



Acta Medicinae et Sociologica (2025)
Vol.16. No.40. (65-82)

doi:

<https://doi.org/10.19055/ams.2025.08/01/3>

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH SCIENCES
NYÍREGYHÁZA

Tudás, hozzáférés, esélyek: Az egészség-információ értelmezésének társadalmi tényezői egy panelkutatás tanulságai alapján

Libicki Éva¹, R. Fedor Anita², Fábián Gergely³

¹tanársegéd, DE Egészségtudományi Kar, 4400 Nyíregyháza Sóstói út 2-4.;
[ORCID: 0000-0002-2641-4012](https://orcid.org/0000-0002-2641-4012)

²egyetemi tanár, általános és tudományos dékánhelyettes, intézetigazgató, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Társadalomtudományi és Szociális Munka Tanszék, Életminőség és Egészségszociológia Koordinációs Központ, Életminőség Kutatócsoport. 4400 Nyíregyháza, Sóstói út 2-4., [ORCID iD: 0000-0002-7837-7006](https://orcid.org/0000-0002-7837-7006)

³tanszékvezető, főiskolai tanár, Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar, Szociális és Társadalomtudományi Intézet, Társadalomtudományi és Szociális Munka Tanszék. 4400 Nyíregyháza, Sóstói u. 2-4. [ORCID: 0000-0003-1184-3057](https://orcid.org/0000-0003-1184-3057)

INFO

Libicki Éva
libicki.eva@etk.unideb.hu

Keywords

health literacy,
social inequalities,
digital access,
educational attainment,
health communication

ABSTRACT

Introduction: Health literacy is the ability to access, understand, and apply health-related information for informed decision-making.

Methods: Our study, based on data from a Hungarian panel survey, examines health literacy levels with a focus on the impact of age, educational attainment, income, and digital access.

Results: Results show that individuals with lower education, poorer financial status, and limited digital access face greater difficulties in interpreting health information.

Summary: Social inequalities in health literacy underline the need for clear communication and targeted educational interventions to promote health equity and improve individuals' ability to make informed health-related decisions.

Kulcsszavak

egészségműveltség,
társadalmi
egyenlőtlenségek,
digitális hozzáférés,
iskolai végzettség,
egészségkommunikáció

Bevezetés: Az egészségműveltség az egyén képessége arra, hogy hozzáférjen, megértse és alkalmazza az egészséggel kapcsolatos információkat a tudatos döntéshozatal érdekében.

Módszerek: Kutatásunk egy hazai panelminta adatai alapján vizsgálja az egészségügyi tájékozottságot, különös tekintettel az életkor, iskolai végzettség, jövedelmi helyzet és digitális hozzáférés szerepére.

Eredmények: Az eredmények szerint az alacsonyabb iskolai végzettséggel, gyengébb anyagi helyzettel és korlátozott digitális hozzáféréssel rendelkezők körében gyakoribbak az egészségügyi információértelmezési nehézségek.

Összegzés: Az egészség-információs írástudás társadalmi egyenlőtlenségei hangsúlyozzák a közérthető kommunikáció és a célzott edukáció szükségességét az egészségügyi esélyegyenlőség javítása érdekében.

Beérkezett: 2025.05.07.

Bírálat: 2025.05.09.

Elfogadva: 2025.05.26.

Bevezetés

Az egészségműveltség – beleértve az egészséggel kapcsolatos információk értelmezését, feldolgozását és gyakorlati alkalmazását – kiemelkedő szerepet játszik a lakosság egészségmagatartásának alakításában. A digitális eszközhasználat elterjedése, valamint a társadalmi-gazdasági különbségek egyre inkább befolyásolják, hogy az egyének mennyire képesek eligazodni az egészségügyi információk világában. A jelen tanulmány egy kérdőíves felmérés adataira támaszkodik, amely többek között az egészségműveltség és annak szociodemográfiai meghatározóinak összefüggéseit is vizsgálta. Nevezett kutatást a Debreceni Egyetem Egészségtudományi Kar Életminőség Kutatócsoportja bonyolította le.

Egészségműveltség

A mindennapi egészségügyi döntések meghozatalához elengedhetetlen, hogy az emberek képesek legyenek eligazodni az egészséggel kapcsolatos információk között. A megfelelő egészségi állapot fenntartásához olyan készségekre van szükség, amelyek segítenek megérteni és hasznosítani az egészségre vonatkozó tudnivalókat. A megfelelő szintű egészségműveltség alapvető fontosságú az egészséges életmód kialakításában, a megelőzésben és az egészségügyi rendszer hatékony használatában. A társadalmi egyenlőtlenségek és a digitális információs környezet pedig új kihívásokat jelentenek e területen.

Fogalom és jelentősége

Az egészségműveltség (health literacy) az egyén azon képességét jelenti, hogy képes hozzáférni, megérteni, értékelni és alkalmazni az egészséggel kapcsolatos információkat, annak érdekében, hogy megfelelő egészségügyi döntéseket hozzon mind a saját, mind mások egészsége érdekében (Nutbeam 2000). A fogalom túlmutat az olvasási készségeken: magában foglalja a szövegértést, számolást, a döntéshozatali képességet, valamint az egészségügyi rendszerben való eligazodás képességét is. Az alacsony egészségműveltség összefüggésben állhat nem megfelelő gyógyszerhasználattal, alacsony szűrési részvétellel, krónikus betegségek

rosszabb menedzselésével és ebből adódóan gyakoribb kórházi felvételekkel (CDC 2020).

Az egészségműveltség mérési lehetőségei

Az egészségműveltség mérésére többféle módszert dolgoztak ki, ezek közül a legismertebbek, illetve a hazai és külföldi kutatások során a leggyakrabban alkalmazott módszerek az alábbiak.

- REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine): olvasási készségeket vizsgál, egészségügyi szakszavak kiejtésén alapul.
- TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults): funkcionális egészségműveltséget mér (olvasás, számolás).
- HLS-EU-Q (European Health Literacy Survey Questionnaire): az egyik legátfogóbb kérdőív, amely a hozzáférés, megértés, értékelés, alkalmazás dimenzióit is méri, az egészségmegőrzés, betegségkezelés és egészségügyi rendszerhez való viszony szintjén.
- Newest Vital Sign (NVS): gyors szűrésre alkalmas, pl. egy adott élelmiszercímke értelmezésén alapul (Baker 2006).

Hazai és külföldi kutatási eredmények

Az OECD több tanulmányban is hangsúlyozta, hogy a digitális egészségügyi információk terjedése új kihívásokat támaszt – nemcsak a hozzáférés, hanem a kritikus értelmezés szempontjából is (Kickbusch 2001, Paasche-Orlow és Wolf 2007).

Az egyik első és igen nagy léptékű nemzetközi vizsgálat, a European Health Literacy Survey (HLS-EU) 2011-ben 8 európai országban készült, közel 8000 fő részvételével. Az eredmények azt mutatták, hogy a megkérdezettek mintegy 47%-a alacsony vagy problémás egészségműveltségi szinttel rendelkezett. A legjobb eredményeket Hollandia és Németország, a legrosszabbat Bulgária és Spanyolország érte el. A kutatás kiemelte a társadalmi egyenlőtlenségek szerepét: az alacsonyabb jövedelmű, iskolázatlanabb, idősebb emberek körében jellemzőbb az alacsony egészségműveltség (Sorensen, Van den Broucke és munkatársai 2013). Egy 2021-ben megjelent tanulmány 17 EU-tagállamból származó keresztmetszeti vizsgálatok alapján becsülte meg az alacsony egészségműveltség előfordulását. Az eredmények szerint az alacsony egészségműveltség aránya 27% és 48% között mozgott, attól függően, hogy milyen mérési módszert alkalmaztak. A déli, nyugati és keleti EU-országokban alacsonyabb egészségműveltségi szinteket találtak, mint Észak-Európában

(Baccolini, Rosso és munkatársai 2021). Egy másik, 2022-ben zajlott kutatás a lettországi és litvániai lakosság egészségműveltségi szintjét vizsgálta. Az eredmények szerint mindkét országban jelentős arányban fordul elő alacsony egészségműveltség, ami kihívást jelent az egészségügyi információk megértésében és alkalmazásában (Simunaite, Zabeniene és munkatársai 2022).

Magyarország 2016-ban csatlakozott a HLS-EU továbbfejlesztett verziójához (HLS19). A kutatások főbb megállapításai szerint a lakosság több mint fele közepes vagy alacsony egészségműveltséggel rendelkezik. Az emberek nehezen boldogulnak az egészségügyi információk kritikus értékelésével (pl. internetes források megbízhatóságának megítélése). A fiatalabb korosztály technológiai szempontból aktívabb, de ez nem mindig jár együtt jobb egészségértéssel. A leginkább veszélyeztetett csoportok: idősök, alacsony iskolai végzettséggel rendelkezők, vidéki lakosok (Sorensen, Pelikan és munkatársai 2015). Egy 2021-ben készült a tanulmány a HLS-EU-Q47 kérdőív magyar nyelvű validálására fókuszált, amelyet egy reprezentatív hazai felnőtt mintán végeztek. A kutatók faktoranalízist és reliabilitási vizsgálatokat alkalmaztak annak érdekében, hogy ellenőrizzék a kérdőív pszichometriai tulajdonságait. Az eredmények szerint a kérdőív jól illeszkedik a magyar kontextushoz, és megbízhatóan méri az egészségműveltséget. A szociodemográfiai elemzések azt mutatták, hogy az alacsonyabb jövedelmű, idősebb és alacsonyabb iskolai végzettségű csoportok körében alacsonyabb egészségműveltségi szintek tapasztalhatók (Mátyás, Vincze és Bíró 2021). Bíró Éva (2023) kutatócsoportjának célja az általános és digitális egészségműveltség szintjeinek feltérképezése volt egy hazai felnőtt mintán. A HLS-EU és eHEALS kérdőívek segítségével mérték az egészségműveltséget, majd elemezték annak kapcsolatát különféle egészségügyi kimenetekkel, mint például a szubjektív egészségi állapot és az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. Az eredmények szerint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezők és az idősebbek körében alacsonyabb volt az egészségműveltség szintje, ami összefüggött kedvezőtlenebb egészségügyi kimenetekkel is. A kutatás hangsúlyozza az egészségműveltségi szintek javításának társadalmi jelentőségét (Bíró, Vincze és munkatársai 2023). Az egészségügyi információkeresés módja és hatékonysága jelentős mértékben befolyásolja az egészséggel kapcsolatos döntések megalapozottságát és a prevenció sikerességét. Az online térben való egészségügyi információkeresési szokások mintázatai – például a stresszkezeléssel kapcsolatos tájékozódás esetén – különböző társadalmi csoportok között jelentős eltéréseket mutathatnak, ami

megerősíti a célzott, hozzáférhető és érthető kommunikáció szükségességét (Jóna és R. Fedor 2025).

Az egészségügyi tájékozottság átfogó bemutatása

Célunk, hogy bemutassuk, miként alkalmazhatók egyes szociodemográfiai magyarázó változók az egészségügyi tájékozottság szintjének meghatározására, általános képet adva ezzel a kutatásban résztvevők egészségértési képességéről.

