

SEMMELWEIS EGYETEM
DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

3547.

SZÜCS ZSUZSANNA

Interdiszciplináris alkalmazott
egészségtudományok
című program

Programvezető: Dr. Vingender István, habilitált főiskolai tanár

Témavezető: Dr. Feith Helga Judit, habilitált főiskolai tanár

Az egészségműveltség szerepe az OKOSTÁNYÉR®
táplálkozási ajánlás értelmezésében és alkalmazásában – A
dietetikai intervenció hatékonyságát befolyásoló tényezők
mix methods vizsgálata

Doktori értekezés

Szűcs Zsuzsanna

Semmelweis Egyetem Doktori Iskola

Egészségtudományi Tagozat



Témavezető: Dr. habil Feith Helga Judit PhD, tanszékvezető főiskolai tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Horváth Zoltánné PhD, főiskolai tanár

Dr. Soós Mihály PhD, egyetemi docens

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Szabó László PhD, osztályvezető főorvos, oktatási igazgató

Tagok: Dr. habil Gelencsér Éva PhD, a kémiai tudomány kandidátusa

Dr. Lichthammer Adrienn PhD, főiskolai docens

Budapest

2026

Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke.....	4
1. Bevezetés.....	6
1.1. A magyar lakosság táplálkozással összefüggő egészségkockázatai és egészségveszteségei: helyzetkép és trendek	6
1.2. Táplálkozási ajánlások Magyarországon	9
1.3. Egészségműveltség, kulcs a hatékony táplálkozási intervencióhoz	12
1.4. Betegközpontú dietetikai ellátás	16
2. Célkitűzések.....	20
2.1. A kutatás hipotézisei és kérdései a vizsgálati mintára vonatkoztatva	21
3. Módszer	23
3.1. Kvantitatív szakasz – az egészségműveltség felmérése kérdőíves módszerrel	23
3.2. Kvalitatív szakasz - fókuszcsoporthoz.....	26
4. Eredmények	29
4.1. Az egészségértés kvantitatív vizsgálatának eredményei.....	29
4.1.1. A vizsgálati populáció jellemzése.....	29
4.1.2. Az egészségműveltséget meghatározó tényezők.....	30
4.1.3. Alindexek különbségei.....	33
4.1.4. Egészséginformációs kulcskompetenciák különbségei	36
4.1.5. Krónikus betegség, diétázás, OKOSTÁNYÉR®.....	38
4.2. A fókuszcsoporthoz vizsgálat eredményei.....	43
4.2.1. Karaktercsoporthoz az egészségtudatosság szempontjából.....	44
4.2.1.1. Megfelelő egészségértésű csoportok jellemzői.....	45
4.2.1.2. Korlátozott egészségértésű csoportok jellemzői.....	47

4.2.2. Jellemző szóhasználat.....	49
4.2.3. OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás.....	50
5. Megbeszélés.....	55
5.1. Alacsony egészségműveltség – kik veszélyeztetettek?	55
5.2. Hiteles egészséginformációk – közösségi média vs. szakemberek	57
5.3. Egészségmegőrzés vs. már kialakult betegségek kezelése	60
5.4. Egyéni megoldások vs. közösségi támogatás	62
5.5. Táplálkozási ajánlások - általános vs. egyéni táplálkozási tanácsok	63
5.6. A kutatás erősségei és korlátai	66
5.7. Kutatási hipotézisek és kérdések vizsgálata	68
6. Következtetések és javaslatok.....	72
6.1. A kutatás főbb következtetései	72
6.2. Javaslatok	75
6.2.1. Javaslatok a dietetikai gyakorlat számára	75
6.2.2. Az egészségműveltség integrálása a dietetikai ellátás folyamatába	75
6.2.3. Lakossági kommunikáció és edukáció fejlesztése	75
6.2.4. Javaslatok a táplálkozási ajánlások fejlesztésére	76
6.2.5. Egészségpolitikai és szakképzési javaslatok	76
7. Összefoglalás.....	77
7.1. Summary	78
8. Irodalomjegyzék.....	79
9. Saját publikációk jegyzéke.....	93
10. Köszönetnyilvánítás.....	98

1. Melléklet: Az egészségértés mérésére alkalmazott fontosabb mérőeszközök	99
2. Melléklet: A kérdőíves felmérés során alkalmazott változók és válaszlehetőségek.	103
3. Melléklet: Fókuszcsoportos beszélgetések forgatókönyve	107

Rövidítések jegyzéke

CAWI	Computer Assisted Web Interviewing - online kérdőíves adatfelvételi módszer
DHLI	Digital Health Literacy Instrument – Digitális Egészségműveltség Eszköz
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations - az Egyesült Nemzetek Élelmezésügyi és Mezőgazdasági Szervezete
FBDG	Food-based dietary guidelines – élelmiszer alapú táplálkozási ajánlások
GBD	Global Burden of Diseases study – Betegségek Globális Terhe vizsgálatok
HLS19	Health Literacy Survey 2019 – General Health Literacy Questionnaire – Egészségműveltség Kutatás 2019 – Általános Egészségműveltség Kérdőív
HLS-EU	European Health Literacy Survey - Európai Egészségműveltség Kutatás
HLS-EU-Q47	European Health Literacy Survey Questionnaire – Európai Egészségműveltség Kutatás Kérdőív
HLSAC	Health Literacy for School-aged Children – Iskoláskorú gyermekek Egészségműveltsége
HLQ	Health Literacy Questionnaire – Egészségműveltség Kérdőív
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MDOSZ	Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége
MTA	Magyar Tudományos Akadémia
NCP	Nutrition Care Process – táplálkozási intervenció folyamata
NNGYK	Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
NVS	Newest Vital Sign – felnőttek funkcionális egészségértésének mérésére alkalmas kérdőív
OÉTI	Országos Élelmezés és Táplálkozástudományi Intézet

OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development - Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet
OTÁP	Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot vizsgálatok
PCC	Patient Centered Care – betegközpontú ellátás
S-TOFHLA	Short Test of Functional Health Literacy in Adults – Felnőttek Funkcionális Rövid Egészségértés Tesztje
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults – Felnőttek Funkcionális Egészségértés Tesztje
WHO	World Health Organization – Egészségügyi Világszervezet

1. Bevezetés

1.1. A magyar lakosság táplálkozással összefüggő egészségkockázatai és egészségveszteségei: helyzetkép és trendek

A krónikus, nem fertőző betegségek 2024-ben a globális mortalitás 74%-áért, vagyis világszerte mintegy 41 millió halálesetért voltak felelősek, amelyek közül több mint 15 millió eset 30 és 69 éves kor között következett be. A legnagyobb volt a szív- és érrendszeri betegségek életvesztesége, ezt követték a daganatos megbetegedések, a légzőszervi kórképek, majd a 2-es típusú diabetes. (1) A betegségek globális egészségterheinek kezeléséhez célzott intézkedésekre van szükség a legfontosabb kockázati tényezők, különösen a túlsúly és az elhízás tekintetében, amelyek világszerte az egészségromlás fő kiváltó tényezőivé váltak. Bár az elhízás prevalenciája országonként eltérő (2), szinte minden régióban emelkedik, (2,3) hozzájárulva a cukorbetegség (4) és a krónikus vesebetegségek (5) gyakoribb előfordulásához (6).

A Global Burden of Disease (GBD) vizsgálatok (6) alapján a nemzetközi trendekhez hasonlóan Magyarországon is az egészségveszteségek döntő része a krónikus, nem fertőző betegségekhez kapcsolódik. A GBD 2023-as adatai szerint a legnagyobb terhet hazánkban a szív- és érrendszeri betegségek, a rosszindulatú daganatok, valamint a mozgásszervi megbetegedések jelentik (7).

A krónikus, nem fertőző betegségek etiológiájában nagy jelentősége van az életmódtényezőknek, mint a dohányzás vagy a nem megfelelő étrend. Az egészségtelen táplálkozás számos krónikus, nem fertőző betegség – elsősorban a szív- és érrendszeri betegségek, a daganatos megbetegedések, a 2-es típusú cukorbetegség és az elhízás – kialakulásában játszik meghatározó szerepet. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) becslése szerint a szív- és érrendszeri betegségek mintegy 80%-a, valamint a daganatos betegségek közel 40%-a megelőzhető lenne egészséges életmóddal, ezen belül megfelelő táplálkozással (1). A magyar lakosság egészségi állapotát vizsgáló hazai (8-11) és nemzetközi kutatások (6,7, 11,12) egyaránt arra utalnak, hogy a táplálkozással összefüggő kockázatok továbbra is meghatározóak az egészségveszteségek kialakulásában.

A GBD 2019-es (14) és 2023-as (7) elemzései alapján a táplálkozással összefüggő kockázatok kiemelt helyet foglalnak el a magyar lakosság egészségveszteségeinek rangsorában. A becslések szerint a nők esetében a magas vérnyomás, a túlsúly és elhízás, a magas koleszterinszint, az alacsony teljes értékű gabonafogyasztás, valamint a magas sóbevitel tartozott a legfontosabb kockázati tényezők közé. A férfiaknál ugyanezek mellett a gyümölcsök, a diófélék és olajosmagvak elégtelen fogyasztása, valamint az alkoholfogyasztás jelentős szerepet játszott az egészségveszteségek kialakulásában.

A hazai táplálkozási vizsgálatok eredményei megerősítik a GBD által azonosított kockázatokot. (10,11) Az Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot (OTÁP) vizsgálatok eredményei alapján a magyar lakosság táplálkozási kockázatainak és egészségveszteségeinek értékelésekor különösen fontos figyelembe venni a tápláltsági állapot változásait, mivel ezek közvetlen kapcsolatban állnak a krónikus, nem fertőző betegségek kialakulásával. A 2009, 2014 és 2019 között végzett országos reprezentatív felmérések egyértelműen azt mutatják, hogy a túlsúly és az elhízás prevalenciája továbbra is rendkívül magas Magyarországon, és az elmúlt évtizedben érdemi javulás nem következett be. (8,9)

Az OTÁP2014 eredményei szerint a felnőtt lakosság 62,0%-a rendelkezett a normál tartományt meghaladó testtömeg-indexszel, ezen belül a férfiak 65,0%-a, a nők 60,0%-a volt túlsúlyos vagy elhízott. Az elhízás prevalenciája a teljes felnőtt népességben elérte a 28,5%-ot, amely jelentős növekedést jelentett a korábbi évtizedekhez képest (9). A hasi elhízás előfordulása még kedvezőtlenebb képet mutatott: a nők közel 55%-a, a férfiak mintegy 39%-a rendelkezett a metabolikus kockázatot jelentő derékkörfogattal. (9) Az OTÁP2019 adatai alapján a kedvezőtlen tendencia tovább folytatódott. A felnőtt lakosság közel kétharmada (megközelítőleg 70%-a) tartozott a túlsúlyos vagy elhízott kategóriába, miközben az elhízás prevalenciája meghaladta a 30%-ot. A férfiak körében a túlsúly dominált, míg a nőknél az elhízás gyakorisága emelkedett nagyobb mértékben. A hasi elhízás előfordulása tovább növekedett, különösen az idősebb korcsoportokban (8). Ezek az eredmények összhangban állnak a GBD vizsgálatok megállapításaival, amelyek szerint a magas testtömegindex a magyar lakosság egyik legnagyobb egészségveszteséget okozó kockázati tényezője. (14)

Az OTÁP2009, 2014 és 2019 adatainak összevetése szerint (8) a magyar lakosság táplálkozási szerkezetében kedvező és kedvezőtlen folyamatok egyaránt megfigyelhetők. A makrotápanyagok energiaarányát tekintve a fehérjebevitel enyhén emelkedett, míg a szénhidrátbevitel aránya csökkent, különösen a férfiak körében. A zsírbevitel energiaaránya ugyanakkor továbbra is magas maradt, és meghaladja a nemzetközi ajánlásokban szereplő optimális értékeket. (8)

A táplálkozási kockázatok közül a túlzott sóbevitel kiemelkedő jelentőségű. Az OTÁP2009 felmérés szerint a férfiak átlagosan 17,2 g, a nők 12,0 g sót fogyasztottak naponta. Ez a WHO által ajánlott 5 g/nap mennyiség (15) több mint háromszorosának, illetve kétszeresének felelt meg. Bár 2014-re mérsékelt csökkenés következett be (férfiak: 15,9 g/nap; nők: 11,2 g/nap), az OTÁP2019 adatai alapján a sóbevitel továbbra is rendkívül magas maradt (férfiak: 16,1 g/nap; nők: 12,3 g/nap) (8). A GBD 2019 eredményei szerint a magas sóbevitel a nők és a férfiak körében egyaránt a tíz legnagyobb egészségveszteséget okozó kockázati tényező között szerepel, elsősorban a hipertónia, a stroke és az ischaemiás szívbetegség közvetítésével (14).

Kiemelt népegészségügyi problémát jelent a rostbevitel elégtelen szintje. Az OTÁP2019 adatai alapján a férfiak átlagos rostbevitel 24,4 g/nap, a nőké 21,7 g/nap volt, amely mindkét nem esetében elmarad az ajánlott napi 25 g-os mennyiségtől. A 2009 és 2019 közötti időszakban a férfiak rostbevitel csökkenő tendenciát mutatott (8). Ez összhangban áll a GBD vizsgálatok által azonosított alacsony zöldség, gyümölcs és teljes értékű gabonafogyasztásból eredő egészségkockázatokkal a kardiovaszkuláris betegségek, valamint egyes daganatok gyakoribb előfordulása formájában. (13)

A hozzáadott cukrok fogyasztása ugyan kedvezőbb képet mutat, hiszen az ebből származó energiafelvétel aránya mindkét nem esetében a WHO által javasolt (16) 10 százalék alatt maradt. (17) Azonban a túlzott energiafelvétel és az elhízás továbbra is jelentős népegészségügyi problémát jelent. (10) A GBD elemzések szerint a magas testtömegindex az egyik legnagyobb egészségveszteséget okozó kockázati tényező Magyarországon, amelyhez számos krónikus betegség, köztük a 2-es típusú diabetes mellitus, a kardiovaszkuláris betegségek és több daganattípus kialakulása kapcsolódik (14).

Az OTÁP2019 eredményei szerint a lakosság zöldség- és gyümölcsfogyasztása továbbra sem éri el a nemzetközi ajánlásokat. A magyar felnőttek mintegy 63%-a nem fogyaszt naponta legalább 400 g zöldséget és gyümölcsöt, míg a teljes értékű gabonák rendszeres fogyasztása a lakosság közel háromnegyedére nem jellemző. Emellett a diófélék és olajos magvak fogyasztása is elégtelen a népesség mintegy felében. (11) Ezek a táplálkozási mintázatok jól tükröződnek a GBD 2019-es kockázati rangsorában, ahol az alacsony teljes értékű gabonafogyasztás, az alacsony gyümölcsfogyasztás, valamint az alacsony dió- és olajosmagfogyasztás a legjelentősebb étrendi kockázatok közé tartozik. (14)

A rendelkezésre álló adatok alapján a magyar lakosság táplálkozással összefüggő egészségkockázatai az elmúlt évtizedekben csak mérsékelten változtak. Bár egyes mutatókban kedvező tendenciák figyelhetők meg, a legjelentősebb kockázati tényezők – a túlzott sóbevitel, az alacsony rost- és teljes értékű gabonafogyasztás, a nem megfelelő zöldség- és gyümölcsbevitel, valamint a túlsúly és az elhízás – továbbra is fennállnak. (8) A GBD 2019-es és 2023-as eredményei szerint a táplálkozással összefüggő viselkedési és élettani kockázatok a magyar lakosság egészségveszteségeinek meghatározó részéért felelősek. Magyarország ezen mutatók tekintetében továbbra is kedvezőtlenebb helyzetben van a visegrádi országok többségéhez és Ausztriához viszonyítva. (7,14)

Mindezek alapján a magyar népegészségügyi helyzet javítása érdekében kiemelt jelentőségű a táplálkozási kockázatok csökkentése, a lakosság egészséges élelmiszerekhez való hozzáféréseinek javítása, az egészségfejlesztési programok megerősítése, valamint a bizonyítékokon alapuló táplálkozási ajánlások széles körű alkalmazása. A rendelkezésre álló epidemiológiai bizonyítékok egyértelműen alátámasztják, hogy a táplálkozási kockázatok mérséklése jelentős egészségnyereséget és egészségügyi költségmegtakarítást eredményezhet a magyar társadalom számára. (14, 18)

I.2. Táplálkozási ajánlások Magyarországon

Az élelmiszer-alapú táplálkozási ajánlások (FBDG) (19, 20) célja populációs szinten az adott lakossági csoport optimális energia- és tápanyagfelvételének biztosítása az élelmiszer-választással, élelmiszercsoportokkal és javasolt táplálkozási mintázatokkal kapcsolatos gyakorlati tanácsok átadása révén. A dietetikai beavatkozások alapelemei az étrendi ajánlások, melyek több irányból, a lakossági edukáción, a populációs

népegészségügyi kezdeményezéseken keresztül, továbbá az élelmiszer-környezet befolyásolásával is hozzájárulnak a krónikus, nem fertőző betegségek kockázatának csökkentéséhez, valamint azok táplálkozásterápiájához. (1, 19)

A magyar táplálkozási ajánlások fejlődése jól tükrözi azt a paradigmaváltást, amely az elmúlt négy évtizedben ment végbe a táplálkozástudományban. Míg a korábbi ajánlások elsősorban a tápanyagok bevitelére és a hiányállapotok megelőzésére fókuszáltak, addig a korszerű irányelvek (19, 20) egyre inkább az élelmiszeralapú megközelítést, az egészséges táplálkozási mintázatokat, a krónikus nem fertőző betegségek prevencióját, valamint a környezeti fenntarthatósági szempontokat helyezik előtérbe.

A hazai táplálkozási ajánlások története az 1980-as évek végére nyúlik vissza. Az első hivatalos magyar étrendi ajánlás 1987-ben jelent meg az MTA (Magyar Tudományos Akadémia) Élelmiszer-tudományi Komplex Bizottsága, az OÉTI (Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet) és a Magyar Táplálkozástudományi Társaság szakmai együttműködésében. (21) Az ajánlás célja a lakosság táplálkozási szokásainak kedvező irányú befolyásolása volt, különös tekintettel a szív- és érrendszeri kórképek, valamint az egyéb étrenddel összefüggő krónikus betegségek megelőzésére.

Az 1990-es években az étrendi javaslatok kommunikációjában egyre nagyobb hangsúlyt kaptak a vizuális modellek. A Szívbarát Program keretében 1996-ban bevezetett „szívárvány” modell (22), majd a 2000-es évek elején alkalmazott „házikó” alakú táplálkozási útmutató (23) már az élelmiszercsoportok közötti arányok szemléltetésére törekedett. Ezek az eszközök hozzájárultak ahhoz, hogy a lakosság számára könnyebben értelmezhető formában jelenjenek meg az egészséges táplálkozás alapelvei. (23)

A Nemzeti Népegészségügyi Program részeként 2004-ben megjelent „Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság számára” című dokumentum (24) korszerűbb prevenciósz szemléletet képviselt. Az ajánlás már hangsúlyosan foglalkozott az elhízás, a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség és egyes daganatos betegségek megelőzésének táplálkozási lehetőségeivel. Ezt követte az „Egészséges táplálkozás 12 pontja”, amely közérthető formában fogalmazta meg a legfontosabb étrendi üzeneteket, például a változatos táplálkozás, a rendszeres zöldség- és gyümölcsfogyasztás, valamint a só-, cukor- és zsírbevitel mérséklésének jelentőségét.

Jelentős mérföldkövet jelentett a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) által 2016-ban kidolgozott OKOSTÁNYÉR®,⁽²⁵⁾ amely a korábbi tápanyagközpontú megközelítéstől egyértelműen az élelmiszeralapú ajánlások irányába mozdult el. Az ajánlás a nemzetközi trendekhez igazodva a napi étrend összetételére, az élelmiszercsoportok optimális arányára és a gyakorlati megvalósíthatóságra helyezte a hangsúlyt. Az OKOSTÁNYÉR® kialakítása során figyelembe vették a hazai táplálkozási szokásokat, a magyar lakosság egészségi állapotát, valamint a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékokat. A rendszer később gyermekek számára adaptált változattal is bővült, amely a különböző életkori sajátosságokhoz igazodó mennyiségi ajánlásokat fogalmaz meg. ⁽²⁶⁾

A 2020-as évekre a táplálkozási ajánlások újabb fejlődési szakaszba léptek. Az időskorúak számára kidolgozott „60+ egészség” program ⁽²⁷⁾ kifejezetten az idősödéssel összefüggő táplálkozási kihívásokra – például a fehérjebevitel, a folyadékfogyasztás, a csonttritkulás vagy a szarkopénia megelőzésének kérdéseire – fókuszál. Ezzel párhuzamosan a megújított OKOSTÁNYÉR® ajánlásban ⁽²⁸⁾, melyet az 1. ábra mutat be, hangsúlyosabban jelentek meg a fenntartható táplálkozás szempontjai, a szezonális és helyi élelmiszerek előnyben részesítése, a növényi eredetű élelmiszerek fogyasztásának növelése, valamint a vörös és feldolgozott húsok mérséklése.



1. ábra: OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás ⁽²⁸⁾

Összességében megállapítható, hogy a magyar táplálkozási ajánlások fejlődése összhangban áll a nemzetközi tudományos irányzatokkal és a WHO, valamint az FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations - az Egyesült Nemzetek Élelmezésügyi és Mezőgazdasági Szervezete) által képviselt élelmiszeralapú táplálkozási ajánlások koncepciójával. (19-21) Az elmúlt évtizedek során a hangsúly fokozatosan a tápanyagoktól az étrendi mintázatok, az egészséges életmód, az életkori sajátosságok figyelembevétele és a környezeti fenntarthatóság felé tolódott el. A jelenlegi hazai ajánlások így már nem csupán a megfelelő tápanyagellátottság biztosítását célozzák, hanem az egészségben eltöltött életévek növelését, a krónikus betegségek megelőzését és az egészséges táplálkozási környezet kialakítását is.

1.3. Egészségműveltség¹, kulcs a hatékony táplálkozási intervencióhoz

Az egyéni táplálkozási igények heterogenitására tekintettel a szakmai irányelvek a személyre szabott dietoterápia fontosságát emelik ki. (29-31) Vagyis az olyan táplálkozási intervenciókat, melyek többek között figyelembe veszik az egyéni preferenciákat, szükségleteket. A betegközpontú ellátás (PCC – Patient Centered Care) úgy felel meg ezeknek az igényeknek, hogy biztosítja: az egyén értékei vezéreljék az összes klinikai döntést, beleértve a dietetikai ellátással kapcsolatosakat is. (32, 33) Ezenkívül az egyén egészségműveltsége, vagyis azon képessége, hogy az egészséginformációkat – például az egészséges táplálkozással kapcsolatos ismereteket – megszerezze, megértse, feldolgozza és alkalmazza, alapvetően befolyásolja a dietetikai beavatkozások eredményességét. (34) A kedvezőbb egészségműveltségi szint szignifikáns kapcsolatot mutat az adaptív megküzdési mechanizmusok alkalmazásával, beleértve az aktív problémamegoldást, a társas támogatás keresését és a pszichológiai rugalmasságot (rezilienciát), amelyek hozzájárulnak az egészségi állapot és az életminőség javulásához. (35)

Az egészségműveltség komplex sajátosság, melyet az egyéni képességek mellett társadalmi-kulturális tényezők is befolyásolnak. Éppen ezért vizsgálata egyetlen, univerzális mérőeszközzel nem lehetséges. (36) Az elmúlt évtizedekben számos módszert

¹ Az angol „health literacy” kifejezést a magyar szakirodalomban egyaránt egészségműveltségként és egészségértésként is fordítják. Mindkettő elfogadott és elterjedt fogalom, jelen dolgozatban egymás szinonimájaként használok őket.

dolgoztak ki, melyek közül a leggyakrabban alkalmazott eszközöket az 1. Mellékletben megtalálható táblázat foglalja össze.

Módszertani szempontból a mérőeszközök három eltérő megközelítés szerint különíthetők el:

1) A funkcionális egészségműveltséget, vagyis a tényleges egyéni készségeket (pl. numerikus készségek, szövegértés) vizsgáló, ún. teljesítményalapú módszerek. Ide sorolhatók többek között a TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) és az NVS (Newest Vital Sign) kérdőívek (37, 38)

2) Általános, multidimenzionális egészségműveltség felmérésére alkalmas eszközök, melyek az egyéni készségeken túl egyéb dimenziókat, például az információk elérését, alkalmazását is figyelembe veszik. Ezt a megközelítést követi például a HLQ kérdőív (Health Literacy Questionnaire) vagy a HLS19 (Health Literacy Survey 2019 – General Health Literacy Questionnaire) kérdőív család. (39, 40)

3) Specifikus egészségműveltségi területeket, mint például a digitális egészségműveltséget vizsgáló eszközök, vagy egyes specifikus populációk – pl. gyermekek, bizonyos krónikus betegséggel élők – esetén használható kérdőívek. Ide sorolható többek között a DHLI (Digital Health Literacy Instrument), illetve a HLSAC (Health Literacy for School-aged Children) kérdőív. (41, 42)

Fontos módszertani szempont, hogy nem minden eszköz ugyanazt a tényezőt méri, ezért a különböző eszközökkel kapott prevalencia adatok közvetlen összehasonlítása nehézséget jelenthet.

A hazai egészségműveltség-kutatások fejlődésében fontos mérföldkőnek tekinthető Papp-Zipernovszky és munkatársainak 2016-ban publikált vizsgálata (43), amely a Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA) és a Chew-féle szűrőkérdések magyar nyelvű adaptációját és validálását végezte el. A kutatás biztosította azokat a pszichometriai szempontból megfelelő mérőeszközöket, amelyekre a későbbi hazai egészségértés-vizsgálatok jelentős része épülhetett. Az eredmények szerint a vizsgálati mintában résztvevők 14%-a inadekvát vagy marginális funkcionális egészségműveltséggel rendelkezett, és a krónikus betegséggel élők egészségműveltsége szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult.

Magyarországon az első országos, reprezentatív egészségértés-vizsgálat a 2011-ben indult European Health Literacy Survey (HLS-EU) keretében valósult meg. A hazai adatokat Koltai és Kun (2016) publikálták (44), akik a HLS-EU-Q47 kérdőív segítségével vizsgálták a magyar felnőtt lakosság egészségértését. A kutatás megállapításai szerint a válaszadók 52%-a korlátozott egészségértéssel rendelkezett, amely magában foglalta az elégtelen és problémás kategóriákat. Az eredmények azt mutatták, hogy Magyarország az európai országok között kedvezőtlen helyet foglalt el, és az egészségértés szintje szoros kapcsolatban állt az iskolai végzettséggel, az életkorral, az anyagi helyzettel, valamint az egészségi állapottal.

A HLS-EU vizsgálattal párhuzamosan sor került a funkcionális egészségértés mérésére is a Newest Vital Sign (NVS) eszköz alkalmazásával. (45) A funkcionális egészségértés kedvezőbb képet mutatott, mint az általános egészségértés, ugyanakkor az eredmények rámutattak arra, hogy az egészségügyi és táplálkozási információk gyakorlati értelmezése, különösen az élelmiszercímkék használata és a numerikus információk feldolgozása továbbra is kihívást jelent a lakosság jelentős része számára.

A következő országos reprezentatív vizsgálat 2019-ben valósult meg. Bíró és munkatársai (2022) a Newest Vital Sign és a Brief Health Literacy Screening Tool alkalmazásával mérték fel a magyar felnőtt lakosság egészségműveltségét. (46) Az eredmények szerint a lakosság 46%-a rendelkezett nem megfelelő funkcionális egészségműveltséggel, míg a BRIEF kérdőív szerint a válaszadók mintegy 70%-a korlátozott egészségműveltségűnek tekinthető. A kutatás megerősítette a korábbi megállapításokat, miszerint az alacsonyabb iskolai végzettség, a kedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági helyzet és a magasabb életkor fokozott kockázatot jelent az alacsony egészségműveltség szempontjából.

A legfrissebb országos eredményeket a Health Literacy Survey 2019–2021 (HLS19) nemzetközi kutatás magyarországi adatfelvétele szolgáltatta. (47) A HLS19-Q12 kérdőív alapján a korlátozott egészségműveltség prevalenciája megközelítőleg 41% volt, ami a korábbi HLS-EU felméréshez képest javulást mutatott. Ugyanakkor az eredmények továbbra is jelentős társadalmi egyenlőtlenségekre hívták fel a figyelmet. A HLS19 vizsgálat újdonsága volt, hogy az általános egészségműveltség mellett digitális-, navigációs-, valamint vakcinációs egészségműveltségi dimenziókat is felmért. A kutatás

következtetései alapján a digitális egészségműveltség területén különösen jelentős különbségek mutatkoztak az egyes társadalmi csoportok között. (47)

A magyarországi tanulmányok (43-47), melyeket az 1. táblázat mutat be, arra utalnak, hogy a korlátozott egészségműveltség a népesség jelentős részét érinti. A rendelkezésre álló vizsgálatok alapján valószínűsíthető, hogy a dietetikai intervenciók célcsoportjának meghatározó hányada csak korlátozottan képes a táplálkozási tanácsok és egészségügyi információk önálló értelmezésére, ezért azok hatékony alkalmazásához gyakran kiegészítő szakmai támogatásra van szükség. Ez a kihívás fokozottan érinti az alacsonyabb iskolai végzettségű, idősebb, kedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági helyzetű, illetve rosszabb egészségi állapotú populációkat. A vizsgálatok eredményei alátámasztják az alacsony egészségműveltség és a krónikus betegségek előfordulása közötti, korábbi kutatásokban már leírt összefüggést. (43-47) A korlátozott egészségműveltség kedvezőtlenebb egészségmagatartással társul, amely többek között a kórházi és sürgősségi ellátások gyakoribb igénybevételében, valamint a prevenciók szolgáltatások és megelőző intézkedések alacsonyabb arányú alkalmazásában nyilvánul meg. Mindez jelentős többletterhet ró az egészségügyi rendszerre és hozzájárul az egészségügyi kiadások növekedéséhez. (48) Egy, az Egyesült Államokban végzett elemzés (48) szerint az alacsony egészségműveltségből fakadó többletköltségek az éves egészségügyi ráfordítások mintegy 3–5%-át tehetik ki.

A kutatási eredmények tehát egyértelműen alátámasztják az egészségműveltséget fejlesztő beavatkozások, a közérthető egészségkommunikáció, valamint a páciensközpontú ellátási modellek jelentőségét a hazai egészségügyi gyakorlatban.

