



Az egészségműveltség értelmezése és főbb kihívásai a mai magyar társadalomban I. rész

Taller Ágnes, Dr. Makara Péter, Tonté Dóra

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

A XXI. század viharos változásai, az orvosi tudás fejlődése és a gyógyítással, megelőzéssel kapcsolatos elvek változása számos előnyt kínál ugyan az egészségügyben, de sem a mindennapi életben, sem a közpolitikában nem segít, ha egészséggel kapcsolatos döntést kell hoznunk. Egyrészt kétségtelenül bővültek az egészségügyi kezelési lehetőségek, egyre több információ áll rendelkezésünkre, másrészt az információ mennyisége gyakran inkább zavarbaejtő, és nem is mindenki fér hozzá egyforma eséllyel. Az egészségügyben tapasztalható egyre bonyolultabb, folytonosan változó szervezeti viszonyok sokak számára szinte követhetetlenek. Az orvostechnika fejlődése következtében olyan új lehetőségek nyílnak, melyek az emberek számára nehezen értelmezhetőek, így a személyes egészséggel kapcsolatos döntések bizonytalansága, kockázata jelentősen nő. Ez mindenki számára nehézséget okoz, de különösen kedvezőtlenül érinti az időseket és a hátrányos helyzetűeket. A mai magyar társadalom pedig rohamosan öregszik, a népesség több, mint egyharmada valamilyen szempontból hátrányos helyzetű. A népegészségügyi szakemberek körében az utóbbi évtizedben egyre többet emlegetett

egészségműveltség önmagában nem jelent garanciát az egészség, az egészségügy világában való eligazodásra – ehhez egészséget támogató közpolitikai kereteket, hatékony és fenntartható projektekre is szükség van. Azonban az egészségműveltség jelentős segítséget nyújthat a jobb egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalában és fejlesztése sem reménytelen.

Egészségműveltség: régí fogalom – új értelmezés

A *műveltség* fogalmának sokszínű, koronként igencsak változó értelmezései léteznek, de egyszerűen fogalmazva az adott társadalmi, gazdasági feltételek között releváns, felhasználható képességek, ismeretek összességét, társadalmilag értékes tudást jelent. Olyan tudást, amely hatékonyan segíti az egyéni cselekvést – a mindennapi életben való eligazodást, az emberi-társadalmi kapcsolatokat, a társadalmi munkamegosztásban való részvételt és a személyes sikert. Az egyéni műveltségben a kultúra egyes tartományai különböző mértékben vannak jelen, de a műveltség elemei, szintjei szorosan összefügg-



Jelen tanulmány az IROHLA-projekt kilencedik munkacsomagja keretében készült, mely az Európai Unió Egészség Programja keretében pénzügyi támogatásban részesült. A tanulmány második részét 2015/3. lapszámunkban olvashatják.



innovative policies for healthy ageing



nek. A műveltség egész életünket végigkísérő elsajátítása emberi kapcsolatokon, társadalmi intézményeken keresztül történik (család, helyi közösség, iskolarendszer, kommunikáció/média).

Az *egészségműveltség* az egészséggel kapcsolatos megalapozott döntéshozatal képessége a mindennapi életben, otthon, a helyi társadalomban, a munkahelyen, az egészségügyi intézményrendszerben és a közpolitikában. Segítségével az emberek befolyásolhatják egészségüket, a szükséges információk megszerzését, így felelősen alakíthatják életük, emberi-társadalmi környezetük minőségének e meghatározó elemét.

Az *egészségműveltség* maga is multidimenziális fogalom, mely különböző jellegű elemeket foglal magában, mint:

- *alpműveltség;*
- *tudományos, szakmai műveltség;*
- *állampolgári műveltség;*
- *kulturális műveltség.*

A WHO definíciója szerint az *egészségműveltség* az a kognitív és szociális képesség és készség, amellyel hozzáférünk, megértjük és felhasználjuk azon információkat, melyek elősegítik és fenntartják jó egészségünket. Az egészségműveltség hangsúlyos, jellemző vonása a képességek, készségek aktív alkalmazása. A társadalom és az egészséggel kapcsolatos szaktudás gyors változásai megkövetelik az új információk befogadását, és az elavult információk elvetésének vagy éppen újraértelmezett alkalmazásának képességét.

