

Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja

National adaptation of an adolescent health literacy questionnaire

Szerzők: Horváth Cintia, Csányi Tamás, Révész László
Kulcsszavak: HELMA; egészségműveltség; iskolai egészségfejlesztés
Keywords: HELMA; health literacy; school health promotion

Beküldve: 2021. 06. 23., doi: [10.24365/ef.vi.6666](https://doi.org/10.24365/ef.vi.6666)

Összefoglaló

Bevezetés: A nemzetközi szakirodalom széles körben foglalkozik az egészségműveltség mérésével. A Serdülők Egészségműveltsége Kérdőív (Health Literacy Measure for Adolescents) az egészségfejlesztés területén alkalmazható eszköz iskolai környezetben, amellyel a tanulók egészségműveltsége, az információkhoz való hozzájutásának és megértésének képessége, azok alkalmazása, valamint énhatékonyságnak és az egészséggel kapcsolatos információk kommunikációjának képessége is mérhető. A kérdőív 8 skálát tartalmaz (Énhatékonyság, Hozzáférés, Olvasás, Megértés, Értékelés, Alkalmazás, Kommunikáció és Számítás), skálánként 3–10 kérdéssel. Tanulmányunk célja a hazai iskoláskorúak egészségműveltségét mérő eszköztár bővítése a Serdülők Egészségműveltsége Kérdőívvel, továbbá elsődleges adatok gyűjtése annak alkalmazhatóságával kapcsolatban.

Módszertan: A Serdülők Egészségműveltsége Kérdőív hazánkban alkalmazható változatának kialakítása több lépésben történt. Első lépésként az angol nyelvű kérdőív fordítása és visszafordítása történt meg, szakértői egyeztetés után véglegesítve a magyar szöveget. Digitalizálást követően történt meg az adatfelvétel középiskoláskorú diákok körében (N = 273). A felvett adatok alapján statisztikai analízissel vizsgáltuk a Serdülők Egészségműveltsége Kérdőív magyar változatának érvényességét.

Eredmények: A kitöltők 27,5%-a fiú, 72,5%-a lány, az átlagos életkoruk 16,2 (SD: 1,3) év volt. Gimnáziumban tanult a vizsgált tanulók 78,4%-a, szakközépiskolában a 12,8%-a, szakközépiskolában a 8,4%-a, míg szakiskolában a 0,4%-a. Eredményeink szerint a teljes kérdőívre vonatkozó Cronbach-alfa értéke 0,96, így a mérőeszköz megbízhatósága magas fokú.

Következtetések: A statisztikai elemzések szerint a kérdőív hazai változata alkalmazható a serdülőkorúak egészségműveltségének mérésére.

Summary

Background: The measurement of health literacy is widely addressed by the international professional literature. The Health Literacy Measure for Adolescents is a tool in the field of health promotion in school environment that can measure students' health literacy, access to and understanding of information, their self-efficacy and the ability to communicate health information. The questionnaire includes 8 factors (Self-Efficacy, Access, Reading, Understanding, Appraisal, Use, Communication, and Numeracy) within 3–10 questions per factors. The aim of this article is to extend health literacy measurement tools with the questionnaire of the Health Literacy Measure for Adolescents, as well as to collect preliminary data related to the applicability of the questionnaire.

Methodology: The Hungarian version of the questionnaire was prepared in several phases. The first step was to translate the English-language questionnaire to Hungarian and back to English. Following the expert consultation the questionnaire was finalized. After the digitalization of the questionnaire, we started to collect the data among high school students (N = 273). Based on the recorded data, we analyzed the validity of HELMA-H questionnaire.

Results: 27.5% of the respondents were boys, 72.5% were girls, and their mean age was 16.2 (SD: 1.3) years. 78.4% of the examined students studied in a grammar school, 12.8% in a vocational grammar

school, 8.4% in a vocational secondary school, and 0.4% in a vocational school. Examining the reliability of the questionnaire, we can state that the Cronbach's alpha value for the entire questionnaire is 0.96, so the reliability of the instrument is high.

Conclusions: According to the statistical analyzes, the questionnaire meets the criteria of reliability. The Hungarian version of HELMA can be used to measure the health literacy of adolescents.