1. táblázat: A magyar felnőtt lakosság egészségműveltségét vizsgáló országos kutatások és módszertani vizsgálatok összehasonlító áttekintése (saját szerkesztés)

Adat-felvétel éve	Vizsgálat	Minta (N=)	Mérő-eszköz	Egészség-műveltség dimenziója	Vizsgálat típusa	Főbb eredmények
2015	Papp-Zipernovszky és mtsai. (2016)	302	S-TOFHLA, Chew	funkcionális egészség-műveltség	validációs vizsgálat	8% inadekvát, 6% marginális, 86% megfelelő funkcionális egészség-műveltség

2015	HLS-EU Magyarország (Koltai és Kun, 2016)	1008	HLS-EU- Q47	általános egészség- értés	országos reprezentatív felmérés	korlátozott egészségértés: 52%
2015	HLS-EU Magyarország (Koltai és Kun, 2016)	1008	NVS	funkcionális egészség- értés	országos reprezentatív felmérés	funkcionális egészségértés kedvezőbb képet mutatott
2019	Bíró és mtsai. (2022)	1200	NVS	funkcionális egészség- műveltség	országos reprezentatív felmérés	17,9% inadekvát, 28,1% korlátozott, 54,0% megfelelő
2019	Bíró és mtsai. (2022)	1200	BRIEF	szubjektív/ észlelt egészség- műveltség	országos reprezentatív felmérés	közel 70% elégtelen vagy problémás egészség- műveltség
2020	HLS19 Magyarország	1200	HLS19- Q12	általános egészség- műveltség	országos reprezentatív felmérés	korlátozott egészség- műveltség: ~41%
2020	HLS19 Magyarország	1200	HLS19- DIGI	digitális egészség- műveltség	országos reprezentatív felmérés	jelentős társadalmi egyenlőtlenség ek a digitális egészség- műveltségben

1.4. Betegközpontú dietetikai ellátás

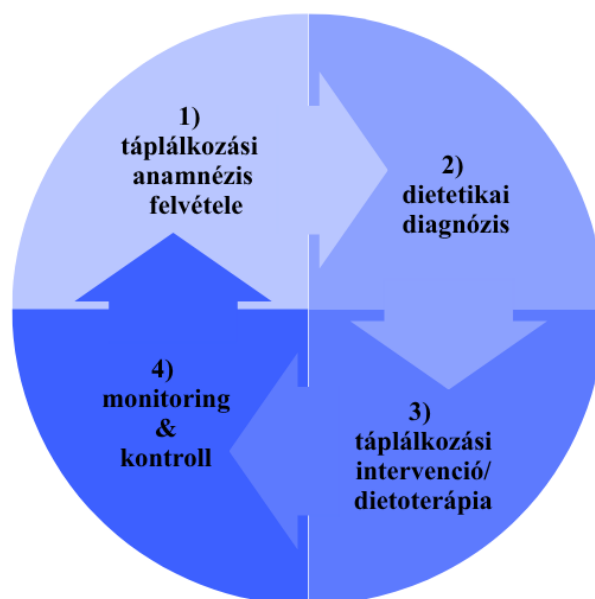
A betegközpontú ellátási modell, amely a terápiás célok elérését és az életminőség javítását egyaránt támogatja, nagymértékben a páciens önálló egészségmenedzselési kompetenciáinak erősítésére épül. (32) A betegközpontú ellátás (Patient Centered Care; PCC) olyan szemlélet, amelyben az egészségügyi döntések nem kizárólag a szakmai irányelvek és a klinikai paraméterek, terápiás célértékek alapján születnek, hanem figyelembe veszik a páciens egyéni szükségleteit, értékeit, preferenciáit, élethelyzetét, egészségértési szintjét és döntési autonómiáját is. (49) A definíció szerint olyan ellátás nyújtása, amely tiszteletben tartja a kliens egyéni preferenciáit, szükségleteit és értékeit, reagál rájuk, valamint biztosítja, hogy a beteg értékei vezéreljenek minden klinikai döntést. (32)

A dietetikai ellátásban páciensközpontú szemlélet különösen nagy jelentőségű, mivel az étrendi javaslatok eredményessége nagymértékben függ attól, hogy a kliens képes-e azokat megérteni, elfogadni és a mindennapi életébe beépíteni. A táplálkozási intervenció nem egyszeri információátadás, hanem a viselkedésváltozást támogató, együttműködésen alapuló folyamat. (50) Ennek során a dietetikus feladata nem csupán a tápanyagszükséglet, a diagnózis vagy az étrendi előírás meghatározása, hanem annak feltárása is, hogy a páciens milyen tudással, motivációval, erőforrásokkal, családi-kulturális háttérrel, anyagi lehetőségekkel és akadályokkal rendelkezik. (50)

A páciensközpontú dietetikai gyakorlat alapja a bizalmi kapcsolat, az empátikus kommunikáció, a közösen kitűzött célok és a megosztott döntéshozatal. (51) A szakirodalom szerint a dietetikai konzultációk során a páciensek különösen értékelik, ha a dietetikus meghallgatja őket, nem ítélik meg, gyakorlati és személyre szabott tanácsokat ad, valamint figyelembe veszi a mindennapi élet realitásait. (52) A kliensközpontú dietetikai ellátásról szóló tanulmányok (53, 54) kiemelik, hogy ez a megközelítés hozzájárulhat a jobb együttműködéshez, az elégedettséghez és az étrendi ajánlások fenntarthatóbb megvalósításához. Emellett a betegközpontú szemlélet javíthatja az egészségügyi szakemberek elégedettségét, motivációját is. (54) További felmérések szerint a kliensközpontú ellátási forma javítja a betegek egészségi állapotát és a terápiás eredményeket (55), valamint fontos szerepet játszhat egy kulturálisan érzékeny egészségügyi szolgáltatás biztosításában (56).

A kliensközpontú szemlélet szorosan kapcsolódik a táplálkozási intervenció, az ún. NCP (Nutrition Care Process) modelljéhez, melyet a 2. ábra mutat be. A modell négy egymásra épülő lépésből áll: 1) táplálkozási anamnézis felvétele, 2) dietetikai diagnózis, 3) táplálkozási intervenció/dietoterápia, 4) monitorozás és értékelés. (51) A folyamat célja nem pusztán a standardizált dokumentáció, hanem a biztonságos, hatékony, méltányos és személyre szabott dietetikai ellátás megvalósulása. (50, 57)

Táplálkozási intervenció (NCP) modellje



2. ábra: A táplálkozási intervenció (NCP) modellje (saját szerkesztés; forrás: 50)

A páciensközpontú dietetikai ellátás egyik kulcseleme a kliens egészségműveltségi szintjéhez igazított kommunikáció. (50, 58) Az alacsony egészségműveltségű páciensek számára a bonyolult szakmai kifejezések, számítások, tápanyagtáblázatok vagy általános étrendi előírások nehezen értelmezhetők. Ezért a dietetikusnak egyszerűen, közérthetően kell kommunikálnia, szükség esetén vizuális eszközökkel, gyakorlati példákkal, visszakerdezéssel és fokozatos célkitűzésekkel. (50, 51, 58)

A páciensközpontú ellátás a dietetikai szakma értékteremtésének is fontos eszköze. A személyre szabott, megfelelően dokumentált és eredményorientált dietetikai intervenció hozzájárulhat a tápláltsági állapot javításához, a szövődmények megelőzéséhez, a kezelések hatékonyságának növeléséhez, az életminőség javításához és az egészségügyi erőforrások gazdaságosabb felhasználásához. (53-55) A páciensközpontú ellátás hatékony megvalósításának ugyanakkor több szervezeti és szakmai feltétele is van. Ide tartozik a megfelelő időráfordítás biztosítása, a kellő dietetikai kapacitás rendelkezésre állása, az interdiszciplináris együttműködés erősítése, valamint a korszerű szakmai protokollok és dokumentációs rendszerek alkalmazása. Emellett elengedhetetlen, hogy az egészségügyi szakemberek – köztük a dietetikusok – megfelelő ismeretekkel

rendelkezzenek a lakosság egészségműveltségének jellemzőiről, és ennek figyelembevételével a célcsoport igényeihez és kompetenciáihoz illeszkedő kommunikációs módszerekkel közvetítsék az egészséges táplálkozással és a dietoterápiával kapcsolatos szakmai üzeneteket.

2. Célkitűzések

A vizsgálat célja a dietetikai intervenció lényegét jelentő táplálkozási edukáció hatékonyságának javítása, az üzenetek befogadását, értelmezését és alkalmazását támogató, illetve akadályozó tényezők feltárása és elemzése által.

A krónikus, nem fertőző betegségek, mint az elhízás, a cukorbetegség, valamint a szív-érrendszeri kórképek napjaink legnagyobb népegészségügyi kihívását jelentik. (1-6, 12) A legtöbb nem fertőző betegség hátterében közös, megelőzhető kockázati életmódtényezők állnak, melyek egyike az egészségtelen táplálkozás. (59) A krónikus megbetegedések egészség-gazdasági, társadalmi terheinek enyhítésére a WHO a módosítható rizikófaktorok mérséklését jelöli ki elsődleges beavatkozási pontként. (1) Magyarországon a táplálkozás-epidemiológiai felmérések (8-11) szerint a lakosság táplálkozási mintázataiban az elmúlt évtizedekben csak mérsékelt pozitív változás következett be (8), mely továbbra is jelentős tartalékot hordoz az egészségnyereségek területén. (14, 18)

Az élelmiszeralapú táplálkozási ajánlások (19, 20, 25-28) szerepe meghatározó a populáció tápláltsági állapotának, tápanyagbevitelének, táplálkozási szokásainak befolyásolásában, a krónikus, nem fertőző betegségek rizikójának csökkentésében, az egészségmegőrzésben (18, 60), emellett számos esetben a dietoterápia alapját is jelenti. (61-63) Ugyanakkor igazolt, hogy a lakosság jelentős része korlátozott egészségműveltsége miatt nem, vagy csak segítséggel képes az ajánlások értelmezésére, azok saját élethelyzetére történő alkalmazására és a mindennapi gyakorlatba való átültetésére. (35-47, 64)

A korszerű, páciensközpontú dietetikai ellátás a kliens kompetenciáinak, önmenedzselési képességeinek fejlesztésére épül. (65) Az egészségműveltség egyik alapvető meghatározó tényezője a klienscentrikus, egyénre szabott dietetikai ellátás eredményességének, mivel közvetlenül befolyásolja a táplálkozási információk megértését, értékelését, a döntéshozatalt, a saját egészségi állapot önálló kezelésének képességét, valamint a dietetikai ajánlások elfogadását, alkalmazását, valamint a dietoterápiával való együttműködést. (34)

Kutatásunk (64, 66) hazánkban és nemzetközi szinten egyaránt egyedülálló módon vizsgálta az egészséges táplálkozásra vonatkozó ajánlások hétköznapi alkalmazásának nehézségeit, különös tekintettel az egészségműveltség szerepére. A vizsgálat kevert, ún. mix methods módszertani megközelítésben valósult meg, magyarázó szekvenciális elrendezésben. (67-69) A kutatás kvantitatív szakasza (64) egy véletlenszerűen kiválasztott, a hazai lakosságot nem, életkor és lakóhely alapján reprezentáló minta egészségértését vizsgálta nemzetközileg validált kérdőív és indexszámítási módszertan segítségével. Ezt követően a kvalitatív vizsgálat (66) a különböző egészségműveltségű csoportok egészség- és táplálkozási attitűdjébe, hitrendszerébe, gyakorlatába adott betekintést. A kvantitatív és kvalitatív vizsgálati módszerek egymásra épülő alkalmazása lehetővé tette az egészségműveltség, mint rendezőelv alapján az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás érthetőségének elemzését, az értelmezést segítő és akadályozó tényezők mélyebb feltárását, valamint az étrendi útmutató lehetséges fejlesztési irányainak kijelölését. Az eredmények hozzájárulhatnak olyan kommunikációs és edukációs eszközök kidolgozásához, amelyek hatékonyabban közvetítik az egészségvédő táplálkozással kapcsolatos üzeneteket az alacsony egészségműveltségű lakossági csoportok számára (is).

A kutatás célkitűzéseinek és hipotéziseinek meghatározását a szerző az étel-miszer-alapú táplálkozási ajánlások kialakításában szerzett tapasztalata (25, 26) segítette, valamint a hazánkban 2016-2022 között publikált egészségértés-vizsgálatok (35, 43-47) alapozták meg. Ugyanakkor a kevert módszertan használata, amely lehetővé tette az ajánlások praktikus alkalmazásának sajátosságaival és akadályaiival kapcsolatos tényezők detektálását, jelentős novumot hoz a tudományterületre.

2.1. A kutatás hipotézisei és kérdései a vizsgálati mintára vonatkoztatva

H1. Az OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismerete magasabb egészségműveltségi szinttel, valamint jobb egészséginformációs kompetenciákkal párosul.

H2. A magasabb egészségműveltségi szint a táplálkozási információk értékelésének jobb képességével jár együtt, különösen a médiából származó információk hitelességének megítélésében, emellett nagyobb mértékű az evidenciákon alapuló szakmai és tudományos információforrások használata, valamint jellemzőbb a táplálkozási ajánlások kritikus megközelítése.

K1. Nagyobb valószínűséggel alakítanak-e ki az alacsony egészségműveltségű személyek olyan, saját tévhitekre, hiedelmekre és személyes tapasztalatokra épülő táplálkozási elméleteket, amelyek eltérhetnek a bizonyítékokon alapuló ajánlásoktól?

K2. Milyen különbségek figyelhetők meg a magasabb és az alacsonyabb egészségműveltségű személyek egészségmagatartását meghatározó megküzdési stratégiák között?

K3. Nagyobb igény mutatkozik-e az egyszerűsített, gyakorlatorientált táplálkozási ajánlások iránt az alacsonyabb egészségműveltségű személyek körében?

K4. Összefügg-e az egészségértés szintje a társas támogatás egészségmegőrzésben betöltött szerepével, és a magasabb egészségértésű személyek nagyobb mértékben támaszkodnak-e közösségi és társas erőforrásokra?

3. Módszer

A kutatás két, egymásra épülő szakaszból állt, melyet a 3. ábra szemléltet.



3. ábra: A kutatás felépítése (saját szerkesztés)

3.1. Kvantitatív szakasz – az egészségműveltség felmérése kérdőíves módszerrel

A vizsgálat a magyar felnőtt lakosságra életkor, nem és lakóhely szerint reprezentatív mintán (N=500) zajlott 2023. februárjában. A kutatás alanyai egy piackutató cég felnőtt lakossági egészségpaneljének tagjai közül kerültek toborzásra véletlenszerű kiválasztással, úgy, hogy a végső minta tükrözze a hazai felnőtt populáció életkori, nemi és lakóhely szerinti megoszlását. A minta reprezentativitásának biztosítása a KSH (Központi Statisztikai Hivatal) által közölt, a magyar felnőtt lakosságra jellemző szociodemográfiai változók megoszlását követő reprezentatív kvóták alkalmazásával történt. A minta beválasztási kritériumai a 18 év feletti életkor, valamint a beleegyező nyilatkozat aláírása voltak. Kizárási kritériumként a 18 év alatti életkort, a beleegyező nyilatkozat elutasítását jelöltük meg, valamint azokat zártuk ki, akik nem vállalták a kérdőív teljes kitöltését. A keresztmetszeti, véletlenszerű adatgyűjtést CAWI (Computer Assisted Web Interview) online adatfelvételi módszerrel végeztük. Az adatgyűjtés során a HLS-EU-Q47 validált mérőeszközt használtuk (70), amely a résztvevők demográfiai adatain túl az egészségműveltség három meghatározó dimenzióját vizsgálta: az egészségügyi rendszerben való eligazodáshoz kapcsolódó, a betegségmegelőzéssel

összefüggő, valamint az egészségfejlesztéshez kötődő egészségértést. Az egészségműveltségi indexek meghatározásánál a HLS-EU konzorcium által kifejlesztett módszertant alkalmaztuk figyelembe véve a nemzetközileg validált küszöbértékeket. (71). A 47 tételből álló önértékelő kérdőív egy négyfokozatú skálán értékeli az egyes egészségügyi feladatok szubjektív nehézségét. A standardizált egészségműveltségi index (HL-index) meghatározásakor a kérdőív tételeire adott válaszok ezáltal egy négyfokú skálán kódolhatók (1 = nagyon nehéz; 2 = nehéz; 3 = könnyű; 4 = nagyon könnyű). A standardizált egészségértési index kiszámításánál az egyéni válaszártékek 1 és 4 közötti átlagából, az „ $(\text{átlag}-1) \times 50/3$ ” képlet alkalmazásával egy 0–50 pontos skála alakul ki. A skálán belül négy kategóriát hoztak létre: „elégtelen” (0–25 pont), „problémás” (>25–33 pont), „megfelelő” (>33–42 pont) és „kiváló” (>42–50 pont) egészségműveltség. Ezeket a küszöbértékeket úgy határozták meg, hogy az egészségműveltségi szintek és a szignifikáns kovariánsok közötti korrelációs mintázatok csak minimálisan térjenek el a metrikus egészségműveltségi pontszámoktól, miközben maximalizálják az egészségértési szintek és a metrikus pontszámok közötti korrelációt. (71)

A skálák belső konzisztenciájának vizsgálata (71) a Cronbach-alfa érték meghatározásával történt, melyet akkor tekintettek elfogadhatónak, ha az 0,70 és 0,96 között volt. Az általános egészségműveltségi index megbízhatóságát a 0,960-as Cronbach-alfa érték igazolta. A validált egészségértés-skálán belül három alskála található. Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos alskálát 16 tétel méri 1–4 pontos skálán. Az alskála belső konzisztenciáját a magas, 0,904-es Cronbach-alfa érték igazolta. Az egészségmegőrzést egy 15 tételből álló alskála segítségével méri, amelynek belső konzisztenciája megbízható, Cronbach-alfa értéke 0,901. A harmadik alskála az egészségfejlesztés, amelyhez 16 tételt használtak. Az alskála megbízhatóságát a 0,919-es együttható értéke támasztja alá. A magyar mintán végzett vizsgálat során sikeresen került alkalmazásra az általános index és annak három alindexe, melynek megbízhatóságát a skála belső konzisztenciájának elemzése megerősítette. A Cronbach-alfa értékek kiemelkedően magasnak bizonyultak, minden index esetében meghaladták a 0,9-et.

A HLS-EU47 kérdőívet kiegészítettük az egészségi állapotra (krónikus betegség jelenléte), diétázásra, valamint az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás ismertségére vonatkozó saját fejlesztésű kérdésekkel annak érdekében, hogy vizsgálni tudjuk az

említett változók és az egészségműveltség közötti összefüggéseket. A tanulmányban használt változókat a 2. mellékletben megtalálható táblázat foglalja össze.

A változók bemutatására leíró statisztikai mutatókat (átlag, szórás, gyakoriság) számítottunk. Kétváltozós statisztikai módszereket használtunk a független és a függő változók közti összefüggések teszteléséhez. A kategorikus változók, mint például a társadalmi-demográfiai jellemzők, és az egészséget érintő speciális tényezők (krónikus betegség, diétázás, táplálkozási tanácsadás fogadása, OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismerete), illetve az egészségműveltségi szint kategóriái közti összefüggéseket khi2 - próbával ellenőriztük.

Egyszempontos varianciaelemzéssel tártuk fel a kettő, illetve több kategóriát tartalmazó nominális változók metrikus változókra gyakorolt hatását. A varianciaelemzés feltételeit (normál eloszlás, szóráshomogenitás) a Levene-tesztel ellenőriztük.

Az egyes alindexek elemzéséhez a mintát két klaszterre bontottuk, úgy, hogy egyben kezeltük 1) az elégtelen és problémás (a továbbiakban korlátozott egészségműveltségű/KE), valamint 2) a megfelelő és kitűnő (a továbbiakban megfelelő egészségműveltségű/ME) csoportokat. A klaszterek kialakítására azért volt szükség, hogy markánsan megkülönböztethető sokaságok alapján tudjuk vizsgálni az egyes alindexekben megfigyelhető különbségeket. Az az egészségértési alindexek egyes tételeihez tartozó pontszámok eltéréseinek meghatározása szintén varianciaelemzéssel valósult meg.

Többváltozós regressziós modellekkel teszteltük az egészségműveltségi alindexek és az összesített egészségműveltségi index alakulásában szerepet játszó magyarázó és kontroll változók hatását. A regressziós modellek tesztelését F-próbával, a regressziós együtthatók egyedi tesztelését t-próbákkal végeztük el. A többváltozós regresszióelemzés feltételét, a multikollinearitás hiányát, a korrelációs mátrixban látható korrelációs együtthatók értéke alapján ellenőriztük.

Az eredményeket, 95%-os konfidencia-intervallum mellett, $p < 0,05$ érték esetén tekintettük szignifikánsnak. Az adatokat SPSS 27.0 programmal rögzítettük és dolgoztuk fel.

3.2. Kvalitatív szakasz – fókuszcsoporthok

A kutatás kvalitatív szakaszában fókuszcsoporthos interjúkat alkalmaztunk mint módszertani eszközt. Ez a megközelítés az egészségtudományok területén is széles körben elterjedt (72) és különösen alkalmas a szubjektív és objektív valóság kölcsönhatásainak vizsgálatára, az összetett ok-okozati kapcsolatok feltárására, valamint javaslatok megfogalmazására. (72) A fókuszcsoporthos interjúk lehetőséget biztosítanak a résztvevők tapasztalatainak, attitűdjeinek és értelmezési kereteinek feltárására, kiemelten kezelve a csoportos interakciók során létrejövő jelentésalkotási folyamatokat. Ez a módszer különösen alkalmas feltáró jellegű kutatásokban, amikor a vizsgált jelenség komplex és a résztvevők közötti interakciók, valamint a társas kommunikáció érdemben befolyásolhatják a vélemények és attitűdök formálódását (73, 74). Az elmúlt években a szakirodalom egyre nagyobb figyelmet fordított az online és hibrid fókuszcsoporthos interjúk alkalmazására, különösen az egészség- és társadalomtudományi kutatások területén. Az online adatfelvétel lehetőséget teremt a földrajzilag távol élő vagy egyéb okból nehezebben elérhető célcsoportok bevonására, ugyanakkor számos módszertani és etikai kihívást is felvet. Ezek közé tartozik többek között a technológiai eszközökhöz való hozzáférés egyenlőtlensége, az adatbiztonság és adatvédelem biztosítása, valamint a csoportdinamika megfelelő kezelése a virtuális környezetben (75-77).

Kutatásunk során 2023. szeptember 19–20-án összesen négy online fókuszcsoporthos interjú valósult meg, naponta két-két csoport részvételével. A csoportok egyenként hat főből álltak, ami megfelel a fókuszcsoporthos vizsgálatokra vonatkozó szakirodalmi ajánlásoknak (78, 79).

A résztvevők toborzása a 3.1. fejezetben részletesen bemutatott kvantitatív kutatás (64) mintájából történt. Az interjúalanyok kiválasztásának alapjául az egészségműveltség szintje szolgált, aszerint, hogy az összesített egészségértési index alapján két nagy csoport került elhatárolásra: 1) a korlátozott egészségértéssel bírók csoportja, 2) a megfelelő egészségértéssel rendelkezők csoportja. A résztvevők kiválasztása a kvantitatív kutatásban korábban részt vett, aktív közreműködést mutató, valamint a fókuszcsoporthos vizsgálatban való részvételre önkéntesen jelentkező válaszadók köréből történt. A toborzás eredményeként a korlátozott egészségértési szinttel rendelkező személyekből két csoport (K1 és K2), míg a megfelelő egészségértési szintű résztvevőkből szintén két

csoport (M1 és M2) alakult, csoportonként hat fővel. A fókuszcsoportos vizsgálat összesen 24 résztvevőt foglalt magában.

Az adatgyűjtés elsődleges célja az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás érthetőségének és értelmezésének feltárása volt. A fókuszcsoportos interjúk a 3. mellékletben bemutatott félig strukturált interjúvázlat alapján zajlottak. A beszélgetések bevezető kérdésekkel indultak, amelyeket a kutatási célokhoz igazodó tematikus kérdésblokkok követtek. Az egyes témák mélyebb feltárását a moderátor által alkalmazott kiegészítő és pontosító kérdések segítették.

A fókuszcsoportokat tapasztalt moderátor vezette, aki felelt a beszélgetések strukturált és gördülékeny megvalósításáért, a témaközpontúság fenntartásáért, valamint annak biztosításáért, hogy valamennyi résztvevő megfelelő lehetőséget kapjon véleményének és tapasztalatainak megosztására. Az interjúk időtartama 85 és 103 perc között változott, ami összhangban áll a fókuszcsoportos kutatásokra vonatkozó módszertani ajánlásokkal (78, 79).

Ez a megközelítés lehetőséget biztosított a táplálkozással, táplálkozási ajánlással összefüggő attitűdök, hiedelmek és vélekedések részletesebb, több szempontú elemzésére. Az adatfeldolgozás három fő szakaszban zajlott:

- 1) Szöveges adatkörpusz létrehozása, amely a beszélgetések szó szerinti leiratát jelentette.
- 2) Kódolás: a kódolási folyamat manuálisan zajlott, mivel az elemzéshez egyaránt rendelkezésre álltak a fókuszcsoportos beszélgetések teljes hangfelvételei és azok leiratai. A kódolás során a verbális tartalom mellett figyelembe vettük azokat a metakommunikációs jelzéseket is – például a hangsúlyokat, az iróniát vagy a szüneteket –, amelyek hozzájárultak az elhangzottak pontosabb értelmezéséhez. A hangfelvételek és az átiratok összevetésével elvégzett adattisztítást követően a szövegek nyílt kódolása induktív és deduktív elemeket egyaránt alkalmazó megközelítésben történt. A kódok rendszerezése, összevonása és továbbfejlesztése után azonosítottuk a beszélgetésekben megjelenő meghatározó témákat, attitűdöket, hiedelmeket és szimbolikus tartalmakat, amelyeket a résztvevők kulturális környezetének figyelembevételével értelmeztünk. Az így feltárt viselkedési és gondolkodási mintázatok alapján karakteres résztvevői csoportokat különítettünk el.

3) Szövegelemzés: a szövegelemzés a kialakított kódrendszerre épült, és az NVivo 14 kvalitatív adatelemző szoftver támogatásával valósult meg. A szoftver alkalmazásának célja elsősorban a manuálisan létrehozott kódolási struktúra ellenőrzése volt.

A kódolás mind a négy fókuszcsoport esetében külön zajlott, majd az azonos egészségértési indexű csoportok eredményeit összevetettük és kiegészítettük, végül pedig a különböző egészségértési szinttel rendelkező csoportok összehasonlításával tártuk fel a hasonlóságok és különbségek mintázatait. A szövegeket a beszélgetések négy fő tematikus egysége (betegségmegelőzés, egészséges táplálkozás és az ehhez kapcsolódó információszerzés, az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás, valamint javaslatok és jövőkép) mentén önállóan kódoltuk, azonosítottuk az összefüggéseket és feltártuk a jelentésrétegeket.

Az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánláshoz kapcsolódó kérdéseket külön tematikus egységként, a korábban ismertetett kódolási eljárás szerint dolgoztuk fel. Az ajánlás értelmezésének elemzése során a kódolás középpontjában az útmutató ismertségéhez és észlelt alkalmazhatóságához kapcsolódó tartalmak álltak. A vizsgálat emellett a nyelvi mintázatok feltárására is irányult, különös tekintettel a résztvevők szóhasználatára, a fogalmak és témák megjelenési sorrendjére, valamint az egyes kifejezések előfordulási gyakoriságára.

A beszélgetések során használt kifejezések ismétlődésének szemléltetésére szófelhő-technikát alkalmaztunk, míg a fókuszcsoportokban elhangzott információk rendszerezése tartalmi mátrix segítségével történt. Az adatvizualizáció elkészítéséhez a SmartDraw szoftvert vettük igénybe.

A teljes felmérésben való részvétel – a kvantitatív és kvalitatív vizsgálatban egyaránt - önkéntes alapon történt az alanyoknak nyújtott szóbeli és írásbeli tájékoztatás, valamint beleegyezési nyilatkozat aláírását követően. A vizsgálat során betartottuk a Helsinki Nyilatkozatban foglalt elveket. Vizsgálatunk az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság engedélyével valósult meg (hivatkozási szám: BMEÜ/333-3/2022/EKU).

4. Eredmények

4.1. Az egészségértés kvantitatív vizsgálatának eredményei

4.1.1. A vizsgálati populáció jellemzése

A kutatásban résztvevők közel fele (47,0 %) férfi, a többi nő (53,0 %). Az életkor tekintetében a 65 éves, illetve idősebb személyeket 113 fő (22,6 %) képviselte a mintában, őket követték a középkorúakhoz tartozó 40-49 év közöttiek 19,0 %-kal, a 18-29 éves és a 30-39 éves korcsoport 87 fővel (17,4 %-kal), illetve 85 fővel (17,0 %-kal) szerepelt a felmérésben. Az 50-59 év közötti válaszadók száma 75 fő (15,0 %), a 60-64 éves korcsoportban 45 (9,0 %) válaszadó volt jelen. A válaszadók átlagéletkora 48,3 év, a szórás 17,2 év volt. A minta 43,0 %-a rendelkezett középfokú iskolai végzettséggel, 41,6 %-ának volt felsőfokú végzettsége, a többiek (11,8 %) csupán általános iskolai végzettséggel rendelkeztek. A résztvevők mintegy harmada (32,6 %-a) a megyeszékhelyeknél kisebb városokban lakott az adatfelvétel idején. A megyék közül a Pest megyei válaszadók száma (159 fő) a legnagyobb, illetve a hét régió esetében a Közép-Magyarországi régió adja a minta közel egyharmadát (31,8 %). A minta részletes szociodemográfiai jellemzőit a 2. táblázat foglalja össze.

