

Egészségértés a magánegészségügyben

Health literacy in private healthcare

Kiss András¹ ✉

¹Budai Egészségközpont Zrt.

✉ andras.kiss@bhc.hu

Bevezetés: Az egészségügyi kommunikáció akkor tudja előmozdítani a gyógyító tevékenység hatásosságát és növelni az elérhető egészségnyereség mértékét, amennyiben figyelembe veszi az egyének egészségműveltségének szintjét.

Célkitűzés: A kutatás célja annak vizsgálata volt, hogy az egyik vezető magánegészségügyi intézmény pácienseinek egészségértési szintje, valamint információkeresési szokásai milyen eltérést mutatnak a reprezentatív magyar adatokhoz képest.

Módszer: Online kérdőíves adatfelvétel az egyik legnagyobb magyar magánegészségügyi szolgáltató 254 aktív páciensének részvételével. A kérdőív a 2015-ös reprezentatív magyarországi felmérés rövidített változata (HLS16 itemes rövidített index) volt, mely a tájékozódási szokásokkal kapcsolatos kérdésekkel egészült ki. Az adatok elemzése PASW Statistics 18.0.0 [SPSS 18.0.0] szoftverrel történt.

Eredmények: A magánegészségügyi intézmény pácienseinek egészségértési szintje a rövidített index átlaga alapján nem tért el szignifikánsan a 2015-ös országos reprezentatív adatfelvételhez képest, és az egészséggel kapcsolatos információszerzési és eszközhasználati szokások terén sem volt mérhető jelentős eltérés.

Megbeszélés: A magyar magánszolgáltatók ugyanazokkal a kihívásokkal szembesülnek az egészségértés alacsony szintje miatt, mint az államiak, viszont számukra alapvető üzleti érdek, hogy alkalmazzák a nemzetközi szinten már bizonyított jógyakorlatokat.

Következtetések: Javasoljuk összegyűjteni a magyar egészségügyi szolgáltatók tapasztalatait az egészségértéssel kapcsolatban, valamint kívánatos lenne egy újabb reprezentatív országos felmérés elvégzése is.

Kulcsszavak: egészségértés, egészségműveltség, magánegészségügy, kommunikáció, betegedukáció

Introduction: Health communication can promote the effectiveness of healing activity and increase the level of health gain provided it takes into account individuals' health literacy level.

Objective: The research aimed to investigate how the health literacy and information-seeking habits of the patients of one of the leading Hungarian private healthcare institutions differ from representative Hungarian data.

Method: An online questionnaire data collection was conducted with the participation of 254 active patients

of the health care provider. The questionnaire was an abbreviated version of the 2015 representative Hungarian survey (HLS16-item abbreviated index), supplemented with questions related to orientation habits. Data were analysed using PASW Statistics 18.0.0 [SPSS 18.0.0] software.

Results: Based on the average of the abbreviated index, the level of health awareness of the patients of the institute did not differ significantly compared to the 2015 nationally representative data collection, and no significant differences could be measured in terms of health-related information acquisition and device usage habits.

Discussion: Due to low health literacy, Hungarian private providers face the same challenges as public ones, but it is in their fundamental business interest to apply international best practices.

Conclusions: We recommend collecting the experiences of Hungarian healthcare providers regarding health literacy, and it would also be desirable to carry out another representative national survey.

Keywords: health literacy, private healthcare, communication, patient education

BEVEZETÉS

Az egészség szerepe a huszonegyedik századra mind egyéni, mind társadalmi szinten nagymértékben felértékelődött. Az orvostudomány fejlődése és az előregedő népesség világszerte óriási kihívás elé állítja az egészségügyi ellátórendszereket. Általános tendencia, hogy növekszik a feszültség a technológiai fejlődés, a betegek növekvő elvárásai, valamint az intézményi struktúra és a finanszírozás korlátozott lehetőségei között. Ez a folyamat társadalmi szinten egyszerre jelent demográfiai és finanszírozási problémát: egyes előrejelzések szerint az új évezredben az országok egészségügyi kiadásai minden más szektor igényeinél jobban növekednek majd, olyannyira, hogy minden valós igény kielégítéséhez egy-egy ország teljes nemzeti összterméke sem lenne elegendő. Nem véletlen, hogy felértékelődik minden olyan tényező szerepe, amely képes növelni az ellátási folyamat hatásosságát.

Az utóbbi évtizedekben kezd hangsúlyosabbá válni a kommunikáció szerepe is, mely nemcsak kormányzati és intézményi dimenzióban, de a közvetlen orvos-beteg kapcsolat szintjén is nagymértékben hatással lehet az elérhető

egészségnyereség mértékére. Ma már általánosan elfogadott tény, hogy az egészségügyi kommunikáció hatásosságának egyik megkerülhetetlen aspektusa a páciensek egészségértési szintje.

