

## A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége

### Health literacy of the Hungarian adult population

<b>Szerzők:</b>	Bíró Éva, Szabó Pálma, Kósa Karolina
<b>Kulcsszavak:</b>	egészségműveltség; Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF); Newest Vital Sign (NVS); magyar felnőtt lakosság; kérdőíves felmérés
<b>Keywords:</b>	health literacy; Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF); Newest Vital Sign (NVS); Hungarian adult population; questionnaire-based survey

Beküldve: 2022. 05. 02., elfogadva: 2022. 06. 10., doi: [10.24365/ef.8496](https://doi.org/10.24365/ef.8496)

#### Összefoglaló

**Bevezetés:** Az egészségműveltség fogalma az elmúlt két évtizedben került az egészségügy fókuszába. Többféle koncepciója ismert, ennek megfelelően mérésére is többféle teszt használható. Hazánkban az elmúlt néhány évben nőtt meg ezen a területen a kutatások száma, ezért a magyar nyelven elérhető publikált kérdőívek és országos felmérések száma is csekély. Kutatásunkban a magyar lakosság egészségműveltségét vizsgáltuk két különböző, külföldi kutatásokban gyakran használt eszköz alkalmazásával.

**Módszertan:** A keresztmetszeti adatgyűjtés 2019-ben, 1 200 fő részvételével a magyar felnőtt lakosságra kor, nem, valamint lakóhely szerint reprezentatív mintán zajlott. Az egészségműveltség mérésére a „Rövid Egészségműveltségi Szűrő Teszt” (*Brief Health Literacy Screening Tool, BRIEF*) és az „Átlagos Tápérték Teszt” (*Newest Vital Sign, NVS*) magyar nyelven validált változatait használtuk. A leíró elemzések a nem, kor és lakóhely szerinti súlyozott adatokon történtek a 95%-os megbízhatósági tartományok megadásával. Az egészségműveltség meghatározó elemeit bináris logisztikus regresszió segítségével állapítottuk meg.

**Eredmények:** Az NVS kérdőív kérdéseire adott válaszok alapján a lakosság 17,9%-nak nagy valószínűséggel inadekvát (elégtelen), 28,1%-nak valószínűleg limitált (korlátozott) és 54,0%-nak nagy valószínűséggel megfelelő a funkcionális egészségműveltsége. A BRIEF teszt alapján a válaszadók közel egyharmada került az elégtelen, 35,9%-a a marginális (problémás) és 29,8%-a az adekvát (megfelelő) szubjektív egészségműveltségű kategóriába. Az NVS kérdőívvel mért funkcionális egészségműveltség esélyét növelte a magasabb iskolai végzettség, a kedvezőbb egészségi állapot és az erős társas támasz, ugyanakkor a BRIEF teszttel mért szubjektív egészségműveltség megfelelő mértékének esélyét csak a felsőfokú végzettség emelte. A két különböző teszttel mért eredmények pozitív kapcsolatban voltak egymással, azaz a megfelelő szubjektív egészségműveltség növelte a megfelelő funkcionális egészségműveltség esélyét és fordítva.

**Következtetések:** Mindkét teszt eredményei alapján indokoltnak tartható az egészségműveltséget javító beavatkozások tervezése és kivitelezése a hazai népesség körében. Tekintettel arra, hogy az egészségműveltséget befolyásoló tényezők közül csak az iskolai végzettséggel volt egyértelműen kimutatható kapcsolat, így az egészségműveltséget növelő beavatkozások legfontosabb színterei az iskolák lehetnek. Mivel az eredmények szerint a lakosság közel felének nem megfelelő az egészségműveltsége, ajánlott lenne a felnőtteknek szóló, egészséggel kapcsolatos tájékoztatók és betegeudakációs anyagok vizsgálata, illetve szükség esetén átdolgozása annak érdekében, hogy azokat az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek is megértsék, tartalmukat hasznosítsák. Az eredmények alapján az a megállapítás is felvethető, hogy az egészségműveltség szintje függ attól, hogy milyen eszközt használnak annak mérésére.