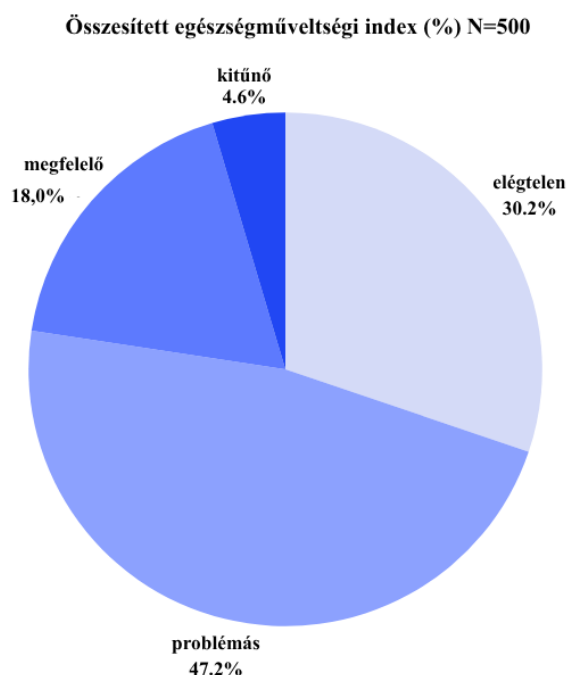
2. táblázat: A vizsgálati minta szocio-demográfiai jellemzőinek összefoglalása (64)

Változó	Kategória	Arány (%)
Nem	Férfi	47,0
	Nő	53,0
Életkor	18–29 év	17,4
	30–39 év	17,0
	40–49 év	19,0
	50–59 év	15,0
	60–64 év	9,0
	65 év és idősebb	22,6
Iskolai végzettség	8 általános	3,6
	szakiskola (érettségi nélkül)	11,8
	középiskola (érettségivel)	43,0
	felsőfokú	41,6
Lakóhely (településtípus)	Budapest	20,0
	megyeszékhely, megyei jogú város	22,2
	város	32,6
	község	25,2

Lakóhely (régió)	Dél-Alföld	12,2
	Dél-Dunántúl	9,4
	Észak-Alföld	15,4
	Észak-Magyarország	11,8
	Közép-Dunántúl	10,8
	Közép-Magyarország	31,8
	Nyugat-Dunántúl	8,6

4.1.2. Az egészségműveltséget meghatározó tényezők

A vizsgálat első részében a lakosság egészségértését, valamint az egészséggel kapcsolatos információk megszerzésének, megértésének, feldolgozásának és alkalmazásának készségeit, képességeit vizsgáltuk. A validált küszöbértékek alapján a vizsgálatunk mintájának 4,6%-a volt besorolható a kitűnő, 18,0%-a a megfelelő, 47,2%-a a problémás, míg 30,2%-a az elégtelen egészségműveltségű kategóriába. A minta megoszlását az összesített egészségértési index alapján a 4. ábra demonstrálja.

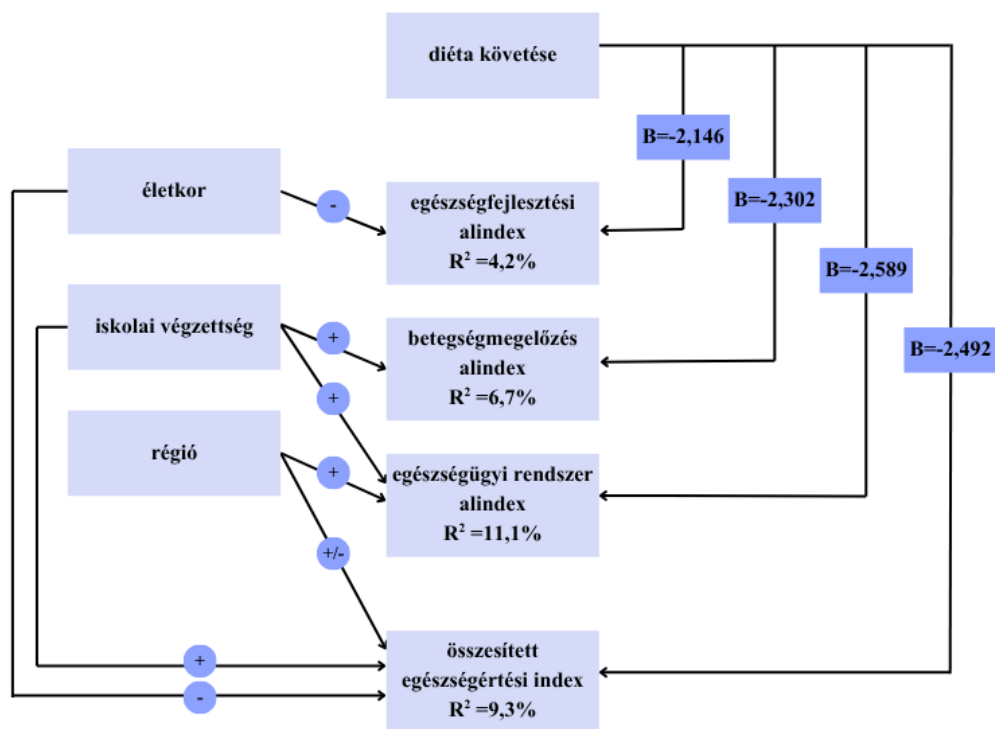


4. ábra: Összesített egészségműveltségi index; % (N=500) (64)

Többváltozós regresszióelemzéssel tártuk fel az egészségműveltségi alindexek és az összesített egészségműveltségi index alakulásában szerepet játszó magyarázó és kontroll változókat, ahol magyarázó változóként a diéta követését (igen/nem), míg kontroll

változókként az életkort, az iskolai végzettséget és a lakóhelyet (régió) alkalmaztuk. A kontrollváltozók modellbe történő „beépítését” indokolja, hogy a társadalmi-demográfiai tényezők jelentős különbségeket mutattak a vizsgált populációk egészségértésében. A kontroll változók mérési szintje ordinális és nominális, ezért transzformáltuk, hogy dummy változókat nyerjünk a regresszioelemzéshez. A válaszadók életkorát hat kategóriával mértük, és az életkorcsoportok közül a 18-29 éves korcsoportot választottuk referenciának. Az iskolai végzettséghez három szintet (alap, közép és felsőfokú) határoztunk meg, és az eredmények értelmezéséhez az alapfokú végzettséget tekintettük referenciapontnak. A magyarországi hét régió esetében a Dél-Alföldi Régió bizonyult megfelelő referenciának.

A többváltozós regresszioelemzés szignifikáns eredményeinek összefoglalása az 5. ábrán látható.



5. ábra: A többváltozós regresszioelemzés szignifikáns eredményei (64)

$p < 0,05$; R^2 – Többszörös determinációs együttható. A függő változóban (pl. egészségfejlesztés alindex) lévő variancia hány százalékát magyarázzák a független változók (pl. életkor, diéta); B – Regressziós együttható. A negatív B együttható érték a diétázók és a diétát nem követők egészségértési szintje közötti eltérés; +/- : Az

egészségértési alindexek, valamint az összesített egészségértési index értékének pozitív (+), illetve negatív (-) irányú változását jelöli, a kontroll változó referenciacsoportjához viszonyítva.

Az ábra a három egészségértési alindex, valamint az összesített egészségértési index értékének pozitív (+), illetve negatív (-) irányú változását mutatja, az egyes kontrollváltozók referenciacsoportjához viszonyítva. A diétázás, mint magyarázó változó, befolyását a B nem standardizált regressziós együtthatóval minősítjük. A negatív B-együtthatóérték a diétázók és a diétát nem követők egészségértési szintje közötti eltérést fejezi ki.

Külön regresszioelemzést végeztünk az összesített egészségértési indexre és a három alindexre. A regressziós modellekben a függő változók (három egészségműveltségi alindex és az összesített egészségértési index) indexpontszámait alkalmaztuk. A függő változók leíró statisztikai adatai (átlag, szórás) a maximum 50 ponthoz viszonyítva: az összesített egészségértési index értéke $28,4 \pm 7,0$ pont, az egészségügyi rendszer alindex esetén $28,87 \pm 7,38$ pont, a megelőzés alindex esetén $28,59 \pm 7,66$ pont, és az egészségfejlesztés alindex esetén $27,63 \pm 8,26$ pont.

Az összesített egészségértési index regressziós modelljében, a három kontrollváltozó (életkor, iskolai végzettség, régió) mellett, a diéta követése is szignifikáns hatást gyakorolt az egészségértés mértékére; a magyarázó erő megközelíti a 10 %-ot ($R^2=9,3\%$).

Az egészségműveltségi alindexek közül az egészségügyi rendszerre vonatkozó átlagos érték magyarázatában van nagyobb szerepe (11,1 %) a vizsgálatba bevont magyarázó és kontroll változóknak. Ez azt jelenti, hogy a válaszadók iskolai végzettségének és lakóhelyének (régió) kontrollálásával a diétázás releváns tényező az egészségügyi rendszer alindexének ingadozásában. A prevenció egészségértési alindex értékét kisebb mértékben ($R^2=6,7\%$) befolyásolják a független változók, a diétázás az iskolázottság kontrollálása mellett. Az egészségfejlesztés területén csak az életkor és a diéta követése volt hatással az egészségértési alindexre, itt viszonylag alacsony (4,2 %) magyarázóerőt kaptunk.

Az iskolai végzettség a prevenció, az egészségügyi rendszer területén és az összesített egészségértés esetében is szignifikáns összefüggést mutatott. Eszerint a referenciacsoporthoz, az alapfokú végzettséghez képest a középfokú és felsőfokú végzettséggel rendelkező válaszadók egészségértése magasabb. Ezt szemlélteti az 5. ábrán látható pozitív jelölés (+). Az életkor az egészségfejlesztés és az összesített egészségértés esetén eredményezett szignifikáns különbséget. Az életkor kategóriák közül a 18-29 éves korcsoportot választottuk referenciának, és a 60-64 évesek, illetve a 65+ válaszadók alacsonyabb (-) egészségértéssel rendelkeznek az egészségfejlesztés területén. A régió szerepe is jelentős az egészségügyi rendszer és az összesített egészségértési index átlagos értékének alakulásában.

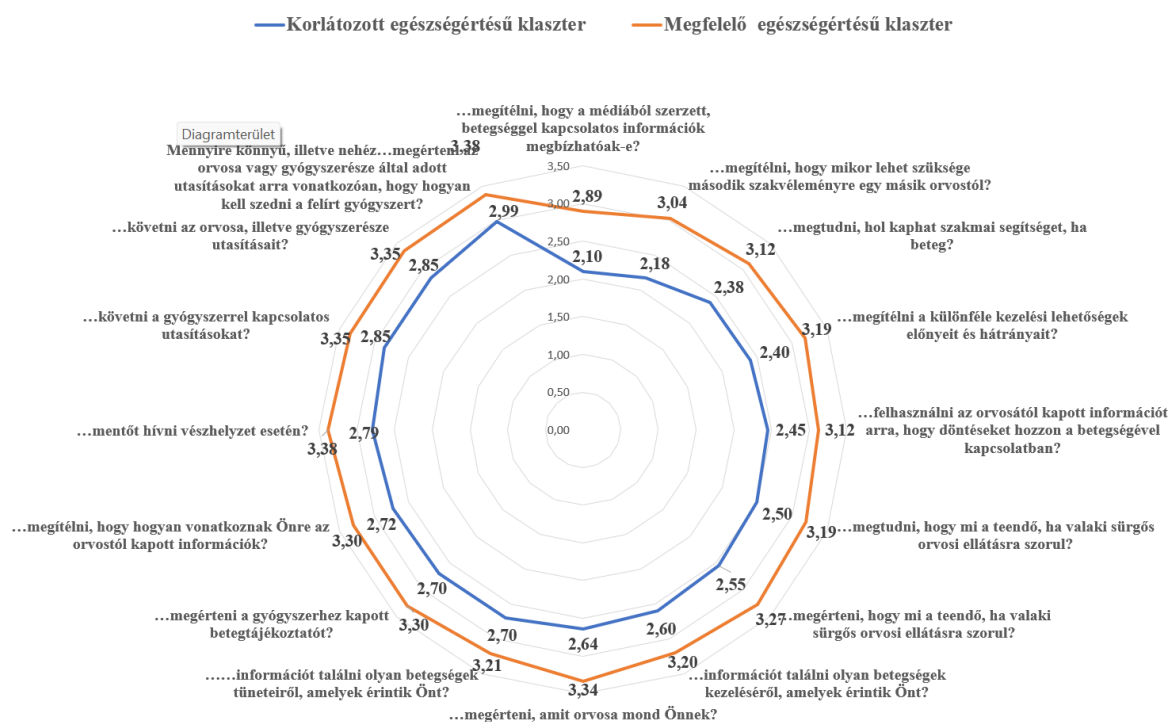
Az elemzésbe a táplálkozáshoz kapcsolódó tényezőket is bevontuk, melyek közül a válaszadók diéta követése szignifikáns magyarázó erővel bírt az egészségértés átlagos értékének alakulásában, mindegyik területen. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a diétázók egészségértési szintje alacsonyabb (negatív B együttható érték). Az egészségügyi rendszer területén a legnagyobb az eltérés ($B = -2,589$), illetve a legkisebb a különbség ($B = -2,146$) az egészségfejlesztés esetén megfigyelhető.

Összefoglalva a regresszióelemzés alapján a diéta követése valamennyi vizsgált területen szignifikáns összefüggést mutatott az egészségértéssel: a diétázók az összesített index és mindhárom alindex esetében alacsonyabb pontszámot értek el. A legnagyobb különbség az egészségügyi rendszerhez kapcsolódó egészségértésben ($B = -2,589$), a legkisebb az egészségfejlesztés területén ($B = -2,146$) jelentkezett. A magasabb iskolai végzettség minden területen jobb, míg az idősebb életkor egyes területeken alacsonyabb egészségértéssel társult. A modellek magyarázóereje mérsékeltnak bizonyult ($R^2 = 4,2-11,1\%$), és az egészségügyi rendszer alindex esetében volt a legnagyobb.

4.1.3. Alindexek különbségei

Az elemzés további részében a mintát két klaszterre bontottuk, egyben kezeltük 1) az elégtelen és problémás (a továbbiakban korlátozott egészségműveltségű/KE), valamint 2) a megfelelő és kitűnő (a továbbiakban megfelelő egészségműveltségű/ME) csoportokat. A klaszterek kialakítására azért volt szükség, hogy markánsan megkülönböztethető sokaságok alapján tudjuk vizsgálni az egyes alindexekben megfigyelhető különbségeket.

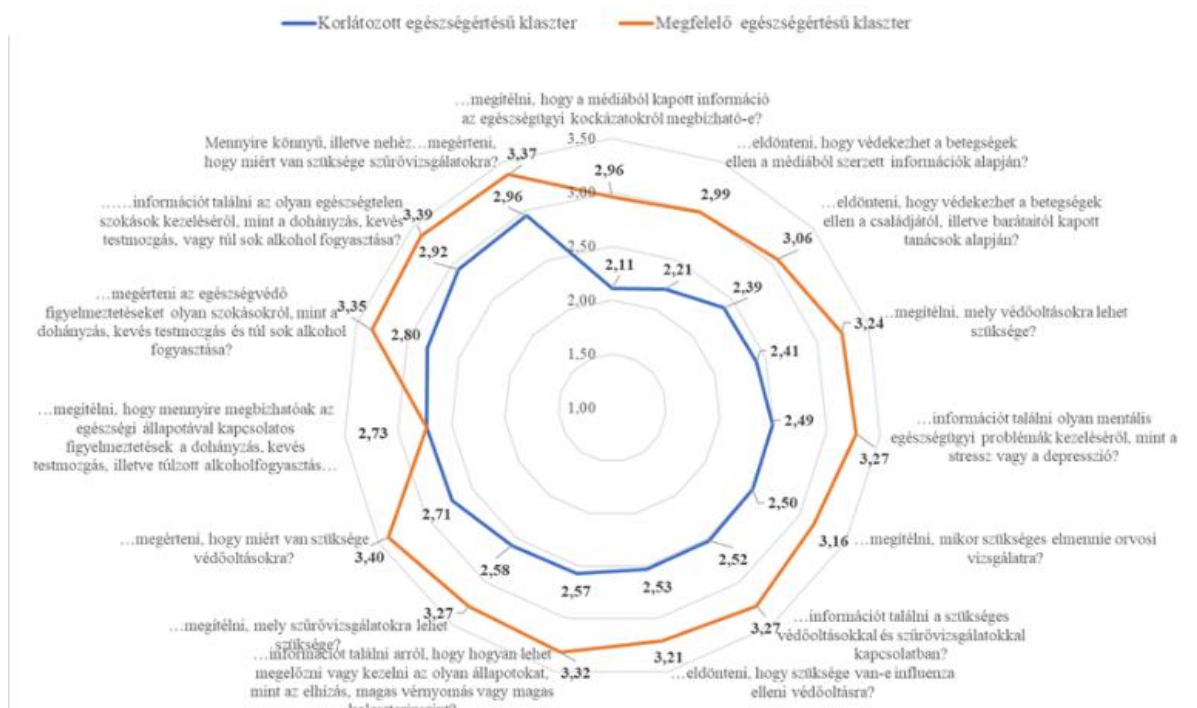
Az **egészségügyi rendszerrel kapcsolatos alindex** esetében a legalacsonyabb pontszámot (ME=2,89; KE=2,10) mindkét klaszterben annak megítélése kapta, hogy a médiából szerzett betegséggel kapcsolatos információk megbízhatóak-e. A korlátozott egészségműveltségűeknek ez különösen nagy nehézséget okoz. A varianciaelemzés eredménye alátámasztja, hogy a két különböző klaszter válaszadóinak megítélése között a különbség szignifikáns ($F=105,4$; $p<0,001$). Az $Eta^2=0,175$ alapján megállapítható, hogy a megfelelő és a korlátozott egészségműveltségű klaszterek eltérő szintje 17,5 %-os mértékben befolyásolja a médiából szerzett, betegséggel kapcsolatos információk megbízhatóságának értékelését. Az alindexhez tartozó tételek pontszámait a KE és ME csoportok szerinti bontásban a 6. ábra mutatja be részletesen.



6. ábra: Az egészségügyi rendszer alindex összesített pontszámai a korlátozott és a megfelelő egészségértésű klaszterek közötti összehasonlításban, növekvő sorrendbe rendezve a korlátozott egészségértésű klaszter pontszámai alapján (saját szerkesztés)

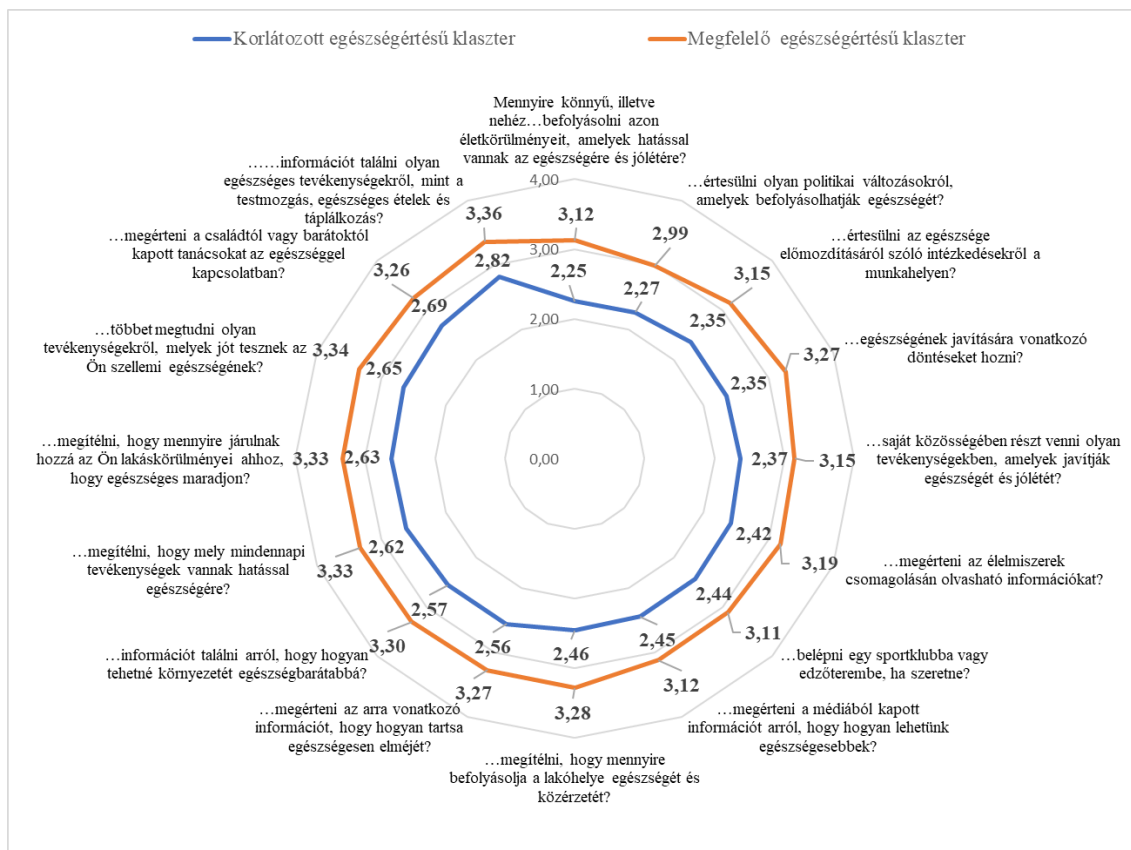
A **betegségmegelőzéssel kapcsolatos alindexben** hasonló jelenség figyelhető meg, a korlátozott egészségértésű válaszadók számára a legnagyobb nehézséget a médiából kapott az egészségügyi kockázatokról szóló információk megbízhatóságának megítélése jelenti (KE=2,11; ME=2,96). A két klaszter értékelésében itt is szignifikáns a különbség ($F=119,9$; $p<0,001$). A betegségmegelőzés területén a korlátozott és a megfelelő klaszter

egészségműveltségének különbözősége 19,4 %-os hatást eredményezett a médiából származó egészségügyi kockázatokról szóló információk megbízhatóságában. A betegségmegelőzési alindexhez tartozó tételek pontszámait a két vizsgálati klaszter szerinti bontásban a 7. ábra részletezi.



7. ábra: A betegségmegelőzés alindex összesített pontszámait a korlátozott és a normál egészségértésű klaszterek közötti összehasonlításban, növekvő sorrendbe rendezve a korlátozott egészségértésű klaszter pontszámait alapján (saját szerkesztés)

Az **egészségfejlesztési alindex** esetében a két klaszter közötti legnagyobb különbség (ME=3,27; KE=2,35) az egészség javítására vonatkozó döntések meghozatalában volt megfigyelhető. Ez az eltérés szignifikáns ($F=146,1$; $p<0,001$), illetve a megfelelő és a korlátozott klaszter egészségfejlesztéssel kapcsolatos egészségértésében megjelenő eltérés 22,7 %-ban befolyásolja a válaszadók döntési képességét. A korlátozott egészségműveltségűek számára ezen túl nehéz befolyásolni az egészségi állapotukat befolyásoló életkörülményeiket is. Körükben ez a tényező kapta a legalacsonyabb (2,25) pontszámot. Az alindexhez tartozó összes tétel részletes pontszámait a KE és az ME csoportok szerinti bontásban a 8. ábra mutatja be.



8. ábra: Az egészségfejlesztés alindex összesített pontszámai a korlátozott és a megfelelő egészségértésű klaszterek közötti összehasonlításban, növekvő sorrendbe rendezve a korlátozott egészségértésű klaszter pontszámai alapján (saját szerkesztés)

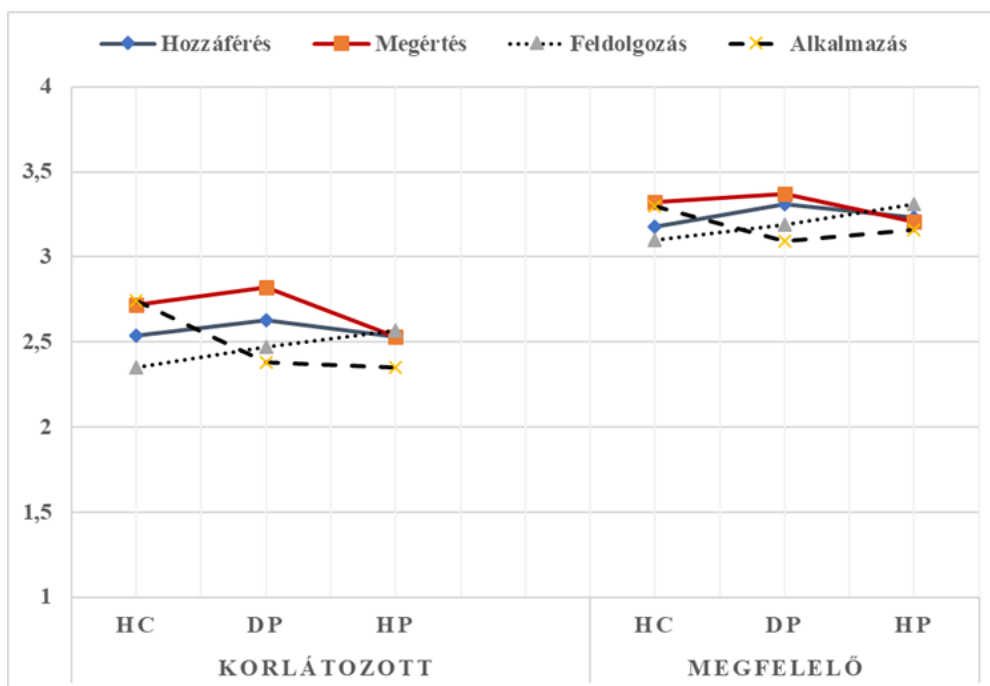
4.1.4. Egészséginformációs kulcskompetenciák különbségei

Az egyes alindexek további elemzése azt mutatja, hogy a korlátozott egészségműveltségű válaszadók szignifikánsan ($p < 0,001$) alacsonyabb szintű kompetenciával rendelkeznek az egészséggel kapcsolatos információs dimenziók (hozzáférés, megértés, feldolgozás, alkalmazás) tekintetében. Az adatok rávilágítanak arra, hogy mindkét klaszter, de különösen a korlátozott egészségértésű csoport egészséginformációs kompetenciái az információk alkalmazásában a legalacsonyabbak, főként a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés területén. Az eredményeket a 3. táblázat mutatja be részletesen.

3. táblázat: Kompetenciák átlagos értéke egészségértési alindexek szerinti bontásban, a korlátozott és megfelelő egészségértésű csoportban (saját szerkesztés); az értékelés 1-4 skálán történt

Egészség- értési alindex	Egészség- értési szint	Információ- szerzés	Információ megértése	Információ feldolgozása	Információ alkalmazása
Egészségügyi rendszer alindex	Korlátozott	2,54	2,72	2,35	2,74
	Megfelelő	3,18	3,32	3,10	3,30
		p<0,001 F=133,12 Eta ² =21,1 %	p<0,001 F=147,199 Eta ² =22,8 %	p<0,001 F=226,108 Eta ² =31,2 %	p<0,001 F=152,642 Eta ² =23,5 %
Betegség- megelőzés alindex	Korlátozott	2,63	2,82	2,47	2,38
	Megfelelő	3,31	3,37	3,19	3,09
		p<0,001 F=175,296 Eta ² =26 %	p<0,001 F=105,822 Eta ² =17,5 %	p<0,001 F=234,503 Eta ² =32 %	p<0,001 F=154,399 Eta ² =23,7 %
Egészség- megőrzés alindex	Korlátozott	2,53	2,53	2,57	2,35
	Megfelelő	3,23	3,21	3,31	3,16
		p<0,001 F=197,837 Eta ² =28,4 %	p<0,001 F=170,075 Eta ² =25,5 %	p<0,001 F=173,067 Eta ² =25,8 %	p<0,001 F=193,374 Eta ² =28%

Megállapítható, hogy az egészséggel kapcsolatos információk alkalmazása rosszabb az információkhoz való hozzáféréshez, megértéshez és feldolgozáshoz képest a prevenció és az egészségfejlesztés területén. Ugyanakkor az egészségügyi rendszer területén ez a kompetencia magasabb szintű. Kedvező eredmény, hogy az egészségmegőrzés szempontjából fontos prevenció területén az információhoz való hozzáférés és megértés jobb átlagos értéket mutat. Ezzel szemben az információfeldolgozásban az egészségfejlesztés területén, az információ alkalmazása tekintetében pedig az egészségügyi rendszer területén jobban teljesítettek a minta alanyai. A korlátozott és a megfelelő egészségértésű csoportok egészséginformációs kompetenciái közötti jelentős eltéréseket szemlélteti a 9. ábra.



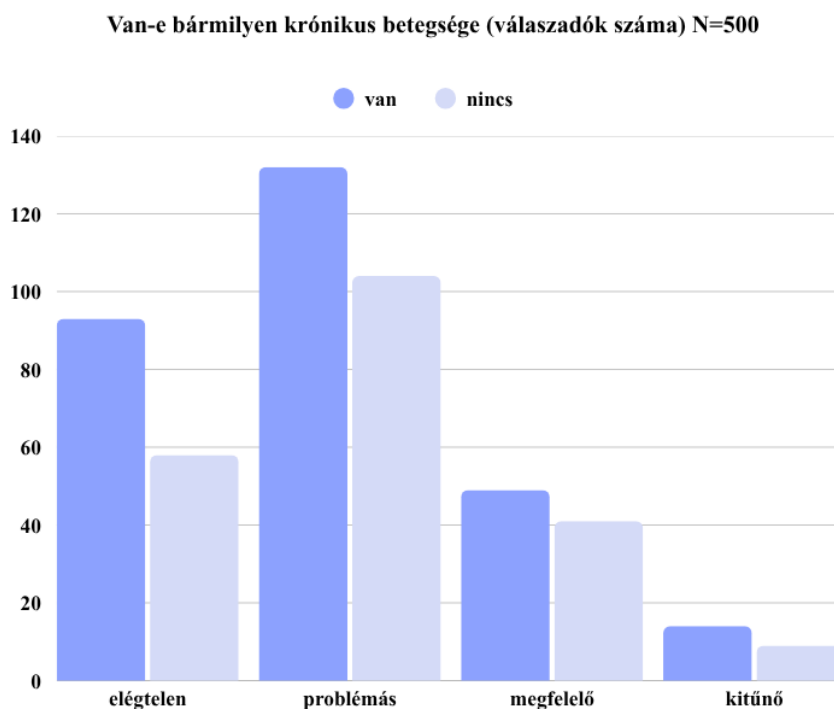
9. ábra: Információs kompetenciák átlagos értéke egészségértési alindexek szerinti bontásban, a korlátozott és megfelelő egészségértésű csoportban (saját szerkesztés) Az értékelés 1-4 skálán történt. HC: egészségügyi rendszer alindex; DP: betegség megelőzés alindex; HP: egészségfejlesztés alindex

4.1.5. Krónikus betegség, diétázás, OKOSTÁNYÉR®

A válaszadók egészségét érintő tényezők közül a krónikus betegség jelenlétét, a diéta követését, a táplálkozási tanácsadásban való részvételt, valamint az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás ismeretét mértük fel.