A hatásos gyógyító tevékenység nélkülözhetetlen része az orvos-beteg kommunikáció, sőt úgy is felfoghatjuk, hogy maga a gyógyítás is egy speciális kommunikációs folyamat. Ennek megfelelően az orvosi kommunikáció fejlesztését kiemelt feladatként kell kezelnie minden intézményi vezetésnek. A kommunikációs készségek jó része fejleszthető, tanulható, erre azért is érdemes áldozni, mert több szinten is javítja az ellátás eredményességét:

- Megfelelő kommunikáció nélkül nem épül ki a páciens és orvos közötti bizalom, ami szükséges ahhoz, hogy az orvos megismerje azokat az információkat, melyek a diagnózishoz szükségesek, egyúttal a beteg együttműködésének – így a gyógyulásának is – a bizalom az előfeltétele.
- Az orvosok betegek általi értékelése is a kommunikáció alapján történik, hiszen egy laikus páciens nem tudja megítélni, hogy szakmai szempontból helyesen járt-e el az orvos. Az így szerzett benyomásokból kialakult kép meghatározza, mennyire bízik meg a szakemberben, betartja-e a javaslatokat, egyáltalán hajlandó-e együttműködni. Alapvetően tehát az orvos kommunikációja határozza meg a beteg elégedettségét/részvételét a gyógyulási folyamatban.
- Az adekvát kommunikáció növeli a páciensek betegségekkel kapcsolatos ismereteit, akik ezáltal jobban értik, miért az adott kezelést javasolja az orvos, javul az önmenedzselési képességük és a betegség feletti kontrolljuk.

Kevésbé ismert tény, hogy a hatékony kommunikáció az orvos számára is számos előnnyel jár: csökken a félreértésekből, panaszokból adódó stressz mértéke, kisebb eséllyel következik be kiégés, időt takaríthat meg, végül, de nem utolsósorban pedig a jobb személyes kapcsolat révén az esetleges perek valószínűsége is redukálható [1].

MI AZ EGÉSZSÉGÉRTÉS?

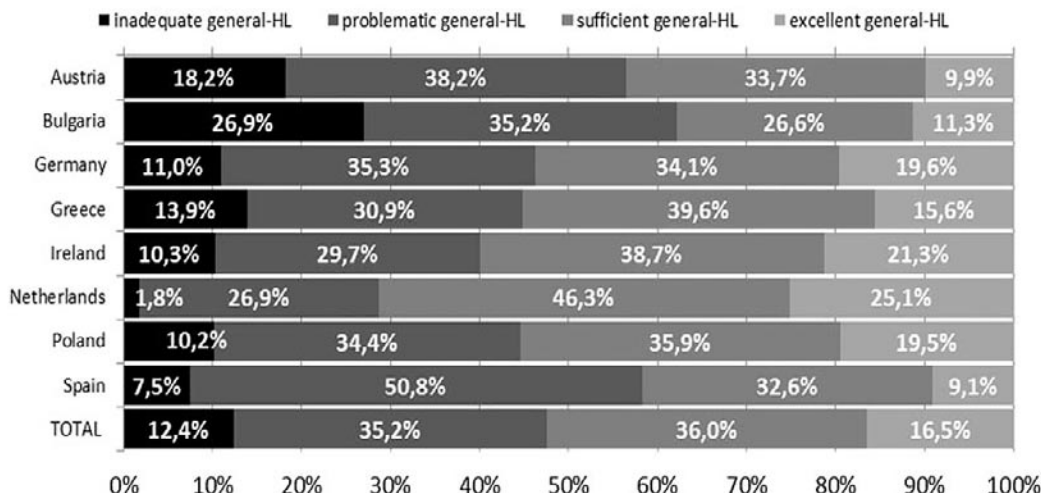
Megjelenése óta számtalan definíciója született a fogalomnak, megfigyelhető, hogy az elmúlt évtizedekben egyre komplexebbé, átfogóbbá vált a meghatározás. Kezdetben elsősorban egészségügyi szövegértésként határozták meg, mások az egészségüggyel kapcsolatos ismeretek összességként definiálták. Egyes szakértők az optimális egészségügyi döntések meghozatalához nélkülözhetetlen információszerzési, -feldolgozási és -megértési kapacitásként értelmezték [2]. Mindmáig a legkomplexebb, a problémát legátfogóbban megközelítő definíciót 2012-ben Sørensen és munkatársai fogalmazták meg, akik az egészségértés integrált modelljét alkották meg [3]. Az integrált modell a következő meghatározásra épül: „Az egészségértés kapcsolatban áll a műveltséggel, és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészségin-

formációkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez (appraise) és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsák vagy javítsák az életminőséget életük során” [4]. A konstrukció közép-pontjában tehát az egészségértés mint folyamat áll, amely négy kompetenciát igényel: a hozzáférés, a megértés, az értékelés, végül az alkalmazás képességét.

NEMZETKÖZI FELMÉRÉSEK

Ahogy kezdetben maga a fogalom is elsősorban egészségügyi szövegértést jelentett, úgy az első felmérések is mindenekelőtt ennek vizsgálatára irányultak. Az első, egyben legerősebben ilyen típusú felmérés a TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults), illetve rövidített változata a S-TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults) [5]; ezek az egészségértés szintjének gyors, közelítő felmérését teszik lehetővé felnőttek körében. Hasonló megközelítést alkalmaznak a NVS (Newest Vital Sign) [6] és a REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) [7] nevű tesztek. Sokkal inkább problémamegoldási készségekre, valamint az egészséggel kapcsolatos attitűdökre koncentrálnak a BHLS (Brief Health Literacy Screen) [8], illetve a SILS (Single Item Literacy Screen) [9] nevű felmérés is. A fenti vizsgálatokat többnyire a terület úttörőjének számító Egyesült Államokban dolgozták ki, de az első átfogó országos felmérést itt is csak az ezredforduló után, 2003-ban végezték el, meglehetősen riasztó eredménnyel. Olyannyira, hogy Sørensen és munkatársai említett 2012-es munkájukban az „egészségértés epidémia” kifejezést használják az amerikai egészségértés-adatok bemutatására. „A US Department of Health and Human Services (2015) beszámolója szerint Amerikában a felnőtt lakosság 12 százaléka rendelkezik magas szintű egészségértéssel. Ők képesek táblázatokat értelmezni, és kiszámítani egy munkavállaló éves egészségbiztosítási önrész hozzájárulását. A lakosság 53 százalékának közepes az egészségértése. Az afroamerikaiak 67 százalékának volt alacsony az egészségértése, míg a fehérek körében 32 százalékának. Az idősek 29 százalékának alapszint alatti egészségértése van, míg 30 százalékának csak alapszintű.” [10]

