

Mit mérünk és mit érzékelünk? Egészségműveltség – profilok vizsgálata elsőéves egyetemisták körében

What Do We Measure and What Do We Perceive?
Health Literacy – A Profile Analysis Among First-Year University Students

Szerzők: Horváth Cintia

Beküldve: 2026.02.13. | Elfogadva: 2026.05.08. | doi: <https://doi.org/10.24365/ef.21908>

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: Az egészségműveltség az egészségfejlesztés és az egészségmagatartás-kutatás egyik kiemelt fogalma, amely az egyének egészséggel kapcsolatos információkezelési képességeit ragadja meg. A szakirodalom szerint az egészségműveltség többdimenziós jelenség, amelynek objektív és szubjektív komponensei eltérő módon járulhatnak hozzá az egészséggel kapcsolatos döntéshozatalhoz. Különösen releváns ezen dimenziók együttes vizsgálata az elsőéves egyetemi hallgatók körében, akik a felsőoktatásba való belépéssel fokozott önállósággal és új döntési helyzetekkel szembesülnek. A tanulmány célja az elsőéves egyetemi hallgatók egészségműveltségének komplex vizsgálata volt az objektív és a szubjektív dimenziók együttes elemzésével, valamint az ezek kombinációjából kirajzolódó egészségműveltségi profilok azonosítása.

Módszertan: A keresztmetszeti kérdőíves vizsgálat során a 2025/2026-os tanév őszén 314 elsőéves egyetemi hallgató került felmérésre. Az objektív egészségműveltséget a Newest Vital Sign (NVS), a szubjektív egészségműveltséget a BRIEF kérdőív segítségével mértem. A két dimenzió kategóriáinak kombinációja alapján négy egészségműveltségi profil került kialakításra (kongruensen alacsony, kongruensen magas, túlbecslő, alulbecslő). Az adatok elemzése, a profilok kialakítása leíró statisztikával, a demográfiai jellemzők szerinti elemzés khi-négyzet próbával és bináris logisztikus regresszióval történt.

Eredmények: A hallgatók 68,2%-a megfelelő objektív egészségműveltséggel rendelkezett, míg szubjektív szinten csupán 21,0% tartozott az adekvát kategóriába. A profilalapú elemzés alapján az alulbecslő profil volt a leggyakoribb (51,6%), amely azt jelzi, hogy a hallgatók jelentős része a tényleges teljesítményéhez képest alacsonyabbra értékeli saját egészségműveltségét. A lakóhely típusa ($p=0,017$) és az anya iskolai végzettsége ($p=0,009$) szignifikáns összefüggést mutatott a profilokkal, míg a nem és a tanulmányi terület nem. A logisztikus regressziós modell nem volt szignifikáns ($p=0,069$), ugyanakkor a lakóhely típusa önálló prediktorként jelent meg (esélyhányados=1,32; $p=0,032$).

Következtetések: Az eredmények megerősítik, hogy az egészségműveltség multidimenzionális jelenség, amelynek objektív és szubjektív komponensei eltérő módon jelenhetnek meg az elsőéves egyetemi hallgatók körében. Az objektív és szubjektív mutatók közötti eltérés arra utal, hogy a hallgatók önértékelése nem minden esetben tükrözi tényleges kompetenciaszintjüket. Az alulbecslő profil dominanciája különösen arra hívja fel a figyelmet, hogy a felsőoktatási egészségfejlesztési programoknak nemcsak az egészséggel kapcsolatos készségek fejlesztésére, hanem a kompetenciaérezlés és az önbizalom erősítésére is fókuszálniuk kell. A profilalapú megközelítés alkalmas lehet a hallgatói populáción belüli rejtett különbségek azonosítására és a célzott egészségfejlesztési beavatkozások tervezésére.

Kulcsszavak: egészségműveltség; felsőoktatás; elsőéves egyetemisták; objektív és szubjektív mutatók; profilalapú elemzés

SUMMARY

Background: Health literacy is a key concept in health promotion and health behavior research, referring to individuals' ability to access, understand, evaluate, and use health-related information. The literature conceptualizes health literacy as a multidimensional construct, in which objective and subjective components may contribute differently to health-related decision-making. The combined assessment of these dimensions is particularly relevant among first-year university students, who face increased autonomy and new health-related decision situations upon entering higher education. The aim of this study was to comprehensively examine health literacy among first-year university students by jointly analyzing objective and subjective dimensions, and to identify health literacy profiles based on their combination.

Methodology: A cross-sectional questionnaire-based study was conducted in the autumn semester of the 2025/2026 academic year among 314 first-year university students. Objective health literacy was measured using the Newest Vital Sign (NVS), while subjective health literacy was assessed using the BRIEF questionnaire. Based on the combination of the two dimensions, four health literacy profiles were identified (congruent low, congruent high, overestimating, underestimating). Data analysis and profile construction were performed using descriptive statistics, while analyses according to demographic characteristics were conducted using chi-square tests and binary logistic regression.

Results: A total of 68.2% of students demonstrated adequate objective health literacy, whereas only 21.0% fell into the adequate category based on subjective assessment. Profile analysis revealed that the underestimating profile was the most prevalent (51.6%), indicating that a substantial proportion of students rated their health literacy lower than their actual performance. Place of residence ($p=0.017$) and maternal education ($p=0.009$) were significantly associated with health literacy profiles, whereas gender and field of study were not. The logistic regression model was not statistically significant ($p=0.069$), although place of residence emerged as an independent predictor ($OR=1.32$; $p=0.032$).

Conclusions: The findings confirm that health literacy is a multidimensional construct in which objective and subjective components may manifest differently among first-year university students. The discrepancy between objective and subjective indicators suggests that students' self-assessments do not always accurately reflect their actual competence levels. The predominance of the underestimating profile particularly highlights the need for health promotion programs in higher education to focus not only on the development of health-related skills, but also on strengthening competence perception and self-confidence. The profile-based approach may provide a useful framework for identifying hidden differences within student populations and for designing more targeted health promotion interventions.

