, hogy az egészségügyi ellátórendszer általában nem megfelelő. A görög idősök kiemelték a folyamatos gazdasági válság szerepét, Magyarországon azonban – a fókuszcsoportok véleménye szerint – a társadalmi bizalom hiánya okozza a legfőbb problémát.

A görög, a holland és a magyar idősök is kiemelték, hogy a rendszer túlságosan bonyolult, így az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés nehézkes. A görög egészségügyi rendszer átalakulása miatt az abban való eligazodást és a szolgáltatásokhoz való hozzáférést sajátosan problematikusnak tartották. Magyarországon az egyértelmű egészséginformációk és az ellátásokról való tájékoztatás hiányát hangsúlyozták. Egy holland idős ember, több krónikus megbetegedéssel, a sokféle szolgáltatás közül a megfelelő szociális ellátás megtalálásának nehézségeit emelte ki.

A magyar és görög idősöknél megemlítték az egészségügyi ellátás minőségével kapcsolatos kifogásaikat is. Görögországban a hosszú várólistákat, a bejelentkezés nehézségeit, az orvosnál töltött idő túlzott rövidségét és a szolgáltatás gyenge minőségét emelték ki. Magyarországon az időotthonokban a személyzet hiányos, az intézmények kevés pénzből gazdálkodnak, ezért az idősök bizalmatlanok velük szemben. A szakorvosi ellátások beteg-adminisztrációját szintén problematikusnak ítélték.

Összességében Magyarországon és Görögországban a magán-egészségügyi ellátásokat sokkal jobb minőségűnek tartják, de ezek az alacsony jövedelmű idősöknek túlságosan drágák. Az anyagi jellegű akadályok miatt mind a magyar, mind a görög idősök úgy érzik, nehezen férnek hozzá az egészségmegőrzés lehetőségeihez. A holland egészségügyi dolgozók szerint ugyanez a gond a rosszabb anyagi helyzetű holland nyugdíjasoknál is. Csak Görögországban emelték ki az egészségügyi szolgáltatások között a prevenció teljes hiányát.

Angliában a másik három országhoz hasonló problémákat vetettek fel. Norfolkban kiemelték az ellátás érdekében megtett hosszú utazási távolságokat.

3.2.4. EGÉSZSÉGINFORMÁCIÓ ÉS -KOMMUNIKÁCIÓ

Az egészséginformáció és -kommunikáció kapcsán néhány kulcskérdés merült fel. Mindhárom országban nehézséget jelent, hogy az idősök egyes csoportjai – saját kezdeményezésükre – megfelelő egészséginformációkhoz juthassanak, de az okok országonként eltérőek.

Görögországban ezt elsősorban a prevenció hiánya okozza, míg Magyarországon az idősök elveszetteknek



2/a táblázat

**A fókuszcsoportos beszélgetések résztvevőinek jellemzői
országokként**

Jellemzők	Görögország	Magyarország	Hollandia	Egyesült Királyság
Időskorúak (N összesen)	20	16	14	16
Korcsoport (medián) (év)	52–82 [69]	59–73 [62,5]	54–76 [62]	65–87 [73]
<i>Nem (n)</i>				
Nő	14	14	8	10
Férfi	6	2	6	5
<i>Iskolai végzettség</i>				
Nincsen	1		2	
Általános iskola	15			9
Középiskola	4	16	6	2
Középfokú /felsőfokú szakképzettség			5	1
Felsőfokú szakképzettség				1
Nem besorolható			1	
<i>Nyugdíjas</i>				
Igen	20	14	7	14
Nem	0	2	7	1
<i>Egészségproblémák (n)</i>				
Nincsen	2	0	7	0
Kisebb	10	2	1	14
Több	8	14	6	1
<i>Saját egészség értékelése (n)</i>				
Kiváló	0	0	0	
Jó	6	6	8	
Megfelelő	10	7	5	
Rossz	4	3	1	
<i>Milyen gyakran kéri valaki segítségét a kórházi tájékoztató anyagok elolvasásához? (családtag, barát, egészségügyi dolgozó vagy segítő)?</i>				
Soha	10	10	7	
Ritkán	0	4	2	
Alkalmanként	2	1	2	
Legtöbbször	1	0	1	
Mindig	6	1	2	
Nincsen válasz	1			

