

Páciensközpontú dietetikai ellátás: akadályok és lehetőségek

Egy kvalitatív vizsgálat tanulságai

Szűcs Zsuzsanna^{1, 2} ■ Horkai Anita dr.³
Ercsey Ida dr.⁴ ■ Feith Helga Judit dr.³

¹Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Egészségtudományi Tagozat, Budapest

²Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest

⁴Széchenyi István Egyetem, Marketing és Menedzsment Tanszék, Szeged

Bevezetés: A krónikus, nem fertőző betegségek dietoterápiája az életmódkezelés fontos része. A dietetikai intervenció eredményességét ugyanakkor nagymértékben befolyásolja a páciensek egészségműveltsége.

Célkitűzés: Kutatásunk célja az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás értelmezésében, az egészségműveltség alapján megfigyelhető sajátosságok feltárása volt a dietetikusi tevékenység hatékonyságának növelésére. A krónikus, nem fertőző betegségek társadalmi és gazdasági terheinek csökkentésében a WHO elsődleges beavatkozási pontként a megelőzhető rizikófaktorok csökkentését jelöli meg. A modern egészségügyi szemléletben kiemelt szerepet kap a betegközpontú ellátás, amely a páciensek egyéni szükségleteit, életmódját és motivációit figyelembe véve segíti elő a prevenciót és növeli az életmód-terápia hatékonyságát.

Minta és módszer: A kutatás kvalitatív módszertani megközelítésen alapult, fókuszcsoporthozos interjúk alkalmazásával. Négy, 6 fős (n = 24) online fókuszcsoporthozos interjú készült. A résztvevők 58%-a nő (14 fő) és 42%-a férfi (10 fő); átlagéletkoruk 50,1 év volt. A résztvevők kiválasztását kvantitatív felmérés előzte meg a HLS-EU47 kérdőív alkalmazásával, amelynek során alacsony, illetve normál egészségműveltségű csoportokat alakítottunk ki a nemzetközileg validált küszöbértékek mentén. A beszélgetések hanganyagait és azok leíratait csoportonként, tematikus egységek szerint elemeztük, multikódolt szisztematikus adatfeldolgozást alkalmazva. A kódolás, elemzés és adatvizualizáció során az NVivo14, valamint a SmartDraw szoftvereket használtuk.

Eredmények: A normál és alacsony egészségértésű csoportok életmódja, viselkedése, törekvései alapján eltérő karaktercsoportok különíthetők el. A jobb egészségértés az egészségmegőrzést segítő megküzdési stratégiákkal párosult. Az OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismertsége mérsékelt (33,3%), különösen az alacsony egészségértésű csoportokban (16,6%). Nehézséget okoz – alacsony egészségműveltség esetén különösen – a sok egészséginformáció közötti navigáció. Egy ideális táplálkozási tanáccsal kapcsolatban a résztvevők kiemelték a hiteles információforrás fontosságát, azonban táplálkozási kérdésekkel elsősorban az internet, a közösségi média felé fordulnak, csak kialakult betegség esetén kéri szakember segítségét. Az ajánlásokat személyes szokásaik, meggyőződésük alapján ítélik meg, ezek tükrében „korrigálják”.

Következtetés: Az alacsony egészségműveltség jelentős akadálya lehet a hatékony dietetikai intervencióknak. A jövőben elkerülhetetlen az egészségügyi kommunikáció, például a táplálkozási ajánlások célzott fejlesztése, az alacsony egészségműveltségű csoportok irányított támogatása, mint a táplálkozási kompetenciák fejlesztése, a személyre szabott, páciensközpontú dietetikai tanácsadás hatékonyságának növelésére.

Orv Hetil. 2026; 167(24): 952–964.

Kulcsszavak: egészségműveltség, dietetikai tanácsadás, OKOSTÁNYÉR®, betegközpontú ellátás

Patient-centered dietary care: obstacles and opportunities

Lessons from a qualitative study

Introduction: Chronic, non-communicable diseases accounted for 74% of deaths worldwide in 2024, representing a significant social and economic burden. The WHO identifies reducing preventable risk factors as a primary intervention point. Patient-centered care plays a prominent role in modern healthcare, promoting prevention and increasing the effectiveness of lifestyle therapy by taking into account the individual needs, lifestyle, and motivations of patients.

Nutritional guidelines play a crucial role in prevention and medical nutrition therapy. However, the effectiveness of personalized dietary care is greatly influenced by the health literacy of the population.

Objective: Our research aimed to explore the characteristics that emerge in the interpretation of the OKOSTÁNYÉR® nutritional recommendations based on health literacy. Medical nutrition therapy is an important part of lifestyle management for chronic, non-communicable diseases. However, the effectiveness of such interventions is greatly influenced by patients' health literacy. Our research aimed to explore observable characteristics based on health literacy in the interpretation of the OKOSTÁNYÉR® dietary recommendations, with the goal of increasing the effectiveness of dietetic practice.

Sample and method: The research was based on a qualitative methodological approach, using focus group interviews. Four online focus group interviews were conducted with 6 participants each (N = 24). 58% of the participants were women (14 people) and 42% were men (10 people); their average age was 50.1 years. A quantitative survey using the HLS-EU47 questionnaire was conducted prior to the selection of participants, during which groups with low and normal health literacy were formed based on internationally validated cut-off scores. The selection of participants was preceded by a quantitative survey, on the basis of which groups with low and normal health literacy were formed. The audio recordings and transcripts of the discussions were analyzed by group and thematic unit, using multi-coded systematic data processing. Coding, analysis, and data visualization were supported by NVivo14 and SmartDraw softwares.

Results: Based on the lifestyles, behaviors, and aspirations of individuals with normal and low health literacy, distinctly different character groups can be identified. Higher health literacy is linked to coping strategies that support health maintenance. Awareness of the OKOSTÁNYÉR® recommendation is moderate (33.3%), particularly among those with low health literacy (16.6%). Navigating the vast amount of health information available can be challenging, especially for individuals with low health literacy. When it comes to ideal nutritional advice, participants highlighted the importance of reliable sources, however, they primarily rely on the internet and social media for answers to their nutritional questions, only seeking professional help when a health issue has already been established. They assess recommendations based on their personal habits and beliefs, often modifying them accordingly.

Conclusion: Low health literacy can pose a significant barrier to effective dietary interventions. In the future, it will be essential to improve health communication, for example, by developing targeted nutritional recommendations and providing guided support to groups with low health literacy, such as developing nutritional competencies and increasing the effectiveness of personalized, patient-centered dietary counselling.

Keywords: health literacy, nutritional counselling, OKOSTÁNYÉR® (Smart Plate), patient-centered care

Szűcs Zs, Horkai A, Ercsey I, Feith HJ. [Patient-centered dietary care: obstacles and opportunities. Lessons from a qualitative study]. Orv Hetil. 2026; 167(24): 952–964.

(Beérkezett: 2026. február 17.; elfogadva: 2026. március 20.)

Rövidítések

CAWI = (computer-assisted web interviewing) online kérdező-si módszer; EU = Európai Unió; FBDG = (food-based dietary guidelines) étel-miszer-alapú táplálkozási ajánlások; HLS-EU47 = (Health Literacy Survey – European Questionnaire 47) az európai lakosság egészségműveltségének (egészségértésének) mérésére kifejlesztett 47 kérdéses, nemzetközileg validált, átfogó kérdőív; MDOSZ = Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége; NCP = (nutrition care process) táplálkozási intervenció; OKOSTÁNYÉR® = táplálkozási ajánlás a hazai lakosság számára

Korunk legnagyobb népegészségügyi kihívását a krónikus, nem fertőző betegségek jelentik, amelyek 2024-ben világszerte mintegy 41 millió áldozatot szedtek – ez a globális mortalitás 74%-a. E halálesetek közül több mint 15 millió 30 és 69 éves kor között következett be. A legnagyobb a szív- és érrendszeri betegségek életvesztesége volt, ezt követik a daganatos megbetegedések, a légzőszervi kórképek és a diabetes [1]. Ezek a kórképek a globális trendekhez hasonlóan hazánkban is jelentős

mértékben járulnak hozzá az egészségvesztésekhez [2]. A krónikus, nem fertőző betegségek etiológiája vegyes: genetikai, fiziológiai, környezeti, valamint viselkedési tényezők – mint az egészségtelen táplálkozás –, illetve metabolikus eltérések – mint az elhízás – együttes eredményeként alakulnak ki. Az egészséggazdasági, társadalmi terhek enyhítésére az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a rizikófaktorok csökkentését jelölte ki elsődleges beavatkozási pontként [1].

