



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

Taller Ágnes, Dr. Makara Péter, Tonté Dóra

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Társadalmi hátrány és korlátozott egészségműveltség

A korlátozott, elégtelen egészségműveltség kihat az egészség és a társadalmi élet legkülönbözőbb elemeire, és kiemelkedő jelentősége van a méltányosság, az egyenlőtlenségek, a társadalmi kohézió és az integráció vonatkozásában. A korlátozottabb egészségműveltségre, információhiányra, eligazodási nehézségekre nem csupán az jellemző, hogy a „több–kevesebb” tengely alsó részén helyezkednek el. Az egészségműveltség társadalmi egyenlőtlenségei általában elkerülhetőek, csökkenthetőek, s az adott társadalmi kontextusban az egyes rétegek egészségműveltségbeli színvonalának különbségei általában igazságtalannak minősülnek.

A *Health of Canada* kutatási eredményeket összefoglaló ábrája (2008) jól jelzi az egészségműveltség helyét az egészség-meghatározók rendszerében, s egyúttal jól illusztrálja a hátrányos hatásokat is (1. ábra).

A korlátozott egészségműveltséggel rendelkező emberek:

- gyakrabban veszik igénybe a sürgősségi szolgáltatásokat;
- nagyobb valószínűséggel kerülnek kórházba;

- kevésbé tartják be a gyógyszerelési utasításokat;
- kisebb valószínűséggel vesznek igénybe népegészségügyi szolgáltatásokat és vesznek részt szűrővizsgálatokon;
- kezelési költségei magasabbak.

A kedvezőtlen egészségműveltség szempontjából kritikus társadalmi csoportok Magyarországon:

- idősök;
- romák;
- alacsony iskolázottságúak;
- kisebb településeken élők;
- egyéb, társadalmilag kirekesztett csoportok (mélyszegénységben élők, hajléktalanok, fogyatékkal élők, stb.).

Társadalmi méretekben a fő problémát az idősök és a hátrányos helyzetű rétegek egészségműveltségének hiányosságai, jártasságuk alacsony szintje jelenti, tehát a népegészségügyi tevékenység súlypontja itt kell, hogy legyen. Az egyes hátrányt okozó tényezők gyakran halmozódnak is.

Különösen fontos az egészségműveltség fejlesztése a szocializációs folyamatban, az óvodában, az iskolában, hiszen ez a hátrányok, az elégtelen műveltség újratermelésének, kialakulásának és rögzülésének időszaka.



innovative policies for healthy ageing



Jelen tanulmány az IROHLA-projekt kilencedik munkacsomagja keretében készült, mely az Európai Unió Egészség Programja keretében pénzügyi támogatásban részesült. A tanulmány első részét 2015/1–2. lapszámunkban olvashatták.





1. ábra

Az egészségműveltség helye az egészség-meghatározók rendszerében**KÖZVETLEN HATÁSOK**

A korlátozottabb egészségműveltséggel rendelkező emberek kisebb valószínűséggel

- értik meg és használják fel az egészséggel kapcsolatos olyan információkat, mint az öngyógyítás tudnivalói, a gyógyszerek használati utasítása, az ételminőség, a biztonsági előírások, stb.
- férnek hozzá az egészséggel kapcsolatos szolgáltatásokhoz
- képesek tájékozódni és eligazodni a bonyolult egészségügyi rendszerben
- tartanak megfelelő kapcsolatot az egészségügyi szolgáltatókkal

KÖZVETETT HATÁSOK

A korlátozottabb egészségműveltséggel rendelkező emberek nagyobb valószínűséggel szegények, így

- kevésbé jutnak hozzá biztonságosabb élelmiszerekhez
- silány lakáskörülmények között élnek
 - nem biztonságos munkakörülmények között dolgoznak
 - társadalmilag elszigeteltek és kirekesztettek
 - mindennapi életük erős stresszel áthatott
- fizikai aktivitásuk alacsonyabb, táplálkozásuk kedvezőtlenebb és gyakrabban dohányoznak
- a korai gyermekkori fejlődés körükben kedvezőtlenebb

Forrás: *Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding*
<http://www.ccl-cca.ca/CCL/Reports/HealthLiteracy.html>

Nem ritkák az egészségműveltség súlyos hiányosságai orvosok, egészségügyi szakalkalmazottak körében sem, különösen népegészségügyi, jogi és szervezeti kérdésekben. Súlyos következményekkel járhat a döntéshozók ilyen jellegű műveltségének hiánya, ami komoly akadály a egészséget támogató közpolitikai gyakorlatnak.