Keywords: health literacy; higher education; first-year university students; objective and subjective measures; profile analysis

BEVEZETÉS

Az egészségműveltség az iskolai egészségfejlesztés, az egészségpolitika és az egészségmagatartás-kutatás egyik központi fogalmává vált az elmúlt két évtizedben. Az egészségműveltség integrált konceptuális modellje az egyének azon komplex kompetenciarendszerét írja le, amely lehetővé teszi az egészséggel kapcsolatos információk hatékony kezelését és felhasználását különböző kontextusokban (Sørensen et al., 2012). A modell integrált megközelítésben értelmezi az egészségműveltséget és négy alapvető információfeldolgozási dimenziót különít el: az egészséggel kapcsolatos információkhoz való hozzáférést, azok megértését, értékelését, valamint az információk alkalmazását az egészséggel kapcsolatos döntéshozatal során. E kompetenciák nem elszigetelten jelennek meg, hanem három fő egészségügyi területen érvényesülnek: az egészségügyi ellátórendszer használatában, a prevencióban és az egészségfejlesztésben. A modell így egy többdimenziós keretként értelmezhető, amelyben az egyén aktív szereplőként jelenik meg és képes az információk megszerzésére, értelmezésére, kritikai feldolgozására és gyakorlati alkalmazására a mindennapi élet különböző egészségi döntési helyzeteiben. Ez a megközelítés hangsúlyozza, hogy az egészségműveltség túlmutat az alapvető olvasási és szövegértési készségeken, és magában foglalja a döntéshozatalhoz szükséges kognitív és szociális készségek összességét, amelyek hozzájárulnak az egyéni és populációs szintű egészségi állapot javításához (Sørensen et al., 2012). Az integrált modell szerint tehát „az egészségműveltség kapcsolatban áll a műveltséggel, és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészséginformációkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során” (Csizmadia, 2016; Sørensen et al., 2012). Ezzel a modellel áll összhangban az a konstrukció, amely alapján az egészségműveltség multidimenzionális jelenség, amely magában foglalja a funkcionális, interaktív és kritikai dimenziókat (Nutbeam, 2000).

Az egészségműveltség az egészségi állapot egyik meghatározó tényezőjeként jelenik meg a nemzetközi empirikus kutatásokban (Berkman

et al., 2011; Suka et al., 2015; Stormacq et al., 2019). Azok az egyének, akik magasabb egészségműveltséggel rendelkeznek, nagyobb valószínűséggel jutnak megfelelő mennyiségű és minőségű egészségügyi információhoz, ritkábban folytatnak kockázatos magatartásformákat és kedvezőbb szubjektív egészségi állapotról számolnak be (Suka et al., 2015). Hasonló eredmények figyelhetők meg: a magasabb egészségműveltséggel rendelkező egyének körében alacsonyabb a dohányzás és az alkoholfogyasztás előfordulása, gyakoribb a fizikai aktivitás és a preventív egészségügyi vizsgálatok igénybevétele (Franze et al., 2011; Frisch et al. 2011), valamint kedvezőbb az önértékelt egészségi állapot (Liu et al., 2015). Az egészségműveltség pozitív összefüggést mutat az életmóddal és az észlelt egészségi állapottal, valamint negatív kapcsolatban áll a depressziós tünetekkel (Berkman et al., 2011; Stormacq et al., 2019; Chu-Ko et al., 2021). Az egészségműveltség nemcsak egyéni szinten, hanem társadalmi egyenlőtlenségek kontextusában is fontos meghatározója az egészségi állapotnak. Az alacsony egészségműveltség szoros összefüggést mutat a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzettel, a fizikai inaktivitással, az elhízással, valamint a rosszabb önértékelt egészségi állapottal (Svendson et al., 2020). Az alacsony egészségműveltség emellett összefügg a magasabb hospitalizáció arányával, a magasabb mortalitási kockázattal, a kevésbé hatékony krónikus betegségek önmenedzselésével (Berkman, Davis & McCormack 2010; Dehal et al., 2011), az egészségtelen táplálkozási szokásokkal, az emelkedett testtömegindexszel, a kockázatos magatartásformákkal – beleértve a védekezés nélküli szexuális együttlétet –, valamint a megnövekedett egészségügyi kiadásokkal (Park et al., 2017; Rasu et al., 2015). Az egészségügyi információkhoz való hozzáférés, az egészségmagatartás és a társadalmi-gazdasági tényezők együttesen alakítják ezt a kapcsolatot, ami alátámasztja, hogy az egészségműveltség fejlesztése kulcsfontosságú eszköz lehet az egészségfejlesztési beavatkozásokban.

Az egészségműveltség kutatásának egyik központi módszertani kérdése a mérés módja. A szakirodalomban alapvető különbségtétel történik a teljesítményalapú (objektív) és az önbevalláson alapuló (szubjektív) mérőeszközök között (Jordan et al., 2010; Haun et al., 2014; Horváth et al., 2021). Az objektív egészségműveltséget mérő eszközök – mint például a Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) (Parker

et al., 1995) vagy a Newest Vital Sign (NVS) – az alapvető olvasási és számolási készségekre fókuszálnak, amelyek az egészségügyi információk értelmezéséhez szükségesek (Weiss et al., 2005). Egy közelmúltban megjelent áttekintő cikk az NVS kérdőívet a legpraktikusabb egészségműveltséget mérő eszközként értékelte (Duell et al., 2015). Ezzel szemben a szubjektív mérőeszközök, köztük a BRIEF Health Literacy Screening Tool, az egyének saját kompetenciaéztelését ragadják meg (Haun et al., 2009).

Nemzetközi kutatás igazolta, hogy az objektív és szubjektív egészségműveltségi mutatók közötti kapcsolat gyakran gyenge vagy közepes erősségű, ami arra utal, hogy az egyének önértékelése nem minden esetben tükrözi tényleges készségeiket (Jordan et al., 2010). Ez a diszkrepancia különösen releváns lehet olyan populációkban, ahol az egészséggel kapcsolatos információkhoz való hozzáférés magas, ugyanakkor a kritikai feldolgozás és alkalmazás nem feltétlenül megfelelő.