2/b táblázat

**A fókuszcsoportos beszélgetések résztvevőinek jellemzői
országokként**

Jellemzők	Görögország	Magyarország	Hollandia	Egyesült Királyság
<i>Milyen gyakran okoz gondot, hogy saját egészségéről információkat szerezzen, azért, mert nehezen érti az írott szövegeket?</i>				
Soha	11	8	5	
Ritkán	0	6	3	
Alkalmanként	2	1	3	
Legtöbbször	3	0	1	
Mindig	3	1	1	
Nincsen válasz	1		1	
<i>Mennyire magabiztos, amikor egyedül tölt ki egy egészségügyi nyomtatványt?</i>				
Soha	6	0	1	
Ritkán	1	1	3	
Alkalmanként	1	7	3	
Legtöbbször	3	5	2	
Mindig	6	3	4	
Nincsen válasz	3		1	
Egészségügyi dolgozók (n)	11	14	5	16
<i>Az ápolók vagy szociális munkások típusa (n)</i>				
Ápolónő	7			5
Családsegítő nővér		4	1	1
Rehabilitációs munkatárs		3		
Szociális munkás		1	1	
Egészségnevelő			2	
Napközi ellátásban dolgozó			1	2
<i>Az orvosok típusa (n)</i>				
Szakorvos	4			1
Háziorvos (GP)		4		6
Reumatológus		2		1

3/a táblázat

Az eredmények összefoglalása

Domain	Altéma	Görögország	Magyarország	Hollandia	Egyesült Királyság	
A fő témákon belüli és azok közötti kölcsönhatás	Az önállóság és annak fenn-tartása	Az önellátás fontossága, a függetlenség elvesztésétől, a család számára teherre válástól való félelem (fizikailag, mentálisan, anyagilag)		A saját döntések fontossága, a saját egészség érdekében hozott döntések egészségügyi dolgozókkal szembeni érvényesítése	A saját döntésekben való magabiztosság, valamint ezek érvényesítésének képessége	
	Tudatosság/proaktivitás	Kevésbé aktív, önérvényesítő magatartás, az idősek nem kérik az egészségügyi dolgozók tanácsát, mert túlságosan tekintélytisztelőek, sem az egészség-információk megszerzésében, sem a prevencióban nem aktívak		Határozott, kritikus, aktív attitűd: sok idős kéri a szolgáltatásokat és az információkat, egyes csoportjaik (a legidősebbek és az alacsony társadalmi státuszúak) kevésbé határozottak	Bizonyos csoportok a generációs megszokások miatt nem tesznek fel kérdéseket az orvosoknak	
	Az egészségügyi dolgozókbá vetett bizalom	Az idősek szükségét érzik az egészségügyi dolgozókkal való személyesebb kapcsolatnak, hogy könnyebben megnyíljanak, és pontosabban fejezzék ki magukat		A bizalmon alapuló kapcsolat az idősek és az egészségügyi dolgozók között a minőségi ellátás fontos tényezője	Az időskorúak személyre szabott ellátásra való igénye, beleértve azt is, hogy az egészségügyi dolgozók törődjenek velük, álljanak rendelkezésükre és legyen idejük arra, hogy meghallgassák panaszait	
	Az idősek szociális, kulturális és gazdasági helyzete	Társas háló	A család fizikai, mentális, szociális és gazdasági értelemben kiemelt szerepe az ellátásban		Változatosabb társas kapcsolatok, a család, a barátok és a szomszédok egyaránt fontosak az ellátásban	
		Az alacsony jövedelem, mint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadálya	Az idősek többsége kisnyugdíjas, mely meghatározza az ellátással és prevencióval kapcsolatos döntéseiket		Az idősek bizonyos csoportjai az ellátás során anyagi korlátokat tapasztalnak	
		Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés	Az idősek úgy érzik, hogy az orvosnál töltött idő túlságosan rövid, sürgetik őket, ez korlátozza az egészségügyi dolgozóba vetett bizalmukat			



