

Einführung

Der Begriff Gesundheitskompetenz bezeichnet die Fähigkeit des Individuums im Alltag (zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft) Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

Die dritthäufigste Todesursache in Deutschland ist der Schlaganfall: Alle neun Minuten stirbt ein Schlaganfallpatient, alle drei Minuten ereignet sich ein neuer Schlaganfall (www.aerztezeitung.de 17.04.13).

Eine mangelnde Gesundheitskompetenz hat zur Folge, dass die Anweisungen des Fachpersonals nicht verstanden und befolgt werden, was einer optimalen Genesung entgegensteht und das Risiko für einen erneuten Schlaganfall erhöht (Joint Committee in National Health 2007).

Mit dem Wissen über die Gesundheitskompetenz von Schlaganfallpatienten könnten Hilfsmaßnahmen in defizitären Bereichen gezielt ansetzen. Ärzte und Pflegepersonal könnten betroffenen Personen konkrete Hilfestellungen geben, um Defizite auszugleichen.

Ziel der Arbeit ist es daher, Faktoren zu identifizieren, die mit einer geringeren Gesundheitskompetenz zusammenhängen.

Von diesem Ziel ausgehend haben wir die folgende Fragestellung entwickelt:

„Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheitskompetenz von Schlaganfall-Patienten?“

Stand der Forschung

Studien konnten zeigen, dass die Variablen Alter, Bildungsgrad, Migrationshintergrund und sozialer Status die Gesundheitskompetenz beeinflussen. So stellten Williams et al. (2002) beispielsweise fest, dass 33% der Patienten im Alter von 65 Jahren und älter über eine inadäquate Gesundheitskompetenz verfügen. Die neuste Studie zur Gesundheitskompetenz ist die des European Health Literacy Projects (EHL), die die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung von acht EU-Mitgliedstaaten ermittelt. Auch hierbei wurde eine positive Korrelation mit den Variablen sozialer Status und Bildungsgrad festgestellt. Zudem zeigte sich, dass ältere Personen eine geringere Gesundheitskompetenz haben als jüngere (HLS-EU Consortium, 2012).

Das EHL entwickelte ein Messinstrument für die Gesundheitskompetenz das zwischen den vier Dimensionen Zugang, Verstehen, Bewerten und Umsetzen von Gesundheitsinformationen differenziert (HLS-EU Consortium, 2012). Dadurch ist es uns möglich die Gesundheitskompetenz umfassender zu ermitteln, als es zu Beginn der Gesundheitskompetenzforschung möglich war.

Wie in den aufgeführten Studien deutlich wird, wurde die Gesundheitskompetenz unterschiedlicher Gruppen bereits untersucht. Zusätzlich sind verschiedene Patientengruppen explizit auf ihre Gesundheitskompetenz getestet worden.

Zum ersten Mal wurde mit dieser Arbeit der neu entwickelte Fragebogen vom EHL genutzt, um die Korrelation der in Hypothesen formulierten unabhängigen Variablen Alter, sozialer Status, Bildungsgrad und Migrationshintergrund hinsichtlich der Gesundheitskompetenz von Schlaganfallpatienten zu bestimmen und die Eignung dieses Messinstruments zu prüfen.