Európában csak néhány év késéssel, 2011-ben végeztek egy nyolc országra (Ausztria, Bulgária, Görögország, Hollandia, Írország, Németország, Lengyelország, Spanyolország) kiterjedő felmérést. Itt már az egészségértés dinamikus értelmezésének jobban megfelelő, komplexebb kérdéssort állítottak össze [11]. Az amerikai kutatáshoz hasonlóan a felmérés az egészségértés négy szintjét különböztette meg. Az eredmények szerint a vizsgáltak 16,5%-ának kitűnő, 36%-ának megfelelő, 35,2%-ának problémás, 12,4%-ának pedig elégtelen az egészségértési szintje. Ahogy az Egyesült Államokban, itt is teljes mértékben beigazolódtott a társadalmi státusz, az általános műveltség és az egészségértés szintje közötti erős korreláció.



1. ábra
Európai országok egészségértési indexe (Forrás: Sørensen et al [11])

MAGYARORSZÁGI HELYZETKÉP

A Health Literacy Survey EU kutatás folytatásaként a Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. 2015 május-júniusában országos, 1008 fős reprezentatív mintán végzett felmérést, amely az emberek egészségügyi információkra vonatkozó megszerzési és megértési képességeit mérte három területen: egészségügyi rendszer, megelőzés és egészségfejlesztés [12]. A kutatás során a három területhez egy-egy alindexet rendeltek: az egészségügyi rendszer kompetencia alindexet, a prevenció alindexet, valamint az egészségfejlesztési alindexet. A három alindex alapján egy összetített egészségtudatosság indexet határoztak meg a kutatók, ez alapján Magyarország a vizsgált országok közül a középmezőnyben helyezkedik el. Magyarországon nagyon alacsony (10%) a kitűnő kompetencia kategóriába és a második legmagasabb az elégtelen kategóriába kerültek aránya (19%). 32% egészségértése problémásnak tekinthető, 38%-nál pedig kielégítő szintet mértek.

A nemzetközi kutatássorozat országai közül Bulgária az elégtelen, amelyhez képest minden dimenzióban jobb magyar

átlagokat láthatunk. Németországban, Írországon, Hollandiában és Lengyelországban minden dimenzióban kedvezőbb a kép.

A fenti átfogó, reprezentatív kutatás mellett még néhány felmérés zajlott a témában Magyarországon az elmúlt években. 2016 decemberében a Debreceni Egyetem hallgatói körében végeztek kutatást papíralapú, önkitöltős, anonim kérdőív segítségével. Igazolva az előfeltevést, hogy a magasabb iskolázottság magasabb egészségértéssel párosul, kimutatták, hogy a hallgatók átlagos szintje jóval meghaladja a magyar lakosság reprezentatív átlagát [13]. Egy másik, 2017-es kutatás a szülői egészségértés, a HPV-vel (humán papillomavírus) kapcsolatos ismeretek és a kötelezően választható HPV-oltás felvétele között kereste kapcsolatot, kiegészített HLSEU-Q16 segítségével [14]. A Debreceni Egyetem 2019-es, 1200 fős mintán végzett reprezentatív kutatásának végkövetkeztetése, hogy a magyar lakosság közel felének nem megfelelő az egészségműveltsége, emiatt indokolt lenne országos szintű javítóintézkedések bevezetése, melyek elsődleges szinterei az iskolák lehetnének, mivel „az egészségműveltséget befolyásoló tényezők közül

	elégtelen	problémás	elégéses	kitűnő	N
Magyarország	19	33	38	10	954
Ausztria	18	38	34	10	979
Bulgária	27	35	27	11	925
Németország	11	35	34	20	1045
Görögország	14	31	40	16	998
Spanyolország	8	51	33	9	974
Írország	10	30	39	21	959
Hollandia	2	27	46	25	993
Lengyelország	10	34	36	20	921
EU8	12	35	36	17	7795

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)

1. táblázat
Az összetített egészségértés Magyarországon és Európában, %-ban (forrás: [12])

csak az iskolai végzettséggel volt egyértelműen kimutatható kapcsolat” [15]. Szintén a Debreceni egyetemen végezték el – a Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet közreműködésével – azt a kutatást, melynek célja a már említett NVS és BHLST kérdőívek validálása volt hazai felnőtt mintán. Az eredmények alapján mindkét tesztet megbízhatónak értékelték, egyszerűsített javasolták azok együttes alkalmazását, amennyiben cél a szubjektív és objektív műveltség egyidejű vizsgálata [16].

Összességében elmondható, hogy miképp a legtöbb vizsgált európai országban, Magyarországon is jól láthatóan kettészakad a társadalom: egy elfogadhatóan, vagy akár kiválóan eligazodó, aktívan tájékozódó rétegre, és az egészségtudatosság szempontjából komoly kihívásokkal küszködő lemaradókra.

