

A hazai középiskoláskorú tanulók egészségműveltségi szintjének vizsgálata a HELMA-H kérdőív alkalmazásával

Horváth Cintia

Absztrakt

Hazánkban kevésbé elterjedt, azonban a nemzetközi szakirodalomban széles körben foglalkoznak a serdülők egészségműveltségének jellemzőivel, mely feltárára számos validált eszköz áll rendelkezésre. Vizsgálatunk célja volt feltárni a hazai középiskoláskorúak egészségműveltségi szintjét egy magyar nyelven először alkalmazott, validált kérdőív alkalmazásával, továbbá az egészségmagatartási szint és a demográfiai, szocioökonómiai jellemzők közötti kapcsolatnak a vizsgálata. A vizsgálatban részt vevő diákok (N=273) az adatfelvétel során a HELMA-H kérdőívet töltötték ki tanórán, anonim módon. A kitöltők 27,5%-a fiú, 72,5%-a lány, az átlagos életkoruk 16,2 (SD: 1,3) év volt. A HELMA-H érték, mely az egészségműveltségi jellemzőit mutatja 4 kategóriában (kiváló, megfelelő, problémás, nem megfelelő), a megkérdezett középiskolás tanulók 18,0%-ának kiváló, 53,1%-ának megfelelő, 21,2%-ának problémás és 7,7 %-ának nem megfelelő eredményt mutat. Összességében tehát a megkérdezett középiskolás tanulók 71,1 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, míg 28,9 %-ának korlátozott. Az egészségműveltségi szint és az egyes tanulói jellemzők közötti különbségeket vizsgálva nem találtunk szignifikáns különbséget a nemek, az iskolatípus, a régió és az édesanya legmagasabb iskolai végzettségét tekintve, azonban az évfolyamok (F=1,986 p<0,049) és az édesapa iskolai végzettségét (F=2,674 p<0,048) tekintve igen. Eredményeink alapján a tanulók egészségműveltségi szintje kedvező képet mutat korábbi hazai, valamint nemzetközi kutatások eredményeihez képest.

Kulcsszavak: *egészségműveltség, HELMA-H, középiskolás tanulók, egészségnevelés, egészségfejlesztés*

Bevezetés

Napjainkban az egészségnevelés, egészségfejlesztés területén meghatározó fogalom az egészségműveltség, mint az egészség kulcsfontosságú meghatározó tényezője (WHO, 2013; Tehrani Banihashemi és mtsai, 2007). A kutatók úgy vélik, hogy az egészségműveltség határozottabban előre jelzi az egyének egészségét, mint a különböző változók, úgymint az életkor, a nem vagy a jövedelem (Wharf Higgins, Begoray és MacDonald, 2009; Williams és mtsai, 1995), így kiemelten fontos annak fejlesztése mind társadalmi, mind gazdasági szempontból. Az egészségműveltség olyan személyes erőforrás, amely magába foglalja az egyén

tudását, motivációját és kompetenciáját az egészséggel kapcsolatos információk eléréséhez, megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásához oly módon, hogy az egyén képes legyen egész életében döntéseket hozni az egészséggel kapcsolatban, a betegségek megelőzéséről és az egészségfejlesztésről az egész életen át tartó életminőség javítása érdekében (Nutbeam, 2008; Pirdehghan és mtsai, 2014; Sørensen és mtsai, 2012).

A nemzetközi szakirodalom széles körben foglalkozik az egészségműveltség fogalmának meghatározásával és mérésével. Az egészségműveltség fogalom az 1970-es években jelent meg először (Simonds, 1974), majd 2012-ben készült egy angol nyelvű, szisztematikus áttekintés az egészségműveltség definícióiról és modelljeiről, amelyben multidimenzionális fogalomként említik azt, 17 különböző meghatározással (Sørensen és mtsai, 2012). Magyar nyelven Csizmadia (2016) foglalta össze először az egészségműveltség definícióit. Leggyakrabban az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) fogalmát idézik, mely megfogalmazás szerint az egészségműveltség (health literacy) „*az emberek kognitív és szociális készsége (skills), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (ability), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket*” (Csizmadia, 2016. 41. old.). Történt kezdeményezés az egészségműveltség fogalmának és elméleti keretének az iskoláskorúakra való kiterjesztésére, azonban ez napjainkig nem megoldott (Nagyné és mtsai, 2015).

