



ORSZÁGOS TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI KONFERENCIA

2023. április 11-13.

3-6 éves korú gyermeket nevelő szülők egészségműveltsége

Health literacy of parents raising children aged 3-6

Készítette: **Keresztes Viktória**
WAV0SK
Neveléstudományi mesterszak
Levelező tagozat
Kaposvári Campus

Témavezető: Petőné dr. habil Csimá Melinda, egyetemi
docens, Neveléstudományi Intézet, Magyar Agrár- és
Élettudományi Egyetem Kaposvári Campus

OTDK szekció: **Pedagógia, Pszichológia, Andragógiai és**
Könyvtártudományi Szekció

Kaposvár
2023.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés	3
1.1. Témaválasztás indoklása	3
1.2. Célkitűzés	4
2. Egészség	5
2.1. Az egészség definíciója	5
2.2. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők	6
3. Egészségműveltség	8
3.1. Egészségműveltség fogalma	8
3.2. Az egészségműveltség dimenziói	11
3.2.1. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés fogalma	13
3.2.1.1. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés feladata, célja	14
3.2.2. Egészségügyi ellátás	15
3.2.3. Prevenció fogalma, szintjei	15
3.3. Egészségnevelés az óvodában	16
3.3.1. Törvényi áttekintés	16
3.4. Az egészségműveltség vizsgálatára irányuló hazai és nemzetközi kutatások	17
3.5. Az egészségműveltség fejlesztésének kérdéskörei	18
4. Kutatás bemutatása	19
4.1. A kutatás módszerei	19
5. Eredmények	21
6. Az óvodapedagógus és az óvoda szerepe a szülői egészségműveltség alakításában – javaslatok az óvodai nevelés számára	35
7. Összegzés	36
8. Felhasznált irodalom	38

1. Bevezetés

1.1. Témaválasztás indoklása

„Az egészség nem minden, de az egészség nélkül minden semmi.” (Arthur Schopenhauer)

Az egészség, s az ahhoz szorosan kapcsolódó kérdéskörök hosszú idő óta a figyelem középpontjában vannak, nem veszítve aktualitásukból. Az elmúlt időszakban magunk is átélhettük azt a fajta fenyegetettséget, amely a környezetünkől érkezve nem csupán egészségünket támadhatja meg, de a mindennapi életünket is feldúlja. Az egészségi állapotunk nagy részben tőlünk függ, ezért kiemelt jelentőségű, hogy megfelelő információk birtokában egészségtámogató szokásokkal rendelkezünk. Óvodapedagógusként különös hangsúlyt kap az egészséges életmód, hiszen mind mi pedagógusok, mind a gyermeket nevelő szülők, felelősek vagyunk a felnövekvő generációk egészségéért, egészségmagatartásáért. Fontos kiemelni azonban, hogy az információ önmagában kevésnek bizonyul, ha az nem társul olyan szokásokkal, készségekkel, melyek hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez, fejlesztéséhez.

A napjainkra jellemző felgyorsult, rohanó világban egyre kevesebb figyelmet szentelünk az egészségünknek. Bár látszólag több időt töltünk edzőtermekben, s a legfrissebb táplálkozási ajánlások figyelembevételével készítjük el ételeinket, mégsem tudunk jelentős mértékű javulást felmutatni a lakosság egészségi állapotának változása terén.

A statisztikai adatokat tekintve, Magyarországon a legtöbb halálesetet a daganatos megbetegedések, illetve a szív- és érrendszeri megbetegedések okozzák, melyek összefüggést mutatnak az egészségmagatartással (Gritz-Győri, 2018). A XXI. század által kínált lehetőségek, a számítógépek és a csúcstechnológiák korszakát éljük. Természetesen az ember él az előnyök adta lehetőségekkel, de ez számos problémát is okoz. A hétköznapi élet okozta leterheltség miatt hamarabb elfáradunk, stresszelünk, szorongunk. A bennünket körbevevő virtuális világot nemcsak a munkánk során használjuk, hanem hajlamosak vagyunk a szabadidőnkben is itt tartózkodni. Már a kisgyermekek körében is jelentős mértékű ez a probléma, pedig nem is gondolnánk, hogy az egészségtámogató szokások kialakításával mennyi betegség kialakulása előzhető meg. Az egészségünk védelme egész életünkben az egyik legfontosabb feladat, melyre minden életkorban oda kell figyelni.

Az elsődleges szocializációs színtér a kisgyermek számára a család. A szülők, gyermeket nevelő családok egészséghez való viszonyulása, egészségműveltsége rendkívül fontos a kisgyermek életében.

Hazánkban az egészségműveltségre vonatkozó vizsgálati adatok azt mutatják, hogy nem állunk előkelő helyen, ugyanis Magyarország egészségügyi és egészségfejlesztési kompetenciája kifejezetten alacsony szintű (Gritz-Győri, 2018). A szülők egészségműveltsége nemcsak a gyermekek egészségi állapotában játszik fontos szerepet, hanem a következő generáció egészséggel kapcsolatos döntéseit is befolyásolja. Éppen ezért rendkívül fontos, hogy a gyermeket nevelő felnőtt generáció megfelelő ismeretekkel, attitűddel és készségekkel rendelkezzen az egészségműveltség terén.

Óvodapedagógus munkám során számos olyan problémával találkozom, melyek az óvodáskorú gyermeket nevelő szülők alacsony szintű egészségműveltségére utalnak. Ezek közül néhány:

- A szülők sok esetben felületes tudással rendelkeznek egy adott panasszal kapcsolatban.
- A szülők ijedtsége olykor befolyásolja a cselekedetüket (előfordul, hogy hirtelen hoznak döntéseket és ennek következtében nem mindig cselekszenek helyesen). Különösen igaz ez azokra a szituációkra, amikor hirtelen kell reagálni az adott helyzetre (pl. baleset esetén).
- Sok szülő olyan panasszal is orvoshoz viszi a gyermekét, amit esetleg otthon is tudnának kezelni.
- Van olyan szülő is, aki minden alternatívát megpróbál és az orvos megkeresése a panasszal kapcsolatban csak a legutolsó helyen szerepel.
- Sok esetben a szülők nem a szakemberekhez fordulnak, hanem az internetet használják (szűrés nélkül) a probléma megoldására.

Számos külföldi és hazai kutatás látott napvilágot az egészségműveltség terén (Fináncz és mtsai, 2021; Koltai és Kun, 2016; Varga és mtsai, 2020), azonban közülük nagyon kevés foglalkozik a 3-6 éves korú gyermeket nevelő szülők egészségműveltségével (Bánfai-Csonka és mtsai, 2022; Emmerton és mtsai, 2014; Gács, Koltai és Kun 2019; Heather D. Gibs és mtsai, 2016; Krajnović és mtsai, 2019). Az egészségműveltség feltárása irányuló kutatások nem csupán az egészségtudományok képviselőit inspirálják, egyre erőteljesebb a téma iránti kutatói érdeklődés a neveléstudományok területén is (Fináncz és mtsai, 2021)

1.2. Célkitűzés

Dolgozatom célja a 3-6 éves kisgyermeket nevelő szülők egészségműveltségének feltárása. Célom továbbá a szülői egészségműveltséget befolyásoló tényezők azonosítása, a differenciáló tényezők megismerése.

Kérdőíves vizsgálatom során a következő kérdésekre keresem a választ:

- Mi jellemzi a 3-6 éves gyermeket nevelő szülők egészségműveltségét?
 - Hogyan jellemezhető az egészségműveltségük az információkhoz való hozzáférés, illetve azok értelmezése terén?
 - Hogyan jellemezhető az egészségműveltségük a fertőző betegségek kezelése és a védőoltásokkal kapcsolatos ismeretek terén.
- Az egészség-betegség kapcsán melyek azok a területek, ahol magabiztosak a teendőket illetően, s mely területeken tapasztalható bizonytalanság, ismerethiány körükben?

Dolgozatomban a következő hipotéziseket kívánom alátámasztani:

- A szülői egészségműveltséget nagymértékben befolyásolja az iskolázottság: a magasabb iskolai végzettség magasabb szintű egészségműveltséggel párosul.
- A családban nevelkedő gyermekek száma befolyásolja a szülői egészségműveltséget: több gyermek esetén magasabb szintű az egészségműveltség.
- Krónikus beteg kisgyermek esetén a szülők egészségműveltsége magasabb szintű, magabiztosabbak az egyes egészségügyi problémák esetén.

2. Egészség

2.1. Az egészség definíciója

„Ha egészség van, minden van!”, „Az egészség érték!” mondják a közmondások. Kétségtelen, hogy az egészség alapvető érték, nem helyettesíthető mással. Az egészség mibenléte, azonban nehezen megragadható fogalom.

A WHO felhívta a figyelmet arra, hogy az egészség mindenkinek mást jelent. Más jelentést hordoz egy kisgyermek számára, és mást egy idős ember számára. Emellett az egészség nem tekinthető konstansnak, napról napra változhat, számos tényező befolyásolja (Gritz-Győri, 2018). Az egészségről való sokrétű gondolkodás a tudományos terminológiában is tetten érhető. A biomedikális modell az egészséget a betegség hiányaként értelmezte, a betegségek oki tényezői között kizárólag a biológiai, fizikai, kémiai okokat nevezte meg, s ezzel együtt a prevenciónak nem tulajdonított jelentőséget (Benkő, 2009).

A biomedikális megközelítésben rejlő hiányosságokat felismerve 1948-ban az Egészségügyi Világszervezet újradefiniálta az egészség kifejezést, miszerint: „Az egészség a teljes testi, lelki (szellemi) és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség, illetve fogyatékosság hiánya”

(WHO, 1948). A WHO definíciójában már egy többszemponútú megközelítés érzékelhető, melyben az egészség nem csupán egyetlen tényezővel, illetve annak hiányával írható le. A WHO fogalmát számos kritika érte, főként utópisztikus, filozófikus jellege miatt és azért, mert a gyakorlati alkalmazhatóságát jelentősen megnehezítette az, hogy az egészséget, mint idealisztikus célállapotot fogalmazza meg. Ez az egészség kifejezés folyamatos újra gondolását, újra definiálását eredményezte (Benkő, 2009).

Ennek a gondolkodási folyamatnak az eredményeként a WHO 2001-ben újra definiálta a fogalmat: „Az egészség olyan potenciális lehetőség, melynek megvalósítása révén az egyén megfelelően alkalmazkodni tud a környezet kihívásaihoz, illetve képes arra, hogy a környezetével harmóniában éljen. Olyan relatív egyensúlyi állapot, melyet az egyén képes kialakítani a fizikai-biológiai és pszichoszociális környezetével” (WHO, 2001).

Az egészség fogalmát nem csak szervezetek, hanem neves pszichológusok, filozófusok is próbálták megragadni. Sigmund Freud szerint az az egészséges, aki szeret és tud is dolgozni (Benkő és Tarkó, 2005).

M. Gandhi számára az egészség azt jelenti, hogy az egyénnek jó étvágya van, a feladatait el tudja látni, szabadon mozog, jól érzi magát és nem kell orvoshoz fordulnia (Benkő és Tarkó, 2005).

David Seedhouse filozófus szerint, az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét (Barabás, 2006).

A fenti definíciókból arra a következtetésre jutunk, hogy nehéz lenne egy meghatározást találni az egészség kifejezésére, ugyanis mindegyik megközelítésben szerepel az egészség egy vagy több lényegi jellemzője. Ezek együttes figyelembevétele hozzásegíthet minket az egészség kifejezés értelmezéséhez (Gritz-Győri, 2018).

2.2. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

Az egészségi állapotot számtalan tényező befolyásolja: az egyéni adottságok, illetve a környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak az egészség megőrzésében, illetve a betegségek kialakulásában.

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők alapvetően négy nagy csoportba sorolhatóak: genetikai tényező, külső környezeti tényező, az egészségügyi szolgáltatás, valamint az életmód, mely tényezők közül az életmód bizonyul a legerősebb egészség determinánsnak (Lalonde,

1974 id. Gritz-Győri, 2018). Az életmód magába foglalja a táplálkozást, a testmozgást, a mindennapi szenvedélyeket (pl. kávé, dohányzás, alkohol- és kábítószer fogyasztás) (Barabás, 2006). Az egyén személyes döntése nagy hatással van az életmódra (Gritz-Győri, 2018). „Az egyén életmódja révén szabályozhatja, optimalizálhatja egészségi állapotát, életmódjával elégetheti ki egészségével kapcsolatos szükségleteit” (Elekes, 2006, 95. p.).