Datenerhebung und Methode

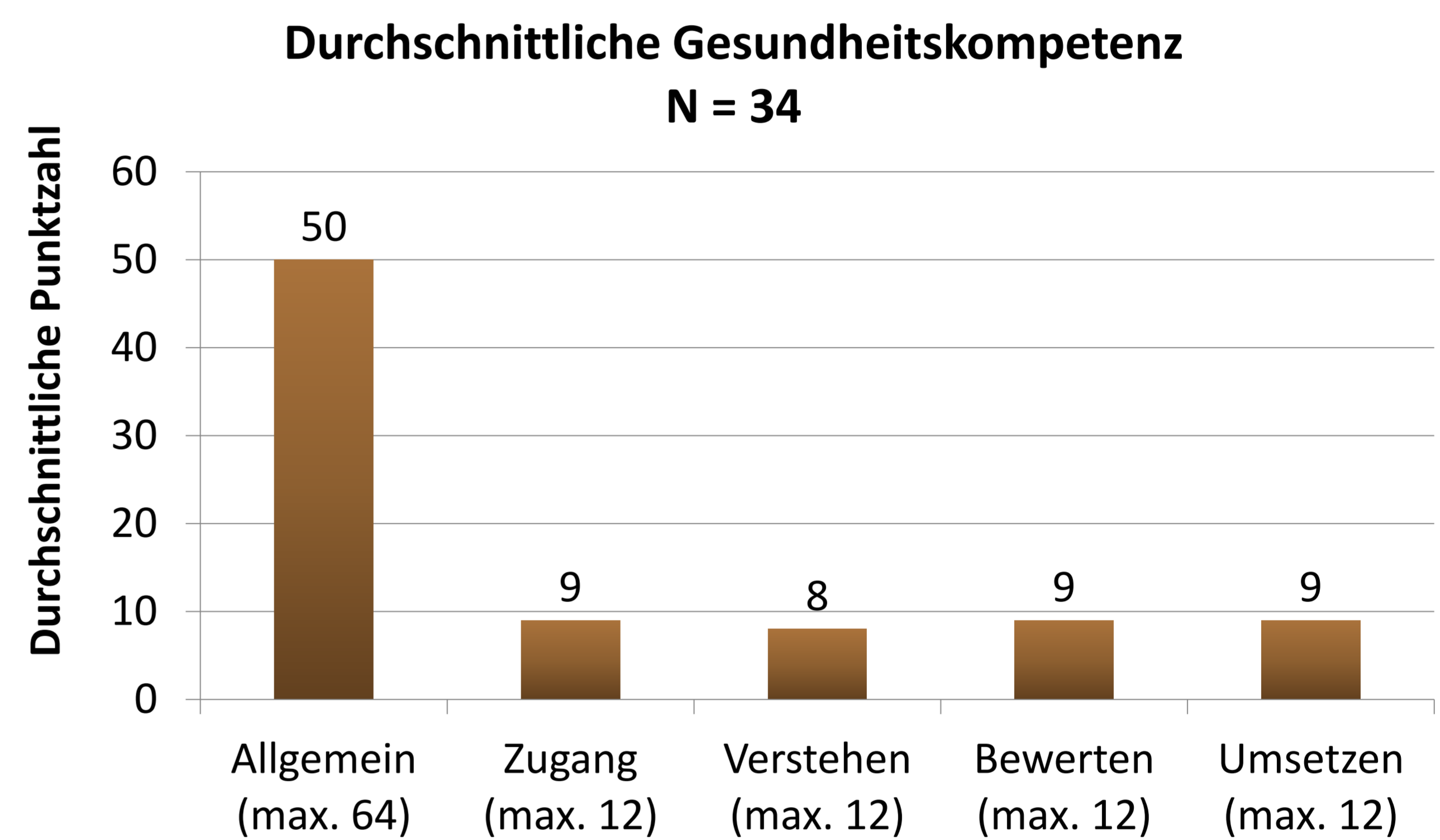
Es wurde der Fragebogen des EHL verwendet, um die Gesundheitskompetenz zu messen. Zusätzlich wurden soziodemografische Daten erhoben. Gemeinsam mit den Patienten der Stroke Unit des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg wurde ein Fragebogeninterview mit insgesamt 52 Patienten durchgeführt, wovon 34 Bögen hinsichtlich der Gesundheitskompetenz auswertbar waren.

Wegen der kleinen Stichprobe und der bewussten Stichprobenziehung sind die Ergebnisse nicht repräsentativ und können nicht auf andere Schlaganfallpatienten generalisiert werden.

Ergebnisse

Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Gesundheitskompetenz und den Variablen Internetzugang, sozialer Status (monatliches Haushaltsnettoeinkommen), wahrgenommener sozialer Unterstützung, Geschlecht und Migrationshintergrund.

Zu der Variable Alter besteht eine sehr schwache, positive Korrelation von $r = 0,187$. Weiterhin besteht eine sehr schwache, positive Korrelation von $T = 0,069$ zwischen Gesundheitskompetenz und Bildungsgrad.



Fazit

In den Ergebnissen wurde für eine der analysierten unabhängigen Variablen eine schwache Korrelation festgestellt. Diese zeigt jedoch nicht den im Rahmen der Hypothese formulierten negativen Zusammenhang. Vielmehr scheint die Gesundheitskompetenz bei Schlaganfallpatienten mit zunehmenden Alter zu steigen. Diese lässt sich damit begründen, dass die Stichprobe in nur einem Krankenhaus in Oldenburg gezogen wurde. Dabei sind Schlaganfallpatienten im Durchschnittsalter von 64 Jahren befragt worden, was einer homogenen Stichprobe entspricht. Bei der Stichprobenziehung des EHL wurden hingegen Personen aus der Bevölkerung aus acht EU-Mitgliedsstaaten einbezogen. Somit sind die Ergebnisse, besonders hinsichtlich der schwachen negativen Korrelation von Gesundheitskompetenz und Alter, nicht vergleichbar.

Die Ergebnisse in Hinsicht auf die formulierten Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass das angewandte Messinstrument für die Gruppe der Schlaganfallpatienten ungeeignet ist, was mit den Erfahrungen bei der Durchführung der Interviews korreliert. Es fiel vielen Patienten offensichtlich schwer, die komplexen Fragen zu verstehen und logisch zu beantworten. Dieses führte auch dazu, dass 18 Fragebogeninterviews hinsichtlich der Gesundheitskompetenz nicht auswertbar waren.

Ausblick

Für zukünftige Studien hinsichtlich der Gesundheitskompetenz von Schlaganfallpatienten wäre ein Fragebogen zu entwickeln, der in seinen Formulierungen und Fragestellungen dem Gesundheitszustand der Personen in der gezogenen Stichprobe angepasst ist und damit zu einer erhöhten Compliance bei den zu Befragenden führt.

Literatur:

- <http://www.aerztezeitung.de>(17.04.2013): <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/herzkreislauf/schlaganfall/article/494572/schlaganfall-zahlen.html>.
- Joint Committee On National Health Education Standards(1995): National health education standards: Achieving health literacy.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS- EU. <http://www.health-literacy.eu>.
- Williams, M., Davis, T., Parker, R. und Weiss, B. (2002): The Role of Health Literacy, In Patient-Physician Communication. FamilyMedicine;34(5):383-9. May 2002.