Az egyes űrlapok önálló kitöltése mind a mindennapi ügyintézés, mind a digitális szolgáltatások igénybevétele során alapvető készségnek számít. Ez a képesség nemcsak technikai jártasságot, hanem magabiztosságot is igényel. Ez a kérdés azt vizsgálta, hogy a válaszadók mennyire érzik magukat magabiztosnak ilyen helyzetekben. Az adatok alapján a válaszadók döntő többsége pozitív választ adott (soha: 1,4%; kevésszer: 9,1%; néha: 14,1%, legtöbbször: 31,8%, mindig: 43,7%). A válaszadók háromnegyede tehát magabiztosnak érzi magát az űrlapok önálló kitöltése során, legtöbbször vagy mindig elboldogul vele. Ez azt jelzi, hogy a megkérdezettek többsége megfelelő önállósággal és digitális készségekkel rendelkezik az ilyen helyzetek kezeléséhez. Ez arra utal, hogy a minta többsége magabiztos és önálló az űrlapkitöltés során-ami jó jel a digitális vagy bürokratikus önállóság szempontjából. Az egészségügyi ellátás során gyakran kapnak a betegek írásos tájékoztatókat, amelyek megértése nem mindig egyszerű. Következő kérdésünk arra irányult, hogy a válaszadók milyen gyakran szorulnak segítségre a kórházi írásos anyagok értelmezésekor. A válaszadók több mint harmada (34,2%) azt jelezte, hogy soha nem kér segítséget a kórházi dokumentumok értelmezésében, míg csupán 12,9% válaszolta azt, hogy mindig szükségét érzi annak, hogy segítséget kérjen valakitől. Az eredmények arra utalnak, hogy a válaszadók jelentős része önállóan próbálja értelmezni a kórházi írásos anyagokat, sok esetben külső segítség nélkül. Ez azt jelezheti, hogy bár egyesek megfelelő egészségműveltséggel rendelkeznek, sokak számára a szakmai nyelvezet vagy az információ mennyisége akadályt jelenthet a megértésben, így a támogatás hiánya kockázatot jelenthet a tudatos és informált egészségügyi döntések meghozatalában. Az egészségügyi információk értelmezésének képességét vizsgáló blokkunk utolsó kérdése arra kereste a választ, hogy a kórházi írásos anyagok megértésének nehézsége mennyiben befolyásolja a betegek tájékozottságát saját egészségi állapotukról.

A válaszadók közel harmada (31,8%) soha nem tapasztalt ilyen jellegű problémát, ugyanakkor több mint fele legalább néha (23,5%) nehézséget érzékelt a szövegek megértésében. Ez azt jelzi, hogy a tájékoztató anyagok nyelvezete vagy formátuma sokak számára nem kellően érthető, ami akadályozhatja az egészségi állapotukkal kapcsolatos pontos önértékelést és tájékozottságot.

Az egészségügyi ismeretek szintjének részletes bemutatása

Az egészségügyi ismeretek szintje jelentős mértékben összefügghet a társadalmi-demográfiai jellemzőkkel és a hozzáférési lehetőségekkel. A következő fejezet ezeknek az összefüggéseknek a feltárására törekszik egyes magyarázó változók – például életkor, iskolai végzettség, havi jövedelem, vagy digitális jártasság – mentén.

Az életkori csoportok és a kórházi írásos anyagok értelmezéséhez kapott segítség gyakorisága között a khi-négyzet próba szignifikáns összefüggést mutatott ki ($\chi^2(20) = 70,81$; $df = 20$; $p < 0,001$). Ez azt jelenti, hogy az életkor szignifikánsan befolyásolja az önálló szövegértelmezés nehézségét, tehát az egészségműveltség ezen formája nem egyenletesen oszlik meg a különböző korcsoportok között. Az eredmény arra utalhat, hogy a szövegértési támogatás szükségessége nem egyenletes az egyes korosztályokban: a fiatalabb válaszadók nagyobb arányban tudják önállóan értelmezni a kapott információkat. Az eredmények megerősítik, hogy az egészségműveltség életkor szerint differenciált támogatást igényel (1. táblázat).

1. táblázat. Milyen gyakran segít Önnek valaki a kórházi írásos anyagok értelmezésében?

Válasz	19–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65+
Soha	33.3%	45.9%	40.0%	40.4%	16.7%	22.0%
Kevésszer	6.7%	15.3%	13.3%	11.1%	14.3%	11.9%
Néha	22.2%	18.8%	23.8%	16.2%	38.1%	16.1%
Legtöbbször	4.4%	15.3%	11.4%	23.2%	26.2%	32.2%
Mindig	33.3%	4.7%	11.4%	9.1%	4.8%	17.8%

Forrás: saját szerkesztés (N=169).

Az életkor szerinti különbségek mögött feltételezhetően több tényező is áll. Az idősebb korosztály tagjai jellemzően alacsonyabb digitális és formális iskolai végzettséggel rendelkeznek, valamint kevesebb tapasztalatuk lehet a bürokratikus vagy egészségügyi dokumentumok értelmezésében. Emellett az egészségi állapot romlása – például a kognitív vagy látási képességek

csökkenése – is hozzájárulhat ahhoz, hogy az írásos anyagok megértése számukra nagyobb kihívást jelent.