„A táplálékkal bejutott tápanyagok alapvetően befolyásolják az egészséget: a helyes táplálkozás biztosítja az optimális testi és szellemi fejlődést, hozzájárul az egészség megőrzéséhez, egyúttal örömfors is” (Barabás, 2006, 105. p.). Nemcsak a közérzetet, hanem az egészségi állapotot is befolyásolja, hogyan táplálkozunk (Hídvégi és mtsai, 2015).

Hazánkban nagyon fontos és indokolt a táplálkozás és ételmezés kérdéseinek vizsgálata, ugyanis Magyarországon a felnőtt lakosság fele túlsúlyos (Varsányi és Vitrai, 2017). A helyes táplálkozással a halálesetek egy része megelőzhető lenne (Hídvégi és mtsai, 2015).

A táplálkozás egészségi állapotra gyakorolt hatása mellett fontos megemlíteni az egészség és a rendszeres testmozgás összefüggéseit. Napjainkban különösen nagy hangsúlyt kell erre fektetni, ugyanis élünk azzal a lehetőséggel, melyet a civilizáció adott. Használatban vannak a különböző közlekedési eszközök, liftek, mozgólépcsők, számítógépek, tv-k és eltelnek úgy napok, hogy mozgás nélkül lesznek teljesítve a napi feladataink (Barabás, 2006; Bene, 2017).

A mozgásszegény életmód számos betegség prediktora. A mozgáshiány az elhízás mellett növeli a szív- és érrendszeri betegségek és a tumor kialakulásának kockázatát (Gritz-Győri, 2018). Emellett a csontok elmeszesedhetnek, a gerincben porckopások alakulhatnak ki, valamint különböző mozgásszervi megbetegedések jelenhetnek meg (Barabás, 2006). A mozgás formálja a személyiséget és fokozza a teljesítményt. Hozzásegíti a fiatalokat a megfelelő testi és mentális fejlődéshez (Hídvégi és mtsa, 2015).

A genetikai tényező a legkevésbé befolyásolható. Az örökítőanyagának kiemelt szerepe van ebben, ugyanis testünk és létünk számos jellemzőjét ez határozza meg. Figyelembe kell azonban venni, hogy a genetikai tényezők kisebb-nagyobb mértékben változhatnak az életkörülmények hatására (Barabás, 2006). „Nagyon fontos a genetikai tényező, de nincs meghatározó szerepük az egészségünkre. A személyiségnek csupán az alapjai öröklöttek (nem, testalkat, fizikai hajlékonyság, intelligencia, tanulási képesség, zenei hallás, kézügyesség)” (Gritz-Győri, 2006, 73. p.).

Számos külső hatás befolyásolhatja és módosíthatja az egészségünket, ezért a külső tényezőkre érdemes nagyobb hangsúlyt fektetni (Barabás, 2006; Gritz-Győri, 2018).

A külső környezeti tényezők közvetlenül a mikrokörnyezeti hatásokon keresztül, illetve közvetett módon, a makrokörnyezetből érkező hatásokon keresztül befolyásolják az egyén egészségi állapotát (Gritz-Győri, 2018).

A környezeti tényezők között első helyen érdemes megemlíteni a természeti környezetet, mely akár az időjáráson, a fronthatásokon, a napsugárzáson, páratartalmon, a zajártalmon, a radioaktív sugárzáson és még számos egyéb tényezőn keresztül járul hozzá az egyén egészségének megőrzéséhez, illetve a betegségek kialakulásához (Gritz-Győri, 2018).

Társadalmi környezet vonatkozásában kiemelkedő jelentőségű a lakó- és munkahelyi környezet, a gazdasági-politikai-jogi környezet, továbbá a pszichoszociális környezet (Gritz-Győri, 2018).

Nem mehetünk el említés nélkül a társas közeg mellett sem. Első helyen szerepel a család, majd a kortársak, a barátok és az ismerősök. Nagyban befolyásolja az egészségi állapotot egy harmonikus környezet. Akiknek ez nem adatik meg, ott nagyobb az alkohol- és kábítószer fogyasztás kockázata (Barabás, 2006). Ha a kialakuló stressz nem megfelelően van feldolgozva (elfojtás), az is lehet az egészségre káros kockázati tényező (Balázs, 2008).

Az egészségügyi szolgáltatás, az egészségügyi ellátórendszer elérhetősége az egészségi állapotot befolyásoló tényezők negyedik nagy csoportját képezi. Ebből a szempontból kiemelt jelentősége van annak, hogy milyen az egészségügyi ellátás színvonala az adott településen, illetve milyen távolságot kell megtenni ahhoz, hogy valaki eljuthasson orvoshoz vagy kórházba (Barabás, 2006).

3. Egészségműveltség

3.1. Egészségműveltség fogalma

A kérdéskör kapcsán a magyar szakirodalmakban az *egészségértés* és az *egészségműveltség* kifejezéssel találkozhatunk. Fináncz és mtsai (2021), tanulmányukban rámutatnak arra, hogy az *egészségműveltség* kifejezés sokkal komplexebben fejezi ki a fogalmat, ezért dolgozatomban én is ezt használom.

Az egészségműveltség pontos meghatározása meglehetősen összetett, világszerte számos definíció született a fogalom kapcsán. Nem könnyíti meg a definiálást az sem, hogy az egészségműveltség fogalma kultúránként eltérő (Gács, Kun és Koltai, 2019).

Maga a kifejezés először az 1970-es években jelent meg, elsősorban az orvos- és egészségtudomány területén. Az azóta eltelt időszakban számos szerző, illetve szervezet definiálta a fogalmat, különböző aspektusból megközelítve azt (Bánfai-Csonka és mtsai, 2022).

A legelterjedtebb a WHO 1998-as definíciója, mely szerint az egészségműveltség azokat a kognitív és szociális készségeket jelenti, amelyek meghatározzák a motivációt és az egyének azon képességét, hogy hozzáférjenek az információkhoz, megértsék és felhasználják azokat. Elősegíti és fenntartja a jó egészséget (Nutbeam, 1998).

Az 1990-es évek végén az Amerikai Egyesült Államokban az *egészségműveltség* kifejezést *health literacy*-nek nevezték el. Azt a képességet foglalja magába, ami szerepet játszik az egyén saját egészségével, döntéseivel és választásaival kapcsolatban. Ezen belül elterjedt még egy fogalom, a *parental health literacy*, mely a szülői egészségműveltséget jelenti, a szülők egészségügyi döntésekhez kapcsolódó képességeit foglalva magába a gyermekükkel kapcsolatban (Gács és mtsai, 2015).

Egy másik tanulmány az egészségműveltség azon aspektusát emeli ki, hogy az emberek képesek-e megfelelni az egészségügyi követelményeknek. Az egészségműveltség ebben a megközelítésben azt jelenti, hogy az egyén saját maga, a családja, valamint a közösség egészségét megérti, tisztában van azzal, hogy mely tényezők befolyásolják és hogyan lehet kezelni ezeket. A megfelelő egészségügyi ismeretekkel rendelkező egyén képes felelősséget vállalni saját, családja és a közössége egészségéért (Sorensen és mtsai, 2012).

Sorensen és munkatársai egy táblázatba gyűjtve szemléltetik, hogy a különböző szerzők és szervezetek hogyan vélekednek az egészségműveltség fogalmáról.

WHO (1998)	"Azok a kognitív és szociális készségek, amelyek meghatározzák az egyének motivációját és képességét, hogy hozzáférjenek az információk megértéséhez és felhasználásához olyan módon, amely elősegíti és fenntartja a jó egészséget."
American Medical Association (1999)	"A készségek konstellációja, beleértve az egészségügyi környezetben való működéshez szükséges alapvető olvasási és számolási feladatok elvégzésének képességét."
Nutbeam (2000)	"Azok a személyes, kognitív és szociális készségek, amelyek meghatározzák az egyének azon képességét, hogy hozzáférjenek az információkhoz, megértsék és felhasználják a jó egészséget elősegítő és fenntartó képességeket."
Orvostudományi Intézet (2004)	"Az egyének azon képessége, hogy megszerezzék, feldolgozzák és megértsék a megfelelő egészségügyi döntések meghozatalához szükséges alapvető egészségügyi információkat és szolgáltatásokat."
Kickbusch, Wait & Maag (2005)	"A mindennapi életben – otthon, a közösségben, a munkahelyen, az egészségügyi rendszerben, a piacon és a politikai szinten – megalapozott egészségügyi döntés(ek)

	meghozatalának képessége. Ez egy kritikus felhatalmazási stratégia a növekedéshez. Az emberek kontrollja egészsége felett, információszerzési képességük és felelősségvállalási képességük."
Zarcadoolas, Pleasant & Greer (2003, 2005, 2006)	"A készségek és kompetenciák széles köre, amelyeket az emberek az egészségügyi információk és fogalmak felkutatására, megértésére, értékelésére és felhasználására fejlesztenek, hogy megalapozott döntéseket hozzanak, csökkentsék az egészségügyi kockázatokat és javítsák az életminőséget."
Paasche-Orlow és Wolf (2006)	"Az egyén rendelkezik az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalához szükséges készségekkel, ami azt jelenti, hogy az egészségműveltséget mindig az elvégzendő konkrét feladatok összefüggésében kell vizsgálni. Hangsúlyozni kell az egészségműveltség kontextus szerinti értékelésének fontosságát."
EU (2007)	"Az egészségügyi információk olvasásának, szűrésének és megértésének képessége annak érdekében, hogy megalapozott ítéletet alkossunk."
Pavlekovic (2008)	"Az alapvető egészségügyi információk és szolgáltatások megszerzésének, értelmezésének és megértésének képessége, valamint az ilyen információk egészségjavító felhasználásának képessége."
Rootman és Gordon-Elbihbety (2008)	"Az információk elérésének, megértésének, értékelésének és kommunikálásának képessége az egészség előmozdításának, megőrzésének és javításának módja az élet során számos környezetben."
Ishikawa és Yano (2008)	"Az egészségügyi rendszerrel való interakcióhoz kapcsolódó ismeretek, készségek és képességek."
Mancuso (2008)	"Olyan folyamat, amely az ember élete során fejlődik, és magában foglalja a képesség, a megértés és a kommunikáció jellemzőit. Az egészségműveltség attribútumai beépülnek az egészségműveltség eléréséhez szükséges kompetenciákba ágyazott készségekbe, stratégiákba és képességekbe, és azokat megelőzik."
Ausztrál Statisztikai Hivatal (2008)	"Az egészségügyi kérdésekkel, például a kábítószerrel és az alkohollal, a betegségek megelőzésével és kezelésével, a biztonsággal és a balesetmegelőzéssel, az elsősegélynyújtással, a vészhelyzetekkel és az egészség megőrzésével kapcsolatos információk megértéséhez és használatához szükséges ismeretek és készségek."
Yost et al. (2009)	"Az egyének milyen mértékben képesek elolvasni és megérteni az egészséggel kapcsolatos nyomtatott anyagokat, azonosítani és értelmezni a grafikus formátumban (diagramok, grafikonok és táblázatok) megjelenített információkat, és számtani műveleteket hajtanak végre a megfelelő egészségügyi és ellátási döntések meghozatala érdekében."
Adams et al. (2009)	„Az a képesség, hogy megértsük és értelmezzük az egészségügyi információk jelentését írott, beszélt vagy digitális formában, és hogy ez hogyan motiválja az embereket az egészséggel kapcsolatos cselekvések elfogadására vagy figyelmen kívül hagyására."
Adkins et al. (2009)	"Az a képesség, hogy jelentést merítsenek a kommunikáció különböző formáiból különféle készségek felhasználásával az egészséggel kapcsolatos célok elérése érdekében."
Freedman et al. (2009)	"Az egyének és csoportok milyen mértékben képesek feldolgozni, megérteni, értékelni és cselekedni az olyan információkhoz, amelyek a közösség javát szolgáló közegészségügyi döntések meghozatalához szükségesek."

1. táblázat: Az egészségműveltség definíciói

Forrás: Sorensen és mtsai, 2012

Az 1. táblázatban ismertetett definíciók szerzői egyetértenek abban, hogy az egészségműveltség fogalma tulajdonképpen azt a képességet foglalja magába, mely segítségével az egyén képes megérteni, értékelni és feldolgozni az egészségügyi információk jelentését.

3.2. Az egészségműveltség dimenziói

Az egészségműveltség összetevőinek a meghatározása kiemelt jelentőségű abból a szempontból, hogy az egyének egészségműveltsége mérhető legyen. Az amerikai Orvostudományi Intézet a hallás-, beszéd-, számolás-, írás- és olvasáskészséget tartja a főbb összetevőknek (Sz. n. 2004).

Speros egyetért abban, hogy az olvasási és számolási készség a fő meghatározó, azonban ő ezt kiegészíti a szövegértéssel, valamint az egészségügyi információk felhasználásának képességével (Speros, 2005 id. Sorensen és mtsai, 2012).