#### Summary

**Background:** The concept of health literacy has been in the focus of health care for the past two decades. Several different concepts are known, and accordingly several tests can be used to measure it. In our country, the number of researches in this field has increased in the last few years, therefore the

number of validated questionnaires and representative national surveys is small. Our aim was to provide a reliable estimate of the health literacy in the Hungarian adult population by two frequently used questionnaires.

**Methodology:** Cross-sectional data was collected in 2019 on a sample of 1200 adults, representative of the Hungarian adult population in terms of age, gender and place of residence. Health literacy was assessed by the Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF) and the Newest Vital Sign (NVS). Descriptive analyses were performed on data weighted according to gender, age, and place of residence with the 95% confidence intervals. Determinants of health literacy were investigated with binary logistic regression.

**Results:** According to the NVS tool, 17.9% of respondents had inadequate, 28.1% probably limited, and 54.0% most probably adequate functional health literacy while according to results of the BRIEF scale, 34.3% of respondents had insufficient, 35.9% marginal, and 29.8% adequate health literacy. The odds of adequate functional health literacy measured by NVS increased by higher level of education, favourable health status, and strong social support. However, the odds of adequate subjective health literacy assessed by BRIEF were increased only by higher level of education. The results measured with the two different tests were positively related to each other, i.e. adequate subjective health literacy increased the chance of adequate functional health literacy, and vice versa.

**Conclusions:** Based on the results of both measurements, the conclusion is that interventions would be needed to improve health literacy in the Hungarian adult population. Since only the level of education showed unequivocal positive relationship with health literacy, schools seem to be optimal settings for such interventions. Since, according to the results, the health literacy of nearly half or more of the population is inadequate, it would be recommended that health-related written public messages and patient education materials should be reviewed and rephrased if needed to make them comprehensible and useful even for those with lower educational attainment. Our results suggest that the level of health literacy depends on the instrument used for assessment.

## BEVEZETÉS

Az egészségműveltség (EM) fogalmának meghatározására számos koncepció született (Sørensen és mtsai, 2012; Csizmadia, 2016), amelynek következtében a mérésére is többféle validált teszt került kifejlesztésre. Egy 2014-ben megjelent tanulmány 51 egészségműveltség kérdőívet azonosított, melyek közül 26 szolgált az általános populáció egészségműveltségének mérésére (Haun, Valerio, McCormack, Sørensen és Paasche-Orlow, 2014). A Boston University által fenntartott online „Health Literacy Tool Shed” („Egészségműveltség Szerszámoskamra”) azonban jelenleg már 217 olyan eszközt tart nyilván különféle nyelveken, amelyek validálása legalább 100 fős mintán történt, és az eredmények közlésre kerültek a szakirodalomban (U.S. Department of Health and Human Services, 2022). Az egészségműveltség kérdőíveket többféle szempont szerint lehet csoportosítani, melyek egyike az, hogy az egészségműveltség szintjének becslése önmegítélés alapján, vagyis szubjektív módon történik, vagy adott kérdésekre adott helyes válaszok alapján, tehát

objektív méréssel (Haun és mtsai, 2014). Hazánkban az elmúlt néhány évben megnőtt az egészségműveltség iránti kutatói érdeklődés, de egyelőre kevés a magyar nyelven elérhető validált és publikált kérdőív (Papp-Zipernovszky, Náfrádi, Schulz és Csabai, 2016). Ezen túlmenően az elérhető kérdőívek egy része csak a populáció bizonyos csoportjaiban (Gács, Kun és Koltai, 2019; Horváth, Csányi és Révész, 2021; Nagy, Korom, Hódi és Németh, 2015), vagy az egészségműveltség speciális típusának mérésére (Zrubka és mtsai, 2019) használható.

