

„Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon

Papp-Zipernovszky Orsolya¹ ■ Náfrádi Lilla²
Peter J. Schulz² ■ Csabai Márta¹

¹Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Szeged

²Institute of Communication and Health, Faculty of Communication Sciences, Università della Svizzera italiana, Lugano, Switzerland

Bevezetés: A gyógyítás sikerességét meghatározza, hogy a beteg érti-e és megfelelően használja-e az orvosi információkat. Ezt jelentős mértékben befolyásolja az úgynevezett „health literacy” (egészségműveltség). **Célkitűzés:** A tanulmány az egyik legelterjedtebb funkcionális egészségműveltséget mérő eszköz, a Short-Test of Functional Health Literacy, valamint egy előszűrő teszt (Chew-kérdések) magyar adaptációját mutatja be. **Módszer:** 302 fős felnőttmintán vették fel a célkérdőívet egy nagyobb tesztbatteria részeként, amelyben szerepelt a számolási készségeket mérő Newest Vital Sign teszt is. **Eredmények:** A Short-Test of Functional Health Literacy olvasott szövegértési rész belső konzisztenciája kimagaslóan jó, a Chew-kérdésekre elfogadható, a számolási részé azonban alacsony megbízhatóságú. A célkérdőív egészségműveltségi szintjeinek magyar eloszlása illeszkedik más európai felmérések adataihoz. A problémás egészségműveltség kategóriába kerülésre a 65 év feletti és az általános iskolai végzettségűek voltak különösen veszélyeztetettek. A krónikus betegség alacsonyabb egészségműveltséggel jár együtt, ami egybevág más európai eredményekkel. **Következtetések:** A szerzők által validált mérőeszközök segíthetik a problémás páciensek kiszűrését, a hatékonyabb információmegértést és -felhasználást. *Orv. Hetil., 2016, 157(23), 905–915.*

Kulcsszavak: egészségműveltség, tesztvalidálás, egészségfejlesztés

“So each patient comprehends”: measuring health literacy in Hungary

Introduction: The efficiency of healing is determined by the ability of the patients to comprehend and to apply properly the information provided by the doctors. This ability is influenced by age, intelligence and social background, but above all by health literacy. **Aim:** The aim of the present study was to translate and adapt the Hungarian version of the Short-Test of Functional Health Literacy, which is a performance based measure and the perception-based Chew screening questions for health literacy in Hungary. **Method:** The sample consisted of 302 people, and it was closely representative for the Hungarian population. **Results:** The reliability of the reading part of the Short-Test of Functional Health Literacy was excellent, and it was also acceptable regarding the Chew screening questions, but it showed low internal consistency concerning the numeracy part of the Short-Test of Functional Health Literacy. Based on the Short-Test of Functional Health Literacy reading scores, participants were categorized into three groups: 8% had inadequate, 6% marginal and 86% adequate health literacy levels. Regarding participants without a chronic illness tended to possess higher health literacy levels based on all the three measurements. **Conclusions:** The availability of these measures of health literacy in Hungary can play a crucial role in doctor-patient communication as well as health promotion, that can contribute to develop health literacy policies leading to reduced health care costs in the future.

Keywords: health literacy, validation studies, health promotion

Papp-Zipernovszky, O., Náfrádi, L., Schulz, P. J., Csabai, M. [“So each patient comprehends”: measuring health literacy in Hungary]. *Orv. Hetil., 2016, 157(23), 905–915.*

(Beérkezett: 2016. február 4.; elfogadva: 2016. március 26.)

Rövidítések

HLS-EU = The European Health Literacy Survey; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; NVS = Newest Vital Sign; REALM = Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine; S-TOFHLA = Short-Test of Functional Health Literacy in Adults; TOFHLA = Test of Functional Health Literacy in Adults

A gyógyítás számára jelentős „klinikai kockázatot” [1] képviselhetnek a páciensek egészségműveltségének korlátai, azaz ha megfelelő kommunikációs, írási és számolási készségek híján nem tudják követni az orvos utasításait, és nem megfelelően használják az egészségügyi rendszert. Amerikában ez a probléma ismételt felmérések szerint megközelítőleg 90 millió embert érint [2]; az ebből származó egészségügyi többletkiadásokat pedig 1998-ban 50 billió amerikai dollárt meghaladóra becsülték [3]. Az egészségműveltséggel kapcsolatos amerikai és európai kutatások ugyanakkor felhívják a figyelmet a jelenség komplexitására: a páciensek egyéni készségein túl az egészségügyi rendszer sajátosságai (például a beteg-tájékoztatás minősége), illetve az egészség-betegséggel kapcsolatos gazdasági-társadalmi és kulturális-kommunikációs kontextus is meghatározó [4]. Jelen tanulmányban az egyik legelterjedtebb nemzetközi, funkcionális egészségműveltséget mérő teszt, illetve egy háromkérdéses szűrőteszt magyar adaptációját mutatjuk be, amelyek egészségügyi kontextusban alkalmasak a betegek releváns írási és számolási képességeinek, valamint attitűdjének felmérésére. Alkalmazásukkal lehetővé válna az egészségügyi információk adekvát megértési szintjének meghatározása.

Az egészségműveltség meghatározása, típusai

A legelterjedtebb meghatározás szerint az egészségműveltség „... az egészséggel kapcsolatos alapvető információk és szolgáltatások elérésének, értelmezésének és megértésének képessége, valamint ezen információk és szolgáltatások felhasználásának kompetenciája az egészség fejlesztése érdekében” [5]. A WHO 1998-as definíciója külön hangsúlyozza az információkeresés egyéni motivációját, valamint az ezek mögött álló kognitív és szociális készségeket [6]. Schulz és Nakamoto [7] modellje három komponensre bontja az egészségműveltséget: *deklaratív tudás* (tárgyi tudás az egészséggel és megőrzésével kapcsolatban); *procedurális tudás* (a tárgyi tudás alkalmazásának képessége egészséggel kapcsolatos szituációkban – ide tartozik a más felosztásokban funkcionálisnak nevezett alapkészségek, például beszéd, számolás, írás és olvasás működtetése is), illetve az *ítélőképesség* (a tárgyi tudásra alapozva az új információk, helyzetek hatékony megítélése). Nagy és Barabás [8] összegezte, hogy a beteg oldaláról miket szükséges tudni

1. táblázat | Az egészségműveltséghez tartozó készségek, képességek [8]

Az egészségműveltséghez tartozó képességek	Mindennapi példák	Ezeknek a feladatoknak az elvégzéséhez szükséges készségek
Az információ hitelességének és minőségének értékelése	internetes tájékozódáskor annak eldöntésében, hogy mikor érdemes második diagnózist kérni	vizuálisan írni-olvasni (betűk, ábrák); számítógépes írás-olvasás (képes kezelni a számítógépet); információ írt-olvasni (képes megfigyelni és alkalmazni a releváns információt); számértékkel vagy számítással írni-olvasni (képes kiszámolni vagy számokkal indokolni); képes ezeket szóban elmondani és megérteni (verbális-kommunikációs nyelvi készségek)
A viszonylagos kockázatok/veszélyek és előnyök elemzése	vény nélkül kapható készítmények szedése, kutatásban való részvétel mérlegelése	
A gyógyszeradagok kiszámítása	a beteg testsúlya alapján	
A teszt/vizsgálat eredményeinek értelmezése	zárójelentések megértése	
Az egészséginformáció elérésének meghatározása		

az egészséggel kapcsolatos kérdésekben való eligazodáshoz (1. táblázat).