A magyar lakosság egészségműveltségi szintjének és egyenlőtlenségeinek kutatása, a bizonyítékok összegyűjtése kiemelkedő népegészségügyi feladat, a tennivalók tényeken alapuló megtervezésének elemi feltétele.

Az idősek egészségműveltsége – a legnagyobb kihívás

A magyar népesség körében már középtávon az időskori egészséggel kapcsolatos gondok dramatikus növekedésére kell számítani. A demográfiai előrejelzések szerint ugyanis az évtized vége felé a hazai népesség jelenleginél lényegesen kedvezőtlenebb korösszetételével kell számolnunk, mely azután feltehetően tovább romlik. Ez elkerülhetetlenül bekövetkezik, de ennek következményeire fel lehet és fel is kell készülni.

E változás része az is, hogy az időskor kezdete az egyéni életút során – egészségügyi és szociális szempontból – egyre későbbre tolódik, s ennek elősegítése a népegészségügy egyik kiemelkedő feladata.

Az életkor előrehaladtával óhatatlanul emelkedik a mindennapi életvitelükben korlátozott személyek, a mások segítségétől függő, ápolásra, gondoskodásra szoruló aránya. Ennek súlya és mértéke azonban befolyásolható. Ugyanaz a betegség, sérülés, vagy beavatkozás egy időskorú esetében sokkal hosszabb regenerálódási időt igényel, így az idős ember hosszabban szorul rá az igénybe vett külső segítségre, ápolásra és gondozásra.

A hazai 65 év felettiek jövedelemfelhasználását és fogyasztását visszafogottság jellemzi. Többségüknél nem a szegénységkockázat a legveszélyesebb, hanem az aktivitás hiányából származó problémák. A magyarországi idős állampolgárok helyzetének egyik legfontosabb megoldandó kérdése az időskorúak diszkriminációjának megszüntetése és esélyegyenlőségének megteremtése. Sok idősebb ember ki van téve a társadalmi kirekesztés valamely kockázatának, mint például az elszigetelődés vagy az ellátásokhoz való korlátozott hozzáférés. A betegek és az ellátószemélyzet egészségműveltségének hiányosságaiban, a szervezethez, a szociális és az egészségügyi szféra közötti koordináció problémáiban, valamint a feladatokhoz képest szükséges erőforrásokban is keresendő annak közvetlen oka, hogy az időskorúak egy része nem jut időben a megfelelő ellátáshoz.

Településtípustól függően is változó a különféle egészséggel kapcsolatos, illetve egészségügyi és szociális szol-



gáltatásokhoz való hozzáférés esélye, de az egészségműveltség jellegzetességei is eltérnek. Általánosságban a városokban egyszerűbb igénybe venni a szolgáltatást, mint a kis lélekszámú településeken és a tanyákon élők esetében, ahová kevesebb információ jut el. Külön szolgáltatásokkal kell célba vennünk az olyan vidéki és távoli területeket, melyeken az időskorúak számára nem elérhető az egészségműveltség fejlesztését szolgáló szociális és egyéb típusú infrastruktúra.

Az életkor előrehaladtával az idősök körében egyre meghatározóbb a nők túlsúlya, ennek az egészségműveltségre gyakorolt – a nők egészségének sajátos vonásait tárgyaló bőséges szakirodalomban leírt – következményeivel együtt.

Meghatározó különbségek mutatkoznak az egészségműveltség fejlesztési lehetőségeiben és szükségleteiben az időskor előrehaladásának egyes életciklusai szerint. A WHO életkor szerinti felosztásában a 60–74 év közöttiek az idősödők, a 75–89 évesek az idősök, a 90 év fölötti személyek pedig a nagyon idősök, de a szakirodalom általában ennél jóval bonyolultabb tipológiából indul ki.

Mind az idős társadalom tagjainak, mind a velük találkozó személyzetnek hiányosak az ismeretei az életkorral összefüggő problémákról, a fiatalabbaktól eltérő kezelési igényekről és lehetőségekről, valamint a szűrővizsgálatok és a prevenció szükséges voltáról.

A WHO Európai Regionális Irodája az egészségesebb idősor elérése érdekében az egészségügyi rendszer alábbi célzott válaszait ajánlja mérlegelésre:

- Alapvető jelentőségű az ellátás koordinációja az egészségügyi és a szociális szolgálatok, illetve az egészségügyi ellátórendszer egyes szintjei között.

