

KUTATÁSI JELENTÉS AZ
EURÓPAI
EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG
FELMÉRÉS 2019-2021
KERETÉBEN VÉGZETT
ADATGYŰJTÉS
MAGYARORSZÁGI
EREDMÉNYEIRŐL

KUTATÓCSOPORT TAGJAI

Prof. Dr. Ádány Róza szakmai koordinátor

Dr. Bíró Éva kutatásvezető

Mátyás Gabriella PhD hallgató

Dr. Vincze Ferenc kutató

Debreceni Egyetem

Általános Orvostudományi Kar Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen

Csizmadia Péter szakpolitikai képviselő

Nemzeti Népegészségügyi Központ

Népegészségügyi, Stratégiai és Egészségmonitorozási Főosztály, Budapest

CITÁCIÓ

Bíró Éva, Vincze Ferenc, Csizmadia Péter, Ádány Róza: Kutatási jelentés az Európai Egészségműveltség Felmérés 2019-2021 keretében végzett adatgyűjtés magyarországi eredményeiről, Debreceni Egyetem, Debrecen, 2022

TARTALOMJEGYZÉK

Vezetői összefoglaló	3
Általános egészségműveltség fejlesztésére vonatkozó ajánlások	4
Egészségműveltség altípusaira vonatkozó ajánlások.....	5
Egészségműveltségre vonatkozó kutatásokra vonatkozó ajánlások	7
Executive summary	8
Recommendations relating to general health literacy	9
Recommendations for specific health literacies	10
Recommendations proposed for research.....	11
Bevezetés	12
Módszerek.....	16
Vizsgálati minta és adatgyűjtés	16
Statisztikai elemzés	19
Eredmények	20
A vizsgálati populáció jellemzése	20
Leggyakoribb információforrások.....	21
Az általános egészségműveltség.....	22
Az általános egészségműveltség determinánsai	23
Az általános egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapot és életmód mutatóival	24
Digitális egészségműveltség.....	25
A digitális egészségműveltség determinánsai	26
A digitális egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapot és életmód mutatóival	27
Kommunikatív egészségműveltség	28
A kommunikatív egészségműveltség determinánsai.....	30
A kommunikatív egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapot és életmód mutatóival.....	30
Vakcinációs egészségműveltség.....	31
A vakcinációs egészségműveltség determinánsai	32
A vakcinációs egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapot és életmód mutatóival	33
Következtetések nemzetközi összevetésben	35
Ajánlások	38
Általános egészségműveltség fejlesztésére vonatkozó ajánlások	38
Egészségműveltség altípusaira vonatkozó ajánlások.....	39
Egészségműveltségre vonatkozó kutatásokra vonatkozó ajánlások	41
Hasznos információk.....	42
Anyagi támogatás.....	42
Köszönetnyilvánítás	42
Irodalomjegyzék.....	43

ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. ábra: Az egészségműveltség integrált modelljének négy dimenziója három egészség doménre vonatkozóan .	12
2. ábra: Az egészségműveltség integrált modellje	13
3. ábra: Az egészségműveltség kapcsolatrendszerének Bécsi Modellje	13
4. ábra: Szubjektív egészségműveltség az Európai Egészségműveltség Felmérésben (HLS-EU) részt vett országokban (2011) és Magyarországon (2015)	15
5. ábra: Funkcionális egészségműveltség az Európai Egészségműveltség Felmérésben (HLS-EU) részt vett országokban (2011) és Magyarországon (2015)	15
6. ábra: A HLS-Q12 kérdőív egyes tételeire adott válaszok százalékos megoszlása a nemre, életkorra, iskolai végzettségre és lakóhelyre súlyozott elemzés alapján.....	23
7. ábra: A digitális egészségműveltség kérdőív egyes tételeire adott válaszok százalékos megoszlása a nemre, életkorra, iskolai végzettségre és lakóhelyre súlyozott elemzés alapján	26
8. ábra: A kommunikatív egészségműveltség kérdőív egyes tételeire adott válaszok százalékos megoszlása a nemre, életkorra, iskolai végzettségre és lakóhelyre súlyozott elemzés alapján	29
9. ábra: A vakcinációs egészségműveltség kérdőív egyes tételeire adott válaszok százalékos megoszlása a nemre, életkorra, iskolai végzettségre és lakóhelyre súlyozott elemzés alapján	32
10. ábra: A HLS ₁₉ felmérésben résztvevő országokban az általános egészségműveltség különböző kategóriáiba tartozók aránya	36
1. táblázat: A vizsgált minta szocio-demográfiai jellemzői a súlyozott adatok alapján	20
2. táblázat: Az egészségi állapot vizsgált mutatói a súlyozott adatok alapján.....	21
3. táblázat: Egészségügyi témákban információkereséshez használt források a súlyozott adatok alapján.....	22
4. táblázat: Az általános egészségműveltség egyes kategóriáiba tartozók aránya a súlyozott elemzések alapján	23
5. táblázat: Az általános egészségműveltség determinánsai.....	24
6. táblázat: Az általános egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapottal és az életmóddal	25
7. táblázat: A digitális egészségműveltség skála kvartilisek szerint képzett kategóriáiba tartozók aránya a súlyozott elemzések alapján	26
8. táblázat: A digitális egészségműveltség determinánsai	27
9. táblázat: A digitális egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapottal és az életmóddal	28
10. táblázat: A kommunikatív egészségműveltség skála kvartilisek szerint képzett kategóriáiba tartozók aránya a súlyozott elemzések alapján	29
11. táblázat: A kommunikatív egészségműveltség determinánsai	30
12. táblázat: A kommunikatív egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapottal és az életmóddal	31
13. táblázat: A vakcinációs egészségműveltség skála kvartilisek szerint képzett kategóriáiba tartozók aránya a súlyozott elemzések alapján	32
14. táblázat: A vakcinációs egészségműveltség determinánsai.....	33
15. táblázat: A vakcinációs egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapottal és az életmóddal	34
16. táblázat: A különböző egészségműveltség (EM) skálákon elért pontszám hazánkban és a nemzetközi felmérés (HLS ₁₉) összesített adatai alapján.....	35

A hatásos és hatékony népegészségügyi (köztük egészségfejlesztési) intervenciók és egészségügyi ellátás tervezéséhez és megvalósításához szükséges a célcsoport egészségműveltségének (EM) ismerete és annak figyelembe vétele. Az adekvát egészségműveltség ugyanis támogatja a kedvező egészségmagatartási szokások kialakítását és megszilárdulását, valamint az informált döntéshozatalt az egészséggel kapcsolatos kérdésekben. A megfelelő szintű egészségműveltség segítséget nyújt az egyének az egészségügyi szolgáltatások rendszerében történő eligazodáshoz, és a szolgáltatások megfelelő igénybevételéhez. A nem megfelelő egészségműveltségű egyének egészségmutatói kedvezőtlenebbek, kevésbé élnek a prevenciós szolgáltatások adta lehetőségekkel. Emiatt sűrűbben keresik fel a sürgősségi betegellátást, illetve gyakrabban van szükségük kórházi ellátásra és kevésbé valószínű, hogy követik az orvos életvezetésre és gyógyszeresedésre vonatkozó utasításait. A nem megfelelő szintű egészségműveltség nemzetgazdasági szinten is komoly anyagi vonzattal jár: egy korábbi szisztematikus áttekintés szerint az alacsony egészségműveltség évente 3-5% többletkiadást jelent az egészségügyi ellátórendszer szintjén.

A World Health Organization Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) hálózat koordinálja nemzetközi szinten az egészségműveltség mérésére alkalmas kérdőívek fejlesztését és az azokkal történő adatgyűjtést. Az ennek keretében történt Health Literacy Survey 2019 (HLS₁₉) felmérés célja a kutatási célú adatgyűjtésen túl egészségpolitikai intézkedések megalapozása, szakpolitikai ajánlások megfogalmazása is. A jelen kutatási jelentés ennek az adatgyűjtésnek a módszertanát és főbb hazai eredményeit foglalja össze.

A vizsgálat 1205 fős, a magyar felnőtt lakosságra kor, nem és lakóhely szerint reprezentatív mintán zajlott 2020 végén a nemzetközi protokoll előírásainak megfelelően. Az adatgyűjtés a járványügyi helyzetre tekintettel telefonos lekérdezéssel történt közvélemény-kutató cég segítségével. A kérdőív a demográfiai adatokra, társadalmi-gazdasági státuszra, társas támogatásra, egészségi állapotra és életmódra vonatkozó kérdéseken túl az egészségműveltséget különböző szempontból mérő skálákat tartalmazott. Ennek megfelelően az egészségműveltség általános jellemzésén túl lehetőség volt a digitális, kommunikatív és vakcinációs egészségműveltség jellemzésére is.

Eredményeink alapján bár a hazai felnőtt lakosság egészségműveltsége egyik skálán sem kedvezőtlenebb, mint a nemzetközi kutatásban résztvevő országok adatainak átlaga, a lakosság kétötödének általános egészségműveltsége nem éri el a megfelelő szintet. Ez a tény egyértelműen figyelmeztet arra, hogy az átlagnál alacsonyabb egészségműveltségű, hátrányos helyzetű csoportokban célzott beavatkozásokra van szükség a különbségek csökkentésére irányuló intervenciók formájában. Az elvégzett elemzések szerint az EM minden altípusa esetén az anyagi depriváció és a gyenge társas támogatottság összefügg az alacsonyabb egészségműveltséggel. A fiatalabb lakosság körében az átlagnál alacsonyabb az általános EM, a kommunikatív EM, de kedvezőbben alakul a digitális EM. A digitális és a vakcinációs EM szintjét kedvezően befolyásolta a magasabb iskolai végzettség. A vizsgálat során használt egészségi állapotot jellemző változók valamelyikével az EM minden altípusa mutatott kapcsolatot, továbbá a magasabb vakcinációs EM növelte a védőoltások felvételének esélyét. Az életmódi tényezők közül - a vakcinációs EM-et leszámítva - a fizikai aktivitással találtunk egyértelmű összefüggést, ennek megfelelően feltételezhető, hogy az EM kedvező irányba történő elmozdulása a fizikai aktivitás fokozódásával járna együtt.

ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGműVELTSÉG FEJLESZTÉSÉRE VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK

1. Az egészségműveltséget emelni képes, bizonyítékokon alapuló tudományos és szakpolitikai beavatkozások megvalósítására van szükség, hiszen az egészségműveltség fejlesztése költséghatékony módja az egészségi állapot mutatók javításának.

A válaszadók közel fele jelezte, hogy nehézséget okoz számára a médiából szerzett információk alapján döntést hozni a betegségek elleni védekezésről, amely egyúttal azt is jelenti, hogy erre – különösen a mostani pandémia idején – mindenképp nagyobb figyelmet kell fordítani és szélesebb tömegeket elérő beavatkozásokra van szükség ezen a területen is.

Az egészségműveltség javításának lehetséges színterei az iskolák, ahol a Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztésbe ágyazottan megjelenhetnek ezek az aktivitások. Emellett szükség van a felnőtt populációt szélesebb körben elérő beavatkozásokra is, melyek között kiemelt fontosságú a médiában elérhető egészséggel kapcsolatos információk minőségének, megbízhatóságának növelése, az Egészségfejlesztési Irodák bevonása az intervenciók megvalósításába.

Szintén fontos a (beteg)edukációs anyagok, tájékoztatók felülvizsgálata és szükség esetén átdolgozása annak érdekében, hogy azok tartalmát az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek is megértsék és hasznosítani tudják.

2. A beavatkozások kiemelt célcsoportjai a bemutatott elemzések alapján meghatározott fokozottan sérülékeny csoportok az egyenlőtlenségek csökkentése érdekében.

A beavatkozásoknak mindenképp érdemes megcéloznia a fiatalabb, alacsonyabb társadalmi státuszú, rosszabb egészségi állapotú csoportokat, a megvalósítás során pedig azt is szem előtt kell tartani, hogy a társas támasz pozitív hatását hogyan lehetne kiaknázni ezen beavatkozások esetében. Ezek eszközei lehetnek a különböző közösségi programok az ismeretek bővítésére és a társas támasz erősítésére, vagy olyan mediátorok alkalmazása, akik segítenek a hátrányos helyzetű rétegek elérésében, edukálásában.