BEVEZETÉS

Az egészségműveltség az egészség releváns meghatározójának tekinthető (World Health Organization, 2013), ezért napjainkban kiemelt társadalmi és gazdasági igény az egészségműveltség fejlesztése, aminek egyik fontos színtere az iskola. Az egészségműveltség olyan személyes erőforrás, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy döntéseket hozzon az egészségügyi szolgáltatások, prevenció és egészségfejlesztés területein a mindennapokban (Nutbeam, 2008). Így az alacsony egészségműveltség összefüggést mutat az alábbi tényezőkkel: nem megfelelő egészségi állapot, magas halálzási arány, kórházban töltött napok nagyobb száma, orvosi utasítások nem megfelelő betartása, az egészségügyi szakemberekkel való kevésbé hatékony kommunikáció, a prevenció tevékenységekben való alacsonyabb részvétel, kedvezőtlenebb egészségmagatartás, végül pedig a magasabb egészségügyi kiadások (Dodson, 2015).

A nemzetközi szakirodalom széles körben foglalkozik az egészségműveltség fogalmának meghatározásával és mérésével. Az egészségműveltség fogalom az 1970-es években jelent meg először (Simonds, 1974), majd 2012-ben készült egy angol nyelvű, szisztematikus áttekintés az egészségműveltség definícióiról és modelljeiről, amelyben multidimenzionális fogalomként említik azt, 17 különböző meghatározással (Sørensen és mtsai, 2012). Magyar nyelven Csizmadia (2016) foglalta össze először az egészségműveltség definícióit. Leggyakrabban az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) fogalmát idézik, mely megfogalmazás szerint az egészségműveltség (*health literacy*) „az emberek kognitív és szociális készsége (*skills*), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (*ability*), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket” (Csizmadia, 2016, 41.o.). Történt kezdeményezés az

egészségműveltség fogalmának és elméleti keretének az iskoláskorúakra való kiterjesztésére és a serdülők egészségműveltségének mérésére alkalmas eszköz kifejlesztésére, azonban ez napjainkig nem megoldott (Nagyné és mtsai, 2015).

A modellek közül fontos kiemelni Nutbeam (2000) modelljét, amely az egészségműveltség három típusát határozta meg. Az első az alapkészségeket tartalmazó funkcionális egészségműveltség, a második az interaktív egészségműveltség, amelyet aktívan lehet alkalmazni a változó körülmények között is a társas helyzetekben, információszerzésnél vagy a kommunikációs formák megértésénél. A harmadik a kritikai egészségműveltség, amely során kognitív és társas készségek alkalmazása során az információk kritikus elemzésére kerül sor, melyeket a saját élethelyzetek feletti kontroll megszerzésére használnak az egyének.

Sørensen és mtsai (2012) az egészségműveltség áttekintését összegző tanulmányukban megalakították az integrált modellt, mivel az addigi modelleket statikusnak vélték, amelyek nem veszik figyelembe az egészségműveltség folyamatát. Az integrált modell magába foglalja a hozzáférést, a megértést és az információátadást. Az így kialakított modell arra épül, hogy „az egészségműveltség kapcsolatban áll a műveltséggel és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészség információkhoz 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” (Sørensen és mtsai, 2012, 9.o.).

Annak ellenére, hogy a kutatók körében egyre nagyobb az érdeklődés a serdülők egészségműveltségének mértéke és annak mérése iránt (Brown, Teufel és Birch, 2007; Manganello, 2008),

a legtöbb tanulmány mégis a felnőtt lakosságra összpontosít, hiszen a felnőtteknél magasabb az egészségügyi szolgáltatások igénybevételi aránya, mint a serdülőknél, ezért nagyobb prioritást élveznek az egészségműveltség kockázati tényező szempontjából történő vizsgálatok. Mivel ez a perspektíva a klinikai tapasztalatokra összpontosít, az ellátás magasabb szintű felhasználói, például a felnőttek megcélzása nagyobb hatással van az egészségi állapotra és az egészségügyi kiadásokra. Ez azonban figyelmen kívül hagyja az egészséges, általában fiatalabb népesség körében az egészséggel kapcsolatos műveltségi képességek kiépítésének hatását a jövőbeli egészségi állapotra és kiadások enyhítésére vagy javítására. Az egészségműveltség jelentőségét azok a vizsgálatok támasztják alá, amelyek kimutatták, hogy annak szintje alapvetően befolyásolja az egyének különböző, egészséggel kapcsolatos jellemzőit (Massey és mtsai, 2012).

