

A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban

Hungarian health literacy in international comparison

Szerzők: Koltai Júlia Anna✉^a, Kun Eszter^b

a: Magyar Tudományos Akadémia, Társadalomtudományi Kutatóközpont, Szociológiai Intézet valamint Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Budapest, b: Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft, Debrecen

Beküldve: 2016.08.31.

Összefoglaló: A tanulmány a gyakorlati egészségértés egy innovatív mérésének eredményét mutatja be nemzetközi kontextusban. A magyar kutatás előzményét és a nemzetközi összehasonlító adatokat az azonos módszertannal készült, 8 országot lefedő Európai Egészségértés Felmérés (*European Health Literacy Survey – HLS-EU*) kutatás adja. Ahogy minden korábban bevont országban, Magyarországon is 1000 fős országos reprezentatív mintán vizsgáltuk a lakosság egészségértését és az egészséggel kapcsolatos információ megszerzésének, megértésének, feldolgozásának és alkalmazásának készségeit, képességeit. A kutatáshoz a HLS-EU konzorcium által kidolgozott és validált HLS-EU 47 kérdőívet és index-számítási módszertant használtuk. A nemzetközileg validált küszöbértékeket alkalmazva azt találtuk, hogy a 16 évesnél idősebb magyar felnőttek több mint fele csupán korlátozott egészségértési képességekkel rendelkezik – egyedül Bulgáriában bizonyult a magyar eredményeknél szignifikánsan alacsonyabbnak az összesített egészségértés index átlaga. A magyar válaszadók a három fő mérőindex (egészségügyi, a prevenció és az egészségfejlesztési kompetencia) mindegyikében rendkívül alacsony arányban értek el kiváló szintet, míg a nem megfelelő pontszámot elérők aránya nemzetközi összehasonlításban az egyik legmagasabb. Jelen tanulmány célja bemutatni, hogy a magyar társadalom egészségértése milyen mértékű és hol helyezkedik el nemzetközi összehasonlításban, valamint kijelölni a hosszú távon leginkább fejlesztésre szoruló területeket. Az egészségértési készségek hiányosságait a hatékony orvosi/gyógyszerészeti tanácsadás konkrét szituációkban kiküszöbölheti, ha az alkalmazkodik a befogadó ismereteihez, képességeihez. Ehhez differenciált tájékoztatási megközelítés és eszközök szükségesek, amelyek kifejlesztéséhez, reméljük, indíttatást adhat tanulmányunk.

Kulcsszavak: egészségértés, felmérések és kérdőívek, önértékelés, egészségfejlesztés, prevenció

Summary: This study presents the results of an innovative measurement of practical health literacy in an international context. Objective: To present the extent of the practical health literacy in the Hungarian society and its place in international comparison. The prelude to the Hungarian research, as well as the data for international comparison, was provided by HLS-EU (European Health Literacy Survey), a study covering 8 countries using identical methodology. As in all previously involved countries, we measured health literacy, the ability to acquire, understand, process and use health related information on an n= 1000 national representative sample of Hungary. We used the HLS-EU 47 questionnaire and index calculation methods, developed and validated by the HLS-EU Consortium. Using the internationally validated threshold levels for the general health literacy index, we found that more than half of Hungary's 16 or older population has only limited health literacy – Bulgaria was the only country, where the average of the general health literacy index was significantly lower than in Hungary. In each of the three main indices (health care, pre-

vention and health promotion), very low proportions of Hungarian respondents achieved an excellent level of health literacy, while the proportion of those with inadequate health literacy is among the highest in international comparison. The present study aims to describe the health literacy levels in Hungary, and how Hungarians fare in an international comparison, as well as point out areas most in need of development in the long run. Deficiencies in health literacy skills can be overcome in specific situations through effective consulting with physicians/pharmacists, if the consulting is adapted to the knowledge level and skills of the informed. To achieve this, differentiated approach and specific tools to information giving are necessary. We hope that this research study will inspire such efforts.

Keywords: health literacy, surveys and questionnaires, self-evaluation, health promotion, prevention

I. BEVEZETÉS

Jelen tanulmány egy olyan kutatásra épül, amely az egészségértést mérte Magyarországon.^{1,2} A kutatás mind tartalmi, mind módszertani szempontból nem előzmény nélküli, mivel egy nemzetközi összehasonlító kutatássorozat magyarországi állomásának tekinthető. A nemzetközi kutatás előkészítését és lebonyolítását egy kifejezetten erre a témára létrejött konzorciumi kutatócsoport végezte, amelynek tagjai az Európai Unió 8 különböző országából érkeztek. A résztvevő országok a következők voltak: Ausztria, Bulgária, Görögország, Írország, Hollandia, Lengyelország, Németország (azon belül csak Észak-Rajna Vesztfália¹) és Spanyolország.

A kutatócsoport először elvégezte az egészségértés konceptualizációját, majd erre építve kvantitatív módszerekhez tervezve, zárt kérdésekkel operacionalizálták a konceptuális modellt. Az operacionalizálás során létrejött kérdőívet végül mind a nyolc országban országos reprezentatívⁱⁱ, nagyjából ezer fős mintán kérdezték le, melynek módszertanát és mintavételét az Eurobarometer kutatássorozat standardjai alapján alakították ki. A kutatássorozat eredményeit többek között egy zárójelentésben publikálták, mely tartalmazza az országok összehasonlító eredményeit. A magyar kutatás elsődleges célja az ezen kutatással való összeha-

sonlíthatóság volt, így jelen kutatás során mind a kérdőív, mind a módszertani és mintavételi szempontok teljes mértékben megegyeztek a konzorcium által megállapítottakkal.³

Az egészségértés mérésére összeállt konzorcium abból a definícióból indul ki, hogy az emberek képességei mennyire felelnek meg az egészséggel kapcsolatos komplex igényeknek a modern társadalomban.⁴⁽¹⁴⁷¹⁾

A konzorcium – ahogy azt a korábbiakban említettük – elsőként elvégezte ennek a meglehetősen komplex és sokféleképp definiált fogalomnak a konceptualizálását oly módon, hogy áttekintették a korábbi szakirodalmi definíciókat és konceptuális modelleket. Ezek feldolgozásával és integrálásával hozták létre az egészségértés nemzetközi kutatássorozatban alkalmazott konceptuális modelljét, melynek összefoglalása az alábbi táblázatban látható.⁴ [1. táblázat]

Az integrált modellben az egészségértés tizenkét dimenzióját különböztették meg, amelyeket összesen 47 kérdéssel mértek, és amelyek két tengely mentén írhatók le. Az egyik tengelyt az egészséggel kapcsolatos témák, úgy, mint az egészségügy, a prevenció és az egészségfejlesztés teszik ki. A másikat az egészséggel kapcsolatos információk birtoklása, feldolgozása alkotja, úgy, mint az elérés, a megértés, az értékelés és az alkalmazás.⁴

ⁱ Fontos megjegyeznünk, hogy amikor a tanulmányban Németországra hivatkozunk, ezt csak a könnyebb átláthatóság miatt tesszük, azonban az adatok mind kizárólag erre a tartományra vonatkoznak.

ⁱⁱ Németországban csak Észak-Rajna-Vesztfália tartományra reprezentatív a felmérés.