Bár az alacsony egészségműveltség valamennyi életkorban jelen van (Khajouei & Salehi, 2017; Lamanauskas & Augienė, 2019), az elsőéves egyetemi hallgatók élethelyzete sajátos átmeneti időszakot jelent, amelyet az önállósodás, az egészségmagatartás átalakulása és az egészségügyi döntések feletti kontroll növekedése jellemez (Deliens et al., 2014). Ebben az életszakaszban fokozott kockázatot jelenthet az egészségműveltség túlbecsülése, amely maladaptív döntésekhez vezethet (Okan et al., 2019), ezért az elsőéves hallgatók egészségműveltségi profiljainak feltárása kulcsfontosságú lehet a felsőoktatási egészségfejlesztési programok tervezésében.

A kutatás célja az észak-magyarországi régióban tanuló, elsőéves, nappali tagozatos egyetemi hallgatók objektív és szubjektív egészségműveltségének komplex vizsgálatára, továbbá ezek kombinációja alapján elkülöníthető egészségműveltségi profilok azonosítására irányul. A két dimenzió egyidejű alkalmazása lehetőséget teremt olyan egészségműveltségi mintázatok megragadására, amelyek egydimenziós megközelítések esetén rejtve maradnak.

A vizsgálat fő kutatási kérdései:

1. Milyen szintű objektív és szubjektív egészségműveltséggel rendelkeznek az elsőéves egyetemi hallgatók?
2. Milyen mértékű összefüggés figyelhető meg az objektív és szubjektív egészségműveltségi mutatók között?

3. Azonosíthatók-e eltérő egészségműveltségi profilok?

4. Milyen kapcsolat figyelhető meg az egészségműveltségi profilok és a szociodemográfiai háttérváltozók között?

MÓDSZERTAN

Vizsgálati modell

A kutatás kvantitatív, keresztmetszeti vizsgálati modellre épült. A vizsgálati modell középpontjában az egészségműveltség két eltérő mérési megközelítése állt: az objektív, teljesítményalapú és a szubjektív, önértékelésen alapuló egészségműveltség. A modell alapfeltevése szerint az objektív és szubjektív egészségműveltség részben független konstrukciók, amelyek kombinációja eltérő egészségműveltségi mintázatokat (profilokat) eredményezhet. Ennek megfelelően a kutatás nem csupán az egyes egészségműveltségi dimenziók szintjét vizsgálja, hanem azok együttes előfordulását, lehetővé téve az inkonzisztens profilok azonosítását.

Minta

A vizsgálat populációját az észak-magyarországi elsőéves, nappali tagozatos egyetemi hallgatók alkották, mivel a felsőoktatásba való belépés olyan kritikus életátmeneti időszakot jelent, amelyben az egészséggel kapcsolatos döntések feletti egyéni felelősség jelentősen megnő, miközben az egészségműveltséget alakító korábbi szociális és oktatási erőforrások továbbra is meghatározó szerepet játszanak. A kutatásba kényelmi mintavételi eljárás során azon elsőéves, nappali tagozatos hallgatók kerültek bevonásra, akik a vizsgálat időszakában aktív hallgatói jogviszonnyal rendelkeztek és önkéntesen hozzájárultak a kérdőív anonim kitöltéséhez. Adattisztítást követően a mintát 314 elsőéves egyetemi hallgató alkotta (N = 314). A résztvevők átlagéletkora 19,3 (szórás, SD 1,31) év volt. A válaszadók 69,4%-a nő, 30,6%-a férfi. A hallgatók több képzési területet képviseltek, beleértve a pedagógusképzést, a természettudományi, a bölcsészettudományi, a gazdaságtudományi és az informatikai képzéseket. A minta heterogén összetétele lehetőséget biztosított az egészségműveltség társadalmi és oktatási kontextusban történő értelmezésére.

Adatfelvétel

Az adatfelvétel keresztmetszeti kérdőíves vizsgálat keretében valósult meg a 2025/2026-os egyetemi tanév őszi félévében. A kérdőívek kitöltése papíralapú és online (Google Űrlap) formában történt, részben tanórai környezetben, részben tanórán kívüli, önálló kitöltési lehetőséggel. A kérdőív első egysége a szociodemográfiai jellemzők feltárására irányult. Ennek keretében rögzítettük a résztvevők nemét, életkorát, képzési területét, lakóhelyének típusát, valamint a szülők legmagasabb iskolai végzettségét.

A kérdőív második egysége az egészségműveltség mérésére szolgált. Az objektív mérésre a Newest Vital Sign (Weiss et al., 2005) magyar nyelvű validált (Cronbach- α = 0,72) adaptációját alkalmaztuk (Mátyás, Vincze & Bíró, 2021). A kérdőív a szövegértést, a számolási készséget és a problémamegoldó képességet egyaránt méri. A válaszadóknak hat kérdésre kellett válaszolniuk egy jégkrémes doboz táplálkozási információkat tartalmazó címkéje alapján. Az elérhető pontszámok 0 és 6 között mozognak; a szakirodalmi ajánlásoknak megfelelően a 0–1 pont inadekvát, a 2–3 pont limitált, míg a 4–6 pont megfelelő funkcionális egészségműveltséget jelez. A szubjektív mérésre a BRIEF Health Literacy Screening Tool (Haun et al., 2009) magyar nyelvű validált (Cronbach- α = 0,87) adaptációját alkalmaztuk (Mátyás, Vincze & Bíró, 2021), amely 4 kérdésből áll és az egészségműveltséget szubjektíven méri. A kérdések az egészséggel kapcsolatos információk nehézségeit tárják fel. Az összpontszám az ötfokú Likert-skálán (1–5) adott válaszok összegzésével számítható (4–20 pont), amely alapján az egészségműveltség három kategóriába sorolható: inadekvát (4–12 pont), marginális (13–16 pont) és adekvát (17–20 pont).

Egészségműveltségi profilok kialakítása

Az objektív (NVS) és a szubjektív (BRIEF) egészségműveltségi mutatók kategóriáinak kombinációja alapján négy egészségműveltségi profilt alakítottunk ki (1. táblázat). A profilképzés célja az volt, hogy az egészségműveltség dimenziói közötti összhangot vagy eltérést megragadjuk és azonosítsuk az eltérő egészségműveltségi mintázatokat.