Az utóbbi években az egészségműveltség-fogalom és kutatások metaelemzése is megjelentek. *Mårtensson és Hensing* [3] polarizált – elsősorban az inadekvát/alsó funkcionális egészségműveltséggel rendelkezők kiszűrésére fókuszáló – és kulturális felfogást különböztet meg a szakirodalomban. Az utóbbi hangsúlyozottan szociális és kulturális kontextusba ágyazottan foglalkozik az egészségműveltséggel, ami feltételezi, hogy az egyén képességei helyzetről helyzetre változhatnak az egészségügyi kontextusnak megfelelően.

Magyarországon most jelennek meg az első eredmények a nemzetközi szakirodalomban két és fél évtizede jelen levő mérőeszközök adaptációjáról és a magyar lakosság egészségműveltségének szintjéről [9]. Ezek elterjedése szükséges ahhoz, hogy az egészségügyi szakembereknek megfelelő képe legyen a szolgáltatásokat igénybe vevők egészségműveltségéről, amihez igazítható később a beteg-tájékoztatás szintje és módszere. Véleményünk szerint Magyarországon az egészségügyi rendszeren és az orvosok mindennapi klinikai gyakorlatán keresztül vezet az út az egészségműveltség jelentőségének felismeréséhez és komplex figyelembevételéhez. Ezt támasztja alá egy 2014-ben végzett felmérés azzal kapcsolatban, hogy a betegek megfázás, influenza esetén honnan tájékozódnak a gyógyulás érdekében, és kinek a tanácsait veszik elsősorban figyelembe. Az első és a harmadik helyen az orvosok és a gyógyszerészek szerepeltek [10]. Ugyanakkor

kor fontos tudni, hogy Amerikában az egészségügyi dolgozók általában alulbecsülik a betegek egészségműveltségét [2], akik igyekeznek eltitkolni alapvető készségeik hiányát a megszégyenülés elkerülése érdekében. Ezért tartjuk fontosnak a mindennapi egészségügyi gyakorlatban is alkalmazható funkcionális egészségműveltséget mérő eszközök megismertetését a gyógyító szakemberekkel.

Az egészségműveltség jelentősége, összefüggései

Az egészségműveltség gyakorlati jelentőségét az egészségügyi következményekkel való kapcsolata adja, amelyekre elsősorban az alapkészségeket mérő, korrelációs vizsgálatok mutattak rá. *Baker és munkatársainak* kutatása [11] szerint az inadekvát egészségműveltség erős, pozitív kapcsolatban áll a mortalitással, és jobban képes bejósolni a szubjektíven és objektíven értékelt egészségi állapotot, mint az életkor, a jövedelem, a foglalkoztatási státusz, az iskolázottság vagy a faji, etnikai csoportokhoz való tartozás [12]. A nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező személyek hosszabb időt töltenek kórházban és többször használják az egészségügyi rendszert, mint a magas egészségműveltségű páciensek [3], valamint nagyobb nehézséget okoz nekik az orvosi utasítások követése és az egészségügyi információk hiteleségének megítélése [13]. Ezek mellett *Rudd, Anderson, Oppenheimer és mtsai* [4] általánosságban alacsonyabb szintű kognitív működéssel, a depresszió és más mentális betegségek nagyobb arányával, illetve például a méhnyakrák előfordulásának megnövekedett kockázatával is talált összefüggést az olvasási készségek vonatkozásában.

Az Amerikában és Európában végzett vizsgálatok robusztus összefüggésekre világítottak rá a funkcionális egészségműveltség és a demográfiai, illetve szocioökonómiai változók között. Egy 2007-es, brit felnőttek körében végzett kutatásban a TOFHILA (Test of Functional Health Literacy in Adults) tesztet alkalmazva azt találták, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek, a férfiak és az alacsony jövedelemmel rendelkezők nagyobb valószínűséggel estek a korlátozott egészségműveltség kategóriájába [14]. *Baker és mtsai* [15] S-TOFHILA kérdőívvel mérték a 65 év feletti személyek egészségműveltségét. Az elért pontszám csaknem 10 ponttal kevesebb volt minden évtizeddel. *Connor és mtsai* [13] a családi állapot tekintetében a nem házasságban élőkénél találtak összefüggést az alacsonyabb egészségműveltséggel. A nemzetközi adatok egyetlen, de annál figyelemre méltóbb összefüggésben térnek el egymástól: Amerikában és Svájcban a krónikus betegség jelenléte magasabb egészségműveltséggel jár együtt, míg a nyolc európai országra kiterjedő, HLS-EU Consortium [16] 2012-es felmérése szerint az életminőséget jelentősen korlátozó egészségi problémák, illetve egynél több krónikus betegség jelenléte 60%-ra növelte a korlátozott egészségműveltség valószínűségét.

Az egészségkompetencia mérése, szintjei

Az egészségműveltség fogalmát és hatásait az 1990-es évektől kezdve kutatják intenzíven Amerikában. Erre az időszakra tehető a legelterjedtebb, az egészséggel kapcsolatos témák megértéséhez szükséges alapkészségeket mérő tesztek kifejlesztése is. Az egyik a REALM-teszt (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) [17], amely 66 gyakori orvosi kifejezés felismerésén és kiejtésén keresztül méri a személyek funkcionális egészségműveltségét. A másik leggyakrabban alkalmazott eszköz a TOFHILA, illetve rövidített változata, az S-TOFHILA teszt [18]. Ez olvasási és számolási alapkészségeket is mér kimondottan klinikai környezetben előforduló szövegek és problémák megértésén és megoldásán keresztül. Egy 2007-es, brit felnőttek körében végzett kutatásban TOFHILA-teszttel mérve a résztvevők 11,4%-a rendelkezett marginális vagy inadekvát egészségkompetenciával [14]. *Connor és mtsai* [13] svájci reprezentatív mintán az S-TOFHILA német, francia és olasz nyelvű adaptációját végezték el, és arról számoltak be, hogy szignifikáns különbségek voltak a csoportokban az inadekvát és marginális egészségműveltségük arányát tekintve: sorrendben a kitöltőknek a 33,3%-a, 6,4%-a és 16,8%-a tartozott ezekbe az értéktartományokba.