3. Az egyéni egészségműveltségre irányuló intervenciókon túl olyan rendszerszintű változtatásokra is szükség van, melyek populációs szinten kedvezően befolyásolják az egészségműveltséget.

Ennek része lehet pl. az egészségügyi intézményekben néhány olyan változtatás végrehajtása, ami megkönnyíti az alacsonyabb egészségműveltségű betegek tájékozódását. Ezekre lehet példa az információs táblák, feliratok felülvizsgálata érthetőségi szempontból, vagy a könnyen érthető, akár képekkel vagy videóval támogatott, aktuális információkat tartalmazó edukációs anyagok készítése és elérhetővé tétele. Indokolt hazánk csatlakozása a Health Promoting Hospitals and Health Services nemzetközi hálózatához (melynek eddig csak egyetlen hazai kórház tagja), ezen belül kiemelten a szervezeti egészségműveltség javítását célzó nemzetközi munkacsoporthoz, valamint a nemzetközi jó gyakorlatok adaptálása.

EGÉSZSÉGműVELTSÉG ALTÍPUSAIRA VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK

4. A digitális egészségműveltség szintje volt a legalacsonyabb hazánkban, így ennek javítása mindenképpen indokolt mind az általános populációban, mind az alacsony digitális egészségműveltség szempontjából veszélyeztetett alcsoportokban.

Az erre irányuló intervenciók keretein belül kiemelt figyelmet kell fordítani az információk megbízhatóságának megítélésére, aminek a jelentőségét tovább fokozza az a tény, hogy

hazánkban csaknem minden második ember digitális forrásokban keres egészségügyi információkat.

Ennek során a már most is létező, az egészségügyi honlapok hitelességét vizsgáló rendszer szélesebb körben történő kiterjesztésére is szükség van, ezen kívül fontos egy központi, kereskedelmi érdekektől mentes, hiteles egészséggel kapcsolatos információkat tartalmazó honlap fenntartása is. Mindemellett a lakosság digitális készségeit is javítani kell; a fiatalabb korosztályokban a köznevelés keretein belül, a felnőttek körében - kiemelten fókuszálva az idősebb és alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú csoportokra - célzott programok megvalósításával.

5. A kommunikatív egészségműveltség esetén a kommunikáció hatékonyságát célszerű javítani, annak érdekében, hogy ne érezzék úgy a páciensek, hogy nincs elég idő az orvossal/egészségügyi és népegészségügyi szakemberekkel történő konzultációra.

A kommunikáció hatékonysága mindkét fél részéről javítható. Egyfelől az egészségügyi személyzet kommunikációs készségeinek javításával (pl. képi illusztráció használata ahol lehetséges, egyszerű nyelvezet, könnyen érthető megfogalmazás), melynek részeként olyan technikák elsajátítását kell megvalósítani, mint az elhangzott információ megértésére vonatkozó „teach back” vagy a „chunk-and-check”. Másfelől az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők körében kell segíteni a kommunikációt, így pl. beteg edukátorok vagy olyan mediátorok alkalmazásával, akik segítenek adott esetben akár az egészségügyi ellátórendszerrel való kommunikációban is, vagy az Ask Me 3 edukációs program bevezetésével, amely során a pácienseket és családtagjaikat arra bátorítják, hogy mindenképpen kérdezzék meg az orvosuktól mi a fő problémájuk, mit kell tenniük a gyógyulás érdekében és miért fontos, hogy azt megtegyék.

6. A vakcinációs egészségműveltség javításához hazánkban a választható védőoltásokkal kapcsolatos tájékoztatás szintjén van szükség kiemelt beavatkozásokra.

A választható védőoltások vonatkozásában is fontos a hiteles információk megosztása az érintettekkel, hiszen ez segíthet az összeesküvés-elméletek megfékezésében. A vakcinációs EM esetén szintén az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú csoportokra kell fókuszálni, és a körükben megvalósuló hatékony intervenció vélhetően növeli a védőoltások felvételének esélyét is.

Ugyanakkor mindezekkel párhuzamosan fontos a hivatalos tájékoztató csatornába vetett bizalom erősítése és a szakemberek kommunikációs készségeinek javítása, szükség esetén akár az egészségügyi ellátórendszerben dolgozók speciális képzése is megfontolható, hiszen gyakran fordulnak hozzájuk információért. A képzés segíthet a koherens üzenetek közvetítésében és a védőoltással kapcsolatos kérdések megválaszolásában.

EGÉSZSÉGMŰVELTSÉGRE VONATKOZÓ KUTATÁSOKRA VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK

7. Ajánlatos, hogy az általános egészségműveltség felmérés esetében egy hosszabb kérdőív alkalmazásával gyűjtsük az adatokat - annak érdekében, hogy a problémás területeket részletesebben fel lehessen tární.

Egy hosszabb kérdőív alkalmazásával a szükséges beavatkozási pontok alaposabban feltárhatóak, így az egészségműveltség növelésére irányuló beavatkozásokat még differenciáltabbá lehet tenni, ami fokozhatja azok hatékonyságát. Így nem csak a népegészségügyi mutatókban érhetünk el javulást, hanem hosszabb távon az egészségműveltség javulása vélhetően az egészségügyi költségek csökkenéséhez is hozzájárul. Az eredmények felhasználhatóak továbbá népegészségügyi programok tervezése és a kommunikáció hatékonyságának növelése során is.

8. Annak megítélésére, hogy az egészségműveltség javítását célzó intervenciók hosszabb távon mennyire sikeresek, valamint az intervenciók egészség-gazdaságtani szempontból történő értékelésére felhasználható a HLS₁₉ felmérés folytatásaként tervezett longitudinális kutatás, melynek elvégzését a HLS keretében négy évente tervezi az Egészségügyi Világszervezet támogatásával működő nemzetközi hálózat.

Az egészségműveltség szintjében bekövetkező változások monitorozására, illetve a populációs szintű beavatkozások hatékonyságának vizsgálatára alkalmas a rendszeres időközönként, a nemzetközi felmérés részeként megvalósuló adatgyűjtés bevezetése, mely összehasonlító elemzésekre is lehetőséget biztosít.

EXECUTIVE SUMMARY

Taking into consideration the health literacy level of the target population is a prerequisite for effective disease prevention, health service provision and health promotion because adequate health literacy can support favourable health behaviour and informed decision-making regarding health policy planning and implementation. Furthermore, it is helpful for navigation in the health care system and appropriate use of health care services. Individuals with a lower level of health literacy can be characterized by unfavourable health outcomes and less participation in prevention activities. These can lead to increased hospital admissions, more frequent use of emergency care, poorer compliance and adherence to lifestyle interventions and medication. According to a previously published systematic review, inadequate health literacy increases health care burden and costs by 3-5%.

The development of health literacy instruments, preparation and implementation of internationally comparative surveys is coordinated by the World Health Organization Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). Its first project was the Health Literacy Survey 2019 (HLS₁₉), which results are intended to support evidence-based health literacy policy and provide evidence for knowledge-based recommendations besides answering scientific research questions. The main Hungarian results of the HLS₁₉ survey are summarized in this research report.

Data was collected according to the international protocol by a polling company in a sample (n=1205) of the adult population with computer-assisted telephone interviewing at the end of 2020. The sample was representative by sex, age and settlement type to the Hungarian general adult population. The questionnaire included items on demographic and socioeconomic status, subjective well-being, social support, health behaviour, general, digital, vaccination and communicative health literacy.

However, the level of the different types of health literacy is not lower than the international average, nearly two-fifths of the Hungarian adult population has low (inadequate and problematic) general health literacy. It should be highlighted, that it is necessary to implement interventions to enhance the health literacy, especially of the vulnerable groups, where the level of health literacy is less than the average. These interventions can help to decrease the health inequalities in the population. All types of health literacy were less favourable among those who can be characterized by lower social support and financial deprivation. Moreover, the level of general and communicative health literacy was lower among the youth, while digital health

literacy level was higher. There was a clear positive relationship between the level of education and the digital and vaccination health literacy. Every type of health literacy has shown an association at least with one of the used health outcome variables. Furthermore, the higher vaccination health literacy increased the odds of immunization. Regarding health behaviour, except for vaccination health literacy, a higher level of health literacy was associated with more frequent physical activity. Based on this, we can assume that the improvement of health literacy can increase the level of physical activity.

RECOMMENDATIONS RELATING TO GENERAL HEALTH LITERACY

1. Evidence-based scientific and health policy interventions are needed to increase health literacy, as its enhancement is a cost-effective way to improve health outcomes.

Nearly half of the participants experienced difficulties in decision making about illness and disease prevention using information from the mass media. This also means that greater attention is needed regarding this topic – especially during the present pandemic situation – and interventions reaching a wider audience is necessary.

Potential settings for improving health literacy are schools, where these topics can be embedded in the Hungarian Comprehensive School Health Promotion framework. However, interventions that reach the adult population more widely is also needed. One of the elements of this could be to improve the quality and reliability of health-related information available in the media and to involve the Health Promotion Offices in the implementation of interventions.

It is also important to review and, if necessary, modify the existing (patient) education materials and leaflets to make them understandable and useful even for those with lower educational attainment.

2. The main target groups of the interventions are the at-risk groups with low health literacy in order to reduce inequalities.

It is worthwhile to target younger people, those with lower socioeconomic or worse health status, and also take into consideration how the social support can improve the effectiveness of these interventions. Community programs can expand knowledge and strengthen social support, as well as mediators, who help reach and educate disadvantaged groups, can be employed.

3. In addition to individual level interventions, system or organizational level actions can lead to better outcomes.

For instance, this could include simplifying the organizational and administrative complexities faced by patients with lower health literacy while using the healthcare system. This can mean improved orientation in hospitals with guide boards, reviewing labels for clarity, or creating and providing educational materials that contain up-to-date but easy-to-understand information, supported with pictures or videos. It is justified for our country to join the international network of Health Promoting Hospitals and Health Services, especially the International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations and adopt good international practices.

RECOMMENDATIONS FOR SPECIFIC HEALTH LITERACIES

4. The level of digital health literacy was the lowest, so it is important implementing interventions to enhance digital health literacy, with a particular focus on the vulnerable groups.

Within the framework of these interventions special attention has to be given to skills which can help to judge whether the information is reliable. The importance of this topic is further enhanced by the fact that almost every second person in Hungary searches in digital sources for health information.

As part of this improvement, the already existing system established to evaluate the credibility of health related websites should be extended, and it is also important to maintain a national health information portal containing reliable information without any commercial interest. In addition, the digital skills of the population should be improved; this topic can be included in school curricula in the case of the younger age groups, while special trainings can be offered on the local level with a particular focus on the elderly and lower socioeconomic status groups.

5. In the case of communicative health literacy, the effectiveness of communication should be improved, so that clients/patients do not feel that there is not enough time for consultation with the physician or other health professionals.

The effectiveness of communication could be enhanced by improving the communication skills of healthcare professionals (e.g. using images as illustration where it is possible, use plain and clear language), including the teaching of techniques like “teach back” or “chunk-and-check”. On the other hand, communication should be facilitated among the health care users. For instance, the employment of patient educators or mediators who may help to improve communication in consultations can be useful, or the “Ask Me 3” patient educational program

can be introduced, in which patients are encouraged to ask their doctor what their main problem is, what they need to do to recover, and why it is important for them to do so.

6. Regarding vaccination health literacy, improvement would be needed on vaccination options.

It is also essential to share credible information regarding optional vaccinations, as this can help to stop the spread of conspiracy theories. It is important to focus on groups with lower socioeconomic status, and effective intervention among them could increase the odds of getting vaccinated. At the same time, it is vital to strengthen trust in official information channels and improve the communication skills of professionals. Special vaccination-related training for health care staff is suggested because they convey information to the public. This training can help to ensure coherent messages to clients to be vaccinated and to answer their questions.

RECOMMENDATIONS PROPOSED FOR RESEARCH

7. In the case of the general health literacy survey, it is worth considering using a longer questionnaire for data collection in order to explore problematic areas in more detail.