Az iskolai környezetben fontos az egészségműveltség elemeinek azonosítása, az elemek fejlődésének és fejleszthetőségének monitorozása, továbbá olyan mérőeszköz kidolgozása, amely lehetővé teszi az iskoláskorú gyermekek körében az egészségműveltség diagnosztikus mérését (Nagy és mtsai, 2015). A serdülőkor fontos életszakasz, különös tekintettel az önálló döntéshozatalra, ezért kulcsfontosságú, hogy a serdülőket pontos és megbízható egészséggel kapcsolatos információkkal lássuk el, hogy az egész életen át tartó egészséges életmód és viselkedés kialakulhasson (Santoro és Speedling, 2011), továbbá, hogy képesek legyenek a saját egészségi állapotuk feletti kontrollra (Manganello és Shone, 2013).

Annak érdekében, hogy az egészségműveltség pozitív hatással legyen az egészségre egy életen át (Borzekowski, 2009; Bröder és mtsai, 2017; Bröder és mtsai, 2020), egyre nagyobb jelentőséggel bír a népegészségügyi erőfeszítések során a gyermekkori és serdülőkori egészségműveltség elősegítése, fejlesztése (WHO, 2013). A serdülők körében az egészségműveltséget elősegítő hatékony beavatkozások kidolgozásához mélyreható ismeretekre van szükség az ebben a korcsoportban meglévő egészségműveltség szintjéről; a vonatkozó adatok azonban még mindig korlátozottak nemzetközi (Bröder és mtsai, 2020) és hazai szinten is, ugyanis

jellemzően a kutatások eddig a felnőtt lakosság egészségműveltségének vizsgálatára összpontosítottak (Nagyné és mtsai, 2015; Okan és mtsai, 2018).

Nemzetközi szinten a legtöbb kutató egyetértett abban, hogy az egészségműveltség több összetevős tulajdonság, ezért a különböző sajátosságok eltérő értékelési eszközöket igényelhetnek. Annak ellenére, hogy sok tanulmány készült a fejlesztésről és az egészségműveltség mérésére használt eszközök klinikai körülmények között történő értékeléséről (Abel és mtsai, 2014), kevés tanulmány foglalkozik a serdülők egészségműveltségével (Manganello, 2008), különösen az iskolai szinten (Ghaddar és mtsai, 2012). Mivel a serdülőkor életszakaszának egyedi jellemzői, sérülékenységei és társadalmi összefüggései vannak, a felnőttekre vonatkozó megállapítások és mérőeszközök nem ruházhatók át és alkalmazhatóak a serdülők körében (Jordan, Domanska és Loer, 2020).

Az egészségműveltség mérésére, tekintettel a jelenleg létező sokfajta megközelítésre és a definíció komplexitására, többféle mérőeszközt is létrehoztak. Egy 2018-ban megjelent áttekintő tanulmány 29 mérőeszközt vizsgált (Guo és mtsai, 2018), amelyben a serdülő korosztályt célzó, az általunk is vizsgált Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA) kérdőív is szerepel. Ghanbari és mtsai 2016-ban alkották meg a serdülőkorú tanulók egészségműveltségének mérésére alkalmas HELMA eszközt. A kérdőív Nutbeam (2000) egészségműveltség modelljének mindhárom típusát méri, így a funkcionális, interaktív és kritikai egészségműveltséget is.

Tanulmányunkban egy, a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott kérdőív (HELMA) magyarországi bevezetésével kapcsolatos vizsgálat eredményei olvashatók, mely kutatásnak célja a hazai iskoláskorúak egészségműveltségét mérő eszköztár bővítése, továbbá elsődleges adatok gyűjtése az adaptált kérdőív alkalmazhatóságával kapcsolatban.

MÓDSZERTAN

A HELMA kérdőív magyar változatának (HELMA-H) elkészítése, valamint validálása több fázisban történt.