Az étel-miszer-alapú táplálkozási ajánlások (food-based dietary guidelines, a továbbiakban: FBDG) – melyeket hazánkban az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási útmutató [2] testesít meg – célja, hogy populációs szinten biztosítsák az optimális energia- és tápanyagfelvételt azáltal, hogy az étel-miszer-választással, az étel-miszer-csoportokkal és a táplálkozási mintázatokkal kapcsolatos gyakorlati tanácsokkal az egészségesebb táplálkozási szokások felé terelik a lakosságot. A táplálkozási ajánlások a dietetikai intervenció alapelemei, amelyek több támadásponton, a lakosság oktatásán, a nemzeti népegészségügyi programokon, valamint az étel-miszer-környezet modulálása

révén is képesek hozzájárulni a krónikus, nem fertőző betegségek rizikójának mérsékléséhez, illetve azok dietoterápiájához [3, 4].

Figyelembe véve ugyanakkor az egyének táplálkozási igényei között megfigyelhető jelentős diverzitás, a szakmai irányelvek az individuális dietoterápiás megközelítések fontosságát hangsúlyozzák, amelyek elengedhetetlen feltétele az egyéni preferenciák, szükségletek és értékek felmérése és figyelembevétele. A betegközpontú ellátási forma (patient-centered care) ezekre reagál, valamint biztosítja, hogy az egyén értékei vezéreljenek minden klinikai döntést a dietetikai ellátás során is [5].

Az egészségműveltség, vagyis az egészséggel – például az egészséges táplálkozással – kapcsolatos információk megszerzésének, megértésének, feldolgozásának és alkalmazásának egyéni képessége ugyanakkor alapjaiban határozza meg a táplálkozási intervenciók hatékonyságát [6]. A jobb egészségértés szorosan összefügg a pozitív megküzdési mechanizmusok alkalmazásával, mint például az aktív problémamegoldás, a támogatás keresése és a reziliencia, amelyek javítják az általános egészségi állapotot és az életminőséget [7]. A hazánkban végzett egészségműveltséget vizsgáló kutatások [8–12] eredményei alapján valószínűsíthető, hogy a dietetikai intervenció célpopulációjának jelentős része csupán segítséggel képes a kapott tájékoztatást, utasítást, például a helyes étrendre vonatkozó előírásokat megfelelően értelmezni és azok alapján cselekedni. Az alacsony egészségműveltség összefüggésbe hozható a kórházi és sürgősségi ellátás gyakoriságának növekedésével és a megelőző intézkedések alacsonyabb szintű alkalmazásával, ezáltal növeli az egészségügyi kiadásokat. Egy, az Egyesült Államokban végzett kutatás [13] szerint az alacsony egészségértésből adódó többletköltségek az éves egészségügyi ellátás teljes költségének 3–5%-át teszik ki.

A terápiás végpontok és az életminőség szempontjából is kedvező betegközpontú ellátás a páciens önmenedzselési képességének, kompetenciájának fejlesztésén alapul [14]. Ehhez elengedhetetlen, hogy az egészségügyi

szakemberek, köztük a dietetikusok, megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek a lakosság egészségműveltségéről, valamint hatékony, a célcsoport sajátosságaira szabott kommunikációs eszközökkel adják át a táplálkozásterápiára vonatkozó üzeneteket.

Kutatásunk célja az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás érthetőségének vizsgálata, az értelmezés korlátaival, valamint az értelmezést megkönnyítő lehetséges eljárásoknak, kiegészítéseknek a feltérképezése volt a mélyebb összefüggések, a belső kontextus és annak magyarázatai feltárására alkalmas kvalitatív kutatási módszerrel. Az egészségtudományok területén is széles körben alkalmazott módszertan [15] a leginkább alkalmas a szubjektív és objektív valóságok egymásra hatásának vizsgálatára, a többirányú ok-okozati viszonyok feltárására és javaslatok keresésére [15]. A fókuszcsoportos módszer lehetővé teszi a résztvevők tapasztalatainak, attitűdjeinek és értelmezéseinek feltárását, különös tekintettel a csoportos interakciók során kialakuló jelentéskötési folyamatokra. A módszer különösen alkalmas feltáró jellegű vizsgálatok esetén, amikor a kutatási téma komplex, és a társas diskurzus meghatározó szerepet játszik a vélemények formálódásában [16, 17]. A szakirodalom kiemeli az online és hibrid fókuszcsoportos interjúk növekvő szerepét, különösen az egészség- és társadalomtudományi kutatásokban. Az online környezet lehetőséget teremt a nehezen elérhető populációk bevonására, ugyanakkor új módszertani és etikai kihívásokat is felvet, például a technológiai hozzáférés, az adatbiztonság és a csoportdinamika kontrollja terén [18–20].

Módszer

A kutatás kvalitatív módszertani megközelítésen alapult, fókuszcsoportos interjúk alkalmazásával.

Vizsgálatunkban 2023. szeptember 19-én és 20-án két-két (összesen négy) 6 fős csoporttal készült online interjú, mely létszám a szakirodalmi ajánlásoknak [19–21] megfelelő. Az interjúalanyok kiválasztása egy kérdő-

1. táblázat | A fókuszcsoportok jellemzői és összetétele

n = 24	A1 csoport	A2 csoport	N1 csoport	N2 csoport
Az adatfelvétel időpontja	2023. 09. 19.	2023. 09. 20.	2023. 09. 19.	2023. 09. 20.
A nemek megoszlása	4 nő 2 férfi	3 nő 3 férfi	3 nő 3 férfi	4 nő 2 férfi
Társadalmi aktivitás	3 nyugdíjas (köztük egy leszázalékolt) 3 aktív	1 nyugdíjas 5 aktív	1 nyugdíjas 5 aktív	1 nyugdíjas 5 aktív
Korcsoport	38–65 év	24–67 év	29–73 év	35–70 év
Földrajzi lokáció	Budapest, budapesti agglomeráció, kelet-magyarországi város, nyugat-magyarországi város	Budapest, budapesti agglomeráció, kelet-magyarországi város, dunántúli megyeszékhely	Budapest, budapesti agglomeráció, kelet-magyarországi város, nyugat-magyarországi város	Budapest, budapesti agglomeráció, kelet-magyarországi város, dunántúli megyeszékhely
Az interjú hossza	1 óra és 28 perc (összesen 88 perc)	1 óra és 25 perc (összesen 85 perc)	1 óra és 43 perc (összesen 103 perc)	1 óra és 27 perc (összesen 87 perc)