A pontos szóhasználat érdekében célszerű röviden áttekinteni néhány rokonértelmű fogalmat.

A *készség* olyan meghatározott feladat, munka ellátásához elengedhetetlen tudás, gyakorlat, melyre az egyén tanulás, képzés vagy gyakorlati tapasztalatok útján tesz szert.

A *jártasság* az egyén bizonyított képessége abban, hogy tudását (készségeit, szakképzettségét) képes mind a megszokott, mind a változó szakmai környezetben alkalmazni.

A *képesség* a személyiség azon jellemzője, mely a készség és a jártasság szintjén történő ismeretsajátítás és feladatmegoldás arányai, mértéke és automatizáltsága alapján jellemzi a személyiséget.

A pedagógia *kompetenciafogalma* olyan készségek és képességek együttesét jelenti, melyek segítségével az egyén egy adott területen problémamegoldásra képes, jelenti továbbá az egyén azon hajlandóságát is, hogy a problémamegoldásra való képességét alkalmazza. A fogalom magában foglalja az ember tudását, tapasztalatait éppúgy, mint személyes adottságait. A kompetencia a döntést, a kivitelezést és a megvalósulást szolgáló képességrendszer, tulajdonképpen az adott közegben való eredményes tevékenységhez szükséges ismeretek,

elméleti és gyakorlati készségek, attitűdök, érzelmek, értékek és etikai jellemzők, valamint motivációk összessége.

I. *Kickbusch és szerzőtársai szerint (2006)* az egészségműveltség képességei a következőket foglalják magukban:

1. *Alapvető egészségkompetenciák:* az egészségvédő, betegségmegelőző és egészségfejlesztő magatartás képességei, az öngyógyítás (öngyógyszerezés, az egészség orvosi segítség nélküli visszanyerési képessége).

2. *Pácienskompetenciák:* az egészségügyi rendszerben való eligazodás képessége, aktív tárgyalópartnerként való fellépés az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolatban.

3. *Fogyasztói kompetenciák:* az egészséget támogató döntések képessége a javak és szolgáltatások megvásárlása során, ha szükséges, a fogyasztói jogok érdekében történő fellépés.

4. *Állampolgári kompetenciák:* tudatos szavazói magatartás, az egészséggel kapcsolatos jogok ismerete és az érdekekben való fellépés, részvétel egészséget támogató vagy betegszervezetekben.

Az egészségműveltség gondolköre szorosan kapcsolódik az egészség emberi jogi vonatkozásaihoz, különösen az információhoz való hozzáférés joga és méltányossága tekintetében. Az egészséghez való jog az egészségműveltséggel közvetlenül összefüggő jogosítványokat is tartalmaz. Ezek olyan elemeket foglalnak magunkban, mint:

– Olyan egészségügyi rendszerhez való jog, mely mindenki számára egyenlő eséllyel biztosítja az elérhető legkedvezőbb egészségi állapotot;

– A betegségek megelőzésére, kezelésére és ellátására való jog;

– Az alapvető gyógyszerekhez való hozzáférés joga;

– Anya- és gyermekvédelem, reprodukív egészség;

– Az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz való egyenlő és időbeni hozzáférés joga;

– Az egészséggel összefüggő oktatás, nevelés és információ biztosítása;

– A lakosság részvétele az egészséggel összefüggő döntéshozatalban országos és helyi közösségi szinten.

Az egészséggel összefüggő alapvető javak, szolgáltatások és lehetőségek biztosítása – az egészségműveltség ide tartozik – diszkrimináció nélkül, mindenki számára kötelező. Természetesen az emberi jogi megfontolások normatív megfogalmazásban szerepelnek, a társadalmi gyakorlat gyakran távol áll az elvektől.

A WHO 7. *Globális Egészségfejlesztési Konferenciáján (Nairobi, 2008)* az egyik kiemelt témakör az egészségműveltség volt. A konferencia által kibocsátott dokumentum szerint „Az egészségműveltség olyan kognitív és szociális készségek halmaza, melyek meghatározzák



az egyes emberek motivációját és képességét, hogy hozzáférjenek, megértsék és felhasználják azokat az információkat, melyek elősegítik a jó egészség fenntartását és fejlesztését. Az egészségműveltség többet jelent, mint kiadványok olvasását vagy sikeres vizitek lebonyolítását. Az egészségműveltségnek az egészséggel kapcsolatos információ hozzáféréseinek és felhasználási képességeinek javítása révén döntő szerepe van az egyén egészség feletti kontrolljában.”