A funkcionális egészségműveltséget mérő eszközök közül egyre elterjedtebb a Newest Vital Sign [19], amely azt méri fel, hogy az egészségügyi információk megértéséhez hogyan tudjuk számolási készségeinket alkalmazni. A teszt egy jégkrémes doboz hátoldaláról származó információk megértését és alkalmazását (például százalékszámítás, érvelés – ha allergiás a jégkrém egyes összetevőire, fogyaszthatja-e, a válasz indoklásával egybekötve) kéri a személyektől hat kérdés megválaszolásában, ami – kidolgozói szándékától eltérően – inkább klinikai kontextuson kívüli használatra teszi alkalmassá. Bár kidolgozói elismerik, hogy túlbecsülik az inadekvát egészségkompetenciával rendelkezők arányát (ami 2 pont alatti eredmény esetén valószínű), az S-TOFHILA-nál jobban azonosítja a problémás (vagy marginális) egészségműveltségű személyeket (2–4 pont között) [19].

A klinikum számára, előszűrési célokra fejlesztették ki a három tételt tartalmazó Chew-kérdéssort [2], amely önkitaltós formában méri azt, hogy a személynek mennyire okoz problémát az egészségügyi szövegek megértése, illetve felhasználása saját egészségi állapota megítélése érdekében. Inadekvát és marginális egészségműveltségűnek a válaszadók 14,2%-át sorolták be. Szintén önbevalláson alapul az egészségkompetencia kulturális felfogását érvényesítő, legújabb európai teszt, a HLS-EU (The European Health Literacy Survey) [16], amely 47 kérdéson keresztül méri az egészségügyi rendszerből, a betegségmegelőzés területéről és az egészségfejlesztésről származó információk elérésének, megértésének, kritikai megítélésének és alkalmazásának képességét. A HLS-EU-t és az NVS-t tartalmazó, nyolc európai országra kiterjedő felmérésben a válaszadók

12%-a rendelkezett inadekvát és további 35%-a problémás egészségműveltséggel [16]. Ehhez a felméréshez csatlakozott a Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. 1008 fős reprezentatív magyar minta vizsgálatával, amelyben a résztvevők 20%-ának elégtelen és 32%-ának problémás szintű egészségműveltségéről számoltak be [9]. Megjegyzendő, hogy az egészségműveltség komplexebb, kulturális felfogását érvényesítő mérőeszköz inkább az egészségtudatosság mértékét jelzi, így az eredményeket befolyásolhatja a személy önértékelése, egészséggel kapcsolatos problémamegoldási készségeinek megítélése, sőt az adott ország egészségügyi rendszerére jellemző patriarchális felépítés is. Fejlesztői hangsúlyozottan kutatási és nem szűrési vagy klinikai célokra hozták létre ezt a mérőeszközt [16].

Jelen tanulmányban az a célunk, hogy a klinikumban alkalmazható egészségműveltségi mérőeszközök magyar fordításait bemutassuk. Nemzetközileg a legelterjedtebb, S-TOFHLA kérdőívet, valamint az előszűrési célokra alkalmazott, három kérdésből álló Chew-tételeket validáltuk. Az egészségügyi felhasználás számára legfontosabb eredményeket – a magyar tesztek, a magyar lakosságot jellemző pontértékeket, besorolási övezeteket, a tesztek megbízhatóságát, illetve a krónikus betegséggel való összefüggéseiket – közöljük a továbbiakban. A validálás technikai részleteit, a tesztek egymással, valamint a minta szociodemográfiai változókkal való összefüggéseit máshol mutatjuk be.

Módszer

Résztvevők

Az adatgyűjtés 2015. június és október között kényelmi mintavétellel, novemberben és decemberben pedig a Központi Statisztikai Hivatal magyar lakosságra vonatkozó nem, iskolai végzettség és életkor szerinti eloszlá-

sának megfelelően célzottan történt a kiképzett teszt-felvezők ismeretségi körében, forgalmas utcán, vendéglátó-ipari egységekben, illetve nyugdíjasotthonokban és kórházban is. A végleges mintába 302 fő adata került be, akik 20 év feletti, magyar az anyanyelvük és megfelelő korrigált látással rendelkeztek. A minta eloszlása nem, iskolai végzettség és életkor tekintetében közelíti (a 10%-os korrigálható tűrészatháron belüli az eltérés) a KSH magyar lakosságra vonatkozó eloszlását. A KSH iskolai végzettség kategóriái között nem szerepel a szakiskola, így azt a szakiskolások olvasási képességeit is értékelő átfogó jelentésnek megfelelően [20] – amelyben a szakiskolai évek alatt csökkent az olvasott szövegértés szintje – az általános iskolai végzettséghez soroltuk. Így érettségivel nem rendelkező, érettségizett (szakközépiskolai és gimnáziumi típust egyben kezeltük) és diplomás csoportokat különítettünk el. (A minta demográfiai jellemzőit a KSH-eloszlásokkal együtt a 2. táblázat tartalmazza.) A kutatást az Egyetemközi Pszichológiai Kutatásügyi Bizottság (engedély száma: 2015/14), a kórházi felvételnél pedig a kórház etikai bizottsága is engedélyezte (engedély száma: 1650_1/2015).

Eszközök, fordítási elvek

A kutatás elsődleges célja az S-TOFHLA [18] kérdőív magyar nyelvű adaptációja volt az Università della Svizzera italiana, Institute of Communication and Healthszel együttműködésben. Ehhez állítottunk össze egy informált beleegyezésből, demográfiai jellemzőkből és hat kérdőívűből álló tesztbattériát, amely a célkérdőívön kívül tartalmazta az alacsony egészségműveltség kiszűrésére szolgáló 3 tételes Chew-kérdéseket [2], a számolási alképességeket mérő NVS-teszt fordítását [19], valamint Általános Énhatékonyságot mérő skálát [21], Egészség-hatékonyságot mérő skálát (Psychological Empowerment Scale alapján fejlesztve [22]) és egy szenzoros él-

2. táblázat | A minta demográfiai jellemzői a KSH adataival összevetve

Demográfiai változó	Változó típusa	Összmintaelemszám 302		KSH-elemszám 7 896 735	
		Kitöltők száma	%	%	Kitöltők száma
Nem	Nő	160	52,98	53,51	4 225 276
	Férfi	142	47,02	46,49	3 671 159
Iskolai végzettség	Általános iskola/szakiskola	71	23,50	28,04	2 214 329
	Szakközépiskola/gimnázium	146	48,30	53,11	4 194 084
	Főiskola/egyetem	85	28,10	18,84	1 488 022
Életkor	20–29 éves	54	17,88	15,57	1 229 536
	30–49 éves	121	40,07	36,69	2 897 106
	50–64 éves	79	26,16	26,5	2 092 673
	65–84 éves	45	14,90	19,15	1 512 103
	85 éves vagy idősebb	3	0,99	2,09	165 017

ménykeresési tesztet [23]. Jelen tanulmányban a klinikai környezetben elterjedt S-TOFHFLA teszt, illetve a Chew-kérdések magyar adaptációját mutatjuk be. (Az első két teszt magyar változatát az 1. és 2. melléklet tartalmazza.)