- Kongruensen alacsony profil: azok a hallgatók tartoznak ebbe a csoportba, akiknél mind az objektív (inadekvát vagy limitált), mind a szubjektív (inadekvát vagy marginális) egészségműveltség alacsony szintet mutatott. Ez a profil az objektív és a szubjektív egészségműveltség együttes alacsony szintjét jelzi.

- Kongruensen magas profil: ebbe a csoportba azok a hallgatók tartoznak, akiknél mind az objektív (megfelelő), mind a szubjektív (adekvát) egészségműveltség magas szintet mutatott. A profil az objektív és szubjektív dimenziók összhangját tükrözi magas szinten.
- Túlbecslő profil: a túlbecslő profilba azok a hallgatók tartoznak, akik alacsony objektív egészségműveltségi szint (inadekvát vagy limitált) mellett magas szubjektív egészségműveltséget (adekvát) jeleztek. Ez a profil az objektív és szubjektív dimenziók közötti eltérést mutatja, a szubjektív irányába történő eltolódással.
- Alulbecslő profil: ebbe a profilba azok a hallgatók kerültek, akik magas objektív egészségműveltséggel (megfelelő) rendelkeztek, ugyanakkor alacsony szubjektív egészségműveltségi (inadekvát vagy marginális) szinttel. Ez a profil az objektív és szubjektív dimenziók közötti eltérést mutatja, az objektív irányába történő eltolódással.

Adatelemzés

Az adatok feldolgozása és statisztikai elemzése az IBM SPSS Statistics 28.0 szoftver alkalmazásával történt. Az elemzési stratégia előre meghatározott, több egymásra épülő lépésből állt, összhangban a kutatási kérdésekkel. Első lépésben leíró statisztikai elemzésre került sor a minta szociodemográfiai jellemzőinek, valamint az objektív és szubjektív egészségműveltségi mutatók eloszlásának bemutatása érdekében. Ennek keretében gyakoriságokat, százalékos megoszlásokat, valamint átlag- és szórásértékeket számítottunk. Második lépésben az objektív és a szubjektív egészségműveltség közötti kapcsolatot vizsgáltuk khi-négyzet próbával. Az észlelt összefüggések erősségének becslésére Cramer-féle V mutatót alkalmaztunk. Harmadik lépésben az egészségműveltségi profilok és a kiválasztott szociodemográfiai háttérváltozók (nem, lakóhely típusa, tanulmányi terület, szülők iskolai végzettsége) közötti kapcsolatokat elemeztük, szintén khi-négyzet próba alkalmazásával. Negyedik lépésben az alulbecslő egészségműveltségi profilba tartozás valószínűségét vizsgáltuk bináris logisztikus regressziós elemzés segítségével. A modell függő változója az alulbecslő profilba tartozás volt (igen/nem), míg a független változók közé a nemet, a lakóhely típusát, a szülők iskolai végzettségét és a tanulmányi területet vontuk be. Az eredményeket esélyhányadosokkal (EH) és 95%-os megbízhatósági tartományokkal (MT) jellemeztük. A statisztikai próbák során a $p < 0,05$ értéket tekintettük statisztikailag szignifikánsnak.

1. táblázat: Egészségműveltségi profilok

Objektív egészségműveltség kategória	Szubjektív egészségműveltség kategória	Egészségműveltségi profil
Inadekvát vagy limitált	Inadekvát vagy marginális	Kongruensen alacsony
Megfelelő	Adekvát	Kongruensen magas
Inadekvát vagy limitált	Adekvát	Túlbecslő
Megfelelő	Inadekvát vagy marginális	Alulbecslő

Forrás: saját szerkesztés

EREDMÉNYEK

A hallgatók több képzési területet képviseltek, ami heterogén mintaszerkezetet eredményezett. A legnagyobb arányban a pedagógusképzésben és a természettudományi képzésekben tanulók voltak jelen, míg a bölcsészettudományi és informatikai képzések hallgatói kisebb arányban szerepeltek. A lakóhely típusa alapján a válaszadók többsége városi környezetben élt, ugyanakkor jelentős arányban voltak jelen falusi vagy községi lakóhellyel rendelkező hallgatók is, ami területi szempontból változatos mintát jelez. A szülők iskolai végzettsége eltérő mintázatot mutatott. Az apák esetében a középfokú végzettség dominált, míg az anyák körében a felsőfokú végzettség aránya volt magasabb, ami összességében kedvezőbb iskolázottsági profilt jelez az anyák vonatkozásában. A minta (N=314) szociodemográfiai jellemzőit a 2. táblázat foglalja össze.

Az objektív és szubjektív egészségműveltségi szint

Az objektív egészségműveltség összpontszáma a mintában 4,22 SD: 1,64 pont volt, az értékek 0 és 6 pont között szóródtak. A maximális pontszámot a hallgatók 30,6%-a érte el. A kategóriás besorolás alapján a résztvevők többsége megfelelő objektív egészségműveltséggel rendelkezett (68,2%), míg limitált egészségműveltség 25,5% esetében, inadekvát szint pedig 6,4% esetében volt azonosítható. A szubjektív egészségműveltség átlaga 12,44 SD: 4,96 pont volt, az értékek 4 és 20 pont között alakultak. A kategóriás megoszlás alapján a hallgatók 38,5%-a az inadekvát, 40,4%-a a marginális, míg 21,0%-a az adekvát szubjektív egészségműveltség kategóriájába tartozott (3. táblázat). Az objektív és a szubjektív egészségműveltségi kategóriák között nincs szignifikáns összefüggés ($p=0,276$).

Egészségműveltségi profilok

Az objektív és szubjektív egészségműveltségi mutatók kombinációja alapján négy egészségműveltségi profilt különítettem el (4. táblázat). A legnagyobb arányban a túlbecslő profil fordult elő, amelybe a hallgatók 51,6%-a tartozott. A kongruensen alacsony egészségműveltségi profil a minta 27,4%-át tette ki, míg a kongruensen magas profilba a hallgatók 16,6%-a sorolható. Az alulbecslő profil aránya alacsony volt (4,5%).

