

**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

1. Bevezetés

A krónikus, nem fertőző betegségek hazánkban is meghatározó népegészségügyi terhet jelentenek és jelentősen hozzájárulnak az egészségvesztesekhez. Megelőzésükben és kezelésükben kiemelt beavatkozási terület a módosítható kockázati tényezők – köztük a kedvezőtlen táplálkozási szokások – csökkentése. A táplálkozási rizikótényezők, mint az elhízás, vagy a túlzott sóbevitel előfordulása jelentős Magyarországon. E kockázatok mérséklését szolgálják a táplálkozási ajánlások, mint a hazai élelmiszeralapú OKOSTÁNYÉR® útmutató. Azonban az ajánlás elérhetősége önmagában még nem biztosítja, hogy annak üzenetei felismerhetők, érthetők és a mindennapi döntésekbe átültethetők legyenek.

Ezt az úgynevezett tudás–cselekvés rést részben az egészségműveltség magyarázhatja. Az egészségműveltség nem kizárólag készségeket jelent, hanem az egészséginformációk elérésének, megértésének, értékelésének és alkalmazásának képességét, mely közvetlenül befolyásolhatja a táplálkozási üzenetek befogadását és a dietetikai intervenció hatékonyságát. Ugyanakkor éppen a cselekvésre való képesség szükséges a korszerű, páciensközpontú ellátási forma megvalósulásához, mely a kliens önmenedzselésre való alkalmasságán alapul. Ebből jól látható, hogy a hatékony dietetikai ellátáshoz nélkülözhetetlen az egészségműveltség fejlesztése.

2. Célkitűzés

Kevés ismeretünk van arról, hogy az általános egészségműveltség miként kapcsolódik egy konkrét táplálkozási ajánlás ismertségéhez, értelmezéséhez és alkalmazhatóságához, illetve milyen eltérő magatartási és kommunikációs mintázatok jelennek meg az egészségműveltség különböző szintjein. Kutatásom ezért az OKOSTÁNYÉR® ajánlás tartalma és a felhasználói értelmezés közötti kapcsolatot vizsgálta, azzal a

végző céllal, hogy a táplálkozási edukáció és a dietetikai gyakorlat eredményesebbé válhasson.

A kutatás során a következő hipotéziseket és kvalitatív kérdéseket fogalmaztam meg:

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. Módszerek

Kutatásom kevert, ún. mix methods módszertani megközelítésben, magyarázó szekvenciális elrendezésben valósult meg két, egymásra épülő szakaszban. 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.



3.1. Kvantitatív vizsgálat

A kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálat 2023 februárjában, a magyar felnőtt lakosságra életkor, nem és lakóhely szerint reprezentatív, véletlenszerűen kiválasztott 500 fős mintán valósult meg. A résztvevőket egy piacutató cég lakossági egészségpaneljéből, a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján kialakított kvóták alkalmazásával választottuk ki. Az adatfelvétel CAWI-módszerrel történt. Az egészségműveltséget a nemzetközileg validált, 47 tételes HLS-EU-Q47 kérdőívvel mértük, amely az általános egészségműveltség mellett az egészségügyi ellátáshoz, a betegségmegelőzéshez és az egészségfejlesztéshez kapcsolódó kompetenciákat vizsgálja. A válaszokból a HLS-EU konzorcium módszertana alapján 0–50

pontos standardizált indexet számítottunk, amelynek segítségével elégtelen, problémás, megfelelő és kiváló egészségműveltségi kategóriákat határoztunk meg. Az alindexek elemzése során az elégtelen és problémás kategóriákat korlátozott, a megfelelő és kiváló kategóriákat pedig megfelelő egészségműveltségű csoportként kezeltük. A mérőeszköz belső konzisztenciája valamennyi index esetében kiemelkedőnek bizonyult (Cronbach-alfa: 0,901–0,960). A kérdőívet a krónikus betegségek jelenlétére, a diétázásra, a dietetikai tanácsadás igénybevételére, valamint az OKOSTÁNYÉR® ismertségére vonatkozó kérdésekkel egészítettük ki. A statisztikai feldolgozás során leíró mutatókat, khi-négyzet-próbát, varianciaanalízist és többváltozós lineáris regressziót alkalmaztunk. Az eredményeket 95%-os konfidenciaintervallum mellett, $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak; az elemzések SPSS 27.0 programmal készültek.