3/b táblázat

Az eredmények összefoglalása

	Domain	Altéma	Görögország	Magyarország	Hollandia	Egyesült Királyság
A fő témákon belüli és azok közötti kölcsönhatás	Az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos igények és tapasztalatok	Feladatok/hatáskörök	Az egészségügyi személyzet szerepe tisztázatlan; Az orvosok felelősek az idősök egészség-problémáért: kérdéseket tesznek fel, információkat adnak; Empátia kimutatása; A nővérek, asszisztensek informális szerepe; a gyógyszereszek fontos szerepe az információk adásában/elismelésében	Az orvosok feladata az információadás; az asszisztensekre, mint az orvosok és az idősök közötti közvetítőkre jelentős szerep hárul	Az egészségügyi dolgozók feladata, hogy a kommunikációt az idősök igényeihez szabják	Az egészségügyi dolgozók ritkán ellenőrzik, hogy az idősök megértik-e, el tudják-e olvasni, le tudják-e írni az átadott információkat, és gyakran előzetes ítéleteket hoznak az idősök tudásáról, képességeiről; az egészségügyi dolgozók segítik a megfelelő egészség-információk szűrését az idősök számára; az idősök részt akarnak venni az őket érintő döntésekben
	Igények és tapasztalatok az egészségügyi dolgozókkal való összefüggésben	Az ellátórendszerbe vetett bizalom	Negatív vélemény a közellátásról, pozitív vélemény a magánellátásról (magasabb minőség, de nem elérhető)	Negatív vélemény a közellátásról, pozitív vélemény a magánellátásról (magasabb minőség, de nem elérhető)	Pozitív vélemény az ellátórendszerrel (minőségi szolgáltatások, de az idősök bizonyos csoportjainak túlságosan drágák)	Pozitív vélemény az ellátórendszerrel (minőségi szolgáltatások, de időnként túlságosan drágák)
		A szolgáltatásokhoz és az információkhoz való hozzáférés	A szolgáltatásokhoz való korlátozott hozzáférés a rendszerben való nehéz eligazodás miatt, a gyógyszerterápiához való könnyű hozzáférés	Az információkhoz való korlátozott hozzáférés a nem átlátható rendszer és anyagi korlátok miatt	Nehéz megtalálni a szükséges szolgáltatást a szolgáltatások nagy száma miatt	Nehéz a jó minőségű szolgáltatások kiválasztása a túlságosan nagy mennyiségű internetes információ miatt
		Prevenció	A prevenció jelentősége nem elismert, a fókusz az ellátáson és a kezeléseken van	Információhiány a hozzáférhető prevenciók tevékenységeiről	Prevenció, részvétel a prevenciót támogató tevékenységekben	
Az egészségügyi dolgozók közötti interakciókkal kapcsolatos igények és tapasztalatok	Kommunikáció	Mind az egészségügyi dolgozók, mind az idősök elégedetlenek az egymással folytatott kommunikációval. Az idősök nem nyílnak meg, nem fejezik ki elég világosan magukat; az egészségügyi dolgozók nem megfelelően kérdeznak, nem igazítják az idősök igényeihez a kommunikációt		Az idősök igénylik az egészségügyi dolgozókkal való négy szemközti kommunikációt, hogy problémáik megoldódjanak	Az egészségügyi dolgozók számára kihívás, hogy ne legyenek előítéleteik az idősök megértési, olvasási, írási képességeit illetően. Fontos az egészségügyi dolgozók kommunikációs képessége	



érik magukat a túlságosan bőséges, nem egyértelmű információk között. Az egészségügyi dolgozók szerint Hollandiában különösen az alacsony státuszú idősök számára okoz nagy nehézséget az egészséginformációkhoz való hozzáférés.

Magyarországon és Görögországban az idősök úgy érik, hogy az orvosi rendelőben siettetik őket. Sokan úgy ítélik meg, hogy az egészségügyi dolgozókkal folytatott kommunikációra az időhiány közvetlenül negatív hatással bír. Emellett mindegyik országban említették az orvosokba, szakorvosokba vetett bizalom hiányát. Görögországban az volt a vélemény, hogy a szakorvosoknak teljes figyelmükkel a páciensek felé kell fordulniuk ahhoz, hogy az idősök megnyiljanak. Magyarországon mind az orvosok, mind az idősök úgy érezték, hogy a kezelés során nem áll rendelkezésükre elegendő idő. Néhány páciensre jellemző volt, hogy ajándékokkal vagy pénzzel próbált nagyobb figyelmet biztosítani magának. Hollandiában szintén a kölcsönös bizalom fontos szerepét emelték ki.

Az egészségügyi dolgozók szerint Magyarországon és Görögországban az alacsony egészségműveltségük nehezen fejezik ki magukat, nehézséget okoz elmagyarázniuk problémáikat. A görög nővérek szerint pácienseik nem érik a jelentőségét annak, hogy pontosan fejezzék ki magukat. Sokszor megpróbálják elkerülni az előttük álló kezeléseket, melyek megváltoztathatják megszokott hétköznapi életüket, például magas vérnyomás, illetve az ahhoz kapcsolódó diéta során.

A magyar orvosok szerint pácienseik alig várják, hogy kérdezhessenek tőlük.

Az idősök számára nehézséget okoz, hogy visszaemlékezzenek azokra az információkra, tanácsokra, melyeket orvosuktól kaptak. Az ismétlésre való egyfajta igény – az idősök és az egészségügyi dolgozók részéről egyaránt – mindegyik országban felmerült. Görögországban a gyógyszerár és a patikusok fontos szerepet játszanak az orvos által adott egészséginformációk ismétlésében. A magyar orvosok javasoltak egy olyan, az egészség-üzeneteknek szánt írott formát, mellyel kiegészíthetnék a szóban elhangzottakat. Hollandiában a résztvevők szerint szintén szükséges az információk ismétlése.