A HELMA kérdőív bemutatása

A HELMA kérdőív az egészségfejlesztés területén alkalmazható eszköz iskolai környezetben, amellyel a tanulók egészségműveltsége, az információkhoz való hozzájutásának és megértésének képessége, azok alkalmazása, valamint énhatékonyságuknak és az egészséggel kapcsolatos információk kommunikációjának képessége is mérhető (Ghanbari és mtsai, 2016). A kérdőív 8 skálát tartalmaz, melyek az Énhatékonyság, a Hozzáférés, az Olvasás, a Megértés, az Értékelés, az Alkalmazás, a Kommunikáció és a Számítás kérdéscsoportok, skálánként 3–10 kérdéssel, kérdésenként 5 fokú Likert-skálán elhelyezkedő, illetve rövid válaszlehetőséggel. Az első 41 állítás esetében 5 fokú Likert-skálán kell megadnia a kitöltőnek a rá jellemző választ (soha, ritkán, néha, általában, mindig jellemző), mely kijelentések az Énhatékonyság, a Hozzáférés, az Olvasás, a Megértés, az Értékelés, az Alkalmazás és a Kommunikáció skálákhoz tartoznak, skálánként 4–10 állítással (Énhatékonyság 4, Hozzáférés 5, Olvasás 5, Megértés 10, Értékelés

5, Alkalmazás 4, Kommunikáció 8 kérdés), míg az utolsó három kérdés során, melyek a Számítás skálához tartoznak, rövid választ kell adniuk a kitöltőknek, amely kérdések során matematikai műveletek alkalmazásával kell a helyes választ megadniuk. A kérdőív 15 perc alatt megválaszolható.

A kérdőív kiértékelése során az első 41 állítás esetében a Likert-skálához tartozó válaszlehetőségek pontozása a következőképpen alakul: soha: 1 pont, ritkán: 2 pont, néha: 3 pont, általában: 4 pont, mindig: 5 pont, míg a Számítás skála feladatainál a jó válaszáért 5 pont adható, rossz válaszáért pedig 1 pont. Így a minimálisan összegyűjthető nyers pontszám 44, a maximálisan összegyűjthető nyers pontszám pedig 220. [1. táblázat]

A kérdőív alapján az egyénre vonatkozó pontszám, az úgynevezett „HELMA-érték” (egészségműveltség-szint) kiszámítása az alábbi képlet szerint végezhető el [1. ábra].

1. táblázat: A HELMA kérdőív kérdéseinek és pontszámainak megoszlása skálák szerint

	Kérdések száma	Minimum lehetséges pontszám	Maximum lehetséges pontszám
Hozzáférés	5 (5–9. kérdés)	5	25
Olvasás	5 (10–14. kérdés)	5	25
Megértés	10 (15–24. kérdés)	10	50
Értékelés	5 (25–29. kérdés)	5	25
Alkalmazás	4 (30–33. kérdés)	4	20
Kommunikáció	8 (34–41. kérdés)	8	40
Énhatékonyság	4 (1–4. kérdés)	4	20
Számítás	3 (42–44. kérdés)	3	15
Összesen	44	44	220

Forrás: Saját szerkesztés

1. ábra: A HELMA érték (egészségműveltség-szint) kiszámítására szolgáló képlet

$$\text{Pontszám} = \frac{\text{Nyers pontszám} - \text{minimum lehetséges nyers pontszám}}{\text{Maximum lehetséges nyers pontszám} - \text{minimum lehetséges nyers pontszám}} \times 100$$

Forrás: Saját szerkesztés

A végső pontok alapján négy egészségműveltség-szint szerinti kategóriába sorolhatók a vizsgált személyek: kiváló, megfelelő (melyek együtt kívánatos mértékű egészségműveltséget határoznak meg), valamint problémás és nem megfelelő (melyek együtt korlátozott egészségműveltséget határoznak meg).

Kiváló egészségműveltségűnek tekinthető az a személy, akinek a pontszáma 84,01–100 pont között van, megfelelőnek 66,01–84 pont között, továbbá problémás az 50,01 és 66 pont között teljesítők, valamint nem megfelelő a 0–50 pont közötti eredmény.

A HELMA-H kérdőív kialakítása

A HELMA-H kérdőív kialakításának első lépéseként az angol nyelvű kérdőív fordítása magyar nyelvre, majd visszafordítása történt meg két, független szakértő által. Ezt egy szakértői egyeztetés követte a kulturális adaptáció jegyében, amely során véglegesítésre került a magyar nyelvű kérdőív szövege a magyar kulturális sajátosságoknak megfelelően. Digitalizálást követően elkészült a kérdőív elektronikus változata.

