

Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar
Egészségtudományi Doktori Iskola

Doktori Iskola vezető:

Prof. Dr. Bódis József, Ph.D., D.Sc.

Programvezető:

Prof. Dr. Kovács L. Gábor, Ph.D., D.Sc.

1. program (PR-1)

Egészségtudomány határterületei

Témavezető:

Prof. Dr. Betlehem József, Ph.D.

E-27

A sürgősségi ellátás speciális helyzetei

**Az egészségértés szerepe kritikus helyzetekben -
Az egyén megfelelő szerepének megtalálása a döntéshozatalban a hozzá
legközelebb eső szinten**

Doktori (Ph.D.) értekezés

Bánfai-Csonka Henrietta



Pécs, 2023

Tartalomjegyzék

1 Bevezetés	8
1.1 Problémafelvetés	8
1.2 A vizsgálat célja	10
1.3 Hipotézisek	11
2 Szakirodalmi áttekintés	13
2.1 Az egészségértésről általánosságban	13
2.2 Az egészségértés bemutatása, értelmezése	13
2.2.1 Az egészségértés kifejezés értelmezése	13
2.2.2 Az egészségértés fogalma és dimenziói	14
2.2.3 Digitális egészségértés	19
2.3 Az egészségértés felmérésére alkalmas mérőeszközök bemutatása	20
2.4 Az egészségértési szint hazai és nemzetközi vonatkozásban történő bemutatása, valamint az egészségértést befolyásoló tényezők vizsgálata	22
2.4.1 Szociökonomiai adatok, mint befolyásoló tényezők	24
2.4.1.1 Egészségértés és a bevándorlás kérdésköre	27
2.4.2 Alacsony egészségértési szint hatásai az egészségre és az egészségügyi rendszerre	27
2.4.2.1 Alacsony egészségértési szint és az ellátórendszer kapcsolata	28
2.4.2.2 Egészségügyi rendszer elérése, szolgáltatások igénybevétele az egészségértés viszonylatában	29
2.4.2.3 Az egészségértés egészségi állapotra, betegségekre gyakorolt hatása	30
2.5 Kritikus helyzetek az egészségügyben	31
2.5.1 Egészségügyi kritikus állapotok felmérése és értékelése az egyén szintjén (sürgősségi ellátást igénylő kórképek és az egészségértés kapcsolata)	32
2.5.1.1 Sürgősségi betegellátás és egészségértés kapcsolata	32
2.5.2 Egészségügyi kritikus állapotok felmérése és értékelése a társadalom szintjén (természeti és civilizációs katasztrófák, különös tekintettel a pandémiákra)	36
2.5.2.1 Az egészségértés és a COVID-19 pandémia	37
2.5.2.2 E-egészségügy a járvány alatt	38
2.5.2.3 Infodemic és egészségértés a járvány idején	38
3 Minta és módszer	43
3.1 Pilot és országos vizsgálat	45
3.1.1 A kutatások résztvevői	45
3.1.1.1 Pilot vizsgálat („A” kutatás)	45
3.1.1.2 Országos minta („B” kutatás)	45

3.1.2 Kutatási eszköz: Általános egészségi állapot, gyógyszereszedési szokások, betegségek, sürgősségi osztályos megjelenések és a HLS-EU-Q47	46
3.2 Egyetemi hallgatók körében végzett vizsgálatok- A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar hallgatói körében végzett kutatás („C” kutatás)	48
3.2.1 A kutatásban résztvevők	48
3.2.2 Szubjektív egészségértés felmérése a HLS-EU-Q16 és Chew-kérdések segítségével, valamint az objektív egészségértés felmérése a NVS mérőeszközzel	48
3.3 Multicentrikus Egyetemi vizsgálat („D” kutatás)	49
3.3.1 A kutatás résztvevői	49
3.3.2 HLS-COVID-Q22 kérdőív magyar nyelvű validálása és a digitális egészségértés felmérésére alkalmazott eszköz bemutatása	50
3.3.2.1 HLS-COVID-Q22 kérdőív bemutatása	50
3.3.2.2 HLS-COVID-Q22 kérdőív magyar nyelvre való fordítása	50
3.3.2.3 Digitális egészségértést felmérő kérdőív a COVID-19 járványra specializáltan	51
3.3.2.4 Az egyetemekkel való elégedettség vizsgálata COVID-19 járvány idején	52
3.4 Statisztikai elemzés módja	52
3.4.1 A kutatások függő és független változói	52
3.4.2 A kérdőív magyar nyelvre történő validálásának statisztikai módszere	53
3.4.3 Elvégzett statisztikai eljárások	53
3.5 Etikai engedély	54
4 Eredmények	55
4.1 Pilot vizsgálat („A” kutatás)	55
4.1.1 Szocio-ökonómiai adatok bemutatása	55
4.1.2 Anamnesztikus adatok és vitális paraméterek bemutatása	55
4.1.3 Sürgősségi osztályos megjelenésekkel és a triázs fogalmának ismeretével összefüggő eredmények bemutatása	56
4.1.4 Egészségértéssel összefüggő eredmények bemutatása	59
4.2 Az egészségértés vizsgálata országos mintavétel során („B” kutatás)	60
4.2.1 A minta elemzése	60
4.2.2 A szubjektív egészségértés vizsgálata	61
4.3 Az egészségértés szubjektív és objektív vizsgálata egészség tudományi karra járó magyar és angol nyelven tanuló hallgatók körében („C” Kutatás)	67
4.3.1 A minta jellemzése szocio-demográfiára, gazdasági helyzetre, tanulmányokra és egészségre vonatkozó adatok alapján	67
4.3.2 Az egészségértési szint vizsgálata	68
4.3.2.1 Chew-kérdések eredményei	68
4.3.2.2A HLS-EU-Q16 kérdőív eredményei	69

4.3.2.3 Az NVS feladatlap eredményei	70
4.3.3 Kérdőívek eredményeinek összevetése	73
4.3.4 Kérdőívek eredményeinek összevetése az egészségre, szubjektív egészségértésre vonatkozó kérdésekkel	73
4.4 A COVID-19 járványhoz köthető egészségértés felmérése egyetemi hallgatók körében (Kutatás D)	73
4.4.1 A HL-COVID-Q22 kérdőív validálásának eredményei	73
4.4.1.1 A validálásban résztvevők elemzése	73
4.4.4.2 A kérdőív megbízhatósága	74
4.4.4.3 A kérdőív érvényessége	74
4.4.4.4 Egészségértés értékelése	74
4.4.2 Multicentrikus vizsgálat eredményei	75
4.4.2.1 A minta elemzése	75
4.4.2.2 Digitális egészségértés felmérés eredményei	76
4.4.4.3 Szubjektív egészségértést felmérő kérdőív eredményei (HLS-COVID-Q22)	80
4.4.4.4 Elégedettségvizsgálat az egyetemek COVID-19 járványra való reagálására	83
5 Megbeszélés	85
5.1 Eredményeink kiértékelése és összevetése más szakirodalmakkal	85
5.2 Kutatás korlátjai	93
5.3 Következtetések	94
6 Új tudományos eredmények	96
7 Javaslatok	98
8 Mellékletek	99
8.1 I. számú melléklet: DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL	99
8.2 Kutatási eszközök	100
II. számú melléklet: Pilot vizsgálat és országos mintavétel kutatási eszköze	100
III. számú melléklet Szubjektív és funkcionális egészségértés felmérése egyetemi hallgatók körében (Kutatás C)	111
IV. számú melléklet COVID-19-hez kapcsolódó szubjektív és digitális egészségértés felmérése	118
8.3 Kutatási Engedélyek	127
V. számú melléklet: Tudományetikai bizottság engedélye a kutatás elvégzésére	127
VI. számú melléklet: Rektorhelyettesi Engedély a Hallgatók körében végzendő kutatáshoz (Kutatás C)	134
Rektorhelyettesi Engedélyek (Kutatás D)	135
VII. számú melléklet: Pécsi Tudományegyetem kutatási engedélye	135
VIII. számú melléklet: Semmelweis Egyetem kutatási engedélye	136