2. táblázat | A fókuszcsoporthoz beszélgetések vezérfónala

I. Betegségek megelőzésére vonatkozó kérdések	- Beszéljessünk a betegségek kialakulásának megelőzéséről. Ha ezt mondom, hogy betegségek megelőzése, akkor mi jut erről eszükbe? Milyen érzések, gondolatok? - Amikor betegségek megelőzésére gondolnak, akkor általánosságban gondolnak erre, vagy konkrétan egy-egy betegség megelőzése jut eszükbe? Miért? - Mit gondolnak, a mindennapokban milyen tevékenységeket, dolgokat tesznek a betegségek megelőzésére? Gondolják végig, szedjük össze! Miért ezek? - Mit gondolnak, a betegségeket meg lehet-e előzni, vagy előbb-utóbb bekövetkeznek, elkerülhetetlenek, hiába teszünk meg mindent? Miért? - Mit gondolnak, mit lehet/lehetne tenni a mindennapokban a betegségek megelőzésére? Szedjük össze! Miért ezeket? Honnan tudják, hogy ezekkel a tevékenységekkel, dolgokkal meg lehet előzni egy-egy betegséget? - Ha egy 5 fokú skálán jellemezni kellene magukat, hogy mennyire fontos az, hogy megelőzzék a betegségek kialakulását, vagyis az egészségmegőrzést, ahol az 1: egyáltalán nem fontos, az 5: teljes mértékben fontos, akkor hányasra értékelnék magukat? Miért? - Mit gondolnak, mi minden, milyen tényezők járulhatnak hozzá a leginkább az egészségmegőrzéshez? Miért? - Hogyan látják, a táplálkozásunknak milyen szerepe lehet ebben? Miért? Mit gondolnak, a táplálkozásnak mekkora szerepe van az egészségmegőrzésben? Ha az egészségmegőrzést tortaként képzelik el, akkor mekkora szeletet tesz ki ebben a táplálkozás?
II. Táplálkozásra vonatkozó kérdések	- Amikor a táplálkozásra gondolnak az egészségmegőrzés tükrében, ekkor mire gondolnak pontosabban (alkalmak, rendszeresség, hideg/meleg étkezések arányai, élelmiszerek minősége, bio/nem bio, étkezések összetétele stb.)? Miért? - A táplálkozás terén milyen elveik vannak, mire figyelnek oda? Miért? - Mit jelent Önöknek az a fogalom, hogy egészséges táplálkozás? Szedjük össze!
II.1. Projektív kérdések az egészséges táplálkozásra vonatkoztatva	- Képzeljék el az egészségesen táplálkozó embert: ki ő? (Életkor, foglalkozás, lakóhely, családi, gazdasági státusz, életstílus, életmód, sport.) Hogyan táplálkozik a mindennapokban? Mire figyel oda? Mi a fontos számára? Mi a célja az egészséges táplálkozással? Követ-e valamilyen diétát? Előfordulhat, hogy szakemberhez fordul segítségért, tanácsért? Kihez? Miért hozzá? Hogyan tájékozódik az egészséges táplálkozásról? Miért? - Most, hogy elképzeltük az egészségesen táplálkozó embert, szeretném megismerni: hogyan viszonyulnak ehhez az emberhez? Milyen érzések, gondolatok kapcsolódnak ehhez az emberhez? Mennyire érzik elérhetőnek az ő életstílusát, életmódját? Mennyire érzik, hogy tudnának hasonlóan élni? Miért igen/nem?
II.2. Az egészséges táplálkozás megvalósíthatósága	- Mit gondolnak, mi a jó abban, ha egészségesen táplálkozunk? Mi az erőssége? Miért? - Mit gondolnak, mi a gyengesége, hátránya az egészséges táplálkozásnak? Van ilyen oldala? Miért? - Milyen tényezők segítik az egészséges táplálkozás megvalósítását? Melyek akadályozzák? Miért? - Mit gondolnak, az emberek mikor, milyen helyzetekben kezdenek jobban odafigyelni a táplálkozásukra, annak egészséges oldalára? Miért? - Mit gondolnak, egy átlagos ember mennyire képes, tudja megvalósítani az egészséges táplálkozást mindennapokban? Miért igen/nem? A lefestett képek közül melyikhez állnak közelebb? Miért? - Mit gondolnak, mi minden kellene ahhoz, hogy lakossági szinten egészségesebben együnk, táplálkozzunk? Miért? - Mit gondolnak, hogyan, miként lehetne az embereket segíteni abban, hogy egészségesebben egyenek, táplálkozzanak? - Önöket hogyan, miként lehetne segíteni? Mennyire fogadnák meg ezeket a javaslatokat a mindennapokban? Miért igen/nem? - Hogyan látják, mi az, amit könnyű lenne megfogadni/megvalósítani? Miért? - Mi az, amit nehezebb megfogadni/megvalósítani? Miért? Ezeken a területeken hogyan lehetne segíteni, támogatni az embereket? Miért?
II.3. Információszerzés, hitelesség	- Tájékozódottak az elmúlt időszakban (1–2 év) a táplálkozással kapcsolatban? És az egészséges táplálkozással kapcsolatban? Manapság a táplálkozással kapcsolatban milyennek találják a tájékozási lehetőségeket? - Milyennek találják az információhoz jutás lehetőségét? Mennyire nehéz vagy könnyű ma táplálkozással kapcsolatos információkhoz, tanácsokhoz jutni? Miért? - Mennyire érzik soknak, kevésnek vagy épp megfelelőnek az elérhető táplálkozási információk mennyiségét? - Mennyire érzik hitelesnek az elérhető táplálkozási információkat? - Hogyan, mi alapján döntenek el, hogy melyik táplálkozási információ hiteles, és melyik nem? - Önök hová fordulnak elsősorban, ha a táplálkozásukkal kapcsolatban kérdéseik vannak? - Kaptak-e már valaha táplálkozási tanácsot? Ha igen, kitől? Mennyire tudták alkalmazni? Ha igen, miért, ha nem, miért nem? - Mi segítené az Önök számára a tanácsok megértését, alkalmazását? - Milyen lenne egy ideális táplálkozási tanács/tanácsadás: hol, milyen formában, kitől/mitől, milyen rendszerességgel, mire terjed ki, célok és azok megvalósulásának becslése, mi az, amibe belefognának, mi az, amitől tartózkodnának, miért?

2. táblázat folyt.

III. A felnőtteknek szóló Okostányér® ajánlással kapcsolatos kérdések	- Hallottak már az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlásról? Mit hallottak róla? - Mit tudnak felidézni belőle? (Itt megmutatjuk a képet.) - Mi tetszik benne? - Mi az, ami nem tetszik benne? Miért? - Mit akar ez az elképzelés elmondani? Miért? - Mennyire tekintik érthetőnek, könnyen megvalósíthatónak? Miért igen/nem? - Mennyire egyedi, újszerű ez a megközelítés? Miért? - Kiknek szól: nem, kor, foglalkozás, életstílus, életmód, iskolai végzettség, lakóhely alapján hogyan képzelik, kiknek szól ez az elképzelés? Miért? - Relevancia: nekik mennyire szól? Miért? - Hol, milyen csatornán találkozhatnak ezzel az elképzeléssel? Hol lenne hihető, ösztönző, ha szembejönne ez az elképzelés? - Mit gondolnak, mennyire lenne könnyű ez alapján összeállítani egy napi étrendet? Miért igen/nem? Mi kellene ahhoz, hogy napirendjük részévé váljon ez az elképzelés, az itt leírtak? Miért? - Javaslatok: mit kellene másképp mondani, mutatni számukra, hogy vonzóvá váljon ez az elképzelés? Miért?
IV. Javaslatok, jövőkép, ideális ajánlási forma megfogalmazása	- Beszélgettünk arról, hogy milyennek tartják a táplálkozási ajánlás jelen formáját. Most beszélgettünk a jövőről. - Mi lenne számukra az ideális ajánlási forma? Mit változtatnának a képi megjelenítésén? - Önök szerint mi lenne a leginkább ideális módja a táplálkozási tanácsok megfogalmazásának? - Milyen formában lenne ez a legkönnyebben használható, megérthető, alkalmazható?
V. Lezárás	- Van-e esetleg valamilyen észrevételük, megjegyzésük, ami a beszélgetés alatt nem került szóba, de még a témához tartozik? - A beszélgetés lezárása, köszönetnyilvánítás.

íves kvantitatív vizsgálat [22] eredményein alapult, amelynek elsődleges célja a válaszadók szegmentálása volt az egészségértési indexük alapján. A kvantitatív kutatás a magyar felnőtt lakosságra életkor, nem és lakóhely szerint reprezentatív mintán (N = 500), a HLS-EU47 validált kérdőívvel zajlott. A keresztmetszeti, véletlenszerű adatgyűjtés a CAWI módszerével valósult meg. Az egészségműveltséget három különböző szempontból mértük fel: 1) egészségügyi rendszerrel kapcsolatos, 2) betegségmegelőzés, valamint 3) egészségfejlesztés alindexeket mérő skálákkal. Az egészségműveltségi indexek meghatározásakor a nemzetközileg validált küszöbértékeket vettük figyelembe. Az összesített egészségértési index alapján két nagy csoportot határoltunk el: az egyik az alacsony egészségértéssel bírók csoportja, a másik pedig a normál egészségértéssel rendelkezők csoportja. Mindkét sokaságból a kvantitatív kutatás során aktivitást mutató és a fókuszcsoportos beszélgetésen önkéntes részvételi szándékat jelző válaszadók közül történt a résztvevők toborzása. Így két 6-6 fős csoport alakult az alacsony egészségértési indexű (A1 és A2) és két 6-6 fős csoport a normál egészségértési indexű (N1 és N2) válaszadókból. A fókuszcsoportos interjúk során megkérdezett alanyok száma összesen 24 fő volt. A résztvevők 58%-a nő (14 fő) és 42%-a férfi (10 fő); átlagéletkoruk 50,1 év volt. A csoportok összeállításakor törekedtünk a heterogén csoportalakításra nemek, korcsoportok, aktivitás, földrajzi lokáció alapján (Budapest, Kelet-Magyarország, Nyugat-Magyarország). A csoportok összetételében nem volt aránytalanság sem a nemek, sem a korcsoportok tekintetében. A fókuszcsoportok jellemzőit és összetételét az 1. táblázat, míg a beszélgetések során alkalmazott forgatókönyvet a 2. táblázat foglalja össze.