Európai viszonylatban a teljes felnőtt lakosság körében végzett általános (nem adott témával vagy betegséggel kapcsolatos) egészségműveltséget vizsgáló felmérések közül — kutatásunk időpontját megelőzően — a 2011-es Európai Egészségműveltség Felmérés a legjelentősebb (European Health Literacy Survey, HLS-EU), melyet az Európai Unió nyolc tagállamában végeztek. Ehhez egy, az egészségműveltséget szubjektív szempontból, önmegítéléssel mérő 47 kérdéses eszközt dolgoztak ki. E felmérés eredményei szerint a résztvevő európai országok

lakosságának közel egyötöde a kitűnő, átlagosan csaknem a fele a korlátozott, és körülbelül egyharmada az elégséges szintű egészségműveltség kategóriájába tartozott, viszont az országok között jelentős eltérések voltak (HLS-EU Consortium, 2012). Ugyanezen kérdőívvel négy évvel később hazánkban is megtörtént az adatfelvétel a 16 éven felüliek körében, amely szerint a magyar lakosság egytizedének kitűnő, közel felének korlátozott, kétötödének elégséges szintű egészségműveltsége volt. Ez némileg kedvezőtlenebb eredménynek bizonyult a HLS-EU vizsgálat eredményeihez képest (Koltai és Kun, 2016a). A HLS-EU vizsgálatban a funkcionális egészségműveltséget is mérték az „Átlagos Tápérték Teszt” (*Newest Vital Sign, NVS*) nevű, 2005 óta használatban lévő kérdőív alkalmazásával (Weiss és mtsai, 2005), melynek eredményei alapján a résztvevő országok lakosainak körülbelül fele, míg a magyarok közel kétharmada került a „megfelelő” kategóriába (HLS-EU Consortium, 2012; Koltai és Kun, 2016b). Megjegyzendő, hogy ebben a hazai vizsgálatban az NVS eredeti változatának hazai viszonyokra nem adaptált, lefordított változatát használták. 2015-ben közlésre került egy másik, kisebb felnőtt mintán végzett hazai vizsgálat, melynek célja két egészségműveltség-mérőeszköz adaptációja volt. A „Rövidített Felnőtt Funkcionális Egészség-kompetencia Kérdőív” (S-TOFHLA) magyar változata alapján a válaszadók közel négyötödének adekvát volt a szövegértése és a számolási alapkészsége (Papp-Zipernovszky és mtsai, 2016). Ugyanezen vizsgálatban az előszűrésre alkalmas, egészségügyi alapellátásban ajánlott Chew-teszt magyar nyelvű változatának validálását is elvégezték (Papp-Zipernovszky és mtsai, 2016; Náfrádi, Papp-Zipernovszky, Schulz és Csabai, 2019).

További hazai egészségműveltség-felmérés történt kisebb, reprezentativitásra nem törekvő mintákon (Bánfai-Csonka, Bánfai, Musch, Derzsi-Horváth és Betlehem, 2021) vagy speciális csoportok körében, mint az egyetemi hallgatók (Végh és Bíró, 2018), szülők (Kun, Gács, Benedek, Mészner és Koltai, 2017), a magasvérnyomás-betegséggel élők (Varga, Stromájer-Rácz, Borne-misza, Lukács-Horváth és Csimá, 2021) vagy a krónikus obstruktív légúti betegségben szenvedők (Papp-Zipernovszky, Csabai, Schulz és Varga, 2021).

A fentiek alapján megállapítható, hogy Magyarországon eddig nem történt olyan országos reprezentatív egészségműveltség-felmérés, amelyben hazai viszonyokra adaptált funkcionális és szubjektív egészségműveltséget mérő eszközt is alkalmaztak volna. A célunk az volt, hogy ezt a hiányt pótoljuk, azaz jellemezzük a hazai felnőtt lakosság szubjektív és funkcionális egészségműveltségét.

## MÓDSZERTAN

### Vizsgálati minta és adatgyűjtés

Az adatgyűjtés 2019-ben egy 1 200 fős, a magyar felnőtt lakosságra kor, nem és lakóhely szerinti reprezentatív mintán történt. Az adatok gyűjtését egy közvéleménykutató cég végezte standard módszerrel, négylépcsős véletlen mintavételi eljárással és kérdezőbiztosokkal történő személyes lekérdezéssel, melynek során 2 029 főt kerestek fel. Az adatok feldolgozásakor a népszámlálási adatok alapján négydimenziós súlyozás alkalmazására került sor, amely a nem, az életkor, az iskolai végzettség és a településtípus szerint korrigálta a véletlen mintavételből elkerülhetetlenül adódó kisebb torzulásokat.