IX. számú melléklet: Szegedi Tudományegyetem kutatási engedélye	138
X. számú melléklet: Miskolci Egyetem kutatási engedélye	139
8.4 Táblázatok	140
XI. számú melléklet: A pilot vizsgálat során kutatásban résztvevők szocioökonómiai adatai (4.1.1 fejezet)	140
XII. számú melléklet: Szociodemográfiai adatok és az egészségértés indexei közötti összefüggések bemutatása (n=141) (4.1.1 fejezet)	142
XIII. számú melléklet: Szocio-demográfiai, gazdasági, tanulmányokra vonatkozó adatok és ezen mutatók összefüggése a nemzetiséggel (4.3.1 fejezet)	144
XIV. számú melléklet: Tanulmányokra vonatkozó adatok (4.4.2.1 fejezet)	147
XV. számú melléklet: Szocio-demográfiai és gazdasági adatok (4.4.2.1 fejezet)	149
XVI. számú melléklet: DHLI indexei és a szocio-demográfiai, gazdasági, tanulmányokra vonatkozó adatok közti összefüggések vizsgálata (n=1247) (4.4.2.2 fejezet)	151
9 Publikációs jegyzék	159
9.1 Az értekezéssel összefüggő publikációk	159
9.2 Az értekezéstől független publikációk	162
10 Köszönetnyilvánítás	172
11 Irodalomjegyzék	173

Rövidítések jegyzéke

AMI: akut miokardiális infarktus

BHLS: Brief Health Literacy Screen

BMI: testtömeg index (Body Mass Index)

cHL: Összesített egészségértési index (comprehensive health literacy)

COPD: krónikus obstruktív tüdőbetegség (chronic obstructive respiratory disease)

COVID-19: koronavírus megbetegedés 2019 (coronavirus disease 2019)

CT: komputer tomográfia

CVD: kardiovaszkuláris megbetegedés (cardiovascular disease)

DHLI: digitális egészségértési szint (digital health literacy index)

DP: betegségmegelőzés (disease prevention)

eHEALS: eHealth Literacy Scale

EÜM: Egészségügyi Minisztérium

FCoV-19S: félelem a COVID-19 vírustól skála (fear of COVID-19 scale)

HC: egészségügyi rendszer (health care)

HL: egészségértés (health literacy)

HLQ: Egészségértés kérdőív (Health Literacy Questionnaire)

HLS-EU-Q47: European Health Literacy Survey Questionnaire

HP: egészség fejlesztés (health promotion)

ME: Miskolci Egyetem

NVS: Newest Vital Sign

PTE ETK: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine Health Literacy Test

SARS-CoV-2: súlyos akut légzőszervi szindróma-koronavírus-2 (severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2)

SBO: sürgősségi betegellátó osztály

SD: szórás (standard deviation)

SE: Semmelweis Egyetem

SPSS: statistical package for the Social Sciences

S-TOFHLA: Funkcionális egészségértést felmérő rövid teszt (Short Test of Functional Health Literacy)

SZTE: Szegedi Tudományegyetem

TOFHLA: Funkcionális egészségértést felmérő teszt (Test of Functional Health Literacy)

WHO: Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

1 Bevezetés

1.1 Problémafelvetés

Az elmúlt években az embereknek több kritikus helyzettel kellett szembenéznük egészségügyi szempontból, mind társadalmi (pandémia), mind pedig az egyén szintjén (akut esetek, pl.: akut miokardiális infarktus, légzési elégtelenség, stroke stb.) (1). Kritikus helyzet/sürgős szükség alatt azon eseteket értjük, amelyek az egyént és/vagy társadalmat hirtelen érintik, az emberek nincsenek rá felkészülve, az adott eset kárt okoz bennük, a helyzet kezelése pedig gyors döntéshozatalt igényel (2). Az idő előrehaladtával egyre gyakrabban találkozunk ilyen helyzetekkel, melyekben a megfelelő döntéshozatal elengedhetetlen. Ahhoz, hogy az egyén a megfelelő döntéseket hozza saját maga és a társadalom egészségével kapcsolatban fontos a megfelelő egészségértési szint (health literacy level) kialakítása. Egészségértésnek nevezzük azt a képességet, amely segítségével az egyén az információt összegyűjti, feldolgozza, megérti és ennek következtében megfelelő döntéseket hoz saját, és a társadalom egészségével, egészségügyi rendszerével kapcsolatban (3). Az egészségértés, mint fogalom, már hosszú évek óta megjelent a nemzetközi irodalomban, azonban a kutatók csak az elmúlt évtizedben kezdték el vizsgálni a kérdéskört (4). Hazánkban még fiatalabbnak mondható ez a kutatási terület, annak ellenére, hogy az egészségértésnek Magyarországon is számos hatása van az egészségügyre nézve, ami napjainkban nagyon fontos kérdéssé vált (5).

Az alacsony egészségértési szint szoros összefüggést mutat a szocio-demográfiai- és ökonómiai, valamint az iskolázottsági mutatókkal (6-9). Az egészségértés alacsony szintje növeli a kórházi felvételek és újrafelvételek számát (10), az egészségügyi kiadásokat (11-12) és rontja a beteg kilátásait a betegségével kapcsolatosan (6,13). Továbbá, hatással van a gyógyszerszedési szokásokra (14), orvos-beteg kommunikációra és beteg compliance mértékére is (15). Népszerű alapú vizsgálatok kimutatták, hogy Európában (6), Észak-Amerikában (16) és Ázsiában (17) a lakosság nagy részének nehézséget okoz az egészségügyi információk közötti eligazodás. Az European Health Literacy Survey (HLS-EU) kutatás rávilágított, hogy a vizsgált 8 országban a lakosság majdnem 50%-a rendelkezik korlátozott egészségértéssel (6). Magyarországon korábbi kutatások alapján ezek a számok hasonló arányban oszlanak meg a szubjektív egészségértés tekintetében (5,18), azonban a funkcionális

egészségértést vizsgálva hazánkban jobb eredményeket kapunk (19). Egy 2019-es felmérés alapján ez a szám egy kicsit javult, minden „két és feledik” ember egészségértése esik csak a korlátozott kategóriába (20,21). Fontos azonban kiemelni, hogy mindamellett, hogy ezen mutatók rosszak, az egészségértési szint javítható a megfelelő módszerek megtalálása után. Fontos, hogy mindig az adott társadalmi réteg egészségértési szintjéhez mérten kezdjük meg a fejlesztést és haladjunk lépésről-lépésre (22).

A századunkra jellemző globalizációnak és internacionalizációnak köszönhetően új megközelítést igényel a már meglévő, de újra felbukkanó és az újonnan megjelenő vírusok észlelése, terjedése. Befolyásoló faktoroknak tekinthetők az ökológiai és demográfiai változások, nemzetközi utazások, kereskedelem, ipar, technológia, mikroorganizmusok alkalmazkodása és változása, valamint a közegészségügy (23). Mindezek tudatában fel kell készülnünk arra, hogy a jövőben számos pandémiás időszakkal kell szembenéznünk és erre az országoknak megfelelően fel kell készülniük. Ennek részeként egy jól működő megelőzési, oltási rendszert kell kialakítani, mely könnyen adaptálható veszélyhelyzetben is (24).