Baker szerint az egészséggel kapcsolatos nyomtatott írástudás a meghatározó (Baker, 2006).

Paase-Orlow és Wolf a fő hangsúlyt a hallgatásra, a memória terjedelmére és a navigációra teszi (Paase-Orlow és Wolf, 2007 id. Sorensen és mtsai, 2012).

Egy kísérletben négy egymással összefüggő tényezőt azonosítottak: (1) Betegség és öngondoskodás ismerete; (2) Egészségügyi kockázati magatartás; (3) Megelőző ellátás és orvosellátások; (4) Gyógyszeres kezelés betartása (Sorensen és mtsai, 2012).

Nutbeam (1998) modellje három tipológiát különböztet meg:

- *Funkcionális egészségműveltség:* Olyan olvasási és írási készségekre utal, mely a mindennapi élethelyzetekben szükségesek.
- *Interaktív egészségügyi ismeretek:* Fejlettebb kognitív írni és olvasni tudás készségére utal, mely kiegészül a szociális készségekkel, melyek együttesen felhasználhatók a mindennapi helyzetekben. Alkalmasak az információk kinyerésére, jelentésszerzésre és a változó körülményekhez való alkalmazkodásra is.
- *Kritikus egészségügyi ismeretek:* Olyan fejlettebb kognitív készségekre utalnak, mely a szociális készségek bevonásával együtt, az információk kritikus elemzésére alkalmazható, valamint az életesemények és a különböző élethelyzetek feletti nagyobb kontrollra is felhasználható (Nutbeam, 1998 id. Sorensen és mtsai, 2012).

Freedman és mtsai (2009) a közegészségügyi műveltség három dimenzióját azonosították:

- *Fogalmi alapok:* Magába foglalja a közegészségüghöz, közegészségügyi cselekvéshez, aggályok megértéséhez kapcsolódó, alapvető ismereteket, információkat.
- *Kritikus készségek:* A közegészségüghöz kapcsolódó döntések meghozatalához szükséges információk megszerzéséhez, értékeléséhez, feldolgozásához kapcsolódik, a

közösség javát szolgálja. Az egyén és a közösség képességét fejezi ki a közegészségügyi információk megszerzésére, értékelésére és felhasználására vonatkozóan.

- *Polgári orientáció:* Olyan készségeket foglal magában, amelyek az egészségügyi problémák kezeléséhez szükségesek állampolgári szerepvállalással. Az egyén és a közösség képességét fejezi ki arra vonatkozóan, hogy megfogalmazzon társadalmi kérdéseket, hasznokat, terheket, előnyöket, hátrányokat, továbbá kommunikáljon az aktuális népegészségügyi problémákról (Freedman és mtsai, 2009 id. Sorrensen és mtsai, 2012).

Nagy és Barabás (2011) az alábbi táblázatban szemlélteti, hogy a betegnek milyen ismeretekkel szükséges rendelkezni ahhoz, hogy az egészségével kapcsolatos kérdésekben eligazodjon.

Az egészségműveltséghez tartozó képességek	Mindennapi példák	Ezeknek a feladatoknak az elvégzéséhez szükséges képességek
Az információ hitelességének és minőségének értékelése	internetes tájékozódáskor annak eldöntésében, hogy mikor érdemes másik diagnózist kérni	vizuálisan írni-olvasni (betűk, ábrák); számítógépes írás-olvasás (képes kezelni a számítógépet); információt írni-olvasni (képes megfigyelni és alkalmazni a releváns információt); számértékkel vagy számítással írni-olvasni (képes kiszámolni vagy számokkal indokolni); képes ezeket szóban elmondani és megérteni (verbális-kommunikációs nyelvi készségek)
A viszonylagos kockázatok/veszélyek és előnyök elemzése	vénynélkül kapható készítmények szedése, kutatásban való részvétel mérlegelése	
A gyógyszeradagok kiszámítása	a beteg testsúlya alapján	
A teszt/vizsgálat eredményeinek értelmezése	zárójelentések megértése	
Az egészséginformáció elérésének meghatározása		

2. táblázat Az egészségműveltséghez tartozó készségek, képességek

Forrás: Nagy és Barabás, 2011

A fenti ismeretek alapján látható, hogy a különböző dimenziók felállítása között igen nagy a különbség. Mindenki mást tart fontosnak, más megközelítésből próbálták létrehozni az egészségműveltség dimenzióját. Sorensen és mtsai (2012) mindent összevetve az egészségműveltséget tizenkét dimenzióra osztották, melyet egy integrált konceptuális modellbe helyeztek. Eszerint három fő részre bonthatjuk a modellt: az egészségügyi ellátás, a betegségmegelőzés (prevenció) és az egészségfejlesztés. Ennek a folyamatnak a lépései az információ elérése, információszerzés, döntés, értelmezés, feldolgozás (Darvay és mtsai, 2020; Fináncz és mtsai, 2021; Sorensen és mtsai, 2012).

<i>Egészség- műveltség</i>	Hozzáférés az egészségre vonatkozó releváns információkhoz	Az egészségre vonatkozó releváns információk megértése	Az egészségre vonatkozó releváns információk értékelése	Az egészségre vonatkozó releváns információk alkalmazása/ felhasználása
Egészségügyi ellátás	<i>Hozzáférési képesség az egészségügyi információkhoz</i>	<i>Képesség az egészségügyi információk és azok jelentőségének megértésére</i>	<i>Képesség az egészségügyi információk értelmezésére és értékelésére</i>	<i>Képesség megalapozott döntéshozatalra egészségügyi kérdésekben</i>
Betegség- megelőzés (prevenció)	<i>Hozzáférési képesség a rizikófaktorokkal kapcsolatos információkhoz</i>	<i>Képesség a rizikófaktorokkal kapcsolatos információk és azok jelentőségének megértésére</i>	<i>Képesség rizikófaktorokkal kapcsolatos információk értelmezésére és értékelésére</i>	<i>Képesség a rizikófaktorokkal kapcsolatos információk jelentőségének megítélésére</i>
Egészség- fejlesztés	<i>Naprakészség a társas és tárgyi környezet egészség- determinánsai vonatkozásában</i>	<i>Képesség a társas és tárgyi környezet egészség- determinánsaira vonatkozó információk és azok jelentőségének megértésére</i>	<i>Képesség a társas és tárgyi környezet egészség- determinánsaira vonatkozó információk értelmezésére és értékelésére</i>	<i>Képesség megalapozott döntéshozatalra a társas és tárgyi környezet egészség- determinánsaival kapcsolatban</i>

3. táblázat Az egészségműveltség dimenziói

Forrás: Sorensen és mtsai, 2012, id. Fináncz és mtsai

3.2.1. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés fogalma

Az egészségműveltség egyik dimenziója az egészségfejlesztés. Az angol nyelvű szakirodalom az elmúlt évek során elkülönítette egymástól a health preservation (egészségmegőrzés), a health education (egészségnevelés), a health protection (egészségvédelem), a health promotion (egészségfejlesztés) kifejezéseket. A magyar nyelv e szavakat sok esetben szinonimaként használja, preferálva az *egészségnevelés* kifejezést, mely az évek során folyamatosan bővült (Gritz-Győri, 2018).

A WHO szerint az egészségfejlesztés egy olyan folyamatot jelöl, amely során az egészséges emberek egészségük javítása felett növelik ellenőrzésüket, képességet szereznek egészséges életvitelük fenntartására, fejlesztésére és környezetük megváltoztatására, optimalizálására (WHO, 1986).

1986-ban az Első Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián, az Egészségfejlesztés Ottawai Chartáját, több mint 60 ország szakemberei hozták létre Kanadában (Benkő, 2009).

Meghatározásuk szerint: „Az egészségfejlesztés olyan folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy fokozzák kontrolljukat egészségük felett, illetve javítsák azt. A jóllét állapotának elérése érdekében az egyén vagy csoport legyen képes azonosítani és megvalósítani célkitűzéseit, kielégíteni szükségleteit és/vagy megváltoztatni környezetét, vagy megküzdeni azzal” (Ottawai Charta, Kanada, 1986).

Egy másik tanulmány szerint az egészségfejlesztés: „Átfogó, egyéni és népességszintű, testisomatikus, pszichés-mentális, kulturális-szociális, társadalmi-politikai tevékenységek, amelyek a testi, szomatikus, pszichés, mentális, kulturális, szociális, társadalmi, politikai, környezeti és gazdasági feltételek megváltoztatására irányulnak azért, hogy azoknak a köz és az egyén egészségére gyakorolt hatása kedvező legyen. Az egészségfejlesztés segítségével fel lehet és kell számolni a jelenleg oly nagymértékben előforduló mentális, kulturális és spirituális tudatlanságot, amelynek jelentős szerepe van a népesség önpusztító magatartásának kialakulásában (Kalmár, 2017, 140. p.).

Az egészségfejlesztés csapatmunkának tekinthető, melyben nagy szerepük van a különböző területen tevékenykedő szakembereknek, pl. egészségügyi dolgozóknak, pedagógusoknak (Barabás, 2006).

Az egészségnevelés definíciója gyakran összemosódik az egészségfejlesztés kifejezéssel. Az egészségnevelés az egészségi állapotot az egyén életmódjából kiindulva értelmezi, továbbá egy olyan, szakember által irányított folyamatként írja le, amelyben az egyéni felelősség hangsúlyos szerepet kap. Az egészségfejlesztés ezzel szemben magában foglalja az egészség javítására irányuló intézkedéseket, ezen belül magát az egészségnevelést (Nagy, 2019).

3.2.1.1. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés feladata, célja

Az egészségnevelés feladata és célja nem más, mint hogy azt a készséget, képességet, fejlessze, melynek során az egyén tisztában van az egészségértékkel. További célként fogalmazódik meg, hogy az egyén legyen képes kiválasztani, meghatározni, hogy mi számára a legmegfelelőbb alternatíva és ennek segítségével legyen képes az egészséget nemcsak védeni és megőrizni, de fejleszteni is (Tompá, 2008).

Az egészségfejlesztés során azt kívánjuk elérni, hogy az emberek ne passzív elszenvedői legyenek az életüknek, hanem aktívan vegyenek részt abban, alakítsák, formálják az életkörülményeiket (Benkő, 2009). További feladatok és célok között említhető a megfelelő információszolgáltatás. Ez által a lakosság az egészségükre nézve kedvező hatású döntéseket hozhat. Nagy jelentősége van annak is, hogy megfelelő információval tájékoztassák az egyént,

amely növelheti annak az esélyét, hogy figyeljen az egészséges életmód elsajátítására, mely által egészséges maradhat, vagy azzá válhat (Naidoo és Wills, 1999).

3.2.2. Egészségügyi ellátás

Az egészségműveltség harmadik dimenziója az egészségügyi ellátás. „Az egészségügyi szolgáltatás olyan tevékenység, amely az egészségügyi szükségletek kielégítését szolgálja” (Balázs, 2008). A magyar egészségügy igencsak megosztó a magyar lakosság körében, sokan negatív kritikával illetik az ellátórendszert. Sok esetben egyetértünk azzal, hogy ideje lenne megreformálni, de pozitívum, hogy a lakosság hozzáférhet az ingyenes ellátáshoz, ami nagyon sok európai országban nem valósul meg. A népegészségügy elsődleges feladata a betegségek megelőzése, valamint egy egészségtudatos társadalom kialakítása (Tompai, 2007). Az ellátás egy garantált szolgáltatás, amit az egyén igénybe vehet, a szolgáltatás azonban egy szolgáltató által felajánlott tevékenység, amiről az egyén dönt, hogy igénybe veszi-e (Balázs, 2008).

3.2.3. Prevenció fogalma, szintjei

Az egészségműveltség következő dimenziója a prevenció. „Megelőzésnek (idegen szóval prevenciónak) nevezzük mindazon tevékenységeket, amelyek egy-egy betegség kialakulásának megakadályozására irányulnak, és döntően az egészségügyben dolgozók vezetésével vagy segítségével valósulnak meg” (Barabás, 2006, 46. p.). Tulajdonképpen azt jelenti, hogy a probléma kialakulása előtt cselekedni kell (Gritz-Győri, 2018).