With a longer measurement tool, the target points of the intervention can be identified, so the health literacy interventions could be more differentiated, which can enhance their effectiveness. In that case, public health indicators can be improved and - in the long run – this can lead to reduced health care costs. The results can also be used to design public health programs and increase the effectiveness of communication.

8. Longitudinal research planned as a follow-up to the HLS₁₉ survey could be used to assess the long-term effectiveness of health literacy interventions, taking into consideration the health economic perspective as well. This should be carried out regularly, at the same intervals, e.g. every four years, as in the case of other similar international surveys.

Investing in regular, standardized, internationally comparable research on health literacy - in accordance with the recommendation of the M-POHL network - may be appropriate to monitor changes in the level of health literacy and to examine the effectiveness of population-level interventions by a comparative way.

Az egészségműveltség (EM), mint fogalom és az annak jelentőségére irányuló kutatások az elmúlt néhány évtizedben kerültek a tudományos érdeklődés középpontjába.

Az egészségműveltség fogalmának meghatározására több kezdeményezés is született [Csizmadia, 2016], de ezek közül csak az egyik legjelentősebbnek gondolt, a Sørensen és munkatársai által - korábbi publikációkból kigyűjtött 17 definíció és 12 konceptuális modell áttekintése után - megalkotott integrált modell az, ami a jelen kutatás szempontjából releváns. Az integrált modell alapján az egészségműveltség az egészséginformációhoz való hozzáférésre, annak megértésére, értékelésére és alkalmazására való - tudásra, motivációra és kompetenciákra épülő - képesség az életminőség megőrzése vagy javítása érdekében az egészségügyi ellátás, a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés vonatkozásában egyaránt [Sørensen et al, 2012] (1. ábra).

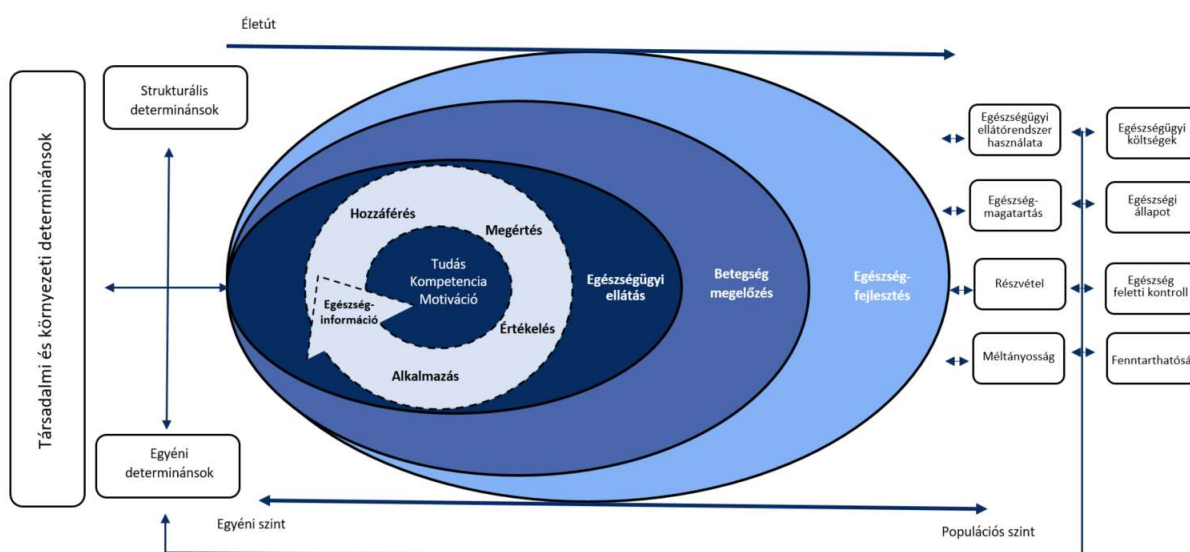
1. ábra: Az egészségműveltség integrált modelljének négy dimenziója három egészség doménre vonatkozóan



Forrás: saját szerkesztés Sørensen et al. *BMC Public Health*. 2012; 25:12-80. alapján

Az EM szintjére társadalmi, környezeti (pl. kultúra, nyelv) és demográfiai (pl. kor, nem) tényezők, valamint a társadalmi-gazdasági helyzet (iskolázottság, foglalkozás, jövedelem) és az általános műveltség is hatást gyakorol [Sørensen et al, 2012] (2. ábra).

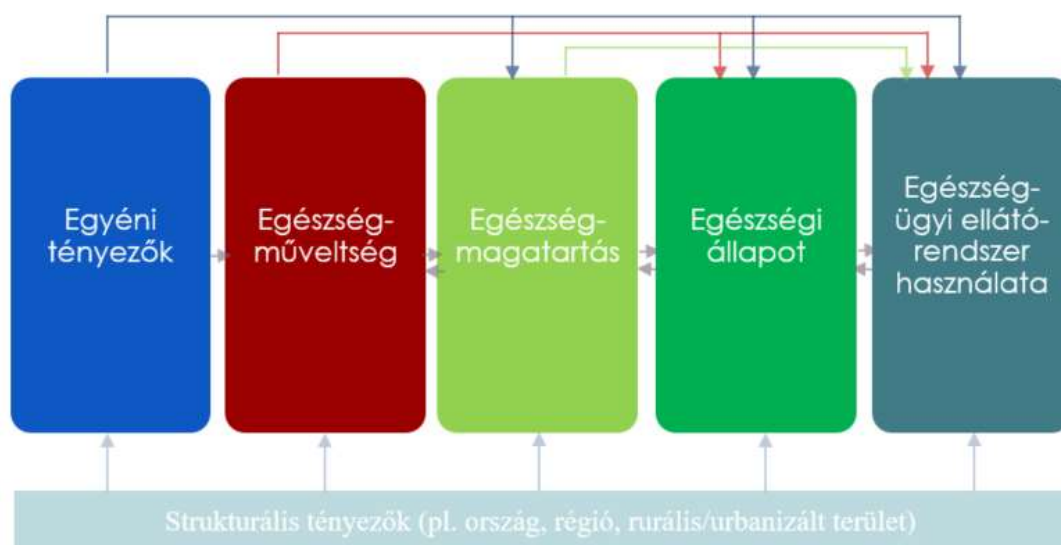
2. ábra: Az egészségműveltség integrált modellje



Forrás: saját szerkesztés Sørensen et al. BMC Public Health. 2012; 25:12-80. alapján

Az integrált modell tovább gondolásával született Bécsi Modell foglalja össze az egészségműveltséggel kapcsolatban álló potenciális tényezőket [Pelikan & Ganahl, 2017] (3. ábra). Ez alapján az egyének egészségműveltségét egyéni (szocio-demográfiai) és tágabb strukturális (pl. ország, régió, rurális/urbanizált terület) tényezők befolyásolják. Az EM ezen kívül vélhetően komplex kapcsolatban áll az egészségmagatartással, az egészségi állapottal és az egészségügyi ellátórendszer használatával, amelyek egymást is befolyásolják, és amelyekre szintén hatással lehetnek az egyéni és strukturális tényezők (megye, körzet, lakóhely urbanizációja) [Pelikan & Ganahl, 2017].

3. ábra: Az egészségműveltség kapcsolatrendszerének Bécsi Modellje

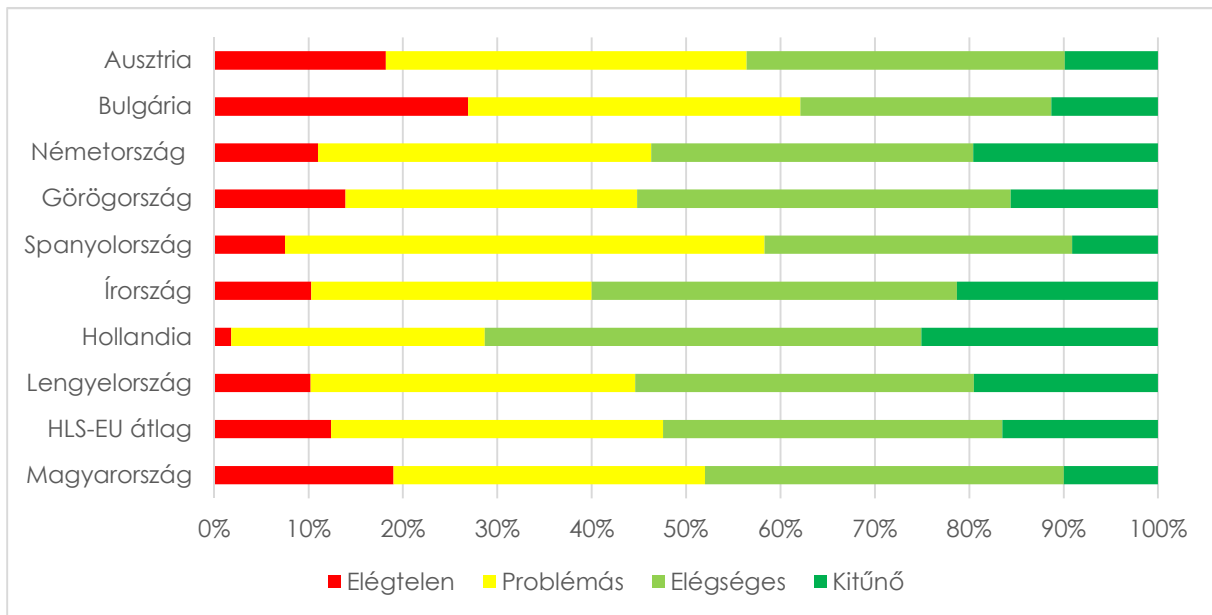


Forrás: saját szerkesztés az International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL alapján

Az egészségműveltség (nép)egészségügyi jelentőségére utal, hogy annak alacsony szintje összefüggést mutat a kedvezőtlen egészségi állapottal és az alacsony funkcionalitással, a magas mortalitással, a kórházi felvételek emelkedett számával, az orvosi javaslatok/utasítások nem megfelelő betartásával és az egészségügyi szakemberekkel való kevésbé hatékony kommunikációval, a magas egészségügyi költségekkel, a prevenciós programokban való alacsonyabb részvétellel, a kedvezőtlenebb egészségmagatartással, és hozzájárul az egészségi egyenlőtlenségek kialakulásához is [Dodson, Good & Osborne, 2015]. A nem megfelelő szintű egészségműveltség nemcsak egyéni, hanem nemzetgazdasági szinten is komoly anyagi vonzattal jár: egy korábbi szisztematikus áttekintés szerint az alacsony egészségműveltség évente 3-5% többletkiadást jelent az egészségügyi ellátórendszer szintjén [Eichler, Wieser & Brügger, 2009].

Mindezek alapján fontos, hogy rendelkezünk a magyar lakosság egészségműveltségének szintjére vonatkozó adatokkal. A korábbi magyarországi kutatások közül az általános (nem adott témára fókuszáló) egészségműveltséget a teljes felnőtt lakosság főbb demográfiai paraméterek tekintetében reprezentatív mintáján (és nem csak annak speciális csoportjában) vizsgáló felmérések közül az egyik az Európai Unió nyolc tagállamában 2011-ben végzett Európai Egészségműveltség Felmérés (European Health Literacy Survey, HLS-EU) kérdőívével történt. A HLS-EU felmérés céljára a Sørensen és munkatársai által megalkotott, a bevezetőben már korábban bemutatott integrált modell alapján egy, az egészségműveltséget szubjektív szempontból (önmegítélés alapján) mérő 47 kérdéses eszközt dolgoztak ki. A résztvevő európai országok esetében a lakosságnak átlagosan csaknem fele tartozott a korlátozott, megközelítőleg egyharmada az elégséges és közel egyötöde a kitűnő EM kategóriájába, ugyanakkor a nemzetek között jelentős eltérések voltak tapasztalhatóak [HLS-EU Consortium, 2012]. Az európai felmérésben használt kérdőív segítségével, négy évvel később, hazánkban is történt adatfelvétel a 16 éven felüliek körében, amely alapján a magyar lakosság egészségműveltsége kedvezőtlenebb (a populáció közel felének korlátozott, kétötödének elégséges, egytizedének kitűnő) volt, mint a HLS-EU vizsgálat eredménye [Koltai & Kun, 2016a] (4. ábra).