A vizsgálatunkban részt vett válaszadók több mint fele rendelkezik valamilyen krónikus betegséggel. Az időskorúak körében (60-64 év és 65+) nagyobb arányban (80,0 % és 80,5 %) vannak krónikus betegséggel rendelkező válaszadók. Az összefüggés szignifikáns, és a kapcsolat erőssége a közepesnél gyengébb ($C=0.323$).

A krónikus betegség előfordulása nagyobb arányban volt megfigyelhető a korlátozott egészségműveltségű csoportokban, ahogy az a 10. ábrán is egyértelműen kirajzolódik.



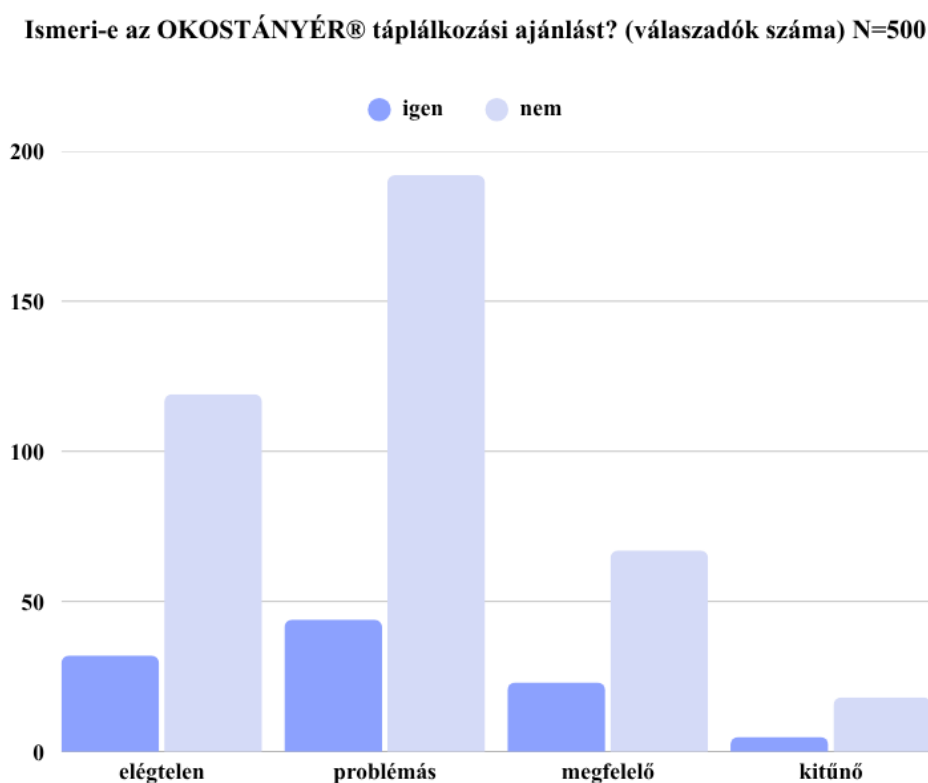
10. ábra: Krónikus betegség megléte az egyes egészségműveltségi kategóriák szerinti bontásban; válaszadók száma (N=500) (64)

A kutatásban résztvevők mintegy harmada (32,4 %) diétázik valamilyen egészségügyi probléma miatt. Ennél többen (184 fő, 36,8 %) számoltak be arról, hogy korábban táplálkozási tanácsot kaptak dietetikustól.

A mintában az OKOSTÁNYÉR® ismerete viszonylag alacsony szintű volt; a válaszadók ötöde (20,8 %) adott igen választ erre a kérdésre. A társadalmi-demográfiai háttérváltozók közül a nem, az életkor és az iskolai végzettség mutatott összefüggést az OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismeretével. A női válaszadók körében az OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismerete magasabb szintű (25,7 %) a férfiakhoz és a teljes mintára kapott arányhoz képest (20,8 %). Az összefüggés szignifikáns ($p=0,004$), a kapcsolat erőssége viszonylag gyenge ($C=0,126$). A 30–39 év és a 40–49 év közötti válaszadók esetében az OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismerete magasabb mértékű (23,5 % és 24,2 %), mint a többi korcsoportban. Az életkor és az OKOSTÁNYÉR® ajánlás közötti összefüggés nem szignifikáns, de a tendencia látható. A diplomások között az OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismerete magasabb mértékűnek bizonyult (25,5 %), mint az alacsonyabb végzettségű

válaszadók (13,6 % és 18,6 %) esetében. Az iskolai végzettség és az OKOSTÁNYÉR® ajánlás közötti összefüggés statisztikailag nem szignifikáns, de a tendencia látható.

Az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlást ismerő válaszadók (104 fő) közül legtöbben a problémás (44 fő) és az elégtelen (32 fő) egészségműveltségű csoporthoz tartoznak. Az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás ismertségét az egyes egészségműveltségi kategóriákban a 11. ábra mutatja be.



11. ábra: OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás ismerete az egyes egészségműveltségi kategóriák szerinti bontásban; válaszadók száma (N=500) (64)

Vizsgáltuk a krónikus betegség ténye, a diétázás, a dietetikusi tanács fogadása, valamint az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás ismerete közötti összefüggéseket. Az eredmények azt mutatják, hogy a krónikus betegség ténye és a diétázás között szignifikáns összefüggés van ($p < 0,001$). A krónikus betegséggel rendelkezők között nagyobb arányban (44,4 %) fordulnak elő valamilyen diétát követő válaszadók. A kapcsolat erőssége a közepesnél gyengébb ($C=0,287$)

A krónikus betegséggel rendelkezők esetében megfigyelhető az a tendencia, hogy többen ismerik (23,6 %) az OKOSTÁNYÉR® ajánlást a teljes mintára kapott adathoz (20,8 %) képest.

A krónikus betegség ténye és a táplálkozási tanácsadás igénybevétele között is szignifikáns összefüggés ($p < 0,001$) áll fenn. A krónikus betegséggel rendelkezők között többen (46,5 %) fordulnak dietetikushoz táplálkozási tanácsadásért. A kapcsolat erőssége a közepesnél gyengébb ($\Phi = 0,235$)

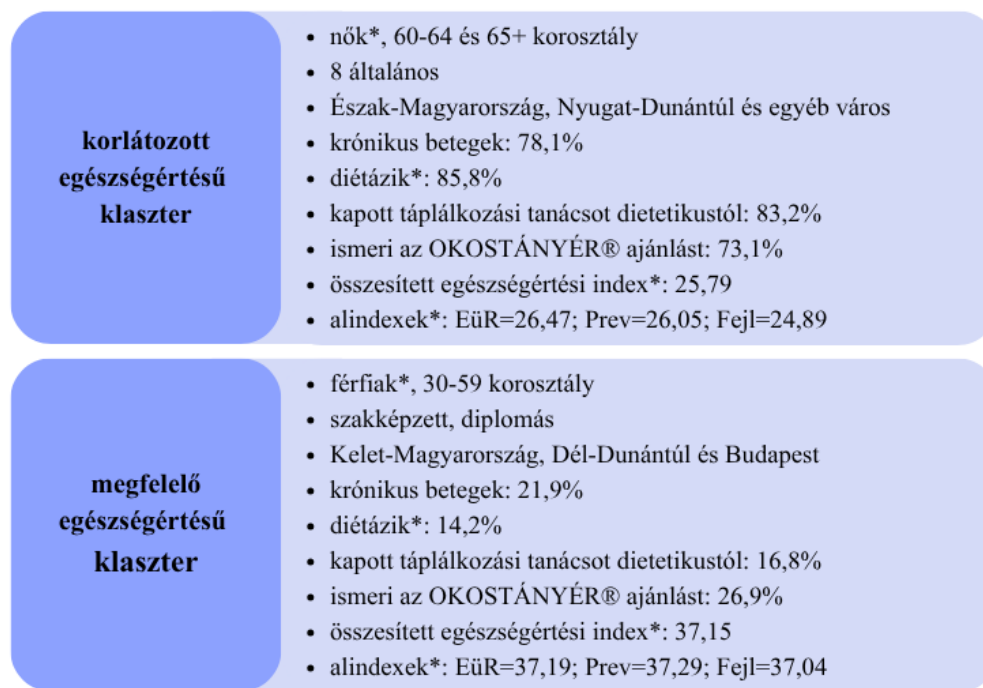
A vizsgálatunk eredményei alapján megfigyelhető tendencia szerint azok, akik ismerik az OKOSTÁNYÉR®-t jobb átlagos kompetenciával rendelkeztek mindegyik információs dimenzióban, kivéve az információ alkalmazásnál a prevenció és az egészségfejlesztés területén. Az egészségügyi rendszer területén az ajánlás ismerete egy információs kompetencia, az információszerzés esetében mutatott szignifikáns eltérést ($p = 0,025$) az OKOSTÁNYÉR®-t ismerő (2,790) és nem ismerő (2,661) válaszadó csoport kompetenciaértékelésében. Az egészséginformációs kompetenciák különbségét a táplálkozási ajánlást ismerő és nem ismerő alanyok között részleteiben a 4. táblázat foglalja össze.

4. táblázat: Információs kompetencia dimenziók átlagos értéke a válaszadók OKOSTÁNYÉR® ismerete alapján egészségműveltségi alindexek szerinti bontásban (saját szerkesztés); az értékelés 1-4 skálán történt

		Információ-szerzés	Információ megértése	Információ feldolgozása	Információ alkalmazása
Egészség- ügyi rendszer alindex ajánlás ismerete	p	0,025	0,414	0,127	0,122
	t érték	2,259	0,818	1,528	1,549
igen	átlag	2,790	2,894	2,596	2,930
nem	átlag	2,661	2,846	2,501	2,847
Betegség- megelőzés alindex	p	0,399	0,452	0,214	0,511
	t érték	0,845	0,753	1,243	0,658

		Információ- szerzés	Információ megértése	Információ feldolgozása	Információ alkalmazása
ajánlás ismerete					
igen	átlag	2,824	2,984	2,686	2,500
nem	átlag	2,772	2,938	2,613	2,548
Egészség- fejlesztés alindex	p	0,828	0,160	0,299	0,967
	t érték	0,218	1,409	1,039	0,042
ajánlás ismerete					
igen	átlag	2,700	2,752	2,791	2,533
nem	átlag	2,686	2,664	2,721	2,536

Összefoglalva elmondható, hogy a korlátozott egészségműveltségű klaszterbe sorolt alanyok jellemzően idősebb, alacsonyabb iskolai végzettségű nők. Körükben magasabb a krónikus betegek aránya, gyakrabban diétáznak, nagyobb arányban kaptak dietetikustól táplálkozási tanácsot és többen ismerik az OKOSTÁNYÉR® ajánlást. Ezzel szemben a megfelelő egészségértésű klaszterben a középkorú, magasabb végzettségű férfiak jellemzőbbek, köztük alacsonyabb a krónikus betegségek előfordulása, összesített egészségértési indexük szignifikáns mértékben magasabb, mint a korlátozott egészségműveltségű csoporté (37,15 vs. 25,79). A két klaszter fő jellemzőit a 12. ábra demonstrálja.



*szignifikáns különbség

12. ábra: A vizsgálati klaszterek jellemzőinek összefoglalása (saját szerkesztés)

4.2. A fókuszcsoportos vizsgálat eredményei

A résztvevők 58%-a nő (14 fő), míg 42%-a férfi (10 fő), átlagéletkoruk pedig 50,1 évnek felelt meg. A csoportok kialakításakor törekedtünk a heterogenitás biztosítására a nemek, életkori kategóriák, aktivitási státusz és földrajzi elhelyezkedés (Budapest, Kelet- és Nyugat-Magyarország) szerint. A csoportösszetételben sem a nemek, sem az életkori megoszlás tekintetében nem mutatkozott jelentős aránytalanság. A fókuszcsoportok jellemzőit és összetételét az 5. táblázat mutatja be.

5. táblázat: A fókuszcsoportok jellemzői és összetétele (66); K= korlátozott egészségműveltségű; M= megfelelő egészségműveltségű

N=24	K1 csoport	K2 csoport	M1 csoport	M2 csoport
Adatfelvétel időpontja:	2023. 09. 19	2023. 09. 20	2023. 09. 19	2023. 09. 20
Nemek megoszlása:	4 nő 2 férfi	3 nő 3 férfi	3 nő 3 férfi	4 nő 2 férfi

Társadalmi aktivitás:	3 nyugdíjas (köztük egy leszázálekolt) 3 aktív	1 nyugdíjas 5 aktív	1 nyugdíjas 5 aktív	1 nyugdíjas 5 aktív
Korcsoport:	38-65 év	24-67 év	29-73 év	35-70 év
Földrajzi lokáció:	Budapest, Budapest agglomeráció, Kelet- Magyarország város, Nyugat- Magyarország város,	Budapest, Budapest agglomeráció, Kelet- Magyarország város, Dunántúl megyeszékhely,	Budapest, Budapest agglomeráció, Kelet- Magyarország város, Nyugat- Magyarország város,	Budapest, Budapest agglomeráció, Kelet- Magyarország város, Dunántúl megyeszékhely,
Interjú hossza:	1:28 perc (88 perc)	1:25 perc (85 perc)	1:43 perc (103 perc)	1:27 perc (87 perc)

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk során feltárt háttérinformációk jellegükből adódóan nem tekinthetők reprezentatívnak a vizsgált csoportok egészére nézve, ugyanakkor magyarázó jelentőséggel bírnak. A kvalitatív elemzés során ezért elsődleges cél volt az értelmező, magyarázó narratívák feltárása. A tartalmak kódolásán túl hangsúlyt kapott az egyéni szóhasználat, a nyelvi kifejezésmódok és a mögöttes jelentések azonosítása, bemutatása és értelmezése is.

4.2.1. Karaktercsoportok az egészségtudatosság szempontjából

Egészségtudatosság szempontjából az alábbi négy viselkedési séma differenciálható:

1. Tudatos és következetes
2. Tudatos, de nem következetes
3. Szándékvezérelt, de alacsony megvalósítás

4. Passzív, alacsony egészségtudatosság

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk során gyűjtött háttérinformációk, sajátosságaikból fakadóan, nem általánosíthatók a teljes vizsgált populációra, ugyanakkor fontos magyarázó értékkel rendelkeznek. A kvalitatív feldolgozás során ezért kiemelt célként jelent meg az értelmező és magyarázó jellegű narratívák feltárása. A tartalmak kódolása mellett lényeges volt az egyéni szóhasználat, a nyelvi megfogalmazások és a mögöttes jelentéstartalmak azonosítása, leírása és értelmezése is.

A feltárt viselkedési mintázatok és a beszélgetések során megjelenő narratívák alapján olyan karaktertípusokat azonosítottunk, amelyek jól tükrözik az egyes csoportok jellemző sajátosságait. Ennek célja az volt, hogy a résztvevők életmódját, motivációit és egészségmagatartását rendszerszinten vizsgálhassuk, különös figyelmet fordítva a táplálkozási szokásokra és az azokkal összefüggő attitűdökre. A kialakított karakterek nem egy-egy konkrét résztvevőt jelenítenek meg, hanem a csoportszinten megfigyelhető viselkedési, életmódbeli és törekvésbeli jellegzetességek összegzését adják. Ennek megfelelően egyes résztvevők bizonyos jellemzőik alapján akár több karaktercsoporthoz is kapcsolódhatnak. Továbbá, mivel az elemzés az egészségértés szerinti bontásban történt, a korlátozott és a megfelelő egészségértéssel rendelkező csoportok között is előfordulhat átfedés, így egyes karaktertípusok mindkét csoportban megjelenhetnek.

4.2.1.1. Megfelelő egészségértésű csoportok jellemzői

A megfelelő egészségértéssel rendelkező csoportok körében életmódjuk, viselkedési mintázataik és törekvéseik alapján az alábbi karaktercsoportok különíthetők el:

A. Mozgáscentrikus, aktív életmódúak

A fizikai aktivitás hétköznapi rutinjuk szerves részét képezi, rendszeresen sportolnak. Belső motivációval rendelkeznek és az aktivitásokban gyakran közösségi támogatással (pl. edző, futóklub) vesznek részt.

„... minden reggel futunk 6 kilométert azokkal a nagymamákkal, akik úgy döntöttek, hogy a Covid alatt is szabad találkozni az erdő rejtekében.” (M2 csoport)

B. Mentálisan tudatosak, lelki egészségükre figyelők

Kiegyensúlyozott mentális működés jellemzi őket, amelyben az önreflexió és a negatív érzelmek, például a bűntudat konstruktív kezelése is megjelenik. Táplálkozási magatartásukban időnként érzelmi tényezők által befolyásolt mintázatok – például a stresszhelyzetekhez vagy az önjutalmazáshoz kapcsolódó étkezés – is azonosíthatók. Ugyanakkor tudatosan törekednek pszichés jóllétük fenntartására, amelyet különböző mentális egészséget támogató módszerek, például meditáció, mindfulness vagy pozitív gondolkodás alkalmazásával segítenek elő.

„...zenehallgatással, egy kis légzésgyakorlattal azért úgy ledobni azt a napi stresszt, ami van, tehát azt már megpróbálom nem is hazahozni.” (M2 csoport)

C. Táplálkozástudatosak

Tisztában vannak a táplálkozással kapcsolatos alapfogalmakkal és tápanyagokkal (például használják a makro- és mikrotápanyag megnevezéseket). Valamilyen speciális étrendet követnek, akár betegségkezelési céllal, akár a testtömegük optimalizálása érdekében. Tudatosan törekednek arra, hogy az egészségesnek tartott élelmiszereket és élelmiszercsoportokat beépítsék mindennapi étrendjükbe.

„Minden nap meg szoktam enni egy zöld almát például... (M1 csoport)

D. Élvezeti szemléletűek

Számukra az étkezés nemcsak élvezeti forrást jelent, hanem egyfajta megküzdési eszközként is szolgálhat, például a stressz kezelésében. Kialakult szokásaikon nehezen módosítanak. Bár rendelkeznek az egészséges életmód kialakítására irányuló célkitűzésekkel, ezeket jelenleg csak részlegesen valósítják meg.

„Hát mert ugye nem mindig tudja az ember megtartani a balanszot. Tehát hogyha most én nekiülök egy tábla csokinak este, akkor annak valószínűleg megvan a mentális oka” (M2 csoport)

E. Egyszerűen, praktikusán élők

Életmódjukat saját életkorukhoz és adottságaikhoz igazítják. Egyszerű megoldások kialakítására törekednek és inkább hosszú távon is fenntartható szokásokat alakítanak ki. Táplálkozásukban a különféle diéták követése helyett a mértékletesség és a rendszeresség szempontjai érvényesülnek.

„...nem a betegség megelőzése, hanem az egészség megtartására kell fókuszálni. Úgyhogy mi meg azt valljuk, igazándiból vitamint úgy nem szedünk, mert ha jól táplálkozunk, akkor az ember gyakorlatilag a nem vitamin fehérjétől kezdve az ásványi anyagokig mindent bevisz a szervezetébe.” (M1 csoport)

F. Idő- és energiahiányos életmódúak, anyagi korlátok az egészségmegőrzésben

Mindennapi rutinjukat elsősorban a munkavégzés vagy a családi kötelezettségek alakítják. Kevés idejük jut arra, hogy tudatosan foglalkozzanak az egészségükkel. Bár a szándék jelen van bennük, a megvalósítás sokszor elmarad. Gyakran utalnak arra is, hogy az egészséges táplálkozás és életmód fenntartása költséges, anyagilag megterhelő.

„Én kertes házban lakok, úgyhogy elvileg gazdálkodhatnék, vagy ültetgethetnék, de nem fér bele az időmbe” (M2 csoport)

4.2.1.2. Korlátozott egészségértésű csoportok jellemzői

A korlátozott egészségértéssel rendelkező csoportok körében életmódjuk, viselkedési jellemzőik és törekvéseik alapján a fókuszcsoporthoz tartozók interjúk eredményei szerint az alábbi karaktercsoportok különíthetők el:

A. Tudatos egészségmegőrzők

Figyelmet fordítanak étrendjükre és a rendszeres testmozgásra, valamint tudatosan keresik az egészségüket támogató életmódbeli megoldásokat. Időnként szezonális gyümölcsöket választanak, és törekednek arra, hogy helyi forrásokból szerezzék be az alapanyagokat. Számukra lényeges, hogy mindennapi döntéseikben a természetesség és a változatosság egyaránt megjelenjen.

„... azért mi próbálunk legalább hétvégén olyan főtt ételt enni, amiben vagy az anyóséknak, vagy az édesanyámék kertjéből származó zöldségből van, mert ott legalább az biztos, hogy nem szétvegyeszerelt gyümölcsből vagy zöldségből készül az a húsleves ...” (K2 csoport)

B. Pragmatikus gondoskodók

Az egészségtudatos életmód elemeit elsősorban anyagi és időbeli lehetőségeikhez igazítva alkalmazzák. Ismerik a bioélelmiszerek és a különféle speciális étrendek

költségvonzatait. Törekednek arra, hogy étkezésük rendszeres legyen, és összehangolható maradjon a családi kötelezettségekkel, valamint a munkájukból adódó kihívásokkal.

„... mivel egyedül nevelem a gyerekeimet, így nekem fontos az egészségemnek a megőrzése, meg egyrészt anyagi okokból is, hogy nem eshetünk ki. (K2 csoport)

C. Életmódváltó, kísérletező újítók

Jellemző rájuk, hogy nyitottak az új, egészségmegőrzést támogató szokások kipróbálására, ugyanakkor kritikus szemlélettel viszonyulnak az ún. mainstream, „divatos” irányzatokhoz. Nem fogadnak el automatikusan minden „bio” vagy „szuperélelmiszer” címkével ellátott terméket, inkább a bizonyítottan hasznos megoldásokat részesítik előnyben, amelyeket szívesen ötvözik saját elképzeléseikkel.

„... én is szedek még vitaminokat mellé, tehát gránátalmát, akkor ilyen Béres csepp, vitaminokat..., (K1 csoport)

D. Kritikus realisták

Tisztában vannak az egészséges életmód megvalósításával járó kihívásokkal és az ehhez szükséges kompromisszumokkal. Számukra fontos a kiegyensúlyozott szemlélet, és elfogadják, hogy a mindennapi egészségtudatos életvitel fenntartása időnként nehézségekbe ütközik, ugyanakkor hisznek a megelőzés jelentőségében. A „tökéletesség” elérése helyett inkább a hosszú távon fenntartható megoldásokat tartják szem előtt.

„...becsülettel én is leúszom a magam kis köreit, amellet azért rohanó világban nem mindig tudok odafigyelni arra, hogy úgy étkezzek, ahogy kellene, meg szoktam bűnözni is. ” (K2 csoport)

E. Szkeptikus hagyománykövetők

Bizalmatlanul viszonyulnak a modern, egészséges életmóddal kapcsolatos információkhoz, és inkább a hagyományos étkezési szokások mellett maradnak. Rájuk jellemző, hogy fenntartásokkal kezelik a bioélelmiszereket és az étrend-kiegészítőket, valamint előnyben részesítik a régi, jól bevált hagyományos fogásokat. A táplálkozási tanácsokat általában nem fogadják el, vagy csak nehezen alkalmazzák.

„Ugye régen a parasztok felkeltek, szalonnát ettek ugyan, de ettek hozzá hagymát, nem pedig ilyen tartósítószeret.” (K1 csoport)

4.2.2. Jellemző szóhasználat

A vizsgálat során a résztvevők által használt szófordulatok és metaforák elemzésére is sor került, amely az előző fejezetekben ismertetett jellemzőkkel együtt hozzájárul az egészségmegőrzéssel és az egészséges táplálkozással kapcsolatos attitűdök, vélekedések és érzelmek mélyebb megértéséhez. A beszélgetések során leggyakrabban előforduló kifejezéseket a 13. ábrán bemutatott szófelhők szemléltetik, ahol a szavak mérete azok előfordulási gyakoriságával arányosan növekszik. Ez a vizuális megjelenítési forma támogatja a feltáró jellegű szövegelemzést, mivel lehetővé teszi a leggyakrabban használt kifejezések gyors azonosítását egy adott szövegben vagy beszélgetésben. Jól látható, hogy a megfelelő egészségértéssel rendelkező csoportok diskurzusai változatosabb szóhasználatot mutatnak, és több táplálkozástudományi alapfogalom is megjelenik bennük, például a makro- és mikrotápanyagok, az energiatartalom (kalória), valamint különböző élelmiszercsoportok említése. *„A makrotápanyagoknak ugye három csoportja van, a fehérjék, a szénhidrátok, meg a zsírok, a mikrotápanyagok közé tartoznak a vitaminok, ásványi anyagok.” (M2 csoport)* Mindez arra utal, hogy e csoportok tagjai szélesebb körű táplálkozási alapismeretekkel rendelkeznek.

Emellett az is megfigyelhető, hogy a korlátozott egészségértésű csoportokban a „vitamin” kifejezés túlmutat eredeti jelentésén: egyfajta szimbólummá válik, amely nem csupán az étrend-kiegészítőket jelöli, hanem általánosságban az egészségesnek tartott, kedvező tápanyagtartalmú összetevők megtestesítőjeként is szolgál. *„Hát mert ebben csak csupa jó dolgok vannak. A zöldség, gabona, tej, tojás, halak, húsok, gyümölcsök. Tehát ebben tényleg csak a vitaminok vannak. Tehát kiemeli a vitaminokat, tehát hogy vitamindúsan együnk.” (K1 csoport)*

A résztvevők megítélése szerint az „ideális” táplálkozási tanácsadás alapvető jellemzője, hogy megbízható forrásból, vagyis egészségügyi szakembertől (például orvostól, gasztroenterológustól, dietetikustól vagy védőnőtől) származik, továbbá az egyén sajátos igényeihez igazodik. E tekintetben az egészségműveltség szintje alapján nem mutatkozott különbség a csoportok között. Ugyanakkor a korlátozott egészségértésű résztvevők körében az egészséggel kapcsolatos információforrások között nagyobb hangsúlyt kapott az internet és a közösségi média szerepe.

„Én gyakran olvasok ilyen cikkeket. Online. Mindig keresőbe beírom, aztán nagyon sok minden feljön. Van, ahova rendszeresen visszatérek, de mindig a kereső által...” (K1 csoport)

„A Facebookon a Kasza Tibi, és ő mint mentor, tehát ő mondogatja, hogy hogyan kell ezt alkalmazni.” (K1 csoport)

Az ajánlást kidolgozó szakmai szervezet nevének és logójának megjelenítése valamennyi csoportban kedvező megítélés alá esett, mivel növelte az útmutató hitelességét. Ennek ellenére a korlátozott egészségértésű csoportokban az MDOSZ megnevezésének értelmezése több esetben pontatlannak bizonyult. Ezt jól szemlélteti az egyik résztvevő megjegyzése: *„Magyar Diabétesz Szövetség vagy diabetológus ... volt forrásmegjelölés”*. (K2 csoport)

A vizsgálatban részt vevő mind a négy csoport esetében hasonló tendencia volt megfigyelhető: az alanyok figyelme elsősorban a táplálkozási ajánlás tartalmára irányult, míg annak formai megjelenésére kevesebb reakció érkezett.

Az ajánlás vizuális kialakításával kapcsolatban leginkább a megfelelő egészségértésű csoportok tagjai fogalmaztak meg észrevételeket. Véleményeik során többen utaltak a táplálkozási ajánlások korábban alkalmazott szemléltető ábráira és képi megjelenítési módjaira, ami arra engedhet következtetni, hogy szélesebb körű táplálkozási ismeretekkel és nagyobb háttértudással rendelkeznek a témában.

- *„Piramisra emlékeztet, arra hasonlít, bár ott az arányok mások voltak.”* (M1 csoport)

- „Szerintem jól le van egyszerűsítve, tányér jó szemléltető eszköz” „Arányok jól látszanak” „Formája újdonság a piramishoz képest, hétköznapiabb, mint a piramis” (M2 csoport)

Mind a négy vizsgálati csoportban megfigyelhető volt, hogy a résztvevők a kutatásban való részvételt elsősorban úgy értelmezték, mint egy szakmai tartalmú véleménynyilvánítási lehetőséget, és kevésbé tekintettek rá a kommunikációs eszköz vagy annak megjelenési formája értékeléseként. Ennek megfelelően hozzászólásaik főként az ajánlás tartalmára irányultak: saját tapasztalataikra, életmódjukra és meggyőződéseikre támaszkodva igyekeztek kiegészíteni, pontosítani, illetve egyes esetekben módosítani az útmutatóban szereplő javaslatokat.