Az ily módon értelmezett egészségműveltség meszse túllép az egészségnevelés szűkebb értelmezésén, valamint az egyéni magatartásra összpontosító kommunikáción, és – például az egészséggel kapcsolatos információk hozzáféréseinek javítása révén – azon környezeti, politikai és társadalmi tényezőkre is irányul, melyek az egészség meghatározói.

E tágabb értelmezésben a korszerű felfogású egészségnevelés nem csak az egyéni életmóddal kapcsolatos döntéseket célozza, hanem tudatosítja az egészség meghatározóinak szerepét, és bátorítja a meghatározók kedvező irányú változását elősegítő egyéni és közösségi akciókat. Az egészségnevelés tehát olyan módszereket alkalmaz, melyek túllépnek az információterjesztésen, és az interakciót, a részvételt, a kritikai elemzést ösztönzik. Így az egészségnevelés egészségműveltséget eredményez, olyan egyéni és társadalmi haszonnal, mint a hatékony közösségi akciókra való felkészítés és a társadalmi tőke növeléséhez való hozzájárulás – állapítja meg a dokumentum.

A nairobi dokumentum által leírt egészségműveltségfogalomnak megfelelő szemlélet kialakulása az egészségfejlesztés terén mind hazai, mind nemzetközi szinten nyomon követhető.

Az egészségismeretekkel kapcsolatos első, magyar nyelvű írásos dokumentumok a 16–17. századból származnak. *Apáczai Csere János* fő műve, az 1653-ban Utrechtben kiadott *Magyar Enciklopédia* (a kor tudományos eredményeit összefoglaló tankönyv), egészség-életmódbeli ismereteket is tartalmaz. *Pápai Páriz Ferenc* az 1690-ben megjelent *A test békéje (Pax Corporis)* című könyvében pedig a szegénységben élő betegeknek adott az egészséges életmóddal kapcsolatos tanácsokat. A XVIII–XIX. században számos további, pedagógusok és orvosok által írt egészségnevelő kiadvány jelent meg.

A XIX. század végén és a XX. század elején két orvos, *Fodor József* és *Markusovszky Lajos* jelentős szerepet játszott a magyar közegészségügy, népegészségügy, munkaegészségügy és az iskolai egészség-oktatás intézményes alapjainak megteremtésében. A két világháború közötti időszakban olyan intézmények jöttek létre, mint a *Népegészségügyi Múzeum*, az *Egészségügyi Reform Iroda Propaganda Központja*, majd az azt felváltó

Országos Közegészségügyi Intézet. Az elemi iskolák és középiskolák tantervében megjelent az egészség-oktatás.

A második világháború utáni években – egységes szempontok nélkül – több különböző szervezet foglalkozott egészségneveléssel, egészségügyi felvilágosítással. Az ötvenes évek elején, a centralizálás során az egészségügyi felvilágosítás minisztériumi hatáskörbe került, az ott folyó tevékenység azonban főképp ismeretátadásra korlátozódott.

1958-ban megalakult az *Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi Felvilágosítási Központja (EFK)*, mely országos szinten végzett szervező, irányító, módszertani, tudományos kutatói, oktató, illetve operatív munkát. Emellett az egészségnevelés intézményrendszere megyei szinten is kialakult: létrejöttek a *Közegészségügyi-Járványügyi Állomások (KÖJÁL) Egészségnevelési csoportjai*.