A demográfiai (nem, életkor, családi állapot, lakóhely) és társadalmi-gazdasági (iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, önértékelt anyagi helyzet) státuszra vonatkozó kérdéseket az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014-es kérdőívéből vettük át (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], 2014). Az önmegítélés szerinti egészségi állapotot egy 5-fokozatú Likert-skálán (nagyon rossz – nagyon jó) mértük (Robine, Jagger és Romieu, 2002); az észlelt társas támasz mérésére a 3 kérdéses Oslo Social Support skálát használtuk, amin az összpontszám 8 pont alatt gyenge, 9–11 pont között közepes, 12 pont felett erős támasznak minősül (KSH, 2014).

Az egészségműveltség mérésére a Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF) (Haun, Luther, Dodd és Donaldson, 2012) és a Newest Vital Sign (NVS) (Weiss és mtsai, 2005) kérdőívek validált magyar változatait (Mátyás, Vincze és Bíró, 2021) alkalmaztuk. A BRIEF az egészségműveltséget szubjektív megítélés szerint mérő, négy kérdésből álló skála, melynek összpontszáma a kérdé-

sekre adott válaszokhoz rendelt értékek összeadásával kerül meghatározásra (4–20 pont). Az összpontszámból az értékelés során az alábbi kategóriák alakíthatók ki: inadekvát (elégtelen) (4–12), marginális (13–16) és adekvát (megfelelő) (17–20) (Haun és mtsai, 2009, 2012). Az NVS szövegértés és számolási készségek alapján objektíven, feladatokra adott válaszok mentén méri a funkcionális egészségműveltséget. A kitöltőnek egy jégkrémes dobozon látható tápanyagcímké alapján kell megválaszolnia hat kérdést. A helyesen megválaszolt kérdések száma alapján (0–6 pont) a válaszadók három kategóriába sorolhatók: nagy valószínűséggel inadekvát (elégtelen) (0–1 pont), valószínűleg limitált (korlátozott) (2–3 pont) és nagy valószínűséggel megfelelő (4–6 pont) (Weiss és mtsai, 2005).

### Statistikai elemzés

A leíró elemzések a nem, kor és lakóhely szerint súlyozott adatokon történtek a 95%-os megbízhatósági tartományok (MT) megadásával.

Az egészségműveltség determinánsait bináris logisztikus regresszió segítségével határoztuk meg, melyhez az egészségműveltség változót bináris változóvá alakítottuk a két alsó kategória összevonásával (az inadekvát és marginális/limitált kategóriák együtt „nem megfelelő”-nek kerültek átkódolásra, a „megfelelő” kategóriához képest). Az esélyhányadosok (EH) meghatározása során családi állapotra, gazdasági aktivitásra, lakóhelyre, szubjektív anyagi helyzetre korrigáltunk. Az adatelemzés a Stata/IC 16.1 statisztikai program „survey data analysis” moduljával történt.

## EREDMÉNYEK

### A vizsgálati populáció jellemzése

A válaszadási arány 59,1%, a válaszolók átlag-életkora 49,1 év volt (18-96 év; szórás (SD): 17,1 év; 95% MT 47,9-50,3 év). A főbb demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők szerinti megoszlást az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: Szocio-demográfiai jellemzők a súlyozott adatok alapján