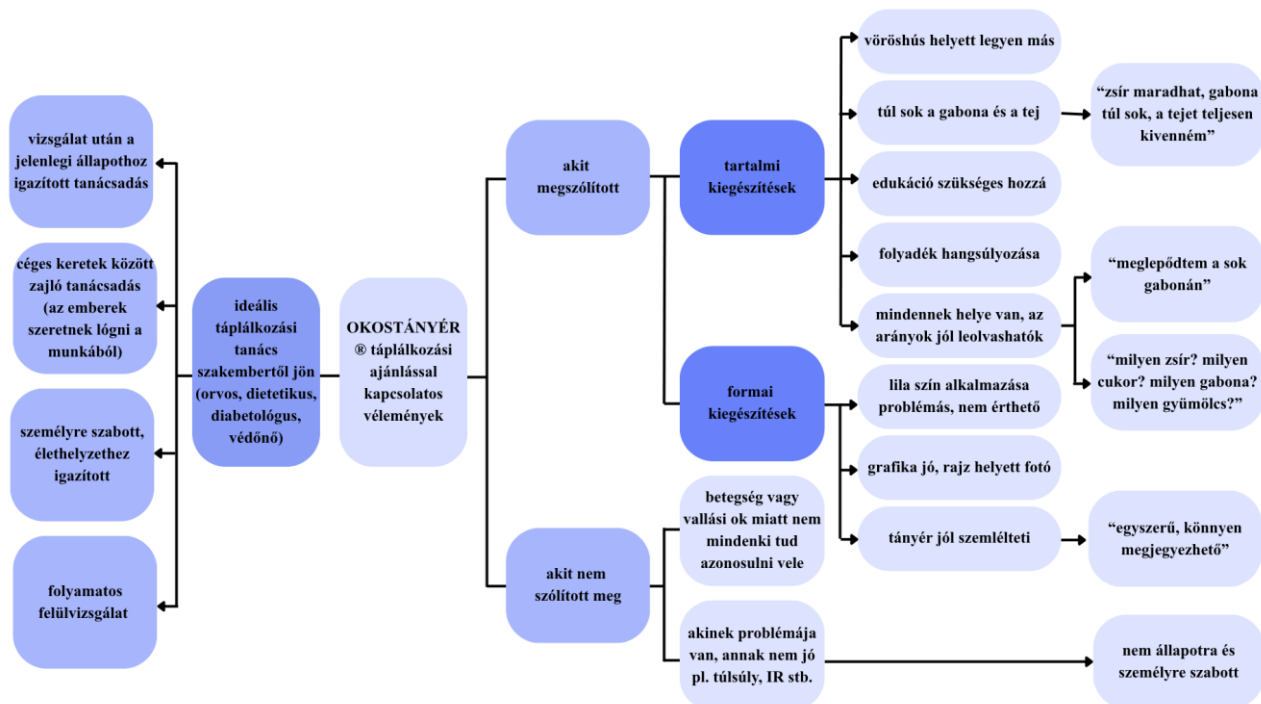
- „Cikkelyeken belül is lehetne plusz felosztás, vöröshús helyett mást tennék, fodmap diétához hasonlóan” (M1 csoport)

- „Nekem nem annyira szimpatikus, nem tartom elvetendőnek a normális zsiradékot és nem tartom emberi tápláléknak a tejet. A gabonaféléket teljesen lecsökkenteném, tehát az arányok nekem nem szimpatikusak.” (M2 csoport)

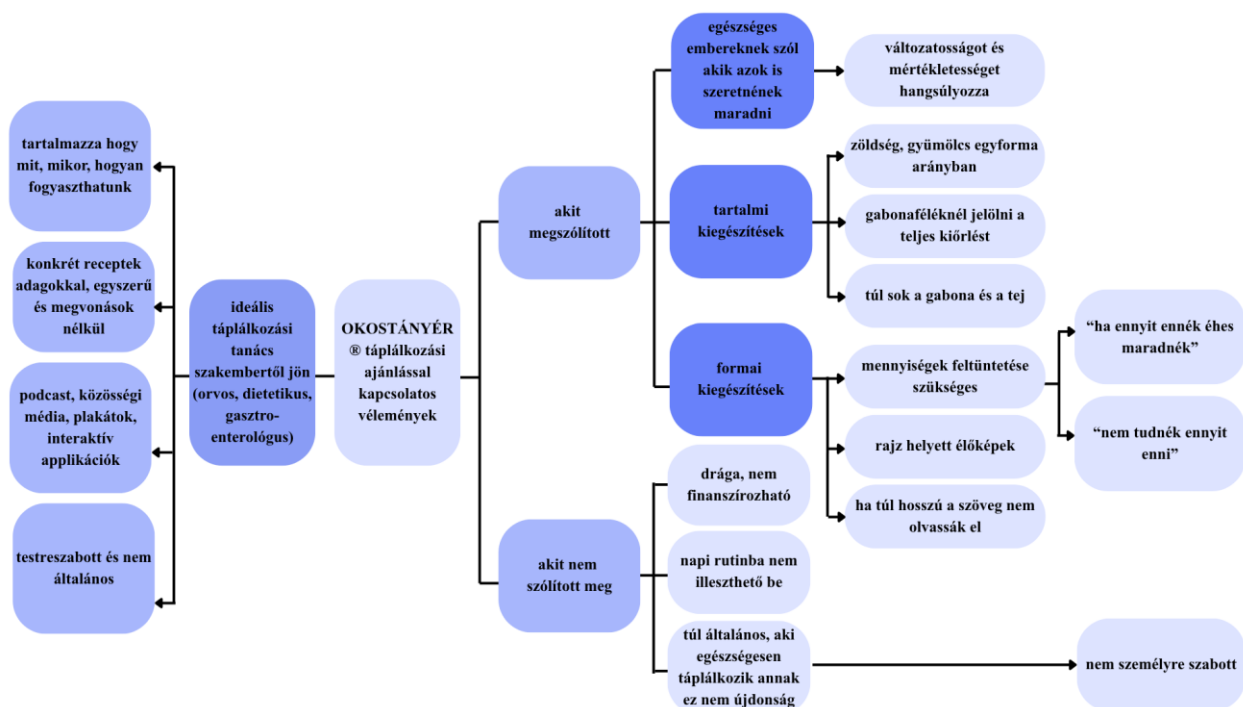
- „Vannak rajta puffasztó ételek, például bab meg borsó, ami sokakat puffaszt és az nem egészséges.” (K1 csoport)

Az ajánlás tartalmával kapcsolatos reflexiók egyik meghatározó eleme a személyre szabott táplálkozási útmutatás iránti igény volt, amely több esetben konkrét egészségi állapotokhoz vagy speciális diétás szükségletekhez igazított tanácsok formájában jelent meg. „... nem tudom, most ugye itt el volt azért osztva ilyen, hogy mekkora a gabonaféléknek a rubrikája, de nem tudom, hát végül is odaírni esetleg mégiscsak ezeket a - mit tudom én - hány dekát enni, vagy ilyesmi.” (K1 csoport)

A résztvevők által az OKOSTÁNYÉR® ajánlásról megfogalmazott véleményeket és értelmezéseket a 14. és 15. ábra foglalja össze és rendszerezi.



14. ábra: Megfelelő egészségértésű fókuszcsoporthok tartalmi mátrixa az OKOSTÁNYÉR® ajánlás kapcsán (66)



15. ábra: Korlátozott egészségértésű fókuszcsoporthok tartalmi mátrixa az OKOSTÁNYÉR® ajánlás kapcsán (66)

Összefoglalásként elmondható, hogy a megfelelő egészségműveltségű résztvevők az OKOSTÁNYÉR® vizuális megjelenítését alapvetően egyszerűnek és könnyen megjegyezhetőnek tartották, ugyanakkor több tartalmi pontosítást és kiegészítő edukációt igényeltek. Kritikusan értékelték az egyes élelmiszercsoportok arányát, valamint hiányolták azok részletesebb meghatározását. Véleményük szerint az ajánlás elsősorban az egészséges lakosságot szólítja meg, ezért betegségek vagy speciális élethelyzetek esetén szakember által nyújtott, személyre és aktuális állapotra szabott, rendszeresen felülvizsgált tanácsadás szükséges. A korlátozott egészségműveltségű résztvevők az ajánlás gyakorlati alkalmazhatóságát segítő, konkrét és könnyen értelmezhető információkat hiányolták, például a fogyasztási mennyiségek, adagok, időpontok és elkészítési módok bemutatását. A rajzok helyett életszerű képeket, rövid szövegeket, recepteket, valamint digitális és közösségimédia-alapú edukációs megoldásokat javasoltak. Az ajánlást elsősorban egészséges emberek számára tartották relevánsnak, miközben alkalmazhatóságának korlátjaként a személyre szabottság hiányát, a napi rutinba való nehéz beilleszthetőséget és a feltételezett magas költségeket is megfogalmazták.

5. Megbeszélés

A táplálkozás egészségmegőrzésben, az életminőség javításában, valamint a krónikus betegségek megelőzésében és kezelésében betöltött szerepe egyértelmű. (18) A helyes étrend hozzájárul az alultápláltság minden formájának megelőzéséhez, beleértve az olyan nem fertőző betegségeket is, mint az elhízás, a 2-es típusú cukorbetegség és a szív- és érrendszeri megbetegedések. (59) Bár a kiegyensúlyozott és fenntartható étrend alapelvei általánosan érvényesek, az individuális egészséges táplálkozás jellemzői, az egyéni szükségletek miatt ettől eltérhetnek. (18, 80, 81) Az ételmisszerű alapú táplálkozási ajánlások (FBDG) célja, hogy népességszinten támogassák az optimális energia- és tápanyagbevitelt (19, 20). Ugyanakkor szükséges azok egyénre szabása is a speciális táplálkozási igények, a betegségek megelőzése vagy a dietoterápia érdekében. (29)

A páciensközpontú ellátás (Patient-Centered Care, PCC) figyelembe veszi és tiszteletben tartja az egyének egyedi szükségleteit, értékeit, preferenciáit, valamint társadalmi-gazdasági-szociális-kulturális és pszichológiai sajátosságait, miközben a klienst helyezi az egészségügyi ellátás középpontjába. (82) A betegközpontú szemlélet javíthatja a páciensek és a dietetikusok közötti együttműködés minőségét, valamint erősítheti az egészségügyi szakemberekbe vetett bizalmat. Ennek eredményeként növekedhet az adherencia, és javulhat a páciensek életminősége. (83)

A betegközpontú ellátás alapját a kliens tájékozott és felelősségteljes döntéshozatali képessége, valamint a kezelés hatékony önmenedzselésére és a betegséggel való megküzdésre való alkalmassága képezi. Ahhoz, hogy a pácienscentrikus ellátás a gyakorlatban is megvalósuljon, a klienseknek el kell sajátítaniuk az eredményes együttműködéshez szükséges készségeket, amelyben az egészségműveltség fejlesztése kulcsszerepet játszik. (34, 82)

5.1. Alacsony egészségműveltség – kik veszélyeztetettek?

A hazai lakosság egészségműveltségét vizsgáló kutatásunk (64) eredményei jelentős hiányosságokat tártak fel, amelyek komoly akadályt jelenthetnek a krónikus betegségek megelőzésében és kezelésében. A vizsgálati minta több mint háromnegyede (77,4%) az „elégtelen” vagy „problémás” egészségműveltségű kategóriájába sorolható, ami

mege erősíti azt a feltételezést, hogy a lakosság jelentős része nehézségekbe ütközik az egészséggel kapcsolatos információk értelmezése és gyakorlati alkalmazása során. Ezen megállapítások összhangban állnak más hazai (35, 43-47) és nemzetközi kutatások (70, 71, 84) eredményeivel, amelyek szintén alacsony egészségműveltségi szintről számoltak be.

Tekintettel arra, hogy kvantitatív vizsgálatunkban (64) az elemzésbe bevont független változók magyarázóereje viszonylag alacsonynak bizonyult, érdemes az eredményeket összevetni olyan korábbi kutatásokkal (44, 71), amelyek ugyanezt a módszertant alkalmazták. A magyar adatok alapján (44) a modellbe bevont szociodemográfiai tényezők – a nem, az életkor, az iskolai végzettség, az anyagi helyzet, a társadalmi státusz – az egészségműveltség varianciájának 15%-át magyarázták. Nemzetközi összehasonlításban (65) ennél nagyobb magyarázóerőt mutattak ki Bulgáriában (25%), Görögországban (29%) és Lengyelországban (21%). Valamivel alacsonyabb értéket találtak Írorszában (19%), míg Ausztriában (10%), Németországban (8%), Spanyolországban (9%) és Hollandiában (8%) még gyengébb volt a modell magyarázóereje. A bemutatott eredmények arra utalnak, hogy az egészségműveltséget a vizsgált szociodemográfiai tényezők csak korlátozott mértékben magyarázzák, mivel a variancia jelentős része más, a modellben nem szereplő tényezőkhez köthető. Ugyanakkor a magyar eredmények nem tekinthetők szokatlannak, hiszen a nemzetközi vizsgálatokban is jellemzően alacsony vagy közepes magyarázóerő volt megfigyelhető, ami arra utal, hogy az egészségműveltség összetett jelenség, amelyre a szociodemográfiai jellemzőkön túl számos egyéni, társadalmi és környezeti tényező is hatást gyakorol. Ide sorolhatók többek között az általános műveltség, az alapkompétenciák (pl. szövegértés, számolás), a kognitív képességek (pl. memória), nyelvi és kulturális faktorok, az egészségügyi ellátórendszer komplexitása, az információs környezet minősége, de az egészségügyi szakemberekbe vetett bizalom is. (85)

Vizsgálatunk többváltozós regressziós elemzése alapján az egészségműveltség alakulásában a szocioökonómiai és demográfiai tényezők egyaránt szerepet játszanak. A vizsgált változók közül a kedvezőtlen anyagi helyzet mutatta a legerősebb kapcsolatot az alacsonyabb egészségműveltségi szinttel, ami arra utal, hogy a gazdasági erőforrások hiánya akadályozhatja az egészséggel kapcsolatos információk elérését, értelmezését és

alkalmazását. Az iskolai végzettség szintén meghatározó tényezőnek bizonyult: a magasabb végzettségű válaszadók kedvezőbb prevenciós készségekkel, az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos ismeretekkel és általános egészségműveltségi szinttel rendelkeztek, mint az alacsonyabb végzettségűek. Ebben szerepet játszhat, hogy a magasabb iskolázottság támogatja az információfeldolgozáshoz, a kritikus gondolkodáshoz és a döntéshozatalhoz szükséges készségek fejlődését. Eredményeink összhangban állnak azokkal a hazai (35, 43-47) és nemzetközi (71, 84) vizsgálatokkal, amelyek az alacsonyabb iskolai végzettséget kedvezőtlenebb egészségműveltséggel hozzák összefüggésbe.

Elemzésünkben a női nem és a fiatalabb életkor ugyancsak kedvezőbb egészségműveltségi szinttel társult, bár ezek hatása kevésbé volt kifejezett. Ez egybevág a korábbi kutatások eredményeivel (44, 71), amelyek szerint a magasabb egészségműveltség nagyobb valószínűséggel jellemzi a nőket, a fiatalabbakat, a magasabb iskolai végzettségűeket és a kedvezőbb társadalmi-gazdasági helyzetű személyeket. Az eredmények megerősítik, hogy az egészségműveltség nem kizárólag egyéni tudás vagy képesség, hanem a társadalmi egyenlőtlenségek által is befolyásolt komplex jelenség. Az oktatás ezért kiemelt szerepet tölthet be e különbségek mérséklésében (86-88).

Az életkor az egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretekkel és az általános egészségműveltséggel is összefüggést mutatott: a 60–64 évesek és a 65 év felettiek egészségműveltségi szintje alacsonyabb volt. Ez megfelel a korábbi kutatások megállapításainak (43, 46, 89, 90). Bár vizsgálatunk nem terjedt ki az összefüggés hátterének részletes feltárására, a szakirodalom lehetséges magyarázatként említi a társas támogatás hiányát és a szociális izolációt, az alacsonyabb jövedelmet, továbbá a krónikus betegségeket, a csökkent mozgásképességet és a mentális egészségi problémákat (89–92). Battineni és munkatársai szerint az idősebb felnőttek előnyben részesítik a személyes orvos–beteg találkozásokat és az egészségügyi szakemberekkel folytatott közvetlen konzultációt, miközben kevésbé támaszkodnak az online egészségügyi információkra (92).

5.2. Hiteles egészséginformációk – közösségi média vs. szakemberek

Kutatásunk egészségértésre vonatkozó eredményei (64) alapján az egészségügyi ellátórendszerhez, valamint a betegségmegelőzéshez kapcsolódó alindexek vizsgálata rámutatott arra, hogy a korlátozott egészségértéssel rendelkező személyek számára különösen nehézséget jelent a médiából származó információk hitelességének megítélése, illetve az egészségük javítását célzó döntések meghozatala ($p < 0,001$). Ebben feltehetően jelentős szerepet játszanak az információszerzési szokások változásai, valamint az információforrások globális átalakulása.

A rendelkezésre álló statisztikai adatok szerint az egészségügyi információk megszerzésének fő csatornái egyre inkább a digitális platformok felé tolódnak el. Az Eurostat adatai (93) azt mutatják, hogy az elmúlt tíz év során szinte valamennyi európai uniós tagállamban emelkedett azok aránya, akik online felületeken tájékozódnak egészségügyi kérdésekben. Az Európai Unió egészében ez az arány 38%-ról (2011) 55%-ra (2022) nőtt, ami 17 százalékpontos emelkedést jelent. Magyarországon ugyanez az érték elérte a 65%-ot. Új és pillanatnyilag nehezen belátható következményekkel járó digitális egészség-információ forrás a mesterséges intelligencia (MI), amely már most meghatározó részt képvisel a tájékozódásban. Globálisan a felnőttek körülbelül harmada (32%) használ MI-technológián alapuló csevegőrobotokat egészségügyi információk vagy tanácsok keresésére. (94) Világszerte több mint 40 millió felhasználó fordul naponta a ChatGPT-hez egészségügyi témákban. (95) A lehetséges kockázatok között szerepel, a tanácsok időnként megkérdőjelezhető hitelességén túl, az egészségügyi szakemberrel való konzultáció, sőt akár a kezelés potenciális elmaradása is. (96, 97)

A technológiai fejlődés ugyan jelentősen megkönnyítette az interneten elérhető egészségügyi információkhoz való hozzáférést, ugyanakkor annak kockázatát is fokozta, hogy az emberek pontatlan vagy nem megbízható egészségügyi tartalmakkal találkozzanak. (97)

Fókuszcsoportos kutatásunk eredményei szerint az alacsony egészségértéssel rendelkező csoportok számára az egészségtudatos magatartás inkább megszokott rutinként vagy életviteli mintázatként jelenik meg, mintsem az új, esetenként divatosnak tartott irányzatok keresése, kipróbálása vagy bírálata révén. Az egészséges életmóddal

kapcsolatos kritikus szemlélet és a megbízható információk iránti igény tekintetében megfigyelhető, hogy jellemzően a már ismert, korábban bevált gyakorlatokat részesítik előnyben. Esetükben kevésbé tapasztalható a rendelkezésre álló, illetve az újonnan megjelenő – például a közösségi médiában terjedő – információk kritikus értékelése vagy megkérdőjelezése. Ritkábban keresnek egészségügyi információkat szakmai vagy orvosi weboldalakon és inkább a televízióból, a közösségi médiából, blogokból, illetve ismert személyek és influenszerek felületeiről tájékozódnak. Emellett kevésbé bíznak az egészségügyi szakemberek – például orvosok és dietetikusok – által közölt információkban, míg nagyobb bizalmat tanúsítanak a televízió, a közösségi média, a blogok, a hírességek online felületei, a baráti körük vagy akár a gyógyszergyártó vállalatok iránt. (98) A médiában megjelenő egészségügyi információk hitelességének megítélésével kapcsolatos problémák hátterében vélhetően a korábban ismertetett szociodemográfiai tényezők (idősebb életkor, alacsonyabb iskolai végzettség) mellett valószínűleg a kevésbé fejlett digitális készségek is szerepet játszanak. Ezt megerősítik korábbi kutatások, köztük a HLS19 vizsgálat eredményei, melyek a digitális egészségműveltség területén különösen jelentős különbségeket tártak fel az egyes társadalmi csoportok között. (45, 47, 98)

Ezzel szemben a megfelelő egészségértéssel rendelkező személyek gyakran fogalmaznak meg kritikát a közösségi médiában megjelenő vagy elterjedt táplálkozási és egészségügyi trendekkel kapcsolatban, és erősebb igényt mutatnak a hiteles, egyéni szükségletekre szabott tanácsadás iránt. Fenntartásokkal kezelik a népszerű egészséges életmóddal kapcsolatos információkat, és inkább szakértői forrásokra vagy saját információgyűjtésük eredményeire támaszkodnak.

A táplálkozás olyan személyes érintettséget hordozó témakör, amely erőteljesen kapcsolódik az egyéni meggyőződésekhez és mindennapi gyakorlatokhoz. Az ajánlások értékelése során ezért jelentős kockázatot jelenthetnek azok a téves elképzelések, amelyek az egyének saját hitrendszerére, vélekedéseire és tapasztalataira épülnek. A TÉT Platform Táplálkozási Ismeretek Kutatásának eredményei (99) korábban már rámutattak arra, hogy a közösségi médiában nem létezik egységes egészségszemlélet, amelyhez a felhasználók következetesen igazodhatnának. A nagy mennyiségű, gyakran nehezen feldolgozható információ, valamint ezzel párhuzamosan bizonyos területeken az információhiány egyaránt megnehezíti a megbízható és tudományosan alátámasztott

tények felismerését. Az egészségtudatos életmód iránti igény valós motivációként jelenik meg a közösségi média felhasználói körében. Ezért sokan saját élethelyzetükhöz, preferenciáikhoz és tapasztalataikhoz igazodó elképzeléseket alakítanak ki az egészséges táplálkozásról, amelyek később további információkeresésüket és ismeretszerzésüket is befolyásolják. Ezek az elképzelések azonban gyakran inkább érzelmen és hiedelmeken alapulnak, mintsem hiteles, bizonyítékokon nyugvó információkon. Az egészségügyi és táplálkozási ismeretek ellenőrzése érdekében ritkán fordulnak szakemberekhez. A prevencióval és az egészséges táplálkozással kapcsolatos kérdésekben az egészségügyi szakemberek helyett sok esetben tapasztaltnak vélt laikus személyeket tekintenek hiteles forrásnak. Míg orvos vagy dietetikus segítségét többnyire csak már fennálló betegség esetén veszik igénybe. Ez az eredmény szintén összhangban áll korábbi kutatások megállapításaival is. (100)

Az alacsony egészségműveltséggel rendelkező páciensekkel folytatott kommunikáció javítása érdekében több szakirodalmi összefoglaló is hangsúlyozza a többszintű megközelítés jelentőségét, valamint olyan gyakorlati szempontok figyelembevételét, mint a nyelvezet egyszerűsége és a vizuális megjelenítés megfelelő kialakítása. (101, 102) Mindez arra utal, hogy az egyéni terápiás megoldások – például a dietetikus és páciens közötti konzultációk – mellett rendszerszintű beavatkozásokra is szükség van, amelyek az egészségügyi, oktatási és szociális rendszereket egyaránt érintik, továbbá társadalmi szintű intézkedésekre, például népegészségügyi stratégiákra és közösségi kezdeményezésekre. Az interneten elérhető egészségügyi információk minőségének javítását több útmutató és módszertani ajánlás is támogatja, köztük a Suitability Assessment of Materials (SAM) irányelvei, valamint az e témában készült szakirodalmi áttekintések. (103, 104) Ezek segítséget nyújtanak az egészségügyi szakemberek számára abban, hogy a lakosság számára közérthető, megbízható és megfelelő minőségű digitális edukációs tartalmakat fejlesszenek.

5.3. Egészségmegőrzés vs. már kialakult betegségek kezelése

A vizsgálatunkban detektált szignifikáns kapcsolat a krónikus betegségek jelenléte és a diétás ajánlások követése között arra utal, hogy egyes személyek egy diagnózis felállítását követően nagyobb motivációt mutatnak az életmódváltás iránt. Ugyanakkor jelen kutatás

nem elemezte részletesen ezt a kérdéskört. Az eredmények mindazonáltal összhangban állnak korábbi vizsgálatok megállapításaival (100), amelyek szerint Magyarországon továbbra is hiányzik a prevenciós szemlélet. A páciensek nagyobb része csak a betegség kialakulását követően fordul dietetikushoz, jellemzően háziorvosi vagy szakorvosi javaslat alapján. Emellett egyértelműen látható, hogy az életmódváltás és a táplálásterápia eredményessége jelentős mértékben függ az egyén egészségműveltségi szintjétől. Bár a krónikus betegséggel élő személyek nagyobb valószínűséggel keresnek táplálkozási tanácsot, az egészséggel kapcsolatos információk értelmezéséhez és gyakorlati alkalmazásához szükséges készségek hiánya akadályozhatja a beavatkozások hatékonyságát és a kívánt egészségügyi eredmények elérését.

A proaktivitás és az önellátás dimenziójában megfigyelhető, hogy a korlátozott egészségértésű csoportok résztvevői kiemelt jelentőséget tulajdonítanak az önellátó tevékenységeknek, például a saját fogyasztásra történő élelmiszer-termesztésnek és -előállításnak. A rendszeres fizikai aktivitás szintén fontos része mindennapjaiknak. Azonban ez jellemzően nem szervezett sporttevékenység formájában jelenik meg, hanem a háztartási és mindennapi feladatokhoz kapcsolódik. A megfelelő egészségműveltségű csoportokban ezzel szemben – bár az önellátás értéke szintén megjelenik – nagyobb hangsúly helyeződik a tudatos, megelőzésorientált egészségmagatartásra. Ide tartozik többek között a szűrővizsgálatokon való részvétel, az étrend-kiegészítők használata, valamint speciális étrendek és az egészségesnek tartott táplálkozási gyakorlatok alkalmazása. Korábbi kutatások (35, 106) hasonló összefüggéseket tártak fel. Amelyek szerint a jobb egészségértés kapcsolatban áll a problémamegoldó megküzdési stratégiák alkalmazásával és a proaktív egészségmagatartással, például a prevenciós vizsgálatok igénybevételeivel vagy panasz esetén az egészségügyi ellátás korábbi felkeresésével.

Az életmóddal kapcsolatos rugalmasság és a megvalósítás során tapasztalt nehézségek tekintetében szintén eltérések mutatkoztak a csoportok között. A korlátozott egészségértésű résztvevők gyakran határozott, kevésbé rugalmas szemléletet képviseltek, és következetesen ragaszkodtak az általuk kialakított egészséges életmódhoz. Beszámolóikban ritkábban jelentek meg az életmódváltással vagy annak fenntartásával kapcsolatos akadályok. Ezzel szemben a megfelelő egészségértésű csoportok tagjai gyakrabban említették az egészségtudatos életvitel megvalósításának kihívásait,

dilemmáit. Az időhiány, a rendelkezésre álló energia és anyagi erőforrások korlátozottsága, valamint az új szokások hosszú távú fenntartásának nehézségei hangsúlyosabban jelentek meg hozzászólásaikban. E résztvevők gyakran kritikusabban értékelték saját teljesítményüket is, elismerve az egészséges életmód követésével járó gyakorlati kihívásokat.

5.4. Egyéni megoldások vs. közösségi támogatás

Kutatásunkban a társas és közösségi kapcsolatok – ideértve a családot, a munkahelyi környezetet, a barátokat, ismerősöket és szomszédokat – egészségmagatartásra gyakorolt hatásának vizsgálata során eltérő mintázatok rajzolódtak ki a különböző egészségértésű csoportok között. A korlátozott egészségműveltségű résztvevők az egészség megőrzésén elsősorban egyéni feladatként értelmezték, amelyben a saját döntések és az önállóan végzett tevékenységek kapnak hangsúlyt. Az egészségért való felelősségvállalás esetükben gyakran védekező megközelítésként jelenik meg, amelynek középpontjában a külső veszélyforrásokkal – például kórokozókkal, káros anyagokkal, adalékanyagokkal vagy egyéb egészségkárosítónak vélt tényezőkkel – szembeni védekezés áll.

A megfelelő egészségműveltségű csoportok esetében ezzel szemben a társas kapcsolatok és a közösségi környezet pozitív, támogató erőforrásként jelent meg. A résztvevők beszámolóí alapján a családi, baráti és közösségi kapcsolatok hozzájárulnak az egészséges életmód fenntartásához, valamint motivációt és gyakorlati segítséget nyújtanak az egészségtudatos szokások kialakításában és megőrzésében. A válaszadók gyakran említették a közeli hozzátartozók és barátok szerepét az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalában és az életmódváltás támogatásában.

A szakirodalom (105-109) szintén hangsúlyozza az egészségműveltség és a társadalmi támogatás közötti kapcsolat jelentőségét. Az alacsony egészségműveltség korlátozhatja az egyén lehetőségét arra, hogy a közösségi kapcsolatokból származó információs, érzelmi vagy gyakorlati erőforrásokat hatékonyan igénybe vegye. A társadalmi támogatás olyan összetett jelenség, amelyet általában az egyén által érzékelt és ténylegesen kapott segítség, valamint a rendelkezésre álló társas erőforrások összességéként határoznak meg. (108) Számos empirikus kutatás igazolja, hogy a kedvezőbb társadalmi támogatottsággal rendelkező személyek kisebb valószínűséggel szembesülnek fizikai és mentális egészségügyi problémákkal. Továbbá a megfelelő közösségi háttér hozzájárulhat a

sérülékeny csoportok egészségkockázatainak mérsékléséhez és a reziliencia erősítéséhez, például az információk értelmezésének és az ellátórendszerben való tájékozódásnak a támogatásával. (105, 107) Hazai adatok ugyancsak arra utalnak, hogy a társas támogatás nem csupán közvetlen kapcsolatban áll az egészségműveltséggel, hanem közvetítő szerepet is betölthet a szociodemográfiai jellemzők, a földrajzi lakóhely és az egészségműveltség közötti összefüggésekben (109). Krónikus betegségben szenvedő idősök körében a magasabb egészségműveltség és a kedvezőbb társas támogatottság alacsonyabb depressziós tünetterheléssel és kisebb elesettséggel mutatott összefüggést, ami arra utal, hogy e tényezők együttesen is hozzájárulhatnak a sérülékenység mérsékléséhez. (107)

A kutatás eredményei és a szakirodalmi adatok összességében arra engednek következtetni, hogy a megfelelő egészségműveltség nem kizárólag az egyéni információkezelési képességekkel függ össze, hanem azzal is, hogy az egyén mennyire képes felismerni, elérni és az egészségmagatartás szolgálatába állítani a társas környezetében rendelkezésre álló erőforrásokat. Ez egyben azt is jelzi, hogy az egészségfejlesztési és dietetikai intervenciókban az egyéni kompetenciák fejlesztése mellett indokolt lehet a családi, kortársi és közösségi támogató hálózatok tudatos bevonása is.

5.5. Táplálkozási ajánlások - általános vs. egyéni táplálkozási tanácsok

A kutatás eredményei alapján az OKOSTÁNYÉR® ismertsége a vizsgált mintában alacsonynak bizonyult. A válaszadók mindössze ötöde számolt be arról, hogy ismeri a hazai táplálkozási ajánlást. Az útmutató ismertségében egyes társadalmi-demográfiai tényezők mentén eltéréseket detektáltunk. A nők körében szignifikánsan magasabb volt az ajánlás ismertsége, mint a férfiaknál, bár a kapcsolat erőssége gyengének bizonyult. Az életkor és az iskolai végzettség esetében statisztikailag nem igazolható, ugyanakkor jól kirajzolódó tendencia volt megfigyelhető. A 30–49 év közötti korosztályok, valamint a felsőfokú végzettséggel rendelkezők nagyobb arányban ismerték az ajánlást, mint a többi csoport.