A kérdőívet kiegészítettük a demográfiai jellemzőkre fókuszáló kérdéscsoporttal, melyben a kitöltők nemére, életkorára, lakóhelyére, évfolyamára, az iskolájuk típusára, valamint a szülei/gondviselőik legmagasabb iskolai végzettségére voltunk kíváncsiak. Ezt követte a HELMA-H kérdőív 44 kérdése.

Az így elkészült kérdőív tesztverzióját 17 éves tanulók (N = 8) töltötték ki elektronikus formában, segítség nélkül, anonim módon. A kitöltés során nem merült fel bennük kérdés a kitöltési instrukciót, az egyes állítások érthetőségét tekintve, minden tanuló problémamentesen, néhány perc alatt kitölthető kérdőívként jellemezte azt, így nem volt indokolt a tartalmi fejlesztés, módosítás, ezért a HELMA-H kérdőívet¹ nagyobb mintán való tesztelésre alkalmasnak találtuk.

Adatgyűjtés- és elemzés

Második lépésként a tesztelt HELMA-H kérdőív kitöltése nagyobb mintán történt. A populációt a hazai középiskolás tanulók alkották, melyből a

mintába nem valószínűségi, kényelmi mintavételi eljárás során kerültek a diákok (N = 273). A kérdőívet online, anonim módon töltötték ki a tanulók.

A statisztikai elemzéseket az SPSS 20.0 program segítségével végeztük el. A minta általános jellemzésére és egyes paramétereinek meghatározására leíró statisztikai eljárásokat alkalmaztunk, továbbá a kérdőív érvényességének ellenőrzésekor belső konzisztencia vizsgálatot végeztünk, a Cronbach-alfa koefficiens meghatározására (Cronbach, 1951).

EREDMÉNYEK

A minta jellemzői

A kitöltők (N = 273) 27,5%-a fiú, 72,5%-a lány volt, az átlagos életkoruk 16,26 (SD: 1,37) év volt. A kitöltők 61,5%-a észak-magyarországi, 19,8%-a nyugat-dunántúli, 13,9%-a közép-magyarországi, 3,3%-a közép-dunántúli, míg 1–1%-a észak-alföldi és dél-dunántúli középiskola tanulója volt. A kérdőívet kitöltők 9,9%-a nulladik, 28,2%-a kilencedik, 24,9%-a tizedik, 21,6%-a tizenegyedik, 11,7%-a tizenkettedik és 3,7%-a tizenharmadik osztályos tanuló volt. Gimnáziumban tanult a vizsgált személyek 78,4%-a, szakgimnáziumban a 12,8%-a, szakközépiskolában a 8,4%-a, míg szakiskolában a 0,4%-a. Az édesanya legmagasabb iskolai végzettségét tekintve 46,9%-uk egyetemi vagy főiskolai végzettséggel, 33%-uk érettségivel, 16,5%-uk szakmunkásképző, míg 3,7 %-uk alapfokú végzettséggel rendelkezett. Az édesapák legmagasabb iskolai végzettségét vizsgálva megállapítható, hogy 41%-uk egyetemi vagy főiskolai végzettséggel, 29,7%-uk érettségivel, 24,5%-uk szakmunkásképző, míg 4,8%-uk alapfokú végzettséggel rendelkezett. [2. táblázat]

¹ A kérdőív elérhető a mellékletben.

2. táblázat: A vizsgált minta demográfiai jellemzői

	N (%)
Életkor (év)	16,2 (SD: 1,3)
Nem	
Fiú	75 (27,5%)
Lány	198 (72,5%)
Évfolyam	
Nulladik	27 (9,9%)
Kilencedik	77 (28,2%)
Tizedik	68 (24,9%)
Tizenegyedik	59 (21,6%)
Tizenkettedik	32 (11,7%)
Tizenharmadik	10 (3,7%)
Iskolatípus	
Gimnázium	214 (78,4%)
Szakgimnázium	35 (12,8%)
Szakközépiskola	23 (8,4%)
Szakiskola	1 (0,4%)
Régió	
Észak-Magyarország	168 (61,5%)
Nyugat-Dunántúl	54 (19,8%)
Közép-Magyarország	38 (13,9%)
Közép-Dunántúl	9 (3,3%)
Észak-Alföld	3 (1,1%)
Dél-Dunántúl	1 (0,4%)
Édesanya iskolai végzettsége	
Egyetem/főiskola	128 (46,8%)
Érettségi	90 (33,0%)
Szakmunkásképző	45 (16,5%)
Általános iskola	10 (3,7%)
Édesapa iskolai végzettsége	
Egyetem/főiskola	112 (41,0%)
Érettségi	81 (29,7%)
Szakmunkásképző	67 (24,5%)
Általános iskola	13 (4,8%)