CÉLKITŰZÉS

A cikkben bemutatjuk a Budai Egészségközpont páciensei körében a Szinapszis Piackutató Kft. szakértőinek közreműködésével és szakmai támogatásával végzett kutatást, melynek során arra kerestünk választ, hogy az intézmény pácienseinek egészségértési indexe és alindexei hogyan viszonyulnak a reprezentatív magyar adatokhoz. Azt is megvizsgáltuk, hogy a válaszadók egyéb jellemzői (demográfia, digitális affinitás) hogyan hatnak egészségértésük különböző aspektusaira. A kérdőív további részében arra kerestük a választ, hogy hol, milyen csatornákon keresnek információt a páciensek az ellátási folyamat egyes állomásain. Arra is kíváncsiak voltunk, hogy az okoseszközök és alkalmazások használata mennyire elterjedt az ügyfelek körében. Alaphipotézisünk az volt, hogy a magánegészségügyi intézmény ügyfélkörét magasabb átlagos egészségértési szint jellemzi, emellett információszerzési és eszközhasználati szokásaik is különböznek a korábbi kutatásokban mért populáció szokásaihoz képest.

A cikkben emellett javaslatot teszünk azon eszközök alkalmazására, melyekkel hatásosabbá, személyre szabot-

tabbá válhat az orvos-beteg kommunikáció, és ezáltal maga az egészségügyi ellátás. Célunk, hogy e módszertan bevezetésre kerüljön a Budai Egészségközpontban, ami – mivel az egyik vezető magánszolgáltató az országban – a későbbiekben mind a magán-, mind az állami szektorban mintául szolgálhat más egészségügyi intézmények számára is.

MÓDSZER

Az online kérdőíves adatfelvétel (CAWI) 2020. január 10-31. között történt. A kutatási populációt – 254 fő – a Budai Egészségközpont aktív, az utóbbi egy évben privát szolgáltatást igénybe vevő páciensei jelentették. A kérdőívet VOXCO Acuity 6.0 program segítségével készítettük el, melyet a Szinapszis Kft. bocsátott rendelkezésünkre. A program jelzi a hibás válaszokat, a válaszok hiányát, illetve automatikusan követi a kérdések közötti logikai kapcsolatokat, így ún. segített kérdezésről beszélhetünk. Az adatok elemzése PASW Statistics 18.0.0 (SPSS 18.0.0) szoftverrel történt. A százalékos eredmények különböző adatfelvételek közötti eltéréseinek szignifikanciavizsgálata kétoldali z-próbával valósult meg ($\alpha=0,05$), szükség esetén a páronkénti összehasonlításához Bonferroni-korrekcióval. Az átlagok közötti szignifikáns különbségek minél pontosabb feltáráshoz egyoldali t-próbát alkalmaztunk.

A kérdéssor a 2015-ös reprezentatív magyarországi felmérés negyvenhét kérdést tartalmazó indexrendszerének rövidített változata (HLS 16 itemes rövidített index), melyet a tájékozódási szokásokkal, egyéni felelősségvállalással, egészségi állapottal, valamint a digitális eszközhasználattal kapcsolatos kérdésekkel egészítettünk ki. Az integrált modell az egészségértés különböző aspektusait méri. Összesen 12 dimenzió került meghatározásra, amelyek két tengely mentén ábrázolhatók. A vízszintes tengelyen három terület: az egészségügyi rendszer, a prevenció és az egészségfejlesztés található. A függőleges tengelyen négy információfeldolgozási szint: az egészséggel kapcsolatos információk megszerzése, megértése, értékelése és alkalmazása szerepel.

	Hozzájutni egészséggel kapcsolatos információhoz	Megérteni egészséggel kapcsolatos információkat	Feldolgozni, értékelni egészséggel kapcsolatos információkat	Alkalmazni, felhasználni egészséggel kapcsolatos információkat
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia	Képesség az orvosi vagy kórházi információkhoz való hozzájutásra	Képesség, hogy megértsen és értelmezzen orvostól származó információkat	Képesség, hogy értelmezze és értékelje az orvosi információkat	Képesség, hogy orvosi ügyekben megalapozott döntéseket hozzon
Prevenció	Képesség az egészségügyi rizikótényezőkkel kapcsolatos információkhoz való hozzájutásra	Képesség, hogy megértsen és értelmezzen rizikófaktorokkal kapcsolatos információkat	Képesség, hogy értelmezze és értékelje az egészségügyi rizikófaktorokat	Képesség, hogy egészségügyi rizikófaktorokkal kapcsolatban megalapozott döntéseket hozzon
Egészségfejlesztés	Képesség, hogy naprakész legyen a társas és pszichés környezetben a meghatározó egészségügyi információkkal kapcsolatban	Képesség, hogy a társas és pszichés környezetben megértse és értelmezze az egészséggel kapcsolatos meghatározó információkat	Képesség, hogy a társas és pszichés környezetben értelmezze és értékelje az egészséggel kapcsolatos meghatározó információkat	Képesség, hogy a társas és pszichés környezetben megalapozott döntéseket hozzon az egészséggel kapcsolatos meghatározó információkról

2. táblázat

Az egészségértés integrált konceptuális modellje (forrás: [12], Sørensen et al. nyomán [3])