Az OKOSTÁNYÉR®-t ismerő személyek között ugyanakkor többségben voltak a korlátozott egészségműveltségű válaszadók. Ami arra utal, hogy az ajánlás elérése önmagában nem feltétlenül jár együtt magasabb egészségműveltségi szinttel. Emellett a

krónikus betegséggel élők körében az ajánlás ismertsége valamivel magasabb volt, mint a teljes mintában. Ez alapján feltételezhető, hogy az egészségügyi ellátórendszerrel való gyakoribb kapcsolat, a dietoterápiás konzultáción való részvétel vagy a betegségek kezelése során kapott információk hozzájárulhatnak a táplálkozási ajánlásokkal kapcsolatos tájékozottság növekedéséhez. A kvalitatív eredmények tovább árnyalják ezt a képet. A megfelelő egészségértésű résztvevők fele számolt be arról, hogy korábban találkozott az OKOSTÁNYÉR® ajánlással, míg a korlátozott egészségműveltségű csoportokban ez az arány mindössze 16,6% volt. Ez arra utalhat, hogy az egészségértés nemcsak az egészséggel kapcsolatos információk feldolgozásában, hanem azok elérésében és felismerésében is szerepet játszhat. A kutatás megállapításai ugyanakkor egyértelműsítik, hogy az OKOSTÁNYÉR® lakossági ismertségének növelése továbbra is fontos népegészségügyi feladat.

Az ajánlás kommunikációs elemeinek értékelése során valamennyi csoport pozitívan fogadta az ajánlást kidolgozó szakmai szervezet nevének és logójának megjelenítését, mivel azt a hitelesség egyik garanciájának tekintették. Ugyanakkor a korlátozott egészségértésű csoportokban az MDOSZ megnevezésének értelmezése több esetben bizonytalannak bizonyult. Ez arra utal, hogy a szervezet ismertsége a lakosság körében limitált lehet, mely megállapítás összhangban áll a korábbi kérdőíves felmérésekkel. (100) Érdekes megfigyelés volt továbbá, hogy a résztvevők figyelme elsősorban az ajánlás tartalmára irányult, míg annak formai megjelenése kevésbé került a fókuszba. A vizuális kialakítással kapcsolatos észrevételek főként a megfelelő egészségértésű csoportokban jelentek meg. Itt a résztvevők gyakran hasonlították az OKOSTÁNYÉR®-t korábbi táplálkozási modellekhez, például a táplálkozási piramishoz. Ez arra enged következtetni, hogy e csoport tagjai szélesebb körű előzetes táplálkozási ismeretekkel rendelkeztek.

A fókuszcsoportos beszélgetések egyik legfontosabb tanulsága az volt, hogy a résztvevők az ajánlást elsősorban nem kommunikációs eszközként, hanem szakmai tartalmú útmutatóként értelmezték. Véleményeik és reflexióik döntően az ajánlásban szereplő javaslatok tartalmára irányultak, amelyeket saját tapasztalataik, egészségi állapotuk vagy táplálkozási meggyőződéseik alapján értékelték. A megfogalmazott kritikák és javaslatok jelentős része a személyre szabott tanácsadás iránti igényt tükrözte. Többen

hangsúlyozták, hogy az általános lakossági ajánlások részeként szükség lenne az egyéni egészségi állapothoz, betegségekhez vagy speciális étrendekhez igazított útmutatásra.

Ezzel szemben az élelmiszeralapú táplálkozási ajánlások elsődleges célja, hogy népegészségügyi szinten befolyásolják a lakosság tápanyagbevitelét, figyelembe véve az adott populációra jellemző egészségügyi, ételviselkedési, társadalmi és kulturális sajátosságokat, valamint a rendelkezésre álló táplálkozástudományi bizonyítékokat. (110) Ebből következően ezek az ajánlások csak korlátozott mértékben alkalmazhatók direkt módon az egyén szintjén az egészség megőrzése, de még inkább dietoterápiás célok esetén. Azok egyéni adaptációjához dietetikus szakember közreműködése szükséges. A táplálkozási intervenciós folyamat (NCP, Nutrition Care Process) kiindulópontját a részletes táplálkozási anamnézis felvétele jelenti. Ennek során a környezeti tényezők, a motiváció, az ismeretek szintje és az attitűdök feltárása hozzájárul a táplálkozási problémák azonosításához. Emellett alapvető jelentőségű a dietetikai tanácsadás, a problémákra épülő dietetikai diagnózis, valamint a személyre szabott terápiás terv kidolgozása szempontjából. (50)

Összefoglalás

Egyértelműen megállapítható, hogy az egészségműveltség meghatározó szerepet játszik a táplálkozási ajánlások megértésében, alkalmazásában és ezáltal a páciens központú dietetikai ellátás eredményességében. A kutatás eredményei szerint a mintába bekerült magyar felnőtt lakosság jelentős része (77,4%) korlátozott egészségműveltséggel rendelkezik, ami különösen az alacsonyabb iskolai végzettségű és idősebb korú csoportok esetében jelent kihívást. A korlátozott egészségértésű személyek számára nehezebb a médiában megjelenő egészségügyi információk hitelességének megítélése, kevésbé jellemző rájuk a kritikus információfeldolgozás, és nagyobb mértékben támaszkodnak informális forrásokra. Ezzel szemben a magasabb egészségműveltségű csoportok tudatosabb, inkább prevencióorientált magatartást mutatnak, gyakrabban keresnek hiteles szakmai forrásokat, és nagyobb igényt fogalmaznak meg az egyénre szabott tanácsadás iránt. A kvalitatív eredmények rámutattak arra is, hogy a páciensek az általános táplálkozási ajánlások mellett elsősorban személyre szabott, betegségekhez igazított útmutatást várnak, ami alátámasztja a dietetikusok kulcsszerepét az ajánlások egyéni adaptációjában. Az egészségműveltség fejlesztése, a közérthető kommunikáció, valamint

a társadalmi támogatás erősítése elengedhetetlen a táplálkozási intervenciók hatékonyságának javításához, a krónikus betegségek megelőzéséhez és a betegközpontú ellátás gyakorlati megvalósításához.

5.6. A kutatás erősségei és korlátai

A vizsgálat számos erősséggel rendelkezik.

1) A kutatás ismereteink szerint hazánkban és nemzetközi szinten egyaránt elsőként nyújt komplex, adatalapú információt a táplálkozási ajánlások sikeres alkalmazásának buktatóiról, azáltal, hogy betekintést ad azok érthetőségét, gyakorlati alkalmazását meghatározó tényezőkbe az egészségértés szűrőjén át.

2) A vizsgálat külön említést érdemlő erőssége az alkalmazott módszer komplexitása, a kvantitatív és kvalitatív mérőeszközök egymásra épülő használata, amely lehetőséget teremtett a kvantitatív kutatásban detektált jelenségek mélyebb, értelmező elemzésére.

3) A kutatásból származó információk közvetlenül hasznosíthatók a klinikai dietetikai gyakorlat és edukáció, valamint a populációs szintű táplálkozási ajánlások fejlesztése során, így direkt módon hozzájárulnak azok hatékonyságának javításához. Ezen túl a vizsgálat konklúzióin alapuló javaslatok beépíthetők egy társadalmilag igazságosabb egészségpolitikai stratégia kialakítását célzó javaslatokba.

4) Az alkalmazott módszertannak köszönhetően a vizsgálat egyes eredményei összevethetők más hazai és nemzetközi kutatások megállapításaival, ami megteremti a trendek elemzésének, az adatok nemzetközi összevetésének lehetőségét.

Ugyanakkor fontos felhívni a figyelmet a vizsgálat bizonyos korlátaira, melyek részben a választott vizsgálati módszerekből, részben pedig a minta sajátosságaiból adódnak.

1) A HLS-EU-Q47 kérdőív az egészséggel kapcsolatos különböző információkezelési feladatok észlelt nehézségét négyponthoz önértékelő skálán (nagyon könnyű, könnyű, nehéz, nagyon nehéz) méri. Az eszköz az egyén egészségműveltségi szintjét a személyes kompetenciák, valamint az adott helyzetekben jelentkező követelmények közötti viszony alapján határozza meg. Az eredmények értelmezésekor lényeges módszertani szempont, hogy a kérdőív nem objektív módon vizsgálja a tényleges teljesítményt, hanem a válaszadók saját képességeikről és az egyes feladatok nehézségéről alkotott szubjektív

értékelésére épül. Ennek következtében a mérőeszköz az egészségműveltségnek elsősorban az önértékelésen alapuló dimenziójáról nyújt információt. Az észlelt nehézséget továbbá olyan helyi és kulturális sajátosságok is befolyásolhatják, mint az egészségügyi rendszer szerkezete, működése, hozzáférhetősége, valamint a betegutak kialakítása és átláthatósága. Mindezek hatással lehetnek arra, hogy a válaszadók mennyire ítélik könnyűnek vagy nehéznek az egyes egészségügyi feladatok elvégzését. E tényezőket ezért a kutatási eredmények interpretációja, valamint a különböző populációkban végzett vizsgálatok adatainak összevetése során egyaránt mérlegelni szükséges, különös tekintettel a nemzetközi összehasonlításokra.

2) Az adatgyűjtés során alkalmazott CAWI módszer a HLS19 vizsgálati protokollja szerint elfogadott adatfelvételi eljárásnak számít. (111) Az adatfelvétel egy már működő online panel segítségével történt, ami azzal a kockázattal járhat, hogy a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező és digitálisan aktívabb személyek felülreprezentáltak a mintában. Ezt tükrözi az is, hogy az alacsony iskolai végzettségű válaszadók aránya a mintában mindössze 3,6% volt. A fókuszcsoportos beszélgetések során alkalmazott kérdéssor nem tartalmazott az iskolai végzettségre, illetve a társadalmi-gazdasági helyzetre vonatkozó célzott kérdéseket. Ugyanakkor a résztvevők válaszaiból és a diskurzus során megjelenő információkból arra lehet következtetni, hogy a mintában sem a társadalom legkedvezőtlenebb helyzetű, sem a kiemelkedően magas státuszú csoportjai nem képviseltették magukat.

3) További korlátot jelent, hogy a minta nem került súlyozásra bizonyos népességi jellemzők – például az etnikai összetétel – figyelembevételével.

4) Végül fontos megemlíteni, hogy a fókuszcsoportos vizsgálatból származó eredmények csak limitált mértékben alakíthatók át kvantitatív, statisztikailag elemezhető adatokká. A megállapítások általánosíthatóságát a viszonylag alacsony elemszám, valamint a csoportos beszélgetések során esetlegesen kialakuló csoportdinamikai hatások is korlátozhatják.

5.7. Kutatási hipotézisek és kutatási kérdések vizsgálata

H1. Az OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismerete magasabb egészségértési szinttel, valamint jobb egészségértés-alindexek szerint felmért kompetenciákkal párosul.

Kvantitatív kutatásunk eredménye összességében a korlátozott egészségértésű csoportoknál mutatta az útmutató létezésének magasabb ismertségét, hiszen az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlást ismerő válaszadók (104 fő) közül legtöbben a problémás (44 fő) és az elégtelen (32 fő) egészségműveltségű csoportokhoz tartoztak.

A hipotézis teszteléséhez két független mintás t-próbát alkalmaztunk. Feltételezéseink csak egy esetben igazolódtak. A t-próba eredményei alapján megfigyelhető tendencia szerint azok, akik ismerik az OKOSTÁNYÉR®-t jobb átlagos kompetenciával rendelkeztek mindegyik információs dimenzióban, kivéve az információ alkalmazásnál a prevenció és az egészségfejlesztés területén. Az egészségügyi rendszer területén az ajánlás ismerete egy információs kompetencia, az információszerzés, esetében mutatott szignifikáns eltérést ($p=0,025$) az OKOSTÁNYÉR®-t ismerő (2,790) és nem ismerő (2,661) válaszadó csoport kompetenciaértékelésében. A t-próba eredményeit az Eredmények fejezetben megtalálható 4. táblázat részletesen is bemutatja.

A fókuszcsoportos beszélgetésekben ugyanakkor a megfelelő egészségértésű résztvevők gyakrabban számoltak be arról, hogy korábban találkoztak az ajánlással. A vizsgálat megállapításai az egészségértés és a táplálkozási ajánlások ismertsége közötti kapcsolat esetében összességében arra utalnak, hogy az ajánlás elérése önmagában nem feltétlenül jár együtt magasabb egészségműveltséggel, valamint rávilágítanak az egészségértés befolyásoló szerepére a táplálkozási információk feldolgozásában, elérésében és felismerésében. A H1 hipotézis nem igazolódott.

H2. A magasabb egészségértési szint a táplálkozási információk értékelésének jobb képességével jár együtt, különösen a médiából származó információk hitelességének megítélésében, emellett nagyobb mértékű az evidenciákon alapuló szakmai és tudományos információforrások használata, valamint jellemzőbb a táplálkozási ajánlások kritikus megközelítése.

A H2 hipotézis tesztelését egyszempontos varianciaelemzéssel végeztük el. Az eredmények igazolják, hogy a korlátozott egészségértésű válaszadók szignifikánsan

($p < 0,001$) alacsonyabb szintű kompetenciával rendelkeznek az egészséggel kapcsolatos információs dimenziók (hozzáférés, megértés, feldolgozás, alkalmazás) tekintetében. Az adatok rávilágítanak arra, hogy mindkét klaszter, de különösen a korlátozott egészségértésű csoport egészséginformációs kompetenciái az információk alkalmazásában a legalacsonyabbak, főként a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés területén. Az eredményeket a 3. táblázat és a 9. ábra mutatja be részletesen.

Az egészségértési alindexek vizsgálata emellett rámutatott, hogy a médiából származó információk hitelességének megítélésében az egyes egészségértési klaszterek között különösen nagy differenciák ($p < 0,001$) detektálhatók. A H2 hipotézis igazolódott.

Tendenciájában ezt erősítették meg kvalitatív felmérésünk megállapításai is. A korlátozott egészségműveltség esetén jellemzőnek bizonyult a kevésbé hiteles forrásokból történő tájékozódás, amelyet tovább terhel, hogy a megszerzett információk kritikus értékelése vagy megkérdőjelezése is kevésbé valósul meg. Ezzel szemben a megfelelő egészségértéssel rendelkező személyek gyakran fogalmaznak meg kritikát a közösségi médiában megjelenő vagy elterjedt táplálkozási és egészségügyi trendekkel kapcsolatban, és erősebb igényt mutatnak a hiteles, egyéni szükségletekre szabott tanácsadás iránt. Fenntartásokkal kezelik a népszerű egészséges életmóddal kapcsolatos információkat, és inkább szakértői forrásokra vagy saját információgyűjtésük eredményeire támaszkodnak.

K1. Nagyobb valószínűséggel alakítanak-e ki az alacsony egészségműveltségű személyek olyan, saját tévhitekre, hiedelmekre és személyes tapasztalatokra épülő táplálkozási elméleteket, amelyek eltérhetnek a bizonyítékokon alapuló ajánlásoktól?

Vizsgálatunk az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás tartalmával kapcsolatos kvalitatív elemzése során egészségműveltségi szinttől függetlenül megfigyelhető volt, hogy a résztvevők saját tapasztalataikra, életmódjukra és meggyőződéseikre támaszkodva igyekeztek kiegészíteni, pontosítani, illetve egyes esetekben módosítani az útmutatóban szereplő javaslatokat. Mind a négy fókuszcsoportban megjelent például a tejjel és a gabonákkal (gluténal) kapcsolatos kritikai észrevétel. Ez a megfigyelés összhangban van korábbi vizsgálatok (99) következtetéseivel, melyek szerint jellemző a táplálkozás személyes, involváló jellege miatt a saját élethelyzetre, tudásra, hitrendszerre reflektáló teóriák kialakítása.

K2. Milyen különbségek figyelhetők meg a magasabb és az alacsonyabb egészségműveltségű személyek egészségmagatartását meghatározó megküzdési stratégiák között?

Korábbi kutatások (35, 106) rávilágítottak az egészségműveltség meghatározó szerepére az egészségmagatartásban. Ezek a tanulmányok összefüggést tártak fel a magasabb egészségértés és a problémamegoldó megküzdési stratégiák alkalmazása, illetve a proaktív egészségmagatartással, mint például a prevenció vizsgálatok igénybevétele vagy a korábbi orvoshoz fordulás között. Kvalitatív vizsgálatunk megerősítette ezt a kapcsolatot. Míg a korlátozott egészségértésű csoportok résztvevői esetében jellemzőbbnek bizonyultak az önellátó tevékenységek, addig megfelelő egészségműveltség esetén nagyobb hangsúly helyeződött a tudatos, megelőzésorientált egészségmagatartásra (pl. szűrővizsgálatok, egészségesnek tartott táplálkozási gyakorlatok alkalmazása).

K3. Nagyobb igény mutatkozik-e az egyszerűsített, gyakorlatorientált táplálkozási ajánlások iránt az alacsonyabb egészségműveltségű személyek körében?

A fókuszcsoportos vizsgálatban egészségértéstől függetlenül megfigyelhető tendencia volt, hogy az útmutató formájára kevésbé reagáltak. Egyes észrevételek, például az élelmiszer-grafikák fotóval történő helyettesítése mindenhol megjelentek, ahogyan a személyre, egyéni egészségi állapotra szabás igénye is. Ugyanakkor a korlátozott egészségértésű csoportok jobban artikulálták a mennyiségi javaslatok, receptek, menüajánlások, konkrét ételadagok szerepeltetésének szükségességét.

K4. Összefügg-e az egészségértés szintje a társas támogatás egészségmegőrzésben betöltött szerepével, és a magasabb egészségértésű személyek nagyobb mértékben támaszkodnak-e közösségi és társas erőforrásokra?

Eredményeink alapján a társas és közösségi kapcsolatok szerepének megítélése eltér a különböző egészségműveltségű csoportok között. A korlátozott egészségműveltséggel rendelkező résztvevők az egészség megőrzését elsősorban egyéni felelősségként értelmezték, amelyben a külső egészségkockázatokkal szembeni védekezés kap hangsúlyt. Ezzel szemben a megfelelő egészségműveltségű csoportok a családi, baráti és közösségi kapcsolatokat fontos támogató erőforrásként azonosították, amelyek

motivációt, információt és gyakorlati segítséget nyújtanak az egészséges életmód fenntartásában. A megállapítások összhangban állnak a szakirodalommal (105-109), amely szerint az egészségműveltség szoros kapcsolatban áll a társadalmi támogatás hatékony igénybevételével. A kedvező társas támogatottság bizonyítottan hozzájárul a jobb fizikai és mentális egészségi állapothoz, valamint csökkentheti a sérülékeny csoportok egészségkockázatait és erősítheti alkalmazkodóképességüket. (105-107)

6. Következtetések

6.1. A kutatás főbb következtetései

A kutatás eredményei megerősítik, hogy az egészségműveltség az életmódterápia és a dietetikai intervenciók eredményességét meghatározó kulcstényezők egyike. Az egészségműveltség nem csupán az egészséggel kapcsolatos információk megszerzésének és értelmezésének képességét befolyásolja, hanem az egészségmagatartást, a döntéshozatali folyamatokat, valamint a táplálkozási ajánlások mindennapi gyakorlatba történő átültetését is. Az egészségértés fejlesztése lehetővé teszi az egyének számára a proaktív, problémamegoldó megküzdési stratégiák elsajátítását, ezáltal növeli az egyének rezilienciáját és hozzájárul egészségi állapotuk javításához. Vizsgálatunk eredményei alapján megállapítható, hogy az egészségműveltség a betegközpontú dietetikai ellátás egyik alapvető meghatározó tényezője, amely jelentős hatást gyakorol az egyének táplálkozási döntéseire, az egészségügyi információk feldolgozására és a táplálkozási ajánlások gyakorlati alkalmazására.

Adataink rámutatnak arra, hogy a magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége jelentős fejlesztést igényel, mivel a válaszadók több mint háromnegyede az elégtelen vagy problémás egészségműveltségi kategóriába tartozott. Az egészségműveltség szintjét elsősorban az iskolai végzettség, az életkor és az anyagi helyzet befolyásolta. Különösen sérülékeny csoportot jelentenek az alacsonyabb iskolai végzettségű, idősebb és kedvezőtlenebb szociális helyzetű személyek, akik esetében fokozottan szükségesek a célzott egészségfejlesztési és edukációs beavatkozások. Eredményeink összhangban állnak a nemzetközi szakirodalommal (71, 84), amely szerint a társadalmi-gazdasági hátrányok és az alacsony egészségműveltség egymást erősítő tényezőként járulnak hozzá az egészség-egyenlőtlenségek fennmaradásához.

A kutatás eredményei egyértelműen alátámasztják a betegközpontú ellátás (PCC) és a személyre szabott táplálkozási megközelítések jelentőségét. Az egyes etnikai csoportok és társadalmi rétegek egészségműveltségében meglévő különbségek figyelembevétele nélkül a táplálkozási tanácsadás hatékonysága jelentősen korlátozott lehet. A betegközpontú ellátás alapelveivel összhangban a dietetikai intervenciók során nem elegendő pusztán az ismeretek átadása, hanem figyelembe kell venni az egyén információfeldolgozási képességeit, motivációit, tapasztalatait és egészségügyi

szükségeit is. A WHO állásfoglalásával (34) összhangban minden információszolgáltató – beleértve a döntéshozókat, a civil szervezeteket és az egészségügyi szolgáltatókat – közös felelősséggel tartozik azért, hogy a lakosság számára megbízható, érthető és a gyakorlatban alkalmazható egészségügyi információk álljanak rendelkezésre.

A kvantitatív vizsgálat eredményei arra is rámutattak, hogy az alacsony egészségműveltséggel rendelkező személyek számára különösen nagy kihívást jelent az egészségügyi és prevenciós információk hitelességének megítélése. Ez különösen fontos megállapítás a digitális információs környezet gyors fejlődésének időszakában, amikor az internet, a közösségi média és a mesterséges intelligencia által generált tartalmak egyre meghatározóbb szerepet töltenek be az egészséggel kapcsolatos információszerzésben. A hiteles és félrevezető információk közötti különbségtétel képessége a jövőben várhatóan még fontosabb egészségkompetenciává válik, ezért a digitális és kritikai egészségműveltség fejlesztése kiemelt népegészségügyi feladatként jelenik meg.

A fókuszcsoportos vizsgálat eredményei tovább árnyalták a kvantitatív kutatás megállapításait és rámutattak arra is, hogy az egészségműveltség nem kizárólag a tudásszinttel, hanem az egészséghez való viszonyulással, az információforrások megválasztásával, valamint a döntéshozatali és megküzdési stratégiákkal is szoros összefüggésben áll. A magasabb egészségműveltségű résztvevőknél erőteljesebben jelent meg a proaktív egészségmagatartás, a kritikus információértékelés és a szakmai forrásokba vetett bizalom, míg az alacsonyabb egészségműveltségű csoportokban nagyobb szerepet kaptak a megszokások, a személyes tapasztalatok és a laikus információforrások. E különbségek arra utalnak, hogy az egészségműveltség fejlesztése nem korlátozódhat az információátadásra, hanem ki kell terjednie a kritikai gondolkodás, az önálló döntéshozatal és az egészségügyi információk értékelésének támogatására is.

A kutatás további fontos tanulsága, hogy a táplálkozási ajánlások kommunikációja során jelentős eltérés mutatkozhat az ajánlások fejlesztőinek szándéka és a lakosság értelmezése között. Eredményeink szerint sokan személyre szabott útmutatást várnak az általános, populációs szintű táplálkozási ajánlásoktól, miközben azok elsődleges célja a népességszintű egészségfejlesztés támogatása. Ez a jelenség rámutat arra, hogy a lakosság számára gyakran nem egyértelmű a különbség az általános táplálkozási ajánlások és az

egyenre szabott dietoterápia között. A megállapítás tovább erősíti a dietetikusok szerepének jelentőségét az általános ajánlások egyéni szükségletekhez történő adaptálásában, valamint a táplálkozási üzenetek megfelelő értelmezésének támogatásában. A kutatás eredményei alapján levonható fő következtetéseket a 17. ábra foglalja össze.

A kutatás következtetései

KVANTITATÍV VIZSGÁLAT KÖVETKEZTETÉSEI



A magyar felnőtt lakosság több mint háromnegyedének (77%) egészségértési szintje elégtelen vagy problémás – jelentős fejlesztési igény mutatkozik.



Az egészségértést leginkább az iskolai végzettség, az életkor és az anyagi helyzet befolyásolja. Különösen sérülékenyek az alacsonyabb iskolai végzettségű, idősebb és kedvezőtlenebb szociális helyzetű személyek.



Az alacsony egészségértésűek számára nagy kihívást jelent az egészségügyi és prevenció információk hitelességének megítélése, különösen a digitális térben.



Az egészségértés kulcsszerepet játszik az egészségmagatartásban, a döntésekben és a táplálkozási ajánlások gyakorlati alkalmazásában.

KVALITATÍV VIZSGÁLAT KÖVETKEZTETÉSEI



Az egészségértés nem kizárólag a tudásszinttel, hanem az egészséghez való viszonyulással, az információforrások megválasztásával, valamint a döntéshozatali és megküzdési stratégiákkal is szoros összefüggésben áll.



A magasabb egészségértésű résztvevőkre jellemzőbb a proaktív egészségmagatartás, a kritikus információértékelés és a szakmai forrásokba vetett bizalom.



Az alacsonyabb egészségértésű csoportokban nagyobb szerepet kaptak a megszokások, a személyes tapasztalatok és a laikus információforrások.



Az egészségértés fejlesztése nem érhet véget az információ átadásánál: ki kell terjednie a kritikai gondolkodás, az önálló döntéshozatal és az információk értékelésének támogatására is.

KÖZÖS TANULSÁGOK



Páciensközpontú megközelítés

Az egyén szükségleteinek, képességeinek és motivációinak figyelembevétele nélkül a tanácsadás hatékonysága jelentősen csökkenhet.



Személyre szabott kommunikáció

Nem elegendő az ismeretek átadása, igazodni kell az egészség-információs kompetenciákhoz és az egyéni körülményekhez.



Széleskörű felelősség

A megbízható, érthető és a gyakorlatban alkalmazható információk biztosítása közös feladat.



Ajánlások pontos értelmezése

Fontos elkülöníteni az általános, populációs szintű táplálkozási ajánlásokat és a személyre szabott dietoterápiát.



Egészségértés fejlesztése

Célzott, komplex beavatkozások szükségese, különös tekintettel a sérülékeny csoportokra és a digitális, kritikai egészségértés erősítésére.

Az egészségértés fejlesztése alapvető feltétele a táplálkozási ajánlások hatékonyabb átadásának és a páciensközpontú dietetikai ellátás megvalósulásának.

17. ábra: A kutatás fő következtetéseinek összefoglalása (saját szerkesztés)

6.2. Javaslatok

6.2.1. Javaslatok a dietetikai gyakorlat számára

A kutatás eredményei arra utalnak, hogy a dietetikai ellátásban kiemelt szerepe van a hiteles, szakember által biztosított, egyéni szükségletekhez igazított tanácsadásnak. Emellett különösen fontos olyan kommunikációs módszerek és edukációs eszközök alkalmazása, amelyek a korlátozottabb egészségműveltséggel rendelkező személyek számára is könnyen érthetők, értelmezhetők és a mindennapi gyakorlatban jól hasznosíthatók. A dietetikusok szerepe túlmutat a táplálkozási ismeretek átadásán, hiszen fontos feladatuk a félrevezető információk és tévhitek felismerése, azok szakmailag megalapozott korrekciója, valamint a páciensek egészségtudatos döntéshozatali és önmenedzselési készségeinek fejlesztése. Ugyancsak lényeges az információs egyenlőtlenségek mérséklése és a folyamatos szakmai párbeszéd fenntartása annak érdekében, hogy a táplálkozással kapcsolatos attitűdök és normák alakításában a hiteles szakmai szervezetek váljanak elsődleges referenciaponttá.

6.2.2. Az egészségműveltség integrálása a dietetikai ellátás folyamatába

Vizsgálatunk megállapításai alapján indokolt lehet az egészségműveltség szempontjainak integrálása a dietetikai intervenciók folyamatba. A Nutrition Care Process (NCP) első lépéseként alkalmazott táplálkozási anamnézis felvétele során az egészségműveltség szintjének felmérése értékes információkat szolgáltat az egészségügyi szakemberek számára és hozzájárulhat a dietoterápia, valamint a betegoktatás hatékonyságának növeléséhez. Ma már rendelkezésre állnak olyan megbízható, magyar nyelven is validált, akár rövid, gyorszűrésre is alkalmas kérdőívek (43, 112, 113), melyek lehetővé teszik az egészségértés egyszerű vizsgálatát. Amennyiben a szisztematikus szűrés nem valósítható meg az ellátás során, akkor is célszerű figyelembe venni az alacsony egészségműveltség kockázatát, a veszélyeztetett csoportok esetében különösen.

6.2.3. Lakossági kommunikáció és edukáció fejlesztése

A digitális és kritikai egészségműveltség fejlesztése érdekében az egészségügyi szakembereknek olyan kommunikációs módszereket szükséges alkalmazniuk, amelyek egyszerű, közérthető és hiteles formában közvetítik az egészségüzeneteket. Különösen fontos a sérülékeny csoportok elérése, valamint olyan edukációs programok kialakítása,

amelyek támogatják az egészségügyi információk értelmezését, értékelését és gyakorlati alkalmazását. A kommunikációs eszközök és kezdeményezések fejlesztésének ki kell terjednie a digitális platformokra – azon belül a mesterséges intelligencia biztonságos alkalmazásának kérdéseire is –, mivel a lakosság egyre nagyobb arányban használ online forrásokat egészségügyi információszerzés céljából. Az egészséggel kapcsolatos ismeretek – ideértve a táplálkozással és az életmóddal összefüggő tudást – az iskolai oktatásba történő korai, minél tudatosabb és gyakorlatiasabb beépítése hatékony eszközt jelenthet az egészségműveltség fejlesztésében, az egészség megőrzésében, a krónikus betegségek előfordulásának mérséklésében, valamint a már kialakult betegségek esetén a dietetikai intervenció eredményességének támogatásában.

6.2.4. Javaslatok a táplálkozási ajánlások fejlesztésére

A táplálkozási ajánlások – így az OKOSTÁNYÉR® – rendszeres felülvizsgálata, valamint több szintű és differenciált kommunikációs változatainak kidolgozása hozzájárulhat ahhoz, hogy azok az alacsonyabb egészségműveltségű csoportok számára is könnyebben hozzáférhetővé és alkalmazhatóvá váljanak. A jövőben indokolt lehet olyan kommunikációs és edukációs eszközök fejlesztése, amelyek a különböző egészségműveltségi szintekhez igazodva segítik a táplálkozási ajánlások gyakorlati értelmezését és alkalmazását. Az alacsony egészségműveltségű populációs csoportok számára az általános iránymutatás mellett praktikus – például az élelmiszerválasztást, a konyhatechnikát, az adagolást még egyértelműbben bemutató – modern, a digitális információszerzési szokásokhoz igazodó háttéranyagok kialakítása is elengedhetetlen.