Forrás: Saját szerkesztés

A HELMA-H kérdőív alkalmazhatósága

A HELMA-H kérdőív validitásának ellenőrzésére belső konzisztenciavizsgálatot végeztünk. A belső konzisztenciavizsgálathoz a Cronbach-féle alfa koefficiens (Cronbach, 1951) alkalmaztuk. Első lépésben a teljes (44 kérdés) kérdőív elemzését végeztük el. A kérdőív validitását vizsgálva megállapítottuk, hogy a teljes kérdőívre vonatkozó Cronbach-alfa érték 0,96.

A továbbiakban elvégeztük a vizsgálatot a skálák alapján is. Az egyes skálákhoz tartozó Cronbach-alfa érték az Énhatékonyság Skála esetében 0,74, a Hozzáférés 0,85, az Olvasás 0,84, a Megértés 0,92, az Értékelés 0,87, az Alkalmazás 0,85, és a Kommunikáció esetében 0,85 volt, míg egy kérdéscsoport, a Számítás Skála (0,54) nem érte el a tesztekkel szemben támasztott, általánosan elfogadott 0,7 értéket (Szokolszky, 2004), mely az eredeti, angol nyelvű HELMA kérdőív validációjának esetében is alacsonyabb értéket mutatott. [3. táblázat]

3. táblázat: A HELMA és HELMA-H kérdőívhez és skálákhoz tartozó Cronbach-alfa értékek összehasonlító táblázata

Skála	Kérdések száma	Cronbach-alfa koefficiens	
		HELMA	HELMA-H
Énhatékony	4	0,61	0,74
Hozzáférés	5	0,71	0,85
Olvasás	5	0,86	0,84
Megértés	10	0,89	0,92
Értékelés	5	0,81	0,87
Alkalmazás	4	0,65	0,85
Kommunikáció	8	0,83	0,85
Számítás	3	0,65	0,54
Összesen:	44	0,93	0,96

Forrás: Saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Az iskoláskorúak egészségműveltségének vizsgálatára számos mérőeszközt kifejlesztettek nemzetközi szinten, azonban hazánkban a főként serdülők körében használható, iskolában alkalmazható, validált mérőeszközök száma elenyésző. Ezért vállalkoztunk a HELMA-H Magyarországon is alkalmazható, validált kérdőív kidolgozására. Célunk a kiválasztott kérdőív magyar változatának elkészítése és validitásának vizsgálata volt. A több lépcsőből álló folyamat során első lépésként az eredeti kérdőív szakértők általi le- és visszafordítása történt meg, majd szakértői egyeztetés után véglegesítésre került a HELMA-H kérdőív szövege. Az új kérdőív teszteltése után vettük fel az adatokat középiskolás tanulók körében.

Ezen eredmények alapján megállapítottuk, hogy a teljes kérdőívre vonatkozó érvényességi mutató erős, így a HELMA-H kérdőív alkalmas a hazai iskoláskorúak egészségműveltségének mérésére, így újabb mérőeszközzel bővültek a hazai iskolai egészségfejlesztéssel és társadalomtudományai kapcsolatos kutatások.

A HELMA-H kérdőív kiértékelése az eredeti képlet alapján történik, illetve a ponthatárok is ugyanúgy alakulnak. Ennek megfelelően az 5 fokú Likert-skálán a soha válaszlehetőség 1, míg a mindig válaszlehetőség 5 pontot ér, továbbá a végső pontok (HELMA-H-érték) alapján szintén az ismert négy kategóriába sorolhatók a

vizsgált tanulók: kiváló, megfelelő, valamint problémás és nem megfelelő mértékű egészségműveltségű.