A prevenció három szintjét különítjük el:

- (1) Elsődleges megelőzés (primer prevenció): Az egészségtudatos viselkedést segíti elő, mely csökkenti a káros életmódbeli tényezőket (Gritz-Győri, 2018). Egyénileg és népességi szinten is az egészséges életre nevel (Kalmár, 2017). Célja minden olyan tényező csökkentése, mely káros hatást gyakorol az egészségi állapotra.
- (2) Másodlagos megelőzés (szekunder prevenció): Arra irányul, hogy diagnosztizáljon egy kialakulóban lévő kóros állapotot, betegséget és megakadályozza annak további súlyosbodását, valamint, hogy megtalálja azokat, akiknek betegségre utaló tünetek még nincsenek, de a korai szakaszban lévő változás már fennáll. Ide tartoznak a szűrővizsgálatok, mely során kimutatható olyan eltérés, ami panaszt még nem okoz (Barabás, 2006; Gritz-Győri, 2018).
- (3) Harmadlagos megelőzés (tercier prevenció): Arra irányul, hogy a betegség következtében elvesztett funkciókat helyreállítsák vagy pótolják, valamint a betegség előtti állapotot visszaállítsák (Balázs, 2008; Barabás, 2006). Célja, hogy

megakadályozza a már kialakult krónikus betegségek további szövődményeit, kísérő betegségek kialakulását (Kalmár, 2017).

3.3. Egészségnevelés az óvodában

3.3.1. Törvényi áttekintés

„Az egészségnevelés és egészségfejlesztés kiemelt célcsoportjai az óvodás és iskolás (általános és középiskolás) korú gyermekek és fiatalok; hisz e korosztály egészségmagatartása határozza meg a jövő felnőtt lakosságának egészségi állapotát.” ¹

„Az óvodai nevelés feladata az óvodáskorú gyermek testi és lelki szükségleteinek kielégítése. Ezen belül:

- az egészséges életmód alakítása,
- az érzelmi, az erkölcsi és az értékorientált közösségi nevelés,
- az anyanyelvi, értelmi fejlesztés és nevelés megvalósítása. ²

Az egészséges életmód alakítása

Az egészséges életmódra nevelés, az egészséges életvitel igényének alakítása, a gyermek testi fejlődésének elősegítése ebben az életkorban kiemelt jelentőségű. Ezen belül az óvodai nevelés feladata:

- a gyermek gondozása, testi szükségleteinek, mozgásigényének kielégítése;
- a harmonikus, összerendezett mozgás fejlődésének elősegítése;
- a gyermeki testi képességek fejlődésének segítése;
- a gyermek egészségének védelme, edzése, óvása, megőrzése;
- az egészséges életmód, a testápolás, a tisztálkodás, az étkezés, különösen a magas cukortartalmú ételek és italok, a magas só- és telítetlenzsír-tartalmú ételek fogyasztásának csökkentése, a zöldségek és gyümölcsök, illetve tejtermékek fogyasztásának ösztönzése, a fogmosás, az öltözködés, a pihenés, a betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés szokásainak alakítása;
- a gyermek fejlődéséhez és fejlesztéséhez szükséges egészséges és biztonságos környezet biztosítása;

¹ 46/2003. (IV.16.) OGY határozat a Nemzeti Népegészségügyi Programról, Egészséges Ifjúság fejezet

² 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról III. Az óvodai nevelés általános feladatai

- a környezet védelméhez és megóvásához kapcsolódó szokások alakítása, a környezettudatos magatartás megalapozása;
- megfelelő szakemberek bevonásával - a szülővel, az óvodapedagógussal együttműködve - speciális gondozó, prevenciós és korrekciós testi, lelki nevelési feladatok ellátása.”³

3.4. Az egészségműveltség vizsgálatára irányuló hazai és nemzetközi kutatások

Koltai és Kun (2016) Magyarországon 1000 fős reprezentatív mintán végzett vizsgálatot. A magyar lakosság egészségértését, valamint az egészséggel kapcsolatos információ megértését, feldolgozását, megszerzését mérték. Kutatásukhoz a HLS-EU és HLS-EU 47 validált kérdőívet és index-számítási módszert használták. Az eredményekből az derül ki, hogy a 16 évnél idősebbek több, mint a fele csak korlátozott egészségértéssel rendelkezik. A három alindexben (egészségügyi, prevenció, egészségfejlesztési kompetencia) a kiváló szintet igen alacsony arányban érték el. A nem megfelelő pontszámot elérők aránya nemzetközi szinten az egyik legmagasabb Magyarországon. A válaszadók majdnem egyötödének elégtelen az egészségértése, egyharmadának pedig problémás. 38%-uk elégséges egészségértéssel rendelkezik, tizedük pedig kiváló egészségértéssel.

Az egészségműveltség vizsgálata során különböző részpopulációkra is ráirányult a kutatói érdeklődés. Ennek megfelelően számos vizsgálat tárta fel az egészségműveltséget gyermekkorban, serdülőkorban, ifjúkorban, valamint a köznevelésben dolgozók körében is (Bánfai-Csonka és mtsai, 2022).

A gyermekek egészségével, egészséghez kapcsolódó szokásaival összefüggésben az elmúlt években számos kutatás irányult a szülők egészségműveltségének megismerésére. Több tanulmány számolt be a szülők szájüregi, láz-, és a farmakoterápiás egészségműveltségéről, táplálkozási szokásairól, fizikai aktivitásukról és az egészségügyi helyzetek megoldására való készségükről (Bánfai-Csonka és mtsai, 2022; Emmerton és mtsai, 2014; Heather D. Gibbs és mtsai, 2016; Krajnović és mtsai, 2019; Ogenchuk és mtsai, 2022).

³ 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról III. Az egészséges életmód alakítása

A magyar köztudatban sokáig nem volt pontos definíció a szülői egészségműveltség fogalmára, ezért Gács és mtsai (2016) kutatócsoportjának célja volt, a szülői egészségműveltség definiálása. További céljuk volt egy olyan mérőeszköz fejlesztése, mellyel a szülői egészségműveltség megbízhatóan mérhető. Első lépésben gyermeket nevelő szülők, gyermekorvosok, védőnők véleményeit, tapasztalatait kérték ki az egészségműveltséggel kapcsolatban, majd a kapott válaszokból létrehozták a kérdőívet. A kérdőív olyan témaköröket tartalmazott, mint az anyatejes táplálás, fogápolás, vitaminok, fertőző betegségek megelőzése és terápiája, védőoltások, krónikus betegségek, sürgősségi esetek ellátása, lázcsillapítás. A kérdőíves vizsgálatból nyert adatok alapján létrehozták a szülői egészségműveltség definícióját, melyet az egészségműveltség dimenzióin keresztül mutatnak be (Gács és mtsai, 2015).

Az eredmények alapján négy dimenzió különíthető el. *Az ismeretek, a funkcionális tudás, a magabiztosság és a motiváció* (Gács és mtsai, 2015).

Az ismeretek többek között alapszintű ismeretekre vonatkoznak pl. milyen gyógyszert kell lázcsillapításnál adni, vagy hogy tulajdonképpen mi is az a láz? Ez összekapcsolható a *funkcionális tudással*, ami abban ragadható meg, hogy a válaszadó hogyan jár el a probléma megoldása érdekében. Sok szülőnek gondot okozott felmérni, hogy mennyire súlyosak egyes tünetek, valamint azt, hogy mikor van szükség orvosi segítségre. Ez a *magabiztosság* dimenziója. A *motiváció* dimenziójában a szülők fontosnak tartják, hogy megfelelő forrásból, hiteles információhoz jusson a gyermekével kapcsolatban. A *magabiztosság és a motiváció* kérdéskörénél azt mérték fel, hogy a szülő kér-e segítséget egy adott problémával kapcsolatban vagy megpróbálja-e megoldani saját magától (Gács és mtsai, 2015).

3.5. Az egészségműveltség fejlesztésének kérdéskörei

A mai felgyorsult digitális világ, mely már az óvodás gyerekeket is érinti, számos veszélyt rejteget a kiskorúak fejlődésére nézve. Elérhető számukra a média, internetet használnak, TV-t néznek. Egyre kevesebb az olyan tartalom, ami az egészségneveléssel foglalkozik. A médiában megjelennek az alkohol- és drogfogyasztás, dohányzás, valamint agresszív tartalmak. A gyerekek ezekkel a tartalmakkal találkozhatnak, ezért már óvodában el kell kezdeni a prevenciós stratégiák kidolgozását és alkalmazását. Természetesen a pedagógusoknak is nagy szerepe van ebben, de még nagyobb a felelőssége e téren a szülőknek van, akik az elsődleges szocializációs színteret biztosítva mintát, modellt nyújtanak a gyermeknek (Tompai, 2007).

A betegségekből való gyógyulást nagymértékben befolyásolja az, hogy a beteg elsősorban érti-e, valamint megfelelően használja-e az orvosi információkat. A gyógyítás sikerességét

meghatározza a páciens egészségműveltsége, vagyis, hogy megfelelő-e a kommunikációs, írási és számolási készségük, hogy tudják-e követni az orvosi utasításokat, valamint, hogy megfelelően használják-e az egészségügyi rendszert. Az egészségműveltség alacsony szintje miatt 1998-ban az Amerikai Egyesült Államokban 50 billió amerikai dollárra becsülték az egészségügyi többletkiadásokat. A nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkezők, több időt töltenek kórházban és többet használják az egészségügyi ellátórendszert (Papp-Zipernovszky és mtsai, 2016).

A szülők egészségműveltsége nagymértékben járul hozzá a gyermekek egészségi állapotának alakulásához, valamint befolyásolja a következő generáció egészséggel kapcsolatos döntéseit (Gács, Kun és Koltai, 2019). Az óvodáskorú gyermeket nevelő szülőket ebben az életkorban leginkább a gyermekorvos, védőnő, valamint az óvoda segítheti. Éppen ezért nagyon fontos, hogy a szülő megfelelő információt kapjon tőlük gyermekével kapcsolatban. Melyek azok a legfontosabb tünetek, amiket a szülőknek észlelnie kell? Ilyen lehet például valamilyen fizikai tünet (testi tünetek, alvászavar, krónikus betegség, pszichoszomatikus tünetek, hirtelen testsúlyváltozás, étkezési szokások), lelki tünet (személyiségváltozás, szorongás, agresszivitás, érzelmi labilitás, indokolatlan hangulatváltozás, türelmetlenség, nyugtalanság, ingerlékenység), viselkedésbeli tünetek (unalom, motiváció hiány, figyelem hanyatlása, önbizalomhiány, kisebbségi érzés), spirituális tünetek (szeretethiány, súlyos önértékelési zavarok), szuicid tünetek (fokozott foglalkozás pl. halállal), magatartás megváltozása (összeférhetetlenség, zárkózottá válik, megváltozott magatartás a szülőkkel, pedagógusokkal). A fenti tünetek észlelésekor nagyon fontos, hogy a szülő hogyan cselekszik. Nem mindegy, hogyan kezeli az adott problémát, épp ezért kiemelt jelentőségű, hogy a szülők megfelelő szintű egészségműveltséggel rendelkezzenek (Kalmár, 2017).

4. Kutatás bemutatása

4.1. A kutatás módszerei

Dolgozatomban primer, keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálatot végeztem, az adatokat kérdőíves vizsgálat keretében gyűjtöttem egyszerű, nem véletlenszerű mintavétel alkalmazásával. A kérdőív online felületen, elsősorban a saját óvodám zárt közösségi csoportjaiban volt elérhető 2022. október 8. és október 29. között. Beválasztási kritérium volt, hogy a családban legalább egy óvodáskorú gyermek legyen.

A kérdőív a szociodemográfiai jellemzőket feltáró saját szerkesztésű kérdések mellett validált, valamint más szerzők által fejlesztett mérőeszközöket tartalmazott. Az egészségműveltség mérésére a Health Literacy EU Q16 kérdőívet használtuk, mely 16 állításon keresztül méri a válaszadó szubjektív egészségműveltségét. Emellett a Gács és Csizmady (2013) által fejlesztett szülői egészségműveltség-kérdőív egyes elemeit is beépítettük a kutatási eszközünkbe, melyre a szerzőktől kértünk engedélyt. A kérdőív főbb kérdéscsoportjai ennek megfelelően a következők voltak:

- szociodemográfiai jellemzők (nem, életkor, legmagasabb iskolai végzettség)
- családi jellemzők (gyermekek száma, életkora, krónikus betegség)
- Health Literacy EU Q16 a szubjektív egészségműveltség mérésére
- szülői egészségműveltségre vonatkozó kérdések

A kérdőív összesen 26 kérdést tartalmazott, melyek között több likert-skálán értékelhető szerepelt.

Health Literacy EU Q 16

A HLS-EU-Q-t, napjaink egyik legelterjedtebb mérőeszközét, a The European Health Literacy Survey (2011) vizsgálat alapján fejlesztették ki. A kérdőív 47 kérdésből áll és az egészségműveltséggel kapcsolatos különböző kompetenciákat méri, mint a prevenció, egészségügyi ellátórendszer, egészségfejlesztés területei. A Health Literacy EU Q 16 egy rövidített verziója a mérőeszköznek, melyet számos külföldi és hazai vizsgálatban alkalmaznak (Emiral és mtsai, 2018; Health Literacy Project, 2012; Varga és mtsai, 2020).