1. táblázat: Az egészségértés integrált konceptuális modelljének összefoglalása

	Hozzájutni egészség- gel kapcsolatos infor- mációhoz	Megérteni egészség- gel kapcsolatos infor- mációkat	Feldolgozni, értékelni egészséggel kapcsola- tos információkat	Alkalmazni, felhasz- nálni egészséggel kap- csolatos információ- kat
Egészségügyi rend- szerrel kapcsolatos kompetencia 	Képesség az orvosi vagy kórházi informá- ciókhoz való hozzáju- tásra	Képesség, hogy meg- értsen és értelmezzen orvostól származó in- formációkat	Képesség, hogy értel- mezze és értékelje az orvosi információkat	Képesség, hogy orvosi ügyekben megalapo- zott döntéseket hoz- zon
Prevenció 	Képesség az egész- ségügyi rizikóténye- zőkkel kapcsolatos in- formációkhoz való hozzájutásra	Képesség, hogy meg- értsen és értelmezzen rizikófaktorokkal kap- csolatos információ- kat	Képesség, hogy értel- mezze és értékelje az egészségügyi rizikó- faktorokat	Képesség, hogy egészségügyi rizikó- faktorokkal kapcsolat- ban megalapozott döntéseket hozzon
Egészségfejlesztés 	Képesség, hogy nap- rakész legyen a társas és pszichés környe- zetben a meghatá- rozó egészségügyi in- formációkkal kapcso- latban	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben megértse és értelmezze az egészséggel kapcsola- tos meghatározó in- formációkat	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben értelmezze és értékelje az egész- séggel kapcsolatos meghatározó infor- mációkat	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben megalapo- zott döntéseket hoz- zon az egészséggel kapcsolatos meghatá- rozó információkról

Forrás: Sorensen et al. 2012⁴

II. AZ EGÉSZSÉGÉRTÉS MÉRÉSÉNEK MÓDSZERTANA

A fenti módon definiált egészségértés konceptuális modellje tehát három egészséggel kapcsolatos területet (egészségügy, prevenció, egészségfejlesztés) és négy információfeldolgozási szintet (elérés, megértés, értékelés, alkalmazás) különböztet meg, amelyek az egészséggel kapcsolatos döntésekben szerepet játszhatnak. Ezen területek és szintek mindegyike egy-egy alindexben foglalható össze, melyek közül jelen tanulmányban az egészséggel kapcsolatos területek alindexeire koncentrálnak.

A konceptuális modell alapján létrehozható egy általános egészségértés index, hét alindex (a sorok és oszlopok mentén), továbbá a tizenkét al-alindex (az egyes cellákban) kialakításának módszertana az ös-

szehasonlíthatóság érdekében meglehetősen hasonló. [1. táblázat] Az indexek és az alindexek csak azon válaszadók esetében hozhatók létre, akik az indexhez tartozó kérdések legalább 80 százalékára érvényes választ adtak.

Az összesített index 47 kérdése közül legalább 43-ra érvényes választ kellett adni.ⁱⁱⁱ Az egészségértés és a prevenció alindex esetében legfeljebb egy-egy, az egészségfejlesztés alindexnél pedig legfeljebb két kérdésnél volt elfogadható az, ha valaki nem választott érvényesen.³⁽²¹⁻²²⁾ Ezen alapelvek mentén a magyarországi mintából az összesített egészségértés indexbe a kérdezettek 95 százaléka került be. Ugyanez az érték az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia esetén szintén 95 százalék, a prevenciónál 96 százalék, az egészségfejlesztésnél pedig 95 százalék. Látható tehát, hogy az alindexek

iii Volt lehetőség „nem tudom” választ is megadni; ez a válasz az index-számítás szempontjából nem számít érvényesnek.

létrehozásában a minta tagjai nagyon magas arányban vettek részt, a kihagyott válaszadók aránya megnyugtatóan alacsony. Ezek az arányok nagyjából megfelelnek a nemzetközi kutatásban tapasztalt összesített arányoknak.

Az indexeket és alindexeket egy 0-tól 50-ig terjedő skálán standardizálták az alábbi képlet alapján:

$$index = (\text{átlag} - 1) * \left(\frac{50}{3}\right)$$

melyben:

átlag: az indexet alkotó itemek (kérdések) empirikus átlaga

1: az indexek átlagának elméleti minimuma

50: a standardizált mérőszám választott maximuma

3: az átlag elméleti terjedelme (RANGE-e)

Az így létrejött index és alindexek magas értékei nagyobb egészségértést fejeznek ki.

Forrás: Pelikan et al. 2014⁵

III. EREDMÉNYEK

Ahogy azt a korábbiakban már jeleztük, tanulmányunkban az összesített egészségértés indexet és az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia, a prevenció és az egészségfejlesztés alindexeket elemezzük. Az alábbiakban tehát bemutatjuk a magyar társadalom egészségértését ezen indexek mentén és összehasonlítjuk azokat más, a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő országok eredményeivel. Az indexek leíró jellemzőin túl azt is megvizsgáljuk, hogy hogyan hatnak a kérdezettek jellemzői az egészségértésük különböző aspektusaira. Ahol pedig erre lehetőség nyílik, szintén összevetjük az eredményeket más országokban tapasztaltakkal. Fontos azonban megjegyezni, hogy a már említett nemzetközi kutatás adatbázisa nem állt rendelkezésünkre, így az eredményeket csak a publikációkban közölt eredményekkel tudjuk összehasonlítani, amely korlátozott mértékben tartalmazott országok közti összehasonlító szignifikancia-teszteket. Az országok közötti eredmények eltéréseinek elemzésekor emiatt szignifikanciák számítására csak korlátozottan volt lehetőségünk.

III.1. Az egészségértés méréséhez használt kérdések deskriptív bemutatása

Az egészségértést tehát a Sorensen és munkatársai (2012) által kifejlesztett módszertan szerint egy negyvenhét kérdőív kérdés alapján kialakított indexrendszer alapján mértük. Ezen kérdések az egészségértés különböző aspektusait mérik és az összesített egészségértés indexen felül hét alindex hozható létre belőlük, melyek közül jelen tanulmányban hárommal foglalkozunk részletesebben. Annak érdekében, hogy a későbbi elemzésekkor a vizsgált indexek interpretálását megkönnyítsük, az alábbiakban bemutatjuk az ezen kérdésekre adott válaszok alapvető jellemzőit, az eloszlásuk és az érvényes válaszok alapján számolt átlaguk alapján.^{iv}

Az egészségértésre vonatkozó kérdésekre a kérdezettek nagyon magas arányban válaszoltak. Egy kivételével legfeljebb ötszázalékos a választ adni nem tudók aránya. Az egyetlen kivételt ez alól az a kérdés képezi, amely arra kérdez rá, hogy mennyire könnyű, illetve nehéz értesülni az egészség előmozdítására irányuló intézkedésekről a munkahelyen. Ennek oka az, hogy erre a kérdésre azok adtak magas arányban nem tudja választ, akik jelenleg nem dolgoznak, vagy nem elsődlegesen a munka teszi ki életük nagy részét (tanulnak, nyugdíjasok, munkanélküliek, stb.).^v

A skálára adott érvényes válaszok átlaga minden esetben eléri, de inkább meghaladja a skála elméleti közepét jelentő 2,5-es értéket, egy esetben sem múlja alul azt. A négy válaszlehetőséget figyelembe véve ez azt jelenti, hogy a kérdezettek az egyes egészséggel kapcsolatos feladatokat nem tartották kifejezetten nehéznek. Fontos azonban kiemelni, hogy ez az eredmény azt sem foglalja magában, hogy minden esetben könnyűnek érezték megvalósításukat, illetve fontos szem előtt tartani, hogy a válaszadók önmagukat értékelték.

Legmagasabb átlagértékekkel (3,2-3,3-es átlagok) azon kérdések bírnak, melyek a gyógyszerésztől vagy orvostól kapott utasításokkal kapcsolatosak. A gyógyszerészek és orvosok utasításait tehát a válaszadók saját bevallásuk alapján könnyen megérthetőnek tartják, amely ezen utasítások jó megfogalmazására, kommunikációjára utal. Szintén könnyű-

^{iv} A részletes táblázatot lásd a függelékben: 12. táblázat: Az egészségértést mérő kérdésekre adott válaszok eloszlásai és átlagai (százalékok és átlag 1-4 skálán)

^v Ezen kérdésnél a nem tudja választ adók 84 százaléka került ki azon emberek csoportjából, akinek elsődleges foglalkozási státusa nem megbízási szerződés, teljes munkaidő vagy részmunkaidő, tehát elsősorban nem dolgozik.

nek ítélték a válaszadók a szűrővizsgálatok szükségességére vonatkozó megértést és a mentő hívására vonatkozó képességüket is. Megjegyzendő azonban, hogy jelen kutatás szerint a lakosság 2 százaléka számára nagy nehézséget jelentene mentőt hívni, további 15 százalék pedig inkább nehéznek ítélte meg ezt a helyzetet, amely adatok a magas átlag ellenére azt mutatják, hogy a lakosság egy nem elhanyagolható része vészhelyzetben nehezen tenné meg az egyik legalapvetőbb intézkedést is.