A Rövidített Felnőtt Funkcionális Egészségkompetencia Kérdőív (S-TOFHFLA) [18] olvasott szövegértési, illetve számolási részt is tartalmaz (1. melléklet). A szövegértési feladat mondatkiegészítéses eljárás alapján, a kitöltőknek 7 percük van arra, hogy egy gyomorröntgennel kapcsolatos orvosi tájékoztató (3. osztályos szint, 16 kérdés), illetve egy egészségbiztosítási szerződés „jogok és kötelességek” szövege (9. osztályos szint, 20 kérdés) hiányzó szavait négy lehetőség közül kiválasszák. Összesen 36 szót kell behelyettesíteniük, az üresen hagyott helyek hibás válaszként értelmezendők. A négyteteles számolási feladat esetében a vizsgálatvezető rögzíti a válaszokat. Két kérdés esetében egy beteg-tájékoztatóban kell megtalálni a megfelelő információt a gyógyszer helyes bevételéhez, egy kérdés esetében egy vércukorszint-illusztráció alapján kell megítélni a mérés helyességét, az utolsó kérdésnél pedig egy időpontkártya alapján kell megmondania a résztvevőnek, hogy mikor van a következő időpontja az orvosnál. A kérdőív pontozásánál Baker és mtsai [18] javaslatait követtük: minden helyes válaszra 1, az olvasott szövegértési résznél az üresen hagyott, elrontott vagy 7 percnél túli válaszokért pedig 0 pontot adtunk. Így az S-TOFHFLA olvasási részében 36 a megszerezhető maximális pontszám, a számolási feladatoknál pedig 4. A gyakorlatban az egészségműveltség szintjének meghatározásánál az inadekvát (0–16 pont), marginális (17–22) és adekvát (23–36) felosztás a legelterjedtebb [13, 18].

A Chew-kérdéseket (2. melléklet) a klinikumban alkalmazható gyors előszűrés érdekében fejlesztették ki, ezért minél magasabb pontszámot ér el valaki az egyes válaszok pontértékeinek összeadása után, annál problémásabb egészségműveltségről beszélhetünk. A pontozás egy 5 fokozatú Likert-skálán történik, ahol 0 = *Soha*, 1 = *Kevésszer*, 2 = *Néha*, 3 = *Legtöbbször* és 4 = *Mindig*. Az eredeti pontozás szerint az első tételre adott pontérték számítása fordított.

Az angol nyelvű tesztek magyarra fordításánál Beaton és mtsai [24] kulturális adaptációra vonatkozó ajánlásait követtük. Az egészségbiztosítási szerződés jogok és kötelességek szövegét megtartottuk, viszont a magyar egészségügyi rendszerben gyakoribb hivatalos eljárás dokumentumaként, közgyógyellátásra való jelentkezésként címkéztük a résztvevőknek. A véglegesítéshez egy középiskolai magyar szakos tanár véleményét is kértük, hogy az olvasott szövegértési feladatok szintje megfeleljen az adott évfolyamnak.

Eljárás

A kérdőívcsomag részben önkitöltős volt, részben pedig a kiképzett adatfelvevők regisztrálták a válaszokat, így a válaszadás minden esetben személyesen, papíralapon zaj-

lott. A tesztek kitöltése egy személy esetében körülbelül 30 percet vett igénybe. Nem volt olyan válaszadó, aki a kitöltés során kilépett. 2015. január és április között 80 fő részvételével egy pilot study keretében teszteltük a kérdések értelmezhetőségét, a tesztkitöltés idejét. A vizszejelzések alapján módosítottunk a Chew-kérdőív 3. tételén és az S-TOFHFLA 34. kérdésén, valamint az alkalmazási és számolási részek illusztrációin. Az előtesztelés eredményei szerint az S-TOFHFLA, illetve a Newest Vital Sign kérdőívvel mért alacsonyabb egészségműveltség a magasabb életkorral és az alacsonyabb fokú iskolai végzettséggel járt együtt [25].

Eredmények

A tesztek megbízhatóságára és a krónikus betegség jelenlétével való összefüggéseinek megállapítására az SPSS 20 statisztikai programcsomagot használtuk.

Leíró statisztika: a tesztek megbízhatósága, az egyes tételek helyes kitöltési arányai

Az S-TOFHFLA olvasott szövegértési rész 36 tételének belső konzisztenciája 0,955, ami kimagaslóan jó érték, azonban a számolási rész 4 tételénél a Cronbach- α értéke 0,392, ami alacsony megbízhatóságra utal. Az S-TOFHFLA olvasási és számolási része közötti korreláció 0,465 volt ($r_{300} = 0,465$; $p < 0,000$), ami szignifikáns, közepes pozitív együttjárásnak számít. A 3. táblázat foglalja össze, hogy a nemzetközi besorolás alapján hány személynek volt inadekvát, marginális és adekvát egészségműveltsége az S-TOFHFLA olvasott szövegértési részében. Az inadekvát szintbe a kitöltők 8,3%-a tartozott, és további 6% tekinthető marginális (korlátozott vagy problémás) egészségműveltséggel rendelkezőnek. A röntgen-előkészítésre vonatkozó „A” feladat (3. évfolyamos szövegértési szint) 16 kérdésének helyes kitöltési arányának átlaga: 92,29%, míg a közgyógyellátási jogokról és kötelességekről szóló „B” feladat (9. évfolyamos szövegértési szint) 20 kérdésének helyes kitöltési arányának átlaga: 78,87% (4. táblázat). Az egyes kérdések helyes kitöltési arányánál az látszik, hogy a 34. kérdés fordítása még mindig nem megfelelő, a válaszok közül két lehetőséget is jónak érezték a személyek. Továbbá a 7 perces időkorlát miatt az utolsó 6 tétel helyes kitöltési aránya alacsonyabb a megelőzőeknél, mert elsősorban az idős sze-

3. táblázat | A minta egészségműveltség-szintjének eloszlása az S-TOFHFLA olvasott szövegértési feladataiban

Az egészségműveltség szintjei az S-TOFHFLA olvasott szövegértési részében	N (%)
Inadekvát (0–16 helyes válasz)	25 (8,3%)
Marginális (17–22 helyes válasz)	18 (6%)
Adekvát (23–36 helyes válasz)	257 (81,5%)

4. táblázat | Az S-TOFHLA olvasott szövegértési és számolási részének egyes kérdéseire adott helyes válaszok aránya