Szülői egészségműveltség kérdőív

A Health Literacy EU Q 16 és a saját kérdéseim mellett, Gács és Csizmady (2013) kérdőívének néhány kérdését használtam fel. Kutatócsoportjukkal a szülői egészségműveltség mérésére alkalmas mérőeszköz fejlesztését tűzték ki célul. Az eredmények alapján definiálták a szülői egészségműveltséget, valamint elkülönítették a szülői egészségműveltség négy dimenzióját: (1) magabiztosság, (2) tudás, (3) problémamegoldó képesség, (4) tudásigény. A kérdőívünkben például az anyatejes táplálás, védőoltások, fogápolás, krónikus betegségek, vitaminok, sürgősségi helyzetek, lázcsillapítás témakörei mind megtalálhatók (Gács, Kun és Koltai, 2019).

Statisztikai elemzés módja

A válaszadók jellemzésére, egészségműveltségük megismerésére leíró statisztikát (abszolút és relatív gyakoriság, átlag- és szórásszámítás) végeztünk. A Health Literacy EU Q16 kérdőív esetén Cronbach's alfa értéket számoltunk, mellyel a kérdőív belső konzisztenciáját vizsgáltuk. A korábbi kutatásokkal való összehasonlítás érdekében a HLS-EU Q47 kérdőív kiértékelési útmutatóját követve⁴ számoltuk ki az egészségműveltség-indexet, illetve az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia”, a „Prevenció” és az „Egészségfejlesztés” al-indexeket. A standardizálás következtében a 47 állítást tartalmazó kérdőíves vizsgálatok eredményei összehasonlíthatóak a rövidített, 16 állítást tartalmazó kérdőíves vizsgálatok eredményeivel. A változók közötti összefüggések vizsgálatára ordinális változókról lévén szó, Spearman-féle rangkorrelációs együtthatót számoltunk, a csoportok közötti különbségek megragadására pedig Mann-Whitney és Kruskal-Wallis tesztet alkalmaztunk. Szignifikánsnak a $p < 0,05$ értéket tekintettük.

5. Eredmények

A kérdőívet összesen 161 fő töltötte ki. A válaszadók 95,7%-a ($n=154$) nő. A kitöltők átlagéletkora 35, 5 év, a legfiatalabb 24 éves, a legidősebb pedig 52 éves. A résztvevők több, mint fele felsőfokú végzettséggel rendelkezik, 6,83%-uk ($n=11$) doktori fokozatot szerzett, 34,8%-uk ($n=56$) egyetemet, 27,3%-uk ($n=44$) főiskolát végzett. A válaszadók 18%-a ($n=29$) érettségire épülő felsőfokú szakképzésben vett rész, 9,3%-a ($n=15$) érettségi vizsgát tett, 3,7%-a ($n=6$) pedig szakmunkásképzőt vagy szakiskolát végzett.

A válaszadók 34,7%-a ($n=56$) egy gyermeket, 42,8%-a ($n=69$) két gyermeket, 18%-a (29) három gyermeket, 3,7%-a ($n=6$) négy gyermeket és mindössze egy fő öt gyermeket nevel. A válaszadók családjában nevelkedő gyermekek életkora átlagosan 5,5 év (SD: 3,83). A legfiatalabb újszülött, a legidősebb pedig 21 éves.

A megkérdezettek 90,1%-ának ($n=145$) nincs krónikus, gondozásra szoruló beteg gyermek a családjában. A krónikus beteg gyermeket nevelő szülők ($n=16$) a következő betegségekről számoltak be: asztma, neurofibromatózis, autizmus spektrum zavar, generalizált

⁴ „az indexeket és alindexeket egy 0-tól 50-ig terjedő skálán standardizálták, a következő képlet alapján: $\text{index} = (\text{átlag} - 1) * (50/3)$, átlag: az indexet alkotó itemek (kérdések) empirikus átlaga 1: az indexek átlagának elméleti minimuma 50: a standardizált mérőszám választott maximuma 3: az átlag elméleti terjedelme (RANGE-e)” (Koltai és Kun, 2016, 5-6. p.).

izomgyengeség magzati fertőzés miatt, ependymoma, 3as típusú coffin siris syndrome, VACTERL-asszociáció, krupp, epilepszia.

Az egészségműveltség dimenziói

Az összesített egészségműveltség-indexet a 16 állítás skálaértékeinek bevonásával a „Statisztikai elemzés módja” fejezetben ismertettek szerint képeztük. Ezt követően az első 7 állításból az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-indexet, a 8-12. állításból a „Prevenció” al-indexet, a 13-16. állításból pedig az „Egészségfejlesztés” al-indexet képeztük. Mind az összesített egészségműveltség-index, mind pedig a három al-index magas belső konzisztenciát, s meglehetősen magas szintű egészségműveltséget fejeznek ki. A válaszadók körében tapasztalható viszonylag magas szintű egészségműveltség oka feltételezhetően a magas iskolai végzettséggel rendelkezők felülreprezentáltsága. Eredményeinket összevetve a korábbi, reprezentatív mintán végzett vizsgálat eredményeivel, lényegesen kedvezőbb kép tárul elénk. Míg saját, óvodáskorú gyermeket nevelő szülők körében végzett vizsgálatunk esetén az összesített egészségműveltség-index átlagpontszáma 44,33 volt, ugyanez a magyarországi mintán 32 pont volt (Koltai és Kun, 2016). Varga és mtsai (2021) magasvérnyomás-betegséggel élők körében végzett vizsgálatának eredménye is kedvezőtlenebbnek mutatkozott a szülők körében végzett vizsgálatunk eredményeinél, a magasvérnyomás-betegek átlagosan 37,27 pontot értek el az összesített egészségműveltség-index skálán.

		n	Átlag	Szórás	Cronbach's alfa
	Összesített egészségműveltség-index	157	43,33	7,49	0,93
Alindexek	Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia	158	44,38	7,67	0,88
	Prevenció	157	41,99	9,89	0,8
	Egészségfejlesztés	157	43,03	9,56	0,84

4. táblázat: HLS-EU Q16 skálamutatói

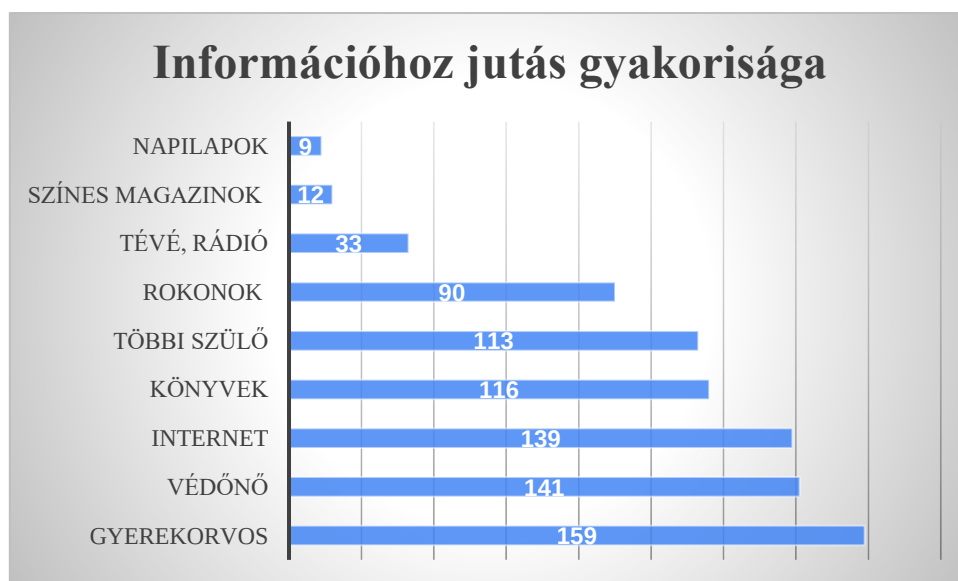
A szakirodalomban meghatározott módon az összesített egészségműveltség-indexből négy kategóriát képeztünk az 5. táblázatban ismertettek szerint. A válaszadókat az egészségműveltség-index pontszáma alapján besoroltuk a képzett csoportokba. Ennek megfelelően megállapítható, hogy mintegy: 65,4%-uk (n=104) kitűnő szintű egészségműveltséggel rendelkezik. Elégséges szintű egészségműveltsége van 25,8%-uknak (n=41), problémás szintű az egészségműveltsége 5,7%-uknak (n=9) és mindössze 3,1% (n=5) az, akiknek elégtelen szintű az egészségműveltsége. Koltai és Kun (2016) reprezentatív mintán végzett kutatásának eredményeivel összevetve megállapítható, hogy saját vizsgálatunkban

lényegesen magasabb arányban vannak jelen a kitűnő szintű, s alacsonyabb arányban az elégtelen, illetve a problémás szintű egészségműveltséggel rendelkezők. Az idézett vizsgálatban a válaszadók csupán 10%-ának egészségműveltsége bizonyult kitűnő szintűnek, s több, mint 50%-uk elégtelen, illetve problémás szintű egészségműveltséggel rendelkezett. A magasvérnyomás-betegséggel élők körében végzett kutatásban a válaszadók 15,1%-a került az elégtelen egészségértési csoportba, 10,01%-ának problémás volt az egészségértése, 37,4%-uk elégséges egészségértéssel rendelkezik, valamint 37,4%-uknak kitűnő az egészségértési szintje.

Összesített egészségműveltség-index			
	Pontszám	n	%
elégtelen szintű egészségműveltség	0-25	5	3,1
problémás szintű egészségműveltség	25-33	9	5,7
elégséges szintű egészségműveltség	33-42	41	25,8
kitűnő szintű egészségműveltség	42-50	104	65,4

5. táblázat: Összesített egészségértés-index kategóriák kialakítása (n=159)

Az egészségműveltség „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-indexe erőteljesen kapcsolódik ahhoz, hogy az egyének az egészségükkel kapcsolatos információkat milyen forrásból szerzik meg, illetve, hogy mennyire érzik könnyűnek ezeknek az információknak az értelmezését. Az 1. ábra azt szemlélteti, hogy a szülők a gyermekükkel kapcsolatos egészségügyi kérdésekben (betegségek, védőoltások, táplálás stb.) honnan szoktak információhoz jutni. A válaszadók 98,7%-a (n=159) a gyermekorvostól, 85,57% (n=141) a védőnőtől, 86,33% (n=141) az internetről szerez részletes információt. 72,04% (n=116) a könyvekből, 70,18% (n=113) többi szülőtől, 55,90% a rokonoktól is hasznos információhoz jut. Legalacsonyabb arányban a televíziót, rádiót, színes magazinokat, valamint a napilapokat jelölték.



1. ábra A gyermekkel kapcsolatos egészségügyi kérdések információhoz jutásának gyakorisága (n=161)

A kérdőívemben rákérdeztem arra, hogy a felsoroltak mellett van-e esetleg más forrás, ahonnan a szülők tájékozódnak. Van, aki gyógyszerésztől, Novák Hunor oldaláról, szülés felkészítő tanfolyamon, elsősegély tanfolyamon, tematikus rendezvényeken (szoptatás világhete, védőnők hete), kórházból, internetes csoportokból, korábbi tanulmányaiból, szoptatási tanácsadótól, természetgyógyásztól és lélekgyógyásztól is szerez információt.

Az egészséggel kapcsolatos információforrás mellett a kisgyermeket nevelő szülők esetén kiemelt jelentőségű, hogy a gyermek egészségét veszélyeztető problémák, illetve betegség esetén kire tudnak támaszkodni, illetve kik azok a személyek, akikhez segítségért fordulnak. A 3. táblázat szemlélteti, hogy a gyermekkel kapcsolatos egészségügyi problémák megoldásában milyen gyakran segítik a kitöltőt az alábbi személyek, vagy mennyire jellemző az, hogy saját maga oldja meg a problémát. A válaszadók 47%-a (n=76) gyakran vagy mindig kap segítséget a nagyszülőktől. Más rokonoktól vagy ismerősöktől a válaszadók mindössze 14%-a (n=22) kap segítséget. A védőnővel kapcsolatban a résztvevők 35%-a (n=56) jelezte, hogy gyakran vagy mindig számíthat rá a probléma megoldásában, ugyanakkor megjegyzendő, hogy 65% (n=101) nyilatkozta, hogy ritkán vagy soha nem kap segítséget védőnőjétől. A legmagasabb arányban (n=146; 91%) a gyermekorvost jelölték meg a válaszadók, mint azt a személyt, akire gyakran, illetve mindig számíthatnak egészségügyi probléma esetén. A válaszadók több, mint fele egyedül is megoldja az adott problémát, mintegy 52% (n=84) jelölte a gyakran vagy mindig válaszlehetőséget.