A profilok megoszlása alapján a mintát elsősorban az objektív és szubjektív egészségműveltség eltérő szintjeit tükröző mintázatok jellemezték, míg a két dimenzió összhangját mutató profilok kisebb arányban jelentek meg (4. táblázat).

Az egészségműveltségi profilok és a szociodemográfiai jellemzők összefüggései

A nemek szerinti elemzés alapján az egészségműveltségi profilok megoszlása nem tért el szignifikánsan a férfi és női hallgatók körében ($\chi^2(3)=2,83$; $p=0,418$). Mindkét nem esetében az alulbecslő profil volt a leggyakoribb (férfiak 46,9%, nők 53,7%). Hasonló eredmény mutatkozott a tanulmányi terület szerinti összehasonlításban is: az egészségműveltségi profilok tanulmányterületi megoszlása nem jelzett statisztikailag szignifikáns eltérést ($\chi^2(15)=17,73$; $p=0,277$). Valamennyi képzési területen az alulbecslő profil dominanciája volt megfigyelhető (5. táblázat). Az édesapák legmagasabb iskolai végzettsége és az egészségműveltségi profilok között szintén nem mutatkozott statisztikailag szignifikáns összefüggés ($\chi^2(15)=15,15$; $p=0,441$).

Az egészségműveltségi profilok lakóhely szerinti megoszlása alapján statisztikailag szignifikáns összefüggés volt kimutatható az egyes telepü-

léstípusok között ($\chi^2(9)=20,12$; $p=0,017$). Az összefüggés erőssége a Cramer-féle V mutató alapján gyenge-közepesnek bizonyult ($V=0,146$). Az eloszlások alapján markáns különbségek figyelhetők meg az egyes lakóhely-kategóriák között. A fővárosi hallgatók körében a kongruensen alacsony egészségműveltségi profil dominált (56,5%), míg az alulbecslő profil aránya viszonylag alacsonyabb volt (17,4%). Ezzel szemben a megyeszékhelyen élő hallgatók esetében az alulbecslő profil fordult elő a legnagyobb arányban (48,0%). A falusi/községi lakóhellyel rendelkező hallgatók körében szintén az alulbecslő profil dominanciája volt megfigyelhető (60,0%), és hasonló tendencia jelent meg az egyéb városban élők esetében is (51,8%). A kongruensen magas profil minden lakóhelytípus esetében viszonylag alacsony és kiegyenlített arányban volt jelen (15,1–21,7% között), míg a túlbecslő profil minden csoportban alacsony gyakoriságot mutatott (1,0–6,6%). A lakóhely típusa tehát összefügg az egészségműveltségi profilok eloszlásával, és a fővárosi hallgatók eltérő mintázatot mutatnak (kongruensen alacsony) a többi településtípushoz képest, ahol az alulbecslő profil dominanciája figyelhető meg (5. táblázat).

Az egészségműveltségi profilok és az édesanya legmagasabb iskolai végzettsége között statisztikailag szignifikáns összefüggés volt kimutatható ($\chi^2(12)=26,62$; $p=0,009$). Az eloszlások alapján az alulbecslő profil valamennyi iskolai végzettségi kategóriában a leggyakoribb volt,

különösen a „nem tudom” kategóriában (80,0%), valamint a szakmunkás végzettséggel (58,9%) és az érettségivel rendelkező anyák (54,0%) esetében. A kongruensen alacsony profil elsősorban az érettségivel (33,0%) és az egyetemi/főiskolai végzettséggel rendelkező anyák körében fordult elő nagyobb arányban (31,1%). A kongruensen magas profil minden kategóriában viszonylag alacsony arányban jelent meg, míg a túlbecslő profil előfordulása valamennyi csoportban alacsony volt (5. táblázat).

Az alulbecslő egészségműveltségi profilba tartozás valószínűségének vizsgálatára bináris logisztikus regressziós elemzést alkalmaztunk, amelybe a nemet, a lakóhely típusát, a szülők iskolai végzettségét, valamint a tanulmányi területet vontuk be magyarázó változóként. A modell összességében nem bizonyult statisztikailag szignifikánsnak ($\Delta\chi^2(5)=10,24$; $p=0,069$), és alacsony magyarázóerőt mutatott (Nagelkerke $R^2=0,043$), ami arra utal, hogy a bevont változók együttesen csak korlátozott mértékben járulnak hozzá a kimeneti változó magyarázatához. Az egyes prediktorok vizsgálata ugyanakkor azt mutatta, hogy a lakóhely típusa szignifikáns hatást fejt ki (EH=1,32; 95% MT: 1,02–1,70; $p=0,032$), míg az anya iskolai végzettsége határérték közeli kapcsolatot jelzett (EH=1,18; $p=0,055$). Ezzel szemben a nem, az apa iskolai végzettsége és a tanulmányi terület nem mutattak szignifikáns összefüggést a kimeneti változóval ($p>0,05$).

2. táblázat: A minta demográfiai jellemzői

Változó	Kategória	N	%
Tanulmányi terület	Bölcsészettudomány	21	6,7
	Gazdaságtudomány	47	15,0
	Informatika	21	6,7
	Művészet	59	18,8
	Pedagógusképzés	88	28,0
	Természettudomány	78	24,8
Lakóhely típusa	Főváros	23	7,3
	Megyeszékhely	25	8,0
	Egyéb város	166	52,9
	Falu/község	100	31,8
Édesapa legmagasabb iskolai végzettsége	Alapfok	11	3,5
	Szakk munkás bizonyítvány	118	37,6
	Érettségi	85	27,1
	Felsőfokú diploma	84	26,8
Édesanya legmagasabb iskolai végzettsége	Nem tudja	16	5,1
	Alapfok	5	1,6
	Szakk munkás bizonyítvány	56	17,8
	Érettségi	100	31,8
	Felsőfokú diploma	148	47,1
	Nem tudja	5	1,6

Forrás: saját szerkesztés

3. táblázat: Az objektív és szubjektív egészségműveltség kategóriáinak eloszlása (N = 314)

Kategória	Objektív egészségműveltség N/%	Szubjektív egészségműveltség N/%
Inadekvát	20/6,4	121/38,5
Limitált/marginális	80/25,5	127/40,4
Megfelelő/adekvát	214/68,2	66/21,0
Összesen	314/100,0	314/100,0