A legalacsonyabb átlagértékkel (2,5-2,6-es átlagok) rendelkező kérdések főként az információk megbízhatóságának megítéléséről szólnak, például második szakvélemény kérésének, betegségekkel kapcsolatos információk vagy egészségügyi kockázatok megbízhatóságának megítélésére vonatkozóan. A források, vélemények megbízhatóságának megítélése tehát az a dimenzió, amely nagyobb problémát jelent a magyar lakosságban. A viszonylag alacsonyabb átlaggal rendelkező kérdések közé tartozik még az a kérdés, amely arra vonatkozik, hogy mennyire könnyű vagy nehéz a kérdezett számára értesülni olyan politikai változásokról, amelyek befolyással lehetnek az egészségére. A kérdezőbiztos jelen kérdésre való visszakérdezés vagy értetlenség esetén olyan példákat mondhatott, mint a törvények, új szűrővizsgálati programok, kormányváltás, egészségügyi szolgáltatások átalakítása, stb. Az itt tapasztalható alacsonyabb válaszok a Magyarországon általánosan tapasztalható politikai passzivitással lehetnek összefüggésben, nevezetesen, hogy a lakosság egy jelentős része nem követi a politikai híreket, eseményeket, így számukra nehezebb is lehet értesülni ilyen jellegű változásokról.

Az alacsony átlagértékek kapcsán fontos még kiemelni, hogy ha az egyes kérdések összesített értékeit nézzük, akkor a válaszadók egynegyede nagyon nehéznek, vagy inkább nehéznek ítélte meg az egyes kérdésekben szereplő egészséggel kapcsolatos feladatokat, amit úgy értékelhetünk, hogy a magyar társadalom egészségértésén még van mit fejleszteni.

III.2. Az egészségértést mérő indexek jellemzői

A 12. táblázatban bemutatott és fent röviden jellemzett 47 kérdés együttesen adja ki a korábbiakban már bemutatott módon az összesített egészségértés indexet. Az első 16 kérdés önmagában az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia

alindexet képezi, az ezeket követő 15 kérdés (17-31-ig) a prevenció alindexet adja ki, az utolsó 16 kérdésből (32-47-ig) pedig az egészségfejlesztési alindex hozható létre. Az összesített egészségértést és ezen három aspektusát vizsgáljuk meg a most következő fejezetekben, különös tekintettel arra, hogy ezek eredménye milyen hasonlóságokat vagy különbségeket mutat más európai országok eredményeivel.

III.2.1. A négy fő index elemzése

III.2.1.1. Az összesített egészségértés index és a három alindex validálása a magyarországi országos reprezentatív mintán

Az összesített index és az alindexek validálását azok belső konzisztenciájának tesztelésével végeztük el. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a magyar társadalom által adott válaszokban is fennáll-e az indexek belső konzisztenciája, hogy az itemek (kérdések) megfelelőképp járulnak-e hozzá az index létrehozásához (és ezáltal mennyire tekinthetők empirikus szempontból érvényesnek azon dimenziók, melyeket az indexek leképeznek). Az indexek belső konzisztenciáját mérő *Cronbach Alpha* mérőszámok értékeit az alábbiakban foglaltuk össze. [2. táblázat]

Az összesített index és három alindexének magyar mintán való validálása sikeresnek mondható, mivel a *Cronbach Alpha* értékei kifejezetten magasak: az összes index esetében meghaladják a 0,9-et. A magyarországi értékek többi országgal való összehasonlítása alapján azt mondhatjuk, hogy az indexek Magyarországon tapasztalt nagymértékű belső konzisztenciája kifejezetten hasonló a más országokban tapasztaltakkal.

2. táblázat: Az összesített egészségértés index és a három alindex belső konzisztenciája Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (Cronbach Alpha értékek)

	HU	AT	BG	GER	GRE	ES	IR	NL	PL
Összesített egészségértés index	0,97	0,96	0,97	0,96	0,97	0,96	0,97	0,95	0,98
N	954	979	925	1045	998	974	959	993	921
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	0,92	0,9	0,93	0,91	0,92	0,89	0,91	0,88	0,94
N	961	996	995	1041	998	981	972	993	946
Prevenció alindex	0,92	0,9	0,93	0,91	0,92	0,89	0,91	0,87	0,94
N	964	982	925	1048	993	986	948	996	920
Egészségfejlesztési alindex	0,93	0,9	0,93	0,9	0,93	0,89	0,93	0,88	0,95
N	954	951	902	1009	994	953	961	976	894

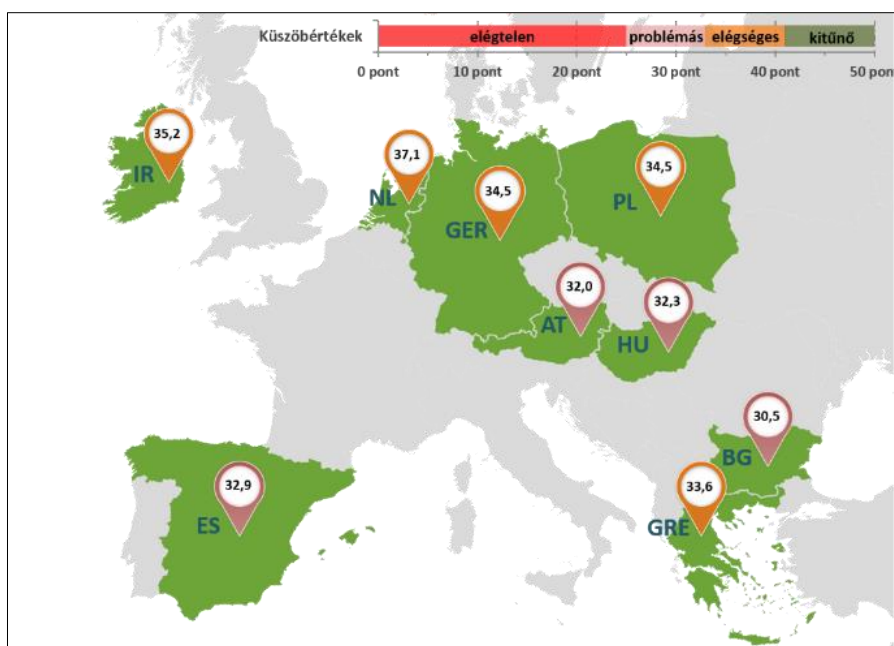
A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

III.2.1.2. Az összesített egészségértés index és a három alindex jellemzőinek deskriptív elemzése

Az egészségértés szempontjából a leglényegesebb kérdés, hogy milyennek tekinthető Magyarországon az emberek egészségértése és ezen belül az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia, a prevencióval kapcsolatos kompetencia, továbbá az

egészségfejlesztési kompetencia. Ezen dimenziókat a korábbiakban részletesen leírt módon az összesített egészségértés indexszel és annak három alindexével operacionalizáltuk, így a most következőkben ezen indexek leíró értékeit mutatjuk be annak érdekében, hogy képet kapjunk a magyar társadalom egészségértéséről. Az értékek kontextusba helyezését itt is a nemzetközi összehasonlítással támogattuk meg.

1. ábra: Az összesített egészségértés index átlagai a kutatásba bevont országokban



3. táblázat: Az összesített egészségértés index és a három alindex leíró statisztikái Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (átlagok és szórások 0-50 skálán)^{vi}

		HU	AT	BG	GER	GRE	ES	IR	NL	PL	EU8
Összesített egészségértés index	átlag	32,3	32	30,5	34,5	33,6	32,9	35,2	37,1	34,5	33,8
	szórás	7,8	7,6	9,2	7,9	8,5	6,1	7,8	6,4	8	8
	N	954	979	925	1045	998	974	959	993	921	7795
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	átlag	34,4	32,8	32,8	34,8	34,1	33,2	36,3	38	35,4	34,7
	szórás	8,4	8,3	9,5	8,5	8,7	6,7	7,8	6,8	8,1	8,3
	N	961	996	955	1041	998	981	972	993	946	7883
Prevenció alindex	átlag	32,1	32,6	30,4	35,8	34	33,2	35,1	37,7	34,1	34,2
	szórás	8,4	8,5	10,1	8,8	9,1	6,7	8,5	7,1	9	8,8
	N	964	982	925	1048	993	986	948	996	920	7799
Egészségfejlesztési alindex	átlag	31,2	30,5	27,9	32,9	32,7	32,2	34	35,7	33,8	32,5
	szórás	8,6	8,8	10,2	8,9	9,6	6,9	9,7	7,6	8,8	9,1
	N	954	951	902	1009	994	953	961	976	894	7643

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

Az adatok alapján Magyarországon az összesített egészségértés szintje a kutatásba bevont többi európai országhoz hasonlóan igen szomorú képet mutat. A 0-tól 50-ig terjedő skálán, melyen a korlátozott egészségértési szint meghaladásához több, mint 33 pontot kell elérni, a magyar válaszadók átlagosan 32 pontot értek el. Egyáltalán nem találtunk szignifikáns különbséget az osztrák és a spanyol adatokhoz képest, Bulgária kivételével pedig az összes többi országnál alacsonyabbnak mondható a magyar átlagérték. A legjobb eredményt Hollandia érte el, 37 átlagos pontszámmal.

Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex átlaga valamivel meghaladja az összesített egészségértés index átlagát: a magyar lakosság a 0-50-es skálán átlagosan 34-es értéket ért el, így az egészségértésen belül az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetenciájuk elégségesnek mondható. Ez az érték is illeszkedik a többi ország-

nál látható trendekbe. A magyarországi érték szignifikánsan alacsonyabb a Németországban, Írországban, Hollandiában és Lengyelországban tapasztaltnál. Ezen országok közül a holland adatok ismét kiemelkedőek (38-as átlag). A prevenció alindexének magyarországi átlaga – amely megegyezik az összesített egészségértés indexével – csupán a bulgáriai átlagnál jobb szignifikánsan és statisztikailag nem különbözik az Ausztriában mértéktől. Minden más ország esetében a magyarországinál jóval magasabb átlagot láthatunk. Mindez jól mutatja azt a trendet, hogy Magyarország más uniós országokhoz képest viszonylag le van maradva a megelőzés terén. Az egészségfejlesztési alindex átlaga egy kicsivel az összesített egészségértés index alatt van (31-es átlag). Az egészségfejlesztés szempontjából Magyarországhoz képest Németországban, Írországban és Hollandiában tapasztalhatunk magasabb átlagértéket. Ezekben az országok-

^{vi} Félkövérrel kiemelve láthatók a táblázatban azon országok átlagértékei, melyek a magyarországi mintához képest szignifikánsan különböznek. (2-oldalú Dunnet T-teszt, 5%-os szignifikanciaszinttel számolva).

ban tehát az emberek egészségfejlesztéssel kapcsolatos átlagos kompetenciája Magyarországhoz képest magasabb mértékűnek mondható.

Az egyes indexek átlagai az index elméleti közepénél tehát valamivel magasabbak Magyarországon, azonban lényeges, hogy ezt az eredményt nem interpretálhatjuk kifejezetten jónak. Ahogy arról a későbbiekben (lásd II.2.1.4-es fejezet) is írunk, a skála elméleti közepe azt fejezi ki, hogy egy válaszadó legalább az adott indexbe tartozó kérdések felénél jelölte úgy, hogy nagyon vagy inkább nehéz számára az adott szituáció. Az egészségértés index és a három alindex 31-34 pont közötti értékei tehát azt mutatják, hogy a kérdezettek átlagosan a kérdések nagyjából egyharmadát ítélték nehéznek, ami arra utal, hogy vannak olyan kérdéskörök, amelyekkel kapcsolatosan a magyar társadalom egészségértése fejlesztésre szorul. Ezt erősíti az is, hogy a nemzetközi küszöbértékek (lásd részletesebben a III.2.1.4-es fejezetben) alapján ezen átlagok közül három a „problémás” egészségértés kategóriájába esik. A nemzetközi kutatássorozat országai közül Bulgária az egyetlen, amelyhez képest minden dimenzió mentén jobb magyarországi átlagokat láthatunk. Azon országok pedig, amelyek minden dimenzióban jobb értékeket mutatnak a magyar átlagoknál, a következők: Németország, Írország, Hollandia és Lengyelország.

III.2.1.3. Az összesített egészségértés index és a három alindex összefüggése

Az indexek közötti kapcsolatok vizsgálatából az látszik, hogy az összesített egészségértés indexnek van a legerősebb kapcsolata az egyes alindexekkel (0,9-es vagy afölötti korrelációs együtthatók). Ez az eredmény egyáltalán nem meglepő, tekintve, hogy az alindexek kérdései átfedésben vannak az összesített indexszel, amely minden kérdést magába foglal. Ezen összefüggéseket tehát az előbb említett okok miatt figyelmen kívül hagyva, a legerősebb összefüggés a prevenció és az egészségfejlesztési alindex között volt (0,83-as). Ennél valamivel gyengébb, azonban még mindig nagyon erős kapcsolat van az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia és a prevenció, valamint az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia és az egészségfejlesztési alindex között. Az egészségértés különböző aspektusai tehát empirikusan is erős összefüggést mutatnak, ami megerősíti a konceptuális keret érvényességét. Az indexek közötti összefüggést mérő korrelációs együtthatók magyarországi adatai szinte századra pontosan megegyeznek a nemzetközi kutatás összesített eredményeivel, az egészségértés különböző dimenzióinak kapcsolata (pontosabban azok erőssége és iránya) tehát azonos a többi uniós országban talált összefüggésekkel.

4. táblázat: Az összesített egészségértés index és a három alindex első konzisztenciája Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban teljes mintája esetén (Pearson féle korrelációs együtthatók)

		Magyarország	EU minta
Összesített egészségértés index vs. Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	r	0,90	0,90
	N	932	nem ismert
Összesített egészségértés index vs. Prevenció alindex	r	0,94	0,93
	N	947	nem ismert
Összesített egészségértés index vs. Egészségfejlesztési alindex	r	0,92	0,92
	N	939	nem ismert
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex vs. Prevenció alindex	r	0,77	0,77
	N	932	nem ismert
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex vs. Egészségfejlesztési alindex	r	0,72	0,70
	N	919	nem ismert
Prevenció alindex vs. Egészségfejlesztési alindex	r	0,83	0,80
	N	938	nem ismert

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

III.2.1.4. Az egészségértés különböző aspektusainak interpretációja

A nemzetközi kutatócsoport az eredmények alapján kidolgozott olyan küszöbértékeket, amelyek alapján a folytonos indexeket kategoriálissá alakítva könnyebben interpretálhatóvá tették azokat. Ezen küszöbértékek megállapítása azért is fontos, hogy pontosabban meghatározhatóvá váljanak azon csoportok, amelyek az egészségértés szempontjából problémákkal vagy hátrányokkal küzdenek. A küszöbértékek megállapítása annak becslésére épül, hogy valaki milyen valószínűséggel érzel nehéznek egészséggel kapcsolatos szituációkat és feladatokat. Eszerint négy csoportot hoztak létre: elégtelen, problémás, elégséges és kitűnő egészségértést. Az első két kategóriát együttesen kezelve korlátozott egészségértésről beszélhetünk. Annak érdekében, hogy az így létrehozott kategóriák összehasonlíthatóak legyenek, az összesített egészségértés indexre és az alindexekre azonos küszöbértékeket határoztak meg (amit megkönnyített az, hogy mindegyik index és alindex azonos, 0-tól 50-ig tartó skálára van standardizálva). Az elégtelen egészségértés kategória felső határát a 0-tól 50-ig tartó skálán 25-

nél határozták meg, amely azt jelenti, hogy a kérdezt, aki ebbe a kategóriába kerül, legalább az adott indexbe tartozó kérdések felénél jelölte meg azt, hogy nagyon vagy inkább nehéz számára az adott szituáció. A problémás kategória felső határát 33 pontban fixálták, amely nagyjából az elérhető 50 pont kétharmadát jelenti. (Ahogy a korábbiakban azt jeleztük, a vizsgált 4 indexből 3 átlaga ezen határérték alatt van és egy éppen hogy meghaladja azt Magyarországon.) Végül az elégséges kategória felső határa 42 pontban lett megállapítva, amely hozzávetőlegesen a maximális pontszám negyötöde. Az e fölötti pontszámot elérőket sorolták a kitűnő egészségértést mutató csoportba.³⁽³⁰⁻³¹⁾

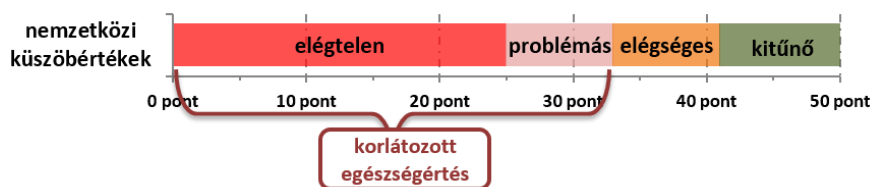
Ezen küszöbértékek alkalmazásával tehát besorolhatjuk a válaszadókat a fenti csoportokba, amely nagyban megkönnyíti a problémás csoportok detektálását és a különböző társadalmak egészségértésének nemzetközi összehasonlítását is. Az alábbiakban sorra vesszük az összesített egészségértés index és a három alindex ilyen csoportok mentén való eloszlását és ennek keretében összehasonlítjuk a magyar társadalom egészségértését a nemzetközi kutatásban résztvevő többi országgal.