A mátrix egyes cellái ezáltal egy-egy alkompetenciának felelnek meg. Az egészségügyi rendszer és az információszerzés metszéspontjában azok a képességek találhatóak, melyek az orvosi és kórházi információkhoz való hozzájutáshoz szükségesek. Az egészségügyi rendszer és a megértés által meghatározott mező az orvostól származó információk értelmezésével kapcsolatos kompetenciákat jelenti. A következő kompetencia az orvosi információk értelmezéséről és értékeléséről szól, végül azok a képességek következnek, melyek ahhoz szükségesek, hogy a páciensek megalapozott döntéseket hozzanak az egészségükkel kapcsolatban. A második terület a prevenció témaköre, ahol a páciensek megelőzéssel, illetve a különböző rizikófaktorokkal kapcsolatos hozzáférési, megértési, értelmezési, valamint döntéshozatali kompetenciái vizsgálhatók. Végül az utolsó, az egészségfejlesztéshez kapcsolódó készségek: a képesség, hogy naprakész legyen a társas és pszichés környezetben a meghatározó egészségügyi információkkal kapcsolatban, megértse, értelmezze azokat, valamint megalapozott döntéseket tudjon hozni róluk.

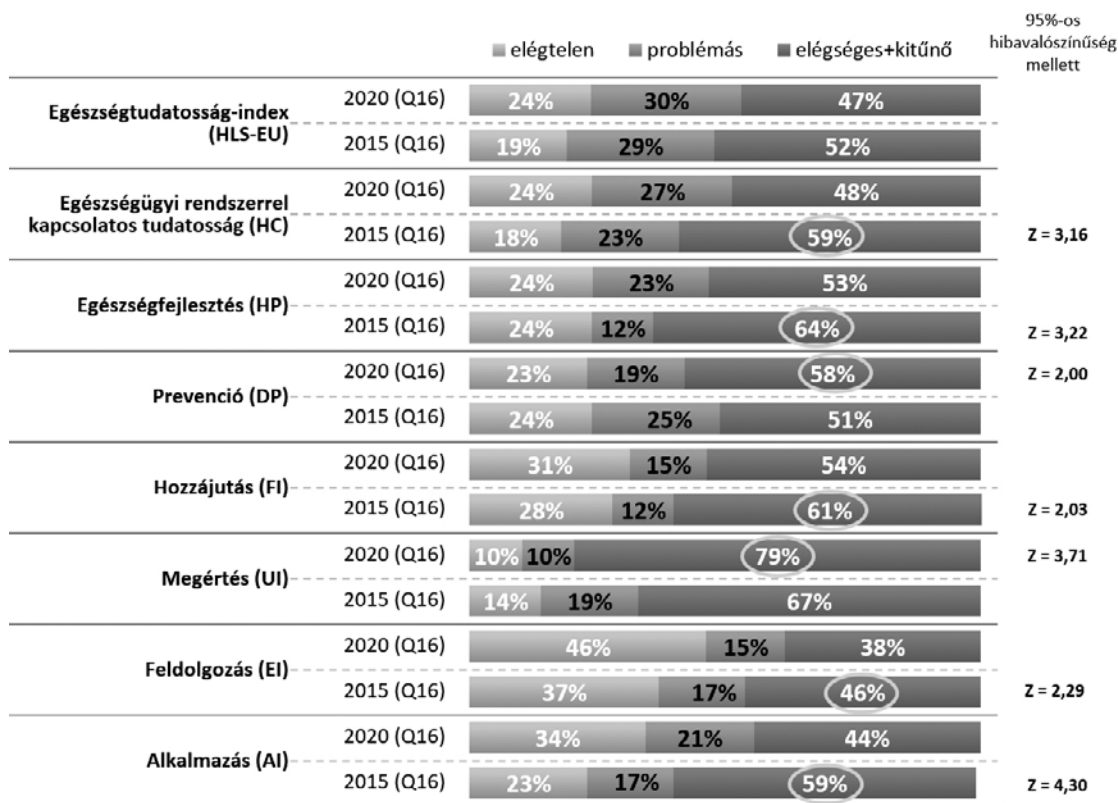
A modellben mind a sorok, mind az oszlopok egy-egy külön alindexben foglalhatók össze, a kutatásunkban erre a hét alindexre, illetve a megkérdezettek általános egészségértés indexére egy-egy értéket kapunk.