A beszélgetés elsődleges célja az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás érthetőségének vizsgálata volt. Az adatgyűjtés félig strukturált interjúvázat alapján zajlott. Az interjúk nyitó kérdésekkel indultak, amelyeket a kutatási kérdésekhez kapcsolódó tematikus kérdések követtek, majd a moderátor által alkalmazott mélyítő és pontosító kérdések egészítették ki. A fókuszcsoportos beszélgetéseket tapasztalt moderátor vezette, aki biztosította a beszélgetés folyamatosságát, a témán belüli fókusz megtartását, valamint azt, hogy minden résztvevő lehetőséget kapjon véleménye kifejtésére. Az interjúk időtartama 85 és 103 perc között változott, mely megfelel a módszertani ajánlásoknak [19–21].

A fókuszcsoportos beszélgetések hanganyagainak és leiratainak elemzése csoportonként és tematikus egységek szerint történt multikódolt szisztematikus adatfeldolgozást alkalmazva. [23, 24]. Ez a megközelítés lehetővé tette a táplálkozáshoz kapcsolódó attitűdök, hiedelmek, vélekedések árnyaltabb, többdimenziós elemzését. Az adatfeldolgozás három fő lépésben valósult meg:

1) szöveges adatkorpusz előállítás, amely a beszélgetések szöveges leiratának felelt meg;

2) kódolás, amely – tekintettel arra, hogy a beszélgetés leirata és teljes hanganyaga egyaránt rendelkezésre állt – manuálisan történt, érvényesítve a metakommunikációs elemek (például hanglejtés, ironia megjelenése, szünetek) hatását is a szöveges tartalomra. A hanganyag és a leirat összevetése (adattisztítás) után megvalósult a beszélgetések vegyes (induktív és deduktív), nyílt kódolása. A kódok összevonása és finomítása után azonosítottuk a kulcstémákat, attitűdöket, hiedelmeket, a megjelenő szimbólumokat a tematikus beszélgetések egészén, ame-

lyek a kulturális kontextus ismerete mentén értelmezhetők. Ezek összevonásából alakítottuk ki a detektált viselkedésmintákkal leírható karaktercsoportokat;

3) szövegelemzés a létrehozott kódhierarchia mentén az NVivo 14 adatelemző szoftver (Lumivero, Denver, CO, USA) segítségével, amely a manuális kódolási szisztema ellenőrzésére szolgált.

A kódolás mind a négy fókuszcsoport esetében külön történt, majd összehasonlítottuk és kiegészítettük az azonos egészségértési indexű csoportok eredményeit, végül az eltérő egészségértési indexű csoportok eredményeinek összevetésével valósult meg az eltérések és a hasonlóságok mintázatainak feltárása. A szövegeket a beszélgetés 4 fő tematikus egysége (betegségek megelőzése, egészséges táplálkozás és információszerzés erről a témáról, OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás, javaslatok, jövőkép) mentén önállóan kódoltuk, megkerestük a kapcsolódási pontokat, feltártuk a szövegek jelentésrétégeit.

Az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlással kapcsolatos kérdéseket önálló tematikus egységként, az előzőekben részletezett kódolási metodikával dolgoztuk fel. Az OKOSTÁNYÉR® ajánlással kapcsolatban elsősorban az ismertség és az alkalmazhatóság változóihoz rendeltük a kódokat. Az elemzés kitért a nyelvhasználatra, a nyelvi fordulatok, bizonyos fogalmak, említések megjelenési sorrendjére és a résztvevők által használt fogalmak gyakoriságára is.

A beszélgetésekben használt kifejezések gyakoriságának grafikus ábrázolására a szófelhő módszerét választottuk, a fókuszcsoportokban elhangzott információk rendszerezése tartalmi mátrix formájában történt. Az adatvizualizációhoz a SmartDraw szoftvert (The Woodlands, TX, USA) alkalmaztuk.

A kutatás során biztosítottuk a résztvevők önkéntességét, a tájékoztatáson alapuló beleegyezést, valamint az adatok anonimitását és bizalmas kezelését. A kutatás során betartottuk a Helsinki Deklarációban foglalt elveket. Vizsgálatunk az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának engedélyével valósult meg (hivatkozási szám: BMEÜ/333-3/2022/EKU).

Eredmények

A fókuszcsoportos interjúkból kiderülő háttér adatok természetükből fakadóan nem reprezentatívak a vizsgált csoportok egészére, de magyarázó érvényűek. A kvalitatív adatfeldolgozás során ezért a magyarázó, értelmező narratívák azonosítása volt a fő cél. Az elhangzott tartalmak kódolása mellett fontos volt az egyéni szóhasználatok, nyelvi fordulatok, metajelentések feltárása, leírása és értelmezése is.

Karaktercsoportok az egészségtudatosság szempontjából

Az egészségtudatosság alapján négy viselkedésmintát lehet elkülöníteni:

1. tudatos és következetes,
2. tudatos, de nem következetes,
3. szándékvezérelt, de alacsony megvalósítás,
4. passzív, alacsony egészségtudatosság.

A viselkedésminták, valamint a beszélgetésekben megjelenő narratívák alapján megalkottuk a csoportokban jellemző karaktereket annak érdekében, hogy rendszerben vizsgálhassuk a résztvevők életmód-sajátosságait, valamint motivációit az életmód, azon belül is a táplálkozási szokások szempontjából. A következőkben bemutatott karakterek nem az egyes résztvevőket jelölik, hanem a csoport egészében megfigyelhető viselkedési, életmódbeli, aspirációs sajátosságokat mutatják. Ebből adódóan az egyes résztvevők bizonyos viselkedési vagy életmód-sajátosságaik folytán tartozhatnak egyszerre több karaktercsoportba is. Emellett, tekintettel arra, hogy elemzésünk az egészségértés szerinti csoportosításban történt, az alacsony és normál egészségértéssű kohorszok között is lehet átfedés, vagyis bizonyos karaktertípusok egyaránt megjelenhetnek mindkét csoportban.

A normál egészségértéssű csoportok jellemzői

A normál egészségértéssű csoportok esetében életmódjuk, viselkedésük, törekvéseik alapján az alábbi karaktercsoportokat különböztethetjük meg.

A) Mozgáscentrikus, aktív életmódot élők

A mozgás szerves része a napi, heti rutinjuknak. Rendszeresen sportolnak (például futás, edzés, pilates). Motiváltak, sokszor közösségi támogatással (például edző, futóklub) vesznek részt az aktivitásokban.

B) Mentálisan tudatos, lelki egészségre figyelők

Lelki stabilitás jellemzi őket, amelyben megjelenik az önreflexió, a büntudat kezelése. Lelki eredetű táplálkozási minták (például stresszevés, önjutalmazás) is előfordulnak. Tudatosan figyelnek a mentális jóllétükre (ennek eszközei többek között a meditáció vagy a pozitív gondolkodás).

C) Táplálkozástudatosak / dietetikai szemléletűek

Ismerek a táplálkozási alapfogalmakat, tápanyagokat (használgák például a makro-, mikrotápanyag kifejezéseket). Valamilyen speciális diétát követnek betegségek vagy a testtömeg karbantartására. Tudatosan építik be az egészségesnek vélt élelmiszereket, élelmiszercsoportokat az étrendjükbe.

Brought to you by MTA Könyvtár és Információs Központ olvasók | Unauthenticated | Downloaded 07/14/26 08:02 AM UTC

tésben vagy szövegben. Megfigyelhető, hogy a normál egészségértésű csoportokban elhangzott beszélgetések gazdagabb szókészletűek, valamint detektálhatók bennük egyes táplálkozástudományi alapfogalmak, mint például a makro-, mikrotápanyag kifejezések, az energia (kalória) fogalma, illetve az egyes élelmiszer-csoportok, ami alaposabb táplálkozási alapismeretekre enged következtetni. Kiemelhető továbbá, hogy az alacsony egészségértésű csoportokban a „vitamin” kifejezés többet jelent önmagánál, egy szimbólum, amely nemcsak étrend-kiegészítőket jelent számukra, hanem minden „jó tartalomnak” és az egészségesnek a szinonimája is (1. ábra).

OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás

Vizsgálatunk kitért a hazai, élelmiszer-alapú táplálkozási ajánlás, az OKOSTÁNYÉR® értelmezésére vonatkozó kérdésekre, amelyek célja az útmutatóban megfogalmazott tanácsok érthetőségének, gyakorlati alkalmazhatóságának felmérése volt.