- Mivel számos idősorú indokolatlanul kerül kórházba, intézkedések szükségesek a kórházon kívüli kezelés, gondozás biztosítására.

- Olyan intézkedéseket kell hozni, melyek csökkentik a megbetegedések kockázatát, illetve elősegítik az egészségi állapot stabilizálását, a funkciók megtartását, a bizalmat és a részvételt: mindez támogatja az egészségesebb idősorúakat, és csökkenti az egészségügyi rendszerre háruló nyomást. Különösen jelentősek azon egészségfejlesztő és betegségmegelőzési programok, melyek a morbiditás és az idő előtti halálozás fő okait – mint az elhízás, a magas vérnyomás és a mentális egészség hanyatlása – célozzák.

- Az intézkedések magukban kell foglalják a testmozgást és a társadalmi kapcsolatokat. Különösen fontos szempontból a középső életkori szakaszból való kilépés időszaka.

E javasolt alternatívák mindegyikének az idősök egészségműveltségének fejlesztésére gyakorolt végiggondolható és közvetlen következményei vannak.

Az IROHLA-projekt (*Intervention Research On Health Literacy among Ageing Population – Intervenció*

kutatás az idős népesség egészségműveltségéről) az FP7 Kutatási és Technológiafejlesztési Hetedik Keretprogram támogatásával valósult meg, s ez önmagában is jelzi fontosságát. (A projektről 2015/1–2. lapszámunk Csizmadia Péter, Dr. Koós Tamás és Novoszáth Ágnes által jegyzett, *Az IROHLA-projekt. Beszámoló és a második munkacsoport keretében lezajlott kvalitatív kutatás főbb következtetései* című tanulmányában részletesen beszámoltunk.)

Az IROHLA-projekt keretében a kvalitatív eszköztárat alkalmazó elemzés célja kettős volt:

- 1) feltárni az európai, deprivált lakókörnyezetben élő idősök szükségleteit és tapasztalatait az egészség, a prevenció és az ellátás területén az idősök és a velük kapcsolatba kerülő egészségügyi szakemberek nézőpontjából;

- 2) elmélyíteni ismereteinket arról, hogy a társadalmi és kulturális különbségek hogyan befolyásolják ezen szükségleteket és tapasztalatokat.

A projekt magyarországi partnere a *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* volt.

Az IROHLA-projekt keretében végzett vizsgálat eredményei képet adnak arról, hogy melyek az egészség, az ellátás és a prevenció területén tapasztalható jellegzetességek, illetve milyen különbségek vannak a különböző helyzetű idősök, illetve az egészségügyi szakemberek igényei és tapasztalatai között. Az egészségműveltség fejlesztésében érdekelt – a közvetlen ellátáson kívüli – érdekhordozók sajátos nézőpontját is meg kell jelenítenünk ahhoz, hogy teljesebbé tehesük az idősök egészségműveltségéről alkotott képet.

Az idős népesség azon része számára, mely hozzáfér és képes használni az eszköztárat, az elektronikus úton hozzáférhető információk lehetőségei viharos fejlődése különösen jelentős. Számukra ez rendkívüli mértékben megnöveli az egészséggel kapcsolatos információk hozzáférhetőségét, az egészség kézben tartásának esélyét. Ma már az idősök egyre növekvő csoportja számára nem az egészségügyi szolgáltatók jelentik az egyedüli és fő információforrást. Ezt erősíti, hogy a kutatások szerint az idősök körében gyakoribb a tudatos egészségmagatartás, erőteljesebb az egészséggel kapcsolatos információk megszerzése iránti aktivitás – elsősorban az interneten.

Az e-műveltség tényleges életvezetésre gyakorolt hatása (a vitathatatlan problémák és anomáliák ellenére) alapvetően kedvező és egyre jelentősebb, különösen a krónikus betegségekben szenvedők körében. E körülmény egyre sürgetőbben veti fel az idősök számára kulturálisan specifikus elektronikus egészségműveltség-fejlesztési lehetőségeinek megteremtését Magyarországon. A népességügy szakembereinek azt is végig kell gondolniuk, mi a teendő azokkal az – általában hátrányos helyzetű – idősorúakkal, akiknek hiányzik az elektronikus egészséginformációkhoz való hozzáférési lehetősége vagy tudása.