Az egészségműveltség jelentőségét azok a vizsgálatok támasztják alá, amelyek kimutatták, hogy annak szintje alapvetően befolyásolja az egyének különböző, egészséggel kapcsolatos jellemzőit (Massey és mtsai, 2012). Az alacsony szintű egészségműveltség rosszabb egészségi állapottal, több egészségügyi problémával, valamint kevésbé hatékony egészségügyi ellátórendszerrel jár együtt. Az egészségműveltség fejlesztése az egyének egészséggel kapcsolatos képességeinek (capacities for health) növelésével javítja az egészséget, továbbá az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát. (Rowlands és mtsai, 2018). Annak ellenére, hogy nemzetközi szinten a kutatók körében egyre nagyobb az érdeklődés a serdülők egészségműveltsége és annak mérése iránt (Brown, Teufel és Birch, 2007; Manganello, 2008), a legtöbb tanulmány mégis a felnőtt lakosságra összpontosít, hiszen a felnőtteknél magasabb az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi aránya, ezért nagyobb prioritást élveznek az egészségműveltség vizsgálatok. Az egészségműveltségi szint jellemzéséről nem áll rendelkezésünkre adat az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójának minden tagállamából, azonban egy 2015-ben lezajlott kutatás, melyben nyolc európai uniós országban mérték az egészségműveltséget (European Health Literacy Survey), az eredményei alapján a kutatásban résztvevő országok lakosságának 47,6 %-a rendelkezik problémás vagy elégtelen egészségműveltségi szinttel (Sørensen és mtsai, 2015). Magyarországon ugyanezen felmérés eredménye azt mutatta, hogy a felnőtt lakosság 52 %-ának nem elegendő mértékű az egészségműveltsége (Koltai és Kun, 2016).

Bár az alacsony egészségműveltségi szint minden korcsoportban megjelenhet és problémát okozhat, azonban különösen fontos ennek meghatározása és fejlesztése a diákok körében. A diákok kritikus fejlődési szakaszban vannak a serdülőkorban a felgyorsult biológiai, pszichológiai, társadalmi és érzelmi változások miatt (*Khajouei és Salehi, 2017*). A serdülőkor az az időszak, mely az egészséges életmód kialakításában meghatározó, így felértékelődnek az egészséges életmóddal kapcsolatos beavatkozások. Mivel az egyéni egészség garantálja a közösség egészségét, fontos, hogy minden olyan hatást és változást megpróbáljunk megállapítani, amelyek elősegítik a fiatalabb generáció egészségét (*Najafi, Mozafari és Mirzaee, 2012*). Annak érdekében, hogy az egészségműveltség képes legyen pozitív befolyással lenni az egészségre egy életen át (*Bröder és mtsai, 2017; Bröder és mtsai, 2019*), egyre nagyobb jelentőséggel bír a gyermekkori és serdülőkori egészségműveltség mérése és fejlesztése (*WHO, 2013*). Az iskoláskorúak körében az egészségműveltséget fejlesztő eredményes intervenciók kidolgozásához mélyreható ismeretekre van szükség az ebben a korcsoportban meglévő egészségműveltség szintjéről. A rendelkezésre álló adatok és eredmények azonban még mindig korlátozottak nemzetközi és hazai szinten is, ugyanis az eddigi kutatások jellemzően a felnőtt lakosságra, a felnőtt lakosság egészségműveltségének feltárására összpontosítottak (*Nagyné és mtsai, 2015; Okan és mtsai, 2018*).

Hazánkban az iskolai egészségnevelés során az egészségi állapot javítása érdekében végzett oktatói-nevelői munka folyamatában az egészségműveltség egyre nagyobb hangsúlyt kap, melyben a testnevelésnek és a testneveléshez kapcsolódó attitűdnek is szerepe van (*Kaj és mtsai, 2015*). *Tuza és mtsai* az egészségműveltség és az alkoholfogyasztás összefüggéseit vizsgálva megállapították, hogy a vizsgálatukban résztvevő tanulóknak több mint a fele nem megfelelő egészségműveltségi szinttel rendelkezik az NVS (Newest Vital Sign) teszt alapján. A kutatók nem találtak összefüggést az egészségműveltségi szint és az alkoholfogyasztási szokások tekintetében (*Tuza és mtsai, 2020a*). *Tuza és mtsai* egy másik kutatásukban a fiatalok egészségműveltségi szintjének és táplálkozási szokásainak összefüggéseit vizsgálták. A kutatás eredményei alapján a vizsgált szakgimnáziumi tanulók fele nagy valószínűséggel megfelelő egészségműveltséggel rendelkezik, illetve az egészségműveltség és a táplálkozás minősége közötti összefüggéseket vizsgálva a rostos üdítőital tekintetében találtak jelentős összefüggést, miszerint azok a tanulók, akik magasabb egészségműveltségi kategóriába tartoznak a rostos üdítőitalokkal kapcsolatos ajánlásokkal jobban tisztában vannak, ezért kerülnek azok fogyasztását (*Tuza és mtsai, 2020b*). Ezen korábbi hazai kutatások eredményeivel szemben a nemzetközi felmérések jobb eredményeket mutatnak, mely alapján a vizsgált személyek több, mint 60 %-ának megfelelő az egészségműveltségi szintje (*Driessnack és mtsai 2014; Linnebur és Linnebur, 2018*).