A tanulmány eredményei azt mutatták, hogy a HELMA-H kérdőív megfelelő érvényességgel rendelkezik. A szakirodalom azt sugallja, hogy az egészségműveltség olyan társadalmi jellemző, amelyet több dimenzióval rendelkező struktúrának kell tekinteni, továbbá az egészségműveltség fogalmának összetett jellege megerősíti egy többdimenziós eszköz használatának szükségességét. A HELMA-H kérdőív egyik jellemzője, hogy a funkcionális mellett megragadja az egészségműveltség egyéb dimenzióit is, úgymint az interaktív és a kritikai egészségműveltséget.

A nemzetközi szakirodalomban az iskoláskorúak egészségműveltségének értékelésére szolgáló néhány eszköz faktorszerkezeti elemzése különböző mintákat mutat. Massey és mtsai (2013) bemutattak egy többdimenziós mérőeszközt, amely 3 különféle tényezőben rögzítette az egészséggel kapcsolatos információkat kereső elemeket: az egészségügyi információk keresési készségei, bizalom az emberi forrásokból származó egészségügyi információkban és bizalom a médiából származó egészségügyi információkban. Abel és mtsai (2014) kifejlesztettek egy 4 dimenziós mérőeszközt, amely értékeli a serdülők funkcionális, interaktív és kritikai egészségműveltségét. Ebben a skálában a funkcionális egészségműveltség területéről két különálló tényező

számolt be: az egészségügyi információk megtalálása és az egészségügyi információk megértése.

Az említett vizsgálatokhoz képest a HELMA faktorstruktúrája változatosabb, és mivel minden tényezőnek legalább három eleme van, a HELMA, és így a HELMA-H kérdőív megbízhatóbb felépítésű (Ghanbari és mtsai, 2016).

Kutatásunk korlátjaiként tudjuk felsorolni a mintavételi eljárás gyengeségeit: nem reprezentatív a minta, továbbá a nemek aránya és a gimnáziumban tanulók nagyobb arányú részvétele miatt nem kiegyensúlyozott, valamint a tanulók szocioökonómiai jellemzőiről nem gyűjtöttünk

széles körű információkat. Kutatásunk célja volt a kérdőív érvényességének vizsgálata, így további korlátként említhetjük a megbízhatóság és a faktorstruktúra vizsgálatának hiányát.

KÖVETKEZTETÉSEK

A statisztikai elemzések alapján a HELMA-H kérdőív megfelel az érvényesség kritériumnak, mely alapján alkalmazható a hazai iskoláskorúak egészségműveltségének mérésére. A kérdőív bevezetése és az eredmények felhasználása az iskolai egészségfejlesztés folyamatának hatékony elemévé válhat.

Információk a szerzőkről:

Horváth Cintia, Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Természettudományi Kar, Eger, horvath.cintia@uni-eszterhazy.hu

Csányi Tamás, Eötvös Loránd Tudományegyetem Tanító- és Óvóképző Kar, Budapest
Révész László, Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Természettudományi Kar, Eger

HIVATKOZÁSOK

- Abel, T., Hofmann, K., Ackermann, S., Bucher, S., & Sakarya, S. (2014): Health literacy among young adults: a short survey tool for public health and health promotion research. *Health Promotion International*, 30(3), 725–735. doi: [10.1093/heapro/dat096](https://doi.org/10.1093/heapro/dat096)
- Borzekowski, D. L. (2009): Considering children and health literacy: A theoretical approach. *Pediatrics*, 124 (Suppl. 3), 282–288. doi: [10.1542/peds.2009-1162d](https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162d)
- Brown S. L., Teufel J. A., & Birch D. A. (2007): Early adolescents perceptions of health and health literacy. *Journal of School Health*, 77(1), 7–15. doi: [10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2007.00156.x)
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., & Bitzer, E. M. (2017): Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1), 1–25. doi: [10.1186/s12889-017-4267-y](https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y)
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Schlupp, S., & Pinheiro, P. (2020): Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promotion International*, 35(3), 575–585. doi: [10.1093/heapro/daz041](https://doi.org/10.1093/heapro/daz041)
- Cronbach, L. (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. doi: [10.1007/BF02310555](https://doi.org/10.1007/BF02310555)
- Csizmadia, P. (2016): Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés*, 57(3), 41–44. doi: [10.24365/ef.v57i3.68](https://doi.org/10.24365/ef.v57i3.68)
- Dodson, S., Good, S., & Osborne, R. H. (2015): Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. *World Health Organization*, Regional Office for South-East Asia, New Delhi, http://apps.searo.who.int/PDS_DOCS/B5148.pdf (Elérve: 2020. 09. 09.)
- Ghaddar, S. F., Valerio, M. A., Garcia, C. M., & Hansen, L. (2012): Adolescent health literacy: the importance of credible sources for online health information. *Journal of School Health*, 82(1), 28–36. doi: [10.1111/j.1746-1561.2011.00664.x](https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00664.x)