Az életkori csoportok és aközött, hogy a válaszadók számára problémát jelent-e a kórházi írásos anyagok megértése az egészségi állapotukról való tájékozódás szempontjából a khi-négyzet próba eredménye szintén szignifikáns összefüggést mutatott ($\chi^2(20) = 39,49$; $df = 20$; $p = 0,006$). Ez arra utal, hogy az életkor befolyásolja az egészségügyi információk feldolgozásának képességét, különösen a hivatalos, írott anyagok esetében. Az idősebb korcsoportok körében gyakoribb, hogy a megértési nehézségek akadályozzák a pontos tájékozódást, ami az egészségműveltség korosztályonkénti eltérésére világít rá. A statisztikai eredmények alapján az idősebb korosztályok szignifikánsan nagyobb arányban érzik úgy, hogy a kórházi írásos anyagok megértése nehézséget jelent számukra, ami hatással lehet az egészségi állapotukkal kapcsolatos tájékozottságukra (2. táblázat).

2. táblázat. Egészségügyi dokumentumok értelmezésének nehézsége az életkorcsoportok szerint.

Válasz	19–29	30–39	40–49	50–59	60–64	65+
Soha	35.6%	35.3%	38.1%	33.3%	19.0%	24.6%
Kevésszer	15.6%	16.5%	10.5%	13.1%	16.7%	9.3%
Néha	17.8%	21.2%	29.5%	22.2%	38.1%	18.6%
Legtöbbször	11.1%	20.0%	9.5%	20.2%	19.0%	22.9%
Mindig	20.0%	7.1%	12.4%	11.1%	7.1%	24.6%

Forrás: saját szerkesztés (N=156).

Ez az eltérés valószínűleg nem csupán nyelvi vagy kognitív okokra, hanem digitális, oktatási és információfeldolgozási különbségekre is visszavezethető. Az eredmények hangsúlyozzák az egészségügyi kommunikáció személyre szabásának és az életkori sajátosságok figyelembevételének fontosságát, különösen az írásos tájékoztatók megfogalmazása során.

Az egészségügyi információk megértésében és értelmezésében jelentős szerepet játszhat az egyén iskolai végzettsége. Az alábbi elemzés azt vizsgálja, hogy a válaszadók mennyire érzik nehéznek saját egészségi állapotukról való tájékozódást az iskolázottságuk függvényében. A khi-négyzet próba eredménye szignifikáns kapcsolatot mutatott az iskolai végzettség és aközött, hogy a válaszadók mennyire érzik nehéznek a saját egészségi állapotukról való tájékozódást ($\chi^2(8) = 44,86$; $df = 8$; $p < 0,001$). A statisztikai eredmények azt mutatják, hogy az információk értelmezésének könnyedsége eltérő módon jelenik meg az egyes végzettségi csoportokban (3. táblázat).

3. táblázat. Egészségügyi dokumentumok értelmezésének nehézsége az iskolai végzettség függvényében.

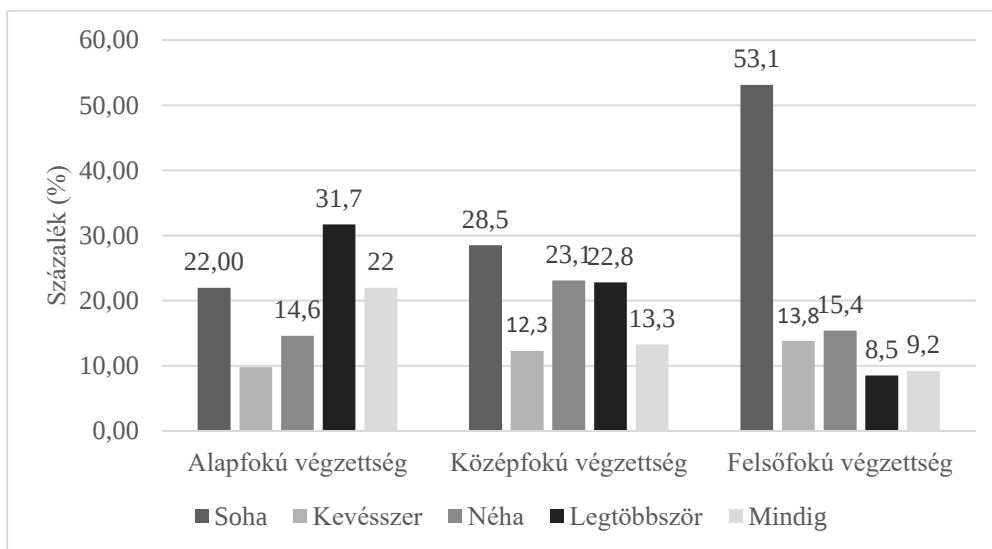
Válasz	Alapfokú	Középfokú	Felsőfokú
Soha	22.0%	25.6%	50.0%
Kevésszer	12.2%	11.7%	16.2%
Néha	12.2%	27.5%	16.9%
Legtöbbször	24.4%	20.3%	9.2%
Mindig	29.3%	14.9%	7.7%

Forrás: saját szerkesztés (N=155).

Az adatok alapján a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők jóval nagyobb arányban számolnak be arról, hogy nem jelent számukra problémát az egészségi állapotukról szóló információk értelmezése. Ez az összefüggés megerősíti, hogy az egészségműveltség szorosan összefügg a formális oktatás szintjével, és a kevésbé iskolázott csoportok esetében kiemelten fontos az érthető, támogatott egészségkommunikáció.

A kórházi írásos anyagok értelmezéséhez nyújtott segítség igénybevétele különböző mértékben jellemzi az eltérő iskolai végzettséggel rendelkező csoportokat. Az alábbi elemzés azt vizsgálja, hogy a válaszadók milyen gyakran szorulnak segítségre az információk megértésében az iskolázottságuk függvényében. Az elvégzett khi-négyzet próba eredménye szerint a kórházi dokumentumok értelmezéséhez kapott segítség gyakorisága szignifikáns mértékben eltér az egyes iskolai végzettségi csoportok között ($\chi^2(8) = 38,89$; $df = 8$; $p < 0,001$). A vizsgálat tehát megbízhatóan alátámasztja, hogy az iskolázottság hatással van arra, milyen mértékben szorulnak az emberek külső segítségre az egészségügyi információk feldolgozásakor (1. diagram).