EREDMÉNYEK

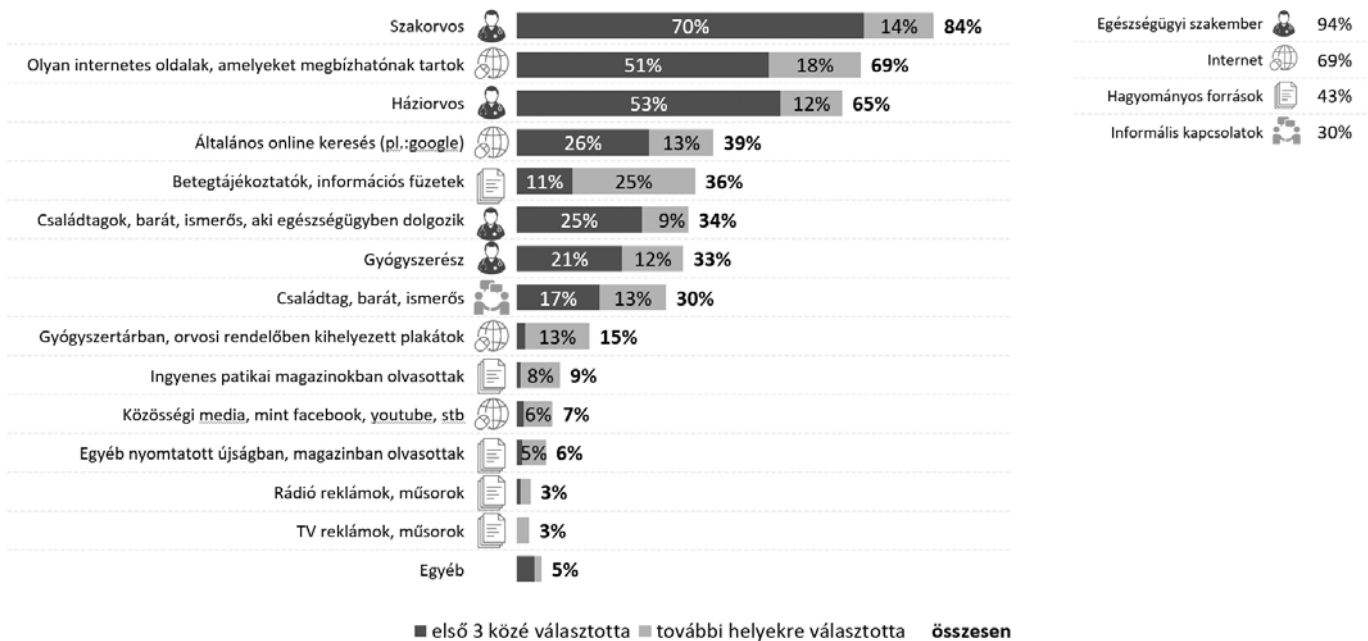
Az egészségértéssel kapcsolatos kérdésekre adott válaszok összesítése alapján kijelenthető, hogy a kutatásunk

során alkalmazott HLS 16 itemes rövidített index átlaga a 2015-ös reprezentatív adatfelvételhez képest nem tért el szignifikánsan, azaz az egészségértés szintjében nem volt mérhető eltérés a Budai Egészségközpontban egészségügyi magánellátást igénybe vevők mintája, illetve a felnőtt magyar lakosság reprezentatív mintája között. Az alindexeket vizsgálva elmondható, hogy az alábbi két szignifikáns eltérés mutatkozott a két minta eredményei között: a Budai Egészségközpont ügyfelei között nagyobb arányban találhatóak azok, akik a prevenciót (DP) és a megértést (UI) mérő alindexek esetében legmagasabb szintű egészségértéssel rendelkeznek; a 2015-ös reprezentatív mintában viszont nagyobb azok aránya, akik a legmagasabb szintű egészségértési kategóriába kerültek az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos tudatosságot (HC), az egészségfejlesztést (HP), a hozzájutást (FI), a feldolgozást (EI) és alkalmazást (AI) mérő indexek esetében.

A tájékozódással kapcsolatban sem tért el jelentősen az intézmény ügyfeleinek attitűdje a kérióves kutatás alapján: a magyar átlaghoz hasonlóan ők is elsősorban szakorvoshoz fordulnak tanácsért, ezt követően az internet a legfontosabb forrás, melyet sokan előszeretettel használnak az orvosi konzultációk előtti és utáni tájékozódásra is. Egybecseng a hazai felmérésekkel az is, hogy a válaszadók alig-alig használják a hagyományos elektronikus és offline médiumokat egészségügyi információszerzésre.



2. ábra
Az egészségértés indexei 2020 vs 2015 (forrás: BEK-kutatás, 2020)



3. ábra
Tájékozódás egészségügyi kérdésekkel kapcsolatban (forrás: BEK-kutatás, 2020)

MEGBESZÉLÉS

Egy magánegészségügyi szolgáltató számára bármely, az ellátás hatékonyságát és a gyógyító munka eredményességét növelő intézkedés bevezetése egyúttal alapvető üzleti érdek is. Pácienseink átlagos egészségértési szintjének felmérése rávilágított, hogy minden, a szakirodalom által javasolt, egészségértéssel kapcsolatos eszközt és módszert érdemes fontolóra venni munkánk során.

Az alábbiakban röviden sorra vesszük azokat a módszereket, amelyekkel intézményen belül felmérhető a páciensek egészségértési szintje, illetve javaslatot teszünk azon eszközök alkalmazására, melyekkel hatékonyabbá, személyre szabottabbá válhat az orvos-beteg kommunikáció, és ezáltal maga az egészségügyi ellátás is. Tekintettel munkahelyi környezetére, szerző elsősorban a magánszolgáltatók lehetőségeit szeretné feltárni és kifejtetni. Annál is inkább, mert a magánintézmények menedzsmentje jóval nagyobb mozgástérrel rendelkezik az állami fenntartású és finanszírozású kórházak és rendelők vezetőinél. Önálló döntéseket hozhat arról, hogyan méri és milyen módon használja fel a rendelkezésre álló adatokat, milyen erőforrásokat szán az orvos-beteg kommunikáció javítására. Nem utolsósorban pedig itt állnak rendelkezésre olyan anyagi erőforrások, melyek lehetővé teszik az ezzel kapcsolatos programok elindítását és működtetését.

A nemzetközi szakirodalom több módszert ismer, melyek alkalmazásával javítható az orvos-beteg találkozási során az információcsere és együttműködés szintje. A teljesség igénye nélkül ilyen a 4E-modell, a három funkció modell, a SEGUE Framework, a Calgary-Cambridge Guide, az 5-A módszer, az 5-R-módszer, a RULE-módszer vagy az OARS-módszer [17].

A szóbeli kommunikáció során mindenekelőtt az orvos feladata és felelőssége, hogy a páciens igényeihez és kompetenciáihoz igazodva a lehető leghatékonyabban adja át az információkat.