Vizsgálatunk célja volt feltárni a középiskolás korosztály egészségműveltségi szintjét egy magyar nyelven először alkalmazott, validált kérdőív (HELMA-H)

alkalmazásával (Horváth, Csányi és Révész, 2021). További célunk volt a kutatásban részt vevő tanulók egészségmagatartási szintje és demográfiai, szocioökonómiai jellemzői közötti kapcsolatnak a vizsgálata, fókuszba helyezve a szüleiik legmagasabb iskolai végzettségét.

Anyag és módszer

Minta és mintaválasztás bemutatása

Az iskoláskorúak egészségműveltségét mérő eszközt, a HELMA-H (Horváth, Csányi és Révész, 2021) kérdőívet alkalmazva tártuk fel a hazai középiskolás tanulók egészségműveltségi szintjét, jellemzőit. A populációt a hazai középiskolás tanulók alkották, melyből a mintába nem valószínűségi, kényelmi mintavételi eljárás során kerültek a diákok (N=273). A vizsgált tanulók osztályfőnöki óra keretein belül töltötték ki az anonim, online kérdőívet.

A kérdőív bemutatása

A HELMA-H kérdőív az iskolai egészségnevelés területén alkalmazható eszköz, amellyel a tanulók egészségműveltsége, az információkhoz való hozzájutásának és megértésének képessége, azok alkalmazása, valamint énhatékonyságuknak és az egészséggel kapcsolatos információk kommunikációjának képessége is mérhető (Ghanbari és mtsai, 2016). A kérdőív 8 skálát tartalmaz, melyek az Énhatékonyság, a Hozzáférés, az Olvasás, a Megértés, az Értékelés, az Alkalmazás, a Kommunikáció és a Számítás kérdéscsoportok, skálánként 3–10 kérdéssel, kérdésenként 5 fokú Likert-skálán elhelyezkedő, illetve rövid válaszlehetőséggel. A kérdőív 15 perc alatt megválaszolható.

A kérdőív kiértékelése során az első 41 állítás esetében a Likert-skálához tartozó válaszlehetőségek pontozása a következőképpen alakul: soha 1 pont, ritkán 2 pont, néha 3 pont, általában 4 pont, mindig 5 pont, míg a Számítás skála feladatainál a jó válaszáért 5 pont adható, rossz válaszáért pedig 1 pont. Így a minimálisan összegyűjthető nyers pontszám 44, a maximálisan összegyűjthető nyers pontszám pedig 220. A kérdőív alapján az egyénre vonatkozó pontszám, az úgynevezett „HELMA-H érték” (egészségműveltség-szint) kiszámítása az alábbi képlet szerint végezhető el.

$$\text{Pontszám} = \frac{\text{Nyers pontszám} - \text{minimum lehetséges pontszám}}{\text{Maximum lehetséges nyers pontszám} - \text{minimum lehetséges pontszám}} \times 100$$

Forrás: Saját szerkesztés

A végső pontok alapján négy kategóriába sorolhatók a vizsgált személyek: kiváló (84,01–100 pont között), megfelelő (66,01–84 pont között), melyek együtt kívánatos mértékű egészségműveltséget határoznak meg, valamint problémás (50,01–66 pont között) és nem megfelelő (0–50 pont között), melyek együtt korlátozott egészségműveltséget határoznak meg.

A HELMA-H kérdőívet kiegészítettük a demográfiai jellemzőkre fókuszáló kérdéscsoporttal, melyben a kitöltők nemére, életkorára, lakóhelyére, évfolyamára, az iskolájuk típusára, valamint az édesapjuk és édesanyjuk legmagasabb iskolai végzettségére voltunk kíváncsiak. Ezt követte a HELMA-H kérdőív 44 kérdése.