Az idősek számára az egészségügyi szolgáltatások biztonságáról, megbízhatóságáról, hozzáférhetőségéről és felhasználóbarát voltáról minőségi szempontok alapján is ismereteket kell nyújtunk. Többféle módon – többek között képzésekkel – kell az önellátással és az életminőség megőrzésével kapcsolatos ismereteket, egészségműveltséget biztosítanunk. Meg kell teremtenünk az élet-hosszig tartó tanulás, az önségítés és az öngondoskodás változatos lehetőségeinek, valamint az önkéntesség szélesebb körű kiépítésének lehetőségeit is. Ez az évtized hátralevő részének egyik legsürgetőbb és legjelentősebb népegészségügyi feladata.

Egészségműveltség és egészségkommunikáció

Az *egészségműveltség* fejlesztése jelentős részben *egészségkommunikáció* révén valósítható meg. A két fogalom szorosan összefügg, hiszen a műveltség – a család, a helyi közösség és az oktatás mellett – döntően kommunikációs forrásokból épül fel.

A népegészségügyi alapkommunikációval foglalkozó, a WHO Európai Regionális Bizottsága által 2011-ben kidolgozott EPHO (*Essential Public Health Operation*) az alábbi módon fogalmazza meg a kommunikáció célját és az elvégzendő feladatokat:

„A népegészségügyi kommunikáció célja az egyének és populációk egészségi alapismereteinek és egészségi állapotának javítása. A kommunikáció annak művészete és technikája, hogy miként lehet egyéneket, intézményeket és a nagy nyilvánosságot fontos egészségi kérdésekről és determinánsokról tájékoztatni, befolyásolni és motiválni. Erősíteni kell továbbá a képességeket a kockázatok csökkentésére, a betegségek megelőzésére, az egészség fejlesztésére, az egészségügyi szolgáltatásokban való eligazodásra és azok igénybevételére, az egészségügyi szakpolitikák népszerűsítésére, a közösségen belül az egyének jóllétének, életminőségének és egészségének jobbítására vonatkozó információkhoz való hozzáférés, azok megértése és hasznosítása terén.” Ez a definíció normatív jellegű, egy kívánatos állapotot ír le. A mindennapi valóságban az egészséggel összefüggő kommunikáció rendkívül sokrétű, és nem csak egészségfejlesztési szempontból célzott, kívánatos üzeneteket tartalmaz.

Az egészségkommunikáció sokszínű területet ölel fel, beleértve az egészségügyi újságírást, a szórakoztatást, a szervezeti kommunikációt, a kockázat- és kríziskommunikációt, a társadalmi kommunikációt és a szociális marketinget. Számos formája alkalmazható: a tömeg-, a multimédia- és az interaktív kommunikációtól (beleértve a mobiltelefont és az internetet is) kezdve a hagyományos és kultúraspecifikus kommunikációig, számos csatorna – az interperszonális kommunikáció,

a szervezeti és kiscsoportos média, a rádió, a televízió, a nyomtatott sajtó, a blogok, az üzenőfalak, az internetről automatikusan letölthető programok (*podcast*), a videomegosztás, az online fórumok és a mobiltelefonos üzenetek – felhasználásával.

A WHO fenti dokumentuma kiindulási alapul szolgál a korszerű, következetes és célcsoportspecifikus egészségfejlesztés és népegészségügyi kommunikáció kialakításához és alkalmazásához, így alapvető jelentőségű az egészségműveltség fejlesztésében.

Az egészségkommunikáció környezete az utóbbi két évtizedben lényegesen megváltozott. Ez nemcsak a kommunikációs csatornák számának és intenzitásának dramatikus növekedésében jelentkezik, hanem abban is, hogy megnőtt azon egészségműveltséghez tartozó témák száma, melyek közfigyelmet keltenek, illetve nőtt a jobb minőségű egészséggel és az egészségügyi intézményrendszerrel kapcsolatos információk iránti lakossági igény is. Ehhez hozzá kell tennünk azt is, hogy a kereskedelmi reklámokban is lényegesen megnövekedett az egészséggel kapcsolatos üzenetek súlya. Mind a kommunikációs eszközök és csatornák megsokszorozódása, mind pedig a közérdeklődés fokozódása és differenciálódása versenyhelyzetet teremtett az egészséggel kapcsolatos tartalmak kommunikációja területén. Ez részben együtt járt az egészségkommunikációs rendszer kommercializálódásával is.