		arány (95% MT)
<b>Nem</b>	férfi	46,2% (42,9-49,5)
	nő	53,8% (50,5-57,1)
<b>Családi állapot</b>	nőtlen/hajadon	19,2% (16,4-22,3)
	házas	45,3% (42,1-48,6)
	élettárssal él	8,8% (6,9-11,0)
	elvált	15,1% (13,1-17,4)
	özvegy	11,6% (9,9-13,5)
<b>Lakóhely</b>	község	30,2% (27,3-33,2)
	város	31,4% (28,5-34,5)
	megyei jogú város	21,9% (19,3-24,7)
	Budapest	16,5% (14,3-19,1)
<b>Iskolai végzettség</b>	8 osztály	16,9% (14,7-19,4)
	szakmunkásképző	35,7% (32,7-38,8)
	középiskola érettségivel	30,8% (27,9-33,9)
	főiskola vagy egyetem diplomával	16,6% (14,1-19,5)
<b>Gazdasági aktivitás</b>	aktív	60,6% (57,5-63,7)
	nyugdíjas	28,9% (26,3-31,6)
	inaktív	8,4% (6,6-10,6)
	tanuló	2,1% (1,1-3,9)
<b>Önértékelt anyagi helyzet</b>	rossz/nagyon rossz	20,1% (17,6-22,8)
	megfelelő	53,8% (50,5-57,0)
	jó/nagyon jó	26,1% (23,3-29,2)

Forrás: saját szerkesztés

MT: megbízhatósági tartomány

A válaszadók mintegy tizede (10,3%; 95% MT: 8,6-12,2%) az egészségi állapotát rossznak vagy nagyon rossznak, 31,1% (95% MT 28,3-33,9%) megfelelőnek és 58,7% (95% MT 55,5-61,8%) jónak vagy nagyon jónak minősítette. Az észlelt társas támasz mértéke 17,0% esetében (95% MT 14,7-19,6%) gyenge, 65,4% esetében (95% MT 62,2-68,4%) közepes, 17,6% körében (95% MT 15,2-20,3%) erős volt.

### Az egészségműveltség és meghatározó tényezői

Az NVS kérdéseire adott válaszok alapján a lakosság 17,9%-a nagy valószínűséggel elégtelen, 28,1%-a valószínűleg korlátozott és 54,0%-a nagy valószínűséggel megfelelő funkcionális egészségműveltséggel bír. [2. táblázat] A BRIEF teszt alapján a válaszadók közel egyharmada az elégtelen, 35,9%-a a marginális, és 29,8%-a a megfelelő egészségműveltségi kategóriába került. [2. táblázat]

2. táblázat: A funkcionális és szubjektív egészségműveltség szintje

	Funkcionális egészségműveltség	Szubjektív egészségműveltség
Elégtelen (95% MT)	17,9% (15,5-20,5)	34,3% (31,3-37,4)
Korlátozott (95% MT)	28,1% (25,3-31,1)	35,9% (32,9-39,2)
Megfelelő (95% MT)	54,0% (50,8-57,3)	29,8% (26,9-32,9)

Forrás: saját szerkesztés

MT: megbízhatósági tartomány

A funkcionális egészségműveltség determinánsait vizsgálva, a megfelelő szintű funkcionális egészségműveltség esélyét növelte a magasabb iskolai végzettség, a kedvező szubjektív

egészségi állapot, az erős társas támasz és a megfelelő szubjektív egészségműveltség. [3. táblázat]

3. táblázat: A funkcionális egészségműveltség meghatározó tényezői

Magyarázó változók	EH (95% MT)*	p-érték
Nem (ref: férfi)	1,1 (0,8-1,5)	0,655
Kor (ref: 18-34 év)		
35-64 év	1,4 (0,8-2,2)	0,209
65+ év	1,2 (0,6-2,3)	0,620
Iskolázottság (ref: általános iskola)		
középiskola érettségi nélkül	<b>1,8 (1,2-2,8)</b>	<b>0,010</b>
érettségi	<b>2,1 (1,3-3,3)</b>	<b>0,001</b>
főiskola/egyetem	<b>1,8 (1,0-3,2)</b>	<b>0,038</b>
Szubjektív egészség (ref: rossz/nagyon rossz)		
megfelelő	<b>1,9 (1,1-3,1)</b>	<b>0,023</b>
jó/nagyon jó	<b>1,9 (1,1-3,4)</b>	<b>0,031</b>
Társas támasz (ref: gyenge)		
közepes	0,9(0,6-1,4)	0,650
erős	<b>1,7 (1,0-2,9)</b>	<b>0,043</b>
Szubjektív egészségműveltség (ref: elégtelen)		
korlátozott	1,1 (0,8-1,6)	0,508
megfelelő	<b>2,3 (1,6-3,3)</b>	<b>&lt;0,001</b>

Forrás: saját szerkesztés

\* Családi állapotra, gazdasági aktivitásra, lakóhelyre, szubjektív anyagi helyzetre korrigálva.