3.2. Kvalitatív vizsgálat

A kvalitatív szakaszban 2023 szeptemberében négy online fókuszcsoportos interjúra került sor, összesen 24 fő részvételével. Az alanyok a kvantitatív vizsgálatban önkéntes résztvevői szándékot mutató résztvevőkből kerültek toborzásra. Két korlátozott és két megfelelő egészségműveltségű, egyenként hat fős csoportot alakítottunk ki. Ennek során törekedtünk a heterogenitásra életkor, nem, társadalmi aktivitás és földrajzi elhelyezkedés szerint. A 85–103 perces beszélgetéseket tapasztalt moderátor vezette félig strukturált interjúvázlat alapján. A vizsgálat középpontjában az egészséges táplálkozással kapcsolatos attitűdök és információszerzési szokások, valamint az OKOSTÁNYÉR® ismertsége, érthetősége és észlelt alkalmazhatósága állt. A hangfelvételek szó szerinti átíratát manuálisan, induktív és deduktív elemeket ötvöző eljárással kódoltuk, figyelembe véve a releváns metakommunikációs jelzéseket is. Az elemzés az NVivo 14

szoftver támogatásával, csoporton belüli és csoportok közötti összehasonlítással történt; az eredményeket szófelhők és tartalmi mátrixok segítségével szemléltettük.

A teljes kutatás önkéntes, tájékozott beleegyezésen alapult, megfelelt a Helsinki Nyilatkozat elveinek, és rendelkezett a szükséges kutatásetikai engedéllyel (BMEÜ/333-3/2022/EKU).

4. Eredmények

4.1. A kvantitatív vizsgálat fő eredményei

A kvantitatív vizsgálat 500 fős mintájában a résztvevők 53,0%-a nő, 47,0%-a férfi volt; átlagéletkoruk $48,3 \pm 17,2$ évnek adódott. A 65 éves vagy idősebb korcsoport képviselte a legnagyobb részarányt (22,6%). A válaszadók 43,0%-a középfokú, 41,6%-a felsőfokú végzettséggel rendelkezett.

Az összesített egészségértési index alapján mindössze 4,6% tartozott a kitűnő és 18,0% a megfelelő kategóriába, míg 47,2% problémás, 30,2% pedig elégtelen egészségértéssel rendelkezett. Így a minta 77,4%-át korlátozott egészségértés jellemezte.

Az összesített egészségértési index átlagértéke az 50 pontos skálán $28,4 \pm 7,0$ pont volt. Az egészségügyi rendszerhez kapcsolódó alindex átlaga $28,87 \pm 7,38$, a betegségmegelőzési alindexé $28,59 \pm 7,66$, az egészségfejlesztési alindexé pedig $27,63 \pm 8,26$ pontnak bizonyult.

4.1.1. Az egészségműveltséget befolyásoló tényezők

A többváltozós regressziós modellekben a diéta követése valamennyi vizsgált területen szignifikáns összefüggést mutatott az egészségértéssel: a diétázók az összesített indexen és mindhárom alindexen alacsonyabb pontszámot értek el. A legnagyobb eltérés az egészségügyi rendszerhez kapcsolódó

egészségértésben ($B=-2,589$), a legkisebb az egészségfejlesztés területén ($B=-2,146$) jelentkezett.

Az iskolai végzettség a prevenció, az egészségügyi rendszer és az összesített egészségértés esetében is szignifikáns tényezőnek bizonyult: az alapfokú végzettségű referenciacsoporthoz képest a közép- és felsőfokú végzettség magasabb egészségértési szinttel társult. Az életkor az egészségfejlesztési és az összesített indexszel állt szignifikáns kapcsolatban; a 18–29 évesekhez viszonyítva a 60–64 éves és a 65 éves vagy idősebb válaszadók egészségfejlesztési egészségértése alacsonyabb volt. A régió az egészségügyi rendszer alindexének és az összesített indexnek az alakulásához járult hozzá. A modellek magyarázóereje mérsékelt volt ($R^2=4,2-11,1\%$); a legnagyobb értéket az egészségügyi rendszer alindexénél mérték.