Napjainkban számos kutató úgy látja, hogy a technológia, a kommunikációs csatorna maga vált a társadalmi folyamatok, így az egyéni és csoportszintű motiváció legfőbb szervezőerejévé. Felnőttkorba lépett az internet- és a web2-generáció, melynek a nyilvános, virtuális, mennyiségelvé információcsere fontosabb, mint a társadalmi érintkezés eddig működő formái. Egyéni és csoportszintű érdeklődésüket eddig soha nem tapasztalt tartalom-bővvel érik el a tematikus kábeltelevíziók, a helyi és közösségi rádiók, az internetes közösségi oldalak, a blogok, a fórumok és az okostelefon-alkalmazások. Egyre gyakoribb, hogy közösségek kommunikációs gerillaakciókat szerveznek.

Ebben a kommunikációs környezetben kell a népegészségügyi kommunikációnak megfelelő minőségű, célcsoportspecifikus válaszokat adnia korunk egyre erősödő tartalmi és információs igényeire. Világosan kell látnunk, hogy az egészségkommunikáció nem önmagában, hanem az egyént érő összes kommunikáció kontextusában fejti ki – kisebb vagy nagyobb – hatását. A kommunikációs tér pedig szükségképpen a legkülönbözőbb tartalmakat közvetíti, s benne a népegészségügyi megfontolásoktól eltérő, vagy azzal ellentétes információk hatalmas tömege jelenik meg.

A lakosság egészségműveltségének javítása érdekében az egészségkommunikáció egydimenziós szemlélete, a tömegkommunikációs kampányokra való szorítózkodás





alapvető egészségpolitikai hiba. A közelmúlt hazai egészségfejlesztési programjaiban jónéhány példát láthatunk, ahol megfelelő koncepció és eszközök híján a kommunikációs kampányokra korlátozott stratégia megvalósítása legfeljebb arra volt jó, hogy leplezze a valós, a lakosság egészségét ténylegesen javító intézkedések teljes hiányát. Bármilyen hatékony egészségkommunikációnak egy multidimenzionális cselekvés részeként kell működnie, összhangban a közösségi szintű programokkal, az alapvető szakpolitikai változtatásokkal, illetve az egészségügyi rendszer fejlesztésével.

A kutatások azt is bizonyítják, hogy a hatékony kommunikáció feltétele a közönség-központú perspektíva, ami azt jelenti, hogy a célzott egészségkommunikációnak tükröznie kell a célközönség preferált csatornáit, formai megoldásait és kontextusait. Különösen igaz ez a társadalmilag hátrányos helyzetű rétegek és az idősek felé irányuló kommunikáció esetén. A roma közösségek irányába történő kommunikáció csak óvatos tervezéssel, az érintett népesség kulturális jellegzetességei, médiahasználati szokásai és nyelvhasználata ismeretében lehet esélyes a sikerre.

Az egészségkommunikáció két fontos eszköze a specifikus érdekhordozók, népességek célzott megközelítése, illetve az üzenetek kulcsérdekeltek számára történő személyre szabása. A módszerek megválasztásánál figyelembe kell vennünk, hogy éppen azok az egyének, csoportok férnek hozzá legkevésbé az információhoz, a kommunikációs technológiákhoz, akik társadalmilag hátrányos helyzetűek, illetve egészségi állapotuk kedvezőtlenebb, így körükben a kommunikációra alapozott intervenciók hatékonysága alacsony. Ez tovább növelheti az egészségműveltség, általánosabban az egészségi állapot társadalmi egyenlőtlenségeit. (Az olvasásszociológiai vizsgálatok szerint a magyar felnőtt lakosság több mint negyede funkcionális analfabéta, azaz nem érti, amit olvas.)

A népegészségügyi kommunikáció hazánkban

A szakmai és lakossági egészségkommunikáció Magyarországon hiányos, nincsen sem egységes koncepció, sem olyan forrás, ahol naprakész, az egészséggel, a népegészségüggyel kapcsolatos, hiteles információk széles körben elérhetőek lennének.

A mai társadalom egyik alapvető jövőbeni kihívása az elektronikus információhoz való hozzáféréssel összefüggő társadalmi egyenlőtlenség, melyet a szakirodalom *digitális megosztottságnak* nevez. Hazánkban a lakosság egyre nagyobb részének elérhető az internet, és az iskolai fejlesztési programok egy része is a modern kommunikációs eszköztár beszerzésére, alkalmazására irányul.