Ahogy a 3. táblázat adataiból látszik, az N1 fókusz-csoport kivételével a többi csoportban nagyon alacsony szintű volt a táplálkozási ajánlás előzetes ismerete. A fókusz-csoportok résztvevői (n = 24) közül összesen 8 fő (33,3%) nyilatkozott úgy, hogy ismeri az étrendi útmutatót. Összességében elmondható, hogy a normál egészségértésű csoportok alanyainak (n = 12) 50%-a, míg az alacsony egészségértésűeknek (n = 12) csak a 16,6%-a hallott korábban az ajánlásról (3. táblázat).

A résztvevők szerint – egészségértési szinttől függetlenül – az ideális táplálkozási tanács hiteles forrásból, vagyis egészségügyi szakembertől (például orvos, gasztroenterológus, dietetikus, védőnő) származik, valamint személyre szabott. Az alacsony egészségértésű csoportokban emellett az említett információforrások között hangsúlyosabban fordul elő az internet, a közösségi média is. Az ajánlást jegyző szakmai szervezet nevének, logójának feltüntetése pozitívként jelenik meg mindegyik beszélgetésben, amely növeli az útmutató hitelességét, bár az alacsony egészségértésű csoportban félreértik az MDOSZ nevét: „Magyar Diabétesz Szövetség vagy diabetológus ... volt forrásmegjelölés”.

Mind a négy, vizsgálatba bevont csoportról egyöntetűen elmondható, hogy a táplálkozási ajánlás formájára kevésbé reagáltak, mint annak tartalmára. Az ajánlás megjelenítési formájáról főként a normál egészségértésű csoportok fogalmaztak meg véleményt, felidézve a táplálkozási ajánlások korábban használt képi reprezentációját, ami mélyebb táplálkozási háttérismeretekre utalhat.

– „Piramisra emlékeztem, arra hasonlít, bár ott az arányok mások voltak.” (N1 csoport)

– „Szerintem jól le van egyszerűsítve, tányér jó szemléltető eszköz.” „Arányok jól látszanak.” „Formája újdonság a piramishoz képest, hétköznapiabb, mint a piramis.” (N2 csoport)

Jellemző, hogy mind a négy csoport tagjai úgy értelmezték a vizsgálatban történő részvételt, hogy „szakmailag” kérdezik a véleményüket, nem pedig a kommunikációs eszközről szól a megkérdezés. Ebből fakadóan elsősorban tartalmilag igyekeztek hozzátenni gondolatokat, esetlegesen ki is javítani az ajánlást a saját, személyes szokásaik, meggyőződésük alapján.

– „Cikkelyeken belül is lehetne pluszfelosztás, vörös hús helyett mást tennék, fodmap diétához hasonlóan.” (N1 csoport)

– „Nekem nem annyira szimpatikus, nem tartom elvetendőnek a normális zsiradékot, és nem tartom emberi tápláléknak a tejet. A gabonaféléket teljesen lecsökkenteném, tehát az arányok nekem nem szimpatikusak.” (N2 csoport)

– „Vannak rajta puffasztó ételek, például bab meg borsó, ami sokakat puffaszt, és az nem egészséges.” (A1 csoport)

Az ajánlás tartalmi „kritikájaként” jelenik meg a személyre szabott, sok esetben egyes diétákra szabott táplálkozási tanácsra való igény.

A beszélgetésekben elhangzott, az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlással kapcsolatos véleményeket a 2. és a 3. ábra rendszerezi és foglalja össze.

Megbeszélés

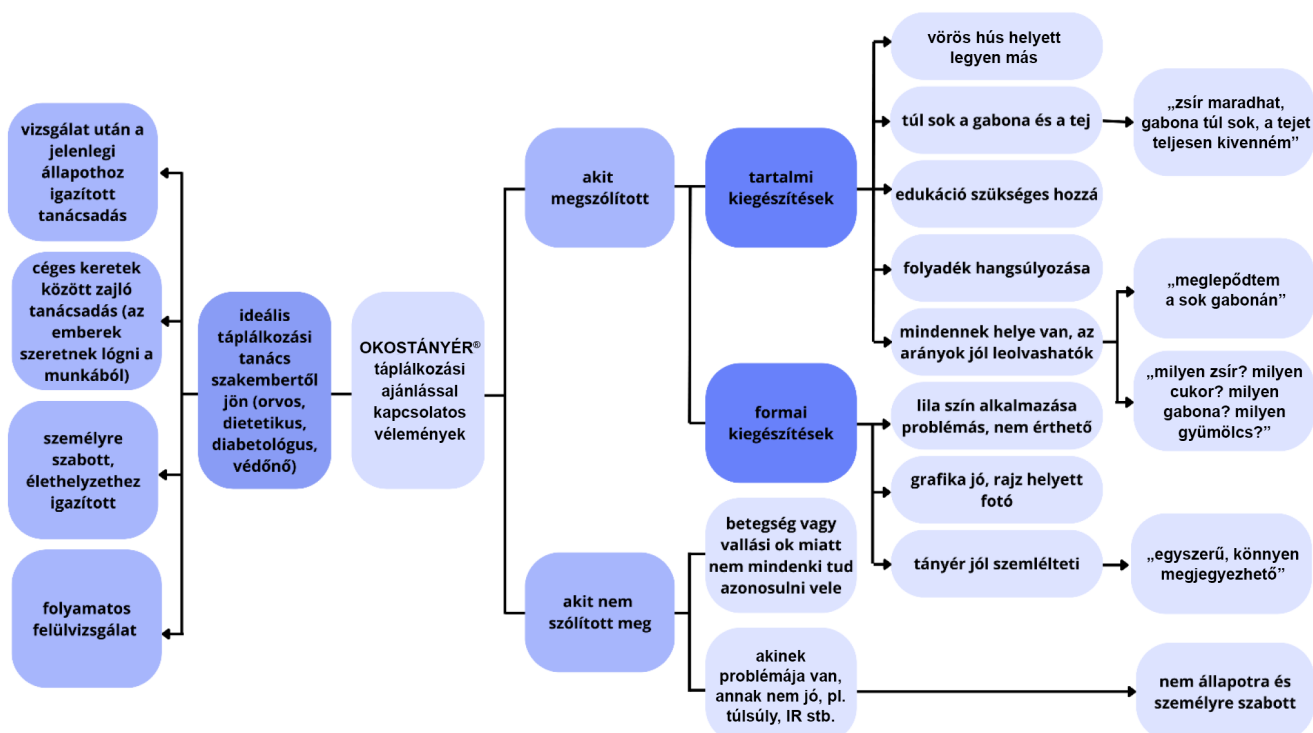
A normál és az alacsony egészségértésű csoportok karaktereinek összevetésekor számos eltérés detektálható.