Magyarországon és Görögországban az idősök elégedetlenek azzal, ahogyan az orvosok kommunikálnak velük. Görögországban az idősök gyakran panaszkodnak arról, hogy az orvosok nem a megfelelő kérdést teszik fel. Sokszor érik magukat félrekezelteknek és bizonytalannak, mivel az orvosok nem látják el őket egyszerű, de megfelelően részletes információkkal. Magyarországon a viták során felmerült, hogy a nem megfelelő szóhasználat okoz gondot a pácienseknek.

Mindenütt az egyik legfontosabb problémaként merült fel az egészségügyi dolgozók közötti szerepek

és hatáskörök tisztázása. Mind Görögországban, mind Magyarországon az idősök alapvetően az orvosoktól várják az egészséginformációkat. Görögországban az idősök az orvosoktól várják, hogy megválaszolják a legszükségesebb kérdéseket; míg az orvosok és a nővérek egyöntetűen úgy vélik, hogy az orvosoknak kiemelkedő szerepük van abban, hogy a megfelelő diagnózishoz és kezeléshez szükséges legfontosabb információkat pácienseiktől megszerezzék.

A csoportvitákon a nővérek fontos közvetítő szerepe mind Magyarországon, mind Görögországban felmerült. Görögországban a nővérek többsége úgy érzi, hogy kötelessége együttérzését kimutatnia a páciensnek. Magyarországon ez a szerep – a vitákban elhangzottak szerint – egyfajta lehetőséget jelent, mely áthidalhatja a laikus páciens és a szakember közötti kommunikációs szakadékot. Emellett a holland szakemberek úgy látták, hogy kommunikációjukat a betegekéhez kell igazítani. Mindhárom országban kiemelték, hogy az együttműködés és a kommunikáció nem megfelelő, javításra szorul. Hollandiában és Görögországban az idősök jelezték, hogy – a kommunikáció egyéb formáihoz képest – a négy szemközti kommunikáció mennyire fontos. Hollandiában a páciensek igényelték, hogy személyes egészségükről négy szemközti beszéljenek orvosukkal, míg a kockázatokkal, a megelőzéssel, az egészségfejlesztéssel kapcsolatos általános információkhoz beszerzéséhez elegendőnek érik a szórólapokat, a televíziót és az internetet.

3.3. Az egyes országok közötti különbségek és hasonlóságok

A vizsgálat során folytatott fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések tanulságait a 3. táblázat mutatja be, kiemelve a legfontosabb különbségeket és hasonlóságokat. Az adatok kölcsönhatásokat és összefüggéseket jeleznek a különböző területek és témakörök között.

4. Az eredmények áttekintése

Jelen tanulmány több olyan, az egészséggel, az ellátással és a prevencióval kapcsolatos elvárást, véleményt vizsgált, melyek a négy résztvevő európai országban élő idősök és egészségügyi dolgozók szerint jelentősek. Ezen igények és vélemények a következőképpen csoportosíthatóak:

- 1) egészségmagatartás,
- 2) az egészségügyi rendszerben lévő akadályok,
- 3) egészséginformáció és -kommunikáció.

A résztvevő országok között – a szociális, kulturális és gazdasági különbségeknek megfelelően – az igényeket és tapasztalatokat illetően a kutatók számos eltérést és közös vonást találtak.



A kutatás alapján a legfontosabb témakörök:

- az autonómia,
- a személyes aktivitás,
- a szakemberek iránti bizalom.

Az idősek társadalmi, kulturális és gazdasági helyzetével kapcsolatos legfontosabb témakörök:

- a társadalmi kapcsolatok,
- a jövedelem,
- az orvossal való kapcsolat.

Az egészségügyi szakemberek részéről egyetlen fontos témakör emelhető ki:

– az egészségügyben dolgozók szerepe, hatásköre és felelőssége.

Az idősek igényei és tapasztalatai alapján az egészségügyi szakemberekkel kapcsolatos legfontosabb témakörök:

- az egészségügyi rendszerben való bizalom,
- a szolgáltatásokhoz, információkhoz való hozzáférés lehetősége,
- a prevencióhoz való viszony,
- az igényekhez szabott kommunikáció.

Az adatok a vizsgált témakörök egyes elemei között kölcsönhatást jeleznek. Számos összefüggés mutatható ki az idősek társadalmi, kulturális és gazdasági helyzete, illetve az egészségügyi ellátórendszer működése között. Az ellátórendszer iránti bizalom befolyásolja, hogy az idős ember hogyan viselkedik a rendszeren belül. Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásai és az idősek eltérő igényei között rendezett, differenciált kapcsolatra lenne szükség. Az adatok szerint ellentmondások vannak az idősek elvárásai és az ellátórendszer működése között, mely az ellátáshoz nem megfelelő, illetve elégedetlenséghez és csökkent egészségműveltséghez vezethet. Az utóbbi megállapítást *Jordan* kvalitatív kutatása is alátámasztja, mely szerint egy felnőtt egészségműveltsége az egyéni képességek és az ellátórendszer, valamint a szélesebb társadalmi környezet kapcsolatától függ.