Forrás: saját szerkesztés

4. táblázat. Egészségműveltségi profilok meghatározása és eloszlása (N = 314)

Egészségműveltségi profil	Objektív egészségműveltség	Szubjektív egészségműveltség	N	%
Kongruensen alacsony	Inadekvát vagy limitált	Inadekvát vagy marginális	86	27,4
Kongruensen magas	Megfelelő	Adekvát	52	16,6
Túlbecslő	Inadekvát vagy limitált	Adekvát	14	4,5
Alulbecslő	Megfelelő	Inadekvát vagy marginális	162	51,6
Összesen			314	100,0

Forrás: saját szerkesztés

5. táblázat. Az egészségműveltségi profilok megoszlása különböző szociodemográfiai jellemzők szerint

Változó	Kategória	Kongruen- sen alacsony N (%)	Túlbecslő N (%)	Alulbecslő N (%)	Kongruensen magas N (%)	Összesen N (%)
Nem	Férfi	28 (29,1%)	3 (3,1%)	45 (46,8%)	20 (20,8%)	96 (100,0%)
	Nő	58 (26,6%)	11 (5,0%)	117 (53,6%)	32 (14,6%)	218 (100,0%)
Tanulmányi terület	Bölcsészettudomány	6 (28,5%)	0 (0,0%)	13 (61,9%)	2 (9,5%)	21 (100,0%)
	Gazdaságtudomány	16 (34,0%)	0 (0,0%)	23 (48,9%)	8 (17,0%)	47 (100,0%)
	Informatika	6 (28,5%)	0 (0,0%)	9 (42,8%)	6 (28,5%)	21 (100,0%)
	Művészet	20 (33,9%)	4 (6,7%)	26 (44,0%)	9 (15,2%)	59 (100,0%)
	Pedagógusképzés	17 (19,3%)	8 (9,0%)	48 (54,5%)	15 (17,0%)	88 (100,0%)
	Természettudomány	21 (26,9%)	2 (2,5%)	43 (55,1%)	12 (15,3%)	78 (100,0%)
Lakóhely	Főváros	13 (56,5%)	1 (4,3%)	4 (17,3%)	5 (21,7%)	23 (100,0%)
	Megyeszékhely	7 (28,0%)	1 (4,0%)	12 (48,0%)	5 (20,0%)	25 (100,0%)
	Falu/község	22 (22,0%)	1 (1,0%)	60 (60,0%)	17 (17,0%)	100 (100,0%)
	Egyéb város	44 (26,5%)	11 (6,6%)	86 (51,8%)	25 (15,0%)	166 (100,0%)
	Édesapa végzettsége	Általános iskola	2 (25,0%)	1 (12,5%)	5 (62,5%)	0 (0,0%)
Édesapa végzettsége	Szakmunkás	34 (28,8%)	4 (3,3%)	62 (52,5%)	18 (15,2%)	118 (100,0%)
	Érettségi	25 (29,4%)	2 (2,3%)	44 (51,7%)	14 (16,4%)	85 (100,0%)
	Egyetem/főiskola	20 (23,8%)	5 (5,9%)	45 (53,5%)	14 (16,6%)	84 (100,0%)
	Nem fejezte be	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	2 (66,6%)	3 (100,0%)
	Nem tudom	5 (31,2%)	2 (12,5%)	5 (31,2%)	4 (25,0%)	16 (100,0%)
	Édesanya végzettsége	Általános iskola	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)	3 (60,0%)
Szakmunkás		6 (10,7%)	3 (5,3%)	33 (58,9%)	14 (25,0%)	56 (100,0%)
Érettségi		33 (33,0%)	1 (1,0%)	54 (54,0%)	12 (12,0%)	100 (100,0%)
Egyetem/főiskola		46 (31,0%)	10 (6,7%)	69 (46,6%)	23 (15,5%)	148 (100,0%)
Nem tudom		1 (20,0%)	0 (0,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)	5 (100,0%)

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

A vizsgálat célja az elsőéves egyetemi hallgatók egészségműveltségének komplex feltárása volt az objektív és szubjektív dimenziók együttes vizsgálatán keresztül, valamint az ezek kombinációjából kirajzolódó egészségműveltségi profilok azonosítása. Az eredmények több szempontból is alátámasztják az egészségműveltség multidimenzionális megközelítésének relevanciáját, ugyanakkor fontos eltéréseket is jeleznek a korábbi feltételezésekhez képest.

Az első kutatási kérdésre adott válasz alapján az objektív egészségműveltség szintje a vizsgált hallgatói mintában kedvező képet mutatott, mivel a résztvevők többsége (68,2%) megfelelő szintet ért el az objektív mérésben. Ez összhangban áll a korábbi nemzetközi vizsgálatokkal, amelyek szerint a felsőoktatásba belépő fiatalok alapvető szövegértési és numerikus készségei általában megfelelőek (Vamos et al., 2016; Kühn et al., 2022). Ezzel szemben a szubjektív egészségműveltség lényegesen alacsonyabb szinten jelent meg (21,0%), ami arra utal, hogy a hallgatók saját kompetenciáikról alkotott képe nem tükrözi egyértelműen a tényleges teljesítményt. Ez a diszkrépancia megerősíti azokat a kutatási eredményeket, amelyek szerint az önészlelt egészségműveltség csak korlátozott mértékben alkalmas a tényleges készségek előrejelzésére (Jordan et al., 2010; Haun et al., 2014).

A második kutatási kérdés eredményei szerint az objektív és szubjektív egészségműveltség között nem volt kimutatható összefüggés, ami tovább erősíti azt a megközelítést, hogy e két dimenzió részben független konstrukcióként értelmezhető. Ez különösen releváns a fiatal populációk esetében, ahol az információhoz való hozzáférés adott, azonban az önértékelés és a tényleges kompetencia közötti eltérés fennmaradhat (Jordan et al., 2010; Haun et al., 2014).