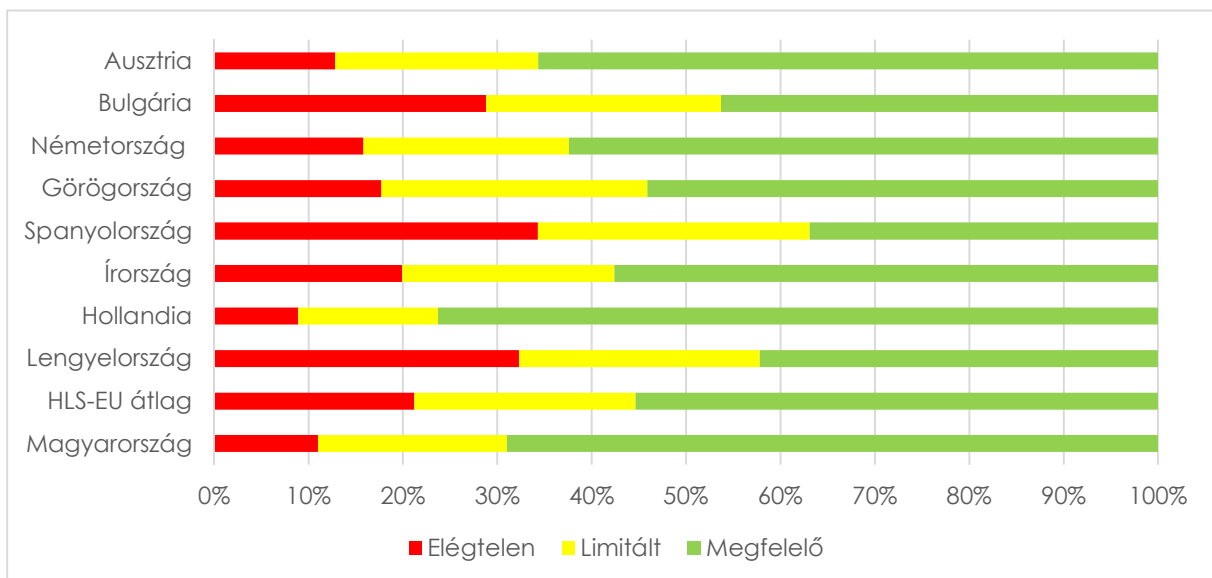
4. ábra: Szubjektív egészségműveltség az Európai Egészségműveltség Felmérésben (HLS-EU) részt vett országokban (2011) és Magyarországon (2015)



Forrás: saját szerkesztés a Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, valamint Koltai és Kun. Egészségfejlesztés. 2016; 57(3):3-20. adatai alapján

A HLS-EU vizsgálatban a funkcionális egészségműveltséget is mérték, az alapján a résztvevő országok lakosainak kb. fele, míg a magyarok közel kétharmada került a megfelelő kategóriába [HLS-EU Consortium, 2012; Koltai & Kun, 2016b] (5. ábra).

5. ábra: Funkcionális egészségműveltség az Európai Egészségműveltség Felmérésben (HLS-EU) részt vett országokban (2011) és Magyarországon (2015)



Forrás: saját szerkesztés a Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU, valamint Koltai és Kun. Orv Hetil. 2016; 157(50):2002–2006. adatai alapján

A World Health Organization Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) hálózat a korábbi HLS-EU tapasztalatait felhasználva koordinálja nemzetközi szinten az EM mérésére alkalmas mérőeszközök fejlesztését és az azokkal történő adatgyűjtést [Dietscher et al, 2019]. Ennek keretében a jelenlegi tervek szerint négy évente történik majd egészségműveltséggel kapcsolatos felmérés, amely a kutatási célú adatgyűjtésen túl egészségpolitikai intézkedések megalapozására, szakpolitikai ajánlások megfogalmazására is alapot szolgáltat. Ennek a felméréssorozatnak az első adatfelvétele a Health Literacy Survey 2019 (HLS₁₉) volt, amelyhez hazánk is csatlakozott [HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021]. A jelen kutatási jelentés ennek az adatgyűjtésnek a módszertanát és főbb eredményeit foglalja össze.

MÓDSZEREK

VIZSGÁLATI MINTA ÉS ADATGYŰJTÉS

A vizsgálat 1205 fős, a magyar felnőtt lakosságra kor, nem és lakóhely szerint reprezentatív mintán történt 2020 végén a nemzetközi protokoll előírásainak megfelelően. Az adatgyűjtés a járványügyi helyzetre tekintettel telefonos lekérdezéssel zajlott közvélemény-kutató cég bevonásával. A kérdőív a demográfiai adatokra, társadalmi-gazdasági státuszra, társas támogatásra, egészségi állapotra és életmódra vonatkozó kérdéseken túl az egészségműveltséget különböző szempontból mérő skálákat tartalmazott. Ennek megfelelően az egészségműveltség általános jellemzése mellett lehetőség volt a digitális, kommunikatív és vakcinációs egészségműveltség jellemzésére is.

A *szocio-demográfiai rész* keretében a nemre, korra és iskolai végzettségre vonatkozó adatokon túl - a nemzetközi protokollal összhangban - felmérésre került, hogy a válaszadó részt vett-e valaha egészségügyi szakmai képzésben, illetve, hogy nevel-e gyermeket. Az önértékelt társadalmi státuszt egy 10-fokú Likert-skála segítségével mértük, ahol a válaszadónak azt kellett megadnia, hogy melyik lépcsőn helyezné el saját magát, ha az egyes lépcső a "társadalom legalacsonyabb szintje", a tízes lépcső "a társadalom legmagasabb szintje" lenne. Az anyagi depriváció mértékét a közüzemi számlák, a szükséges orvosi vizsgálatok és kezelések, valamint a gyógyszerköltségek fedezésének nehézségére vonatkozó kérdésekre adott válaszok alapján

határoztuk meg. Minden kérdés esetében egy nagyon könnyű – nagyon nehéz 4-fokozatú Likert-skálán kellett kiválasztania a válaszadónak a rá leginkább jellemző választ. Az elérhető pontszám 0-100 között lehetett a nehéz és nagyon nehéz válaszok együttes százalékos aránya alapján, ahol a magasabb pontszám súlyosabb deprivációt jelentett. Az adatelemzés során deprivaltként kezeltük az 50 pont feletti értékeket.

A kérdőív segítségével feltérképezésre került továbbá, hogy a válaszadó szokott-e szerezni bármilyen forrásból *egészségügyi vagy orvosi témában információt*, illetve, hogy a legutolsó ilyen keresés esetén milyen információforrásokat használt.

Az *egészségi állapot* esetében a szubjektív egészségi állapot meghatározásán túl az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) kérdőívében használt két további kérdést is felhasználtunk: regisztrálható-e a válaszadónál hosszantartó (min. fél éve fennálló) betegség vagy egészség-probléma, illetve az elmúlt fél évben ez okozott-e korlátozottságot a mindennapi tevékenységek elvégzésében [Központi Statisztikai Hivatal, 2014]. Ezen túlmenően az önbevallás szerinti testsúly és -magasság adatok alapján meghatározásra került a testtömegindex (BMI), melynek értékelése a WHO ajánlás alapján történt [World Health Organization, 2010].

Az észlelt *társas támasz* mérésére a 3 kérdéses Oslo Social Support-skálát használtuk, amin az elért összpontszám 8 pont alatt gyenge, 9–11 pont között közepes és 12 pont felett erős támaszt jelez [Központi Statisztikai Hivatal, 2014].

Az *életmód* esetében arra vonatkoztak a kérdések, hogy a válaszadó egy átlagos héten hány napon fogyaszt bármilyen dohányterméket, illetve alkoholtartalmú italt, végez legalább 30 percen át olyan testmozgást, amittől legalább kissé gyorsabban veszi a levegőt vagy megemelkedik a pulzusa; és fogyaszt gyümölcsöt, zöldséget, vagy salátát, a burgonya kivételével. Az adatelemzés során ezeket a változókat binárisá alakítottuk, ahol a legkedvezőbb szélsőérték, így a soha nem dohányzók, alkoholt nem fogyasztók, illetve a minden nap fizikai aktivitást végzők vagy zöldséget/gyümölcsöt fogyasztók alkotta az egyik, és az összes többi válaszlehetőség a másik kategóriát. A *preventív szolgáltatások* igénybevétele kapcsán az elmúlt 5 évben a családtagok - beleértve a válaszadót is - általi védőoltások felvételére vonatkozott a kérdés.

Az eredetileg 47 kérdéses *általános egészségműveltség* kérdőív 12 kérdéses rövidített változatát használtuk az adatgyűjtés során (HLS-Q12). A felépítése hasonló volt a HLS-EU felmérésben

használt kérdőívhez, így minden kérdés esetében egy nagyon könnyű – nagyon nehéz 4-fokozatú Likert-skálán kellett kiválasztania a válaszdónak a rá leginkább jellemző választ. Ezen blokk értékelésének feltétele, hogy a kérdések min. 80%-a megválaszolt legyen. Az elérhető pontszám 0-100 között lehet a könnyű és nagyon könnyű válaszok együttes százalékos aránya alapján, ahol a magasabb pontszám magasabb szintű EM-et jelent. Ezen túlmenően kategóriák kialakítására is van lehetőség az alábbiak alapján: kitűnő az egészségműveltség, ha a nagyon könnyű választ jelölte meg a kérdések legalább felénél és a nagyon nehéz/nehéz kategóriát legfeljebb 1 kérdésnél; megfelelő kategóriába azok kerülhetnek, akik legalább 10 kérdésnél a nagyon könnyű/könnyű választ jelölték és maximum 2 kérdést jeleztek nehéznek/nagyon nehéznek. Elégtelen kategóriába sorolódtak ezzel szemben azok, akik maximum egy kérdést értékelték nagyon könnyűnek és a nehéz/nagyon nehéz válaszok együttes aránya meghaladta az 50%-ot, míg problémás az egészségműveltségi szintje annak, aki nem tartozik a fenti három kategória egyikébe sem.

A kutatás keretében az EM specifikus altípusait is felmértük. *Digitális EM* alatt az online egészséginformációk keresésére, azokhoz való hozzáférésre, azok megértésére, értékelésére, megerősítésére és alkalmazására vonatkozó képességet értjük jelen kutatási jelentés keretei között. A *kommunikatív EM* a páciensek kommunikatív készségeit méri, amelyek lehetővé teszik számukra, hogy aktívan részt vegyenek az egészségügyi szakemberekkel való találkozás során az információ átadásában és megszerzésében, annak megértésében és azok alkalmazásában a döntéshozatal és az egészségügyi ellátás során. A HLS₁₉ kutatásban a kérdések az orvos-beteg kommunikációra vonatkoztak. A *vakcinációs EM* pedig az egyének tudása, motivációja és készsége az immunizációval kapcsolatos információk keresésére, megértésére és értékelésére az immunizációval kapcsolatos megfelelő döntések meghozatala érdekében.

A digitális EM méréséhez 8, a kommunikatív EM vonatkozásában 6, míg a vakcinációs EM esetén 4 kérdésre kellett megadnia a kitöltőnek a rá leginkább jellemző választ 4-fokozatú Likert-skálán, ugyanúgy mint a HLS-Q12 kérdőív esetén. Az elérhető pontszám szintén 0-100 közé eshetett a könnyű és nagyon könnyű válaszok együttes százalékos aránya alapján, a magasabb pontszám így magasabb szintű EM-et jelentett. Ezen skálák esetében is az értékelés feltétele, hogy a kérdések min. 80%-a megválaszolt legyen. A kategorikus értékelést a nemzetközi gyakorlatban itt nem alkalmazzák, ezért ehelyett a skálakon elért eredményeket (0%-100%) négy egyenlő részre osztottuk a skálák kvartilisei alapján: 0%-24%, 25%-49%,

50%-74%, 75%-100% (magasabb százalékot jelző kategória magasabb szintű EM-et jelez), és ezek alapján mutattuk be az egyes kategóriákba esők súlyozott részarányát.