Az eredmények azt mutatják, hogy a bizalom hiánya, az ellátórendszerrel való elégedetlenség hatására az idősek körében az egészséggel, illetve az ellátórendszerrel szemben egyfajta negatív attitűd alakul ki. A kutatók azt találták, hogy a magyar és görög idősek attitűdje és magatartása e tekintetben ellentétes az angol és holland idősekével, többségük az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban negatív érzelmeket mutatott, és saját egészsége érdekében – az angolokhoz és a hollandokhoz képest – kevésbé aktív magatartást tanúsított. A holland idősek többsége például pozitívan említette az ellátás minőségét, azonban kritikus volt az egészségüzenetek és saját egészségmagatartása tekintetében.

Úgy tűnik, hogy az aktív egészségmagatartás akkor okoz nehézségeket az idősek számára, ha hiányzik egyfajta prevenció szemlélet (Görögország), vagy amikor

az idősek nem tudják, milyen igénybe vehető ellátások állnak rendelkezésükre (Magyarország). Ezzel ellentétben Hollandiában a legtöbb idős hozzáállása aktív, többen kijelentették, hogy gyakran sportolnak közösségben, vagy más társasági tevékenységet végeznek.

Az autonómia az idősek döntő többsége számára fontos volt. Hollandiában és az Egyesült Királyságban az idősek kiemelték saját döntéseik meghozatalának fontosságát, valamint az önérdékérvényesítést, míg Görögországban és Magyarországon inkább a függetlenség és az önállóság fontosságát hangsúlyozták. A szakirodalom alapján a holland és az angol idősek álláspontja az „új generációs”, az egészségtanácsokkal szemben kritikus, egészségtudatos magatartást folytató idősek megjelenésével magyarázható. Ez a lehetséges változás Magyarországon és Görögországban még nem érzékelhető, itt az idősek tekintélytiszteletből – vagy a további kezelésektől való félelemből – gyakran nem tesznek fel az egészségügyi dolgozóknak kérdéseket. Az ellátórendszerben dolgozóknak tudatosítani kell az idősek ellátással kapcsolatos igényeinek változását, és az új helyzetnek megfelelő válaszokat kell kimunkálniuk.

Az eredmények azt mutatják, hogy az idősebbek egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni elégedetlensége Magyarországon és Görögországban nem kismértékben az ellátásokhoz való korlátozott hozzáférésekből, illetve azok rossz minőségéből fakad. Az elhangzottak szerint a közellátások az idősek többsége számára elérhetőek, de – például a hosszú várakozási idők miatt – általában alacsony színvonalúnak tekintik. A magánellátásokat sokkal jobb minőségűnek tartják, de az idősek többsége számára anyagi okokból nem elérhetőek. Az Egyesült Királyságban az idősek szintén pozitívan vélekedtek a magánellátások minőségéről.

Magyarországon és Görögországban az idősek az ellátáshoz való hozzáférésben különböző akadályokat említettek, például a rendszerben való nehéz eligazodást, az információhiányt, a hosszú várólistákat és a nem megfelelő ügyintézkést. A magyar és görög idősek szerint az ellátás magas költségei szintén visszatartó erőként szerepeltek a legjobb szolgáltatás igénybevételében. E vélemények azt az ismert tényt támasztják alá, hogy az egészségügyi rendszer az idősek egészségműveltségét nagymértékben befolyásolja.

A magyar és a görög idősek szerint a családi támogatás alapvető fontosságú, a családtagok segítik az időseket az információkhoz való hozzájutásban és az ellátáshoz való hozzáférésben. A család a maga kapcsolati hálózatával fontos szerepet játszik az idősek jólétében. Ugyanakkor az idősek kifejezték abbéli félelmüket, hogy amikor a fizikai hanyatlás bekövetkezik, teherré válnak családjuk számára. Önfenntartók akarnak maradni, amilyen hosszan csak lehet.



Számos bizonyíték mutatja a társadalmi hálózatok egészségre gyakorolt hatását. *Motel-Klingebiel* tanulmánya szerint azon országokban – például Spanyolországban és Németországban –, ahol kevesebb jóléti szolgáltatás biztosított, erősebb a családi támogatás, míg például Norvégiában és Izraelben, ahol bőkezűbbek a jóléti ellátások, a családi kohézió szerepe gyengébb.