Statisztikai eljárások

A statisztikai elemzéseket az IBM SPSS Statistics 23.0 program segítségével végeztük el. A minta általános jellemzésére és egyes paramétereinek meghatározására leíró statisztikai eljárásokat alkalmaztunk, továbbá az egyes tanulói jellemzők és az egészségműveltségi szintjük közötti kapcsolatot matematikai statisztikai eljárásokkal tártuk fel, úgymint kétmintás t-próba, varianciaanalízis és Khi^2 próba az adatok értékészletétől függően. Az eredmények közötti eltérést akkor tekintettük szignifikánsnak, ha az adott statisztikai eljárásból származó p-érték kisebb volt, mint 0,05 ($p < 0,05$).

Eredmények

A minta jellemzői

A kitöltők ($N=273$) 27,5%-a fiú, 72,5%-a lány volt, az átlagos életkoruk 16,26 (SD: 1,37) év volt. A kitöltők 61,5%-a észak-magyarországi, 19,8%-a nyugat-dunántúli, 13,9%-a közép-magyarországi, 3,3%-a közép-dunántúli, míg 1,1%-a észak-alföldi és 0,4%-a dél-dunántúli középiskola tanulója volt. A kérdőívet kitöltők 9,9%-a nulladik, 28,2%-a kilencedik, 24,9%-a tizedik, 21,6%-a tizenegyedik, 11,7%-a tizenkettedik és 3,7%-a tizenharmadik osztályos tanuló volt. Gimnáziumban tanult a vizsgált személyek 78,4%-a, szakközépiskolában a 12,8%-a, szakközépiskolában a 8,4%-a, míg szakiskolában a 0,4%-a.

1. táblázat: A minta jellemzése

Nem							
	Fiú	Lány	Összesen				
N (Fő)	75	198	273				
%	27,5	72,5	100				
Régió							
	Észak-Magyarország	Nyugat-Dunántúl	Közép-Magyarország	Közép-Dunántúl	Észak-Alföld	Dél-Dunántúl	Összesen
N (Fő)	168	54	38	9	3	1	273
%	61,5	19,8	13,9	3,3	1,1	0,4	100
Évfolyam							
	Nulladik	Kilencedik	Tizedik	Tizenegyedik	Tizenkettedik	Tizenharmadik	Összesen
N (Fő)	27	77	68	59	32	10	273
%	9,9	28,2	24,9	21,6	11,7	3,7	100
Iskolatípus							
	Gimnázium	Szakkimnázium	Szakközépiskola	Szakiskola	Összesen		
N (Fő)	214	35	23	1	273		
%	78,4	12,8	8,4	0,4	100		

Forrás: Saját szerkesztés

Az édesanya legmagasabb iskolai végzettségét tekintve 46,9%-uk egyetemi vagy főiskolai végzettséggel, 33%-uk érettségivel, 16,5%-uk szakmunkásképző, míg 3,7 %-uk alapfokú végzettséggel rendelkezett. Az édesapák legmagasabb iskolai végzettségét vizsgálva megállapítható, hogy 41%-uk egyetemi vagy főiskolai végzettséggel, 29,7%-uk érettségivel, 24,5%-uk szakmunkásképző, míg 4,8%-uk alapfokú végzettséggel rendelkezett.

2. táblázat: Az édesanya és édesapa legmagasabb iskolai végzettsége

Édesanya iskolai végzettsége					
	Egyetem / Főiskola	Érettségi	Szakközépiskola	Általános iskola	Összesen
N (Fő)	128	90	45	10	273
%	46,8	33,0	16,5	3,7	100
Édesapa iskolai végzettsége					
	Egyetem / Főiskola	Érettségi	Szakközépiskola	Általános iskola	Összesen
N (Fő)	112	81	67	13	273
%	41,0	29,7	24,5	4,8	100

Forrás: Saját szerkesztés

A hazai iskoláskorúak egészségműveltsége

A HELMA-H kérdőív kitöltése által nyert adatok elemzése alapján megállapítjuk, hogy a HELMA-H érték a megkérdezett középiskolás tanulók 18,0%-ának kiváló, 53,1%-ának megfelelő, 21,2%-ának problémás és 7,7 %-ának nem megfelelő eredményt mutat. Összességében tehát a megkérdezett középiskolás tanulók 71,1 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, míg 28,9 %-ának korlátozott.