	Gyakran/Mindig		Ritkán/Soha	
	fő	%	fő	%
Nagyszülő(k)	76	47%	85	53%
Más rokonok, ismerősök	22	14%	139	86%
Védőnő	56	35%	101	65%
Gyermekorvos	146	91%	15	9%
Egyedül oldom meg	84	52%	77	48%

**6. táblázat: Egészségügyi problémák megoldásában segítséget nyújtó személyek
(n=161)**

A gyermek egészségével kapcsolatos kérdések megválaszolása, a problémákban való segítségnyújtás kiemelt jelentőségű. A 6. táblázat alapján láthatóvá vált, hogy az óvodáskorú gyermeket nevelő szülők nagy többsége a gyermekorvoshoz fordulhat. Kérdés azonban, hogy vajon mennyire hatékony a köztük áramló kommunikáció. A 7. táblázat foglalja össze, hogy az egészségügyi ellátó-rendszer különböző szereplőivel való interakció során milyen mértékben jelent problémát az egészségügyi információk megértése, illetve a gyermek egészségével kapcsolatos kérdések kommunikálása a szakemberek felé. A válaszadók 7%-a (n=11, n=12) jelezte, hogy gyakran vagy mindig problémát jelent nekik az, hogy megértsék az orvos utasításait (n=11), amit az orvos a gyógyszer szedéséről mond (n=12), valamint amit a védőnő mond (n=11). 6%-uknak (n=10) nehéz megérteni, amit a patikában a gyógyszeréről mondanak, 8%-uknak pedig azt, amit a gyógyszer leírásában olvasnak. A kitöltők 3%-a (n=5) azt vallotta, hogy gyakran előfordul az, hogy a gyermekorvos nem érti meg, amit mond és mindössze 1%-uk (n=1) jelezte, hogy a védőnő nem érti meg, amit szeretne mondani. A táblázatban jól látható, hogy a szülők és az egészségügyi ellátórendszer (gyermekorvos, védőnő, gyógyszerész) között a kommunikáció általában megfelelő és hatékony.

		Gyakran/Mindig		Ritkán/Soha	
		fő	%	fő	%
Milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy nem pontosan érti gyermekével kapcsolatban:	az orvos utasításait	11	7%	150	93%
	amit az orvos a gyógyszer szedéséről mond	12	7%	149	93%
	amit a patikában a gyógyszeréről mondanak	10	6%	151	94%
	amit a védőnő mond	11	7%	150	93%
	amit a gyógyszer leírásában olvas	13	8%	148	92%
	a gyermekorvos nem érti meg rögtön, amit Ön mond	5	3%	156	97%

És milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy...	a védőnő nem érti meg rögtön, amit Ön mond	1	1%	160	99%
---	--	---	----	-----	-----

7. táblázat: Egészségügyi információk megértése (n=161)

A szülői egészségműveltség megragadható a különböző gyermekegészségügyi kérdésekkel kapcsolatos ismereteken keresztül. A 8. táblázat szemlélteti, hogy a válaszadó szerint mennyire járulnak hozzá a táblázatban ismertetett tényezők egy csecsemő védelméhez, a különböző betegségek megelőzéséhez. Válaszukat egy 1-5-ig terjedő likert-skálán jelölték a szülők. Az 1-es az „egyáltalán nem járul hozzá” választ jelöli, míg az 5-ös a „teljes mértékben hozzájárul” választ jelentette. Az ajánlott védőoltás a válaszadók 86%-a (n=138) szerint teljes mértékben hozzájárul a csecsemő védelméhez. Az anyatejes táplálás 87% (n=140) szerint erőteljesen hozzájárul a csecsemő védelméhez, ők a 4-es, illetve az 5-ös skálaértéket jelölték. A D-vitamint szinte az összes kitöltő, mintegy 94% (n=152) 4-5-ös fontosságúra értékelte. A köldökzsinórvér-levételnél megoszlottak a vélemények. A résztvevők 32%-a (n=52) jelölte a 4-es, illetve az 5-ös skálaértéket. A kötelező védőoltást a válaszadók, 92% (n=148) tartotta inkább fontosnak. A homeopátiás kivezetés védőoltásoknál kérdésnél szintén megoszlanak a vélemények. Mindössze 22% (n=36) tartotta fontosnak. Az ajánlott védőoltással kapcsolatos kérdés vonatkozásában a válaszadók 86%-a gondolta azt, hogy nagymértékben hozzájárul a gyermek védelméhez. Úgy vélem, ez is felhívja a figyelmet arra, hogy a szülők egy része hajlamos a védőoltások jelentőségét megkérdőjelezni. A D-vitamint profilaktikusan adjuk a csecsemőknek már újszülött kortól. Valószínűleg ezért is kapcsolják össze a szülők a D-vitamin adagolását a betegségek megelőzésével. Bár kétséggkívül jelentős szerepet tölt be a rachitis megelőzésében, illetve az immunrendszert megerősítésében, az anyatejes táplálás sokkal erőteljesebben hozzájárul a gyermek egészségének a megőrzéséhez, amit kevésbé érzékelték a válaszadók.

	1-es: egyáltalán nem járul hozzá; 5-ös: teljes mértékben hozzájárul.							
	4; 5		3		1; 2		nem tudom	
	fő	%	fő	%	fő	%	fő	%
Ajánlott védőoltás	138	86%	13	8%	8	5%	2	1%
Anyatejes táplálás	140	87%	12	7%	5	3%	4	2%
D-vitamin	152	94%	4	2%	2	1%	3	2%
Köldökzsinórvér-levétel	52	32%	31	19%	45	28%	33	20%
Kötelező védőoltás	148	92%	5	3%	2	1%	6	4%
Homeopátiás kivezetés védőoltásoknál	36	22%	25	16%	64	40%	36	22%

8. táblázat: A szülők ismeretei gyermekegészségügyi kérdések kapcsán (n=161)

Az egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos ismeretek mellett választ kerestem arra a kérdésre, vajon milyen magatartást tanúsít a szülő gyermeke betegsége esetén, illetve tud-e döntéseket hozni az adott betegséggel kapcsolatban. A 9. táblázat a kérdés kapcsán született eredményeket mutatja. A válaszadók több, mint a fele, vagyis 63%-a (n=102) azt nyilatkozta, hogy gyakran vagy mindig mindent elolvas az aktuális betegséggel kapcsolatban. Magas a száma azoknak: 93% (n=149), akik gyakran vagy mindig el tudják dönteni, hogy súlyos-e az adott betegség. Szinte az összes válaszadó: 99% (n=159) el tudja dönteni, hogy felhívja-e telefonon az orvost. 71%-uk (n=115) azt vallotta, hogy jól ismeri a gyermekgyógyszereket. 76%-uk (n=122) pedig azt a választ adta, hogy gyakran vagy mindig kapnak választ a kérdéseikre.

	Gyakran/Mindig		Ritkán/Soha	
	fő	%	fő	%
mindent elolvasok	102	63%	59	37%
el tudom dönteni, hogy az adott betegség súlyos-e	149	93%	12	7%
el tudom dönteni, hogy felhívjam-e telefonon az orvost	159	99%	2	1%
jól ismerem a gyermekgyógyszereket	115	71%	46	29%
a tanácsadón minden kérdésemre választ kapok	122	76%	39	24%

9. táblázat: A gyermek aktuális betegségével kapcsolatos jellemzők gyakorisága (n=161)

A gyermek egészségét érintő kérdésekkel kapcsolatos ismeretek

A szülői egészségműveltség-kérdőív több olyan kérdéscsoportot tartalmaz, melyek azt mérik, hogy a szülők a gyermek egészségét érintő kérdések terén mennyire tájékozottak. Ezek a kérdéscsoportok a következők (1. számú Melléklet):

- A kézmosás szerepe egyes betegségek megelőzésében
- Fertőző, és nem fertőző betegségek elkülönítése
- Táplálás, folyadékpótlás hányással, hasmenéssel járó betegség esetén
- Antibiotikum-terápia indikáció, alapelvek
- Védőoltások

Mindegyik kérdéscsoport több állítást tartalmazott, melyekről a válaszadónak el kellett döntenie, hogy azok igazak-e, vagy sem. Bizonytalanság esetén volt lehetőség a „nem tudom” válaszlehetőség jelölésére is. Első lépésben a válaszokat értékeltem, mégpedig oly módon, hogy helyes válasz esetén '1' pontot, helytelen válasz, illetve a „nem tudom” válaszlehetőség jelölése esetén '0' pontot adtam az adott kérdésre.

Az alábbi táblázat azt szemlélteti, hogy a válaszadók véleménye szerint lehet-e egy alapos kézmosással hatékonyan védekezni a felsorolt betegségekkel szemben. A legmagasabb arányban a szülők 91%-a (n=146) a vírusos hányás-hasmenés, valamint 89%-a (n=144) a fehérvérűség/leukémia vonatkozásában adott jó választ. A legnagyobb mértékű ismerethiány, illetve bizonytalanság a B-vírus okozta fertőző májgyulladással kapcsolatos ismeretük esetén mutatkozott meg. Itt a szülők 42%-a (n=67) adott helyes választ.

		Jó választ adott		Rossz/nem tudom választ adott	
		fő	%	fő	%
Ön szerint a táblázatban felsoroltak közül melyek azok a betegségek, amelyekkel szemben egy alapos kézmosással hatékonyan lehet védekezni?	Vírusos hányás-hasmenés	146	91%	15	9%
	Fehérvérűség/leukémia	144	89%	17	11%
	Fertőző gyomorrontás	126	78%	35	22%
	B-vírus okozta fertőző májgyulladás	67	42%	94	58%

10. táblázat: Kézmosás szerepe bizonyos betegségek megelőzésében

A 11. táblázat ismerteti, hogyan vélekedtek a szülők a kérdőívben felsorolt betegségekről, fertőzőnek gondolták-e az adott betegséget vagy sem. A válaszadók a vérszegénység kapcsán adták a legmagasabb arányban (n=159; 99%) a szakmailag megfelelő választ. A tetű és a kötőhártya gyulladás veszélyével is tisztában voltak a szülők, mind a két kérdésre 98%-uk helyesen válaszolt. A legnagyobb bizonytalanságot a vesemedence-gyulladás kérdése okozta, a válaszadók 77%-a (n=124) adott jó választ.

		Jó választ adott		Rossz /nem tudom választ adott	
		fő	%	fő	%
A szomszéd gyerek beteg. Gyermeke mégis szeretne vele játszani. Melyik betegség esetén szabad együtt játszaniuk, hiszen NEM FOGJA MEGFERTŐZNI a gyermekét?	Nátha	136	84%	25	16%
	Tetű	157	98%	4	2%
	vesemedence-gyulladás	124	77%	37	23%
	Vérszegénység	159	99%	2	1%
	Kötőhártya gyulladás	158	98%	3	2%

11. táblázat: Szülői ismeretek fertőző betegségekkel kapcsolatban

A 12. táblázat foglalja össze a hányást követő folyadékpótlással kapcsolatos szülői válaszokat. A szülők véleménye legjobban a meleg kakaó és a meleg tej válaszlehetőségnél egyezett meg. A meleg kakaó kérdésnél a válaszadók 99%-a (n=159), a meleg tejnél pedig 98%-a (n=158) válaszolta helyesen, hogy ezek nem alkalmasak a hányást követő folyadékpótlásra. Legjobban a hideg tea kérdésénél oszlott meg a szülők véleménye, 60%-uk (n=96) válaszolt helyesen a kérdésre.

		Jó választ adott		Rossz/nem tudom választ adott	
		fő	%	fő	%
Ön melyik innivalót adná gyermekének hányás után elsőre?	Probiotikum	104	65%	57	35%
	Rostos narancslé	144	89%	17	11%
	Víz	153	95%	8	5%
	Kóla	114	71%	47	29%
	Szőlőlé	143	89%	18	11%
	Hideg tea	96	60%	65	40%
	Meleg tej	158	98%	3	2%
	Kakaó	159	99%	2	1%

12. táblázat: Szülői vélemények a hányás utáni innivalókkal alkalmazásával kapcsolatban

A következő kérdés a hasmenés utáni étkezésre vonatkozott. A válaszadók 99%-a (n=160) válaszolta helyesen a száraz kekszet, valamint a főtt krumplit 98%-a (n=158) a hasmenéssel járó betegségek diétás kezelésére. A legnagyobb bizonytalanságot az étcsokoládé kérdése okozta, csupán 35%-uk (n=56) adott jó választ.