STATISZTIKAI ELEMZÉS

A leíró elemzések a nem, a kor, az iskolai végzettség és a lakóhely szerint súlyozott adatok alapján történtek a 95%-os megbízhatósági tartományok (95% MT) megadásával. Az általános egészségműveltség determinánsait bináris logisztikus regresszió segítségével határoztuk meg, ehhez az egészségműveltség változót bináris változóvá alakítottuk a két-két szélső kategória összevonásával (kitűnő és megfelelő: megfelelő, inadekvát és problémás: nem megfelelő). A kapott eredményeket esélyhányadosokkal (EH) és 95%-os megbízhatósági tartományokkal értékeltük. A nemzetközi kutatásban alkalmazott gyakorlat alapján a digitális, a kommunikatív és a vakcinációs egészségműveltségi pontszámokból kategorikus változókat nem alakítottunk ki, így a folytonos skálák adatai kerültek bevonásra a többváltozós lineáris regressziós elemzésekbe. A vizsgálatok során kapott eredményeket lineáris regressziós koefficiensekkel (β) és 95%-os megbízhatósági tartományokkal jellemeztük.

Az esélyhányadosok és a lineáris regressziós koefficiensek meghatározása során társadalmi státuszra, gyermeknevelésre és egészségügyi végzettségre korrigáltunk. Ezeken felül elemeztük az egészségműveltség kapcsolatát az egészségi állapotot, illetve életmódot jellemző mutatókkal bináris logisztikus regresszió segítségével, melynek során korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre, valamint az életmód esetén ezeken kívül még szubjektív egészségi állapotra és társas támaszra korrigáltunk. Az adatelemzés a Stata/IC 16 statisztikai program survey data analysis moduljával történt.

EREDMÉNYEK

A VIZSGÁLATI POPULÁCIÓ JELLEMZÉSE

A válaszolók átlagéletkora 48,0 év volt (min. 18, max. 91 év; SD: 17,5 év), 46,8%-uk volt férfi. A társadalomban elfoglalt helyüket az egytől tízig terjedő skálán átlagosan 5,2-re (95% MT 4,7-5,6) tették. A főbb demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők szerinti megoszlást az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: A vizsgált minta szocio-demográfiai jellemzői a súlyozott adatok alapján

		részarány (95% MT)
Nem	férfi	46,8% (43,9-49,6)
	nő	53,2% (50,4-56,1)
Iskolai végzettség	8 osztály	17,6% (15,5-19,8)
	szakmunkásképző	33,3% (30,7-36,1)
	középiskola érettségivel	33,3% (30,7-36,1)
	főiskola vagy egyetem diplomával	15,8% (13,8-17,9)
Anyagi depriváció	deprivált	34,9% (32,1-37,7)
	nem deprivált	65,1% (62,3-67,9)
Nevel gyermek	igen	69,8% (67,2-72,4)
	nem	30,2% (27,6-32,8)
Egészségügyi képzésben részt vett	igen	22,2% (19,9-24,7)
	nem	77,8% (75,3-80,1)

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

Az egészségi állapotát a válaszadók 55,1%-a (95% MT 52,3-57,9%) jónak vagy nagyon jónak minősítette (2. táblázat). Krónikus betegség meglétéről 42,2%-uk (95% MT 39,4-44,9%), míg

egészségi probléma miatti korlátozottságról 22,1%-uk (95% MT 19,9-24,6%) számolt be. A BMI alapján a populáció kb. egyharmada (36,7%; 95% MT 33,9-39,5%) tartozott a normál kategóriába (2. táblázat). Az észlelt társas támasz mértéke a válaszadók 17,4%-nál (95% MT 15,3-19,7%) gyenge, 52,9%-uk (95% MT 49,9-55,7%) esetében közepes, 29,8%-nál (95% MT 27,2-32,5%) erős volt.

2. táblázat: Az egészségi állapot vizsgált mutatói a súlyozott adatok alapján

		résarány (95% MT)
Szubjektív egészségi állapot	rossz/nagyon rossz	8,2% (6,8-9,9)
	megfelelő	36,8% (34,0-39,5)
	jó/nagyon jó	55,1% (52,3-57,9)
Tápláltsági állapot a BMI alapján	sovány	2,4% (1,6-3,4)
	normál	36,7% (33,9-39,5)
	túlsúlyos	37,9% (35,2-40,8)
	elhízott	22,9% (20,7-25,5)

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

Az életmódi tényezők vonatkozásában megállapítottuk, hogy 66,5% (95% MT 63,8-69,2%) volt a nemdohányzók, 45,2% (95% MT 42,4-48,1%) az alkoholt nem fogyasztók aránya. A mindennapos fizikai aktivitás a válaszadók 33,3%-ára (95% MT 30,7-36,0%), míg a rendszeres (napi) zöldség- és gyümölcsfogyasztás 52,9%-ára (95% MT 50,1-55,8%) volt jellemző.

LEGGYAKORIBB INFORMÁCIÓFORRÁSOK

A lakosság 83,2%-a (95% MT 75,5-88,9%) keresett bármilyen forrásból egészségügyi témákban információt. A legutóbbi alkalommal használt forrás gyakoriság szerinti megoszlása a 3. táblázatban látható.

3. táblázat: Egészségügyi témákban információkereséshez használt források a súlyozott adatok alapján

	részarány (95% MT)
Digitális források (pl. internet, közösségi média, egészségügyi nyilvántartások)	49,7 (42,2-57,2)
Egészségügyi szakemberek	31,6 (31,4-31,8)
Írott anyagok (pl. könyvek, brosrák, szórólapok, újságok, magazinok)	7,8 (6,8-8,9)
Nem szakemberek (pl. családtagok, barátok, munkatársak)	3,9 (0,7-18,4)
Kiegészítő, alternatív, vagy nem hagyományos orvoslást gyakorló személyek	0,9 (0,6-1,4)
Telefonos információs vonal	0,4 (0,1-3,9)
Nem tud vagy nem kíván válaszolni	5,7 (2,4-12,7)

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

AZ ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG

Az általános egészségműveltséget mérő 12 kérdés esetén a nehéz és nagyon nehéz válaszlehetőséget választók aránya átlagosan 20,3% volt; legnehezebbnek ítélték a „médiából szerzett információk alapján eldönteni, hogyan védekezhet a betegségek ellen” itemet, mely a válaszadók csaknem felének (49,3%) jelentett problémát (6. ábra). Ezt követte az információ beszerzésének nehézsége a mentális problémák kezeléséről (32,5%), valamint a különféle kezelési lehetőségek előnyeinek és hátrányainak megítéléséhez (32,0%), melyeket a populáció közel egyharmada jelzett nehéznek.

6. ábra: A HLS-Q12 kérdőív egyes tételeire adott válaszok százalékos megoszlása a nemre, életkorra, iskolai végzettségre és lakóhelyre súlyozott elemzés alapján



Az általános egészségműveltség esetén a válaszolók kétötöde tartozott a nem megfelelő egészségműveltségű kategóriába (4. táblázat), az elért átlagpontszám 79,78 (95% MT 78,65-80,90) volt.

4. táblázat: Az általános egészségműveltség egyes kategóriáiba tartozók aránya a súlyozott elemzések alapján

részarány (95% MT)	
Elégtelen	10,7% (9,0-12,6)
Problémás	30,4% (27,9-33,1)
Megfelelő	49,8% (47,0-52,7)
Kitűnő	9,1% (7,6-10,9)

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

AZ ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGműVELTSÉG DETERMINÁNSAI

A megfelelő egészségműveltség esélyét növelte a magasabb életkor, a kedvezőbb egészségi állapot, az erősebb társas támasz és az anyagi depriváció hiánya (5. táblázat).

5. táblázat: Az általános egészségműveltség determinánsai

Magyarázó változók	EH (95% MT)*	p-érték
Nem (ref: férfi)	0,97 (0,74;1,26)	0,794
Kor	1,02 (1,01;1,02)	0,001
Iskolázottság (ref: általános iskola)		
középiskola érettségi nélkül	0,94 (0,62;1,43)	0,788
érettségi	0,89 (0,58;1,36)	0,579
főiskola/egyetem	0,91 (0,58;1,41)	0,660
Anyagi depriváció hiánya	2,03 (1,50;2,76)	<0,001
Szubjektív egészség (ref: rossz/nagyon rossz)		
megfelelő	1,65 (1,02;2,67)	0,042
jó/nagyon jó	2,05 (1,24;3,39)	0,006
Társas támasz (ref: gyenge)		
közepes	1,53 (1,07;2,19)	0,019
erős	2,23 (1,49;3,32)	<0,001

EH (95% MT): esélyhányados (95%-os megbízhatósági tartomány), ref: referencia kategória

* Társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre korrigálva.

A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve.

AZ ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG KAPCSOLATA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS ÉLETMÓD MUTATÓIVAL

A megfelelő egészségműveltség növelte az esélyét a kedvezőbb egészségi állapotnak és a rendszeres fizikai aktivitásnak, ugyanakkor csökkentette az esélyét az egészségi állapot miatti korlátozottnak (6. táblázat). A többi vizsgált paraméter vonatkozásában nem mutatkozott szignifikáns kapcsolat.

6. táblázat: Az általános egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapottal és az életmóddal

Kimeneti változók	A megfelelő egészségműveltség	
	kategóriához tartozó EH (95% MT)	p-érték
Jó/nagyon jó egészségi állapot	1,36* (1,03;1,78)	0,029
Krónikus betegség megléte	0,91* (0,69;1,19)	0,502
Korlátozottság megléte	0,71* (0,52;0,96)	0,027
Túlsúly/elhízás	1,14** (0,86;1,50)	0,357
Nemdohányzó státusz	1,06** (0,79;1,42)	0,676
Alkohol absztinencia	1,19** (0,89;1,57)	0,229
Mindennapos fizikai aktivitás	1,41** (1,06;1,86)	0,018
Napi zöldség- és gyümölcsfogyasztás	1,19** (0,91;1,55)	0,200

EH (95% MT): esélyhányados (95%-os megbízhatósági tartomány).

* Korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre korrigálva. ** Korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre, szubjektív egészségi állapotra és társas támaszra korrigálva. A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve.

DIGITÁLIS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG

A digitális egészségműveltség esetén az elért átlagpontszám 71,77 (95% MT 70,05-73,49) volt. Közel a populáció felének okozott nehézséget annak megítélése, hogy megbízható-e az információ (53,7%), illetve, hogy az információt kereskedelmi érdekből közlik-e (49,0%) (7. ábra).

7. ábra: A digitális egészségműveltség kérdőív egyes tételeire adott válaszok százalékos megoszlása a nemre, életkorra, iskolai végzettségre és lakóhelyre súlyozott elemzés alapján



A választ adók kicsivel több, mint 60%-a a kérdések minimum 75%-a esetében könnyűnek vagy nagyon könnyűnek értékelte az állításokat (7. táblázat).

7. táblázat: A digitális egészségműveltség skála kvartilisek szerint képzett kategóriákba tartozók aránya a súlyozott elemzések alapján

	résarány (95% MT)
Alsó kvartilis (0%-24%)	5,7% (4,4%-7,5%)
Alsó kvartilis - medián (25%-49%)	11,8% (9,7%-14,3%)
Medián - felső kvartilis (50%-74%)	20,8% (18,1%-23,8%)
Felső kvartilis (75%-100%)	61,7% (58,2%-65,0%)

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

A DIGITÁLIS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG DETERMINÁNSAI

A digitális egészségműveltség determinánsainak vizsgálata során az életkor és a digitális egészségműveltség között szignifikáns negatív kapcsolatot tapasztaltunk, azaz az életkor előrehaladtával csökkent a digitális EM szintje. Ugyanakkor az anyagi depriváció hiánya, az erős társas támasz, valamint a magasabb iskolai végzettség (érettségi) pozitív kapcsolatban állt

a digitális egészségműveltséggel, vagyis az utóbbi jellemzők esetén magasabb volt a digitális EM skálán elért pontszám (8. táblázat).