A koronavírus a hivatalos jelentések szerint 2019 decemberében jelent meg először Kínában, Hubei tartományban, Vuhán városában. Ez a vírusvariáns a koronavírus-család egy új típusa, mely komoly légzőszervi megbetegedéseket és további ismeretlen hosszú távú következményeket okoz az emberi szervezetben (25-27). Ezt követően 2020 márciusában, WHO jelentés szerint, Európa vált a betegség második epicentrumává (28). A fertőzés 2020 márciusában érte el hazánkat, melynek következtében nem csak az egészségügyi rendszer, de a gazdaság is komoly károkat szenvedett el nemcsak hazánkban, hanem az egész világon (29). 2022. 11. 08-áig 629 978 289 esetet jelentettek és a betegség 6 582 023 halálesetet okozott a világon (30). Hazánkban ezek a számok szintén folyamatos növekedést mutatnak (31).

Mivel a pandémia egy új helyzetet teremtett, több új fogalmat is be kellett vezetni a köztudatba. Az információk számos forrásból zúdulnak az emberekre ezzel egy úgynevezett „infodemic” (information epidemic-információ járvány) létrejöttét erősítve, melynek következtében nehéz eldönteni egy laikus számára, hogy mely információkban bízhat és melyek azok, amelyeket kétkedve kell kezelnie. A kritikus gondolkodás képessége ezekben az időkben elengedhetetlennek bizonyul (32-34), mivel a kritikus gondolkodás, az információk és digitalizáció megfelelő alkalmazása

csökkentheti az információáradat negatív hatásait (35). Több kutató véli úgy, hogy az egészségértési szint felmérése rendkívül fontos a járvánnyal kapcsolatos megfelelő, társadalmat érintő intézkedések meghozatalához (36,37). A védekezésben elengedhetetlen, hogy ne csak a tömegeket érintő intézkedésekkel foglalkozzunk (karantén bevezetése, kijárási tilalom), hanem az egyének szintjén is fel kell hívnunk a figyelmet a védekezés fontosságára (maszkhasználat, higiénés szabályok betartása) (38). Mindezt megfelelő módon, az egyén egészségértési szintjéhez mérten kell megtenni, hogy a közölni kívánt információt az egyén meg is értse és betartsa azt (39). Az egészségértés segíti az embereket a dezinformációk kiszűrésében, a megfelelő információforrás megkeresésében és ezek hatására a lehető legjobb döntés meghozatalában az egyén egészségével és a COVID-19 járvánnyal kapcsolatban (33,36,40). Egy korábbi kutatás bizonyította az egészségértés és a COVID-19-től való félelem kapcsolatát, miszerint a magasabb egészségértési szinttel rendelkezők kevésbé félnek a vírustól, a hozzá társuló fertőzéstől (41), valamint a vele kapcsolatba hozható depresszió ellen is védőfaktorak tekinthető (42). Ahhoz, hogy valaki megértse a COVID-19 fertőzéssel kapcsolatos ajánlásokat, használja a védőfelszerelést és kiigazodjon az információ áradatban, elengedhetetlen a vírussal kapcsolatos megfelelő egészségértési szint (43).

Előrejelzések szerint a COVID-19 járvány nem mondható egyedülállónak a jövőre nézve (44). Folyamatosan jelenhetnek meg új járványok, melyek a társadalmak gyors reakcióképességét kívánják meg, és az egyének felelősségvállalását a járványok megfékezése céljából. Ezért tartjuk elengedhetetlennek az egészségértéssel való foglalkozást, annak szintjének felmérését és a megfelelő lépések kidolgozását a fejlesztés érdekében.

1.2 A vizsgálat célja

Vizsgálatunk fő célja az volt, hogy feltárjuk az egészségértést befolyásoló tényezőket az általunk megkérdezett átlagos magyar lakosság, a hátrányos helyzetűek és az egyetemi hallgatók körében. Ezen tényezők feltárására során több kutatást végeztünk, melyeket két csoportba tudjuk osztani (1) átlagos magyar lakosság körében végzett kutatások: „A” kutatás: pilot vizsgálat, „B” kutatás: országos felmérés, (2) egyetemi hallgatók körében végzett kutatások („C” kutatás: általános egészségértést felmérő vizsgálat hallgatók körében, „D” kutatás: COVID-19 járványhoz kapcsolódó egészségértés felmérése hallgatók körében).

Az „A” és „B” kutatásban célunk volt összehasonlítani az egészségértési szintet az alacsony szocio-demográfiai, gazdasági mutatókkal élők és a többi magyar lakos között. További célunk volt feltárni az összefüggést az egészségértés szintje és az egészségi állapot, valamint a gyógyszereszedési szokások, az SBO megjelenések és a triage rendszer ismerete között.

A „C” kutatásban célunk volt felmérni, hogy milyen a szubjektív és funkcionális egészségértési szintjük a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán (PTE ETK) abszolutóriumot még nem szerzett hallgatóknak, valamint van-e különbség a magyar és külföldi hallgatók egészségértési szintje között.

A „D” kutatás keretén belül felmértük a hallgatók szubjektív és digitális egészségértési szintjét a COVID-19 járvánnyal összefüggésben, valamint az Egyetemük által hozott intézkedések, tanulmányi, szocio-demográfiai, gazdasági mutatók befolyásoló hatását az egészségértéssel kapcsolatban. Összehasonlítottuk a szubjektív és digitális egészségértés felmérése során kapott eredményeket.

1.3 Hipotézisek

Kutatásainkhoz az alábbi hipotéziseinket állítottuk fel.

Az „A” és „B” kutatáshoz köthető hipotéziseink:

H1: Feltételezzük, hogy az egészségértési szint befolyásolja az ellátórendszerrel és az abban dolgozók munkájával való elégedettséget.

H2: Feltételezzük, hogy a pilot vizsgálat során alkalmazott kérdőív kitöltését megelőző egy évben (2018 májusától-2019 májusáig) kórházi sürgősségi ellátást igénybe vevők egészségértési szintje alacsonyabb, mint a többi válaszadóé.

H3: Feltételezzük, hogy az Ormánságban felmért egyének esetén (mivel az Ormánság halmozottan hátrányos térség) a szocio-ökonómiai adatok és egészségértési szint mértéke rosszabb képet mutat majd, mint Magyarország többi területén felvett adatok esetében.

H4: Feltételezzük, hogy az egészségértési szintet befolyásolja, hogy van-e, illetve mekkora kardiovaszkuláris kockázata van a megkérdezettnek.

„C” kutatással összefüggő hipotézisünk:

H5: Feltételezzük, hogy az egyetemi hallgatók körében a szubjektív és objektív egészségértési szintet befolyásolja, hogy milyen szakirányra és hányadik évfolyamra jár a hallgató.

„D” kutatással összefüggő hipotéziseink:

H6: Feltételezzük, hogy az orvos- és egészségtudományi szakterületeken tanuló hallgatók egészségértési szintje magasabb lesz a COVID-19 pandémiával összefüggésben, mint más területeken tanuló hallgatóké.

H7: Feltételezzük, hogy azon hallgatóknak, akik a COVID-19 kapcsán felmért szubjektív egészségértési szint skálán jobb eredményeket érnek el, azok digitális egészségértési szintje is jobb lesz.

2 Szakirodalmi áttekintés

Szakirodalmi áttekintésünk során igyekeztünk pontos képet kapni az egészségértés témaköréről, megvizsgálni azokat a tényezőket, melyek valamilyen módon hatással lehetnek rá és feltárni, hogy milyen hatással van az egyén egészségértési szintje saját és a társadalom egészségére és az egészségügyi rendszerre.