- Alapvető fontosságú az egyszerű beszédmód használata, a szakszargon mellőzése. Javasolt a cselekvő igék használata a szenvedő szerkezet helyett.
- Az összetettebb információkat érdemes a beteg számára ismerős hétköznapi hasonlatok, analógiák, metaforák használatával érthetőbbé tenni.
- A terápia hatékonysága szempontjából kulcsfontosságú a páciensek bevonása a folyamatba, tudatosítani bennük, hogy aktív közreműködésükkel lehet csak sikeres a kezelés. A konzultáció során „döntési algoritmusok” felvázolásával javasolt felkészíteni őket, hogy mikor mi lesz a teendőjük, átbeszélni velük, hogyan tudják követni saját egészségi állapotukat, rögzíteni a tüneteiket stb.

Az utóbbi évtizedekben számos útmutató és kézikönyv készült a témában, melyek összefoglalják, milyen módon lehetséges hatékonyan kommunikálni az egészségértéssel kapcsolatos információk és módszerek figyelembevételével. Különösen az Egyesült Államokban szentelnek nagy figyelmet a kérdésnek, ahol többek között az Egészségügyi Minisztérium és a szövetségi kormányzat által finanszírozott egészségbiztosítók (Centers for Medicare and Medicaid Services) is saját kézikönyvet bocsátottak ki. Előbbi a Quick Guide to Health Literacy című kisokosban 2004-ben, illetve annak online változatában, a Health Literacy Online-ban, utóbbiak pedig a Toolkit for Making Written Material Clear and Effective című, közel 700 oldalas útmutatóban foglalják össze

a tudnivalókat, elsősorban szervezetek és intézmények számára, mindenekelőtt az írásbeli kommunikációra fókuszálva.

Az írásos – online és offline – kommunikációra általánosan ugyanazok az alapelvek érvényesek, mint amiket a szóbeli kommunikációval kapcsolatban is megállapítottunk. Fontos különbség, hogy mivel itt nincs személyes interakció, nem lehet menet közben finomhangolni a beszélgetést, ezért a közepes szöveghosszú emberek szintjéből kell kiindulni. Ennek megfelelően mindig csak a legszükségesebb információkat szerepeltessük az anyagainkban. Jól használható ökölszabály, hogy négynél több fontos üzenetet ne közöljünk egy adott tájékoztatóban. Ügyeljünk arra is, hogy a mondatok rövidek, a betűméret és a sorköz kellően nagy legyen. A hasonló információkat rendezzük elkülönülő, kisebb csoportokba. Lehetőleg ne használjunk nagy- és dőlt betűket, valamint különleges írásjeleket. Használjunk főcímekeket és felsorolásokat, amelyekkel megtöri a szöveget.

Általánosságban véve is elmondható, hogy a vizualitásnak kiemelt szerepet kell adni. Tanulmányok sora bizonyítja, hogy jobban értjük, jobban megjegyezzük, és jobban fel tudjuk idézni a képként elraktározott információkat [18].

A rajzok és fotók mellett a folyamatábrák, képregények és infografikák is könnyebbé teszik a befogadást és megértést. Az online felületekre ugyanezek érvényesek, de természetesen érdemes kihasználni minden további lehetőséget, amit a médium adottságai kínálnak: konkrét eseteket bemutató videókat, gyakorlatias infovideókat, interaktív kérdőíveket, tesztek és kalkulátorokat stb. A páciensek együttműködését díjazó pontgyűjtő rendszerek és játékos betegoktató programok (gamifikáció) szintén egyre népszerűbbek, különösen ha mobilapplikáción is elérhetők. Az öntanuló algoritmuson alapuló chatbotok teljesen új dimenziót nyitnak meg, az elkövetkező években egész biztosan ez lesz a leggyorsabban fejlődő terület az intézményi kommunikációban.

Jelen közlemény korlátjaként meg kell jegyezni, hogy a magyar népesség egészségértési szintjéről átfogó, országos reprezentatív kutatás 2015 óta nem készült, így az azóta eltelt több mint nyolc év esetleges változásait és trendjeit sem tudtuk figyelembe venni. Kívánatos lenne egy szélesebb körű felmérés a magyar magánintézmények tapasztalatairól a témában, akár közös finanszírozású kutatás keretében,

hiszen az eredmények olyan kézzelfogható információk birtokába juttatnák a szolgáltatókat, amelyeket nemcsak a betegellátás, de az üzleti folyamatok optimalizációja során is felhasználhatnának.

KÖVETKEZTETÉSEK

A páciensek egészségértési képességének általánosan rossz szintje egyformán kihívások elé állítja a magán- és állami szolgáltatókat. Bár a tájékoztató anyagok és felületek legyártása és publikálása kommunikációs feladat, egy egészségértést fejlesztő program akkor működik hatékonyan, ha a tervezésbe és kialakításba bevonjuk azokat, akik aktív résztvevői a folyamatnak, azaz az orvosokat, az egészségügyi dolgozókat és magukat a pácienseket is. Rendszeres időközönként szükségünk megkérdeznünk őket, részvételükkel tesztelni anyagainkat, és szükség esetén módosítani rajtuk a visszajelzések alapján. Az egészségértést figyelembe vevő intézményi kommunikáció komplex megközelítést igényel, ami csak akkor lehet sikeres, ha a teljes szervezet támogatását élvezzi. A vezetők és a dolgozók közös elkötelezettségével érhető el, hogy rendszerszinten, folyamatosan lehesen alkalmazni a módszereit.