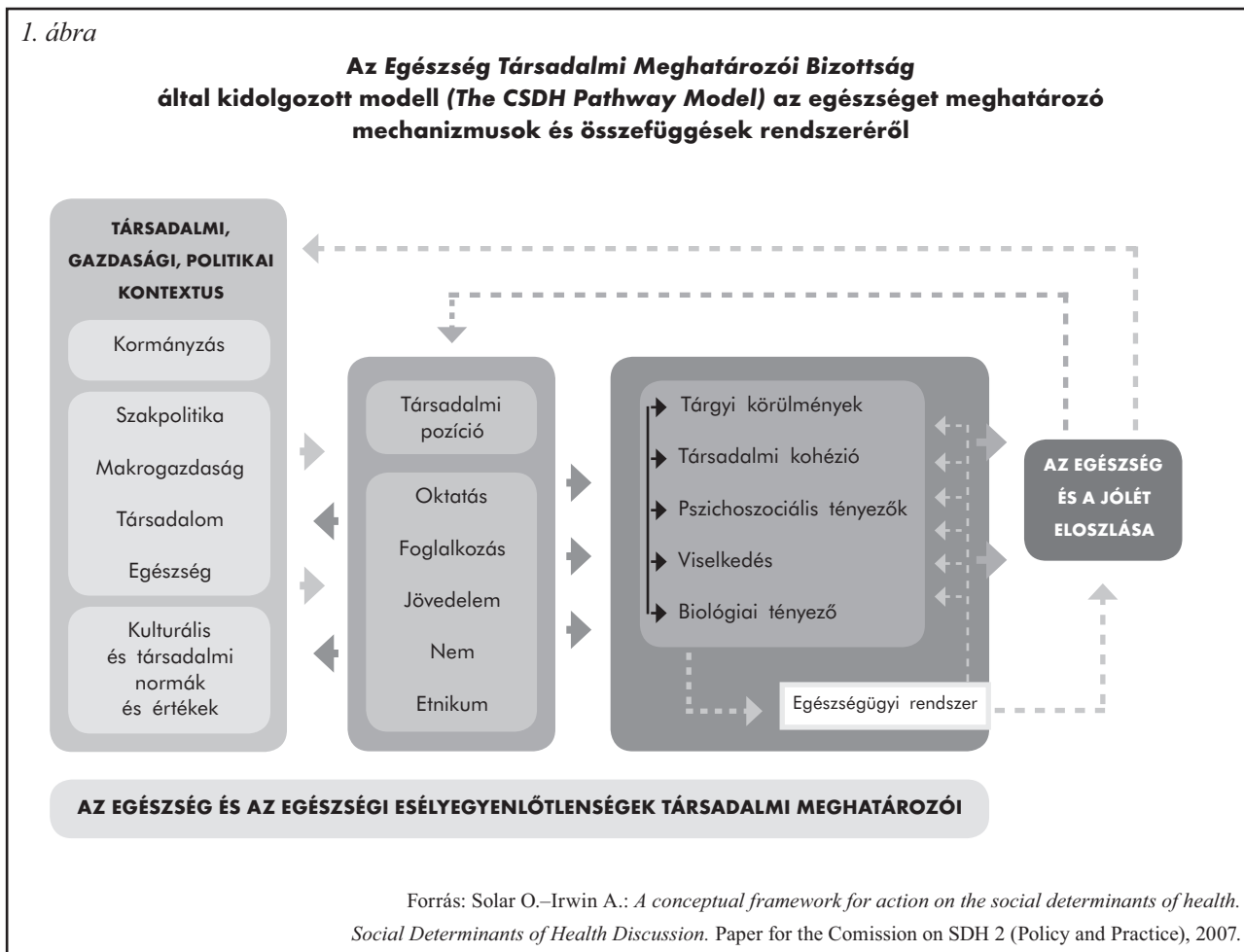
Az *Egészségügyi Felvilágosítási Központ* elnevezése – az informálásról a nevelés felé tolódo hangsúlynak megfelelően – 1977-ben *Országos Egészségnevelési Intézetre (OENI)* változott. Ebben az időszakban jelent meg tantárgyként az *Egészségügyi Főiskolán* az egészségnevelés.

A rendszerváltást követően az intézmény szakmai szerepe, felépítése, sőt – a bizonytalan koncepcióra jellemzően – elnevezése is több ízben változott. Az egészségfejlesztés gondolatának előtérbe kerülésével, illetve az egészségnevelés felfogásának korszerűbb értelmezésével összefüggésben *Nemzeti Egészségvédelmi Intézet*, majd *Országos Egészségfejlesztési Központ* néven működött, míg 2003-ban létrejött az *Országos Egészségfejlesztési Intézet*, mely 2015 tavaszától a *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* nevet viseli.