S-TOFHLA szövegértési rész tételei („A” feladat)	Helyesen válaszolók száma (%)	S-TOFHLA szövegértési rész tételei („B” feladat)	Helyesen válaszolók száma (%)	S-TOFHLA számolási rész tételei	Helyesen válaszolók száma (%)
1.	290 (96%)	17	273 (90,4%)	1. Cataflam bevételi idő	210 (69,5%)
2.	292 (96,7%)	18	275 (91,1%)	2. Vércukorszint	257 (85,1%)
3.	257 (85,1%)	19	259 (85,5%)	3. Időpontkártya	287 (95%)
4.	274 (90,7%)	20	240 (79,5%)	4. Cataflam ebéd előtt	253 (83,8%)
5.	291 (96,4%)	21	266 (88,1%)		
6.	293 (97%)	22	250 (82,8%)		
7.	280 (90,7%)	23	257 (85,1%)		
8.	273 (90,4%)	24	233 (77,2%)		
9.	274 (90,7%)	25	256 (84,8%)		
10.	271 (89,7%)	26	247 (81,8%)		
11.	265 (87,7%)	27	259 (85,8%)		
12.	291 (96,4%)	28	248 (82,1%)		
13.	283 (93,7%)	29	231 (76,5%)		
14.	281 (93%)	30	238 (78,8%)		
15.	279 (92,4%)	31	227 (75,2%)		
16.	283 (93,7%)	32	227 (75,2%)		
„A” feladat (3. évfolyamos szövegértési szint) helyes kitöltési arányának átlaga: 92,29% „B” feladat (9. évfolyamos szövegértési szint) helyes kitöltési arányának átlaga: 78,87%		33	224 (74,2%)		
		34	135 (44,7%)		
		35	212 (70,2%)		
		36	207 (68,5%)		

5. táblázat | Az S-TOFHLA, az NVS és a Chew-kérdések összefüggései a krónikus betegség jelenlétével

Krónikus betegség jelenléte	S-TOFHLA olvasott szövegértési rész		S-TOFHLA számolási rész		NVS		Chew-kérdések	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Nem (184 fő)	33,27	4,43	3,42	0,81	5,05	1,36	3,7	2,3
Igen (118 fő)	26,52	9,64	3,19	0,93	3,77	1,90	5,11	2,56

mélyek túllépték a megadott időkeretet. A minta átlagpontszáma az olvasási részre 30,64 (SD = 7,67), a számolásra pedig 3,33 (SD = 0,86). Az S-TOFHLA számolási része 4 feladatot tartalmaz (1. melléklet), amelyek helyes kitöltési arányának átlaga 83,35%. Az egyes kérdések helyes kitöltési arányánál az látszik, hogy a legnehezebbnek a személyek a gyógyszerek bevétele közti javasolt időintervallum megtalálását tartották egy beteg-tájékoztatóban, legkönnyebbnek pedig egy receptre kézzel írt időpontkártyán a következő orvosi időpontjuk megtalálását.

A Chew-kérdések belső konzisztenciája 0,648 volt, ami a mérőeszköz elfogadható megbízhatóságát jelzi. Minden kérdésre adtak a kitöltők 0 és 4 pontos választ is. A mintaátlag a három kérdésre a maximális 12 ponthoz képest 4,25 pont volt (SD = 2,5).

Az egészségműveltséget mérő tesztek összefüggése a krónikus betegség jelenlétével

Az amerikai és svájci eredmények szerint a krónikus betegség jelenléte magasabb egészségműveltséggel jár együtt. Saját mintánkon független mintás t-próbával teszteltük a krónikus betegség (minden esetben rendszeres gyógyszeres kezelés is jelen volt) hatását az egészségműveltségre (a két csoport átlag- és szórásértékeit az egyes mérőeszközökön az 5. táblázat tartalmazza). Eredményeink szerint az S-TOFHLA mindkét részén, az NVS-teszten és a Chew-kérdéseknél is szignifikáns különbség volt az egészségműveltség-pontszámokban a krónikus betegséggel nem élők javára (S-TOFHLA olvasott szövegértés $t_{147,7} = 7,105$; $p < 0,000$; S-TOFHLA számolás $t_{300} = 2,27$; $p = 0,024$; NVS $t_{190,73} = 6,31$; $p < 0,000$; Chew-kérdések $t_{300} = -4,98$; $p < 0,000$).

Megbeszélés

Jelen tanulmány célja a klinikumban leggyakrabban alkalmazott funkcionális egészségműveltséget mérő teszt, az S-TOFHLA magyar adaptációja volt. A teszt az angol mellett már elérhető spanyol, portugál, szerb, héber, kínai és koreai fordításban is. A magyar validálást a svájci Università della Svizzera Italiana, Institute of Communication and Health-szel együttműködésben végeztük, ahol a német, olasz és francia tesztváltozatokat is készítették a közép-európai országok egészségműveltség-kutatásokba való bekapcsolása miatt.

Az S-TOFHLA általunk mért értékei (inadekvát egészségműveltség 8,3%, marginális 6%) a KSH magyar lakosság nemi, életkori és iskolai végzettség szerinti eloszlását közelítő mintán illeszkednek a funkcionális egészségkompetencia inadekvát szintjének 10% körüli európai adataihoz. Egy 2007-es, brit felnőttek körében végzett kutatásban TOFHLA-teszttel mérve a résztvevők 11,4%-a rendelkezett marginális vagy inadekvát egészségkompetenciával [14], a svájci mintán pedig 6,4 és 33,3% között volt az inadekvát és marginális egészségműveltségük aránya a különböző anyanyelvű személyek között [13]. Ez jelzi a mérőeszköz megbízhatóságát, amit különösen az olvasott szövegértési rész esetében a magas belső konzisztencia is alátámaszt. A Chew-kérdések belső konzisztenciája szintén 0,6 felett volt, ami elfogadható megbízhatóságot jelent. Az S-TOFHLA számolási részének 4 tétele esetében azonban a Cronbach- α értéke csak 0,392, ami alacsony megbízhatóságra utal. Ugyan a nemzetközi szakirodalomban mindenhol alacsonyabb ennek a résznek a megbízhatósága, ez az eredmény további vizsgálatokat igényel. Különösen az általunk alkalmazott másik, számolási készségeket mérő teszt, az NVS jó belső konzisztenciájának (0,758) ismertetésben.

Mårtensson és Hensing [3] azt a kritikát fogalmazta meg a funkcionális egészségműveltséget mérő tesztekkel szemben, hogy túlbecsülik az inadekvát egészségműveltséggel rendelkezők arányát, mert nem veszik figyelembe az írott információ kivüli és a kommunikáció útján történő információszerezést. A 2015. decemberben megjelent előzetes magyar eredmények a HLS-EU Consortiumhoz csatlakozva azonban épp ennek ellenkezőjét mutatják: a Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. 1008 fős reprezentatív magyar minta vizsgálatakor 20%-os elégtelen és 32%-os problémás szintű egészségműveltségről számolt be [9], ami jócskán túllépi az általunk az S-TOFHLA-val mért 14,3%-os inadekvát és problémás kategória arányát. Feltételezésünk szerint a különbség oka elsősorban abban keresendő, hogy a HLS-EU projekt a kulturális, kritikai egészségműveltség felmérésére irányul, ami az alapkészségek mellett elsősorban az információforrások közötti választást, a hitelesség értékelését méri. A magyarok ezekben az állításokban értékelték magukat a legalacsonyabbra. Ráadásul a válaszadás nagyobb

része önbevalláson alapul, amit így erőteljesen befolyásolnak önértékelési, hatékonyságérzetbeli változók.