5. táblázat: Az összesített egészségértés index eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

	elégtelen	problémás	elégséges	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)³

2. ábra: Az egészségértési indexek nemzetközi küszöbértékei



Forrás: HLS-EU Consortium (2012)³

Magyarországon a kérdezettek majdnem egyötöde elégtelen egészségértéssel rendelkezik, egyharmaduk pedig a problémás kategóriába került. [5. táblázat] Azt mondhatjuk tehát, hogy a magyar társadalom több mint fele korlátozott egészségértési kompetenciával rendelkezik. A válaszadók 38 százaléka elégséges, tizedük pedig kitűnő mértékű egészségértéssel bír. Ezek az értékek a 8 uniós országot magában foglaló nemzetközi kutatás összesített adataihoz képest valamivel rosszabbak. Amennyiben nemzetközi összehasonlításban nézzük az eredményeket, azt láthatjuk, hogy a vizsgált országok közül legrosszabb helyzetben Bulgária van, ott ugyanis kiemelkedően magas (27 százalékos) az elégtelen mértékű egészségértéssel rendelkezők aránya. Ma-

gyarországhoz hasonló eredményeket láthatunk Ausztriában és Spanyolországban, bár ez utóbbiban inkább a problémás és elégséges – tehát a két középső – kategóriában oszlik meg a válaszok nagy része, míg előbbieken esetén az elégtelen kategóriába esők aránya is viszonylag magas. A német és a görög társadalomban valamivel jobb mértékű egészségértésről számolhatunk be a kategóriák alapján. Leginkább azonban Írország, Lengyelország és főként Hollandia esetén mondható magasnak azok aránya, akik inkább „egészségértők” (az elégséges vagy kitűnő kategóriába estek). Ezen országokban a korlátozott egészségértéssel rendelkezők aránya legfeljebb 44 százalék.

6. táblázat: Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	N
Magyarország	18	27	40	15	961
Ausztria	18	31	39	13	996
Bulgária	22	27	34	17	955
Németország	13	29	37	21	1041
Görögország	15	28	38	19	998
Spanyolország	10	43	37	11	981
Írország	8	25	42	26	972
Hollandia	3	22	45	31	993
Lengyelország	9	27	42	22	946
EU minta	12	29	39	20	7883

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

A magyar társadalom az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia szempontjából jobb helyzetben van, mint ha az összesített egészségértést tekintjük – azonban ez elmondható a kutatásba bevont minden ország esetében is. [6. táblázat] A kérdezettek hasonló aránya (majdnem egyötöde) esik az elégtelen mértékű egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetenciával rendelkezők körébe, mint az összesített egészségértés esetében, azonban a problémás kategóriába soroltak aránya valamivel alacsonyabb (majdnem minden negyedik magyarországi tartozik ide), az elégséges és kitűnő egészségértéssel rendelkezők aránya pedig magasabb. Összességében a magyar társadalom kevesebb, mint fele mondható korlátozottan kompetensnek az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban. Ezek az értékek a többi uniós ország összesített adataihoz képest valamivel rosszabbak, azonban a különbség

nem számottevő. Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia szempontjából Magyarországnál valamivel rosszabb helyzetben van Bulgária (főként az elégséges egészségértési szintűek alacsonyabb aránya miatt). Az osztrák eredmények ebben az alindexben is hasonlóak a magyarokhoz. Németország és Görögország értékei az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia szempontjából jobbnak mondhatók, ahogy Spanyolország értékei is, azonban fontos felhívni a figyelmet arra, hogy ez utóbbi országnál ez főként a válaszadók két középső kategóriában való sűrűsödésének köszönhető. Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia szempontjából a nemzetközi adatok szerint a legjobb helyzetben Írország, Hollandia és Lengyelország van, melyek közül Hollandia értékei kiemelkedőnek mondhatók.

7. táblázat: A prevenció alindex eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	N
Magyarország	21	30	36	13	964
Ausztria	19	30	36	15	982
Bulgária	30	29	26	15	925
Németország	12	25	33	30	1048
Görögország	14	29	37	21	993
Spanyolország	9	41	38	12	986
Írország	10	30	38	23	948
Hollandia	3	23	43	32	996
Lengyelország	14	27	37	22	920
EU minta	14	29	36	21	7799

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

Magyarországon a lakosság egyötöde elégtelen, majdnem egyharmada pedig problémás mértékben kompetens a prevenciót illetően. [7. táblázat] A kérdezettek így valamivel több, mint fele tartozik a korlátozottan egészségértésű kategóriába a megelőzés

szempontjából. Több mint a válaszadók egyharmada elégséges egészségértéssel bír a prevenció kapcsán, 13 százalékuk pedig kitűnő kompetenciával rendelkezik. Ezek az értékek a 8 ország összesített értékeihez képest valamivel rosszabbak, ami el-

sősorban az elégtelen kategóriába esők magasabb, és a kitűnő kategóriába esők alacsonyabb arányának köszönhető. Nemzetközi összehasonlításban Bulgária van a legrosszabb helyzetben a lakosság prevencióval kapcsolatos eloszlását tekintve, amely főként a korlátozottan kompetens csoportok magas arányának tudható be. Bulgáriához képest Magyarország és Ausztria jobb helyzetben van, Görögország, Írország és Lengyelország pedig még ezeknél is

jobb értékeket tud felmutatni a prevencióval kapcsolatos kompetencia terén. Spanyolország társadalma ebben az esetben is főként a középső két kategóriában található, Németország pedig a prevenció tekintetében az egészségértés más szempontjaihoz képest jobb helyzetben van. A prevenció szempontjából a legkompetensebb társadalomnak ismét a holland mondható.

8. táblázat: Az egészségfejlesztési alindex eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	N
Magyarország	25	29	35	11	954
Ausztria	28	33	27	11	951
Bulgária	42	28	20	10	902
Németország	20	32	30	17	1009
Görögország	17	29	38	15	994
Spanyolország	13	43	34	9	953
Írország	17	23	37	22	961
Hollandia	9	28	42	22	976
Lengyelország	15	29	38	18	894
EU minta	20	31	34	16	7643

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

A kutatás alapján a magyar társadalom egynegyede elégtelen mértékű egészségértéssel rendelkezik az egészségfejlesztés szempontjából, minden 10 emberből pedig 3 problémásnak mondható a vizsgált index szerint. [8. táblázat] A válaszadók több mint egyharmada elégséges, egytizede pedig kitűnő mértékű egészségfejlesztési kompetenciával bír. Ezen adatok az elégtelen kategóriába esők magasabb és a kitűnő kategóriába esők alacsonyabb arányai miatt rosszabbak, mint a 8 ország összesített adatai. Nemzetközi összehasonlításban tehát Magyarország valamivel a többi uniós országnál rosszabb helyzetben van. A többi alindexhez képest minden ország lakossága gyengébb eredményeket tudott felmutatni az egészségfejlesztés terén saját maguk-

hoz viszonyítva – kivételt ez alól csak az írek képeztek. Az összes vizsgált ország közül ezen szempont szerint is Bulgária van a legrosszabb helyzetben: 10-ből 6 bolgár megkérdezett ugyanis csak korlátozott kompetenciával bír az egészségfejlesztéssel kapcsolatban. Magyarország és Ausztria értékei ismét együtt mozognak. Ezen országoknál valamivel jobb értékeket láthatunk Németország, Görögország és Lengyelország esetében. Írország egy árnyalattal jobb értékekkel rendelkezik még náluk is, a spanyol kérdezettek pedig ismét főként a középső két kategóriában helyezkednek el. Az egészségfejlesztés szempontjából a legjobb helyzetben ismét a holland társadalom van.