A hazai egészségnevelésben az elmúlt három évtizedben indult, most is zajló fenti folyamatok, az elnevezés változásai nem függetlenek attól a világszerte bekövetkezett szemléletváltástól, mely nem a betegséget és a kockázatsökkentést, hanem az embert, az egészséget, az egészséget meghatározó társadalmi tényezőket, valamint az egészségügyön kívüli ágazatok egészségben játszott szerepét és felelősségét helyezi előtérbe. A folyamat mentén – az egészségügyi felvilágosítástól kiindulva, az egészségnevelésen, egészségmegőrzésen, egészségvédelmen át – alakult ki az *egészségfejlesztés* fogalma.

Az *egészségfejlesztés (health promotion)* kifejezés az 1980-as évek elején jelent meg, és a hagyományos *egészségnevelés* és *betegségmegelőzés* fogalmához képest egy pozitív, kreatív és aktív tevékenységet jelöl. A fogalom kikristályosodásának legfőbb állomása az 1986-os *Ottawai Charta* megjelenése. A *Charta* megfogalmazta az egészségfejlesztés alapelveit, az egészség előfeltételeit és megalkotta az egészség társadalmi modelljét,





mely mind az intézményrendszer, mind a közösségek és az egyén egészségben játszott szerepét hangsúlyozza. A *Charta* által megfogalmazottak mentén egyfajta választóvonal alakult ki az *egészségfejlesztés*, valamint az *egészségnevelés* és a *betegségmegelőzés* hagyományos fogalma között.

Az egészség és a társadalmi környezet közötti bonyolult, komplex összefüggések felismerése vezetett az *egészség társadalmi meghatározói* fogalmának előtérbe kerüléséhez. A WHO által életre hívott „Az Egészség Társadalmi Meghatározói” Bizottság (ETMB) 2008-ban kidolgozott egy modellt az egészséget meghatározó, különböző szintű és természetű mechanizmusok, illetve összefüggések rendszeréről. (1. ábra)

A fenti ábra az egészséget meghatározó főbb gazdasági, társadalmi tényezőket és folyamatokat illusztrálja. Jobboldalra haladva megfigyelhető, hogy a társadalmi-gazdasági helyzet miként hat az egyéni egészségi állapot közvetlen meghatározóira (ideértve az egészségműveltséget is), illetve hogy ezek mennyire tükrözik az egyén pozícióját a társadalmi rétegződésben. A társadalmi-gazdasági helyzet az egészséget sajátos közvetítő mechanizmusokon keresztül befolyásolja, melyek az

egyén különböző, egészséget károsító vagy éppen védő, fejlesztő hatásoknak való kitettségét, sérülékenységének mértékét jellemzik. E hatások társadalmilag egyenlőtlenül oszlanak el, és a társadalmi különbségek az egyének egészségműveltségének szintjére és tartalmára is hatnak. (Az egészség társadalmi meghatározóinak különbségeiből fakadó méltánytalan egészség-egyenlőtlenések – *health inequalities* – csökkentése az elmúlt évtizedekben mind az WHO, mind az Európai Unió tevékenységében kiemelt fontossággal bír.)

Egyszerű megfogalmazásban az egészségműveltség fejlesztése egyre inkább képessé teszi az embereket arra, hogy:

- megtalálják, megértsék és felhasználják azokat az információkat, melyek ahhoz szükségesek, hogy életük minél hosszabb időszakában minél jobb egészségnek örvendjenek;
- részesüljenek mindazokban az egészséggel kapcsolatos javakban és szolgáltatásokban, melyekre szükségük van;
- a mindennapi életben – társadalmi, gazdasági lehetőségeik keretei között – az egészséget segítő módon válasszanak és döntsenek;



– megfelelő csatornákon képesek legyenek kifejezni, kommunikálni egészséggel kapcsolatos szükségleteiket.

Óvakodnunk kell az egészségműveltség leegyszerűsített értelmezésétől, a sommás ítéletektől. A társadalmi, gazdasági és egészségügyi fejlettség adott szintjén meghatározható az előbbieken felsorolt kompetenciák szükséges köre. Az egészségműveltség azonban része az adott egyén, csoport, közösség és társadalom kultúrájának, márpedig a kultúra sokrétű, sokszínű, nem írható le egy vertikális tengely mentén. Így egyes társadalmi csoportok egészségműveltsége eltérő tartalmú lehet, mely nem feltétlenül értékelhető a „magasabb”–„alacsonyabb” kategóriákkal. Ezért egyszerre lehet igaz például az, hogy a roma népesség jelentős részének egészségműveltsége – a fenti kritériumok alapján – a mai magyar társadalomban elégtelen, valamint az, hogy a romák egészségműveltsége sajátosan gazdag, és eltér az ország népességének más csoportjaitól. A hatékony, specifikus egészségfejlesztésnek erre a kettősségre kell építenie.