- Ghanbari, S., Ramezankhani, A., Montazeri, A., & Mehrabi, Y. (2016): Health Literacy Measure for Adolescents (HELMA): Development and Psychometric Properties. *PLoS ONE* 11(2), e0149202. doi:[10.1371/journal.pone.0149202](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149202)
- Guo, S., Armstrong, R., Waters, E., Sathish, T., Alif, S. M., Browne, R. G., & Yu, X. (2018): Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review. *BMJ Open*, 8(6), e020080. doi: [10.1136/bmjopen-2017-020080](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020080)
- Jordan, S., Domanska, O., & Loer, A. K. (2020): Health literacy in adolescence: Requirements for measurement tools. In: Bollweg, T. M., Bröder, J., & Pinheiro, P. (Eds.): *Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Ein- und Ausblicke*; Springer: Berlin/Heidelberg doi: [10.3390/ijerph17082860](https://doi.org/10.3390/ijerph17082860)
- Manganello, J. A. (2008): Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840–847. doi: [10.1093/her/cym069](https://doi.org/10.1093/her/cym069)
- Manganello, J. A., & Shone, L. P. (2013): Health Literacy: Research FACTS and findings. *ACT for Youth Center of Excellence* Ithaca, NY.
- Massey, P., Prelip, M., Calimlim, B. M., Quiter, E. S., & Glik, D. C. (2012): Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting, *Health Education Research*, 27(6), 961–974. doi: [10.1093/her/cys054](https://doi.org/10.1093/her/cys054)
- Massey, P., Prelip, M., Calimlim, B., Afifi, A., Quiter, E., Nessim, S., Wongvipat-Kalev, N., & Glik, D. (2013): Findings toward a multidimensional measure of adolescent health literacy. *American Journal of Health Behavior*, 37(3), 342–350. doi: [10.5993/AJHB.37.3.7](https://doi.org/10.5993/AJHB.37.3.7)
- Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á., & B. Németh, M. (2015): Az egészségműveltség online mérése. In.: Csapó, B. & Zsolnai, A. (2015): *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában*. 147–177. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest.
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. doi: [10.1093/heapro/15.3.259](https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259)
- Nutbeam, D. (2008): The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. doi: [10.1016/j.socscimed.2008.09.050](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050)
- Okan, O., Lopes, E., Bollweg, T. M., Bröder, J., Messer, M., Bruland, D., Bond, E., Carvalho, G. S., Sørensen, K., & Saboga-Nunes, L. (2018): Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: A systematic review of the literature. *BMC Public Health*, 18(1), 1–19. doi: [10.1186/s12889-018-5054-0](https://doi.org/10.1186/s12889-018-5054-0)
- Santoro, K., & Speedling, C. (2011): The case for investing in youth health literacy: One step on the path to achieving health equity for adolescents. *NIHCM Issue Brief*, 1–15. [nihcm-youthliteracy-finalweb.pdf](https://www.nihcm.org/youthliteracy-finalweb.pdf) (Elérve: 2020. 09. 09.)
- Simonds, S. K. (1974): Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2(1_suppl), 1–10. doi: [10.1177/10901981740020S102](https://doi.org/10.1177/10901981740020S102)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Brand H., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonska, Z. (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1–13. doi: [10.1186/1471-2458-12-80](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80)
- Szokolszky Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó, Budapest. https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_kutatomunka_a_pszichologiaban/index.html (Elérve: 2020. 09. 09.)
- World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe) (2013): Health Literacy. *The Solid Facts*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> (Elérve: 2020. 09. 09.)