A teszt konvergens validálásának részét képező szociodemográfiai változókkal (például életkor, iskolai végzettség – *Connor és mtsai* [13]) és a felvett tesztbatteriaiban szereplő többi, egészségműveltséget mérő kérdőívvel való összefüggéseket másik tanulmányban közöljük. Itt összefoglalóan arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy reprezentatív mintán végzett felmérésünk szerint a magyar lakosságban a 65 év felettiéknél különösen magas a kockázata a marginális vagy problémás egészségműveltség kategóriába kerülésnek, illetve az általános iskolai és szakiskolai végzettséggel rendelkezők átlagértéke is a marginális szint felső határán van. Ezek az eredmények – a fiatalabb csoportoknak, a nőknek és a magasabb iskolai végzettségűeknek van jobb egészségműveltsége – mindhárom teszt esetében megfelelnek az egészségműveltség szociodemográfiai változókkal való nemzetközi összefüggéseinek (svájci mintán [13], brit mintán [14], idősekkel [15]). A különböző típusú egészségműveltséget mérő tesztek együttljárása vizsgálatunkban alátámasztotta az egyes eszközök magyar adaptációjának szükségességét (az NVS és az S-TOFHLA szignifikáns, közepesen erős pozitív korrelációt mutatott, a Chew-kérdések pedig szignifikáns, gyenge negatív korrelációban álltak az S-TOFHLA- és az NVS-tesztekkel), valamint a többfajta egészségműveltség koncepcióit is (például *Schulz és Nakamoto* [7]).

A krónikus betegség és az egészségműveltség összefüggése ugyan ellentmond az amerikai és svájci eredményeknek, de egybevág a nyolc európai országra kiterjedő HLS-EU Consortium [16] felmérésével és a Szinapszis Kft. adataival is [9]. Így oszttjuk azt az aggodalmat, hogy Magyarországon épp azoknak alacsonyabb az egészségműveltsége, akik krónikus betegséggel élnek, és így a leginkább szükségük lenne az egészségügyi rendszerben való eligazodásra. *Connor és mtsai* [13] a francia-svájci minta esetében magyarázatként egy hasonló összefüggésre az egészséggel kapcsolatos döntésekben vállalt passzívabb szerepet és az egészség-betegséggel szembeni fatalisztikus attitűdöt hozták fel. Mindazonáltal figyelemre méltó, hogy az alkalmazott három, egészségműveltséget mérő eszköz közül csupán a számolási készségekre koncentrált NVS-teszten sorolódtak a krónikus betegséggel élők a problémás egészségműveltség kategóriába. (A teszt kidolgozói [19] 4 pont alatt jeleztek problémás funkcionális egészségműveltséget.) Ez a további vizsgálatokban mindenképpen a krónikus betegség típusának és az együttljáró életmódváltás kívánalmainak számításba vételét sugallja.

Következtetések

Magyarországon az első lépések történnek az egészségműveltség kutatásában az első mérőeszközök adaptálásával és a lakosság egészségműveltség-szintjének meghatározásával. A nemzetközi szakirodalom az egyéni

készségfelmérésén túl az egészségügyi ellátórendszer és a kormányzat bekapcsolását szorgalmazza. Rudd [4] például arra hívja fel a figyelmet, hogy az egészségügyi információk (tájékoztatók, informált beleegyezések, zárójelentések stb.) megértési szintje Amerikában az átlag érettségizettek szintjét meghaladja, csakúgy, mint az orvosok szóhasználata. A kutatási eredmények klinikai gyakorlatba való átültetésében az orvosok mellett az egészségügyi szakdolgozók, ápolók szerepe kiemelt jelentőségű. A funkcionális egészségműveltséget mérő tesztek felvétele és kiértékelése nem kíván orvosi kompetenciát, csak szakszerű betanítást. Skandináviában léteznek már olyan betegtájékoztató anyagok, amelyek auditív és vizuális komponensekkel segítik az írott szövegek megértését [3]. Ezek kialakításában, az alacsony egészségműveltséggel rendelkezők felzárkóztatásában, valamint alternatív betegtájékoztató anyagok, edukációs módszerek fejlesztésében a kormányzati egészségpolitikának mindenhol nagy szerepe volt. Az egészségműveltség fejlesztésének hatására ugyanis javulhat a lakosság általános egészségi állapota, az egészségügyi ellátórendszer igénybevétele hatékonyabbá válhat, mindezek pedig növelik a társadalom versenyképességét.

Összességében elmondható, hogy az S-TOFHLA-teszt olvasott szövegértési részének és a háromkérdéses attitűdöt mérő Chew-kérdéseknek a magyar nyelvű változatai megbízható mérőeszközök. Az egészségműveltség különböző típusait képviselve komplex képet adnak a betegek egészséggel-betegséggel kapcsolatos tudásáról és azokról az alapkészségekről, amelyekre az orvosok és egészségügyi dolgozók a mindennapi klinikai gyakorlatban a beteggel való kommunikáció során támaszkodhatnak.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: P.Z. O.: A tesztbatteria kérdőíveinek kiválasztása, fordítási munkák, a tesztfelvétel betanítása, adatfelvétel koordinálása, a kézirat megszövegezése. N. L.: A tesztbatteria kérdőíveinek kiválasztási koordinációja, a fordítási munka végső jóváhagyása, statisztikai elemzések, a kézirat szövegének javítása. P. J. S.: A tesztbatteria kérdőíveinek rendelkezésre bocsátása, a kiválasztások jóváhagyása, a kutatás menetének felügyelete. Cs. M.: A tesztbatteria kérdőíveinek kiválasztása, a fordítási munka végső jóváhagyása, a kutatás menetének felügyelete, a kézirat szövegének javítása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk az adatfelvételben részt vevő pszichológusok hallgatónak munkájukért, a tesztbatteriat kitöltőknek, valamint a célzott adatfelvételt lehetővé tevő intézmények vezetőinek (Bíró Orsolya,

a Főváros Hegyvidéki Idősek Klubjának vezetője; Dr. Bálint András, a Szegei Ősz Idősothton vezetője és Dr. Varga János, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Légzésrehabilitációs Osztály osztályvezető főorvosa), és a minta kialakításában nyújtott segítségéért Dr. Gyórfi Zsuzsának.