A szignifikáns eredményeket félkövérrel szedett p-értékek jelölik. EH: esélyhányados, MT: megbízhatósági tartomány, ref: referencia.

Ugyanezt az elemzést elvégeztük a szubjektív egészségműveltség, mint kimeneti változó esetében és azt találtuk, hogy a megfelelő

szubjektív egészségműveltség esélyét csak a felsőfokú végzettség, valamint a megfelelő funkcionális egészségműveltség emelte. [4. táblázat]

4. táblázat: A szubjektív egészségműveltség meghatározó tényezői

Magyarázó változók	<b>EH (95% MT)*</b>	<b>p-érték</b>
Nem (ref: férfi)	1,1 (0,8-1,5)	0,698
Kor (ref: 18-34 év)		
35-64 év	1,1 (0,7-1,8)	0,808
65+ év	1,1 (0,5-2,2)	0,839
Iskolázottság (ref: általános iskola)		
középiskola érettségi nélkül	1,4 (0,8-2,4)	0,279
érettségi	1,7 (1,0-3,1)	0,058
főiskola/egyetem	<b>2,9 (1,5-5,6)</b>	<b>0,001</b>
Szubjektív egészség (ref: rossz/nagyon rossz)		
megfelelő	1,1 (0,6-2,0)	0,737
jó/nagyon jó	1,5 (0,8-2,9)	0,219
Társas támasz (ref: gyenge)		
közepes	1,2 (0,8-1,8)	0,451
erős	1,0 (0,6-1,8)	0,921
Funkcionális egészségműveltség (ref: elégtelen)		
korlátozott	1,0 (0,6-1,7)	0,944
megfelelő	<b>2,2 (1,4-3,5)</b>	<b>0,001</b>

Forrás: saját szerkesztés

\* *Családi állapotra, gazdasági aktivitásra, lakóhelyre, szubjektív anyagi helyzetre korrigálva.*

*A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve. EH: esélyhányados, MT: megbízhatósági tartomány, ref: referencia.*

## MEGBESZÉLÉS

A funkcionális (objektív) mérés szerint a hazai felnőtt népesség 46,0%-a, önmegítélés szerint 70,2%-a nem megfelelő egészségműveltségű. Ez alapján indokolt az egészségműveltséget javító beavatkozások tervezése és kivitelezése a lakosság széles körében. Az EM determinánsainak logisztikus regressziós vizsgálata szerint az egészségműveltség általunk használt mindkét mércéje pozitív összefüggést mutatott a magasabb iskolai végzettséggel, vagyis az egészségműveltség emelésének kézenfekvő szinterei lehetnének az iskolák. Az itt végzendő munka azonban csak a jövő generációk egészségműveltségét fogja javítani, de nem befolyásolja a népesség felnőtt tagjainak egészségműveltségét. Annak javításához komplex populációs program szükséges, melynek első eleme lehet az egészséggel kapcsolatos írott tájékoztatók, egészségnevelési és betegegyedukációs anyagok felülvizsgálata és szükség esetén átdolgozása annak érdekében, hogy azokat alacsonyabb

iskolai végzettségű személyek is megértsék és tartalmát hasznosítani tudják (Szabó, Bíró és Kósa, 2021).

A befolyásoló tényezők közül csak az iskolai végzettség volt meghatározó tényezője az egészségműveltség mindkét jellemzőjének. A funkcionális egészségműveltség — korábbi kutatások eredményeivel egybehangzóan — a szubjektív egészséggel és a társas támasszal is mutatott összefüggést (Sørensen és mtsai, 2012). A HLS-EU felmérés a társadalmi-gazdasági helyzet több mutatójával igazolt olyan jellegű kapcsolatot (HLS-EU Consortium, 2012; Koltai és Kun, 2016a), hogy az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú személyeknek kedvezőtlenebb az egészségműveltsége.