Önellátás vs. proaktivitás

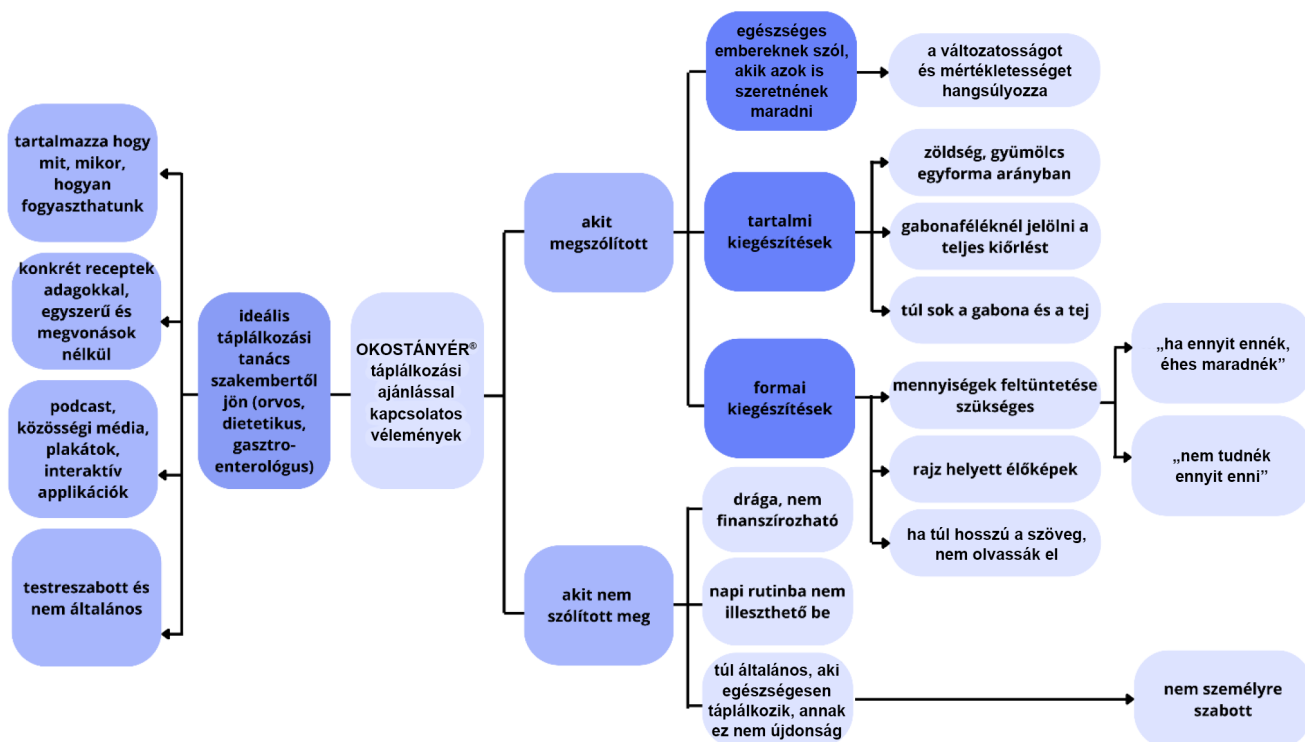
A proaktivitás és az önellátás fókuszában megállapítható, hogy az alacsony egészségértésű csoportok esetében a válaszadók nagy hangsúlyt fektetnek az önellátásra, például saját élelmiszerek termesztésére és előállítására. A mozgás is szerves része az életüknek, ez azonban kevésbé sport, inkább a háztartáshoz, hétköznapi tevékenységekhez kapcsolódó aktivitás, mint például kertészkedés, favágás. A normál egészségértésű csoportok esetében azonban, noha itt is megjelent az önellátás fontossága, a hangsúly inkább a proaktív egészségtudatosságon van, például szűrővizsgálatokon való részvételen, vitaminok és étrend-kiegészítők szedésén, illetve specifikus diéták és az egészségesnek gondolt táplálkozás alkalmazását tekintik fontosabbnak. Korábbi kutatások [7, 25] hasonló összefüggést vetnek fel, miszerint a jobb egészségértés kapcsolatot mutat a problémamegoldásra épülő megküzdési stratégiákkal, mint a proaktivitás,

3. táblázat | Az OKOSTÁNYÉR® ajánlást ismerők/nem ismerők száma az egyes csoportokban

Ismeri a táplálkozási ajánlást? (fő/db)	N1	N2	A1	A2
Igen	5	1	1	1
Nem	1	5	5	5



2. ábra | A normál egészségértésű fókuszcsoporthoz tartalmi mátrixa az OKOSTÁNYÉR® ajánlás kapcsán
IR = inzulinrezisztencia



3. ábra | Az alacsony egészségértésű fókuszcsoporthoz tartalmi mátrixa az OKOSTÁNYÉR® ajánlás kapcsán

amely az egészségmegőrzést elősegítő egészség-magatartással (például szűrővizsgálatokon való részvétel, korábbi orvoshoz fordulás) párosul.

Az életmóddal szembeni rugalmasság és kihívások tekintetében az alacsony egészségértésű csoportok tagjai

gyakran „keményvonalas” szemléletet képviselnek, szigorúan követik a saját maguk által meghatározott egészséges életmódot. Kevésbé jelennek meg az életmódváltással vagy a megvalósítással kapcsolatos nehézségek. A normál egészségértésű csoportok ezzel szemben gyak-

ran említene nehézségeket és dilemmákat az egészségtudatos életmód fenntartásával kapcsolatban. Az idő, energia és anyagi források jelentette korlátok, valamint az életmódváltás fenntartásának hétköznapi nehézségei jobban előtérbe kerülnek, és a válaszadók gyakran osztályozzák rosszabbra saját teljesítményüket ezen a téren, elismerve a kihívásokat.

Egyéni megoldások vs. közösségi támogatás

A társas és a közösségi élet hatását tekintve (szűkebb család, munkahely, ismerősök, szomszédok) az alacsony egészségértésű válaszadók inkább egyéni szinten közelítik meg az egészséget, ahol az önállóan végzett tevékenységek és a saját döntések állnak előtérben. Az egészségmegőrzés egyéni felelősségként jelenik meg esetükben, de ez az egyéni felelősség elsősorban védekező jellegű, mely védekezés során az egyéni kívül álló, kívülről érkező „támadásokat” (például vírusok, kórokozók, mérgek, tartósítószer, nem megfelelő anyagok stb.) kell kivédeni. A normál egészségértésű csoport esetében megfigyelhető, hogy a társas kapcsolatok és a közösségi hatások tényleges, nem pedig defenzív motivációként vannak jelen. A közösségi élmények az ő esetükben segítenek fenntartani az egészségtudatos szokásokat, és a résztvevők gyakran támaszkodnak barátaik vagy családtagjaik támogatására. A nemzetközi szakirodalom [26–29] kiemeli, hogy az egészségértés a társadalmi támogatással is összefügg, oly módon, hogy az alacsony egészségműveltség korlátozza az egyén azon képességét, hogy a társadalmi közösségekből származó erőforrásokhoz hozzáférjen. A társadalmi támogatás többdimenziós fogalom, amelyet általában az „érzékelte és kapott társadalmi erőforrások vagy segítség” képében definiálnak [30]. Erős empirikus bizonyítékok arra utalnak, hogy azok az emberek, akik jobb társadalmi támogatást élveznek, kevésbé hajlamosak a fizikai és mentális betegségekre, és hogy a megfelelő társadalmi támogatás segíthet enyhíteni az adott közösségben élők sérülékenységét [26, 28].

Az egészséginformációk forrása: közösségi média vs. egészségügyi szakemberek

Az információk megszerzésének módja és azok alkalmazása kapcsán megfigyelhető, hogy az alacsonyabb egészségértésű csoportok tagjai inkább a hagyományos, kipróbált, jól bevált módszereket részesítik előnyben, és nem annyira foglalkoznak az új információk keresésével vagy a tudományos kutatások követésével. Ezzel szemben a normál egészségértésű csoportok válaszadói többször említene online forrásokat, közösségi médiát, valamint szakszerű, szakemberektől származó információkat, amelyeket elmondásuk alapján kritikusán értékelnek. Itt jobban megjelenik a modern technológiák és platformok használatának elterjedtsége és azok hatása az egészségtu-

datos információk megszerzésére. Korábbi kutatásokból [31] valószínűsíthető, hogy az alacsonyabb egészségértésű személyek kevésbé hajlamosak egészségügyi információkért orvosi weboldalakat használni, és inkább a televíziót, a közösségi médiát, blogokat vagy hírességek/ismert emberek (ún. influenszerek) felületeit használják, emellett kevésbé hajlamosak megbízni a szakemberek (például orvosok, dietetikusok) által nyújtott egészségügyi információkban, viszont inkább a televízióban, a közösségi médiában, blogokban/hírességek weboldalaiban, barátaikban és gyógyszergyártó cégekben bíznak. Nagyobb arányban használnak olyan forrásokat – és bíznak bennük –, mint a közösségi média és a blogok, amelyek az egészségügyi szakemberektől származó információkhoz képest alacsonyabb minőségű egészségügyi információkat tartalmazhatnak. A jelenség hátterében részben az alacsony egészségértésű személyek szociodemográfiai sajátosságai is állhatnak, miszerint az alacsony egészségértés összefüggést mutatott többek között a magasabb életkorral és az alacsony iskolai végzettséggel [9, 22, 32].

Az alacsony egészségértésű csoportokban az egészséges életmóddal kapcsolatos kritikai gondolkodás és hitelesség iránti igény tekintetében is megállapítható, hogy inkább a megszokott és jól bevált módszereket követik, és esetükben kevésbé jelenik meg a rendelkezésre álló vagy az újonnan (például közösségi médiában) felbukkanó információk kritikus megkérdőjelezése. Az egészségtudatosság egyfajta rutinként vagy életformaként jelenik meg, nem annyira az új, esetleg divatosnak tekintett trendek keresése, kipróbálása vagy kritikája mentén. Ezzel szemben a normál egészségértésű alanyok gyakran fogalmaznak meg kritikus gondolatokat például a közösségi médiában megtalált vagy terjedő táplálkozási és egészségtrendekkel szemben, és nagyobb igényük van a hiteles, személyre szabott tanácsadásra. Bizalmatlanok a „divatos” egészséges életmóddal kapcsolatos információkkal szemben, és inkább szakemberektől vagy saját kutatásaikból tájékozódnak.