A harmadik kutatási kérdés esetén megállapítható, hogy a profilalapú elemzés eredményei alapján az alulbecslő egészségműveltségi profil volt a leggyakoribb a mintában (51,6%). Ez azt jelenti, hogy a hallgatók jelentős része megfelelő objektív egészségműveltséggel rendelkezik, ugyanakkor saját kompetenciáit alacsonyabbnak értékeli. Ez a mintázat eltér a klasszikusan leírt Kruger-Dunning jelenségtől, amely szerint az alacsonyabb képességű egyének hajlamosak teljesítményüket túlbecsülni (Kruger & Dunning,

1999), és inkább a kompetenciák alulértékelésére utal, amely mögött bizonytalanság, alacsony önbizalom vagy az egészséggel kapcsolatos információk komplexitása állhat (Dunlosky & Metcalfe, 2009). Az ilyen típusú inkonzisztencia különösen fontos lehet a felsőoktatási kontextusban, mivel befolyásolhatja az információkeresési viselkedést és a segítségkérés valószínűségét.

A kongruensen magas profil viszonylag alacsony aránya azt jelzi, hogy az objektív és szubjektív egészségműveltség együttesen magas szintje ebben a populációban nem tekinthető általánosnak, ami összhangban áll más egyetemi mintákon végzett vizsgálatok eredményeivel (Vamos et al., 2016; Paakkari & Okan, 2019). Az eredmények összességében azt mutatják, hogy az egészségműveltség különböző komponensei nem feltétlenül fejlődnek párhuzamosan.

A negyedik kutatási kérdés eredményei alapján a szociodemográfiai tényezők, a nem és a tanulmányi terület nem mutattak szignifikáns kapcsolatot az egészségműveltségi profilokkal, ami összhangban áll azokkal a kutatásokkal, amelyek szerint a felsőoktatásba való belépést követően az egészségműveltség különbségei kevésbé a képzési (érdeklődési) területhez, inkább a korábbi szocializációs és társadalmi háttérhez kötődnek (Sukys et al., 2017; Kühn et al., 2022). Ezzel szemben a lakóhely típusa szignifikáns összefüggést mutatott a profilokkal, ami a társadalmi és környezeti tényezők szerepét hangsúlyozza az egészségműveltség alakulásában (van der Heide et al., 2013; Stormacq et al., 2019). Különösen figyelemre méltó, hogy az anyák iskolai végzettsége szignifikáns kapcsolatban állt az egészségműveltségi profilokkal, míg az apák végzettsége nem, ami megerősíti a családi egészségszocializációban az anya kiemelt szerepét (Cutler & Lleras-Muney, 2010; Beauchamp et al., 2015).

A logisztikus regressziós elemzés eredményei árnyaltabb képet adtak a háttértényezők szerepéről. Bár a teljes modell nem bizonyult szignifikánsnak, ami a bevont változók korlátozott együttes magyarázóerejére utal, a lakóhely típusa önálló prediktorként szignifikáns kapcsolatot mutatott az egészségműveltségi profilokkal. Ez arra enged következtetni, hogy egyes társadalmi-demográfiai tényezők specifikus hatása kimutatható lehet akkor is, ha a modell egészének prediktív ereje mérsékelte. Az eredmények összhangban állnak azzal a megközelítéssel, miszerint az egészségműveltség alakulását komplex,

egymással kölcsönhatásban álló társadalmi, kulturális és egyéni tényezők befolyásolják (Nutbeam & Lloyd, 2021).

A vizsgálat korlátai közé tartozik a keresztmetszeti vizsgálati elrendezés, amely nem teszi lehetővé oksági következtetések levonását, valamint a kényelmi mintavétel alkalmazása, amely korlátozhatja az eredmények általánosíthatóságát. További korlátot jelenthetett az adatfelvétel eltérő módja (online és papíralapú kérdőív), amely potenciális mérési torzítást eredményezhetett.

KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálat eredményei alapján megállapítható, hogy az elsőéves egyetemi hallgatók egészségműveltsége komplex és heterogén jelenség, amely nem írható le egyetlen dimenzió mentén. Az objektív és szubjektív egészségműveltségi mutatók eltérő mintázata rámutat arra, hogy a megfelelő funkcionális készségek megléte nem jár szükségszerűen együtt a saját kompetenciák pontos megítélésével.

A profilalapú elemzés legfontosabb tanulsága, hogy a vizsgált populációban az alulbecslő

egészségműveltségi mintázat dominál, vagyis a hallgatók jelentős része a tényleges teljesítményéhez képest alacsonyabbra értékeli saját egészségműveltségét. Ez a jelenség arra hívja fel a figyelmet, hogy az egészségfejlesztési beavatkozásoknak nemcsak a készségek fejlesztésére, hanem az önértékelés és a kompetenciaérzékelés erősítésére is ki kell terjedniük.

A szociodemográfiai tényezők közül a lakóhely típusa és az anyák iskolai végzettsége mutatott kapcsolatot az egészségműveltségi mintázatokkal, ami megerősíti az egészségműveltség társadalmi beágyazottságát. Ugyanakkor a többváltozós elemzés eredményei arra utalnak, hogy ezen tényezők együttes magyarázóereje korlátozott, ami az egészségműveltséget alakító hatások komplex, többtényezős jellegére utal.

Módszertani szempontból a vizsgálat egyik fő tanulsága, hogy az egészségműveltség megbízható feltárásához többdimenziós mérési megközelítés szükséges. Az objektív és szubjektív mutatók kombinációján alapuló profilképzés alkalmas eszköznek bizonyult a hallgatói populáción belüli rejtett különbségek azonosítására. Összességében a tanulmány empirikus alapot nyújt a felsőoktatási egészségfejlesztési programok célzottabb, profilérzékeny tervezéséhez.

HIVATKOZÁSOK

Beauchamp, A., Buchbinder, R., Dodson, S., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., McPhee, C., Sparkes, L., Hawkins, M., & Osborne, R. H. (2015). Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: A cross-sectional survey using the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 15, 678. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2056-z>

Berkman ND, Davis TC, & McCormack L. (2010). Health literacy: what is it? *Journal of Health Communication* 15(2):9–19.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

Bíró, É., Szabó, P., & Kósa, K. (2022). A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége. *Egészségfejlesztés*, 63(3), 3–15.