2.1 Az egészségértésről általánosságban

Az egészségügy egy folyamatosan változó rendszer, mely a kutatási eredmények hatására új módszereket, gyógymódokat kínál a betegeknek. Ezekről az új technikákról, gyógyszerekről, rendszerekről számtalan helyről jut információ a hétköznapi emberhez. Az információ áradat nem minden esetben pozitív dolog, főleg, ha a lakosság nem tudja megfelelően kezelni azt. Az információk elérése céljából manapság az első helyen az internet áll. Ez az időseket és a rossz szociális körülmények között élőket hátrányos helyzetbe hozza a többi emberhez képest. Magyarországon a népesség közel egyharmada hátrányos helyzetű valamilyen szempontból (45), továbbá elöregedő társadalom vagyunk (46), így ez még nehezebbé teszi az információk megfelelő áramlását. Az egészségértés mértékétől függően, és az ahhoz mérten való kommunikáció nagyban elősegíti a megfelelő döntések meghozatalát az egészséggel kapcsolatban.

Az egészségértés kifejezés megértése elengedhetetlen ahhoz, hogy megértsük a saját felelősségünk mértékét az egészséggel és az egészségügyi döntéseinkkel kapcsolatban. Az egészségértés irodalma különválasztja a kora gyermekkor (47), a gyermekkor (48) és a felnőttkor (3) egészségértésének vizsgálatát. A különböző életkorokban különböző definíciókat használnak, és ehhez mérten az életkor sajátosságaiból adódóan, más-más mérőeszközökkel is dolgoznak (47,49-52). Szakirodalmi áttekintésünk során csak a felnőttek vonatkozásában vizsgáljuk az egészségértést, mivel kutatási eredményeink is ezen populációt jellemzik.

2.2 Az egészségértés bemutatása, értelmezése

2.2.1 Az egészségértés kifejezés értelmezése

A „health literacy” kifejezés először 1974-ben jelent meg a „Health education as a social policy” (Egészségnevelés, mint szociális irányelv) című folyóiratban (53). Ennek ellenére a magyar szóhasználatban nincs konszenzus abban, hogy hogyan is

fordíthatjuk le, annak ellenére, hogy nálunk is már az 1970-es években megjelent az egészségügy területén (4). A magyar szóhasználatban is már nagyon régóta fellelhetők az egészségműveltség, egészségtudatosság, egészségértés kifejezések, azonban csak az elmúlt évtizedben vált kutatottá és fedezték fel jelentőségét. Sokszor szinonimaként kerül használatra a három kifejezés, azonban jobban megvizsgálva a jelentésüket ez nem helyes. A műveltség szó „*azoknak az anyagi és szellemi értékeknek összessége, amelyeket az emberi társadalom történelme folyamán létrehozott*”, illetve „*...amelyeket valaki elsajátított, magáévá tett*” (54). A tudatos(ság) „*olyan jelenség, cselekvés, magatartás, amely a tudaton alapszik, illetve amely világosan a tudatban van*” (54). Jelentheti még azt is, hogy az egyén megfontolt, szándékos (54). Az értés kifejezés ismeretet, tudást, tudomást jelent (54). Számunkra, amikor a fogalmat vizsgáljuk az egészségértés kifejezés az, ami a legjobban körülírja, hogy mit értünk alatta, így a továbbiakban ezt a kifejezést fogjuk használni.

2.2.2 Az egészségértés fogalma és dimenziói

Az egészségértés definícióit vizsgálva két nézet szerint tekinthetünk rá, mégpedig az egészségügy és a népegészségügy szempontjából (55,56). Az egészségügy szempontjából vizsgálva a definíciókat elmondható, hogy mindegyik a viselkedés egy funkcionális formáját várja el, melynek segítségével az egyén az egészségügyi rendszerben képes eligazodni (57-59). A népegészségügyi definíciók esetén inkább kibővítik a látókört és nem csak azokat szólítják meg, akik az egészségügy résztvevői, hanem minden embert. Továbbá a dimenziókat tekintve az orvosi kontextusokon túlmutató dimenziókat is magába foglalja, mint például a munkahely, otthon vagy politikai szintér (60,61).

Az elmúlt évek során számtalan kézirat született mely az egészségértéssel foglalkozik, azonban csak néhány olyan van, ami az egészségértés definícióját járja körül (3,62-65).

Tudomásunk szerint, az első szisztematikus áttekintést a definíciók terén Sorensen és kutatócsoportja végezte. Átnézve az addigi szakirodalmat, 17 különböző definícióval találkoztak. Ezek közül a leggyakrabban idézettek az American Medical Association (Amerikai Orvosi Kamara, AMA), az Institute of Medicine (Orvostudományi Intézet) és a World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet, WHO) definíciója (3). A WHO vezette be legkorábban (1998) az egészségértés definícióját, mely így írja le:

„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” (66).

Ezen meghatározások közös jellemzője, hogy az egyéni képességek, egészségügyi információk megszerzésére és szolgáltatások megértésére összpontosítanak. A meghatározások elemzése közben hat csoportot sikerült létrehozni, melyek a következők: (1) kompetenciák, készségek, képességek; (2) cselekvések; (3) információk és források; (4) célkitűzések; (5) összefüggések és (6) az idő (3).

Az egészségértés konceptualizálása is megjelent az évek folyamán. Ezek közül talán a leggyakrabban említettek Nutbeam (67) és Kickbusch (68) modelljei. Nutbeam az egészségértés három típusát vázolja fel: (1) funkcionális egészségértés: írás, olvasás képessége (2) interaktív egészségértés: fejlettebb kognitív és műveltségi készségek (3) kritikai egészségértés: információk kritikus értékelése (67). Kickbusch és szerzőtársai a kompetenciák négy csoportját állítja fel: (1) alapvető egészségkompetenciák: megelőzés, prevenció kerül előtérbe; (2) páciens kompetenciák: az egészségügyi rendszerben az eligazodás képessége, aktív részvétel az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalában; (3) fogyasztói kompetenciák: egészséget támogató döntések meghozatalának képessége; (4) állampolgári kompetenciák: egészségügyi jogok ismerete, fellépés annak betartása mellett, egészségügyi szervezetekben való aktív részvétel (68).

2012-ben a szakirodalmak áttekintése után Sorensen és munkatársai megalkották az egészségértés integrált modelljét, mely magába foglalja a hozzáférés, megértés és átadás képességét, ezáltal az egészségértés fogalmát folyamat jellegűnek tekinti és az alábbiak szerint definiálja: *„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 (appraise) és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a betegség megelőzés és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során” (4).*