4.1.2. Alindexek különbségei

A korlátozott és a megfelelő egészségműveltségű csoportok összehasonlítása minden vizsgált területen jelentős eltéréseket tárt fel. Az egészségügyi rendszerhez kapcsolódóan mindkét csoport számára a médiából származó, betegségekkel kapcsolatos információk megbízhatóságának megítélése bizonyult a legnehezebbnek, de a korlátozott egészségértésűek lényegesen alacsonyabb átlagot értek el (2,10 vs. 2,89; $F=105,4$; $p<0,001$; $\eta^2=0,175$). A betegségmegelőzés területén szintén a médiából származó kockázati információk hitelességének értékelése okozta a legnagyobb nehézséget (2,11 vs. 2,96; $F=119,9$; $p<0,001$; $\eta^2=0,194$). Az egészségfejlesztési alindexben a legnagyobb csoportkülönbség az egészség javítását célzó döntések meghozatalában mutatkozott (2,35 vs. 3,27; $F=146,1$; $p<0,001$; $\eta^2=0,227$). A korlátozott egészségértésűek számára az egészséget befolyásoló életkörülmények alakítása is különösen nehéznek bizonyult (átlag: 2,25).

4.1.3. Egészség-információs kompetenciák

Az információszerzés, -megértés, -feldolgozás és -alkalmazás kompetenciái valamennyi alindexben szignifikánsan gyengébbek voltak a korlátozott egészségműveltségű csoportban ($p < 0,001$).

Mindkét csoportban, de különösen a korlátozott egészségműveltségűek körében az információ alkalmazása jelentette a legnagyobb kihívást, elsősorban a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés területén.

4.1.4. Egészségi állapot, dietetikai ellátás és az OKOSTÁNYÉR® ismerete

A válaszadók több mint fele krónikus betegséggel élt; ez az arány a 60–64 éveseknél 80,0%, a 65 éves vagy idősebbeknél 80,5% volt. A krónikus betegség gyakoribb volt a korlátozott egészségértésű csoportban. Egészségügyi probléma miatt a résztvevők 32,4%-a követett diétát, míg 36,8%-uk korábban dietetikustól kapott táplálkozási tanácsot. A krónikus betegség szignifikánsan összefüggött a diéta követésével ($p < 0,001$; $C = 0,287$): a krónikus betegek 44,4%-a diétázott. A dietetikusi tanácsadás igénybevétele szintén gyakoribb volt körükben (46,5%; $p < 0,001$; $\phi = 0,235$).

Az OKOSTÁNYÉR®-t a teljes minta 20,8%-a ismerte. Az ismertség a nők körében magasabb volt, mint a férfiaknál (25,7%; $p = 0,004$; $C = 0,126$). Kedvezőbb, bár statisztikailag nem szignifikáns tendencia mutatkozott a 30–49 évesek és a felsőfokú végzettségűek körében. Az ajánlást ismerő 104 fő többsége a problémás (44 fő) vagy elégtelen (32 fő) egészségműveltségi kategóriába tartozott.

Az ajánlást ismerők általában magasabb információs kompetenciaátlagokkal rendelkeztek, kivéve a prevenciós és egészségfejlesztési információk alkalmazását. Szignifikáns különbség kizárólag az egészségügyi rendszerhez kapcsolódó

információszerzésben igazolódott: az ajánlást ismerők átlaga 2,790, a nem ismerőké 2,661 volt ($p=0,025$).

4.2. A fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálat fő eredményei

A kvalitatív vizsgálat négy, egyenként hatfős fókuszcsoporthoz zajlott; a 24 résztvevő 58%-a nő volt, átlagéletkoruk 50,1 évnek felelt meg.

A karaktercsoportok nem kizárólagos személytípusokat, hanem egymással részben átfedő, csoportszinten megjelenő életmód- és motivációs mintázatokat jelöltek.