A mai magyar társadalom egészségműveltségéről célzott statisztikai jellegű felmérések nem állnak rendelkezésünkre, így pontos adataink sincsenek. Az egészségműveltség társadalmi meghatározói, egyenlőtlenségei tekintetében azonban aligha alapvetően más a helyzet, mint amit a népegészségügyi kutatások más, egészséggel kapcsolatos tudati elemek vizsgálatában feltárnak, vagy a műveltségszociológiai vizsgálatok jeleznek. Viszonyításképpen: a 2009–2012 között, 8 európai országban – Ausztriában, Bulgáriában, Németországban, Görögországban, Írországban, Hollandiában, Lengyelországban és Spanyolországban – zajlott *Európai Egészségműveltség Felmérés (European Health Literacy Survey)* szerint a kutatásban résztvevő felnőttek közel felének nem megfelelőek az egészségműveltséggel kapcsolatos készségei. Az Amerikai Egyesült Államok *Nemzeti Prevenációs Stratégiájában* közölt adatok szerint az amerikai lakosságban 10 felnőttből közel 9-nek jelent problémát azon egészséginformációk felhasználása, melyek az egészségügyi intézményekben, kereskedelmi egységekben, a médiában vagy a közösségeken belül elérhetőek.

Összefoglalás

A népegészségügyi szakemberek körében az utóbbi évtizedben egyre többet emlegetett *egészségműveltség* az *Egészségügyi Világszervezet* leegyszerűbb definíciója szerint az emberek azon kognitív és szociális képességét, valamint készségét jelenti, amellyel hozzáférnek, megértik és felhasználják a jó egészséget elősegítő és fenntartó információkat. Az egészségműveltség hangsúlyos, jellemző vonása a képességek, készségek aktív alkalmazása. Segítségével az emberek kezükben tarthatják egészségük alakítását, az ehhez szükséges információk megszerzését,

így felelősen alakíthatják életük, emberi-társadalmi környezetük minőségének e meghatározó elemét.

A mai magyar társadalom egészségműveltségére irányuló célzott felmérések nem állnak rendelkezésünkre. Az egészségismeretek terjesztésére, így az egészségműveltség fejlesztésére irányuló tevékenység azonban évtizedek óta jelen van a magyarországi egészségfejlesztésben. A tanulmány – hiánypótló jelleggel – az egészségműveltség fogalmának kialakulását, kereteit, jelentőségét, valamint egészségpolitikai és társadalmi vetületeit foglalja össze magyarországi viszonylatban.

Társadalmi szinten a fő problémát leginkább az idősök és a hátrányos helyzetű rétegek egészségműveltségének alacsony szintje jelenti, de az egészségügyi dolgozók körében sem ritkák a hiányosságok. Az egészségműveltség jelentős részben az egészségkommunikáció segítségével fejleszthető, mely akkor lehet hatékony, ha az egészséget támogató közpolitikai keretek társulnak hozzá, összhangban van az alapvető szakpolitikai változtatásokkal, az egészségügyi rendszer fejlesztésével, valamint a közösségi szintű akciókkal. A *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* jelenleg az *Intervenciók kutatás az idős népesség egészségműveltségéről* című *IROHLA-projekt* magyarországi partnereként, valamint a *TÁMOP 6.1.3.B/12 Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt megvalósítójaként foglalkozik a témával.

Kulcsszavak: egészségműveltség, egészségkommunikáció, az egészség társadalmi meghatározói, egészség-egyenlőtlenségek, *IROHLA-projekt*, *TÁMOP 6.1.3.B/12 Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt

Abstract

Health literacy was mentioned by public health experts more and more often in the last decade. According to the simplest definition of the *World Health Organisation*, *health literacy* means the cognitive and social competencies and skills to access, understand, and apply health information promoting and maintaining good health. An important and characteristic feature of health literacy is the active usage of competencies and skills. Health literacy helps people to control their health and to gain the necessary information to this, thus, they can shape this decisive element of their life and the quality of their human-social environment in a responsible way.