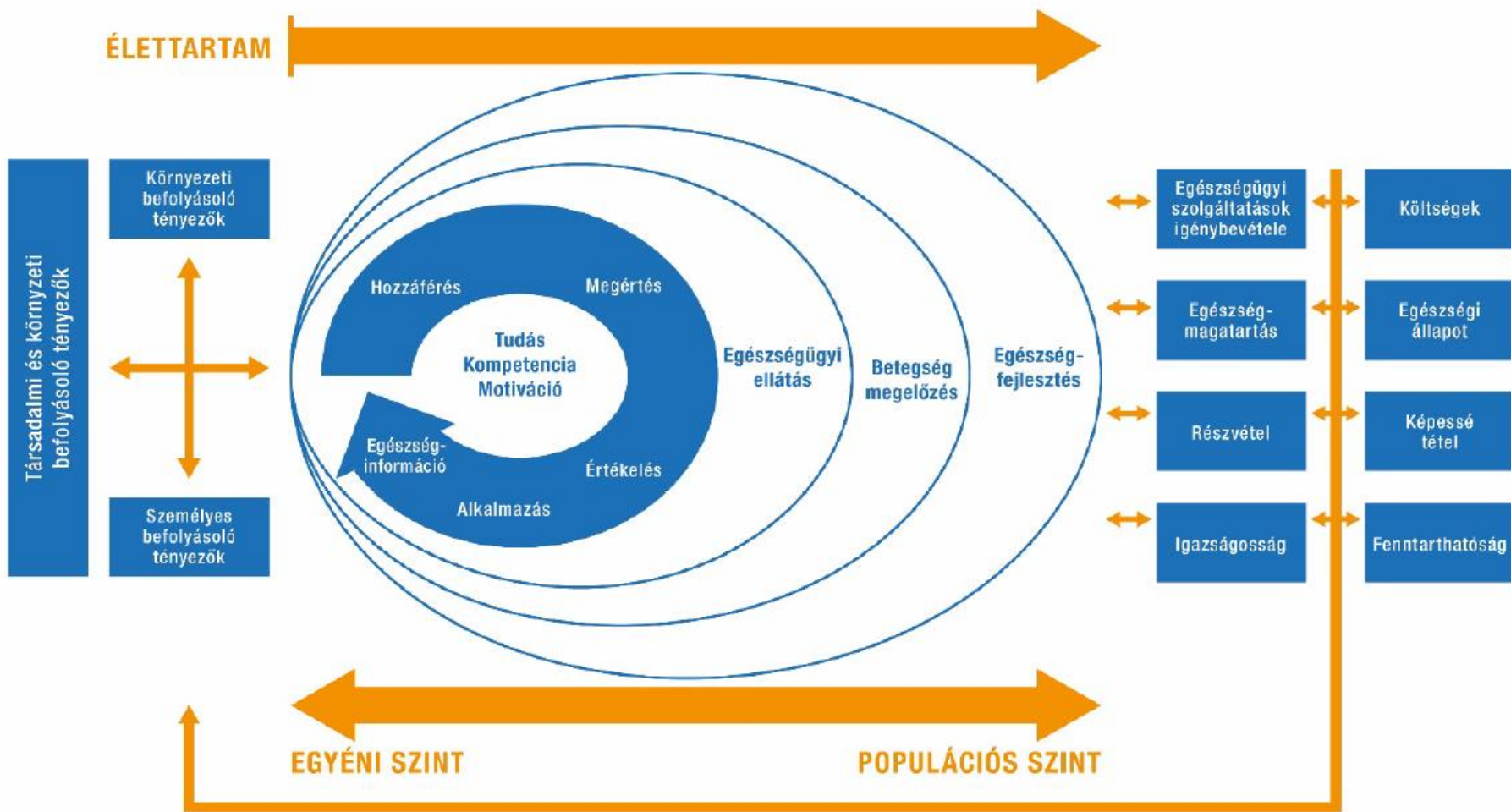
A Sorensen és munkatársai által felállított integrált modell alapján a megfelelő egészségértési szinthez négy kompetencia megléte elengedhetetlen: hozzáférés, megértés, értékelés és alkalmazás. A hozzáférés az információ megszerzésére, a megértés a kapott információ megértésére vonatkozik. Az értékelés folyamán a kapott információk összegzése, interpretációja, megítélése zajlik. Az alkalmazás során felhasználjuk a megszerzett információt, döntéseket hozunk egészségünkkel kapcsolatban (3). Mindezek hatására az egyén képes lesz eligazodni az egészségügyi rendszerben, a betegségmegelőzés és az egészségfejlesztés területén. Mindemellett a modell figyelembe veszi, hogy az egyén a munkahely, az oktatási rendszer, a politika és a gazdaság szereplője, illetve magába foglal olyan tényezőket is, amelyek befolyással vannak az egészségértésre (4).

Az egészségértés dimenzióit megvizsgálva szintén számos leírással találkozhatunk. Az „Institute of Medicine” (Orvostudományi Intézet) megfogalmazása szerint elsődlegesek a kulturális és fogalmi ismeretek, hallás-, beszéd-, számolás-, írás- és olvasáskészség, mint az egészségértés alapjai (70). Speros szintén említi az olvasás- és számoláskészséget, mint alapvető elemet, azonban kiegészíti a megértéssel és az egészségügyi rendszerben való kiigazodás képességével (70). Lee és munkatársai négy összefüggő faktort jelenítettek meg: (1) betegség és öngondoskodási ismeretek; (2) egészségügyi kockázati magatartás; (3) megelőzés és orvos látogatások; (4) gyógyszersedési utasítások betartása (71). Az integrált modell magába foglalja mindezeket, azonban ki is egészíti, mivel ezek az egészségértést egy statikus modellként értelmezik és nem folyamatként. Továbbá szinte csak az egyén felelősségét, képességeit vizsgálja, nem veszi bele az egészségügyi ellátás, betegségmegelőzés és egészségfejlesztés színtereit, mely az egészségértés populáció szintű jelentőségét erősíti (3). Az egészségértés integrált modelljét az 1. számú ábra mutatja be.





E modell alapján a hozzáférés, megértés, értékelés és alkalmazás kompetenciákat veszik figyelembe a kutatók, melyek az egészségértés alap dimenziói, amikor az egészségértést vizsgálják. A hozzáférés az információk keresésére, megtalálására és megszerzésére utal. A megértés az a képesség, amely során az egészségügyi információkat értelmezzük. Az értékelés során az információkat szűrjük, megítéljük, elfogadjuk vagy nem vesszük figyelembe őket. Itt elengedhetetlen a kritikus gondolkodás képessége. Az alkalmazás a kommunikáció képességére és az információ

felhasználására utal, valamint a döntéshozatalra az egészség megőrzése és javítása érdekében (3). Ezen kompetenciák magukba foglalják a Nutbeam által is említett funkcionális tulajdonságot és interaktív, kritikai egészségügyi ismereteket is (67). Mindezen dimenziók az egészségügy három területén jelentkeznek: az egészségügyi rendszer, a betegségmegelőzés (prevenció) és az egészségfejlesztés. Az 2. számú ábra a dimenziók jelentését foglalja össze a három egészségügyi területre vonatkozóan.

Mindezek mentén Parnell és munkatársai 2019-ben publikáltak egy összetettebb egészségértés definíciót miszerint az egészségértés egy dinamikus, együttműködésen alapuló és kölcsönösen előnyös jártasság, amely magába foglalja az előzetes egészségügyi ismereteket és tapasztalatokat, az egyéni jellemzőket, az egészségi állapotot, a kulturális és nyelvi preferenciákat, valamint a kognitív képességeket, amelyek befolyásolják a szervezetek, a gondozók és az egészségügyi ellátást igénybe vevők azon képességét, hogy hozzáférjenek, megértsék, és használják az egészségügyi információkat és szolgáltatásokat, illetve megalapozott döntéseket hozzanak, és ezáltal javítsák az egészségügyi mutatókat (72). Az új definíciót azzal magyarázzák, hogy az egészségértés dinamikusan változik az egyén aktuális egészségügyi helyzetétől függően, továbbá befolyásolja az egészségügyi rendszer aktuális helyzete, követelménye (72).