		Jó választ adott		Rossz/nem tudom választ adott	
		fő	%	fő	%
Gyermekeinek hasmenése van, 3-4 alkalommal volt már híg széklete. Kérem, jelölje a táblázatban, hogy az alábbi ennivalók közül	Szőlő	137	85%	24	15%
	Alma	94	58%	67	42%
	Banán	126	78%	35	22%
	Száraz keksz	160	99%	1	1%
	Főtt krumpli	158	98%	3	2%

melyikeket szabad ennie?	Hamburger	152	94%	9	6%
	Rizs	141	88%	20	12%
	Étcsokoládé	56	35%	105	65%
	Lecsó	151	94%	10	6%

13. táblázat: Szülői vélemények a hasmenés utáni étkezéssel kapcsolatban

Az alábbi táblázat azt szemlélteti, hogy az antibiotikummal kapcsolatos kérdésnél a szülők hogyan vélekedtek az egyes válaszlehetőségekről. A legtöbb helyes válasz (94%) a „*lázás betegsége minden esetben antibiotikum kell*” válasznál figyelhető meg. A legalacsonyabb arányban „*az antibiotikumok vírusfertőzésre nem hatásosak*”, állítás esetén jelöltek helyes választ a megkérdezett szülők (81%; n=130).

		Jó választ adott		Rossz/nem tudom választ adott	
		fő	%	fő	%
Ön szerint az alábbi, antibiotikum használatával kapcsolatos kijelentések közül melyek IGAZak?	Lázás betegsége minden esetben antibiotikum kell	152	94%	9	6%
	A torokgyulladást mindig baktérium okozza	137	85%	24	15%
	Az antibiotikumok vírusfertőzésre nem hatásosak	130	81%	31	19%
	Az antibiotikumot elég a tünetek megszűntéig szedni	149	93%	12	7%

14. táblázat: Szülői ismeretek antibiotikum alkalmazásával kapcsolatban

A 15. táblázatban a kötelező védőoltásokkal kapcsolatos kérdés eredményeit szemléltetem. A legtöbb jó válasz a TBC/tüdővész kérdésre érkezett, a válaszadók 94%-a (n=151) adott helyes választ. A legnagyobb bizonytalanság a vörheny/skarlát védőoltása okozta, a kitöltők 36%-a (n=58) tudta helyesen, hogy ez ellen a betegség ellen jelenleg nem áll rendelkezésre védőoltás.

		Jó választ adott		Rossz/nem tudom választ adott	
		fő	%	fő	%
Ön szerint melyek azok a betegségek, amelyek ellen minden gyerek KÖTELEZŐEN KAP védőoltást?	TBC/tüdővész	151	94%	10	6%
	Vörheny/skarlát	58	36%	103	64%
	Gyermekebénulás	144	90%	17	10%
	Torokgyík/diftéria	144	90%	17	10%
	Szamárköhögés	118	73%	43	27%
	Malária	142	88%	19	12%
	Kanyaró	129	80%	32	20%
	Lyme-kór	141	88%	20	12%
	Tetanusz	76	47%	85	53%

15. táblázat: Szülői ismeretek a kötelező oltásokkal kapcsolatban

Az egyes kérdéscsoportokra adott válaszok megismerését követően összeadtam a pontszámokat és a továbbiakban az így kapott pontszámmal végeztem el a statisztikai elemzést. Összesen 39 állítás pontszámait adtam össze, így a maximálisan elérhető pontszám 39 volt. A válaszadók átlagosan 31,88 pontot értek el (SD: 2,93). Az összesített egészségműveltség-indexszel való kapcsolat elemzése nem igazolt szignifikáns összefüggést a két változó között ($r=0,04$; $p<0,05$), mely arra utal, hogy a szubjektív egészségműveltség nem feltétlenül tükröződik az egészségügyi ismeretek szintjében, melyet sok kutató a funkcionális egészségműveltség kifejezéssel illet.

Az egészségműveltség differenciáló tényezői, összefüggésvizsgálatok

A továbbiakban az egészségműveltséget, mint függő változót vontam be az elemzésbe, s azt vizsgáltam, vajon melyek azok a változók, amelyek befolyásolják a szubjektív egészségműveltséget, illetve az egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos ismeretek szintjét. Vizsgáltam továbbá, hogy a szubjektív egészségműveltség milyen összefüggést mutat a szülői egészségműveltség kérdőív egyes kérdéseire adott válaszokkal, mely összefüggés vizsgálatára Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztam. Az 10. táblázat alapján kijelenthető, hogy mindegyik vizsgált változó szignifikáns összefüggést mutat az összesített egészségműveltség-indexszel. A szülő és a szakember közötti kommunikációra vonatkozó állítások vonatkozásában minden esetben negatív irányú közepes szorosságú (kivéve a „gyerekorvos nem érti meg rögtön, amit Ön mond” állítást, ahol az összefüggés nem bizonyult annyira szorosnak),

szignifikáns kapcsolat igazolható, ami azt jelenti, hogy minél magasabb a szülői egészségműveltség index, annál kevésbé jellemző, hogy nem értik meg egymást a kommunikáló felek. A lázzal kapcsolatos pozitív irányú kapcsolat pedig arra utal, hogy minél magasabb a szülő egészségműveltség-indexe, annál biztosabb a lázat érintő teendőkkel kapcsolatban.

		Összesített egészségműveltség-index (korrelációs együttható)	p érték
Milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy nem pontosan érti gyermekével kapcsolatban:	az orvos utasításait	-0,37**	<0,001
	amit az orvos a gyógyszer szedéséről mond	-,332**	
	amit a patikában a gyógyszerről mondanak	-,302**	
	amit a védőnő mond	-,363**	
	amit a gyógyszer leírásában olvas	-,375**	
És milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy...	a gyerekorvos nem érti meg rögtön, amit Ön mond	-,258**	0,001
	a védőnő nem érti meg rögtön, amit Ön mond	-,307**	<0,001
Ha gyermeke lázas, mennyire magabiztos abban, hogy mit kell tennie?		,326	<0,001

**16. táblázat: A HLS-EU Q16 és a szülői egészségértés egyes dimenzióinak
összefüggései (n=159)**

Hipotéziseim igazolása során a szülők legmagasabb iskolai végzettségét, a családban nevelkedő gyermekek számát, illetve a családban nevelkedő gondozásra szoruló krónikus beteg gyermeket, mint független változókat vontam be az elemzésbe. Mivel a vizsgálatba bevont változók ordinális mérési szintű változók, illetve normál eloszlást nem mutató, ordinális mérési szintű változókból képzett folytonos változók, nem-paraméteres statisztikai próbákat alkalmaztam. Két független csoport összehasonlítására Mann-Whitney próbát, több csoport összehasonlítása esetén Kruskal-Wallis tesztet használtam.

A családban nevelkedő gyermekek száma, valamint a szülők legmagasabb iskolai végzettsége nem befolyásolja a szubjektív egészségműveltséget ($p=0,82$; $p=0,51$) és az egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos ($p=0,37$; $p=0,19$) ismereteket mely összefüggéseket Kruskal-Wallis tesztel igazoltam.

16 családban nevelnek krónikus beteg gyermeket, mely feltételezésem szerint befolyásolja a szülői egészségműveltség, valamint az egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos ismeretek szintjét az egészségügyi ellátórendszerrel való folyamatos kapcsolattartás, illetve a gyermek

betegségével kapcsolatos többletinformáció miatt. Hipotézisem igazolásához nem paraméteres statisztikai próbát, Mann-Whitney U tesztet alkalmaztam. Első lépésben az összesített egészségműveltség-indexet, majd az egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos ismeretek szintjét vontam be az elemzésbe, függő változókként. A statisztikai próba eredménye nem igazolt szignifikáns különbséget a két csoport között, tehát a krónikus beteg gyermeket nevelő szülők egészségműveltsége nem bizonyult szignifikánsan magasabbnak ($Z=-1,35$; $p=0,17$), s ugyanígy nem bizonyult magasabbnak az egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos ismeretük szintje sem ($Z=-0,22$; $p=0,82$). Második lépésben megvizsgáltam, vajon a krónikus beteg gyermeket nevelő szülők és az egészségügyi ellátórendszer szereplői (gyermekorvos, védőnő, gyógyszerész) közötti információáramlás hatékonyabbnak bizonyul-e a szülő megítélése alapján a krónikus betegek gyermeket nevelő családokban. A statisztikai teszt egyik vizsgált kérdés kapcsán sem igazolt szignifikáns különbséget, tehát önmagában a beteg gyermek ellátása, gondozása nem járul hozzá jelentős mértékben ahhoz, hogy a szülő könnyebben értelmezze a gyermek betegségével kapcsolatos információt akár az orvostól, akár a védőnőtől származik az (11. táblázat).

		Krónikus beteg gyermek a családban	
		Z	p érték*
Milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy nem pontosan érti gyermekével kapcsolatban:	az orvos utasításait	-,440	,660
	amit az orvos a gyógyszer szedéséről mond	-1,207	,227
	amit a patikában a gyógyszeréről mondanak	-,967	,334
	amit a védőnő mond	-,346	,729
	amit a gyógyszer leírásában olvas	-,371	,711
És milyen gyakran fordul elő Önnel, hogy...	a gyermekorvos nem érti meg rögtön, amit Ön mond	-,587	,557
	a védőnő nem érti meg rögtön, amit Ön mond	-,223	,824

* Mann-Whitney U-teszt

17. táblázat: Krónikus betegség és az egészségügyi információ értelmezésének összefüggései (n=161)

Nyitott kérdés formájában kérdeztem meg a szülőktől, hogy mit gondolnak, mely életkortól ajánlott fogat mosni. A kérdésre számtalan válasz érkezett. Ezeket kategorizáltam és a válaszok alapján négy csoportot különítettem el. Az egyik csoportba azok a válaszok kerültek, amelyek életkorhoz kötötték a fogmosást. Többen már újszülött kortól mosnák gyermekük fogát, voltak, akik a csecsemőkort jelölték meg, mely meglehetősen tág, s többen a két éves életkort nevezték meg a fogmosás kezdetéül. A következő csoportba azokat a válaszokat soroltam, amelyek az

első fogak megjelenésétől tartják szükségesnek a fogmosást. A harmadik csoportba azok a válaszok kerültek, amelyek szerint a hozzátáplálás megkezdésekor ajánlott a fogmosást elkezdni, míg a negyedik csoport szerint ez a gyermek egyéni érésétől függ. A validált kérdőívek eredményei, a vonatkozó szakirodalmak és a szakemberek is egyetértenek abban, hogy az első tejfogak megjelenésétől ajánlott megkezdni a fogmosást, hogy a gyermek alakuló szokásrendszerébe be tudjon ágyazódni. A válaszadók több, mint a fele, 57,7% (n=93) véli úgy, hogy az első fogak megjelenésétől szükséges a fogmosást megkezdni. 34,1%-uk (n=55) életkorhoz, míg 2,4%-uk (n=4) a hozzátápláláshoz és 2,4%-uk (n=4) az egyéni éréshez köti. A válaszadók 3,1%-a pedig a „nem tudom” választ adta.

A kérdőív utolsó kérdése szintén egy nyitott kérdés volt, melyben arra kértem a válaszadókat, fogalmazza meg, a kérdőív kitöltése kapcsán felmerült-e bennük esetleg olyan ötlet, gondolat, javaslat, hogy milyen módon lehetne a szülőket segíteni egészségügyi kérdésekkel kapcsolatos ismereteik bővítése készségeik fejlesztése terén. A következő válaszok érkeztek: többen azt a választ adták, hogy orvosok honlapjáról szívesen tájékozódna, mivel a legtöbben az internetet használják információkeresésre. Volt olyan válaszadó, aki egy orvosok támogatta mobilapplikációnak örülne, míg valaki azt írta, hogy orvosoktól és védőnőktől kapott részletes leírás a különböző problémákról, hasznos lenne számukra (pl. hogyan kell lázat csillapítani stb.). A válaszadók között volt, aki már részt vett valamilyen hasznos programon. Ilyen például a „Séta az orvossal” program, mentőállomásokon tartott gyermekekről szóló elsősegélynyújtás tanfolyam, egészségügyi prevenciós ismereteket közvetítő interaktív előadás. Volt, aki azt válaszolta, hogy örülne, ha elérhető lenne például egy csecsemőgondozásról szóló tanfolyam, vagy a várandósság ideje alatti felkészítő tanfolyam. Valaki abban látja a hibát, hogy sok szülő nem fogadja el a szakemberek véleményét, de volt olyan, aki azt írta, hogy akik gyermekekkel foglalkoznak, azoktól is hasznos lenne tanácsot kérni, mert nekik van összehasonlítási alapjuk és tapasztalatuk a gyerekekkel. A válaszok között volt olyan is, aki támogatná, ha az óvodákba szakembereket hívnának, akik előadásokat tartanának a szülőknek, valaki pedig szívesen nézne tájékoztató műsorokat az orvostudomány legfrissebb eredményeiről. A válaszokból láthatjuk, hogy mi az, amit a szülők hiányolnak és mi az, ami a segítségükre lenne. Véleményem szerint a válaszok közül több is megvalósítható lenne, mely lehetőséget adna a szülőknek ismereteik bővítésére, segítene a magabiztosságuk fejlesztésében és előre mozdíthatná a szülői egyézségműveltséget is.