III.3. Egészségértés a különböző társadalmi-demográfiai csoportokban

Annak érdekében, hogy megvizsgáljuk, a különböző társadalmi-demográfiai csoportokban milyen módon jelenik meg az összesített egészségértés és annak három alkotórésze, többváltozós regresszióelemzést alkalmaztunk. Azért döntöttünk ezen módszer alkalmazása mellett, mert a kétváltozós összefüggésekhez képest nagy előnye, hogy a regressziós együtthatókat parciálisan mutatja meg. Ez azt jelenti, hogy úgy láthatjuk egy adott társadalmi-demográfiai változó egészségértésre gyakorolt hatását, hogy abból már ki van szűrve a modellben lévő összes többi változó hatása, amelyek torzíthatnák az összefüggést. Az összesített egészségértés indexre és a három alindexre külön-külön regressziós modelleket futtattunk. A modellek független változói minden esetben a következők voltak: nem (0 – férfi, 1 – nő), életkor, legmagasabb befejezett iskolai végzettség, anyagi depriváció^{vii} és társadalmi státus^{viii}. A független változókat úgy választottuk ki, hogy a modellek megfeleljenek a nemzetközi kutatócsoport által közölt modellekkel, annak érdekében, hogy összevethessük a magyarországi eredményeket a nemzetközi kutatás eredményeivel.

A magyarországi eredmények alapján az egészségértés 15 százalékát magyarázzák a modellbe beépített magyarázóváltozók. Azt mondhatjuk, hogy a nők, a fiatalabbak, a magasabb végzettségűek és az anyagilag jobb helyzetben lévők azok, akiknek az egészségértési szintje magasabb. A szubjektív társadalmi státus nem hat szignifikáns mértékben az egészségértésre. Nemzetközi összehasonlításban azt mondhatjuk, hogy azon országokban, amelyekben a kérdezettek neme szignifikáns különbségeket mutatott az összesített egészségértés terén, a nők

egészségértése bizonyult magasabb szintűnek. Fontos viszont, hogy Bulgáriában, Görögországban és Spanyolországban nincs kapcsolat a nem és az egészségértés között. Azon országokban, ahol az életkor szignifikáns magyarázóváltozónak bizonyult, a fiatalabbak egészségértési szintje magasabb. Nem hat viszont az életkor az egészségértésre Németországban, Írországban és Hollandiában. Az iskolai végzettség növekedése növeli az egészségértést minden országban, kivéve Ausztriában és Írországban, ahol nem találtunk szignifikáns kapcsolatot e két tényező között. Az anyagi depriváció volt az egyetlen magyarázóváltozó, amely minden vizsgált országban szignifikánsnak bizonyult és minden országban azonos – nem meglepő – irányba hatott: a kevésbé depriváltak, tehát a jobb anyagi helyzetben lévők azok, akik egészségértési szintje magasabb. A szubjektív társadalmi státus Magyarországon kívül még Németországban nem befolyásolta az egészségértés mértékét. A többi vizsgált országban – melyekben szignifikánsan hatott – azt mondhatjuk, hogy a magasabb státus nagyobb egészségértéssel jár együtt. Az adjusztált R-négyzeteket, mint a megmagyarázott hányad nagyságát tekintve elmondható, hogy a modellbe beépített független változók leginkább Bulgáriában (25 százalék), Görögországban (29 százalék) és Lengyelországban (21 százalék) befolyásolják az egészségértést. Valamivel kevésbé Írországban (19 százalék) és Magyarországon (15 százalék) és még ezeknél is gyengébb a modell magyarázóereje Ausztriában (10 százalék), Németországban (8 százalék), Spanyolországban (9 százalék) és Hollandiában (8 százalék). Az egyén társadalmi-demográfiai determináltsága az egészségértés szempontjából tehát a vizsgált országok közül Görögországban a legerősebb és Németországban, továbbá Hollandiában a leggyengébb.

^{vii} Az anyagi deprivációt a konzorcium által közölt elemzésnek megfelelően három változóból képzett főkomponenssel hoztuk létre. A három változó a következő volt: Mennyire tudja fedezni gyógyszerköltségeit, amennyiben az szükséges a saját egészsége érdekében?; Mennyire engedheti meg magának, hogy elmenjen az orvoshoz? (Instrukciók: idő, egészségbiztosítás, költségek, utazás); Akadtak nehézségei számlái kifizetésével a hó végén az utóbbi 12 hónap során?³⁽⁴³⁾

^{viii} A társadalmi státust a következő kérdéssel mértük a konzorcium által közölt elemzéseknek megfelelően: A következő skála 1-es pontja a "társadalom legalsó szintje", a 10-es pont pedig "a társadalom legfelső szintje". Ön melyik szintre helyezné saját magát?³⁽⁴¹⁾

9. táblázat: Az összesített egészségértés magyarázata lineáris regressziós modellben társadalmi-demográfiai független változókkal (standardizált regressziós együtthatók)

	HU	AT	BG	GER	GRE	ES	IR	NL	PL	EU8
Nem (0 - férfi; 1 - nő)	0,08	0,08	0,05	0,09	0,03	0,02	0,07	0,12	0,09	0,06
Életkor	-0,10	-0,15	-0,14	-0,02	-0,17	-0,15	-0,02	0,03	-0,10	-0,09
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	0,15	0,06	0,11	0,10	0,22	0,14	0,05	0,11	0,08	0,13
Anyagi depriváció	-0,24	-0,23	-0,31	-0,23	-0,23	-0,07	-0,28	-0,14	-0,35	-0,24
Társadalmi státus	0,08	0,04	0,11	0,00	0,11	0,07	0,23	0,12	0,07	0,14
Adjusztált R ²	0,15	0,10	0,25	0,08	0,29	0,09	0,19	0,08	0,21	0,17
N	865	838	840	939	961	916	847	930	814	7085

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

10. táblázat: Az egészségértés három alindexének magyarázata lineáris regressziós modellben társadalmi-demográfiai független változókkal (standardizált regressziós együtthatók)

	Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	Prevenció alindex	Egészségfejlesztési alindex
Nem (0 - férfi; 1 - nő)	0,05	0,09	0,09
Életkor	-0,10	-0,07	-0,14
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	0,11	0,12	0,17
Anyagi depriváció	-0,22	-0,20	-0,22
Társadalmi státus	0,07	0,06	0,10
Adjusztált R ²	0,12	0,10	0,17
N	865	869,00	862,00

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

A nem szignifikáns eredményeket szürkével jelöltük. Minden más korreláció szignifikáns 0,05-os szinten. Az egészségértés három alindexe esetében nem volt módunk nemzetközi összehasonlításra, csak a magyarországi adatok elemzésére, mivel ilyen modelleket nem publikáltak a konzorcium tagjai. Ettől még azonban fontosnak tartottuk megvizsgálni azt, hogy a korábbi modellben már bemutatott független változók milyen módon hatnak az egészségértés különböző aspektusaira. [10. táblázat] A kérdezett-

tek neme nem befolyásolja az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetenciát, azonban a prevenciót és az egészségfejlesztést igen. Ez utóbbi alindexeknél azt mondhatjuk, hogy a nők magasabb egészségértési kompetenciát mutatnak a prevenciót és az egészségfejlesztést illetően, mint a férfiak. Az életkor a prevenciót nem befolyásolja szignifikáns mértékben, a másik két alindexre viszont fordított irányban hat. Az eredmények alapján minél fiatalabb valaki, annál inkább kompetens az egészség-

üggyel kapcsolatos ügyekben és az egészségfejlesztéssel kapcsolatban is. Mivel az indexek alapját képező teszt önbevalláson alapul, az eredmények értelmezésekor nem hagyható figyelmen kívül, hogy a fiatalabb válaszadók többsége feltehetően még nem került szembe olyan kihívással, amely az egészségügyi rendszerben való összetett problémamegoldást, eligazodást kívánt volna – így ez is hozzájárulhat ahhoz, hogy kompetensebbnek érzik magukat. A társadalmi státus kizárólag az egészségfejlesztésre hat szignifikánsan, méghozzá oly módon, hogy a magasabb státusúak kompetensebbek az egészségfejlesztésükre, mint az alacsonyabb státusúak. Az anyagi depriváció és az iskolai végzettség mindhárom alindexre szignifikánsan hatottak. Mindhárom esetben azt figyelhetjük meg, hogy a magasabb végzettség és a jobb anyagi helyzet nagyobb mértékű egészségértést valószínűsít. A modellek megmagyarázott hányada 10 és 17 százalék között mozgott, amely értékek – figyelembe véve,

hogy a modellben csak társadalmi-demográfiai „kemény” változókat alkalmaztunk – elfogadhatónak mondhatók.