Chew, L. D., Bradley, K. A., & Boyko, E. J. (2004). Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*, 36(8), 588–594.

Chu-Ko, F., Chong, ML., Chung, CJ., Chang, CC., Liu, HY., & Huang, LC. (2021). Exploring the factors related to adolescent health literacy, health-promoting lifestyle profile, and health status. *BMC Public Health* 21, 2196 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12239-w>

Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2010). Understanding differences in health behaviors by education. *Journal of Health Economics*, 29(1), 1–28. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2009.10.003>

Csizmadia P. (2016). Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés*. 57: 41–44.

Dehal A, Garrett T, Tedders SH, Arroyo C, Afriyie-Gyawu E, & Zhang J. (2011). Body mass index and death rate of colorectal cancer among a national cohort of US adults. *Nutrition and Cancer*. 63(8):1218–25.

Deliens, T., Deforche, B., De Bourdeaudhuij, I., & Clarys, P. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: A qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, 14, 53. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53>

Duell, P., Wright, D., Renzaho, A. M., & Bhattacharya, D. (2015). Optimal health literacy measurement for the clinical setting: A systematic review. *Patient education and counseling*, 98(11), 1295–1307. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.04.003>

Dunlosky, J., & Metcalfe, J. (2009). *Metacognition*. Sage Publications.

Franze M, Fendrich K, Schmidt CO, Fahland RA, Thyrian JR, Plachta-Danielzik S, et al. (2011). Implementation and evaluation of the population-based programme “health literacy in school-aged children” (GeKo Kids). *Public Health Journal*. 19(4):339–47.

Frisch A-L, Camerini L, Diviani N, & Schulz PJ. (2011). Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*. 27(1):117–26.

Haun, J., Noland Dodd, V. J., Graham-Pole, J., Rienzo, B., & Donaldson, P. (2009). Testing a health literacy screening tool: Implications for utilization of a BRIEF health literacy indicator. *Federal Practitioner*, 26, 24–31.

Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19(2), 302–333. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936571>

Haun, J., Luther, S., Dodd, V., & Donaldson, P. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: implications for assessment selection in research and practice. *Journal of health communication*, 17 (3), 141–159. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712615>

Horváth, C., Csányi, T., & Révész, L. (2021). A serdülők egészségműveltségének mérése: A HELMA kérdőív hazai adaptációja. *Egészségfejlesztés*, 62(4), 4–15.

Jordan, J. E., Buchbinder, R., & Osborne, R. H. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient education and counseling*, 79(1), 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.001>

Khajouei R, & Salehi F. (2017). Health literacy among Iranian high school students. *American Journal of Health Behavior*. 41(2):215–22.

Kruger, J., & Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one’s own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>

Kühn, L., Bachert, P., Hildebrand, C., Kunkel, J., Reitermayer, J., Wäsche, H., & Woll, A. (2022). Health literacy among university students: A systematic review of cross-sectional studies. *Frontiers in Public Health*, 9, 680999. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.680999>

Lamanauskas V, & Augienė D. (2019). Identifying primary school teachers' health literacy. *Journal of Turkish Science Education* 16(4):451–66.

Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., Ju, X., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, 8(2), e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>

Liu, Y.-B., Liu, L., Li, Y.-F., & Chen, Y.-L. (2015). Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(8), 9714–9725. <https://doi.org/10.3390/ijerph120809714>

Mátyás G, Vincze F, & Bíró É. (2021). Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán. *Orvosi Hetilap*. 162(39): 1579–1588.

McQueen DV, Kickbusch I, Potvin L, Pelikan JM, Balbo L, & Abel T. (2007). *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. New York: Springer

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publ-health-090419-102529>

Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (Eds.). (2019). *International handbook of health literacy*. Policy Press.

Paakkari, L., & Okan, O. (2019). Health literacy – Talking the language of (school) education. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(3), e161–e164. <https://doi.org/10.3928/24748307-20190502-01>

Park, A., Eckert, T. L., Zaso, M. J., Scott-Sheldon, L. A. J., Venable, P. A., Carey, K. B., Ewart, C. K., & Carey, M. P. (2017). Associations Between Health Literacy and Health Behaviors Among Urban High School Students. *The Journal of school health*, 87(12), 885–893. <https://doi.org/10.1111/josh.12567>

Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. et al. The test of functional health literacy in adults. *J Gen Intern Med* 10, 537–541 (1995). <https://doi.org/10.1007/BF02640361>

Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, & Warady B. (2015). Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International Journal of Health Policy and Management*. 4(11):747–55.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Stormacq, C., Van den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? *Health Promotion International*, 34(5), e1–e17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>

Suka, M., Odajima, T., Okamoto, M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa, H., Kusama, M., Yamamoto, M., Nakayama, T., & Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 660–668. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.02.013>

Sukys, S., Česnaitiene, V. J., & Ossowski, Z. M. (2017). Is health education at university associated with students' health literacy? *BioMed Research International*, 2017, 8516843. <https://doi.org/10.1155/2017/8516843>

Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., Mortensen, R. N., Mandal, H. T., Bøggild, H., Nielsen, G., & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC public health*, 20(1), 565. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>

Tehrani, A., Amirkhani, M., Haghdooost, A., Alavian, S., Asgharifard, ., Baradaran, HR., Barghamdi, M., Parsinia, S., & Ranjbar, Sahar. (2007). Health Literacy and the Influencing Factors: A Study in Five Provinces of Iran. *Strides Dev Med Educ.* 4. 1-9.

Vamos, S., Yeung, P., Bruckermann, T., Moselen, E. F., Dixon, R., Osborne, R. H., & Stringer, D. (2016). Exploring health literacy profiles of Texas university students. *Health Behavior and Policy Review*, 3(3), 209–225. <https://doi.org/10.14485/HBPR.3.3.3>

van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: Results from the Dutch adult literacy and life skills survey. *Journal of Health Communication*, 18(Suppl. 1), 172–184. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825668>

Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>

Információk a szerzőről

Horváth Cintia

Eszterházy Károly Katolikus Egyetem, Természettudományi Kar,
Sporttudományi Intézet
horvath.cintia@uni-eszterhazy.hu

Copyright © 2026 Horváth Cintia. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licencszerződés alapján.