1. diagram. Kórházi írásos anyagok értelmezéséhez igényelt segítség az iskolai végzettség függvényében.



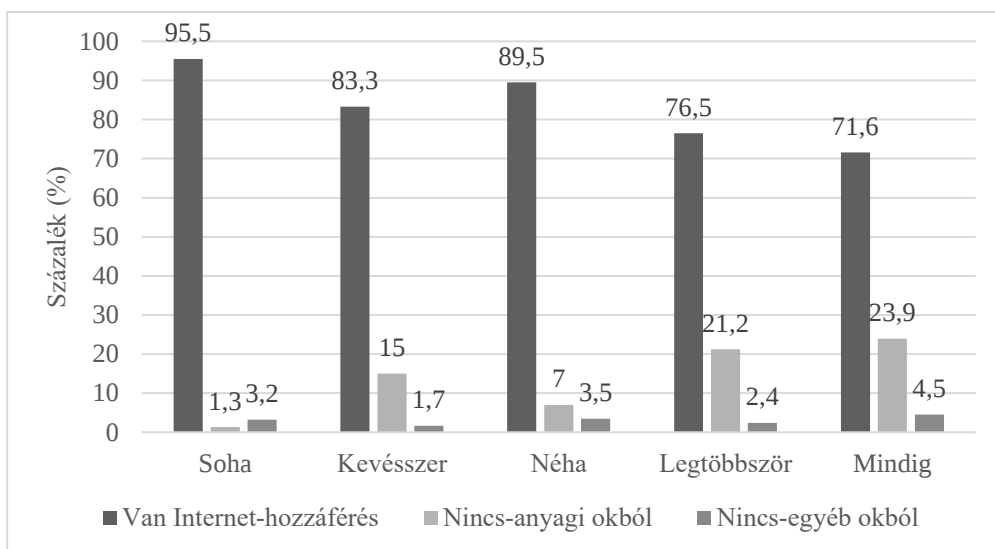
Forrás: saját szerkesztés (N=168).

A diagram alapján jól látható, hogy a magasabb iskolai végzettségű válaszadók jóval nagyobb arányban boldogulnak önállóan a kórházi anyagok értelmezésében, míg az alapfokú végzettséggel rendelkezők körében gyakoribb a segítség igénybevétele. A „legtöbbször” és „mindig” válaszok aránya az alacsonyabb végzettségi szinten kiemelkedő, míg a felsőfokú csoportban a „soha” válasz dominál. Ez a minta megerősíti, hogy az egészségügyi szövegértés és a segítségre való rászorultság között szoros összefüggés van az iskolázottsággal. A megfigyelt különbségek hátterében feltételezhetően az áll, hogy a magasabb végzettséggel rendelkező személyek nagyobb tapasztalattal és magabiztossággal rendelkeznek a hivatalos szövegek értelmezésében. Emellett az iskolázottság gyakran együtt jár jobb szövegértési készségekkel és szélesebb egészségügyi ismeretekkel, ami csökkenti a külső segítség szükségességét.

Az egészségügyi információkhoz való hozzáférés napjainkban egyre inkább digitális csatornákon keresztül történik, így a technológiai eszközök és az internet elérhetősége kulcsfontosságúvá vált. Az alábbi elemzés azt vizsgálja, hogy a szélessávú internet-hozzáférés, illetve egyes okoseszközök megléte milyen mértékben befolyásolja az egészségi állapotról való tájékozódás nehézségét. A vizsgálat eredményei alapján az internet-hozzáférés típusa érdemben befolyásolja, hogy a válaszadók mennyire érzik nehéznek az

egészségi állapotukról szóló információk értelmezését ($\chi^2(8) = 34,77$; $df = 8$; $p < 0,001$). Az adatok azt jelzik, hogy nem véletlenszerű, hanem jól körülhatárolható minta figyelhető meg az egyes csoportok között, ami statisztikai szempontból szignifikánsan is megerősíti az összefüggést (2. diagram).

2. diagram. Kórházi írásos anyagok értelmezésének nehézsége az Internet-hozzáférés függvényében.



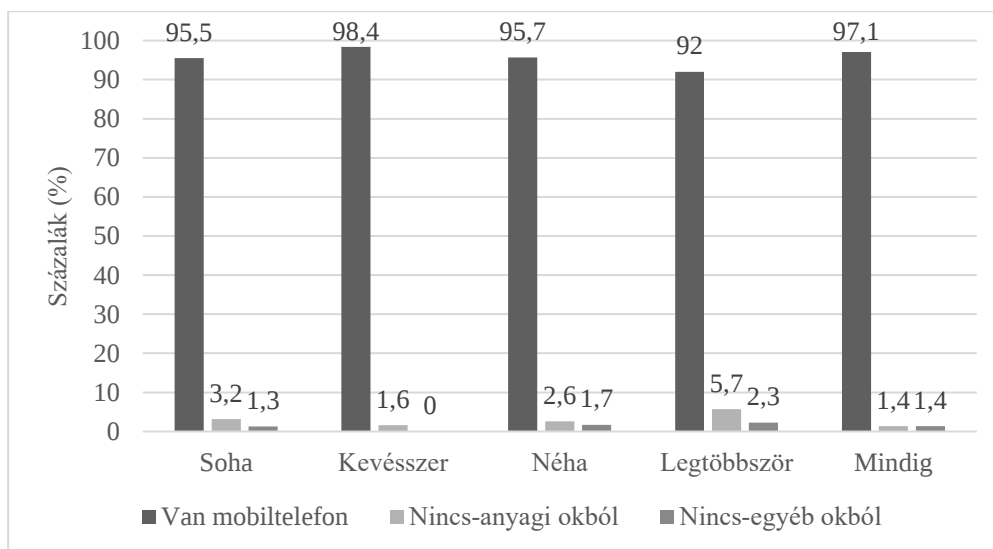
Forrás: saját szerkesztés (N=156)