6. Az óvodapedagógus és az óvoda szerepe a szülői egészségműveltség alakításában – javaslatok az óvodai nevelés számára

Az óvodai nevelés elsősorban a gyermekre hat, ugyanakkor a gyermekén keresztül a szülőkre is hatást gyakorol. Ahhoz, hogy a szülői egészségműveltség alakítását segíteni tudjuk, az óvodapedagógusnak is megfelelő ismeretekkel kell rendelkeznie az egészséggel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos kérdések terén, valamint az óvodának biztosítania kell olyan programokat, mellyel támogatni tudjuk a szülőket.

Óvodánk Kaposváron elsőként csatlakozott „Az egészségesebb óvodák nemzeti hálózatához”. Tornaszobánk létrejöttével egy időben az egészségvédelemmel és az intenzív mozgásfejlesztéssel kezdtünk el foglalkozni. 1998-ban csatlakoztunk a Magyar Gerincgyógyászati Társaság Tartáskorrekciós programjához. Az óvoda 40. évfordulója alkalmából a városban elsőként sósobát alakítottunk ki. Kiemelten fontos számunkra a gyermekek egészségének védelme, edzése és megóvása. Ennek érdekében az egészségvédő programjainkba a családokat is bevonjuk.

Óvodánkba rendszeresen hívunk meg szakembereket, akik a szülőknél előadást tartanak. A meghívott szakemberek között szerepelt már háziorvos, ortopéd szakorvos, gyógyszerész, gyógytornász, védőnő, fogorvos.

Hogyan segítheti az óvoda a szülőket abban, hogy tudásukat és ismereteiket bővítsék? Egy-egy szülői értekezlet vagy fogadóóra is kapcsolódhat az egészség témaköréhez. Meg lehet hívni szakembereket, védőnőket, dietetikusokat vagy mentőtiszteket, akik a saját szakterületükhöz kapcsolódóan tartanak interaktív előadást, foglalkozást. Véleményem szerint kiemelt jelentőségűek ezek az előadások, ugyanis nagyon sok szülő az interneten tájékozódik anélkül, hogy megszűrné az olvasottakat, melynek eredményeként sok esetben téves információhoz jutnak. Egy kérdés kapcsán az internet számtalan választ kínál, így a szakemberek által vezetett előadások, foglalkozások hozzásegíthetik a szülőket a hiteles információhoz.

Az óvodákban egy egészségprojekt megszervezése is rendkívül hasznos a gyermekeknek és a szülőknél egyaránt. A projekt keretén belül a pedagógusok a gyermekekkel együtt látogatást szervezhetnek gyógyszertárba, háziorvosi rendelőbe, hogy a gyermekek megismerhessék a különböző szakemberek munkáját és új információk birtokába juthassanak. A csoportba a

gyermekekhez is lehet szakembereket hívni, akik játékos foglalkozás keretében nyújtanak hasznos ismereteket. Természetesen a szülők is bevonhatók a projektbe, akár egy délutáni közös teázás, sportnap vagy vitaminnap keretén belül, ahol a gyermekek a szüleikkel és a pedagógusokkal közösen gyümölcssalátát készíthetnek. Akár egy relaxáció, jóga, prevenciós lábtorna is megvalósítható a projekt keretén belül a gyermekeknek. Óvodánkban az egészségprojekt egy kiemelt program, ami általában két hetet ölel át. A gyerekekkel a testi- és a lelki egészség témakörét egyaránt feldolgozzuk.

Fő feladatunknak érezzük a gyerekek szokásalakítását, egészségfejlesztését, mely által a gyermekek egészségműveltségét is tudjuk alakítani, ami visszahat a család egészségműveltségére is.

7. Összegzés

A felnövekvő generációk egészségének, egészségmagatartásának megalapozásában a szülői egészségműveltség kiemelt jelentőségű. A gyermekek életkorukból adódóan ki vannak szolgáltatva az őket nevelő, gondozó felnőttnek, így nem mellékes, hogy a felnőtt milyen ismeretekkel rendelkezik az egyes egészségügyi kérdések vonatkozásában, illetve az sem mellékes, mennyire magabiztos a gyermekbetegségekkel kapcsolatos teendőkkel kapcsolatban. Az óvodáskorú gyermek immunrendszere még éretlen, viszonylag sokféle kórokozóval találkozhat, mely különböző betegséget eredményezhet. Megfelelő ismeretek, készségek birtokában a szülő hatékonyabban tudja segíteni a gyermek mielőbbi gyógyulását. A szülői egészségműveltség megfelelő szintje nem csupán a betegségek megelőzése, illetve a betegségekből való gyógyulás szempontjából kiemelt jelentőségű, hanem abból a szempontból is, hogy nem mindegy, a szülő milyen egészségfejlesztési kompetenciával rendelkezik. Az óvodáskorú gyermekek mindenre fogékonyak. Az egészséghez való viszonyulás megalapozása, az egészségtámogató szokások kialakítása ebben az életkorban történik, ezért a szülők által közvetített értékek meghatározóak.

Kérdőíves vizsgálatomban óvodáskorú gyermeket nevelő szülők egészségműveltségét vizsgáltam. Eredményeim azt mutatják, hogy a szülői egészségműveltséget nem feltétlenül befolyásolja a szülő legmagasabb iskolai végzettsége, a családban nevelkedő gyermekek száma, valamint az a tény sem, hogy nevelnek-e gondozásra szoruló, krónikus beteg gyermeket. Úgy vélem, az ilyen életkorú gyermeket nevelő szülők folyamatosan kapcsolatban vannak az egészségügyi ellátórendszerrel, tájékozódnak a gyermeket érintő problémák, betegségek felől,

melynek köszönhetően egészségműveltségük szintje viszonylag magas, s mindenképpen az országos átlag felett van. Korábbi vizsgálatokkal összevetve lényegesen kedvezőbb eredmények születtek, melynek oka többek között az, hogy a kérdőívet kitöltő szülők nagy része a városban magasabb presztízsű óvodájába járattja gyermekét, ahova több orvos- és az egészségügyben dolgozó szülő gyermeke jár, akik foglalkozásukból adódóan több ismerettel rendelkeznek a témával kapcsolatban, valamint az óvodánkba rendszeresen meghívott szakemberek előadásai is bővítik a szülők ismereteit.

A nyitott kérdésre adott szülői visszajelzésekből arra a következtetésre jutottam, hogy az általam használt kérdőív nem volt minden tekintetben alkalmas a szülői egészségműveltség mérésére. Néhány kérdésnél hiányzott a szakmailag pontos válaszlehetőség, bizonyos kérdések pedig olyan információkra kérdeztek rá, amelyekre a megfelelő válaszadás nem biztos, hogy egy óvodáskorú gyermeket nevelő szülőtől elvárható. Szükséges lenne éppen ezért egy olyan, a szülői egészségműveltséget vizsgáló mérőeszköz kidolgozása, mely mind az egészségtudományi, mind pedig a pedagógiai praxisban megbízhatóan használható. A szülői kérdőív segítségével megismerhető a szülők egészségműveltsége, ami kijelölheti a beavatkozás irányait. Ez az óvodapedagógusok munkáját is támogatja, mivel rálátást ad arra, hogy mely területeken kellene segítenünk, támogatnunk még jobban a szülőket.

8. Felhasznált irodalom

1. Balázs, P. (2008). Népegészségtan. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
2. Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Deutsch, K., Derzsi-Horváth, M., Bánfai, B., Fináncz, J., Podráczky, J. & Csima, M. (2022). Health Literacy in Early Childhood: A Systematic Review of Empirical Studies, *Children*, 9(1131)
3. Barabás, K. (2006). *Egészségfejlesztés - Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyviadó Rt. Budapest
4. Bene, É. (2017). *Védd magad! – Amit az egészségről és betegségről mindenkinek tudni kell*. Kairosz Kiadó Budapest
5. Benkő, Zs. (2009). *Egészségfejlesztés módszertani kézikönyv*. Mozaik Kiadó Szeged
6. Benkő, Zs., Tarkó, K. (2005). *Iskolai egészségfejlesztés – Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged
7. Comparative report on health literacy in eight eu member states (second extended and revised version) (2012)
8. Darvay, S., Nagy, M., Tóthová Tarová, E., Szencziová, I., Balázs, P. (2020). *Az egészségműveltség támogatása tanulási eredményekre koncentráló szemlélettel*. In. Németh A., Orsovics Y., Csehiová, A., Tóth-Bakos, A. (szerk.): A J. Selye Egyetem 12. nemzetközi konferenciája. *Pedagógiai szakaszok. A konferencia jegyzőkönyvei*, Selye J. Egyetem, Komárom, 173-181.
9. Elekes, A. (2006). *Egészségpedagógia*. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
10. Emiral, G. Ö., Aygar, H., Atalay, B., Balci S., Dağtekin, G., Arslantas, D. & Ünsal, A. (2018). Health literacy scale-European union-Q16: a validity and reliability study in Turkey. *International Research Journal of Medical Sciences*. 6(1)
11. Emmerton L., Chaw X.Y., Kelly F., Kairuz T., Marriott J., Wheeler A. & Moles R. (2014). Management of children's fever by parents and caregivers: Practical measurement of functional health literacy. *J. Child Health Care*, 18(302–313)
12. Fináncz, J., Podráczky, J., Nyitrai, Á. & Csima, M. (2021). Az egészségműveltség vizsgálatának megalapozása a koregyermekekori nevelésben dolgozók körében *Új Pedagógiai Szemle* 71(11-12), 19-38.

13. Gács, K. Zs., Berend, K., Csanádi, G. & Csizmady, A. (2015). Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére *Orvosi Hetilap*, 156(42), 715-718.
14. Gács, K. Zs., Kun E. & Koltai, A. J. (2019) Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok *Egészségfejlesztés* 2019, 60(5),122-134.
15. Gibbs H.D., Kennett A.R., Kerling E.H., Yu Q., Gajewski B, Ptomey L.T. & Sullivan D.K. (2016). Assessing the Nutrition Literacy of Parents and Its Relationship with Child Diet Quality. *J. Nutr. Educ. Behav.*, 48(505–509)
16. Gritz-Győri, Zs. (2018). *Egészségfejlesztés*. Műszaki Könyvkiadó Kft. Piliscsév
17. Hidvégi, P., Kopkáné, P. J., Müller, A. (2015). *Az egészséges életmód*. Eszterházy Károly Főiskola Sporttudományi Intézet, Eger
18. Institute of Medicine (2004): *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington DC: The National Academies
19. Kalmár, S. (2017). *A nevelés szerepe az egészségmagatartás kialakításában és az önpusztító magatartás megelőzésében*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest
20. Koltai, J. A., Kun, E. (2016). A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban *Egészségfejlesztés*, 57(3), 3-20.
21. Krajnović D., Ubavić S. & Bogavac-Stanojević N. (2019). Pharmacotherapy Literacy and Parental Practice in Use of Over-the-Counter Pediatric Medicines. *Medicina*, 26(80)
22. Nagy, L., Barabás, K. *Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei*. In: Csapó, B., Zsolnai, A. (szerk.) (2011). Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 173–224.
23. Nagy, L. (2019). *A neveléstudomány és az egészségfejlesztés kapcsolata*. In: Feith, Helga Judit; Falus, András (szerk.) *Egészségfejlesztés és nevelés*. Akadémiai Kiadó, 52-59.
24. Naidoo, J., Wills, J. (1999). *Egészségmegőrzés – Gyakorlati alapok*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
25. Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary, World Health Organization*. Geneva
26. Ottawai Charta (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.
27. Papp-Zipernovszky, O., Náfrádi, L., Schulz, P.J. & Csabai, M. (2016). „Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 157(23), 905-915.

28. Sorensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, S. & Brand H. (2012) Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1)
29. Tompa, A. (2007). *Sérült világunk egészsége*. Semmelweis Kiadó, Budapest
30. Tompa, A. (2008). *Népegészségtani ismeretek*. Semmelweis Kiadó, Budapest
31. Varsányi, P., Vitrai, J., (2017). (szerk.) *Egészségjelentés*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2017
32. WHO (1948). *First World Health Assembly*. Geneva.
33. WHO (1998). *Life in the 21st century: a vision for all*.
34. WHO (2001). *Mental health: new understanding, new hope*
35. 46/2003. (IV.16.) OGY határozat a Nemzeti Népegészségügyi Programról, Egészséges Ifjúság fejezet
36. 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az Óvodai nevelés országos alapprogramjáról III. Az óvodai nevelés általános feladatai