Vizsgálatunk kvantitatív szakaszában [22] az egészségügyi rendszer, illetve a betegségmegelőzés alindexek elemzése feltárta, hogy az alacsony egészségértésűek számára okozza a legnagyobb nehézséget a médiából szerzett információk megbízhatóságának megítélése, illetve az egészség javítására vonatkozó döntések meghozatala ($p < 0,001$). Ebben feltételezhetően hangsúlyos szerepe van az információszerzési szokások, valamint az információforrások átrendeződésének is. A felmérések szerint az egészségügyi információk forrásai egyre inkább a digitális csatornákra helyeződnek át. Az Eurostat adatai [33] alapján az elmúlt évtizedben szinte minden EU-államban nőtt az online egészségügyi információkat kereső személyek aránya, amely az EU-ban 17 százalékponttal, 38%-ról (2011) 55%-ra (2022) emelkedett. Magyarországon ez az arány 65% volt. A technológiai fejlődés megkönnyítette az egészségügyi információkhoz való hozzáférést az interneten, ugyanakkor növelte

annak valószínűségét, hogy helytelen vagy megbízhatatlan egészségügyi információkkal találkozunk. Az alacsony egészségértéssé személyek számára a médiában található egészségügyi információk megbízhatóságának értékelésével kapcsolatos nehézségeket valószínűleg befolyásolják a már említett szociodemográfiai sajátosságok mellett az alacsonyabb szintű digitális kompetenciák is.

A táplálkozás személyes és ezáltal rendkívül involváló tématerület. Egyértelmű kockázatot hordoznak az ajánlások tartalmi kritikájánál hangsúlyosan megjelenő, a saját hitrendszerre, vélekedésekre, személyes gyakorlatra épülő tévhitek. Ahogyan a TÉT Platform Táplálkozási Ismeretek című kutatássorozata [34] is rávilágított korábban: a közösségi médiában nincs egységes egészségkép, melyhez a felhasználók igazodhatnak. Az egyszerre jelen lévő, nagy mennyiségű, nehezen kezelhető információ és az információhiány különösen megnehezíti a hiteles tények kiszűrését. Az egészségtudatosságra való törekvés valós igényként jelenik meg a közösségi médiát használók körében, ezért saját életükre, ízlésükre, élethelyzetükre szabott elméleteket hoznak létre az egészséges táplálkozásról, ami orientálja további tájékozódásukat, ismereteik elmélyítését is. Ezek a teóriák azonban kevésbé bizonyítékokon alapuló, hiteles információkra, mintsem érzelmekre, hiedelmekre épülnek. A megszerzett egészségügyi, táplálkozási információk validálásáért nem fordulnak szakemberhez. Hiteles tanácsadókként a prevencióval, egészséges táplálkozással kapcsolatban az egészségügyi szakemberek helyett gyakran tapasztalt(nak tűnő) laikusok jelennek meg, orvos, dietetikus segítségét csak már kialakult betegség esetén kérik, ami szintén egybevág korábbi vizsgálatok [35] megállapításaival.

Populációs vs. individuális táplálkozási tanácsok

Az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás tartalmával kapcsolatban megfogalmazott igény volt ugyanakkor a fókuszcsoportos beszélgetésekben az individuális – inkább az egyes kórállapotok kezelésére, mintsem az egészség megőrzésére vonatkozó – tanács. Az ételmisszer-alapú táplálkozási ajánlások célja ezzel szemben, közösségi szinten, az adott populáción belül detektálható népegészségügyi, ételmisszer-fogyasztási, társadalmi-kulturális sajátosságok, valamint táplálkozástudományi evidenciák mentén a lakosság tápanyagfelvételének modulálása [36]. Ebből adódóan direkt módon történő egyéni alkalmazásuk, akár egészségmegőrző, de még inkább dietoterápiás céllal, korlátozott, ezért dietetikus szakember bevonását teszi szükségessé. A táplálkozási intervenció (NCP – nutrition care process) első lépése a táplálkozási anamnézis felvétele. Itt a környezeti tényezők, a motiváció, a tudásszint és az attitűd feltérképezése segít a táplálkozási probléma felderítésében, figyelembevétele nélkülözhetetlen a dietetikai tanácsadás során a detektált problémákra épülő dietetikai diagnózis és a terápiás terv felállításában [37].

Kutatásunk korlátai között kell megemlíteni az alkalmazott vizsgálati módszerből adódó limitációkat. A fókuszcsoportokból származó adatok korlátozott módon alakíthatók statisztikai adatokká, általánosíthatóságuk a minta nagysága, illetve az esetleges csoportdinamikai aránytalanságok miatt limitált. A fókuszcsoportoknak alapot szolgáltató kvantitatív vizsgálatunk [22] adatgyűjtése a CAWI módszerével, egy már létező online panel segítségével történt, ami a magasabb iskolai végzettséggel és nagyobb digitális aktivitással rendelkező személyek túlréprezentáltságához vezethet. Az iskolai végzettségre és a társadalmi státuszra, anyagi helyzetre vonatkozó információkra ugyan a fókuszcsoport kérdőszora a beszélgetés során nem tért ki, de a válaszok alapján és a diskurzus folyamán megjelent információkból arra következtethetünk, hogy sem a nagyon alacsony, sem pedig a kiemelkedően magas státuszú társadalmi rétegek tagjai nem jelentek meg a csoporttagok között. További limitáló tényező a minta népességsűrűség (például etnikai hovatartozás) szerinti súlyozásának hiánya.

A tanulmány jelentős erőssége ugyanakkor, hogy elsőként vizsgálja a magyar felnőtt lakosság körében az egészségértés lencsén át az FBDG érthetőségét, alkalmazhatóságát, így olyan értékes és új ismereteket nyújt, amelyek hozzájárulhatnak a dietetikai gyakorlat fejlesztéséhez.

Következtetés

Vizsgálatunk eredményei megerősítik, hogy az egészségműveltség kulcsszerepet tölt be az életmód-terápia és a dietetikai intervenciók eredményességében. Az egészségértés javítása lehetővé teszi az egyének számára, hogy olyan proaktív, problémamegoldó megküzdési stratégiákat sajátítsanak el, amelyek fejlesztik a rezilienciát és az egészségi állapotot.

Az eredmények hangsúlyozzák a páciensközpontú dietetikai ellátás szükségességét, amely figyelembe veszi a kliensek egészségműveltségi sajátosságait, motivációit és információfeldolgozási képességeit is. A dietetikai gyakorlatban kiemelt jelentőségű a hiteles, szakember által nyújtott, személyre szabott tanácsadás, valamint az olyan kommunikációs eszközök és oktatási anyagok alkalmazása, amelyek az alacsony egészségműveltségű csoportok számára is érthetőek és alkalmazhatók. A vizsgálat rávilágít arra is, hogy az egészségügyi szakemberek – köztük a dietetikusok – kommunikációs és edukációs kompetenciáinak fejlesztése, valamint az egészségműveltség szempontjainak integrálása a szakmai irányelvekbe és képzési programokba kulcsfontosságú lépés a hatékonyabb, inkluzívabb megelőzési és életmód-terápiás stratégiák kialakításában.

A dietetikusok szerepe nem csupán a szakmai információk átadásában, hanem a tévhitek feltárásában, korrigálásában és a páciensek önmenedzselési kompetenciáinak fejlesztésében is kulcsfontosságú. Lényeges emellett az információs szakadék áthidalása, valamint a folyamatos

kommunikáció biztosítása annak érdekében, hogy táplálkozási kérdésekben a hiteles szakmai szervezetek váljanak a normateremtés fő szereplőivé.

Rendszerszinten indokolt az egészségműveltség szempontjainak beépítése az egészségpolitikai döntéshozatalba, a dietetikai irányelvek fejlesztésébe és az egészségügyi ellátás szervezésébe. A táplálkozási ajánlások – így az OKOSTÁNYÉR® – rendszeres felülvizsgálata és többszintű, differenciált kommunikációs változatainak kidolgozása hozzájárulhat ahhoz, hogy azok az alacsonyabb egészségműveltségű csoportok számára is hozzáférhetőbbé váljanak. Szükséges továbbá az egészségműveltség fejlesztését célzó, életúton átívelő népegészségügyi programok kidolgozása, valamint az egészségügyi szakemberek – köztük a dietetikusok – kommunikációs és edukációs kompetenciáinak még hatékonyabb fejlesztése az alapképzésben és a továbbképzésekben egyaránt. A vizsgálat eredményei alátámasztják, hogy az egészségműveltséget figyelembe vevő, inkluzív táplálkozáspolitikai megközelítés nemcsak az egyéni ellátás hatékonyságát növelheti, hanem hosszú távon a krónikus betegségek megelőzéséhez és az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséhez is hozzájárulhat.