1. számú ábra: Az egészségértés integrált modellje (Forrás: Sorensen et al. (3) alapján, magyar fordítást készítette: Csizmadia Péter (4))

	Hozzájutni egészség- gel kapcsolatos infor- mációhoz	Megérteni egészség- gel kapcsolatos infor- mációkat	Feldolgozni, értékelni egészséggel kapcsola- tos információkat	Alkalmazni, felhasz- nálni egészséggel kap- csolatos információ- kat
Egészségügyi rend- szerrel kapcsolatos kompetencia 	Képesség az orvosi vagy kórházi informá- ciókhoz való hozzáju- tásra	Képesség, hogy meg- értsen és értelmezzen orvostól származó in- formációkat	Képesség, hogy értel- mezze és értékelje az orvosi információkat	Képesség, hogy orvosi ügyekben megalapo- zott döntéseket hoz- zon
Prevenció 	Képesség az egész- ségügyi rizikóténye- zőkkel kapcsolatos in- formációkhoz való hozzájújtásra	Képesség, hogy meg- értsen és értelmezzen rizikófaktorokkal kap- csolatos információ- kat	Képesség, hogy értel- mezze és értékelje az egészségügyi rizikó- faktorokat	Képesség, hogy egészségügyi rizikó- faktorokkal kapcsola- ban megalapozott döntéseket hozzon
Egészségfejlesztés 	Képesség, hogy nap- rakész legyen a társas és pszichés környe- zetben a meghatá- rozó egészségügyi in- formációkkal kapcsola- latban	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben megértse és értelmezze az egészséggel kapcsola- tos meghatározó in- formációkat	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben értelmezze és értékelje az egész- séggel kapcsolatos meghatározó infor- mációkat	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben megalapo- zott döntéseket hoz- zon az egészséggel kapcsolatos meghatá- rozó információkról

2. számú ábra: A négy alindex a három egészségügyi dimenzió tekintetében (Forrás: Sorensen et al. (3) alapján, magyar fordítást készítette: Koltai J. és Kun E.(5))

2.2.3 Digitális egészségértés

Napjainkban az információszerzés szempontjából elengedhetetlenek a digitális eszközök és az internet használata. Ez nem csak a mindennapi kérdésekben, de az egészségügy területére is begyűrűzött. A COVID-19 járvány hatására ez a folyamat felerősödött, felgyorsult. Minden pozitív tulajdonsága mellett (gyorsaság, elérhetőség, könnyű használat stb.) több kérdés is felmerül a használatával kapcsolatban az egészségügy terén. Hiszen nem csak a technikai eszközöknek kell rendelkezésre állniuk, hanem megváltozik az orvos-beteg közötti kapcsolat, kommunikáció, valamint személyi- és betegjogi kérdéseket is felvet (73). A digitális egészségértés definíciója: „*az elektronikus forrásokból származó egészségügyi információk keresésének, megtalálásának, megértésének és értékelésének képessége, valamint a megszerzett ismereteknek egy egészségi probléma kezelésében vagy megoldásában való alkalmazása*” (74). Ez a definíció részben hasonlít az általános egészségértés definíciójához, azonban különböző elemekkel ki is egészül. A digitális egészségértéshez elengedhetetlenek a számítástechnikai ismeretek, keresőmotorok

ismerete és ehhez kell kapcsolódnia annak az információs műveltségnek, mely hatására a források széles skáláját értékelni tudják (74). Mindezen kiegészítések miatt a digitális egészségértés területén az egyenlőtlenségek még nagyobbak lehetnek, mint az általános egészségértés terén (75).

Magyarországon a járvány előtt is voltak lehetőségek a telemedicina alkalmazására, azonban ez nem igazán terjedt el. A járvány alatt 2020-ban a magyar lakosság 71%-a fordult orvoshoz interneten vagy telefonon keresztül (76) és 45% vett részt online konzultáción (77). A magyarok 25,5%-a tájékozódik interneten keresztül szakmai lapokból, ha az egészségével összefüggésben keres információt (78). Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatói Tér (EESZT) bevezetése, melyre 2017. november 1-én került sor, nem volt akadálymentes hazánkban, azonban annál nagyobb sikere lett a pandémia alatt. Az e-receptek felírása, leletek, ambuláns lapok, zárójelentések feltöltése igen magas számokat öltött az elmúlt időszakban (79).

2.3 Az egészségértés felmérésére alkalmas mérőeszközök bemutatása

Az első egészségértés kérdőív kifejlesztése óta nagyjából 30 év telt el. Ezalatt sokat változott a fogalom és ezáltal a mérőeszközök is (80). Az egyik legtöbb mérőeszközt magába foglaló szabadon elérhető portál a „Health Literacy Tool Shed” melyet Michael Paasche-Orlowe készített és 134 mérőeszköz érhető el rajta keresztül (81). Az aktuális mérőeszközöket a következő honlapon érhetjük el: <https://healthliteracy.bu.edu> (82). Az oldalra csak azok a mérőeszközök kerülhetnek fel, amelyek a publikációs folyamat alatt bírálaton estek át és kialakításuk és használatuk pontosan le van írva, 2014 előtt kerültek publikálásra és az egyének egészségértését mérik fel (81).

Az elsők között kifejlesztett mérőeszközök között szerepel a Rapid Assessment of Adult Literacy in Medicine (REALM) (83), a Test of Functional Health Literacy (TOFHLA) (84), és a Newest Vital Sign (NVS) (85). Ezek az eszközök számos kritikát kaptak, többek között, hogy az egészségértésnek csak bizonyos aspektusait mérik fel, nem használhatóak intervenciós kutatásokban, az egészségfejlesztés területén nehezen nyerhető belőlük információ. További limitációként merül fel, hogy ezen mérőeszközök leginkább klinikai körülmények között alkalmazhatóak (86). Azonban mindezzel ellentétben elmondható róluk, hogy az egészségértést nem önbevallás alapján mérik, hanem némiképp objektívebben. A TOFHLA egészségügyi ismereteket

és számolási készségeket vizsgál, a REALM felméri az írott szó helyes kiejtésének képességét, az NVS számolási és szövegértési képességeket mér fel egy fagyaltos doboz címkéje alapján (81).

Amennyiben a PubMed-en talált publikációk alapján a leggyakrabban használt mérőeszközöket szeretnénk rangsorolni, az első helyen a TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) (84) és a REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) (83) szerepelnek. Őket követi csökkenő sorrendben a NVS (Newest Vital Sign) (85); a Chew (87) vagy BHLS (Brief Health Literacy Screen) vagy SILS (Single Item Literacy Screener); eHEALS (eHealth Literacy Scale) (88); HLSEU (European Health Literacy Survey) (6); és a HLQ (89) (Health Literacy Questionnaire) (81).

Tavousi és munkatársai átnézték az 1993 és 2021 között publikált 162 mérőeszközt és elemezték azokat. (80)

Az általános egészségértés felmérésére 39 mérőeszközt találtak, melyek közül a leggyakrabban használtak mai napig a REALM (83), TOFHLA (84) és NVS (85). Ezeket a kérdőíveket magyar nyelvre is publikálták a közelmúltban (50). Ezek mellett két jól strukturált kérdőív is megjelent, a Health Literacy Questionnaire (HLQ) (89) és a Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (90). Az állapot specifikus mérőeszközök (magas vérnyomás, elhízás, diabétesz mellitusz, daganatos megbetegedések stb.) esetén 90 darabot találtak. A krónikus nem fertőző betegségek közül a diabétesz mellitusz esetén találták a legtöbb mérőeszközt, 9 darabot. A második helyen álltak a fertőző betegségek esetén alkalmazott mérőeszközök. A leggyakrabban használt mérőeszközök között a száj és fogápolás, illetve a mentális egészségre vonatkozó kérdőívek szerepeltek (80). A populáció specifikus kérdőívek közül 22 darabot találtak. Ebben a részben a csoportosítás életkor (kamaszok, fiatal felnőttek/felnőttek, idősek) vagy nemzetiség (angol, német, amerikai, görög, kínai, stb.) szerint történt (80). Digitális egészségértésre vonatkoztatva 11 kérdőívet találtak, melyből a leggyakrabban használt az eHealth Literacy Scale (eHEALS) (eEgységértés skála), melyet Normann és Skiller fejlesztettek ki (74). Digitális egészségértésre vonatkoztatva a használt definíciótól függően további mérőeszközök is fellelhetőek. Még két mérőeszköz található a digitális egészségértés vizsgálatára (91, 92), az egyiket (eSEARCH) idősek esetén alkalmazzák (91). Több tanulmányban a

digitális egészségértés kérdőívet kiegészítették más, önbevalláson alapuló egészségértés kérdőívvel, mint például az EHIL (93) és a BRIEF (94).