8. táblázat: A digitális egészségműveltség determinánsai

Magyarázó változók	β (95% MT)	p-érték
Nem (ref: férfi)	0,54 (-3,08;4,17)	0,770
Kor	-0,20 (-0,32;-0,07)	0,003
Iskolázottság (ref: általános iskola)		
középiskola érettségi nélkül	5,81 (-0,72;12,35)	0,081
érettségi	6,54 (0,32;12,76)	0,039
főiskola/egyetem	6,54 (-0,23;13,31)	0,058
Anyagi depriváció hiánya	9,93 (5,56;14,30)	<0,001
Szubjektív egészség (ref: rossz/nagyon rossz)		
megfelelő	2,21 (-5,68;10,10)	0,583
jó/nagyon jó	4,23 (-3,82;12,27)	0,303
Társas támasz (ref: gyenge)		
közepes	5,21 (-0,04;10,46)	0,052
erős	9,25 (3,48;15,01)	0,002

β (95% MT): lineáris regressziós koefficiens (95%-os megbízhatósági tartomány), ref: referencia kategória

* Társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre korrigálva.

A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve.

A DIGITÁLIS EGÉSZSÉGműVELTSÉG KAPCSOLATA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS ÉLETMÓD MUTATÓIVAL

A magasabb digitális EM szignifikánsan csökkentette a krónikus betegségek meglétének, illetve növelte a mindennapos fizikai aktivitásnak az esélyét (9. táblázat).

9. táblázat: A digitális egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapottal és az életmóddal

Kimeneti változók	A digitális egészségműveltséghez tartozó EH (95% MT)	p-érték
Jó/nagyon jó egészségi állapot	1,004* (0,999;1,010)	0,123
Krónikus betegség megléte	0,993* (0,988;0,999)	0,016
Korlátozottság megléte	0,995* (0,989;1,002)	0,141
Túlsúly/elhízás	1,002** (0,996;1,008)	0,553
Nemdohányzó státusz	0,999** (0,993;1,005)	0,660
Alkohol absztinencia	1,005** (1,000;1,011)	0,064
Mindennapos fizikai aktivitás	1,008** (1,002;1,014)	0,008
Napi zöldség- és gyümölcsfogyasztás	1,000** (0,994;1,005)	0,979

EH (95% MT): esélyhányados (95%-os megbízhatósági tartomány).

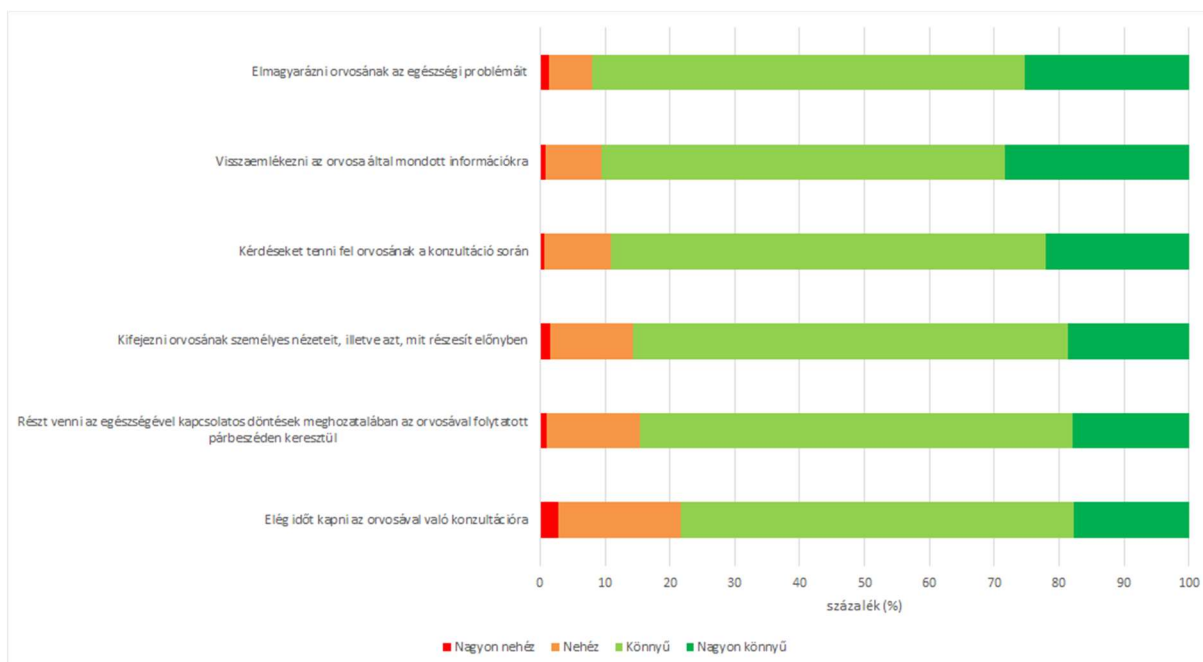
* Korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre korrigálva. ** Korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre, szubjektív egészségi állapotra és társas támaszra korrigálva.

A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve.

KOMMUNIKATÍV EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG

A kommunikatív egészségműveltség esetén az elért átlagpontszám 86,80 (95% MT 85,48-88,13) volt. A legnagyobb nehézséget az „elég időt kapni az orvosával való konzultációra” okozta a válaszadóknak, mely a populáció csaknem ötödének (21,6%) jelentett problémát (8. ábra).

8. ábra: A kommunikatív egészségműveltség kérdőív egyes tételeire adott válaszok százalékos megoszlása a nemre, életkorra, iskolai végzettségre és lakóhelyre súlyozott elemzés alapján



A megkérdezettek 80,6%-a a kérdések minimum háromnegyede esetében könnyűnek vagy nagyon könnyűnek értékelte az állításokat (10. táblázat).

10. táblázat: A kommunikatív egészségműveltség skála kvartilisek szerint képzett kategóriáiba tartozók aránya a súlyozott elemzések alapján

	részarány (95% MT)
Alsó kvartilis (0%-24%)	4,0% (2,9%-5,4%)
Alsó kvartilis - medián (25%-49%)	3,1% (2,1%-4,5%)
Medián - felső kvartilis (50%-74%)	12,3% (10,3%-14,6%)
Felső kvartilis (75%-100%)	80,6% (77,9%-83,0%)

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány.

Nők körében a férfiak átlagértékeihez képest szignifikánsan alacsonyabbnak mutatkozott a kommunikatív egészségműveltség. A magasabb életkor, az anyagi depriváció hiánya, illetve az erős társas támasz megléte szignifikánsan növelte a kommunikatív egészségműveltség átlagértékeit (11. táblázat).

11. táblázat: A kommunikatív egészségműveltség determinánsai

Magyarázó változók	β (95% MT)	p-érték
Nem (ref: férfi)	-2,83 (-5,52;-0,15)	0,039
Kor	0,10 (0,01;0,19)	0,026
Iskolázottság (ref: általános iskola)		
középiskola érettségi nélkül	0,37 (-3,96;4,70)	0,867
érettségi	3,35 (-0,88;7,58)	0,120
főiskola/egyetem	-1,43 (-6,19;3,33)	0,556
Anyagi depriváció hiánya	6,88 (3,70;10,07)	<0,001
Szubjektív egészség (ref: rossz/nagyon rossz)		
megfelelő	0,16 (-4,82;5,14)	0,949
jó/nagyon jó	1,73 (-3,50;6,96)	0,517
Társas támasz (ref: gyenge)		
közepes	3,01 (-0,79;6,80)	0,120
erős	7,85 (3,68;12,01)	<0,001

β (95% MT): lineáris regressziós koefficiens (95%-os megbízhatósági tartomány), ref: referencia kategória

* Társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre korrigálva.

A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve.

A kommunikatív egészségműveltség növelte a mindennapos fizikai aktivitás és a napi zöldség- és gyümölcsfogyasztás esélyét, ugyanakkor szignifikáns inverz kapcsolat volt megfigyelhető a korlátozottság megléte és a kommunikatív egészségműveltség között (12. táblázat).

12. táblázat: A kommunikatív egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapottal és az életmóddal

Kimeneti változók	A kommunikatív egészségműveltséghez tartozó EH (95% MT)	p-érték
Jó/nagyon jó egészségi állapot	1,005* (0,999;1,011)	0,130
Krónikus betegség megléte	0,999* (0,993;1,005)	0,802
Korlátozottság megléte	0,992* (0,985;0,998)	0,012
Túlsúly/elhízás	1,004** (0,998;1,010)	0,194
Nemdohányzó státusz	0,996** (0,989;1,002)	0,213
Alkohol absztinencia	1,000** (0,994;1,006)	0,958
Mindennapos fizikai aktivitás	1,010** (1,003;1,017)	0,003
Napi zöldség- és gyümölcsfogyasztás	1,007** (1,001;1,013)	0,018

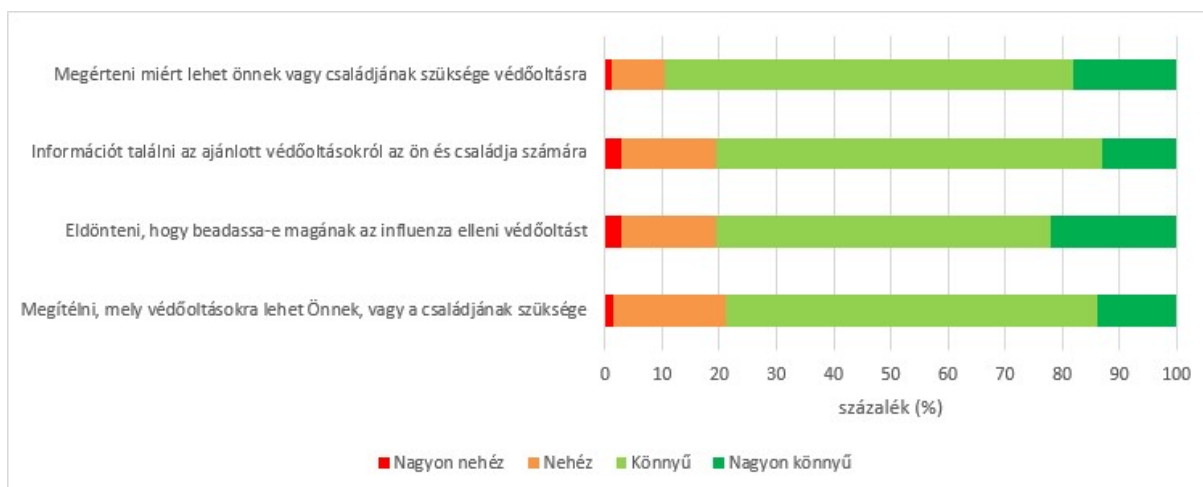
EH (95% MT): esélyhányados (95%-os megbízhatósági tartomány).

* Korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre korrigálva. ** Korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre, szubjektív egészségi állapotra és társas támaszra korrigálva. A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve.

VAKCINÁCIÓS EGÉSZSÉGműVELTSÉG

A vakcinációs egészségműveltség esetén az elért átlagpontszám 82,41 (95% MT 80,79-84,03) volt. „Megítélni, mely védőoltásokra lehet Önnek, vagy a családjának szüksége” a populáció csaknem ötödének (21,2%) okozott nehézséget (9. ábra).

9. ábra: A vakcinációs egészségműveltség kérdőív egyes tételeire adott válaszok százalékos megoszlása a nemre, életkorra, iskolai végzettségre és lakóhelyre súlyozott elemzés alapján



A választ adók közel 80%-a a kérdések legalább 75%-a esetében könnyűnek vagy nagyon könnyűnek értékelte az állításokat (13. táblázat).