Ahogy a bevezetésben említettük, eddig viszonylag kevés egészségműveltség-vizsgálat történt hazánkban és azokban sem az általunk használt kérdőívek voltak az adatgyűjtés eszközei, ezért eredményeink csak korlátozottan

vethek össze a korábbi magyarországi kutatásokkal. A 2015-ös országos adatgyűjtés keretében az NVS kérdőív magyarra fordított, de hazai viszonyokra nem adaptált változatát használták, amely kedvezőbb eredményt mutatott (a jelen vizsgálatban azonosított 54%-kal szemben 69% tartozott a megfelelő egészségműveltségűek kategóriájába). Ez részben magyarázható lehet az eltérő kérdőívvel; illetve, ahogy arra a szerzők is utaltak, vizsgálatukban a kérdezőbiztosok tudták a helyes válaszokat, ami torzíthatta a válaszadást (Koltai és Kun, 2016b). Tendenciájában hasonló különbség volt megfigyelhető a két vizsgálat eredményei között a szubjektív egészségműveltség esetében is (Koltai és Kun, 2016a), de mivel a használt kérdőívek jelentősen eltértek, ezért ezen eredmények összevetése módszertanilag még kevésbé megalapozott.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Az egészségműveltség javítását célzó programok tervezéséhez fontos lenne megvizsgálni, hogy a funkcionális EM determinánsaként azonosított társas támaszt hogyan lehetne

hasznosítani. Különböző közösségi programok megfelelő keretet adhatnának az ismeretek bővítésére és a társas támasz erősítésére (Geboers, Reijneveld, Koot és de Winter, 2018), vagy egészség-mediátorok segíthetnének hátrányos helyzetű rétegek elérésében, edukálásában, adott esetben akár az egészségügyi ellátórendszerrel való kommunikációban is. A társas környezet, mint a tudás-konstrukció egyik meghatározó tényezője azonosítható volt pl. szívbetegséggel született gyermekek szülei körében a témaspecifikus egészségműveltség egyik kontextuális elemeként (Nikolaidou és Bellander, 2020).

Eredményeinkből az is kitűnik, hogy az egészségműveltség szintjére vonatkozó eredményeket befolyásolja a vizsgálatban alkalmazott mérőeszköz. Jelen vizsgálatunkban az NVS és a BRIEF tesztekkel mért egészségműveltség megfelelő szintjén lévők aránya közt 24% eltérés volt. Ebből következően az egészségműveltség-felmérésekben a célok pontos meghatározását követően, az egyes mérőeszközök közötti konceptuális különbségek figyelembe vételével kell kiválasztani a célokhoz illeszkedő megfelelő eszközt.

*A bemutatott kutatást a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.*

## HIVATKOZÁSOK

- Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Musch, J., Derzsi-Horváth, M., és Betlehem, J. (2021). Sürgősségi osztályos megjelenés és az egészségértés kapcsolata. *Egészségfejlesztés*, 62(2), 49–59. <https://doi.org/10.24365/ef.v62i2.6003>
- Csizmadia, P. (2016). Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés*, 57(3), 41–44. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i3.68>
- Gács, K. Zs., Kun, E., és Koltai, J. A. (2019). Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok. *Egészségfejlesztés*, 60(5), 122–134. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v60i5.429>
- Geboers, B., Reijneveld, S. A., Koot, J., és de Winter, A. F. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: The development of a health literacy intervention model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1268. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061268>
- Haun, J., Luther, S., Dodd, V., és Donaldson, P. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: Implications for assessment selection in research and practice. *Journal of Health Communication*, 17(Suppl 3), 141–159. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712615>
- Haun, J., Noland Dodd, V., Varnes, J., Graham-Pole, J., Rienzo, B., és Donaldson, P. (2009). Testing a health literacy screening tool: Implications for utilization of a BRIEF health literacy indicator. *Federal Practitioner*, 26, 24–31.
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., és Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19(Suppl 2), 302–333. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936571>