III.4. Az egészségértés összefüggése a saját egészség percepciójával, a tartós betegség meglétével és a korlátozottsággal

Az egészségértés alakulása természetesen nem csak társadalmi és demográfiai jellemzők mentén változhat. Sokkal inkább hatással vannak rá az egyének egészséggel kapcsolatos jellemzői. Az alábbiakban az egészségértés összetett indexét három ilyen jellemzővel elemezzük, melyek a következők: saját egészség percepciója, tartós betegség megléte és korlátozottság.^{ix} Jelen eredmények bemutatásakor is nemzetközi kontextusba helyezük a magyarországi adatokat.

11. táblázat: Az összesített egészségértés index kapcsolata a kérdezettek egészség-percepciójával (Spearman féle Rho korrelációk)^x

		HU	AT	BG	GER	GRE	ES	IR	NL	PL	EU8
Saját egészség percepciója vs. Összesített egészségértés index	r	-0,33	-0,31	-0,28	-0,23	-0,31	-0,28	-0,24	-0,15	-0,33	-0,27
	N	954	1002	1002	1159	1043	1009	972	990	1041	8218
Tartós betegség vs. Összesített egészségértés index	r	0,14	0,23	0,26	0,14	0,26	0,13	0,09	0,05	0,21	0,16
	N	951	994	1002	1159	1043	1004	969	989	1037	8197
Korlátozottság vs. Összesített egészségértés index	r	0,27	0,28	0,2	0,08	0,32	0,21	0,12	0,09	0,15	0,17
	N	299	360	351	452	289	323	291	413	453	2932

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

A magyar adatok azt mutatják, hogy minél jobbnak látja valaki saját egészségi állapotát, minél kevésbé van tartós betegsége és minél kevésbé érzi azt, hogy egészségi állapota korlátozza őt, annál magasabb szintű az egészségértése. Érdekes eredmény tehát,

hogy a tartós betegség és az azzal járó korlátozottság negatívan hatnak az egészségértésre. Felmerül az az értelmezési lehetőség, hogy azok, akik e két tényezővel kénytelenek együtt élni, azok komolyabb, összetettebb kihívásokkal találkoznak egész-

^{ix} A saját egészségükről a kérdezetteknek egy ötfokú skálán kellett nyilatkozniuk, mely a 'nagyon jó'-tól a 'nagyon rossz'-ig terjedt. A tartós betegségekre vonatkozó kérdésnél arra kérdezték rá, hogy van-e a kérdezettnek tartósan elhúzódó (legalább 6 hónapig tartó) betegsége vagy egészségügyi problémája. A válaszok között azok körében, akiknek van ilyen jellegű betegsége, külön kezelték azokat, akiknek több ilyen problémája is van, azoktól, akiknek csak egy. Akiknek volt valamilyen tartós betegsége, azt is megkérdezték, hogy mennyire korlátozták az egészségügyi problémái az elmúlt hat hónapban. Erre a kérdésre egy háromfokú skálán adhatták meg válaszaikat a kérdezettek, mely skála értékei a következők voltak: súlyosan korlátoztak; korlátoztak, de nem súlyosan; egyáltalán nem korlátoztak.

^x A nem szignifikáns eredményeket szürkével jelöltük. Minden más korreláció szignifikáns 0,05-os szinten.

ségük és az egészségügy kapcsán, így inkább volt lehetőségük szembesülni kompetenciájuk korlátaival. Az egészségértésre a három tényező közül legerősebben a saját egészség percepciója hat (a közepesnél valamivel gyengébb mértékben: 0,33-os abszolút Rho érték), második legerősebben a korlátozottság (szintén a közepesnél valamivel gyengébben: 0,27-os Rho érték), leggyengébben pedig a tartós betegség megléte (gyenge kapcsolat: 0,14-os Rho érték). A kérdezettek egészségével kapcsolatos jellemzők minden vizsgált országban a magyarországival azonos irányban hatnak az egészségértésre. A tartós betegség megléte viszont nem függ össze az egészségértéssel Hollandiában, és úgyszintén nem függ össze vele a korlátozottság sem Hollandiában, sem Németországban. A saját egészség percepciója hasonló mértékben (a közepesnél gyengébben, 0,24 és 0,33 közötti abszolút Rho értékekkel jellemezve) befolyásolja az egészségértést az összes vizsgált országban, Hollandiát kivéve, ahol ez a kapcsolat nagyon gyenge (0,15-os abszolút Rho érték). A többi ország közül legerősebben éppen Magyarországon és Lengyelországban hat. A tartós betegség hatása az egészségértésre a vizsgált országok közül erősebbnek mondható Ausztriában, Bulgáriában, Görögországban és Lengyelországban, azonban még ezen országoknál is alacsonyabb, mint közepes erősségű ez az összefüggés (0,21 és 0,26 közötti Rho értékek). Az említetteknél még alacsonyabb értékeket láthatunk Magyarország, Németország, Spanyolország és Írország esetében (0,09-os és 0,14-os Rho értékek), Hollandiában pedig nem függ össze szignifikánsan ez a két változó egymással. A korlátozottság legerősebben Görögországban, Ausztriában és Magyarországon függ össze az egészségértéssel (0,32-os, 0,28-os és 0,27-os Rho értékek). A többi vizsgált országban ennél gyengébb erősségű összefüggésekről számolhatunk be, Írországban és Hollandiában pedig nem is szignifikáns ez az összefüggés.

IV. ÖSSZEGZÉS

Az eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy Magyarországon az egészségértés ugyan tendenciájában hasonlít a más európai országokban jelenlévő

trendekben tapasztalhatókkal, azonban mértéke valamelyest alacsonyabb annál. Annak ellenére, hogy a magyar eredmények az elemzések nagy részében a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő országok összesített eredményeihez hasonlóak voltak, egy kevéssel mindig alulmúlták azokat. Ha az országokat egyenként vesszük, azt mondhatjuk, hogy a vizsgált országok közül Magyarországnál csak Bulgária van rosszabb helyzetben az egészségértés szempontjából. Fontos még kiemelni, hogy a magyarországi eredmények a legtöbb esetben majdnem teljesen megegyeztek az Ausztriában mértékekkel, amiből arra következtethetünk, hogy Magyarországon az egészségértés helyzete jelenleg az Ausztriában jelenlévő helyzethez hasonlít a legjobban – hasonló kihívások előtt állunk. Összességében tehát az eredmények rossz képet mutatnak az egészségértésről Magyarországon, azonban több más vizsgált ország eredményei azt mutatják, hogy egész Európában van még lehetőség előrelépni a témában. A magyar orvostársadalom számára legfontosabb konklúzió az lehet, hogy nagy valószínűséggel az ellátott személyek nagy része csupán segítséggel képes az orvosától kapott tájékoztatást, utasítást megfelelően értelmezni és azok alapján cselekedni. Hasznos segítség lehet a szakmai tartalom laikus nyelvre lefordítása, és annak elmagyarázása, hogy mindez hogyan vonatkoztatható az ő mindennapi életére, hogyan váltható át a mindennapjaiban cselekvésre.