3. táblázat: A HELMA-H egészségműveltségi érték kategóriák szerint

	Kiváló	Megfelelő	Problémás	Nem megfelelő	Összesen
N (Fő)	49	145	58	21	273
%	18,0	53,1	21,2	7,7	100

Forrás: Saját szerkesztés

A tanulók HELMA-H értéket megvizsgáltuk a különböző változók esetében is, úgymint a nem, évfolyam, iskolatípus és régió. A nemek szerinti vizsgálat alapján a legnagyobb különbségek a kiváló és megfelelő egészségműveltségi szint esetében vannak, ugyanis míg a lányok 20,7 %-a kiválóan teljesített, addig a fiúk csupán 10,6 %-a érte el ezt a szintet. A megfelelő kategóriában hasonló arányok mutatkoznak, azonban a nemeket tekintve ellenkezőleg. A problémás és nem megfelelő kategóriákat tekintve hasonló eredményeket kaptunk.

4. táblázat: A HELMA-H egészségműveltségi érték a nemek szerint

HELMA-H érték						
Nem		Kiváló	Megfelelő	Problémás	Nem megfelelő	Összesen
Fiú	N (Fő)	8	46	16	5	75
	%	10,6	61,4	21,4	6,6	100
Lány	N (Fő)	41	99	42	16	198
	%	20,7	50,0	21,2	8,1	100

Forrás: Saját szerkesztés

A vizsgált tanulók HELMA-H egészségműveltségi értékét megvizsgáltuk az évfolyamok szempontjából is. Az eredmények alapján a megkérdezett tanulók közül a kiváló kategóriába a 9. évfolyamos tanulók kerültek legkisebb arányban, míg legnagyobb arányban a 11. évfolyamos tanulók. A nem megfelelő kategóriába legnagyobb arányban a megkérdezett 0. évfolyamos tanulók kerültek, míg legkisebb arányban a 12. évfolyamos tanulók.

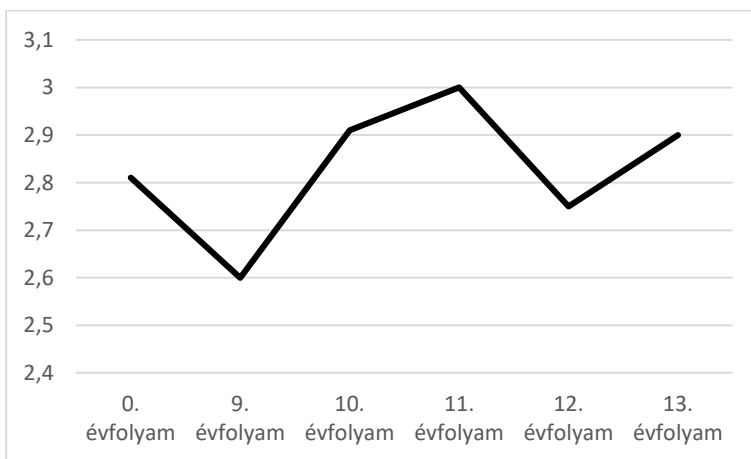
5. táblázat: A HELMA-H egészségműveltségi érték az évfolyamok szerint

HELMA-H érték						
Évfolyam		Kiváló	Megfelelő	Problémás	Nem megfelelő	Összesen
0. évfolyam	N (Fő)	6	13	5	3	27
	%	22,2	48,2	18,5	11,1	100
9. évfolyam	N (Fő)	6	40	25	6	77
	%	7,8	51,9	32,5	7,8	100
10. évfolyam	N (Fő)	11	45	7	5	68
	%	16,2	66,2	10,3	7,3	100
11. évfolyam	N (Fő)	18	28	8	5	59
	%	30,5	47,4	13,6	8,5	100
12. évfolyam	N (Fő)	5	16	9	2	32
	%	15,6	50,0	28,1	6,3	100
13. évfolyam	N (Fő)	3	3	4	0	10
	%	30,0	30,0	40,0	0,0	100

Forrás: Saját szerkesztés

Megállapítottuk továbbá, hogy szignifikáns különbség van a HELMA-H átlag érték és az egyes évfolyamok tekintetében. A 9. és 11. évfolyamon tanulók között a HELMA-H átlag egészségműveltségi értéket elemezve jelentős különbséget találtunk ($F=1,986$ $p<0,049$).

1. ábra: A HELMA-H átlag érték az évfolyamok szerint



Forrás: saját szerkesztés

A vizsgálatban résztvevő tanulók legnagyobb arányban gimnáziumi tanulók ($N=214$), míg a szakközépiskolában és szakiskolában tanulók aránya elenyésző. Az alábbi táblázat összefoglalja az iskolatípusok szerinti

HELMA-H érték megoszlást, azonban kutatásunk korlátjaként tudjuk említeni az iskolatípus kiegyensúlyozatlanságát.