Szót kell ejteni a téma népegészségügyi jellegéről is, hiszen társadalmi szinten óriási költséget jelent a betegek közreműködésének hiánya, melynek okai között kimutathatóan jelen van az egészségértés alacsony szintje is. Sürgető tehát egy újabb országos reprezentatív felmérés elvégzése, melynek eredményeit az ellátórendszer esedékes komprehzív átalakítása részeként, egy, a magyar népesség tragikus egészségi állapotának javítását célzó országos betegdukációs kampány során hatékonyan lehetne alkalmazni.

Anyagi támogatás

A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült. A cikkben szereplő, 2020-ban készült egészségértési kutatást a Budai Egészségközpont Zrt. támogatta.

Érdekeltségek

A szerző a Budai Egészségközpont Zrt. marketing- és értékesítési igazgatója.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] Pilling J: Orvosi kommunikáció a gyakorlatban. Medicina Kiadó, Budapest, 2018; 17-18.
- [2] Szabó P, Kósa K: Egészségműveltség a magyar népesség körében. Pharmorient, 2016; 25. évf. 11. sz., 66-67.
- [3] Sørensen et al.: Health Literacy and Public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012; 80. https://www.researchgate.net/publication/313550741_Health_literacy_and_public_health_A_systematic_review_and_integration_of_definitions_and_models/link/5c5fe91045851582c3da74ae/download (Megtekintés: 2023.10.13.)
- [4] Sørensen et al.: Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012; cit. Csizmadia Péter: Az egészségértés definíciói. Egészségfejlesztés, 2016; 57. évf., 3. sz., 42.

- [5] Baker DW, Williams MV, Parker RM et al.: Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ. Couns.*, 1999; 38(1), 33–42.
- [6] Weiss BD, Mays MZ, Martz W et al.: Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. *Ann. Fam. Med.*, 2005; 3(6), 514–522.
- [7] Davis TC, Long SW, Jackson RH et al.: Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam. Med.*, 1993; 25(6), 391–395.
- [8] Haun J, Luther S, Dodd V et al.: Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. *J Health Commu.*, 17, 2012; Suppl 3:141-59. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712615>
- [9] Morris NS, MacLean CD, Chew LD et al.: The Single Item Literacy Screener: evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Fam Pract*, 2006; 7:21.
- [10] Döbrössy B: Az egészségértés fogalma, mérése és hatása az emlőszűrésben való részvételre. *Metszetek Vol. 6, No. 2*, 2017; 171-172.
- [11] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F et al.: Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey [HLS-EU]. *Eur J Public Health*, 2015; 25(6), 1053–1058. https://www.researchgate.net/publication/274571242_Health_literacy_in_Europe_Comparative_results_of_the_European_health_literacy_survey_HLS-EU (Megtekintés: 2023.10.13.) <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- [12] Koltai JA, Kun E: A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, 2016; 57. évf., 3. sz., 3-20. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egzeszsejlesztzes&page=article&op=view&path%5B%5D=62&path%5B%5D=pdf> (Megtekintés: 2023.10.15.) <https://doi.org/10.24365/ef.v57i3.62>
- [13] Végh B, Bíró É: Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata. *Egészségfejlesztés*, 2018; 59. évf., 6. sz., 3-12. https://www.researchgate.net/publication/331718281_Egyetemi_hallgatok_egeszsegmuveltesegek_vizsgalata_Health_literacy_survey_among_university_students (Megtekintés: 2023.10.13.) <https://doi.org/10.24365/ef.v59i6.357>
- [14] Kun E, Gács Zs, Benedek A et al.: A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig. *Egészségfejlesztés*, 2017; 58. évf. 4. sz., 2017: 18, 10-19. <https://docplayer.hu/105352121-A-hpv-oltas-es-a-szuloi-egeszsegertes-kanyargos-ut-az-oltasig-hpv-vaccination-and-parental-health-literacy-the-winding-path-leading-to-vaccination.html> (Megtekintés: 2023.10.15.) <https://doi.org/10.24365/ef.v58i4.186>
- [15] Bíró É, Szabó P, Kósa K: A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége. *Egészségfejlesztés*, 2022; 2022: 3, 63(3), 3-11.
- [16] Mátyás G, Vincze F, Bíró É: Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán. *Orvosi Hetilap*, 2021; 162(39), 1579-1588. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32212>
- [17] Pilling J: Orvosi kommunikáció a gyakorlatban. *Medicina Kiadó*, Budapest, 2018; 28-42.
- [18] Paivio A: Imagery and memory. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences*. The MIT Press, 1995; pp. 977–986.

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Kiss András 1998-ban végzett a Janus Pannonius Tudományegyetem Bölcsészettudományi Karán. 2003 és 2005 között a Budapesti Gazdasági Főiskola Külkereskedelmi Karának hallgatója, majd 2020-ban végzett a Károli Gáspár Református Egyetem Kommunikáció- és Médiatudomány mesterképzési szakán kommunikációs és médiaszakértő-

ként. 2005 óta dolgozik magánegészségügyi marketing területen, 2007 óta a Budai Egészségközpont marketing és értékesítési igazgatójaként. Pozíciójából adódóan az egészségközpont szakkórházaként működő Országos Gerincgyógyászati Központtal kapcsolatos teendőket is ellátja. Fő érdeklődési területe az adatbázis-elemzésen alapuló ügyfélszegmentáció mellett a márka- és arculatépítés, illetve az egységes vállalati identitáson alapuló intézményi kommunikáció következetes megvalósítása.