Egészség-tematikájú internetes oldal nagy számban

hozzáférhető. Ez a „kínálati” oldal növekedésének előnyei mellett veszélyt is rejt magában, amennyiben az oldalak információit nem ellenőrzik, a tájékoztatás tartalmát piaci érdekekhez vagy áltudományos nézetek népszerűsítéséhez igazítják, s az oldalakon heterogén, gyakran egymásnak ellentmondó információk találhatók. Az olvasók – különösen a kevésbé képzettek – nehezen tudják kiszűrni a hamis vagy káros üzeneteket. Az egészségkommunikációs tartalmak felülvizsgálatára viszont akkor sincsen mód, ha bizonyítható a jogsértés, a tartalomszolgáltatók csak a jogszabályok betartására kötelezhetőek.

Az *egészség–betegség, egészséges életmód, megelőzés* témakörében szükséges egy olyan megbízható szakmai bázis létrehozása, mely a szakemberek, a lakosság és a média információs igényeit is kielégíti. A népegészségügy eddig nem használta kellőképpen a modern kommunikációs lehetőségeket, így az információk nem mindig a legmegbízhatóbb forrásból érték el célcsoportjukat.

Egy egészségműveltségi program sikerének alapfeltétele a tervezés és a megvalósítás komplexitása. Ennek jegyében 2013 nyarán elindult a *TÁMOP 6.1.3/B/12/ Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése* című projekt, melynek alapvető célja a hazai egészségfejlesztési, betegségmegelőzési tevékenység, valamint szabadidősportot támogató, a társadalom különböző célcsoportjainak sajátosságaihoz illeszkedő, hatékony népegészségügyi beavatkozások folyamatos megvalósítására képes, országos szintű kapacitás kialakítása. A projekt keretében az egészségkommunikáció szakszerű és felelős menedzselésének hiányát megszüntetendő, a *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* bázisán létrejött az *Egészségkommunikációs Központ*. A projekt tervezett és remélt eredményeképpen jelentősen javulhat a lakosság egészségműveltsége, az egészséges élet iránti attitűdje, valamint növekedhet az egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programokban való lakossági részvétel.

Néhány tanulság

Az egészségműveltség koncepciójának újraértelmezése és előtérbe kerülése jelzi, hogy a modern népegészségügyben a reális és hatékony cselekvés lehetőségeinek feltárása a hangsúlyos. A fentiek alapján néhány átfogó szakmapolitikai következtetés is levonható.

– Az egészségműveltség kedvező változása célzott készségfejlesztést támogató intézkedésekkel és szolgáltatásokkal lehet fenntartható és hatékony.

– Bár a *társadalmi helyzet*, a *nem* és az *életciklus* alapvető szakmai differenciálási szempontok, az egészségműveltségi programok kialakításánál tekintetbe kell vennünk az egészség-meghatározókat is.

– Az egészség társadalmi meghatározóinak az egészségműveltséget is célzó kedvező befolyásolására irá-





nyuló intézkedések – mint például az egészséggel kapcsolatos, megbízható információkhoz való hozzáférés javítása – több sikerrel és fenntarthatóbb eredménnyel kecsegtetnek, mint az egészségügy egyes szereplőinek elszigetelt akciói.

– Az alapellátás és a népegészségügy egészségműveltségre fordított nagyobb figyelme tényleges egészségnyereséget eredményezhet. Ezért az egészségműveltség kérdésének az orvosok és egészségügyi szakalkalmazottak képzésében, továbbképzésében, illetve a népegészségügyi kutatásban nagyobb teret kell adni.

– Az egyén egészségműveltségének többlete javítja az egészségügyi rendszer hatékonyságát, és ez fordítva is érvényesül.

– Az egészségpolitikai intézkedéseket egészségműveltségre gyakorolt hatásuk szerint elemezni és értékelni kell.

E megfontolások érvényesítése elsősorban nem jelentős többletforrásokat, hanem korszerű stratégiai gondolkodást és több szakmapolitikai figyelmet igényel. A következő fél évtizedben eldől, képes-e erre a magyar népegészségügy.

Összefoglalás

A népegészségügyi szakemberek körében az utóbbi évtizedben egyre többet emlegetett *egészségműveltség* az *Egészségügyi Világszervezet* legegyszerűbb 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 idősek és a hátrányos helyzetű rétegek egészségműveltségének alacsony szintje jelenti, de a hiányosságok az egészségügyi dolgozók körében sem ritkák. Az egészségműveltség jelentős részben az egészségkommunikáció segítségével fejleszthető, mely akkor lehet hatékony, ha az egészséget támogató közpolitikai keretek társulnak hozzá, össz-

hangban van az alapvető szakpolitikai változtatásokkal, az egészségügyi rendszer fejlesztésével, valamint a közösségi szintű akciókkal. A *Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet* jelenleg az *Intervenciós 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-Bihety, 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