There are no targeted surveys available on the health literacy of the current Hungarian population. However, activities have been taken in health promotion to disseminate health knowledge, thus, to improve health literacy for decades. This article is first to summarize the development of the concept, frameworks, importance and health policy and social relevance of health literacy in Hungary.



At social level the main problem is mostly the low level of health literacy among the elderly and socially disadvantaged people. Although, deficiencies of health literacy among health care staff is also prevalent. Health literacy can be improved mainly by health communication, which is only effective if coupled with health promoting public policy frameworks and harmonised with basic policy changes, the development of the health care system and community actions. The *National Institute for Health*

Development deals with health literacy at the moment as associated partner in the *IROHLA* (“*Intervention Research On Health Literacy among Ageing population*”) project and by implementing the project “*Developing Public Health Communication*” (TÁMOP 6.1.3.B/12).

Keywords: health literacy, health communication, social determinants of health, health inequalities, IROHLA project, “Developing Public Health Communication” (TÁMOP 6.1.3.B/12) project

IRODALOM

- Az OEFI története. <http://www.oefi.hu/tortenet.htm>
- Canadian Public Health Association – Health Literacy Portal. <http://www.cpha.ca/en/programs/portals/h-l.aspx>
- Dr. Kishegyi Júlia–Dr. Makara Péter (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai.* Egészségfejlesztési Módszertani füzetek, 2004. <http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf>
- Dr. Métneki János: *40 éves az intézményes egészségnevelés.* Nemzeti Egészségvédelmi Intézet, Budapest, 1989.
- EuroHealthNet’s Healthy Ageing Website. Healthy Ageing.* www.healthyageing.eu
- Health Literacy.* Public Health Agency of Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-eng.php>
- Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding.* <http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/HealthLiteracy.html>
- Health literacy: The solid facts.* World Health Organization. Regional Office for Europe, 2013. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf
- Healthy ageing.* WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthyageing>
- IROHLA. Innovative policies for healthy ageing.* <http://www.irohla.eu/home/>
- Kickbusch, I.: „Health literacy: addressing the health and education divide.” In: *Health Promotion International*, 2001; 16(3).
- Kickbusch, I.: „Health literacy: a search for new categories.” In: *Health Promotion International*, 2002; 15(3):183–4.
- Kickbusch, I.–Wait, S.–Maag, D.: *Navigating Health. The role of Health Literacy.* Alliance for Health and the Future, London, 2006.
- Makara, P.: *Social Cohesion and Health Literacy – Conseil de l’Europe.* <http://www.coe.int/t/dg3/health/Position%20Paper%20Prof%20Makara-EN.pdf>
- Marmot, M.–Wilkinson, R.G. (ed.): *Social determinants of health.* Oxford University Press, 2006.
- Nairobi Call to Action, the 7th Global Conference on Health Promotion.* <http://en.thaihealth.or.th/system/files/Nairobi%20Call%20to%20Action%20Nov09.pdf>
- National Prevention Strategy. America’s Plan for Better Health and Wellness.* National Prevention, Health Promotion and Public Health Council, 2011. <http://www.surgeongeneral.gov/initiatives/prevention/strategy/report.pdf>
- Ritsatakis, A.–Makara, P.: *Gaining Health. Analysis of policy development in European countries for tackling noncommunicable diseases.* World Health Organisation, 2009.
- Rootman, I.–Gordon-El-Bihbey, D.: *A Vision for a Health Literate Canada. Report of the Expert Panel on Health Literacy.* Canadian Public Health Association, 2008. www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_e.pdf
- Scholman, B.F.: „Health literacy: a key ingredient for managing personal health.” In: *Online Journal of Issues in Nursing*, 2004. <http://nursingworld.org>
- Solar, O.–Irwin, A.: *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion. Paper for the Commission on SDH2 (Policy and Practice), 2007. Strategy and action plan on healthy ageing Europe 2012–2020.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf
- The 10 Essential Public Health Operations.* WHO/Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>
- UNESCO: *Literacy as Freedom.* Paris, 2003. p. 209.
- Vadász Katalin–Sallai Antalné (szerk.): *Derűs időskor – aktív időskort támogató közösségi programok.* Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2007. <http://mek.niif.hu/08100/08120/08120.pdf>
- WHO Ageing Strategy.* World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/29_ALC_Beard.pdf