Az eredmények szerint az orvossal való találkozás során érzett sürgetés jelentős szerepet játszik az egészségügyben dolgozók – főleg az orvosok és a szakorvosok – iránti bizalmatlanságban. A személyes figyelem, a bizalomra épülő kapcsolat és az idősök problémáinak meghallgatására szánt megfelelő idő azok a tényezők, melyek meghatározzák az ellátással kapcsolatos véleményeket. Az idősök többsége ebben a tekintetben mind a négy országban elégedetlen volt. Magyarországon és Görögországban – valószínűleg jórészt a sürgetés és a figyelem hiánya miatt – az idősöknek nehézséget okozott megnyitni és pontosan kifejezni magukat.

Sok egészségügyben dolgozó elégedetlenségét fejezte ki az idősök kommunikációjával kapcsolatban. Ezek a megállapítások összhangban vannak *Jordan* kutatásával, melyek középpontjában az ausztrál egészségügyi dolgozók és pácienseik közötti kapcsolatok álltak. A kevés rendelkezésre álló idő, mint akadályozó tényező folyamatosan megfigyelhető volt az ausztrál páciensek kommunikációja során. A résztvevők feltárták, hogy több, egészségi állapotukkal kapcsolatos információt nem osztottak meg az egészségügyi dolgozókkal. Az ausztrál idős betegek kiemelték a szóbeli kommunikációs képességek fontosságát abban, hogy pontosan leírják egészségi problémáikat, és megértsék az egészségügyben dolgozók válaszait.

Az adatok azt mutatják, hogy az egészségügyi dolgozók nem kellőképpen tisztázott szerepe, felkészültségének hiányosságai, és az idősök nem megfelelő egészségműveltsége, bizalmatlansága felelős a nem kielégítő kommunikációért, melyet sok magyar és görög idős páciens, illetve egészségügyben dolgozó észlel. Ezen országokban – a fókuszcsoportokban elhangzottak szerint – az idősök többsége azt várja a szakemberektől, hogy a panaszok kikérdezése után ők döntsenek a gyógmódról. Az Egyesült Királyságban az idősök sokkal inkább részt kívánnak venni a döntési folyamatban, míg az orvosok nagy része ezt teljes egészében saját hatáskörének tartja. Ezek a megállapítások is jelzik, hogy az egészségügyben dolgozók szerepének pontos tisztázása és az idősök egészségtudatos magatartása elengedhetetlen a megfelelő kommunikációhoz, az ellátással való elégedettséghez.

5. Erősségek és hiányosságok

Az *IROHLA-projekt* keretében végzett kutatáson alapuló elemzésnek számos erőssége van. Nem csak az egészség-

ügyben dolgozók véleményét mutatja be, hanem feltárja az idősök ellátással és prevencióval kapcsolatos szükségleteit és tapasztalatait is. A kutatás résztvevői az európai népesség szociális és kulturális sokszínűségét tükrözik. Míg számos korábbi, egészségműveltséggel foglalkozó kvalitatív kutatás elsősorban a páciensekre összpontosított, jelen tanulmányban mind a páciensek, mind az egészséges idősök véleménye szerepel. Emellett a kutatás alanyai az életkort, a nemzet, az etnikumot, az iskolai végzettséget, a lakhely minőségét és a nyugdíjazás okát tekintve is különböznek. Utánkövetéses fókuszcsoportokra is sor került, melyekben ellenőrizték és igazolták a fókuszcsoportok korábbi megállapításait. E körülmény megerősíti az eredmények validitását. A vizsgálat során a kutatók mind a négy országban szoros együttműködésben dolgoztak, megvitaták a kutatás aktuális lépéseit, és hasonló módszereket alkalmaztak.

A kutatásnak azonban korlátai is vannak.

Először, az eredmények 12 fókuszcsoporton alapulnak Athén, Budapest és Groningen hátrányos helyzetű településrészeiről. A kutatást természetesen nem tekinthetjük a teljes európai időskorú népességet reprezentálónak, már azért sem, mert az idős népesség jóval nagyobb szociális és kulturális eltéréseket mutat. Emellett az érdekhordozóknak (*stakeholdereknek*) van egy szélesebb spektruma, akik nem kerültek be a kutatás résztvevői közé, pl. az egészségbiztosításban dolgozók és a döntéshozók. Az eredmények a kvalitatív vizsgálatok jellegzetességeit tükrözik, statisztikai értelemben nem általánosíthatóak.

Másodszor, a végső eredményeket angolra fordították, hogy az országok közötti összehasonlítást lehetővé tegyék. A szoros együttműködés dacára a fordítás során bizonyos fokú információvesztés alakulhatott ki.