A megfelelő egészségértésű résztvevők körében a rendszeres mozgás és a közösségi motiváció, a lelki egészség tudatos támogatása, a táplálkozástudományi alapfogalmak használata, a mértékletességre és fenntartható rutinokra törekvés, valamint az étkezés élvezeti és érzelmi szerepe egyaránt megjelent. Az egészséges életmód megvalósítását ebben a csoportban is korlátozhatta az idő-, energia- és pénzhiány. A korlátozott egészségértésű csoportokban a természetesség és a helyi alapanyagok előnyben részesítése, a családi és anyagi lehetőségekhez igazított pragmatikus gondoskodás, az új megoldásokkal való kísérletezés, a fenntartható kompromisszumok keresése, illetve a modern táplálkozási információkkal szembeni szkepszis és a hagyományos szokások követése rajzolódott ki.

A nyelvhasználat elemzése szerint a megfelelő egészségértésű csoportok változatosabb, szakmailag pontosabb táplálkozási terminológiát alkalmaztak, többek között a makro- és mikrotápanyagok, az energia- és tápanyagtartalom megnevezését. A korlátozott egészségértésűek körében a „vitamin” kifejezés tágabb, szimbolikus jelentést kapott, és általánosságban az egészségesnek vélt élelmiszerek vagy összetevők jelölésére is szolgált. Ez a különbség nem csupán az ismeretek terjedelmére, hanem a táplálkozási információk fogalmi feldolgozásának eltérő módjára is rámutatott.

A fókuszcsoportokban az OKOSTÁNYÉR® korábbi ismertsége szintén alacsony volt: a 24 résztvevő közül nyolcan (33,3%) találkoztak korábban az ajánlással. A megfelelő egészségértésű csoportban az ismertség 50,0%, a korlátozott egészségértésűeknél 16,6% volt. Valamennyi csoport a hiteles, egészségügyi szakembertől származó és személyre szabott táplálkozási tanácsadást tekintette ideálisnak, miközben a korlátozott egészségértésűek információszerzésében nagyobb szerepet kapott az internet és a közösségi média. Az MDOSZ nevének és logójának feltüntetése erősítette a hitelességet, bár a szervezet azonosítása a korlátozott csoportokban esetenként pontatlan volt.

A megfelelő egészségműveltségű résztvevők az OKOSTÁNYÉR® formáját egyszerűnek, hétköznapiinak és könnyen megjegyezhetőnek ítélték, ugyanakkor kritikusan értékelték az élelmiszer-csoportok arányait, és részletesebb magyarázatot, kiegészítő edukációt igényeltek. Mindkét egészségértési csoport hangsúlyozta, hogy az ajánlás elsősorban egészséges emberek számára alkalmazható, betegségek és speciális élethelyzetek esetén pedig szakember által nyújtott, rendszeresen felülvizsgált, személyre szabott tanácsadás szükséges. A korlátozott egészségértésű résztvevők különösen hiányolták a konkrét adagokat, fogyasztási gyakoriságokat, időpontokat és elkészítési módokat. Életszerű képeket, rövid és közérthető szövegeket, recepteket, valamint digitális és közösségimédia-alapú edukációs megoldásokat javasoltak. Az alkalmazhatóság további akadályaként a napi rutinba illeszthetőség nehézségét és az egészséges táplálkozás feltételezett magas költségeit nevezték meg.

5. Következtetések

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 szükségleteit is. A WHO állásfoglalásával (34) összhangban minden információsztolgáltató – 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 egészséghöz 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 egyénre 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.

6. Saját publikációk jegyzéke

Disszertációhoz kapcsolódó közlemények:

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

Szűcs Zs, Ercsey I, Horkai A, et al. The possibility of patient-centered dietetic intervention in the context of health literacy in

Hungary. Front Nutr. 2026;12:1668048.
doi:10.3389/fnut.2025.1668048.

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

Szűcs 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

Szűcs, 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., & Szűcs, 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, Szűcs Zs, Török M, Jakab A & Várbíró Sz. Konszenzusjavaslat a táplálkozás szerepéről a perimenopauza és menopauza időszakában. LAM. 2025;35(5-6)

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

Szűcs 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 ételmiszer-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 et al. 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.

Szűcs 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)

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

Raposa LB, Erdélyi A, Kubányi J, Szűcs 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, Szűcs 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)

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

Henter I, Horváth Z, Szűcs 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)

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

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

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

Kubányi J, Szűcs 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

ΣIF: 13,6