Anyagi támogatás: A tanulmány elkészítése nem részesült anyagi támogatásban, a kapcsolódó kutatómunka a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának anyagi támogatásával valósult meg.

Szerzői munkamegosztás: Sz. Zs. részt vett a tanulmány koncepciójának kidolgozásában, az anyagok előkészítésében, az adatok gyűjtésében, értelmezésében és a kézirat megírásában. H. A. elemezte és értelmezte a kutatási adatokat. F. H. J. hozzájárult a tanulmány koncepciójának kidolgozásához, valamint kritikus szemmel átnézte a kéziratot. E. I. megvitatta az adatok értelmezését és átnézte a kéziratot. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva, 25 September, 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [accessed: Feb 8, 2026].
- [2] Vitrai J, Horváth V. What diseases and risks cause health losses in Hungary? [Milyen betegségek és kockázatok okozzák a magyarországi egészségvesztéseket?] Orv Hetil. 2026; 167: 232–242. [Hungarian]
- [3] Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome. Food-based dietary guidelines – Hungary. Available from: <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/hungary/en/> [accessed: Feb 8, 2026].
- [4] World Health Organization. Healthy diet. Geneva, 26 January, 2026. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet> [accessed: Feb 8, 2026].
- [5] Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, et al. “Same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. Patient Educ Couns. 2019; 102: 3–11.
- [6] World Health Organization. Health literacy. Geneva, 22 December, 2025. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy> [accessed: Feb 8, 2026].
- [7] Song L, Wang Y, Zhang Q, et al. The mediating effect of resilience on mental health literacy and positive coping style among Chinese empty nesters: a cross-sectional study. Front Psychol. 2023; 14: 1093446.
- [8] Bíró É, Szabó P, Kósa K. Health literacy among the Hungarian adult population. [A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége.] Egészségfejlesztés 2022; 63: 3–11. [Hungarian]
- [9] Koltai JA, Kun E. Hungarian health literacy in international comparison. [A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban.] Egészségfejlesztés 2016; 57: 3–20. [Hungarian]
- [10] Koltai J, Kun E. The practical measurement of health literacy in Hungary and international comparison. [Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban.] Orv Hetil. 2016; 157: 2002–2006. [Hungarian]
- [11] Papp-Zipernovszky O, Náfrádi L, Schulz PJ, et al. “So each patient comprehends”: measuring health literacy in Hungary. [„Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon.] Orv Hetil. 2016; 157: 905–915. [Hungarian]
- [12] Papp-Zipernovszky O, Rafael B, Teleki Sz, et al. Complex assessment of health literacy among patients living with ischemic heart disease. [Az egészségértés komplex felmérése ischaemiás szívbetegség körében.] Orv Hetil. 2024; 165: 1166–1175. [Hungarian]
- [13] Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. Int J Public Health 2009; 54: 313–324.
- [14] Hardcastle S, Hagger MS. “You can’t do it on your own”: experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. Psychol Sport Exerc. 2011; 12: 314–323.
- [15] Gyuró M. (ed.) Health, Illness, Discourse. Qualitative Analysis Methods in Health Research. [Gyuró M. (szerk.) Egészség, betegség, diskurzus. Kvalitatív elemzési módszerek az egészségügyi kutatásban.] Storming Brain Kiadó, Budapest, 2017. [Hungarian]
- [16] Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5th ed. SAGE, Thousand Oaks, CA, 2015.
- [17] Alam MS, Asmawi A, Fatema S. Focus group discussions (FGDs) for qualitative and mixed-method approaches: principles, applications and key considerations. Integr J Res Arts Humanit. 2025; 5: 51–56. Available from: <https://www.ijrah.com/index.php/ijrah/article/view/834> [accessed: Feb 10, 2026].
- [18] Lander J, Altawil H, Dilger EM, et al. Synchronous online focus groups in health research: application and further development of methodology based on experiences from two mixed-methods research projects. BMC Res Notes 2023; 16: 18.
- [19] Lander J, Wallraf S, Pieper D, et al. Recruiting participants for focus groups in health research: a meta-research study. BMC Med Res Methodol. 2025; 25: 9.
- [20] Ramos-Lucca A, Motta-Pagán JL, Vélez-Mojica K, et al. Implementation of virtual focus groups as an effective strategy in qualitative research to engage with undersupported communities: protocol for virtual focus groups. JMIR Res Protoc. 2025; 14: e77937.
- [21] Mwilongo NH, Mwita KM. Factors to consider when using focus group discussion in qualitative research. Eminent J Soc Sci. 2025; 1: 16–27. Available from: <https://ejss.eminentjournals.com/index.php/home/article/view/48> [accessed: Feb 10, 2026].
- [22] Szűcs Zs, Ercsey I, Horkai A, et al. The possibility of patient-centered dietetic intervention in the context of health literacy in

- Hungary. *Front Nutr.* 2026; 12: 1668048. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2025.1668048/full> [accessed: Feb 10, 2026].
- [23] Bryman A. (ed.) *Social research methods*. 3rd ed. Oxford University Press, Oxford, 2008.
- [24] Sántha K. (ed.) *Qualitative analysis of multi-coded data*. [Sántha K. (szerk.) *Multikódolt adatok kvalitatív elemzése*.] Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, 2013. [Hungarian]
- [25] Xu Y, An L, Zhang Y, et al. Structural equation model of medical seeking delay in elderly breast cancer patients: the mediating role of coping mechanisms between health literacy and timeliness of treatment. *ANZ J Surg.* 2025; 95: 2123–2130.
- [26] Wallston BS, Alagna SW, DeVellis BM, et al. Social support and physical health. *Health Psychol.* 1983; 2: 367–391.
- [27] Lee SY, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med.* 2004; 58: 1309–1321.
- [28] Duppen D, Van der Elst MC, Dury S, et al. The social environment's relationship with frailty: evidence from existing studies. *J Appl Gerontol.* 2019; 38: 3–26.
- [29] Liu Y, Meng H, Tu N, et al. The relationship between health literacy, social support, depression, and frailty among community-dwelling older patients with hypertension and diabetes in China. *Front Public Health* 2020; 8: 280.
- [30] Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, et al. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs.* 1997; 25: 95–100.
- [31] Chen X, Hay JL, Waters EA, et al. Health literacy and use and trust in health information. *J Health Commun.* 2018; 23: 724–734.
- [32] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25: 1053–1058.
- [33] Eurostat. EU citizens: over half seek health information online. Luxembourg, 6 April, 2022. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20220406-1> [accessed: Oct 8, 2025].
- [34] Bauer Zs. The impact of social media on public awareness. In: Antal E, Bánáti D, Rurik I, et al. *The lifestyle of the Hungarian population: diet, exercise, and mental well-being*. [A közösségi média hatása a tájékozottságra. In: Antal E, Bánáti D, Rurik I, et al. (szerk.) *A magyar lakosság életmódja: táplálkozás, testmozgás és lélek*.] TÉT Platform Egyesület, Budapest, 2019; pp. 32–35. Available from: https://tetplatform.hu/wp-content/uploads/2019/03/TET_Platform_Feher_konyv_vegleges.pdf [accessed: Feb 8, 2026]. [Hungarian]
- [35] Moharos M, Szűcs Zs. A representative survey of the awareness and public perception of dietitians among the adult population who use the Internet. [A dietetikusok ismertségének és lakossági megítélésének reprezentatív felmérése az internetező felnőtt lakosság körében.] *Új Diéta* 2022; 31(4): 13–15. [Hungarian]
- [36] European Food Safety Authority. Scientific opinion on principles for deriving and applying dietary reference values. *EFSA J.* 2010; 8: 1458.
- [37] Ministry of Health. Professional health care guideline (EüK 2020/14) on the activities of therapeutic/clinical dietitians in primary and specialized care. [EMMI egészségügyi szakmai irányelv (EüK 2020/14.) a terápiás/klinikai dietetikus tevékenységeiről az alap- és szakellátásban]. Available from: <https://jog-kodex.hu/doc/4759999> [accessed: Feb 8, 2026]. [Hungarian]

(Szűcs Zsuzsanna,

Budapest, Visegrádi u. 69/c, 1132

e-mail: szucs.zsuzsanna@phd.semmelweis.hu)

„Homini tum deest consilium cum multa invenit.”
(Ha sok lehetősége van, az ember mindig tanácstalan.)