1. táblázat: A HELMA-H egészségműveltségi érték az iskola típusa szerint

HELMA-H érték						
Iskolatípus		Kiváló	Megfelelő	Problémás	Nem megfelelő	Összesen
Gimnázium	N (Fő)	42	116	43	13	214
	%	19,6	54,2	20,1	6,1	100
Szakgimnázium	N (Fő)	6	14	8	7	35
	%	17,1	40,0	22,9	20,0	100
Szakközépiskola	N (Fő)	1	15	7	0	23
	%	4,3	65,3	30,4	0,0	100
Szakiskola	N (Fő)	0	0	0	1	1
	%	0,0	0,0	0,0	100	100

Forrás: Saját szerkesztés

A régiók szerinti eloszlást tekintve megvizsgáltuk azon régiókat, ahonnan a legtöbb adatot gyűjtöttük. Ez alapján elmondható, hogy a nyugat-dunántúli régió kiemelkedik, hiszen a megkérdezettek 22,2 %-a kiváló, 63,0 %-a pedig megfelelő egészségműveltségi szinttel rendelkezik, mely összesítve megállapítható, hogy a megkérdezett nyugat-dunántúli tanulók 85,2 %-a kívánatos egészségműveltséggel rendelkezik.

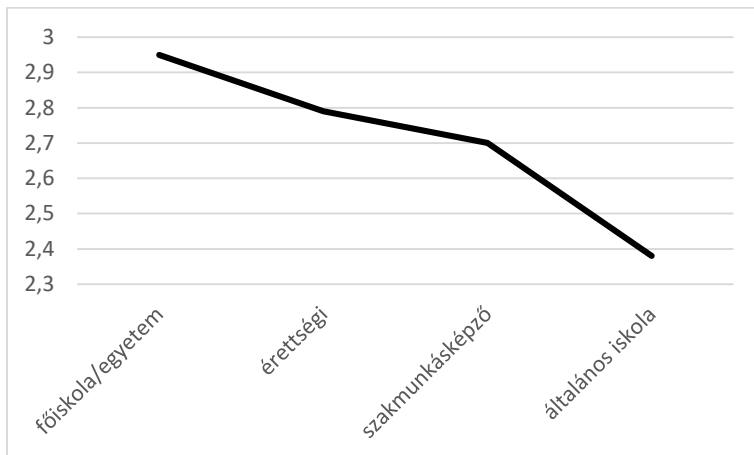
7. táblázat: A HELMA-H egészségműveltségi érték a régiók szerint

HELMA-H érték						
Régió		Kiváló	Megfelelő	Problémás	Nem megfelelő	Összesen
Észak-Magyarország	N (Fő)	35	77	41	15	168
	%	20,8	45,8	24,5	8,9	100
Nyugat-Dunántúl	N (Fő)	12	34	4	4	54
	%	22,2	63,0	7,4	7,4	100
Közép-Magyarország	N (Fő)	1	10	25	2	38
	%	2,6	26,3	65,8	5,3	100

Forrás: Saját szerkesztés

Megvizsgáltuk a tanulók átlag HELMA-H értékét a szüleik legmagasabb iskolai végzettségének szempontjából. A vizsgálat során megállapítottuk, hogy az édesapa legmagasabb iskolai végzettségét tekintve szignifikáns különbség van, miszerint minél magasabb az édesapa iskolai végzettsége, annál magasabb szintű a gyermek egészségműveltsége ($F=2,674$ $p<0,048$).

2. ábra: A HELMA-H átlagérték az édesapa iskolai végzettségének tükrében



Forrás: Saját szerkesztés

A vizsgálatban részt vevő tanulók HELMA-H egészségműveltségi értékét vizsgálva nem találtunk szignifikáns különbséget a nemek, az iskolatípus, a régió és az édesanya legmagasabb iskolai végzettségét tekintve.

Megbeszélés

A tanulmány célja az volt, hogy feltárjuk a magyar középiskoláskorú diákok egészségműveltségi szintjét és az ahhoz kapcsolódó tényezőket. Az iskoláskorúak egészségműveltségének vizsgálatára nemzetközi szinten számos mérőeszköz a rendelkezésre áll, azonban hazai vonatkozásban először alkalmaztuk a magyar nyelven validált HELMA-H (Serdülőkorúak Egészségműveltsége kérdőív) kérdőívet, amely alkalmas a magyarországi iskoláskorúak egészségműveltségének mérésére. A HELMA-H kérdőív egyik jellemzője, hogy a funkcionális mellett megragadja az egészségműveltség egyéb dimenzióit is, úgymint az interaktív és a kritikai egészségműveltséget, így a HELMA-H faktorstruktúrája változatosabb, és mivel minden tényezőnek legalább három kérdése van, a HELMA-H kérdőív megbízható felépítésű, ezáltal megbízható adatokat és eredményeket nyújt a serdülők egészségműveltségi jellemzőinek tekintetében.