Azok, akik nem rendelkeznek szélessávú internettel — különösen anyagi okok miatt —, lényegesen nagyobb arányban számolnak be gyakori nehézségekről a kórházi írásos anyagok megértésében. A digitális elérhetőség tehát nem csupán technológiai kérdés, hanem az egészségügyi egyenlőtlenségek egyik kiemelt tényezője, amely a hozzáférhető, érthető egészségkommunikáció fontosságát is hangsúlyozza. A szélessávú internet-hozzáférés hiánya és a kórházi dokumentumok értelmezésével kapcsolatos nehézségek közötti összefüggés mögött valószínűsíthetően társadalmi és kulturális tényezők állnak. A digitális infrastruktúrához való hozzáférés gyakran együtt jár az alacsonyabb szocioökonómiai státusszal és alacsonyabb iskolai végzettséggel, amelyek egyaránt korlátozhatják az egyének egészségügyi információkhoz való hozzájutását és azok értelmezését. Emellett az internethasználat révén szerzett ismeretek, valamint a gyakori találkozás egészségügyi tájékoztatókkal hozzájárulhatnak a szövegértési készségek és az egészségműveltség

erősödéséhez, ezáltal növelve az egyének tájékozottságát és önállóságát az egészséggel kapcsolatos döntéshozatalban.

A digitális eszközök, különösen a mobiltelefonok, fontos szerepet töltenek be a mindennapi információszerzésben és kommunikációban, így potenciálisan befolyásolhatják az egészségügyi tájékozódás módját is. Az alábbi elemzés azt vizsgálja, hogy a mobiltelefonhoz való hozzáférés milyen mértékben áll kapcsolatban az egészségi állapotról szóló írásos anyagok értelmezésének nehézségével. A khi-négyzet próba alapján nem mutatható ki statisztikailag szignifikáns kapcsolat a mobiltelefon megléte és az egészségügyi tájékoztató anyagok megértésével kapcsolatos nehézségek között ($\chi^2(8) = 4,654$; $df = 8$; $p = 0,794$). A p-érték alapján a vizsgált változók közötti eltérések nem haladják meg a véletlenszerű variancia mértékét, így az összefüggés statisztikailag nem tekinthető relevánsnak a 0,05-ös szignifikanciaszint mellett (3. diagram).

3. diagram. Kórházi írásos anyagok értelmezésének nehézsége a mobiltelefon-hozzáférés függvényében.



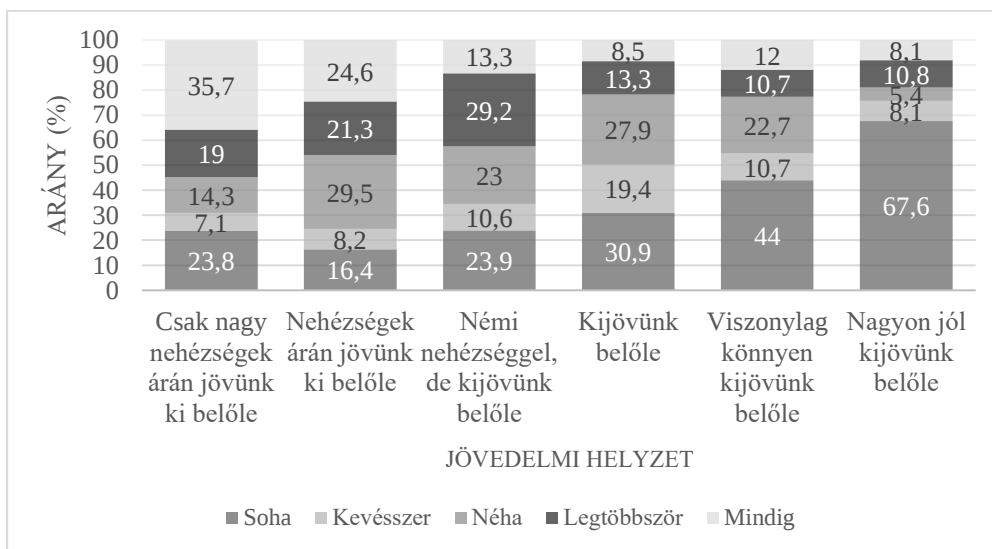
Forrás: saját szerkesztés (N=157).

A vizsgálat eredményei alapján a mobiltelefon-hozzáférés nem mutat érdemi kapcsolatot az egészségi állapotról szóló tájékoztatók értelmezésének nehézségével, ami arra utal, hogy a mobilhasználat elterjedtsége nem jelent tényezőt az egészségműveltség szintjének megkülönböztetésében. Ennek háttérében az állhat, hogy a mobiltelefon birtoklása mára általánossá vált, és

nem feltétlenül jelzi sem a digitális műveltség minőségét, sem az aktív információkeresési szokásokat. Ugyanakkor a digitális műveltség – vagyis az a képesség, hogy valaki önállóan használjon eszközöket, értelmezzen digitális tartalmakat és tájékozódjon online – továbbra is kulcsfontosságú tényezője az egészségműveltségnek. A mobiltelefon pusztán megléte azonban nem garantálja a készségek meglétét, így nem is képes mérhető módon csökkenteni az egészségügyi információkhoz való hozzáférésben és azok értelmezésében fennálló társadalmi egyenlőtlenségeket.