13. táblázat: A vakcinációs egészségműveltség skála kvartilisek szerint képzett kategóriákba tartozók aránya a súlyozott elemzések alapján

	résarány (95% MT)
Alsó kvartilis (0%-24%)	3,7% (2,6%-5,1%)
Alsó kvartilis - medián (25%-49%)	5,7% (4,4%-7,5%)
Medián - felső kvartilis (50%-74%)	10,4% (8,5%-12,6%)
Felső kvartilis (75%-100%)	80,2% (77,5%-82,7%)

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

A VAKCINÁCIÓS EGÉSZSÉGműVELTSÉG DETERMINÁNSAI

Az anyagi depriváció hiánya szignifikánsan növelte a vakcinációs egészségműveltség szintjét. A közepes és erős társas támasz pozitív hatást gyakorolt a vakcinációs egészségműveltség szintjére. Az általános iskolai végzettségűekhez képest szignifikánsan magasabbnak bizonyult a vakcinációs egészségműveltség szintje az érettségivel rendelkezők körében (14. táblázat).

14. táblázat: A vakcinációs egészségműveltség determinánsai

Magyarázó változók	β (95% MT)	p-érték
Nem (ref: férfi)	-2,23 (-5,52;1,06)	0,183
Kor	0,06 (-0,05;0,17)	0,274
Iskolázottság (ref: általános iskola)		
középiskola érettségi nélkül	3,87 (-1,51;9,24)	0,158
érettségi	5,39 (0,13;10,65)	0,045
főiskola/egyetem	0,59 (-5,26;6,44)	0,843
Anyagi depriváció hiánya	9,86 (6,00;13,72)	<0,001
Szubjektív egészség (ref: rossz/nagyon rossz)		
megfelelő	-3,39 (-9,53;2,75)	0,279
jó/nagyon jó	0,39 (-6,04;6,82)	0,906
Társas támasz (ref: gyenge)		
közepes	10,07 (5,49;14,66)	<0,001
erős	11,71 (6,67;16,76)	<0,001

β (95% MT): lineáris regressziós koefficiens (95%-os megbízhatósági tartomány), ref: referencia kategória

* Társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre korrigálva.

A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve.

A VAKCINÁCIÓS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG KAPCSOLATA AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÉS ÉLETMÓD MUTATÓIVAL

A vakcinációs egészségműveltség az önértékelt egészségi állapottal, valamint a védőoltások felvételével mutatott kapcsolatot: a magasabb vakcinációs EM növelte a jó vagy nagyon jó egészségi állapot, valamint a védőoltások beadatásának esélyét (15. táblázat).

15. táblázat: A vakcinációs egészségműveltség kapcsolata az egészségi állapottal és az életmóddal

Kimeneti változók	A vakcinációs egészségműveltséghez tartozó EH (95% MT)	p-érték
Jó/nagyon jó egészségi állapot	1,007* (1,001;1,012)	0,017
Krónikus betegség megléte	0,999* (0,994;1,004)	0,672
Korlátozottság megléte	0,995* (0,989;1,000)	0,070
Túlsúly/elhízás	0,999** (0,993;1,004)	0,674
Nemdohányzó státusz	1,003** (0,997;1,008)	0,321
Alkohol absztinencia	1,004** (0,998;1,009)	0,163
Mindennapos fizikai aktivitás	0,999** (0,993;1,004)	0,604
Napi zöldség- és gyümölcsfogyasztás	1,002** (0,997;1,008)	0,370
Védőoltások felvétele	1,009** (1,004;1,014)	<0,001

EH (95% MT): esélyhányados (95%-os megbízhatósági tartomány).

* Korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre korrigálva. ** Korra, nemre, iskolai végzettségre, anyagi deprivációra, társadalmi státuszra, gyermeknevelésre, egészségügyi végzettségre, szubjektív egészségi állapotra és társas támaszra korrigálva.

A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve.

Az általános EM esetén a válaszadók közel fele vélte úgy, hogy a médiából szerzett információk alapján döntést hozni a betegségek elleni védekezésről nem könnyű. Ez az item nemzetközi szinten a második legnehezebbnek ítélt kérdés volt. Ezt a teljes HLS₁₉ populáció kétötöde jelölte meg nehéznek, míg a különféle kezelési lehetőségek előnyeinek és hátrányainak megítélését kicsivel többen (43%) ítélték meg nehéznek. A többi EM esetén hazánkban és nemzetközi szinten egyaránt ugyanazok az itemek jelentették a legfőbb nehézséget, bár abban volt különbség, hogy a populáció mekkora része jelölte meg az adott állítást nehézként vagy nagyon nehézként. A digitális EM vonatkozásában mind hazai, mind nemzetközi szinten a populáció több mint felének okozott nehézséget az információk megbízhatóságának megítélése, aminek a jelentőségét tovább fokozza az a tény, hogy hazánkban csaknem minden második ember digitális forrásokban keres egészségügyi információkat. A kommunikatív EM skálából a magyar lakosság egyötödének és a teljes HLS₁₉ populáció több mint egynegyedének leginkább az jelentett problémát, hogy elég idő legyen az orvossal történő konzultációra, míg a vakcinációs EM esetén a hazai populáció egyötöde, míg a nemzetközi válaszadók több mint egynegyede számára okozott gondot az, hogy megítélje, mely védőoltások lehetnek szükségesek [HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021].

Eredményeink alapján a lakosság kétötödének általános egészségműveltsége nem éri el a megfelelő szintet, ugyanakkor a hazai felnőtt lakosság egészségműveltsége egyik skálán sem kedvezőtlenebb, mint a nemzetközi kutatásban résztvevő országok adatainak átlaga [HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL, 2021] (10. ábra; 16. táblázat).

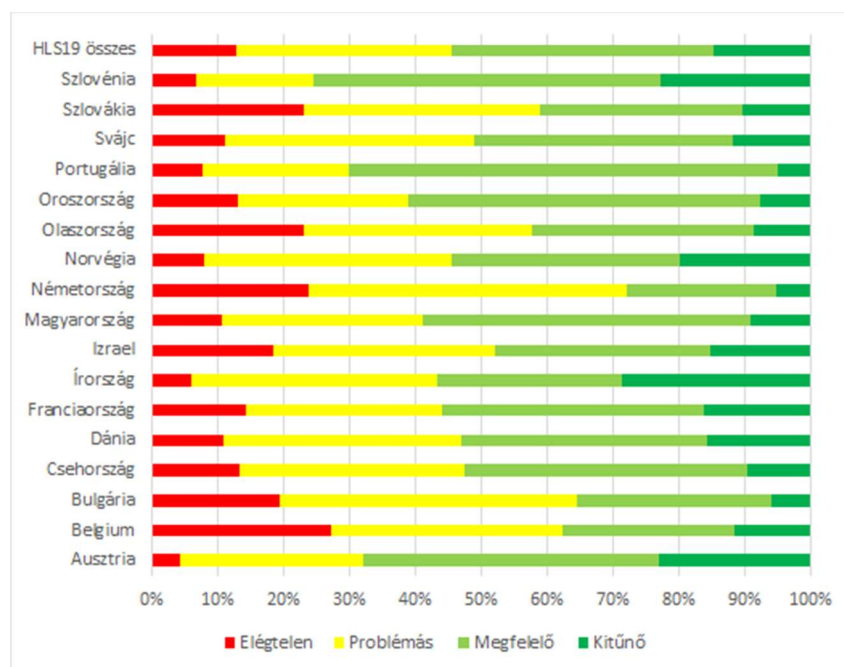
16. táblázat: A különböző egészségműveltség (EM) skálakon elért pontszám hazánkban és a nemzetközi felmérés (HLS₁₉) összesített adatai alapján

	Magyarország	HLS ₁₉ átlag
Általános EM	79,78 (95% MT 78,65-80,90)	76,0
Digitális EM	71,77 (95% MT 70,05-73,49)	62,3
Kommunikatív EM	86,80 (95% MT 85,48-88,13)	83,2
Vakcinációs EM	82,41 (95% MT 80,79-84,03)	74,5

95% MT: 95%-os megbízhatósági tartomány

Forrás: saját szerkesztés az International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL és a hazai elemzés adatai alapján

10. ábra: A HLS₁₉ felmérésben résztvevő országokban az általános egészségműveltség különböző kategóriáiba tartozók aránya



Forrás: saját szerkesztés az International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL adatai alapján

A HLS₁₉-ben résztvevő többi ország eredményeivel történő összevetés kapcsán mérlegelendő, hogy a felmérések 2019 és 2021 között zajlottak, így volt olyan ország, ahol még a koronavírus világjárvány előtt megtörtént az adatgyűjtés, míg más országokban a járvány különböző időszakában került sor a felmérés kivitelezésére. Ezen kívül abban is jelentős különbségek voltak, hogy a járványügyi helyzet függvényében milyen lekérdezési (személyes, telefonos vagy internetes) módszerre volt lehetőség. Ezért az egyes országok közötti összehasonlítás csak fenntartásokkal lehetséges.

Ugyanakkor a korábbi 2015-ös hazai általános EM felmérés [Koltai & Kun, 2016a] eredményeihez képest valamivel kedvezőbb képet mutatnak a mostani hazai eredmények: közel 10%-kal csökkent az elégtelen és nőtt a megfelelő egészségműveltségi kategóriába tartozók aránya. Nem kizárt, hogy a két adatfelvétel között eltelt 5 évben javult az EM szintje hazánkban, de megjegyzendő, hogy ennek a különbségnek módszertani oka is lehet. Egyrészt a korábbi felmérésben egy hosszabb, 47 kérdéses kérdőívet használtak, míg a jelen felmérés során a telefonos lekérdezés miatt csak a 12 kérdéses változattal tudtunk adatot gyűjteni, másrészt változott a kérdőív értékelésére vonatkozó módszertan is.

Az elvégzett elemzések szerint az EM minden altípusa esetén az anyagi depriváció és a gyenge társas támasz összefügg az alacsonyabb egészségműveltséggel. Ezen túlmenően a fiatalabbak körében alacsonyabb mind az általános, mind a kommunikatív EM, míg a digitális EM magasabb ebben a csoportban. A digitális és a vakcinációs EM szintjét kedvezően befolyásolta a magasabb iskolai végzettség.

A vizsgálat során használt egészségi állapotot jellemző változók valamelyikével az EM minden altípusa mutatott kapcsolatot, továbbá a magasabb vakcinációs EM növelte a védőoltások felvételének esélyét. Az életmódi tényezők közül - a vakcinációs EM-et leszámítva - a fizikai aktivitással találtunk egyértelmű összefüggést, ennek megfelelően feltételezhető, hogy az EM kedvező irányba történő elmozdulása a fizikai aktivitás fokozódásával járna együtt.

ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG FEJLESZTÉSÉRE VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK

1. Az egészségműveltséget emelni képes, bizonyítékokon alapuló tudományos és szakpolitikai beavatkozások megvalósítására van szükség, hiszen az egészségműveltség fejlesztése költséghatékony módja az egészségi állapot mutatók javításának.

A válaszadók közel fele jelezte, hogy nehézséget okoz számára a médiából szerzett információk alapján döntést hozni a betegségek elleni védekezésről, amely egyúttal azt is jelenti, hogy erre – különösen a mostani pandémia idején – mindenképp nagyobb figyelmet kell fordítani és szélesebb tömegeket elérő beavatkozásokra van szükség ezen a területen is.

Az egészségműveltség javításának lehetséges színterei az iskolák, ahol a Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztésbe ágyazottan megjelenhetnek ezek az aktivitások. Emellett szükség van a felnőtt populációt szélesebb körben elérő beavatkozásokra is, melyek között kiemelt fontosságú a médiában elérhető egészséggel kapcsolatos információk minőségének, megbízhatóságának növelése, az Egészségfejlesztési Irodák bevonása az intervenciók megvalósításába.

Szintén fontos a (beteg)edukációs anyagok, tájékoztatók felülvizsgálata és szükség esetén átdolgozása annak érdekében, hogy azok tartalmát az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek is megértsék és hasznosítani tudják [Szabó, Bíró & Kósa, 2021].

2. A beavatkozások kiemelt célcsoportjai a bemutatott elemzések alapján meghatározott fokozottan sérülékeny csoportok az egyenlőtlenségek csökkentése érdekében.