Tavousiék szisztematikus áttekintésük során 199 olyan mérőeszközt találtak, melyek validálva lettek más nyelvre az eredeti megjelenése után (80). Magyar nyelven is találkozhatunk több mérőeszköz validálásával, köztük a gyakran használt NVS és Brief Health Literacy Screening Tool (50) vagy az S-TOFHLA és Chew-kérdések (95).

Az általános populációra validált mérőeszközökről, melyeket Liu és munkatársai elemeztek, elmondható, hogy multidimenzionális szinten mérik fel a válaszadókat, a képességektől egészen a döntéshozatalig. Továbbá mindegyik kérdőíves formát alkalmaz a felmérésre. Ezen önbevallásos formák mellé a szerzők ajánlják, hogy kvalitatív vizsgálattal is egészítsék ki a kutatók a kérdőívek alkalmazását. Mindezek mellett ezen mérőeszközök magukba foglalják az individualitás mellett a közegészségügyi megközelítéseket is, így ezen a területen is feltárásra kerülhetnek a válaszok (96). Mindezzel ellentétben Huhta és munkatársai kevés olyan mérőeszközt találtak, melyek multidimenzionálisan tekintettek volna az egészségértés fogalmára (97). A mérőeszközök folyamatos fejlesztését, újragondolását mutatja, hogy Pelican és munkatársai egy 17 országban validált kérdőívet fejlesztettek ki, mely az egészségértést méri az átlagpopuláción (98).

A COVID-19 pandémia a mérőeszközök tekintetében is új eszközök kifejlesztésére inspirálta a kutatókat mind az általános egészségértés tekintetében, mind pedig a digitális egészségértés terén. Okan és munkatársai fejlesztették ki a European Health Literacy Survey Questionnaire 47 kérdésből álló (HLS-EU-Q47) (90) és 16 kérdésből álló (HLS-EU-Q16) (99) kérdőívek mentén a HLS-COVID-Q22 kérdőívet (43), melyet magyar nyelvre is validáltak átlag populáción (100), valamint egyetemi hallgatók körében is (101). A digitális egészségértés terén A DHL adaptációja történt meg a COVID-19 pandémia tekintetében (102).

2.4 Az egészségértési szint hazai és nemzetközi vonatkozásban történő bemutatása, valamint az egészségértést befolyásoló tényezők vizsgálata

Az egészségértési szint mértéke nem csak a világon belül, hanem Európán belül is a különböző országokban más-más képet mutat. 2011-ben 8 európai országban

(Ausztria, Bulgária, Görögország, Írország, Hollandia, Lengyelország, Németország, Spanyolország) végzett kutatás alapján, ha az összesített adatokat nézzük minden 10. embernek elégtelen az egészségértési szintje (12,4%). Azonban, ha ezeket az eredményeket szeparáljuk a vizsgált országok szerint, Hollandiában 1,8%, míg Bulgáriában 26,9% az elégtelen egészségértéssel rendelkezők száma. Korlátozott (elégtelen és limitált) egészségértési szinttel a válaszadók közel fele (47,6%) rendelkezik, azonban ez is nagy szórást mutat az országok elkülönített vizsgálatában (Hollandia 28,7%, Bulgária 62,1%) (6). Alacsony egészségértési szintet mutattak ki több Európai országban is, ahol különböző mérőeszközöket használtak a pontosabb kép megítélésére. Dániában 44% (103,104), Franciaországban 51% (105), Németországban 44-46% (6,106,107), Görögországban 44-54% (6, 108) közötti az alacsony egészségértéssel rendelkezők aránya. Svájcban a HLS-EU-Q16 skálát alkalmazva 6,8% az inadekvát és 24,6% a problémás egészségértéssel rendelkezők aránya az 58 évnél idősebb korosztály körében (109).

Összességében elmondható, hogy Észak-, Kelet- és Dél- Európában magasabb az alacsony egészségértéssel rendelkezők aránya, mint a nyugat-európai országokban. Az európaiak közel egyharmada, fele rendelkezik alacsony egészségértési szinttel (110), azonban ez jobb, mint az Amerikai Egyesült Államokban mért mutatók (111). Egy romániai kutatásban magyar, román és szlovák anyák egészségértési szintjét mérték fel a BHLS és a HLS-EU-Q16 segítségével. A BHLS esetén a válaszadók 15,5%, a HLS-EU-Q16 esetén a válaszadók 13%-a rendelkezett inadekvát egészségértési szinttel (112). Libanonban az 587 résztvevő 65,8%-a ért el elégtelen szintet a funkcionális egészségértés skálán (FHL) és 43,8% korlátozott egészségértési szintet az összesített egészségértési skálán a HLS-EU-Q16 arab verzióján (cHL) (113). Egy 2015-ös kutatás szerint, ahol a japánok egészségértését vizsgálták a HLS-EU-Q47 segítségével azt az eredményt kapták, hogy az európaiak egészségértési szintje a Konzorciumi adatok alapján (6), jóval magasabb, mint a japán embereké. A japánok által elért átlag pontszám $25,3 \pm 8,2$ pont volt (114). Kínában, Hebei tartományban végzett kutatás alapján a 9952 résztvevő 81%-a rendelkezett alacsony egészségértési szinttel a „Chinese Resident Health Literacy Scale” alapján (115).

Azon országokban, ahol az alacsony egészségértési szint kevésbé jellemző, ott magasabb iskolai végzettséggel (116) és magasabb szocio-ökonómiai státusszal (117) rendelkeznek a lakók, a többi országhoz képest.

Magyarországon is reprodukálták az Európai Konzorcium vizsgálatát, ami alapján 2016-ban a megkérdezett 1000 fős reprezentatív mintán a magyar lakosság 52%-a rendelkezett korlátozott egészségértési szinttel, amint a 3. számú ábra is mutatja (5). Magyarország dél-nyugati részén 2019-ben 141 fős mintán végzett kutatásunk alapján elmondható, hogy a megkérdezettek 46,1%-a az összesített egészségértési index esetén rendelkezett korlátozott egészségértési szinttel, míg 48,2%-a az egészségügyi rendszer kategóriában, 33,3% a megelőzés kategóriában és 49,6% az egészségfejlesztés kategóriában (18).

	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	N
Magyarország	19	33	38	10	954
Ausztria	18	38	34	10	979
Bulgária	27	35	27	11	925
Németország	11	35	34	20	1045
Görögország	14	31	40	16	998
Spanyolország	8	51	33	9	974
Írország	10	30	39	21	959
Hollandia	2	27	46	25	993
Lengyelország	10	34	36	20	921
EU8	12	35	36	17	7795

3. számú ábra: Összesített egészségértési index eloszlása Magyarország és a vizsgált 8 Európai ország között (Forrás: Európai Konzorcium vizsgálata (6); magyar adatokkal kiegészítve (Koltai J. és Kun E.) (5))