A háztartás anyagi helyzete nemcsak az egészségügyi szolgáltatások elérését, hanem az egészséggel kapcsolatos információk értelmezésének képességét is befolyásolhatja. Az egészségműveltség szintje gyakran összefügg azzal, hogy az egyének mennyire tudják feldolgozni és hasznosítani az egészségi állapotukról szóló tájékoztató anyagokat. A következő összefüggésben ezért azt vizsgáltuk, hogy a háztartási jövedelmi helyzet milyen mértékben kapcsolódik az egészségügyi szövegértési nehézségek előfordulásához. A keresztábra elemzés eredményei szerint szignifikáns összefüggés mutatható ki a háztartás jövedelmi helyzete és az egészségi állapotról szóló írásos anyagok megértésének nehézsége között ($\chi^2(20) = 80.989$; $df = 20$; $p < .001$). Az adatok alapján azok a válaszadók, akik saját bevallásuk szerint nehézségek árán vagy nagy nehézségek árán jönnek ki a háztartási jövedelemből, lényegesen nagyobb arányban számolnak be rendszeres értelmezési problémákról, mint a jobb anyagi helyzetben lévők. Ezzel szemben a magasabb jövedelmi kategóriákba tartozók körében szignifikánsan gyakoribb, hogy egyáltalán nem okoz problémát az egészségügyi dokumentumok feldolgozása. A linear-by-linear association teszt eredménye (42.034, $p < .001$) megerősíti, hogy az összefüggés nem véletlenszerű, hanem irányított és fokozatos: ahogy javul a háztartás anyagi helyzete, úgy csökken az egészségügyi információk értelmezési nehézségének előfordulása. Ez az eredmény arra utal, hogy a jövedelmi státusz jelentős szerepet játszik az egészség-információs írástudásban, és hozzájárulhat az egészségügyi egyenlőtlenségek fennmaradásához (4. diagram).

4. diagram. Kórházi írásos anyagok értelmezésének nehézsége a havi jövedelem függvényében.



Forrás: saját szerkesztés (N=156).

Az eredmények mögött feltételezhetően több, egymással összefüggő tényező állhat. Az alacsonyabb jövedelmű háztartásokban élők gyakran alacsonyabb iskolai végzettséggel és korlátozott egészségügyi műveltséggel rendelkeznek, ami megnehezítheti az egészségügyi szövegek önálló értelmezését és a tájékozott döntéshozatalt. Emellett ezekben a csoportokban kevesebb lehetőség adódik arra, hogy szakemberhez forduljanak kérdéseikkel, vagy alternatív információforrásokat (pl. internet, egészségügyi edukációs programok) vegyenek igénybe. A jövedelmi státusz és az egészség-információs írástudás közötti kapcsolat fennmaradása hozzájárulhat az egészségügyi egyenlőtlenségek mélyüléséhez. Ha az érintettek nem értik megfelelően az egészségügyi tájékoztató anyagokat, az akadályozhatja az együttműködést az ellátórendszerrel, csökkentheti a preventív beavatkozások hatékonyságát, és növelheti a kedvezőtlen egészségi kimenetek esélyét. Az eredmények rámutatnak arra, hogy az egészségkommunikáció fejlesztése, a közérthető tájékoztatás, valamint az egészségműveltséget célzó beavatkozások kulcsszerepet játszhatnak a társadalmi különbségek csökkentésében.

Egészségműveltség – egy panelkutatás tanulságai

Háztartási panelkutatásunk egyik tematikus blokkjában az egészségügyi tájékozódással, információértéssel és ezzel összefüggésben a digitális hozzáférés szerepével kapcsolatos kérdéseket vizsgáltuk, egyes szociodemográfiai és szocioökonómiai változók mentén. A válaszadók olyan kérdésekre reflektáltak, mint hogy milyen gyakran okoz nehézséget számukra az egészségi állapotukról szóló írásos anyagok megértése, mennyire támaszkodnak segítségre ezen információk értelmezése során, illetve, hogy háztartásuk rendelkezik-e bizonyos digitális eszközökkel, például mobiltelefonnal vagy szélessávú internetkapcsolattal.

Az egyik legmarkánsabb megállapítás, hogy az egészségügyi tájékozottság – más szóval egészség-információs írástudás vagy egészségműveltség – szoros összefüggést mutat mind az életkorral, mind az iskolai végzettséggel. Az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező válaszadók körében jóval magasabb azok aránya, akik gyakran vagy mindig nehézséget tapasztalnak az egészségügyi szövegek értelmezésében. Ezzel szemben a felsőfokú végzettségűek körében kimagasló arányban szerepel a „soha nem okoz problémát” válasz. Hasonló mintázat figyelhető meg az életkori bontásban is: az idősebb korosztályok – különösen a 60 év felettiek – jelentősen nagyobb arányban számoltak be értelmezési nehézségekről, míg a fiatalabb csoportokban nagyobb arányban fordult elő az önálló értelmezés képessége.

Mindez arra utal, hogy az egészség-információk önálló feldolgozása nem csupán individuális kompetencia kérdése, hanem strukturálisan meghatározott, társadalmilag beágyazott jelenség. Az információs egyenlőtlenségek nemcsak a formális oktatási rendszer kimeneteiben tükröződnek, hanem az egészségügyi rendszerhez való hozzáférésben is újratermelődnek. A kutatási blokk tapasztalatai megerősítik, hogy a társadalmi-demográfiai háttér, különösen az iskolázottság és az életkori pozíció, közvetlenül befolyásolja az egészséggel kapcsolatos információk feldolgozásának képességét és a tájékozott döntéshozatal esélyeit.