A HELMA-H egészségműveltségi kategóriák szerinti HELMA-H-érték a megkérdezett középiskolás tanulók 18,0%-ának kiváló, 53,1%-ának megfelelő, 21,2%-ának problémás és 7,7 %-ának nem megfelelő eredményt mutat, mely alapján összességében megállapítható, hogy a kutatásunkban megkérdezett középiskoláskorú tanulók 71,1 %-ának kívánatos mértékű az egészségműveltsége, mely eredmény kedvező képet mutat korábbi hazai, valamint nemzetközi kutatások eredményeihez képest. *Tuza és mtsai* hazai kutatási eredményeihez képest, melyben a NVS teszt alapján megállapították, hogy a vizsgálatban résztvevő

fiatalok 45,83%-a rendelkezik nagy valószínűséggel megfelelő egészségműveltségi szinttel (*Tuza és mtsai*, 2020a), míg egy nagyobb mintájú felmérésük során a vizsgált tanulók már 50,49%-a került a nagy valószínűséggel megfelelő egészségműveltségi kategóriába (*Tuza és mtsai*, 2020b), elmarad a jelen kutatási eredményektől. *Dehghankar és mtsai* (2019) a HELMA kérdőívet alkalmazva azt az eredményt kapták, hogy a tanulók 36,6%-a rossz egészségműveltséggel (alacsony és nem megfelelő egészségműveltséggel) rendelkezett, és a diákok 63,4%-ának jó az egészségműveltségi szintje (megfelelő és magas szintű egészségműveltség), míg *Saeedi és mtsai* (2016) tanulmányában szintén a HELMA kérdőívet alkalmazva megállapították, hogy a diákok 74,5%-a korlátozott, nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkezett.

A vizsgálatban részt vevő tanulók HELMA-H egészségműveltségi értékét vizsgálva nem találtunk szignifikáns különbséget a nemek, az iskolatípus, a régió és az édesanya legmagasabb iskolai végzettségét tekintve, mely eredmények megerősítik *Tuza és mtsai* (2020b) kutatási eredményeit, mely során szintén nem találtak szignifikáns különbséget a tanulók egészségműveltsége és a nem, életkor, évfolyam, lakóhely tekintetében, azonban kutatásunkban szignifikáns különbséget találtunk az évfolyamok, illetve az édesapa legmagasabb iskolai végzettségét tekintve, mely eredmények ellentétesek *Tuza és mtsai* (2020b) kutatási eredményeivel, hiszen nem volt a kutatásban kimutatható különbség a szülők iskolai végzettségét vizsgálva.

Kutatásunk korlátjaiként tudjuk felsorolni a mintavételi eljárás gyengeségeit, nem reprezentatív a minta, továbbá a nemek aránya és a gimnáziumban tanulók nagyobb arányú részvétele miatt nem kiegyensúlyozott. Ezen korlátokat a további kutatásainkban igyekszünk feloldani.

Irodalom

- Brown, S. L., Teufel, J. A. & Birch, D. A. (2007). *Early adolescents perceptions of health and health literacy*. *Journal of School Health*, 77, 7-15. doi: 10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K. & Bitzer, E. M. (2017). *Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models*. *BMC Public Health* 17, 1-25. doi: 10.1186/s12889-017-4267-y
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S. & Pinheiro, P. (2019). *Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth*. *Health Promotion International* 1-11. doi: 10.1093/heapro/daz041
- Csizmadia, P. (2016). Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés*, 57. (3). 41-44. doi: 10.24365/ef.v57i3.68
- Dehghankar, L., Panahi, R., Yekefallah, L., Hosseini, N. & Hasannia, E. (2019). *The study of health literacy and its related factors among female students at high schools in Qazvin*. *Journal of Health Literacy*. 4. (2). 18-26. doi: 10.22038/jhl.2019.40390.1055