Harmadszor, mivel az alacsony társadalmi-gazdasági státuszt használták az egészségműveltség magyarázó változójaként, ezért a kutatás résztvevőit deprivált lakókörnyékekről toborozták. Arra számítottak, hogy így alacsony egészségműveltségű személyeket érnek el – valójában a megkérdezettek egészségműveltségét átlagosan közepes szint jellemezte. Az alacsony iskolai végzettség az alacsony egészségműveltség prediktív faktora lehet, azonban a vizsgálat során különböző iskolai végzettségűek között országonként hasonló volt – ezt a tesztkérdésekkel összefüggő módszertani probléma is okozhatja.

6. Jövőbeni kutatási irányok, az eredmények felhasználásának lehetőségei

Az *IROHLA-projekt* keretében végzett vizsgálat eredményei kirajzolják, hogy az egészség, az egészségügyi ellátás és a prevenció területén mutatkozó szükségletekben és véleményekben milyen jellegzetességek



és különbségek tapasztalhatóak a különböző helyzetű idősök, illetve az egészségügyi szakemberek között. Ahhoz, hogy az egészségműveltség fejlesztése elérje a teljes időskorú lakosságot – beleértve a veszélyeztetett, alacsony egészségműveltségű népességet –, hasonló kutatások szükségesek szélesebb körben a kisebbségek, például a romák között is.

Az egészségműveltség fejlesztésében érdekelt, a közvetlen ellátáson kívüli érdekhordozók sajátos nézőpontját is meg kell jelenítenünk ahhoz, hogy az idősök egészségműveltségéről alkotott képet teljesebbé tehesük. Itt elsősorban a civil szervezetekre, a kormányzati szereplőkre, az oktatásban, a felnőttoktatásban, az egészségügyi szolgáltatások területén dolgozóakra, az egészségkommunikációval foglalkozóakra, a tudományos élet, az üzleti szféra, az egyházak, a vallási közösségek, az írott és elektronikus média képviselőire gondolunk. További alapos kutatás szükséges tehát, mely az idősök igényeit és nézőpontját a szélesebb értelemben felfogott egészségügyi ellátórendszerrel összefüggésben vizsgálja. Az *IROHLA-projekt* keretében végzett nemzetközi kutatás eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy az idősök igényeit, elvárásait az egészségpolitika, a népegészségügyi tevékenység tervezésénél jobban figyelembe kell vennünk, ennek során az idősök és az ellátórendszer közötti kapcsolatrendszert a maga teljességében kell mérlegelnünk. Emellett a szociális, kulturális és gazdasági státusz, az a társadalmi közeg, melyben az idősök élnek és az egészségügyi szakemberek dolgoznak, meghatározó tényezői az egészségműveltség fejlesztésére irányuló politikáknak, programoknak és projekteknek.

Az egészségműveltség kedvező alakítását célzó akciók tervezése során eltérő háttérű európai országokban jellemzően hasonló célokat tűznek ki, de természetesen a hatékonyság fokozásához a nemzetközi tapasztalatok

helyi viszonyokhoz való adaptálása szükséges. Mindez hazánkban – a demográfiai helyzet és az ellátórendszer átalakulása miatt – különösen fontos.

Összefoglalás

Az *IROHLA-projekt* fókuszcsoporthoz tartozó kutatása az időskorúak egészségműveltségét befolyásoló főbb egyéni és környezeti tényezőket tárta fel négy európai országban.

Elsősorban Magyarország és Görögország, illetve Hollandia és Anglia mutatott hasonlóságokat.

Görögországban és Magyarországon úgy vélték, hogy az egészségügyi ellátórendszer általában nem megfelelő.

Az anyagi jellegű akadályok miatt mind a magyar, mind a görög idősök úgy érezték, nehezen férnek hozzá az egészségmegőrzés lehetőségeihez.

A görög, a holland és a magyar idősök is kiemelték, hogy az ellátó rendszer túlságosan bonyolult, így az egészségügyi ellátásokhoz való hozzájutás nehézkes.

Mindhárom országban nehézséget jelent, hogy az idősök egyes csoportjai saját kezdeményezésükre megfelelő egészséginformációkhoz juthassanak. Magyarországon és Görögországban az idősök elégedetlenek azzal, ahogyan az orvosok kommunikálnak velük.

A magyar és görög idősök attitűdje és magatartása ellentétes az angol és holland idősökével, többségük az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban negatív érzelmeket mutatott, és saját egészsége érdekében – az angolokhoz és a hollandokhoz képest – kevésbé aktív magatartást tanúsított.

Hollandiában a legtöbb idős hozzáállása aktív, többen kijelentették, hogy gyakran sportolnak közösségben, vagy más társasági tevékenységet végeznek.