Irodalom

- [1] Nutbeam, D.: The evolving concept of health literacy. *Soc. Sci. Med.*, 2008, 67(12), 2072–2078.
- [2] Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., et al.: Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J. Gen. Intern. Med.*, 2008, 23(5), 561–566.
- [3] Mårtensson, L., Hensing, G.: Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand. J. Caring Sci.*, 2012, 26(1), 151–160.
- [4] Rudd, R. E., Anderson, J. E., Oppenheimer, S., et al.: Health literacy: An update of medical and public health literature. In: Comings, J., Garner, B., Smith, C. (eds.): *Review of adult learning and literacy*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, New Jersey, 2005.
- [5] Ratzan, S. C., Parker, R. M.: Introduction. In: Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S., et al. (eds.): *National Library of Medicine. Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*. Eds.: NLM Pub. No. CBM 2000-1. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, 2000.
- [6] WHO: *Health Promotion Glossary*. WHO, Geneva, 1998. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- [7] Schulz, P. J., Nakamoto, K.: Emerging themes in health literacy. *Stud. Commun. Sci.*, 2005, 5(2), 1–10.
- [8] Nagy, L., Barabás, K.: Possibilities in diagnostic assessment of health literacy and health-behaviour. In: Csapó, B., Zsolnai, A. (eds.): *Possibilities of diagnostic assessment of cognitive and affective developmental processes in early school years. [Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei]*. In: Csapó, B., Zsolnai, A. (szerk.): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [9] *Szinapszis Kft.*: Do we handle health-related information properly? [Vajon a helyükön kezeljük az egészséggel kapcsolatos információkat?] 2015. december 3. <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/18638/egeszsegtudatosag-health-literacy-survey> [Hungarian]
- [10] Wick Pharma's assessment about flue and influenza. [Wick Pharma 2014-es nátha és influenza felmérése.] http://hvg.hu/plazs/20150313_Tobben_hisznek_az_orvosnak_mint_sajat_mag. [Hungarian]
- [11] Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., et al.: Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch. Intern. Med.*, 2007, 167(14), 1503–1509.
- [12] Wolf, M. S., Davis, T. C., Osborn, C. Y., et al.: Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ. Couns.*, 2007, 65(2), 253–260.
- [13] Connor, M., Mantwill, S., Schulz, P. J.: Functional health literacy in Switzerland – validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Educ. Couns.*, 2013, 90(1), 12–17.
- [14] Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., et al.: Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J. Epidemiol. Community Health*, 2007, 61(12), 1086–1090.
- [15] Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., et al.: The association between age and health literacy among elderly persons. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.*, 2000, 55(6), S368–S374.
- [16] *HLS-EU Consortium*: Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, 2012. <http://www.health-literacy.eu>

- [17] *Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., et al.*: Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam. Med.*, 1993, 25(6), 391–395.
- [18] *Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., et al.*: Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ. Couns.*, 1999, 38(1), 33–42.
- [19] *Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., et al.*: Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. *Ann. Fam. Med.*, 2005, 3(6), 514–522.
- [20] *Molnár, E. K., Nagy, Zs.*: Vernacular skills and capabilities. In: Csapó, B. (ed.): *Hungarian school weighed. [Anyanyelvi készségek és képességek. In: Csapó, B. (szerk.): Mérlegen a magyar iskola.] Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2012.* [Hungarian]
- [21] *Schwarzer, R., Jerusalem, M.*: Generalized self-efficacy scale. In: Weinman, J., Wright, S., Johnston, M. (eds.): *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs.* Nfer-Nelson, Windsor, 1995.
- [22] *Spreitzer, G. M.*: Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement, and validation. *Acad. Manage. J.*, 1995, 38(5), 1442–1465.
- [23] *Mayer, K., Lukács, A., Pauler, G.*: Hungarian adaptation of the 8-item Sensation Seeking Scale (BSSS-8). [A 8 tételes Szenzoros Élménykeresés Skála (BSSS-8) magyarországi adaptálása.] *Mentálhigiénié és Pszichoszomatika*, 2012, 13(3), 295–310. [Hungarian]
- [24] *Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., et al.*: Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, 2000, 25(24), 3186–3191.
- [25] *Kilencz, T.*: Examining health literacy according to demographic variables, subjective health status and general self-efficacy. [Az egészségkompetencia vizsgálata demográfiai változók, egészségi állapot, illetve az élnhatékonyág függvényében.] BA Thesis, SZTE BTK Pszichológiai Intézet, 2015. [Hungarian]

(Papp-Zipernovszky Orsolya,
Szeged, Egyetem u. 2., 6722
e-mail: papp.orsolya@psy.u-szeged.hu)

1. melléklet | Az S-TOFHLA kérdőív olvasott szövegértési része

Instrukció: Adja át a betegnek az olvasott szövegértéshez tartozó részt kitöltésre!

Az alábbiak szerint vezesse be a szövegértési feladatokat:

„Itt van néhány orvosi instrukció, amelyekkel akár Ön vagy bárki más a kórházban találkozhat. Az utasítások olyan mondatok, amelyekből néhány szó hiányzik. Ahol hiányzik egy szó, annak a helyén egy üres vonalat láthat, alatta pedig 4 lehetséges szót, amelyek közül ki kell választania, hogy melyik illik az üres helyre. Arra kérem, próbálja meg kitalálni, hogy a 4 szó közül melyiknek kellene az üres helyre kerülnie, hogy a mondat értelmes legyen! Amikor úgy gondolja, hogy tudja a helyes választ, karikázza be a szó előtt található betűjelet, majd haladjon tovább a következő mondatra. Amikor végzett az oldallal, lapozzon és haladjon tovább, míg be nem fejezi az összes oldalt! Időmérés! Álljon meg 7 perc elteltével! (7 percnél a tesztfeltevő leállítja a kitöltést. Az addig elkészített részek pontozandók.)

„A” feladat

Röntgen-előkészítés

Az orvosa elküldi Önt egy _____ röntgenre.

- a) gyomor
- b) diabétesz
- c) sebvarrás
- d) bakteriális

Ilyenkor _____ gyomorral kell érkeznie _____.

- | | |
|---------------|-----------|
| a) asztmás | a) van |
| b) üres | b) vagyok |
| c) megrontott | c) ha |
| d) anémiás | d) oda |

A röntgen előreláthatóan 1-3 _____ át is _____.

- | | |
|-----------|--------------|
| a) ágyon | a) eltarthat |
| b) agyon | b) megnézhet |
| c) órán | c) beszélhet |
| d) diétán | d) nézhet |

A röntgen előtti nap

Vacsorára egyen _____ gyümölcsöt, _____ és dzsemet, kávéval vagy teával.