Ehhez társul a digitális eszközökhöz és szolgáltatásokhoz való hozzáférés kérdése. A szélessávú internet elérhetősége differenciáló tényezőként jelent meg az egészségműveltségi szintek között: azok, akik hozzáférnek ilyen infrastruktúrához, kevésbé szorulnak segítségre, és ritkábban számolnak be szövegértési nehézségekről. Ezzel szemben azok körében, akiknek anyagi vagy más okból nincs internetkapcsolatuk, gyakrabban jelentkezik

bizonytalanság és függőség a külső támogatástól. A mobiltelefon megléte ugyanakkor nem mutatott ilyen összefüggést, ami arra utal, hogy az eszköz önmagában nem garantálja a digitális vagy egészségügyi tájékozottság meglétét. A kutatás eredményei azt is világosan jelezték, hogy a háztartás anyagi helyzete jelentős hatással van az egészséggel kapcsolatos tájékozódásra és az információk önálló értelmezésének képességére. A nehezebb anyagi körülmények között élők körében jóval gyakoribb, hogy problémát okoz az egészségi állapotról szóló írásos anyagok megértése, míg a jobb jövedelmi helyzetű válaszadók körében ez az akadály kevésbé jellemző. Mindez arra utal, hogy a gazdasági biztonság nemcsak az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, hanem az információfeldolgozási lehetőségeket is befolyásolja, és hozzájárulhat a társadalmi egyenlőtlenségek további mélyüléséhez ezen a területen is.

A kutatás eredményei alapján elengedhetetlen olyan egészségkommunikációs stratégiák és gyakorlatok kialakítása, amelyek figyelembe veszik a társadalmi, demográfiai és digitális egyenlőtlenségeket. Ennek érdekében javasolt:

- a közérthető, könnyen olvasható és jól strukturált egészségügyi tájékoztatók alkalmazása,
- alternatív kommunikációs csatornák biztosítása a digitálisan kevésbé elérhető csoportok számára (pl. személyes tájékoztatás, telefonos konzultáció),
- célzott egészségügyi edukációs és digitális kompetenciafejlesztő programok indítása az alacsony iskolai végzettségű és idősebb korosztályok körében.

A tapasztalatok alapján különösen fontos lenne, hogy a tájékoztató anyagok készítésekor figyelembe vegyék az anyagi kiszolgáltatottsággal élő csoportok igényeit, és számukra közérthetőbb, könnyebben feldolgozható formában biztosítsák az egészségügyi információkat, akár személyes konzultáció, akár célzott edukációs programok révén.

A panelkutatás eredményei tehát összességében azt mutatják, hogy az egészségügyi információkhoz való hozzáférés és azok értelmezése összetett, több szinten működő folyamat, amelynek javítása nemcsak egyéni, hanem társadalmi szinten is beavatkozást igényel. Az egészségértés fejlesztése tehát kulcsszerepet játszik az egészségmegőrzésben, az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságában és az egyenlő hozzáférés biztosításában. Az oktatás,

egészségkommunikáció és közösségi programok mind hozzájárulhatnak az egyének képességeinek fejlesztéséhez. Kiemelten fontos, hogy a szakemberek ne csak az orvosi tartalmat, hanem a páciensek megértési képességét is figyelembe vegyék, és támogassák a tudatos döntéshozatalt. Az egészségműveltség fejlesztése ma már nem választható el a digitális írástudás és az esélyegyenlőség kérdésétől.

Felhasznált irodalom

1. Baccolini V.; Rosso A.; Di Paolo C.; Riili I.; Fabiani L.; De Vito C.; La Torre G. (2021): What is the prevalence of low health literacy in European Union member states? A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36(3), pp. 753–761.
2. Baker D.W. (2006): The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), pp. 878–883.
3. Bíró Éva; Vincze Ferenc; Nagy-Pénzes Gabriella; Ádány Róza: (2023): Investigation of the relationship of general and digital health literacy with various health-related outcomes. *Frontiers in Public Health*, 11, 1229734.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020): Healthy People 2030. Health literacy.
<https://www.cdc.gov/health-literacy/php/about/index.html> (letöltés ideje: 2025. 04.10.)
5. Jóna Gy; Fedor, R. Fedor A. (2025): Patterns of Online Stress Management Information-Seeking Behavior in Hungary. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(4), 473.
6. Kickbusch I. (2001): The contribution of the World Health Organization to a new public health approach. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(3), pp. 255–256.
7. Mátyás Gabriella; Vincze Ferenc; Bíró Éva (2021): Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán. *Orvosi Hetilap*, 162(39), pp. 1579–1588.
8. Nutbeam D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), pp. 259–267.
9. Paasche-Orlow M.K.; Wolf M.S. (2007): The causal pathway linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 31(1), pp. 19–26.
10. Simunaite I.; Zabeniene I.; Klumbiene J.; Sniokaite-Sniukiene V.; Petrauskiene J. (2022): Level of health literacy in Latvia and Lithuania: a population-based study. *Archives of Public Health*, 80, Article number: 47.

11. Sorensen K; Van den Broucke S.; Fullam J.; Doyle G.; Pelikan J.; Slonska Z.; Brand H. (2013): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
12. Sorensen K.; Pelikan J.M.; Röthlin F.; Ganahl K.; Slonska Z.; Doyle G.; Brand H. (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European journal of public health*, 25(6), 1053-1058.