V. TÁMOGATÁSOK

A kutatás magyarországi megvalósulását az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete anyagilag támogatta. A cikk megírásáért anyagi támogatásban a szerzők nem részesültek. Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete anyagilag támogatta a szerzők megjelenését a 2015-ben rendezett, 3. Európai Egységértés Konferencián (*The 3rd European Health Literacy Conference*) ahol a magyarországi eredményekből készült előzetes elemzés bemutatásra került.

FÜGGELÉK

12. táblázat: Az egészségértést mérő kérdésekre adott válaszok eloszlásai és átlagai (százalékok és átlag 1-4 skálán)
Mennyire könnyű, illetve nehéz...

		Nagyon nehéz	Inkább nehéz	Inkább könnyű	Nagyon könnyű	Nem tudja	Átlag
1	információt találni olyan betegségek tüneteiről, amelyek érintik Önt?	2%	15%	50%	30%	4%	3,1
2	információt találni olyan betegségek kezeléséről, amelyek érintik Önt?	2%	21%	48%	25%	4%	3,0
3	megtudni, hogy mi a teendő, ha valaki sürgős orvosi ellátásra szorul?	4%	24%	46%	26%	1%	3,0
4	megtudni, hol kaphat szakmai segítséget, ha beteg?	3%	19%	53%	25%	1%	3,0
5	megérteni, amit az orvosa mond Önnek?	3%	16%	50%	31%	0%	3,1
6	megérteni a gyógyszerhez kapott betegtájékoztatót?	3%	19%	47%	32%	1%	3,1
7	megérteni, hogy mi a teendő, ha valaki sürgős orvosi ellátásra szorul?	2%	22%	48%	28%	1%	3,0
8	megérteni az orvosa, vagy gyógyszerésze által adott utasításokat arra vonatkozóan, hogy hogyan kell szedni a felírt gyógyszert?	1%	11%	52%	36%	0%	3,2
9	megítélni, hogy hogyan vonatkoznak Önre az orvostól kapott információk?	1%	17%	54%	27%	1%	3,1
10	megítélni a különféle kezelési lehetőségek előnyeit és hátrányait?	3%	32%	43%	20%	1%	2,8
11	megítélni, mikor lehet szüksége második szakvéleményre egy másik orvostól?	9%	38%	36%	15%	3%	2,6
12	megítélni, hogy a médiából szerzett, betegséggel kapcsolatos információk megbízhatóak-e?	11%	38%	37%	14%	2%	2,5
13	felhasználni az orvosától kapott információkat arra, hogy döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban?	4%	29%	48%	18%	1%	2,8
14	követni a gyógyszerrel kapcsolatos utasításokat?	1%	9%	51%	38%	1%	3,3
15	mentőt hívni vészhelyzet esetén?	2%	15%	42%	41%	0%	3,2
16	követni az orvosa, illetve gyógyszerésze utasításait?	1%	8%	49%	40%	1%	3,3
17	információt találni az olyan egészségtelen szokások kezeléséről, mint a dohányzás, kevés testmozgás, vagy túl sok alkohol fogyasztása?	1%	14%	49%	35%	1%	3,2
18	információt találni olyan mentális egészségügyi problémák kezeléséről, mint a stressz vagy a depresszió?	2%	27%	44%	23%	3%	2,9
19	információt találni a szükséges védőoltásokkal és szűrővizsgálatokkal kapcsolatban?	2%	23%	51%	21%	3%	2,9
20	információt találni arról, hogy hogyan lehet megelőzni vagy kezelni az olyan állapotokat, mint az elhízás, magas vérnyomás vagy magas koleszterinszint?	2%	19%	52%	25%	2%	3,0
21	megérteni az egészségvédő figyelmeztetéseket olyan szokásokról, mint a dohányzás, kevés testmozgás és túl sok alkohol fogyasztása?	2%	15%	53%	29%	1%	3,1
22	megérteni, hogy miért van szüksége védőoltásokra?	1%	20%	55%	23%	1%	3,0
23	megérteni, hogy miért van szüksége szűrővizsgálatokra?	1%	14%	54%	31%	0%	3,2
24	megítélni, hogy mennyire megbízhatóak az egészségi állapotával kapcsolatos figyelmeztetések a dohányzás, kevés testmozgás, illetve túlzott alkoholfogyasztás miatt?	2%	22%	51%	23%	2%	3,0
25	megítélni, mikor szükséges elmennie orvosi vizsgálatra?	2%	22%	49%	27%	1%	3,0

26	megítélni, mely védőoltásokra lehet szüksége?	3%	32%	45%	18%	1%	2,8
27	megítélni melyik szűrővizsgálatokra lenne szüksége?	2%	24%	51%	22%	1%	2,9
28	megítélni, hogy a médiából kapott információ az egészségügyi kockázatokról megbízható-e?	8%	37%	42%	12%	2%	2,6
29	eldönteni, hogy szüksége van-e influenza elleni védőoltásra?	4%	31%	45%	19%	2%	2,8
30	eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a családjától, illetve barátaitól kapott tanácsok alapján?	3%	24%	53%	19%	1%	2,9
31	eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a médiából szerzett információk alapján?	5%	33%	48%	13%	2%	2,7
32	információt találni olyan egészséges tevékenységekről, mint a testmozgás, egészséges ételek és táplálkozás?	2%	17%	49%	32%	1%	3,1
33	többet megtudni olyan tevékenységekről, amelyek jót tesznek az Ön szellemi egészségének?	2%	19%	54%	24%	1%	3,0
34	információt találni arról, hogy hogyan tehetné környezetét egészségbarátabbá?	4%	24%	48%	22%	2%	2,9
35	értesülni olyan politikai változásokról, amelyek befolyásolhatják az egészséget?	10%	34%	37%	13%	5%	2,6
36	értesülni az egészsége előmozdításáról szóló intézkedésekről a munkahelyen?	7%	23%	44%	13%	13%	2,7
37	megérteni a családtól vagy barátoktól kapott tanácsokat az egészséggel kapcsolatban?	1%	14%	60%	24%	1%	3,1
38	megérteni az élelmiszerek csomagolásán olvasható információkat?	10%	32%	42%	16%	1%	2,7
39	megérteni a médiából kapott információt arról, hogy hogyan lehetünk egészségesebbek?	3%	23%	55%	18%	1%	2,9
40	megérteni az arra vonatkozó információt, hogy hogyan tartsa egészségesen elméjét?	3%	21%	55%	19%	2%	2,9
41	megítélni, hogy mennyire befolyásolja a lakóhelye egészségét és közérzetét?	3%	23%	53%	18%	3%	2,9
42	megítélni, hogy mennyire járulnak hozzá az Ön lakáskörülményei ahhoz, hogy egészséges maradjon?	2%	20%	54%	22%	3%	3,0
43	megítélni, hogy mely mindennapi tevékenységek vannak hatással egészségére?	2%	18%	53%	26%	1%	3,0
44	egészségének javítására vonatkozó döntéseket hozni?	5%	27%	50%	17%	1%	2,8
45	belépni egy sportklubba vagy edzőterembe, ha szeretne?	7%	22%	47%	21%	4%	2,8
46	befolyásolni azon életkörülményeit, amelyek hatással vannak az egészségére és jólétére?	6%	28%	47%	18%	1%	2,8
47	saját közösségében részt venni olyan tevékenységekben, amelyek javítják egészségét és jólétét?	5%	24%	51%	16%	4%	2,8

N=1008

¹ Koltai J, Kun E: Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban, Orvosi Hetilap, 2016; megjelenés alatt

² Egységértés Magyarországon a nemzetközi eredmények tükrében. Orvostovábbképző Szemle, 2016;23(9): 77-80.

³ HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (first revised and extended version, date July 5th, 2013), online publication: <http://www.health-literacy.eu> (Elérve: 2016.01.16.)

⁴ Sorensen, Kristine – Van den Broucke, Stephan – Fullam, James – Doyle, Gerardine – Pelikan, Jürgen – Slonska, Zofia – Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(80): 1471-2458.

⁵ Pelikan, Jürgen M. – Röthlin, Florian – Ganahl, Kristin – Peer, Sandra (2014): Measuring comprehensive health literacy in general populations – the HLS-EU instruments. The Second International Conference of Health Literacy and Health Promotion. Oct. 6-8, 2014, Taipei / Taiwan (p.22)