- 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).
- Horváth, C., Csányi, T., és Révész, L. (2021). Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja. *Egészségfejlesztés*, 62(4), 4–12. <https://doi.org/10.24365/ef.vi.6666>
- Koltai, J., és Kun, E. (2016a). A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, 57(3), 3–20. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i3.62>
- Koltai, J., és Kun, E. (2016b). Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban [The practical measurement of health literacy in Hungary and in international comparison]. *Orvosi Hetilap*, 157(50), 2002–2006. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30563>
- Központi Statisztikai Hivatal. (2014). *Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014 - kérdőív*. Budapest. [http://www.ksh.hu/elef/archiv/2014/pdfs/elef2014\\_kerdoiv.pdf](http://www.ksh.hu/elef/archiv/2014/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf) [Elérve: 2022. 05. 01.].
- Kun, E., Gács, Zs., Benedek, A., Mészner, Zs., és Koltai, J. (2017). A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig. *Egészségfejlesztés*, 58(4), 10–19. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i4.186>
- Náfrádi, L., Papp-Zipernovszky, O., Schulz, P. J., és Csabai, M. (2019). Measuring functional health literacy in Hungary: Validation of S-TOFHLA and Chew screening questions. *Central European Journal of Public Health*, 27(4), 320–325. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4885>
- Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á. B., és Németh, M. (2015). Az egészségműveltség online mérése. In: Csapó B. és Zsolnai A. *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában*. (pp. 147-177). Oktatókutatató és Fejlesztő Intézet.
- Mátyás, G., Vincze, F., és Bíró, É. (2021). Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán [Validation of health literacy questionnaires in Hungarian adult sample]. *Orvosi Hetilap*, 162(39), 1579–1588. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32212>
- Nikolaidou, Z., és Bellander, T. (2020). Health literacy as knowledge construction: learning about health by expanding objects and crossing boundaries in networked activities. *Learning, Culture and Social Interaction*, 24, 100256. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2018.11.003>
- Papp-Zipernovszky, O., Csabai, M., Schulz, P. J., és Varga, J. T. (2021). Does health literacy reinforce disease knowledge gain? A prospective observational study of Hungarian COPD patients. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), 3990. <https://doi.org/10.3390/jcm10173990>.
- Papp-Zipernovszky, O., Náfrádi, L., Schulz, P. J., és Csabai, M. (2016). "Hogy minden beteg megértse!" - Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon ["So that each patient may comprehend": measuring health literacy in Hungary]. *Orvosi Hetilap*, 157(23), 905–915. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30412>
- Robine, J. M., Jagger, C., és Romieu, I. (2002). *Selection of a coherent set of health indicators for the European Union. Phase II: final report*. Euro-REVES.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., és European Health Literacy Project Consortium (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Szabó, P., Bíró, É., és Kósa, K. (2021). Readability and comprehension of printed patient education materials. *Frontiers in Public Health*, 9, 725840. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.725840>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2022, április). *Health Literacy Tool Shed*. Healthliteracy.bu.edu. <https://healthliteracy.bu.edu/all>
- Varga, B., Stromájer-Rácz, T., Bornemisza, Á., Lukács-Horváth, M., és Csima, M. (2021). Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 17–26. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v62i1.618>
- Végh, B. és Bíró, É. (2018). Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata. *Egészségfejlesztés*, 59(6), 3-13. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v59i6.357>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., és Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>



Zrubka, Z., Hajdu, O., Rencz, F., Baji, P., Gulácsi, L., és Péntek, M. (2019). Psychometric properties of the Hungarian version of the eHealth Literacy Scale. *The European Journal of Health Economics*, 20(Suppl 1), 57–69.  
<https://doi.org/10.1007/s10198-019-01062-1>

### **Információk a szerzőkről**

#### **Bíró Éva**

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen

[biro.eva@med.unideb.hu](mailto:biro.eva@med.unideb.hu)

#### Szabó Pálma

Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola, Debrecen; Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen; Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sürgősségi Orvostani Tanszék, Debrecen

#### Kósa Karolina

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

Copyright © 2022 Bíró Éva, Szabó Pálma Tímea, Kósa Karolina. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

### **Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből**

[Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata](#)

[Ismeretetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek \(„miért”\), irányok \(„mit”\) és hangszínek \(„hogyan”\)](#)

[A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

[Az egészségműveltség definíciói](#)