6.2.5. Egészségpolitikai és szakképzési javaslatok

Rendszerszinten szükséges az egészségműveltség szempontjainak integrálása az egészségpolitikai döntéshozatalba, a szakmai irányelvek fejlesztésébe és az egészségügyi szakemberképzésbe. Emellett szükséges az egészségműveltség fejlesztését célzó, életúton átívelő népegészségügyi programok kialakítása, valamint az egészségügyi szakemberek kommunikációs és edukációs kompetenciáinak további fejlesztése. E beavatkozások hosszú távon hozzájárulhatnak a lakosság egészségkompetenciáinak erősítéséhez, egy társadalmilag igazságosabb ellátási rendszer kialakításához, valamint az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez.

7. Összefoglalás

A krónikus, nem fertőző betegségek Magyarországon is a vezető halálokok közé tartoznak, kialakulásukban pedig meghatározó szerepet játszik a táplálkozás. Bár rendelkezésre állnak tudományos bizonyítékokon alapuló táplálkozási ajánlások, azok hatékony alkalmazását jelentősen befolyásolja az egyének egészségműveltsége. A korszerű dietetikai ellátás egyre nagyobb hangsúlyt helyez a betegközpontú szemléletre és a személyre szabott tanácsadásra, amelyek alapfeltétele a páciensek önmenedzselési kompetenciáinak fejlesztése. A disszertáció célja annak vizsgálata volt, hogy milyen összefüggések figyelhetők meg az egészségműveltség, valamint az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás értelmezése és alkalmazhatósága között.

A kutatás két egymásra épülő szakaszból állt. Az első országos reprezentatív kérdőíves vizsgálat a hazai felnőtt lakosság egészségműveltségét mérte fel. Ezt követően fókuszcsoporthoz tartozó interjúk során vizsgáltuk az ajánlás érthetőségét, gyakorlati alkalmazhatóságát, valamint az egészséges táplálkozással kapcsolatos attitűdöket és információszerezési szokásokat a különböző egészségértésű klaszterekben.

Az eredmények szerint a válaszadók több mint háromnegyede korlátozott egészségműveltséggel rendelkezett. Az egészségműveltség szintjét elsősorban az iskolai végzettség, az életkor és az anyagi helyzet befolyásolta. Az alacsonyabb egészségműveltségű csoportok számára nagyobb nehézséget jelentett az egészségügyi információk hitelességének megítélése és a preventív döntések meghozatala. A vizsgálatban a magasabb egészségműveltség a hiteles információforrások tudatosabb keresésével, az egészséggel kapcsolatos tartalmak kritikusabb értékelésével és proaktívabb, inkább preventív szemléletű egészségmagatartással párosult.

Eredményeink megerősítik, hogy a dietetikai intervenciók sikeressége nem kizárólag a szakmai ajánlások minőségén múlik, hanem azon is, mennyire illeszkednek a páciensek egészségértéséhez, szükségleteihez és élethelyzetéhez. A dietetikusok szerepe túlmutat az ismeretátadáson: fontos feladatuk a tévhitek korrekciója, az önmenedzselési készségek fejlesztése, a kritikus információértékelés támogatása és a hiteles információforrások közvetítése. Az egészségműveltséget figyelembe vevő, betegközpontú dietetikai ellátás hozzájárulhat a krónikus betegségek megelőzéséhez, az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentéséhez és a lakosság életminőségének javításához.

7.1. Summary

Chronic, noncommunicable diseases are among the leading causes of death in Hungary as well, and diet plays a decisive role in their development. Although evidence-based dietary recommendations are available, their effective implementation is significantly influenced by individuals' health literacy. Modern dietary care places increasing emphasis on a patient-centred approach and personalized counselling, both of which require the development of patients' self-management skills. This dissertation aimed to examine the relationships between health literacy and the understanding and applicability of the OKOSTÁNYÉR® dietary guidelines.

The research consisted of two interrelated phases. The first, a nationally representative questionnaire survey, assessed the health literacy of the adult population in Hungary. Subsequently, through focus group interviews, we examined the comprehensibility and practical applicability of the guidelines, as well as attitudes toward healthy eating and information-seeking habits across different health literacy clusters.

According to the results, more than three-quarters of respondents had limited health literacy. The level of health literacy was primarily influenced by educational attainment, age, and financial status. Groups with lower health literacy found it more difficult to assess the credibility of health information and to make preventive decisions. In the study, higher health literacy was associated with a more conscious search for credible information sources, a more critical evaluation of health-related content, and a more proactive, preventive approach to health behaviour.

Our findings confirm that the success of dietary interventions depends not only on the quality of professional recommendations but also on how well they align with patients' health literacy, needs, and life circumstances. The role of dietitians extends beyond the transfer of knowledge: their key tasks include correcting misconceptions, developing self-management skills, supporting critical evaluation of information, and providing access to credible information sources. Patient-centred dietary care that takes health literacy into account can contribute to the prevention of chronic diseases, the reduction of health disparities, and the improvement of the population's quality of life.

8. Irodalomjegyzék

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; c2024 [cited 2026 Feb 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. GBD 2021 Adult BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of adult overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2025 Mar 8;405(10481):813-838. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00355-1. Epub 2025 Mar 3. Erratum in: *Lancet*. 2025 Aug 23;406(10505):810. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01722-2. PMID: 40049186; PMCID: PMC11920007.
3. GBD 2021 Adolescent BMI Collaborators. Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990-2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2025 Mar 8;405(10481):785-812. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00397-6. Epub 2025 Mar 3. PMID: 40049185; PMCID: PMC11920006.
4. GBD 2021 Diabetes Collaborators. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2023;402:203-234. doi:10.1016/S0140-6736(23)01301-6.
5. GBD 2023 Kidney Failure with Replacement Therapy Collaborators. Global, regional, and national prevalence of kidney failure with replacement therapy and associated aetiologies, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet Glob Health*. 2025 Aug;13(8):e1378-e1395. doi: 10.1016/S2214-109X(25)00198-6. PMID: 40712611.
6. GBD 2023 Disease and Injury and Risk Factor Collaborators. Burden of 375 diseases and injuries, risk-attributable burden of 88 risk factors, and healthy life expectancy in 204 countries and territories, including 660 subnational locations, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet*. 2025 Oct 18;406(10513):1873-1922. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01637-X. Epub 2025 Oct 12. PMID: 41092926; PMCID: PMC12535840.

7. Vitrai J, Horváth V. Milyen betegségek és kockázatok okozzák a magyarországi egészségveszteségeket?. *Orv Hetil.* 2026 Feb 8;167(6):232-242. doi: 10.1556/650.2026.33481. PMID: 41655154.
8. Bakacs M, Illés É, Susovits K, Feigl E, Zentai A. 2022. A jelentősebb kockázati tényezők trendjei 2009–2019. [Internet]. Budapest: OGYÉI. [idézi 2026 Jun 3]. Elérhető: https://ogyei.gov.hu/dynamic/11_a_jelentosebb_kockazati_tenyezok_trendjei2009_2019.pdf
9. Erdei G, Kovács VA, Bakacs M, Martos É. OTÁP2014. I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota. *Orv Hetil.* 2017;158(14):533-540. doi:10.1556/650.2017.30700.
10. OGYÉI. 2023. Országos Táplálkozási és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP2019) – Kutatási jelentés. [Internet]. Budapest: OGYÉI; [idézi 2026 Jun 3]. Elérhető: https://ogyei.gov.hu/dynamic/otap_2019_kutatasi_jelentes_v3.pdf
11. Susovits K, Bakacs M, Illés É, Feigl E, Zentai A. 2022. Az egészségvesztést okozó kockázati tényezők megértése. [Internet]. Budapest: OGYÉI; [idézi 2026 Jun 3]. Elérhető: https://ogyei.gov.hu/dynamic/12_az_vagy_amit_megeszel__az_egeszseg-veszteseget_okezo_kockazati_tenyezok_megertese.pdf
12. OECD, European Observatory on Health Systems, Policies. Hungary: Country Health Profile 2023. [Internet]. OECD; [cited 2026 Jun 3]. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/12/hungary-country-health-profile-2023_c5a6d47d/8d398062-en.pdf.
13. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2019;393(10184):1958-1972. doi:10.1016/S0140-6736(19)30041-8.
14. Vitrai J, Bakacs M. Hazai Egészségpillanatkép 2020: Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján. *egfejl* [Internet]. 2021. április 12. [idézi 2026. július 15.];62(1):35-6. Elérhető: <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/11122>. doi:10.24365/ef.v62i1.654

15. World Health Organization. Sodium reduction [Internet]. Geneva: WHO; c2026 [cited 2026 Jun 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sodium-reduction>
16. World Health Organization. Guideline: Sugars intake for adults, children. [Internet]. Geneva: WHO; c2015 [cited 2026 Jun 10]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4be74f01-de93-4596-bbd1-02a97afb1221/content>
17. Feik B, Bakacs M, Illés É, Feigl E, Zentai A. Folyadék és cukorbevitel a 2019-es eredmények alapján. Budapest: OGYÉI; c2022 [cited 2026 Jun 10]. Available from: https://ogyei.gov.hu/dynamic/7_folyadekfogyasztas_es_cukorbevitel_a_2019_es_eredmenyek_alapjan_vegleges.pdf
18. World Health Organization. Healthy diet [Internet]. Geneva: WHO; c2024 [cited 2026 Feb 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
19. Food, Agriculture Organization of the United Nations. The development of food-based dietary guidelines [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.fao.org/nutrition/education/dietary-guidelines/background/en/>
20. Food, Agriculture Organization of the United Nations. Food-based dietary guidelines – Hungary [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/regions/countries/hungary/en/>
21. Táplálkozási ajánlások az egészséges felnőtt lakosság számára. MTA, ÉKB, OÉTI, MTT állásfoglalás. 1987; in: Bíró Gy, Lindner K: Tápanyagtáblázat. Medicina, Budapest, 1998.
22. Egészséges Magyarországért Egyesület 1997. Táplálkozási szivárvány [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://szivbarat.webnode.hu/szivarvany/>
23. Rodler I, Zajkás G. 2004. Az egészséges táplálkozásról. Hippocrates, 6(1):27-31 [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://hippocrateslap.hu/uploads/ujsag/2004-1/az-egeszseges-taplalkozasrol.pdf>.

24. Rodler I. (szerk). Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság számára. OEFI, Budapest. c2004; [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://s3.eu-central-1.amazonaws.com/greenfo.hu/wp-media-folder-greenfo/wp-content/uploads/dokumentumtar/taplalkozasi-ajanlasok-a-magyarorszag-i-felnott-lakossag-szamara.pdf>.
25. Szűcs Zs. Okostányér - új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára. Új Diéta. 2016;25(2-3):20-3.
26. Szűcs Zs. Egészséges táplálkozás mint hosszú távú prevenciós program: OKOSTÁNYÉR® 6-17 éves gyermekeknek. Magy Tud. 2019;180(5):688-699. doi:10.1556/2065.180.2019.5.8.
27. NNGYK. 60+ egészség – táplálkozási ajánlás 60 év felettieknek. c2025 [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: https://merokanal.hu/wp-content/uploads/60pluszegeszseg_kiadvany_nyomtathato2025.pdf.
28. Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége. OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlás a felnőtt lakosság számára. c2021 [Internet]. [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2021/11/okostanyer-felnott-a4-2021-1.pdf>.
29. Academy of Nutrition, Dietetics. Nutrition, Physical Activity: General Population (NPA-476 GP) Guideline (2022-23) [Internet]. 2022 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.andeal.org/topic.cfm?menu=6096&cat=6136>.
30. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, Toplak H. European guidelines for obesity management in adults. Obes Facts. 2015;8(6):402-424. doi:10.1159/000442721.
31. Wunderle C, Gomes F, Schuetz P, Stumpf F, Austin P, Ballesteros-Pomar MD, Cederholm T, Fletcher J, Laviano A, Norman K, Poulia KA, Schneider SM, Stanga Z, Bischoff SC. ESPEN guideline on nutritional support for polymorbid medical inpatients. Clin Nutr. 2023;42(9):1545-1568. doi:10.1016/j.clnu.2023.06.023.
32. Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminski E, Skoglund K, Högländer J, Sundler AJ, Condén E, Meranius MS. Same same or different? A review of reviews of

- person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*. 2019;102(1):3-11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029.
33. Bardes CL. Defining patient-centered medicine. *N Engl J Med*. 2012;366(9):782-783. doi:10.1056/NEJMp1200070.
34. World Health Organization. Health literacy [Internet]. c2024 [cited 2025 Jun 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>.
35. Bíró É, Szabó P, Kósa K. A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége . Egfejl [Internet]. 2022. szeptember 26. [idézi 2026. július 15.];63(3):3-11. Elérhető: <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/8496>. doi: 10.24365/ef.8496
36. Nutbeam D. Defining, measuring and improving health literacy. *JHEP*. 2015;42(4):450-456. doi: 10.7143/jhep.42.450
37. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med*. 1995;10(10):537-41. doi:10.1007/BF02640361.
38. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick assessment of literacy in primary care: the Newest Vital Sign. *Ann Fam Med*. 2005;3(6):514-22. doi:10.1370/afm.405.
39. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658. doi:10.1186/1471-2458-13-658.
40. Pelikan JM, Link T, Straßmayr C, Waldherr K, Alferts T, Bøggild H, Griebler R, Lopatina M, Miksova D, Nielsen MG, Peer S, Vdelja M. Measuring comprehensive, general health literacy in the general adult population: the development and validation of the HLS19-Q12 instrument in seventeen countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21):14129.
41. van der Vaart R, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: measuring a broad spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 skills. *J Med Internet Res*. 2017;19(1):e27. doi:10.2196/jmir.6709.

42. Paakkari O, Torppa M, Kannas L, Paakkari L. Subjective health literacy: development of a brief instrument for school-aged children. *Scand J Public Health*. 2016;44(8):751-7.
43. Papp-Zipernovszky O, Náfrádi L, Schulz PJ, Csabai M. Hogy minden beteg megértse! Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orv Hetil*. 2016;157(23):905-915. doi:10.1556/650.2016.30412.
44. Koltai JA, Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egfejl* [Internet]. 2016. március 29. [idézi 2026. július 15.];57(3):3-20. Elérhető: <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/10529>, doi: 0.24365/ef.v57i3.62
45. Koltai JA, Kun E. Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban. *Orv Hetil*. 2016;157(50):2002-2006. doi:10.1556/650.2016.30563.
46. Bíró É, Vincze, F, Mátyás G, Pakai A, Horváth C. Vaccination Literacy and Its Determinants in Hungary: Results of a Cross-Sectional Survey. *J. Prim. Care Community Health*. 2026 Jan 16. [cited: 2026. július 15.] Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/21501319251409914> doi: 10.1177/21501319251409914
47. Bíró, Éva. Szakdokumentum: Az Európai Egészségműveltség Felmérés 2019-2021 eredményei és tapasztalatai. *Egfejl* [Internet]. 2023. június 1. [idézi 2026. július 15.];64(1):54-6. Elérhető: <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/9662>. doi: 10.24365/ef.9662
48. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313-324. doi:10.1007/s00038-009-0055-7.
49. Agency for Healthcare Research and Quality. Six Domains of Healthcare Quality. [Internet]. [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>
50. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a terápiás/klinikai dietetikus tevékenységeiről az alap- és szakellátásban. [Internet]. c2020. Elérhető: https://neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/001485-

2020_A_terapias_klinikai_dietetikus_tevekenysegeirol_az_alap-
_es_szakellatasban&inline=true

51. de Graaff E, Bennett C, Dart J. Empathy in Nutrition and Dietetics: A Scoping Review. *J Acad Nutr Diet*. 2024 Sep;124(9):1181-1205. doi: 10.1016/j.jand.2024.04.013. Epub 2024 Apr 25. PMID: 38677364.

52. Kumar P, Lambert K. Systematic Review of Patient Preferences and Experiences Regarding Dietetic Outpatient Care. *J Hum Nutr Diet*. 2025 Jun;38(3):e70056. doi: 10.1111/jhn.70056. PMID: 40297990; PMCID: PMC12038784.

53. Sladdin I, Ball L, Bull C, Chaboyer W. Patient-centred care to improve dietetic practice: an integrative review. *J Hum Nutr Diet*. 2017;30(4):453-470. doi:10.1111/jhn.12444.

54. Sladdin I, Chaboyer W, Ball L. A comparison of patients' and dietitians' perceptions of patient-centred care: a cross-sectional survey. *Health Expect*. 2019;22(3):457-464. doi:10.1111/hex.12868.

55. Hardcastle S, Hagger MS. You can't do it on your own: experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behaviour. *Psychol Sport Exerc*. 2011;12(3):314-323. doi:10.1016/j.psychsport.2010.12.001.

56. Hollis JL, Williams LT, Collins CE, Morgan PJ. Does motivational interviewing align with international scope of practice, professional competency standards, and best practice guidelines in dietetics practice? *J Acad Nutr Diet*. 2014;114(5):676-687. doi:10.1016/j.jand.2013.12.023.

57. Academy of Nutrition, Dietetics. Nutrition Care Process Overview. [Internet]. [cited 2025 Jul 1]. Available from: <https://www.eatrightpro.org/practice/nutrition-care-process/ncp-overview>

58. Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Fransen MP. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: perspectives of healthcare providers. *PLoS One*. 2022;17(5):e0267782. doi:10.1371/journal.pone.0267782.

59. World Health Organization. The Global Health Observatory. Noncommunicable diseases: Risk factors, conditions. [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Jul 1]. Available

from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/noncommunicable-diseases-risk-factors>.

60. Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. A global review of food-based dietary guidelines. *Adv Nutr*. 2019;10(4):590-605. doi:10.1093/advances/nmy130.

61. Pálfi E, Kegyes R, Salánki P, Szűcs Zs. A kardiovaszkuláris megbetegedések étrendi prevenciója. *Metabolizmus*. 2021; 19:52-56.

62. Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv A felnőttkori elhízás diagnosztikájáról és kezeléséről. [Internet]. 2023. Elérhető: https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002240-2023-a-felnottkori-elhizas-diagnosztikajarol-es-kezeleserol&inline=true

63. Belügyminisztérium – Egészségügyi Államtitkárság Egészségügyi Szakmai Kollégium. Egészségügyi szakmai irányelv a diabetes mellitus kórismézéséről, a cukorbeteg antihyperglykaemiás kezeléséről és gondozásáról felnőttkorban. [Internet]. 2023. Elérhető: https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letoltheto_doku/002243-2023-a-diabetes-mellitus-korismezeserol-a-cukorbeteg-antihyperglykaemias-kezeleserol-es-gondozasarol-felnottkorban&inline=true

64. Szűcs Zs, Ercsey I, Horkai A, Feith HJ. The possibility of patient-centered dietetic intervention in the context of health literacy in Hungary. *Front Nutr*. 2026;12:1668048. doi:10.3389/fnut.2025.1668048.

65. Silver I. Bridging the gap: person-centred, place-based self-management support. *Future Healthc J*. 2018;5(3):188-191. doi:10.7861/futurehosp.5-3-188.

66. Szűcs Zs, Horkai A, Ercsey I, Feith HJ. Páciensközpontú dietetikai ellátás: akadályok és lehetőségek. *Orv Hetil*. 2026; 167(24): 947–959. doi: 10.1556/650.2026.33553

67. Creswell JW. Mixed Methods Procedures. In: Creswell JW, Creswell JD, szerk. *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 6th edition. 2022. SAGE Publications.

68. Király G, Dén-Nagy I, Géring Z, Nagy B. Keverth módszertani megközelítések. Elméletek és módszertani alapok. Kultúra és közösség, 2014;5(2), 95–104.
69. Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. Evid Based Nurs. 2017;20(3):74-75. doi:10.1136/eb-2017-102699.
70. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne EH, Brand H. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013;13:948. doi:10.1186/1471-2458-13-948.
71. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Ueters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H. Health literacy in Europe: comparative results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). Eur J Public Health. 2015;25(6):1053-1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
72. Gyuró M. Egészség, betegség, diskurzus. Kvalitatív elemzési módszerek az egészségügyi kutatásban. 2017. Budapest: Storming Brain Kiadó
73. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5th ed. 2015. Singapore: SAGE Publications. Available from: https://books.google.hu/books?id=tXpZDwAAQBAJ&pg=PT19&hl=hu&source=gbs_toc_r&cad=2#v=onepage&q&f=false
74. Alam MS, Asmawi A, Fatema S. Focus group discussions (FGDs) for qualitative, mixed-method approaches: principles, applications, key considerations. Integr J Res Arts Humanit. 2025. Available from: <https://www.ijrah.com/index.php/ijrah/article/view/834>.
75. Lander J, Altawil H, Dilger EM, McLean RKD, Green J. Synchronous online focus groups in health research: application and further development of methodology. BMC Res Notes. 2023;16:18. doi:10.1186/s13104-023-06288-0.
76. Lander J, Altawil H, Dilger EM, McLean RKD, Green J. Recruiting participants for focus groups in health research: a meta-research study. BMC Med Res Methodol. 2025;25:9. doi:10.1186/s12874-025-02464-x.

77. Ramos-Lucca A, Motta-Pagán JL, Vélez-Mojica K, Cruz-Correa M, Palacios C. Implementation of virtual focus groups as an effective strategy in qualitative research to engage with undersupported communities: protocol for virtual focus groups. *JMIR Res Protoc*. 2025;14:e77937. doi:10.2196/77937.
78. Mwilongo NH, Mwita KM. Factors to consider when using focus group discussion in qualitative research. *Eminent J Soc Sci*. 2025. Available from: <https://ejss.eminentjournals.com/index.php/home/article/view/48>.
79. Bryman A. *Social research methods*. 3rd ed. 2008. New York: Oxford University Press
80. Hussein MS, Alshayeb EA, Albashrawi GAA, Almatrood RS, Ahmed BBA, Aldufairi SAHMH, Alarnous FM, Alsawidan AYB, Alanazi AD, Mehdar EA, Hasan EM. The role of nutrition in disease prevention and management. *Int J Med Dev Ctries*. 2025;9(3):763-773. doi:10.24911/IJMDC.51-1735491238.
81. Sikand G, Handu D, Rozga M, de Waal D, Wong ND. Medical nutrition therapy provided by dietitians is effective and saves healthcare costs in the management of adults with dyslipidemia. *Curr Atheroscler Rep*. 2023;25(6):331-342. doi:10.1007/s11883-023-01096-0.
82. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington (DC): National Academies Press; 2001. doi:10.17226/10027.
83. Wedemire C, Brody R, Ganzer H. Integration of patient-centered care in nutrition support decision-making: a case report. *Nutr Clin Pract*. 2022;37(1):209-214. doi:10.1002/ncp.10680.
84. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, Prencipe GP, Massimi A, Marzuillo C, De Vito C, Villari P, Romano F. What is the prevalence of low health literacy in European Union member states? A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2021;36(3):753-761. doi:10.1007/s11606-020-06407-8.
85. World Health Organization. *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 1. Overview*. [Internet]. Geneva: WHO;

[cited 2026 Aug 25]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/759bdfd7-4d80-4c40-83cd-122453325e17/content>

86. Auld ME, Allen MP, Hampton C, Montes JH, Sherry C, Mickalide AD, Logan RA, Alvarado-Little W, Parson K. Health literacy and health education in schools: collaboration for action. *NAM Perspect.* 2020;2020:10.31478/202007b. doi:10.31478/202007b.

87. St Leger L. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promot Int.* 2001;16(2):197-205. doi:10.1093/heapro/16.2.197.

88. Vamos SD, McDermott RJ. Rebranding school health: the power of education for health literacy. *J Sch Health.* 2021;91(6):473-480. doi:10.1111/josh.13056.

89. Shams-Ghahfarokhi Z. Challenges in health and technological literacy of older adults: a qualitative study in Isfahan. *BMC Geriatr.* 2025;25:247. doi:10.1186/s12877-025-05893-x.

90. Tao S, Sun S, Wu S, Peng T, Cao L, Yan M, Ma J, Li H. Current status and influencing factors of health literacy among older adults in combined medical and nursing care institutions: a cross-sectional study. *Front Public Health.* 2024;11:1323335. doi:10.3389/fpubh.2023.1323335.

91. Lima ACP, Maximiano-Barreto MA, Martins TCR, Luchesi BM. Factors associated with poor health literacy in older adults: a systematic review. *Geriatr Nurs.* 2024;55:242-254. doi:10.1016/j.gerinurse.2023.11.016.

92. Battineni G, Baldoni S, Chintalapudi N, Sagaro GG, Pallotta G, Nittari G, Amenta F. Factors affecting the quality and reliability of online health information. *Digit Health.* 2020;6:2055207620948996. doi:10.1177/2055207620948996.

93. Eurostat. EU citizens: over half seek health information online. [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2022 [cited 2025 Oct 8]. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20220406-1>.

94. KFF Tracking Poll on Health Information, Trust: Use of AI For Health Information, Advice. [Internet]. 2026 [cited 2026 Jun 8]. Available from: <https://www.kff.org/public->

opinion/kff-tracking-poll-on-health-information-and-trust-use-of-ai-for-health-information-and-advice/

95. OpenAI. AI as a Healthcare Ally. [Internet]. 2026 [cited 2026 Jun 8]. Available from: <https://cdn.openai.com/pdf/2cb29276-68cd-4ec6-a5f4-c01c5e7a36e9/OpenAI-AI-as-a-Healthcare-Ally-Jan-2026.pdf>.

96. The West Health-Gallup Center on Healthcare. Americans Turning to AI to Supplement Healthcare Visits. [Internet]. 2026 [cited 2026 Jun 8]. Available from: <https://news.gallup.com/poll/707789/americans-turning-supplement-healthcare-visits.aspx>.

97. Meyrowitsch DW, Jensen AK, Sørensen JB, Varga TV. AI chatbots and (mis)information in public health: impact on vulnerable communities. *Front Public Health*. 2023;11:1226776. doi:10.3389/fpubh.2023.1226776.

98. van Kessel R, Wong BLH, Clemens T, Brand H. Digital health literacy as a super determinant of health: more than simply the sum of its parts. *Internet Interv*. 2022;27:100500. doi:10.1016/j.invent.2022.100500.

99. Bauer Zs. TET Platform Fehér Könyv [Internet]. 2019 [idézi 2026 Feb 8]. Elérhető: https://tetplatform.hu/wp-content/uploads/2019/03/TET_Platform_Feher_konyv_vegleges.pdf.

100. Moharos M, Szűcs Zs. A dietetikusok ismertségének és lakossági megítélésének reprezentatív felmérése az internetező felnőtt lakosság körében. *Új Diéta*. 2022;31(4):13-15.

101. Sudore RL, Schillinger D. Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. *J Clin Outcomes Manag*. 2009 Jan 1;16(1):20-29. PMID: 20046798; PMCID: PMC2799039.

102. Murugesu L, Heijmans M, Rademakers J, Fransen MP. Challenges and solutions in communication with patients with low health literacy: perspectives of healthcare providers. *PLoS One*. 2022;17(5):e0267782. doi:10.1371/journal.pone.0267782.

103. Eichner J, Dullabh P. Accessible Health Information Technology (IT) for Populations with Limited Literacy: A Guide for Developers, Purchasers of Health IT.

Maryland: Agency for Healthcare Research, Quality; 2007. Available from: https://digital.ahrq.gov/sites/default/files/docs/page/LiteracyGuide_0.pdf

104. Abdel-Wahab N, Rai D, Siddhanamatha H, Dodeja A, Suarez-Almazor ME, Lopez-Olivo MA. A comprehensive scoping review to identify standards for the development of health information resources on the internet. *PLoS One*. 2019;14(6):e0218342. doi:10.1371/journal.pone.0218342.

105. Lee SYD, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med*. 2004;58(7):1309-1321. doi:10.1016/S0277-9536(03)00329-0.

106. Duppen D, Van der Elst MCJ, Dury S, Lambotte D, De Donder L. The social environment's relationship with frailty: evidence from existing studies. *J Appl Gerontol*. 2019;38(1):3-26. doi:10.1177/0733464816688310.

107. Liu Y, Meng H, Tu N, Liu D. The relationship between health literacy, social support, depression, and frailty among community-dwelling older patients with hypertension and diabetes in China. *Front Public Health*. 2020;8:280. doi:10.3389/fpubh.2020.00280.

108. Langford CPH, Bowsheer J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *J Adv Nurs*. 1997;25(1):95-100. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x.

109. Bíró É, Vincze F, Mátyás G, Kósa K. Recursive path model for health literacy: the effect of social support and geographical residence. *Front Public Health*. 2021;9:724995. doi:10.3389/fpubh.2021.724995.

110. European Food Safety Authority. Scientific opinion on principles for deriving and applying dietary reference values. *EFSA J*. 2010;8(3):1460. doi:10.2903/j.efsa.2010.1460.

111. The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. International Report on the Methodology, Results,, Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL [Internet]. [cited 2025 Oct 8]. Available from: <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

112. Dijkman EM, Ter Brake WWM, Drossaert CHC, Doggen CJM. Assessment tools for measuring health literacy and digital health literacy in a hospital setting: a scoping review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(1):11. doi:10.3390/healthcare12010011.
113. Mátyás, G., Vincze, E., Bíró, É. Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán. *Orv Hetil*. 2021; 162(39): 1579–1588. doi: 0.1556/650.2021.32212
114. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, Crouch MA. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med*. 1993;25(6):391-5.
115. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns*. 1999;38(1):33-42.
116. Rawson KA, Gunstad J, Hughes J, Spitznagel MB, Potter V, Waechter D, Rosneck J. The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. *J Gen Intern Med*. 2010;25(1):67-71. doi:10.1007/s11606-009-1158-7.
117. McCormack L, Bann C, Squiers L, Berkman ND, Squire C, Schillinger D, Ohene-Frempong J, Hibbard J. Measuring health literacy: a pilot study of a new skills-based instrument. *J Health Commun*. 2010;15 Suppl 2:51-71.
118. Haun J, Luther S, Dodd V, Donaldson P. Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. *J Health Commun*. 2012;17 Suppl 3:141-59. doi:10.1080/10810730.2012.712615.
119. Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008;31(5):874-9. doi:10.2337/dc07-1932.
120. Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Educ Couns*. 2013;90(2):247-53.
121. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):e27. doi:10.2196/jmir.8.4.e27.

9. Saját publikációk jegyzéke

Disszertációhoz kapcsolódó közlemények:

Szücs Zs, Horkai A, Ercsey I, Feith HJ. Páciensközpontú dietetikai ellátás: akadályok és lehetőségek. Orv Hetil. 2026; 167(24): 947–959. doi: 10.1556/650.2026.33553

Szücs Zs, Ercsey I, Horkai A, Feith HJ. The possibility of patient-centered dietetic intervention in the context of health literacy in Hungary. Front Nutr. 2026;12:1668048. doi:10.3389/fnut.2025.1668048.