- | | |
|----------------|-------------|
| a) egy kevés | a) lábujjat |
| b) húslevesnyi | b) torkot |
| c) támadásnyi | c) pirítóst |
| d) émélyégisig | d) combot |

_____ után tilos _____ vagy inni _____ is, csak miután _____ a röntgenfelvétel.

- | | | | |
|------------|-----------|--------------|---------|
| a) Percek | a) könnyű | a) beteg | a) van |
| b) Éjfél | b) evett | b) bármit | b) volt |
| c) Alatt | c) ivott | c) mindegyik | c) kész |
| d) Mielőtt | d) enni | d) bármelyik | d) lesz |

A röntgen napján

Ne egyen _____.

- a) időpontot
- b) ambulánst
- c) reggelit
- d) klinikát

Ne is _____, még _____ sem.

- a) vezessen
- b) igyon
- c) öltözzön
- d) mérjen
- a) szívet
- b) lélegzetet
- c) vizet
- d) rákot

Ha van bármi _____, hívja a Röntgen _____ a 616-4500-es telefonszámon.

- a) válasza
- b) feladata
- c) traktusa
- d) kérdése
- a) Osztályt
- b) Ficamot
- c) Patikát
- d) Fogfájást

„B” feladat*Közgyógyellátási jogok és kötelezettségek*

Beleegyezem, hogy a valóságnak megfelelő adataimat adom meg annak érdekében, hogy _____, részesülhetek-e közgyógyellátásban.

- a) hajazzam
- b) sózzam
- c) lássam
- d) sóvárogjam

_____, hogy információt biztosítok a hatóságnak azért, hogy _____ minden, a

- a) Beleegyezem
- b) Megszondázom,
- c) Elküldöm
- d) Megnyerem
- a) eltitkoljon
- b) kockáztasson
- c) elbocsásson
- d) igazoljon

jelen _____ foglalt állítást, és ezennel engedélyt adok a _____ arra,

- a) tüdőátágulásban
- b) kérvényben
- c) epehólyagban
- d) kapcsolatban
- a) gyulladásnak
- b) vallásnak
- c) vasnak
- d) hatóságnak

hogy bizonyítékot szerezzen ezek hitelességéről. _____, hogy a közgyógyellátásban

- a) Kivizsgálom
- b) Megvendégelem
- c) Elfogadom
- d) Megalapozom

való részesüléshez minden, körülményeimet érintő _____ be kell, hogy jelentsek

- a) változást
- b) hormonokat
- c) savkötőket
- d) költségeket

_____(10) napon belül, amint a változásról _____ szereztem.

- a) három
- b) egy
- c) öt
- d) tíz
- a) kitüntetést
- b) tudomást
- c) távozást
- d) várakozást

Tudomásul veszem, _____ ha NEM értek egyet az ügyemben hozott _____,

- a) így
- b) ez
- c) hogy
- d) mint
- a) házassággal
- b) foglalkozással
- c) felnőttel
- d) döntéssel

akkor _____ van a tisztességes meghallgatáshoz. Meghallgatást _____ úgy tudok,

- a) jobbam
- b) balom
- c) rossz
- d) jogom
- a) kérvényezni
- b) visszautasítani
- c) megghiúsulni
- d) megjavítani

hogy írok, vagy _____ annak a hatóságnak, ahova a kérvényt benyújtottam.

- a) számolok
- b) olvasok
- c) telefonálok
- d) szagolok

Ha átmeneti segélyt _____ családja bármelyik _____ számára, akkor

- a) mos
- b) akar
- c) befed
- d) szalag
- a) tagja
- b) történelme
- c) súlya
- d) biztonsági öve

egy másik kérvényt kell _____ . _____ mi a jelen úrlapon szereplő _____

- a) relaxálnia
- b) eltörnie
- c) belélegeznie
- d) benyújtania
- a) Mióta
- b) Vajon
- c) Ugyanakkor
- d) Ennélfogva
- a) tüdőt
- b) dátumot
- c) étkezést
- d) medencét

fogjuk felhasználni az ön _____ megállapítására.

- a) hipoglikémiájának
- b) jogosultságának
- c) csontritkulásának
- d) skizofréniájának

S-TOFHLA számolási feladatok (szóban felolvasandóak és itt adminisztrálandóak)

1. tétel: Adja át a Cataflam-betegájékoztatót a vizsgálati személynek!

Szóbeli kérdés: Ha az első tablettát reggel 7-kor veszi be, mikor kell bevennie a következőt?

Helyes válasz: „Délután 1-kor.”

A vizsgálati személy válasza: Helyes./Nem helyes.

2. tétel: Mutassa meg a vércukorszint-illusztrációt!

A normális éhgyomri vércukorszint értéke 6,9 mmol/l alatt van. Az Ön vércukorszintje a mai napon 7,8 mmol/l.

Szóbeli kérdés: Ha ma ennyi lenne az Ön vércukorszintje, akkor ez az érték normálisnak tekinthető-e?

Helyes válasz: „Nem.”

A vizsgálati személy válasza: Helyes./Nem helyes.

3. tétel: Adja át az időpontkártyát a vizsgálati személynek!

Szóbeli kérdés: Mikor van a következő időpontja?

Helyes válasz: „Április 2.” vagy „Csütörtök, április 2.”

A vizsgálati személy válasza: Helyes./Nem helyes.

4. tétel: Adja át a Cataflam-betegájékoztatót a vizsgálati személynek!

Szóbeli kérdés: Ha déli 12 órakor ebédel, és ezt a gyógyszert ebéd előtt akarja bevenni, hány órakor kellene bevennie?

Helyes válasz: „11:00-kor.” vagy „11 előtt.”

A vizsgálati személy válasza: Helyes./Nem helyes.

A számolási feladatok illusztrációihoz nem állnak rendelkezésre előre meghatározott segédanyagok. Jelen kutatásban a svájci validálás segédanyagait használtuk fel, amelyek az első szerzőtől a papp.orsolya@psy.u-szeged.hu e-mail címen elkérhetőek.

2. melléklet | A Chew-kérdések magyar változata

Kérjük, jelölje be, hogy az alábbi állítások milyen gyakran igazak Önre! Mindegyik mellett 0–4-ig egy számsort talál, amelyen jelölje meg, milyen fokban jellemző az állítás Önre! A kitöltésnél vegye figyelembe, hogy nincsenek jó vagy rossz válaszok, a cél, hogy pontos képet kapjunk az Ön mindennapi eligazodási képességeiről az egészséggel kapcsolatos kiadványok terén!

0	1	2	3	4
<i>Soha</i>	<i>Kevésszer</i>	<i>Néha</i>	<i>Legtöbbször</i>	<i>Mindig</i>

Mennyire érzi magabiztosnak magát, amikor önállóan tölt ki úrlapokat?

0 1 2 3 4

Milyen gyakran segít Önnek valaki (például családtagja, barátja, kórházi dolgozó vagy gondozó) a kórházi írásos anyagok értelmezésében?

0 1 2 3 4

Szokott-e problémát okozni a kórházi írásos anyagok megértésének nehézsége abban, hogy megfelelő képet kapjon egészségi állapotáról?

0 1 2 3 4