- Driessnack, M., Chung, S., Perkhounkova, E. & Hein, M. (2014). *Using the „Newest Vital Sign” to assess health literacy in children.* *J Pediatr Health Care* **28**. (2). 165-171. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.05.005>
- Ghanbari, S., Ramezankhani, A., Montazeri, A. & Mehrabi, Y. (2016). *Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties.* *PLoS ONE* **11**. (2). e0149202. doi:10.1371/journal.pone.0149202
- Horváth, C., Csányi, T. és Révész, L. (2021). Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja. *Egészségfejlesztés*, **62**. (4). Doi: 10.24365/ef.v62i3.749
- Kaj, M., F Saint-Maurice, P., Karsai, I., Vass, Z., Csányi, T., Boronyai, Z. és Révész L. (2015). Associations Between Attitudes Toward Physical Education and Aerobic Capacity in Hungarian High School Students. *Research Quarterly for Exercise and Sport*. **86** (S1). S74-S81.
- Khajouei, R. & Salehi, F. (2017). Health literacy among Iranian high school students. *American Health Behavior Journal*. **41**. (2). 215-22.
- Koltai, J. A. és Kun, E. (2016). A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, **3**. doi: 10.24365/ef.v57i3.62
- Linnebur, L. A. & Linnebur, S.A. (2018). Self-Administered Assessment of Health Literacy in Adolescents Using the Newest Vital Sign. *Health Promot Pract* **19**. (1). 119-124. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524839916677729>
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*. **23**. 840-847. doi: 10.1093/her/cym069
- Massey, P., Prelip, M., Calimlim, B. M., Quiter, E. S. & Glik, D. C. (2012). Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting, *Health Education Research*, **27**. (6). 961-974. doi: 10.1093/her/cys054
- Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á. és B. Németh, M. (2015). Az egészségműveltség online mérése. In.: Csapó, B. és Zsolnai, A. (2015). *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában.* 147-177. Oktatókutatató és Fejlesztő Intézet, Budapest.
- Najafi, F., Mozafari, S. & Mirzaee, S. (2012). *Assessment of 3rd grade junior school girl students' knowledge and attitude toward puberty age sanitation.* *Guilan Univ Med Sci J*. **21**. (81). 22-8.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science & medicine* **67**. (12), 2072-2078. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
- Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., Bond, E., Carvalho, G. S., Sørensen, K. & Saboga-Nunes, L. (2018). Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: A systematic review of the literature. *BMC Public Health*. **18**. 1-19. doi: 10.1186/s12889-018-5054-0
- Rowlands G., Russell S., O'Donnell A., Kaner E., Trezona A., Rademakers J. & Nutbeam D. (2018). *What is the evidence on existing policies and linked activities and their effectiveness for improving health literacy at national, regional and organizational levels in the WHO European region.* World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326251>. 2021. 10. 17-i megtekintés
- Saeedi, F., Panahi, R. & Osmani, F. (2016). The Survey of Health Literacy and Factors Influencing It among High School Students in Tehran. *Health Education and Health Promotion (HEHP)* **4** (2)
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*. **2**. 1-25. doi: 10.1177/10901981740020S102

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Brand H., Doyle G., Pelikan J. & Slonska Z. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. **12**, 80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S. & Brand H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU), *European Journal of Public Health*. **25**, (6), 1053-1058, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Tehrani Banihashemi, S-A., Amirkhani, M. A., Haghdoost, A. A., Alavian, S. M. & Asgharifard, H. H. B. (2007). Health literacy and the influencing factors: a study in five provinces of Iran. *Strides Dev Med Education J*. 2007. **4**, (1). 1-8.
- Tuza, A., Barth, A., Szőnyi, K. és Szöllősi, G. J. (2020b). Egészségműveltség és alkoholfogyasztás összefüggésének vizsgálata szakgimnáziumban tanuló fiatalok körében. *Acta Medicina et Sociologica*. **11**, (31)
- Tuza, A., Szöllősi, G. J., Szőnyi, K. és Barth A. (2020a). Az egészségműveltség és a táplálkozási szokások közötti összefüggés vizsgálata serdülők körében. *OxIPO – interdiszciplináris tudományos folyóirat*, 2020/3, 19-29. doi: 10.35405/OXIPO.2020.3.19
- Wharf Higgins, J., Begoray, D. & MacDonald M. (2009). A social ecological conceptual framework for understanding adolescent health literacy in the health education classroom. *American Community Psychol J*. 2009. **44**, (3-4):350-62.
- Williams, M., Parker, R., Baker, D., Coates, W. & Nurss, J. (1995). The impact of inadequate functional health literacy on patients' understanding of diagnosis, prescribed medications, and compliance. *Acad Emerg Med J*. 1995. **2**, (5). 386.
- World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe) (2013). *Health Literacy. The Solid Facts*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>. 2020. 09. 09-i megtekintés