Moharos M, Szücs Zs. A dietetikuskok ismertségének és lakossági megítélésének reprezentatív felmérése az internetező felnőtt lakosság körében. Új Diéta. 2022;31(4):13-15

Szücs Zs. Egészséges táplálkozás, mint hosszú távú prevenciós program: OKOSTÁNYÉR® 6–17 éves gyermekeknek. Magy.Tud. 180(2019)5, 688–699. doi: 10.1556/2065.180.2019.5.8

Szücs, Zs. OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára. Egfejl, 2016;57(4), 68–70. doi: 0.24365/ef.v57i4.80

Disszertációtól független közlemények (2026-2020):

Bartha, K. O., Kubányi, J., Lichthammer, A., Veresné Bálint, M., Erdélyi, A., & Szücs, Z. (2026). Associations of food security and maternal education with 6–9-year-old children's dietary habits. J. Hunger Environ. Nutr., 1–17.

Erdélyi A, Pálfi E, Tüü L, Nas K, Szücs Zs, Török M, Jakab A & Várbíró Sz. Konszenzusjavaslat a táplálkozás szerepéről a perimenopauza és menopauza időszakában. LAM. 2025;35(5-6)

Szücs Zs, Dakó E. Gluténmentes diéta. In: Szücs, V (szerk.) Élelmiszeripari kézikönyv 2.: Gluténmentes élelmiszerek. Budapest, Magyarország: Nemzeti Agrárgazdasági Kamara (2025) pp. 21-27., 7 p.

Szücs Zs. Irányelvek a dietetika területén. In: Kohlné Papp, Ildikó; Túry, Ferenc (szerk.) Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a dietetikai ellátásban. Budapest, Magyarország: Oriold és Társai Kiadó (2025) pp. 9-15., 7 p.

Pálfi E, Szűcs Zs. Hazai táplálkozástudományi állásfoglalás a növényi alapú étrendekről
In: Biró, Lajos; Gelencsér, Éva; Lugasi, Andrea; Rurik, Imre (szerk.) MAGYAR
TÁPLÁLKOZÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG XLVIII. VÁNDORGYŰLÉSÉNEK
PROGRAMJA ÉS AZ ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI. Budapest, Magyarország:
Magyar Táplálkozástudományi Társaság (2025) 67 p. p. 40, 1 p.

Tosetto A, Szűcs Zs. A gyermekkori elhízás megelőzése - a GYERE program aktualitásai.
In: Biró, Lajos; Gelencsér, Éva; Lugasi, Andrea; Rurik, Imre (szerk.) MAGYAR
TÁPLÁLKOZÁSTUDOMÁNYI TÁRSASÁG XLVIII. VÁNDORGYŰLÉSÉNEK
PROGRAMJA ÉS AZ ELŐADÁSOK ÖSSZEFOGLALÓI. Budapest, Magyarország:
Magyar Táplálkozástudományi Társaság (2025) 67 p. p. 57, 1 p.

Szűcs Zs. Táplálkozási ajánlások az obezitás megelőzésében és kezelésében. Obesit.
Hung. 2025; 23 : Suppl. 1 pp. 21-22. , 2 p

Erdélyi A, Pálfi E, Túú L, Nas K, Szűcs Z, Török M, Jakab A, Várbíró S. The Importance
of Nutrition in Menopause and Perimenopause—A Review. Nutrients. 2024; 16(1):27.
<https://doi.org/10.3390/nu16010027>

Vetőné Móznér Zs, Szűcs Zs. Táplálkozás a fenntarthatóság jegyében: A hazai
élelmiszer-fogyasztás ökológiai lábnyoma: realitás és ajánlás. Magy.Tud.
2024;185(10):1349-1359

Szűcs Zs. Új egészségügyi szakmai irányelv a metabolikus szindróma dietoterápiájáról.
Metabolizmus. 2024; 22(4):196-198

Szűcs Zs. Étrendek hálójában. MDPrevenió 2024;3(2)

Szűcs Zs. A táplálkozás mint az életmódorvoslás alapja. in Babai L. Majorosi E. Barna I.
(szerk.) Életmódorvostan. Budapest: Medicina; 2022

Pálfi E, Molnár A, Havasi A, Szűcs Z. Táplálásterápiás konszenzus 2022. A dietetikus
szerepe a klinikai táplálás megvalósításában a legfrissebb szakmai irányelvek alapján.
Magy Belorv Arch 2023; 76:26–28. doi: 10.59063/mba.2023.76.1.5

Bodor Zs, Szűcs Zs, Pálfi E. Az eritrit (eritritol – E 968) cukoralkohol biztonságosságáról
ÚJ DIÉTA: A MAGYAR DIETETIKUSOK LAPJA (2001-) 32: 2 pp. 2-4., 3 p. (2023)

Barna I, Balogh Z, Daiki T, Halmy E, Egervári Á, Kékes E, Majoros A, Nagy ZZs, Németh J, Szóts G, Szűcs Zs, Dankovits G. Magyarország Átfogó Egészségvédelmi Szűrőprogramja, LAM 2023;33(Suppl 1):1–44.

Zentai A, Gubicskóné Kisbenedek A, Bedros R, Simonyi G, Ungár Tamásné Polyák É, Tátrai Németh K, Feigl E, Greiner E, Sepler Zs, Szűcs Zs, Pálfi E, Breitenbach Z, Gyócsiné Varga Zs, Verzár Zs, Dobák Z, Kegyes R, Veresné Bálint M. A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a metabolikus szindróma dietoterápiájáról. EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY 73: 15 pp. 1555-1602., 48 p. (2023)

Szűcs Zs. Hogyan értelmezzük az adalékanyagokkal kapcsolatos információkat. TÁPLÁLKOZÁSTUDOMÁNYI ÉS DIETETIKAI SZEMLE 3: 1 p. 76 (2023)
Aktualitások a táplálkozás tudományokban. Konferencia helye, ideje: Pécs, Magyarország 2023.12.08. - 2023.12.08. (PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola)

Szűcs Zs, Vigné Sági K. Közétkeztetők kézikönyve IV: iskolai közétkeztetés. Budapest, Magyarország: SpringMed (2023)

Bartha KO, Csengeri L, Erdélyi A, Lichthammer A, Kubányi J, Szűcs Zs. Impact of the first COVID–19 lockdown on the lifestyle of elementary school children. Acta Aliment Hung. 14 Jul 2022. DOI <https://doi.org/10.1556/066.2022.00056>

Erdélyi A, Bartha K, Dobák Z, Szűcs Z. A dietetikai tevékenység értékelése a személyi minimumfeltételek tükrében. Mi változott hat év alatt? Új Diéta. 2022;31(4):2-5

Szűcs Z (szerk.) Amikor a dietetikus evidencia – dietetikai blokk. Gyermekorvos Továbbképzés, 2022/4.

Szűcs Z, Pálfi E. Dietetika a mindennapokban – a kardiovaszkuláris rizikófaktorokkal élő beteg táplálkozásterápiája. MD Prevenció, 2022/1. 22-24

Pálfi E, Kegyes R, Salánki P, Szűcs Zs. A kardiovaszkuláris megbetegedések étrendi prevenciója. Metabolizmus 2021;19(1):52-56

Bartha KO, Kubányi J, Szűcs Zs. Effects of Covid-19 lockdown on children's lifestyle. OBESITOLOGIA HUNGARICA 19: Suppl. 2 pp. 42-42., 1 p. (2021). 8th Central European Congress on Obesity and XXVIII. National Congress of the Hungarian Society for the Study of Obesity - „Obesity calls for actions” Multidisciplinary approach in

prevention and treatment. Konferencia helye, ideje: Online konferencia, Nemzetközi 2021.10.07. - 2021.10.08.

Szücs Zs (szerk), Fekete K (szerk). Táplálkozási Akadémia III: Tallózó a táplálkozástudomány világában a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének összegyűjtött írásaiból. Budapest, Magyarország: Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) (2021)

Szücs Zs. Gyógyszerek és gyógyhatású készítmények leggyakoribb kölcsönhatásai. Új Diéta. 2020;29(6):29

Raposa LB, Erdélyi A, Kubányi J, Szücs Zs. Hazai vegetáriánus és vegán táplálkozást követők táplálkozási szokásainak vizsgálata. Új Diéta 2020;29(5):2-4

Richter É, Havasi A, Fogarasi A, Farkas V, Kovács I, Badacsonyiné, Kassai K, Pálfi, E, Szücs Zs, Fekete K, Altmann A. Konszenzus a ketogén diéta alkalmazására: cikkreferátum. ÚJ DIÉTA: A MAGYAR DIETETIKUSOK LAPJA (2001-) 29: 5 pp. 10-13., 4 p. (2020)

Szücs, Zsuzsanna (szerk.) Laktózmentes élelmiszerek. Budapest, Magyarország: Nemzeti Agrárgazdasági Kamara (2020) , 78 p

Henter I, Horváth Z, Szücs Zs. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a terápiás/klinikai dietetikus tevékenységeiről az alap- és szakellátásban. EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY 70: 14 pp. 2097-2124., 28 p. (2020)

Szücs Zs. Az immunrendszer étrendi támogatása, a táplálkozás szerepe a gyulladásos folyamatok és az oxidációs stressz csökkentésében. Új Diéta. 2020;29(5)

Szücs Zs. Hús- és halpótló növényi élelmiszerek. ÉLELMEZÉS 18: 9 pp. 34-35., 2 p. (2020)

Szücs Zs. Hogyan lesz fenntartható a táplálkozás? ÉLELMEZÉS 18: 4-5 pp. 28-30., 3 p. (2020)

Kubányi J, Szücs Zs. Változások a karanténidőszakban a GYERE® programban részt vevő iskolás gyermekek életében. in. Antal E, Pilling R (szerk.) A magyar lakosság

életmódja járványhelyzet idején: táplálkozás, testmozgás, lélek. Tanulmánykötet.
Budapest: TÉT Platform Egyesület; 2020

10. Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezem ki témavezetőmnek, Dr. habil Feith Helga Juditnak pótolhatatlan támogatásáért és bölcs iránymutatásáért, melyet doktori tanulmányaimhoz, kutatásom megvalósításához, valamint jelen disszertáció megírásához nyújtott.

Köszönöm a Szinapszis piackutató ügynökségnek, hogy a kérdőíves felmérés mintáját adó, valamint a fókuszcsoportos beszélgetések alanyait biztosító lakossági paneljét rendelkezésemre bocsátotta.

Köszönettel tartozom Dr. Horkai Anitának és Dr. Ercsey Idának a felmérés adat- és statisztikai feldolgozásában végzett munkájukért, valamint gondos jelenlétükért a közlemények kéziratának véleményezésekor.

Szeretném megköszönni Veresné Dr. Bálint Márta, valamint Kubányi Jolán ajánlását, mellyel doktori tanulmányaim megkezdéséhez járultak hozzá.

The HLS19 Instrument used in this research was developed within “HLS19 – the International Health Literacy Population Survey 2019-2021” of M-POHL.

1. Melléklet

Az egészségértés mérésére alkalmazott fontosabb mérőeszközök

Mérőeszköz	Szerző, év	Fő dimenzió / mért készség	Fő előny	Fontosabb korlát
Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)	Davis et al., 1993 (114)	Orvosi szavak felismerése és kiejtése; funkcionális egészségértés	Gyors, egyszerű klinikai szűrés	Elsősorban szófelismerést mér; numerikus és magasabb szintű dimenziókat nem
Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	Parker et al., 1995 (37)	Szövegértés és numerikus készség egészségügyi kontextusban	Valós egészségügyi dokumentumokra épül; klasszikus referenciaeszköz	Viszonylag hosszú; főként funkcionális egészségértést mér
Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)	Baker et al., 1999 (115)	Egészségügyi szövegértés és numerikus készség	Rövidebb, jól validált funkcionális mérés	A kritikai és kommunikációs egészségértést nem méri
Newest Vital Sign (NVS)	Weiss et al., 2005 (38)	Szövegértés, számolási készség és információalkalmazás tápértékjelölés alapján	Nagyon rövid; klinikai szűrésre alkalmas	A numerikus készségek és a címkeismeret befolyásolhatják
Medical Term Recognition Test (METER)	Rawson et al., 2010 (116)	Orvosi terminológia felismerése	Gyors és egyszerű	Az egészségértés szűk részét, főként szókincset méri
Health Literacy Skills Instrument (HLSI)	McCormack et al., 2010 (117)	Nyomtatott, numerikus, szóbeli és internetes	Szélesebb készségprofil mér, mint a klasszikus funkcionális tesztek	Összetettebb és időigényesebb alkalmazás

Mérőeszköz	Szerző, év	Fő dimenzió / mért készség	Fő előny	Fontosabb korlát
		egészséginformáció feldolgozása		
Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF)	Haun et al., 2009/2012 (118)	Írott és verbális egészségügyi információk megértésének észlelt nehézsége; segítségigény az egészségügyi dokumentumok olvasásához; önálló űrlapkitöltési magabiztosság	Nagyon rövid (kb. 2 perc), klinikai és populációs szűrésre is alkalmas; 4–20 pontos összpontszám alapján inadekvát, marginális és adekvát kategóriák képezhetők	Önbeszámolón alapul, ezért nem közvetlen teljesítménymérés; elsősorban funkcionális/kommunikációs nehézségek gyors azonosítására szolgál
Functional, Communicative and Critical Health Literacy Scale (FCCHL)	Ishikawa et al., 2008 (119)	Funkcionális, kommunikatív és kritikai egészségértés	Nutbeam háromszintű modelljét operacionalizálja	Eredetileg 2-es típusú diabéteszes populációban fejlesztették; önbeszámoló
All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS)	Chinn, McCarthy, 2013 (120)	Funkcionális, kommunikatív és kritikai egészségértés	Rövid, többdimenziós mérőeszköz	Egyes alsókálak pszichometriai tulajdonságai populációnként eltérhetnek
European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47)	Sørensen et al., 2013 (70)	Információ elérése, megértése, értékelése és alkalmazása × egészségügyi ellátás, betegségmegelőzés, egészségfejlesztés	Komplex, elméletileg megalapozott; populációs és nemzetközi összehasonlításra alkalmas	Nem tényleges teljesítményt, hanem észlelt nehézséget mér; hosszabb kérdőív

Mérőeszköz	Szerző, év	Fő dimenzió / mért készség	Fő előny	Fontosabb korlát
European Health Literacy Survey Questionnaire – short form (HLS-EU-Q16)	HLS-EU Consortium (70)	Az általános egészségértés rövidített vizsgálata	Rövid, epidemiológiai vizsgálatokban jól alkalmazható	Kevesebb információ az egyes dimenziókról, mint a Q47 esetén
European Health Literacy Survey Questionnaire – ultra-short form (HLS-EU-Q6)	HLS-EU Consortium (70)	Általános egészségértés	Nagyon rövid; nagy kérdőívcsomagokban előnyös	Részletes dimenziószintű értékelésre korlátozott
Health Literacy Questionnaire (HLQ)	Osborne et al., 2013 (39)	Kilenc különálló egészségértési terület	Részletes, személyközpontú profil; az egyén és az ellátórendszer kapcsolatát is vizsgálja	Nem egyetlen összesített egészségértési szint mérésére tervezték
Health Literacy Survey 2019 – General Health Literacy Questionnaire (HLS19-Q12)	Pelikan et al., 2022 (40)	Információ elérése, megértése, értékelése és alkalmazása az általános egészségértés területén	Korszerű, rövid, nemzetközi összehasonlításra alkalmas	Kevésbé részletes, mint a Q47
eHealth Literacy Scale (eHEALS)	Norman, Skinner, 2006 (121)	Online egészséginformáció keresésének, megtalálásának, értékelésének és használatának észlelt képessége	Nagyon rövid; széles körben alkalmazott digitális egészségértési eszköz	Önértékelés és tényleges digitális teljesítmény eltérhet

Mérőeszköz	Szerző, év	Fő dimenzió / mért készség	Fő előny	Fontosabb korlát
Digital Health Literacy Instrument (DHLI)	van der Vaart, Drossaert, 2017 (41)	Operacionális készség, navigáció, információkeresés, megbízhatóság és relevancia értékelése, online kommunikáció, adatvédelem	A digitális egészségértést többdimenziósan méri	Hosszabb és összetettebb az eHEALS-nél
Health Literacy for School-aged Children (HLSAC)	Paakkari et al., 2016 (42)	Elméleti tudás, gyakorlati tudás, kritikai gondolkodás, önismeret és állampolgári kompetencia	Rövid, multidimenzionális, gyermek- és serdülőpopulációra fejlesztett	Felnőtt populációban nem alkalmazható változtatás nélkül

2. Melléklet

A kérdőíves felmérés során alkalmazott változók és válaszlehetőségek (saját szerkesztés)

Változó	Válaszlehetőségek
Nem	1= Férfi; 2=Nő
Kor	Életkor (év)
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	1=Kevesebb, mint 8 általános; 2=8 általános; 3=Szakiskola, szakk munkásképző (érettségi nélkül); 4=szakközépiskola, középiskola gimnázium (érettségizett); 5=Egyetem, főiskola, MA, BA, doktori fokozat
Lakhely	Település neve vagy irányítószáma
Krónikus betegség	Van bármilyen krónikus betegsége? 1=Igen; 2=Nem
Diétázás	Diétázik valamilyen egészségügyi probléma miatt? 1=Igen; 2=Nem
Táplálkozási tanács fogadása	Kapott valaha táplálkozási tanácsot dietetikustól? 1=Igen; 2=Nem
OKOSTÁNYÉR® ajánlás ismerete	Ismeri a hazai táplálkozási ajánlást, az OKOSTÁNYÉR®-t? 1=Igen; 2=Nem
Mennyire könnyű, illetve nehéz...	1=Nagyon nehéz 2=Nehéz 3=Könnyű 4=Nagyon könnyű
Egészségügyi rendszer	...információt találni olyan betegségek tüneteiről, amelyek érintik Önt?
	... információt találni olyan betegségek kezeléséről, amelyek érintik Önt?
	... megtudni, hogy mi a teendő, ha valaki sürgős orvosi ellátásra szorul?
	... megtudni, hol kaphat szakmai segítséget, ha beteg?
	... megérteni, amit orvosa mond Önnek?

Változó	Válaszlehetőségek
	... megérteni a gyógyszerhez kapott betegtájékoztatót?
	... megérteni, hogy mi a teendő, ha valaki sürgős orvosi ellátásra szorul?
	... megérteni az orvosa vagy gyógyszerésze által adott utasításokat arra vonatkozóan, hogy hogyan kell szedni a felírt gyógyszert?
	... megítélni, hogy hogyan vonatkoznak Önre az orvostól kapott információk?
	... megítélni a különféle kezelési lehetőségek előnyeit és hátrányait?
	... megítélni, hogy mikor lehet szüksége második szakvéleményre egy másik orvostól?
	... megítélni, hogy a médiából szerzett, betegséggel kapcsolatos információk megbízhatóak-e?
	... felhasználni az orvosától kapott információt arra, hogy döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban?
	... követni a gyógyszerrel kapcsolatos utasításokat?
	... mentőt hívni vészhelyzet esetén?
	... követni az orvosa, illetve gyógyszerésze utasításait?
Egészségmegőrzés /prevenció	... információt találni az olyan egészségtelen szokások kezeléséről, mint a dohányzás, kevés testmozgás, vagy túl sok alkohol fogyasztása?
	... információt találni olyan mentális egészségügyi problémák kezeléséről, mint a stressz vagy a depresszió?
	... információt találni a szükséges védőoltásokkal és szűrővizsgálatokkal kapcsolatban?

Változó	Válaszlehetőségek
	... információt találni arról, hogy hogyan lehet megelőzni vagy kezelni az olyan állapotokat, mint az elhízás, magas vérnyomás vagy magas koleszterinszint?
	... megérteni az egészségvédő figyelmeztetéseket olyan szokásokról, mint a dohányzás, kevés testmozgás és túl sok alkohol fogyasztása?
	... megérteni, hogy miért van szüksége védőoltásokra?
	... megérteni, hogy miért van szüksége szűrővizsgálatokra?
	... megítélni, hogy mennyire megbízhatóak az egészségi állapotával kapcsolatos figyelmeztetések a dohányzás, kevés testmozgás, illetve túlzott alkoholfogyasztás miatt?
	... megítélni, mikor szükséges elmennie orvosi vizsgálatra?
	... megítélni, mely védőoltásokra lehet szüksége?
	... megítélni, mely szűrővizsgálatokra lehet szüksége?
	... megítélni, hogy a médiából kapott információ az egészségügyi kockázatokról megbízható-e?
	... eldönteni, hogy szüksége van-e influenza elleni védőoltásra?
	... eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a családjától, illetve barátaitól kapott tanácsok alapján?
	... eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a médiából szerzett információk alapján?
Egészségfejlesztés	... információt találni olyan egészséges tevékenységekről, mint a testmozgás, egészséges ételek és táplálkozás?
	... többet megtudni olyan tevékenységekről, melyek jól tesznek az Ön szellemi egészségének?

Változó	Válaszlehetőségek
	... információt találni arról, hogy hogyan tehetné környezetét egészségbarátabbá?
	... értesülni olyan politikai változásokról, amelyek befolyásolhatják egészségét?
	... értesülni az egészsége előmozdításáról szóló intézkedésekről a munkahelyen?
	... megérteni a családtól vagy barátoktól kapott tanácsokat az egészséggel kapcsolatban?
	... megérteni az élelmiszerek csomagolásán olvasható információkat?
	... megérteni a médiából kapott információt arról, hogy hogyan lehetünk egészségesebbek?
	... megérteni az arra vonatkozó információt, hogy hogyan tartsa egészségesen elméjét?
	... megítélni, hogy mennyire befolyásolja a lakóhelye egészségét és közérzetét?
	... megítélni, hogy mennyire járulnak hozzá az Ön lakáskörülményei ahhoz, hogy egészséges maradjon?
	... megítélni, hogy mely mindennapi tevékenységek vannak hatással egészségére?
	... egészségének javítására vonatkozó döntéseket hozni?
	... belépni egy sportklubba vagy edzőterembe, ha szeretne?
	... befolyásolni azon életkörülményeit, amelyek hatással vannak az egészségére és jólétére?
	... saját közösségében részt venni olyan tevékenységekben, amelyek javítják egészségét és jólétét?

3. Melléklet

Fókuszcsoportos beszélgetések forgatókönyve (saját szerkesztés)

I. Betegségek megelőzésére vonatkozó kérdések:	• Beszélgessünk a betegségek kialakulásának megelőzéséről. Ha ezt mondom, hogy betegségek megelőzése, akkor mi jut erről eszükbe? Milyen érzések, gondolatok? • Amikor betegségek megelőzésére gondolkodnak, akkor általánosságban gondolnak erre, vagy konkrétan egy – egy betegség megelőzése jut eszükbe? Miért? • Mit gondolnak, a mindennapokban mik azok a tevékenységek, dolgok, amiket tesznek a betegségek megelőzése érdekében? Gondolják végig, szedjük össze! Miért ezek? • Mit gondolnak a betegségeket meg lehet előzni vagy előbb – utóbb bekövetkeznek, elkerülhetetlenek, hiába teszünk meg mindent? Miért? • Mit gondolnak mit lehet/lehetne tenni a mindennapokban a betegségek megelőzése érdekében? Szedjük össze! Miért ezeket? Honnan tudják, hogy ezekkel a tevékenységekkel, dolgokkal meg lehet előzni egy – egy betegséget? • Ha egy 5 fokú skálán jellemezni kellene magukat, hogy mennyire fontos az, hogy megelőzzék a betegségek kialakulását, vagyis az egészségmegőrzés, ahol az 1- egyáltalán nem fontos, az 5 teljes mértékben fontos, akkor hányasra értékelnék magukat? Miért? • Mit gondolnak, mi minden, milyen tényezők járulhatnak hozzá leginkább az egészségmegőrzéshez? Miért? • Hogyan látják, a táplálkozásunknak milyen szerepe lehet ebben? Miért? Mit gondolnak a táplálkozásnak mekkora szerepe van az egészségmegőrzésben? Ha az egészségmegőrzést egy tortaként elképzelik, akkor mekkora szeletet tesz ki a táplálkozás ebben?
--	---

II. Táplálkozásra vonatkozó kérdések	• Amikor a táplálkozásra gondolnak az egészségmegőrzés tükrében, ekkor mire gondolnak pontosabban (alkalmak, rendszeresség, hideg/meleg étkezések arányai, élelmiszerek minősége, bio/nem bio, étkezések összetétele stb.)? Miért? • Táplálkozás terén milyen elveik vannak, mire figyelnek oda? Miért? • Mit jelent Önöknek az a fogalom, hogy egészséges táplálkozás? Szedjük össze!
II.1 Projektív kérdések az egészséges táplálkozásra vonatkoztatva	• Képzeljék el az egészségesen táplálkozó embert: ki ő? (Életkor, foglalkozás, lakóhely, családi-, gazdasági státusz, életstílus, életmód, sport. Hogyan táplálkozik a mindennapokban? Mire figyel oda? Mi a fontos számára? Mi a célja az egészséges táplálkozással? Követ valamilyen diétát? Előfordulhat, hogy szakemberhez fordul segítségért, tanácsért? Kihez? Miért hozzá? Hogyan tájékozódik az egészséges táplálkozásról? Miért? • Most, hogy elképzeltük az egészségesen táplálkozó embert, szeretném megismerni: hogyan viszonyulnak ehhez az emberhez? Milyen érzések, gondolatok kapcsolódnak ehhez az emberhez? Mennyire érzik elérhetőnek az ő életstílusát, életmódját? Mennyire érzik, hogy tudnának hasonlóan élni? Miért igen/ nem?
II.2 Az egészséges táplálkozás megvalósíthatósága	• Mit gondolnak mi a jó abban, ha egészségesen táplálkozunk? Mi az erőssége? Miért? • Mit gondolnak mi a gyengesége, hátránya az egészséges táplálkozásnak? Van ilyen oldala? Miért?

	• Milyen tényezők segítik az egészséges táplálkozás megvalósítását? Melyek akadályozzák? Miért? • Mit gondolnak az emberek mikor, milyen helyzetekben kezdenek jobban odafigyelni a táplálkozásukra, annak egészséges oldalára? Miért? • Mit gondolnak egy átlagos ember mennyire képes, tudja megvalósítani az egészséges táplálkozást a mindennapokban? Miért igen/ nem? A lefestett képek közül melyikhez állnak közelebb? Miért? • Mit gondolnak mi minden kellene ahhoz, hogy lakossági szinten egészségesebben együnk, táplálkozzunk? Miért? • Mit gondolnak hogyan, miként lehetne az embereket segíteni abban, hogy egészségesebben egyenek, táplálkozzanak? • Önöket hogyan, miként lehetne segíteni? Mennyire fogadnák meg ezeket a javaslatokat a mindennapokban? Miért igen/ nem? • Hogyan látják, mi az, amit könnyű lenne megfogadni/ megvalósítani? Miért? • Mi az, amit nehezebb megfogadni/ megvalósítani? Miért? Ezeken a területeken, hogyan lehetne segíteni, támogatni az embereket? Miért?
II.3 Információszerzés, hitelesség, ideális táplálkozási tanács	• Tájékozódtak az elmúlt időszakban (1-2 év) táplálkozással kapcsolatban? És egészséges táplálkozással kapcsolatban? Manapság táplálkozással kapcsolatban milyennek találják a tájékozási lehetőségeket? • Milyennek találják az információhoz jutás lehetőségét? Mennyire nehéz vagy könnyű ma táplálkozással kapcsolatos információkhoz, tanácsokhoz jutni? Miért?

	• Mennyire érzik soknak, kevésnek vagy épp megfelelőnek az elérhető táplálkozási információk mennyiségét? • Mennyire érzik hitelesnek az elérhető táplálkozási információkat? • Hogyan, mi alapján döntenek el, hogy melyik táplálkozási információ hiteles és melyik nem az? • Önök hová fordulnak elsősorban, ha a táplálkozásukkal kapcsolatban kérdésük van? • Kaptak-e már valaha táplálkozási tanácsot? Ha igen, kitől? Mennyire tudták alkalmazni? Ha igen, miért, ha nem, miért nem? • Mi segítené számukra a tanácsok megértését, alkalmazását? • Milyen lenne egy ideális táplálkozási tanács/ tanácsadás: hol, milyen formában, kitől/ mitől, milyen rendszerességű, mire terjed ki, célok és annak megvalósulásának becslése, mi az, amibe belefognának, mi az, amitől tartózkodnának, miért?
IV. A felnőtteknek szóló OKOSTÁNYÉR® ajánlással kapcsolatos kérdések	• Hallottak már az OKOSTÁNYÉR® táplálkozási ajánlásról? Mit hallottak róla? • Mit tudnak felidézni belőle? • (Itt megmutatjuk a képet.) • Mi tetszik benne? • Mi az, ami nem tetszik benne? Miért? • Mit akar ez az elképzelés elmondani? Miért? • Mennyire tekintik érhetőnek, könnyen megvalósíthatónak? Miért igen/ nem? • Mennyire egyedi, újszerű ez a megközelítés? Miért?

	• Kiknek szól: nem, kor, foglalkozás, életstílus, életmód, iskolai végzettség, lakóhely alapján hogyan képzelik kiknek szól ez az elképzelés? Miért? • relevancia: nekik mennyire szól? Miért? • Hol, milyen csatornán találkozónának ezzel az elképzeléssel? Hol lenne hihető, ösztönző, ha szembe jönne ez az elképzelés? • Mit gondolnak, mennyire lenne könnyű ez alapján összeállítani egy napi étrendet? Miért igen/ nem? Mi kellene ahhoz, hogy napirendjük részévé váljon ez az elképzelés, az itt leírtak? Miért? • Javaslatok: Mit kellene másképp mondani, mutatni számukra, hogy vonzóvá váljon ez az elképzelés? Miért?
IV. 1 Javaslatok, jövőkép, ideális ajánlási forma megfogalmazása	• Beszélgettünk arról, hogy milyennek tartják a táplálkozási ajánlás jelen formáját. Most beszéljessünk a jövőről. • Mi lenne számukra az ideális ajánlási forma? Mit változtatnának a képi megjelenítésén? • Önök szerint mi lenne a leginkább ideális módja a táplálkozási tanácsok megfogalmazásának? • Milyen formában lenne ez a legkönnyebben használható, megérthető, alkalmazható?
V. Lezárás	• Van-e esetleg valamilyen észrevételük, megjegyzésük, ami a beszélgetés alatt nem került szóba, de még a témához tartozik? • A beszélgetés lezárása, köszönetnyilvánítás.