Kulcsszavak: egészségműveltség, fókuszcsoport, orvos–beteg kommunikáció

IRODALOM

1. *Health literacy: Solid facts.* World Health Organization, Regional Office for Europe, 2013.
2. Kwan, B.–Frankish, J.–Rootman, I., et al.: *The development and validation of measures of „health literacy” in different populations.* UBC Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Community Health Promotion Research, 2006.
3. *Comparative report of health literacy in eight EU member states.* The European Health Literacy Survey, HLS-EU, online publication, 2012.
4. Kutner, M.–Greenburg, E.–Jin, Y.–Paulsen, C.: *The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy.* NCES 2006-483. National Center for Education Statistics, 2006.
5. Scott, T.L.–Gazmararian, J.A.–Williams, M.V.–Baker, D.W.: „Health literacy and preventive health care use among medicare enrollees in a managed care organization.” In: *Med Care*, 2002; 40(5):395–404.
6. Paasche-Orlow, M.K.–Parker, R.M.–Gazmararian, J.A.–Nielsen-Bohlman, L.T.–Rudd, R.R.: „The prevalence of limited health literacy.” In: *Journal of General Internal Medicine*, 2005; 20(2): 175–184.
7. Berkman, N.D.–Sheridan, S.L.–Donahue, K.E.–Halpern, D.J.–Crotty, K.: „Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review.” In: *Ann Intern Med*, 2011; 155(2):97–107.



8. Ownby, R.L.–Waldrop-Valverde, D.–Taha J.: „Why is health literacy related to health? An exploration among US national assessment of adult literacy participants 40 years of age and older.” In: *Educational Gerontology*, 2012; 38(11):776–787.
9. Jordan, J.E.–Buchbinder, R.–Osborne, R.H.: „Conceptualising health literacy from the patient perspective.” In: *Patient Educ Couns*, 2010; 79(1):36–42.
10. Edwards, M.–Wood, F.–Davies, M.–Edwards, A.: „The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model.” In: *BMC Public Health*, 2012; 12:130-2458-12-130.
11. Gray, N.J.–Klein, J.D.–Noyce, P.R.–Sesselberg, T.S.–Cantrill, J.A.: „Health information-seeking behaviour in adolescence: The place of the internet.” In: *Soc Sci Med*, 2005; 60(7):1467–1478.
12. Renkert, S.–Nutbeam, D.: „Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: An exploratory study.” In: *Health Promot Internation*, 2001; 16(4):381–388.
13. Priebe, S.–Sandhu, S.–Dias, S., et al.: „Good practice in health care for migrants: Views and experiences of care professionals in 16 european countries.” In: *BMC Public Health*, 2011; 11(1):187.
14. Weiss, B.D.–Schwartzberg, J.G.: *Health literacy and patient safety: Help patients understand: Manual for clinicians*. AMA Foundation, 2007.
15. Strauss, A.–Corbin, J.: *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks, 1998.
16. Hennink, M.–Hutter, I.–Bailey, A.: *Qualitative research methods*. Sage, 2010.
17. Chew, L.D.–Bradley, K.A.–Boyko, E.J.: „Brief questions to identify patients with inadequate health literacy.” In: *Fam Med*, 2004; 36(8): 588–594.
18. Chew, L.D.–Griffin, J.M.–Partin, M.R., et al.: „Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population.” In: *J Gen Intern Med*, 2008; 23(5):561–566.
19. Wallerstein, N.: *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* (WHO regional office for Europe Health Evidence Network Report, <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed 01 february 2006) 2006.
20. Collopy, B.: „Safety and independence: Rethinking some basis concepts in long-term care.” In: L.B. Mc Cullough–N.L. Wilson (eds.): *Long-term care decisions. ethical and conceptual dimensions*. Baltimore/London: The John Hopkins University Press, 1995. 137–154.
21. Nussbaum, M.C.–Sen, A.K.–Sugden, R.: *The quality of life*. Clarendon Press, Oxford, 1993.
22. Institute Of Medicine, National Research Council: *Health literacy: Improving health, health systems, and health policy around the world: Workshop summary*. The National Academies Press, Washington DC, 2013.
23. Lubben, J.E.: „Assessing social networks among elderly populations.” In: *Fam Community Health*, 1988; 11(3):42–52.
24. Motel-Klingebiel, A.–Tesch-Roemer, C.–Von Kondratowitz, H.: „Welfare states do not crowd out the family: Evidence for mixed responsibility from comparative analyses.” In: *Ageing and Society*, 2005; 25(6):863–882.
25. Williams, M.V.–Davis, T.–Parker, R.M.–Weiss, B.D.: „The role of health literacy in patient-physician communication.” In: *Family Medicine Kansas City*, 2002; 34(5):383–389.
26. Mitic, W.–Rootman, I.: *An intersectoral approach for improving health literacy for Canada; a discussion paper*. Public Health Association of British Columbia, 2012.