A beavatkozásoknak mindenképp érdemes megcéloznia a fiatalabb, alacsonyabb társadalmi státuszú, rosszabb egészségi állapotú csoportokat, a megvalósítás során pedig azt is szem előtt kell tartani, hogy a társas támasz pozitív hatását hogyan lehetne kiaknázni ezen beavatkozások esetében. Ezek eszközei lehetnek a különböző közösségi programok az ismeretek bővítésére és a társas támasz erősítésére, vagy olyan mediátorok alkalmazása, akik segítenek a hátrányos helyzetű rétegek elérésében, edukálásában [Kósa et al, 2021]. Ezek az ajánlások összhangban vannak azzal az EM intervenció modellel is, amely többek között a társadalmi kontextus megcélzását is magában foglalja olyan tevékenységeken keresztül, mint a társas támasz

erősítése, egyének egészség feletti kontrolljának növelése és az egészségügyi dolgozók bevonása [Geboers et al, 2018].

3. Az egyéni egészségműveltségre irányuló intervenciókon túl olyan rendszerszintű változtatásokra is szükség van, melyek populációs szinten kedvezően befolyásolják az egészségműveltséget.

Ennek része lehet pl. az egészségügyi intézményekben néhány olyan változtatás végrehajtása, ami megkönnyíti az alacsonyabb egészségműveltségű betegek tájékozódását. Ezekre lehet példa az információs táblák, feliratok felülvizsgálata érthetőségi szempontból, vagy a könnyen érthető, akár képekkel vagy videóval támogatott, aktuális információkat tartalmazó edukációs anyagok készítése és elérhetővé tétele [Pelikan, 2019]. Indokolt hazánk csatlakozása a Health Promoting Hospitals and Health Services nemzetközi hálózatához (melynek eddig csak egyetlen hazai kórház tagja), ezen belül kiemelten a szervezeti egészségműveltség javítását célzó nemzetközi munkacsoporthoz, valamint a nemzetközi jó gyakorlatok adaptálása.

EGÉSZSÉGműVELTSÉG ALTÍPUSAIRA VONATKOZÓ AJÁNLÁSOK

4. A digitális egészségműveltség szintje volt a legalacsonyabb hazánkban, így ennek javítása mindenképpen indokolt mind az általános populációban, mind az alacsony digitális egészségműveltség szempontjából veszélyeztetett alcsoportokban.

Az erre irányuló intervenciók keretein belül kiemelt figyelmet kell fordítani az információk megbízhatóságának megítélésére, aminek a jelentőségét tovább fokozza az a tény, hogy hazánkban csaknem minden második ember digitális forrásokban keres egészségügyi információkat.

Ennek során a már most is létező, az egészségügyi honlapok hitelességét vizsgáló rendszer [Horváth, Matics & Meskó, 2018] szélesebb körben történő kiterjesztésére is szükség van, ezen kívül fontos egy központi, kereskedelmi érdekektől mentes, hiteles egészséggel kapcsolatos információkat tartalmazó honlap fenntartása is (ez lehetne a <https://egeszseg.hu/>). Mindemellett a lakosság digitális készségeit is javítani kell; a fiatalabb korosztályokban a köznevelés keretein belül, a felnőttek körében - kiemelten fókuszálva az idősebb és alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú csoportokra - célzott programok megvalósításával.

5. A kommunikatív egészségműveltség esetén a kommunikáció hatékonyságát célszerű javítani, annak érdekében, hogy ne érezzék úgy a páciensek, hogy nincs elég idő az orvossal/egészségügyi és népegészségügyi szakemberekkel történő konzultációra.

A kommunikáció hatékonysága mindkét fél részéről javítható. Egyfelől az egészségügyi személyzet kommunikációs készségeinek javításával (pl. képi illusztráció használata ahol lehetséges, egyszerű nyelvezet, könnyen érthető megfogalmazás), melynek részeként olyan technikák elsajátítását kell megvalósítani, mint az elhangzott információ megértésére vonatkozó „teach back” [Agency for Healthcare Research and Quality, 2020] vagy a „chunk-and-check” [Canberra Health Literacy, 2020]. Másfelől az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők körében kell segíteni a kommunikációt, így pl. beteg edukátorok vagy olyan mediátorok alkalmazásával, akik segítenek adott esetben akár az egészségügyi ellátórendszerrel való kommunikációban is [Kósa et al, 2021], vagy az Ask Me 3 betegedukációs program bevezetésével, amely során a pácienseket és családtagjaikat arra bátorítják, hogy mindenképpen kérdezzék meg az orvosuktól mi a fő problémájuk, mit kell tenniük a gyógyulás érdekében és miért fontos, hogy azt megtegyék [Institute for Healthcare Improvement].

6. A vakcinációs egészségműveltség javításához hazánkban a választható védőoltásokkal kapcsolatos tájékoztatás szintjén van szükség kiemelt beavatkozásokra.

A választható védőoltások vonatkozásában is fontos a hiteles információk megosztása az érintettekkel, hiszen ez segíthet az összeesküvés-elméletek megfékezésében. A vakcinációs EM esetén szintén az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú csoportokra kell fókuszálni, és a körükben megvalósuló hatékony intervenció vélhetően növeli a védőoltások felvételének esélyét is.

Ugyanakkor mindezekkel párhuzamosan fontos a hivatalos tájékoztató csatornába vetett bizalom erősítése és a szakemberek kommunikációs készségeinek javítása, szükség esetén akár az egészségügyi ellátórendszerben dolgozók speciális képzése is megfontolható, hiszen gyakran fordulnak hozzájuk információért. A képzés segíthet a koherens üzenetek közvetítésében és a védőoltással kapcsolatos kérdések megválaszolásában.

7. Ajánlatos, hogy az általános egészségműveltség felmérés esetében egy hosszabb kérdőív alkalmazásával gyűjtsük az adatokat - annak érdekében, hogy a problémás területeket részletesebben fel lehessen tárni.

Az EM-t mérő kérdőívek magyar nyelvű validálása és a hazai gyakorlatban való alkalmazása azért fontos, mert használatukkal lehetőség nyílik a nem kielégítő egészségműveltséggel rendelkező személyek azonosítására. Fontos megemlíteni, hogy a tesztek lényege nem a tudás mérése és osztályozása, hanem az egészségműveltség szempontjából releváns készségek meglétének vizsgálata, a nehézségek feltérképezése. Egy hosszabb kérdőív alkalmazásával a szükséges beavatkozási pontok alaposabban feltárhatóak, így az egészségműveltség növelésére irányuló beavatkozásokat még differenciáltabbá lehet tenni, ami fokozhatja azok hatékonyságát. Így nem csak a népegészségügyi mutatókban érhetünk el javulást, hanem hosszabb távon az egészségműveltség javulása vélhetően az egészségügyi költségek csökkenéséhez is hozzájárul. Az eredmények felhasználhatóak továbbá népegészségügyi programok tervezése és a kommunikáció hatékonyságának növelése során is.

8. Annak megítélésére, hogy az egészségműveltség javítását célzó intervenciók hosszabb távon mennyire sikeresek, valamint az intervenciók egészség-gazdaságtani szempontból történő értékelésére felhasználható a HLS₁₉ felmérés folytatásaként tervezett longitudinális kutatás, melynek elvégzését a HLS keretében négy évente tervezi az Egészségügyi Világszervezet támogatásával működő nemzetközi hálózat.

Az egészségműveltség szintjében bekövetkező változások monitorozására, illetve a populációs szintű beavatkozások hatékonyságának vizsgálatára alkalmas a rendszeres időközönként, a nemzetközi felmérés részeként megvalósuló adatgyűjtés bevezetése, mely összehasonlító elemzésekre is lehetőséget biztosít.

HASZNOS INFORMÁCIÓK

[1] A nemzetközi felmérés eredményei elérhetőek az alábbi kutatási jelentésben:

The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL. Austrian National Public Health Institute, Vienna, 2021. <https://m-pohl.net/Results>

[2] A felmérés során használt kérdőívek kutatási célra szabadon felhasználhatóak, de engedélyhez kötöttek.

Az engedélyeztetési folyamat részletei az alábbi linken találhatóak meg: https://m-pohl.net/Design_Methods

[3] Az egyes skálák részletesebb bemutatása, beleértve az értékelés szempontjait is, elérhetőek lesznek itt: <https://m-pohl.net/Factsheets>

[4] A későbbiekben mind a hazai, mind a nemzetközi adatok felhasználásával további publikációk megjelenése is várható. Ezeket az M-POHL honlapján lehet majd összesítve megtalálni: <https://m-pohl.net/Results>

[5] Az HLS₁₉ felmérés kiegészítéseként sor került 2022 elején egy koronavírus-specifikus egészségműveltség felmérésre is a magyar felnőtt lakosság főbb demográfiai paraméterek mentén reprezentatív mintáján. Ennek eredményeit az alábbi publikációban láthatják az érdeklődők: Bíró, É., Vincze, F., Nagy-Pénzes, G, Ádány, R.: A magyar lakosság koronavírus-specifikus egészségműveltsége. Népegészségügy. (közlésre elfogadva)

ANYAGI TÁMOGATÁS

A nemzetközi felmérésbe történő bekapcsolódást az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága által nyújtott támogatás (IV/956-4/2020/EKF) tette lehetővé.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A felmérés megvalósulásához nyújtott támogatásért külön köszönet illeti Prof. Dr. Horváth Ildikó egészségügyért felelős államtitkárt, a szakmai támogatásért pedig az M-POHL hálózat Nemzetközi Koordináló Központjának (International Coordination Centre of the M-POHL Action Network) munkatársait, illetve az egyes munkacsoportok vezetőit (Working group leaders of Optional Packages).

Agency for Healthcare Research and Quality. Use the Teach-Back Method: Tool #5. Rockville, MD, 2020. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html>

Canberra Health Literacy. Chunk and Check. 2020. <https://cbrhl.org.au/health-services-providers/communicating-with-consumers/chunk-and-check/>

Csizmadia P. Az egészségműveltség definíciói. Egészségfejlesztés. 2016; 57(3):41-44.

Dietscher C, Pelikan JM, Bobek J, Nowak P, World Health Organization Regional Office for Europe. The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL): a network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII). Public health panorama, 2019; 05(01):65-71. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325113>

Dodson S, Good S, Osborne RH. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, New Delhi, 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>

Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. International Journal of Public Health, 2009; 54(5):313–324. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0058-2>

Geboers B, Reijneveld SA, Koot JAR, de Winter AF. 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, 2018; 15:1268.

HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL. International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL. Austrian National Public Health Institute, Vienna, 2021. <https://m-pohl.net/node/42>

HLS-EU Consortium. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (First revised and extended version), 2012.

Horváth T, Matics K, Meskó B. Rendszer az egészségügyi weboldalak hitelesítésére, Orvosi Hetilap, 2018; 159(13):511-519.

Institute for Healthcare Improvement. Ask Me 3: Good Questions for Your Good Health
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Ask-Me-3-Good-Questions-for-Your-Good-Health.aspx>

Koltai JA, Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. Egészségfejlesztés, 2016; 57(3):3-20.

Koltai JA, Kun E. Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban. Orvosi Hetilap, 2016; 157(50):2002-2006.

Kósa K, Katona C, Papp M, Sándor J, Fürjes G, Bíró K, Ádány R. Segéd-egészségőrök működése az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram praxisközösségeiben. Egészségtudomány, 2021; 65(2):39-50.

Központi Statisztikai Hivatal. Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014 - kérdőív, Budapest, 2014. http://www.ksh.hu/elef/archiv/2014/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf

Pelikan JM. Health-literate healthcare organizations. In: Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D., Sorensen K. (eds.) International Handbook of Health Literacy – Research, Practice and Policy across the Life-Span. Policy Press, 2019, 539-554.

Pelikan JM, Ganahl K. Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. In: Logan RA, Siegel ER (eds.) Health literacy: New directions in research, theory and practice (vol 240). IOS Press, Amsterdam, Berlin and Washington DC, 2017, 34-59.

Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan JM, Slonska Z, Brand H, HLS-EU European Health Literacy Project Consortium. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 25:12-80.

Szabó P, Bíró É, Kósa K. Readability and comprehension of printed patient education materials. Frontiers in Public Health. 2021; 9:1-9.

World Health Organization. Body mass index – BMI. Regional Office for Europe, 2010.
<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>