2.4.1 Szociökonomiai adatok, mint befolyásoló tényezők

Az anyagi helyzet, társadalmi státusz, iskolai végzettség, életkor (6,113,115,118) és nem (6,118-120) egyértelmű összefüggést mutatnak az egészségértési szinttel a funkcionális és általános egészségértési szint vizsgálatokor is. Mindez kiegészül a születési hellyel és a hosszú távú betegséggel, amennyiben csak az általános egészségértési szintet vizsgáljuk (113). Az alacsony egészségértési szintet sokszor összefüggésbe hozzák az alacsony iskolai végzettséggel, alacsony jövedelemmel és az idős korrallal (111,121,122). A német társadalmat vizsgálva a 65 évnél idősebbek esetén az alacsony egészségértési szint 1,83-szor gyakrabban fordul elő, mint a fiatalabbak

esetén (107). Általánosságban vizsgálva az idős korúak között 27% rendelkezik korlátozott egészségértési szinttel, azonban korábbi vizsgálatokkal ellentétben a vizsgálatban résztvevők egészségértési szintje a kor előrehaladtával 60 év fölött emelkedett (106). Mindemellett vannak kutatások, melyek általánosítanak és összességében az alacsony szocio-ökonómiai mutatót hozzák összefüggésbe az alacsony egészségértési szinttel (60,111,118,121). Egy Dániában végzett kutatás szerint az észlelt társadalmi státusz az egészségértés minden dimenziójára és annak minden képességére hatással van (118). A fentiekén túl, az iskolai végzettség egyértelmű prediktora az észlelt és teljesítmény alapú egészségértésnek, az életkor és a munkahelyi státusz a teljesítmény alapú egészségértésnek, míg a nem és a jövedelem egyértelmű előrejelzője az önértékelésű egészségértésnek (123). Svájcban az 58 évnél idősebb korosztályt vizsgálva azt az eredményt kapták, hogy pozitív korreláció van a magasabb egészségértési szint és a női nem ($p < 0,001$), magasabb iskolai végzettség ($p < 0,001$), kevesebb megélhetési probléma ($p < 0,01$) és a magasabb szintűre értékelt szubjektív egészségi állapot ($p < 0,001$) között (109). A funkcionális egészségértést vizsgálva az NVS mérőeszközzel Portugáliában a 16 és 79 év közötti válaszadók 72.9%-a (95% CI: 69.4 - 76.4) rendelkezett limitált egészségértési szinttel. 30.4% (95% CI: 26.9 - 33.9) a középső „lehetséges, hogy limitált egészségértési szinttel rendelkezik” és 42.5% (95% CI: 38.3 - 46.6) a „magas rizikó a limitált egészségértési szintre” kategóriába esett. A nemnek nem volt befolyásoló hatása, azonban az alacsony egészségértési szinttel rendelkezők között az alacsonyabb iskolai végzettségűek ($p < 0,001$) és az idősebbek ($p < 0,001$) szignifikánsan többen voltak (124). Kínában, Habai tartományban, a magasabb életkor, a férfi nem, alacsony iskolai végzettség, alacsony éves bevétel és falusi élet szoros összefüggésbe hozható volt az alacsony egészségértési szinttel (115).

A családi állapotot kevesen vizsgálták, mint befolyásoló tényezőt az egészségértés szempontjából. Lengyelországban (125) és Ghánában (126) egyértelmű összefüggés volt kimutatható a családi állapot és az egészségértés között. Egyes tanulmányok szerint, azon szülők, akik egyedül nevelik gyermekeiket, szintén alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkeznek, mint akik párjukkal végzik ezt a feladatot (127; 128). Az anyák körében végzett kutatás alapján az egyedülálló édesanyák egészségértési szintje a BHLS alapján alacsonyabb volt, mint párkapcsolatban élő társaiké (112). 2017-ben végzett kutatás szerint az elváltak között szignifikánsan

többeknek van alacsony vagy marginális egészségértési szintje, mint a családban élőknek (129).

Vannak azonban olyan vizsgálatok is, melyek nem mutattak ki egyértelmű összefüggést az egészségértés és a nem (60, 130), valamint az életkor (114) között. Míg a HLS-EU kutatás eredményei az idősödő társadalom alacsonyabb egészségértését írta le (6), addig Japánban ilyen összefüggés nem volt kimutatható (114). Az iskolai végzettség szintén, mint befolyásoló tényező volt jelen (6), azonban Japánban az „Japanese Web survey” (Japán Internetes kutatás) eredményeivel összhangban (131) Nakayamáék sem találtak összefüggést (114).

A Európai Konzorcium által végzett egészségértés felmérést tovább gondolva, másodlagos elemzések következtében Lorini és munkatársai szerint az egészségértési szint ökológiai (nemzeti) szinten kapcsolódik a következő előzményi mutatókhoz: középfokú végzettséggel rendelkezők ($r = 0.810$ a HLS-EUQ47 skálán), olvasási teljesítmény ($r = 0.905$ a HLS-EUQ47 skálán), a munkanélküliség szintje ($r = -0.778$ az NVS skálán), GDP ($r = 0.719$ az NVS skálán), Gini-index ($r = -0.743$ az NVS skálán), az országos emlőrákszűrési programon való részvételi arány ($r = 0.732$ a HLS-EUQ47 skálán), vagy a méhnyakrák szűrésen való részvételi arány ($r = 0.873$ a HLS-EUQ47 skálán), valamint a szociális védelemre fordított kiadások ($r = 0.814$ az NVS skálán). Meglepő módon a demográfiai indikátorok nem mutattak összefüggést az egészségértéssel (132).

A következményes indexek tekintetében az egészségértés a következőkkel hozható összefüggésbe: fogyasztói index ($r = 0.898$ az NVS skálán), azon felnőttek aránya, akik használják az internetet egészségügyi információk szerzésére ($r = 0.759$ az NVS skálán), túlsúlyosság prevalenciája ($r = -0.843$ az NVS skálán), ; teljes egészségügyi kiadás, a GDP százalékos értékében ($r = 0.766$ az NVS skálán), azon egyének százalékos aránya, akik az internetet a hatóságokkal való kapcsolattartásra használják ($r = 0.755$ az NVS skálán) (132). Mindezen vizsgálatokhoz előzmény és következmény indexeket határoztak meg a sorenzeni modell (3) alapján.

Magyarország tekintetében elmondható, hogy a nők, a fiatalabbak, a magasabb iskolai végzettségűek és a jobb anyagi helyzetben lévők magasabb egészségértési szinttel rendelkeznek, mint társaik (5). Kutatásunk során hasonló eredményeket kaptunk, azonban új befolyásoló tényezők is megjelentek (18).

Digitális egészségértés

A digitális egészségértés tekintetében is befolyásoló hatással bírnak a szocioökonómiai mutatók az internetes eligazodás mellett. A magasabb iskolai végzettség, közalkalmazotti státusz, városi lakhely, jó egészségi állapot, magasabb jövedelem mind hozzájárulnak a magasabb egészségértési szint eléréséhez (133).

2.4.1.1 Egészségértés és a bevándorlás kérdésköre

A bevándorlási státusznak társadalmi meghatározó szerepe van az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, egészségügyi eredmények, egészségügyi állapot és egészségértés szempontjából (134-136). A bevándorlók és más, a nemzet nyelvét alacsony szinten beszélő emberek gyakran rendelkeznek alacsony egészségértési szinttel az adott országban (135, 136). A bevándorlók esetében a társadalmi kultúra és az élethelyzet amiben vannak, szintén befolyásoló hatással lehet az egészségértési szintre (137). Németországi reprezentatív mintán elvégzett egészségértés vizsgálat is kimutatta, hogy a bevándorló háttérrel rendelkezők alacsonyabb egészségértési szintet értek el a HLS-EU-Q47 skálán, mint a német válaszadók (107). Az Olaszországban letelepedett moldovai bevándorlók, egészségértési szintje összefüggést mutatott a magatartásukkal és az egészségügyi alapellátás használatával (138). Kurd, arab, török és asszír eredetű etnikai csoportok között végzett kutatás alapján, a 600 résztvevő 80,7%-a alacsony egészségértési szinttel rendelkezett a „European Health Literacy Scale-Turkish Adaptation” (EHLS-TR) egészségértést felmérő skálán (139). Egy másik kutatás kimutatta, hogy Svájcban a sürgősségi osztályt felkereső menedékkérők 30,2%-a nem ismeri az ottani egészségügyi rendszert és 14,2% nem tartja sürgősnek a problémát, amivel felkereste az osztályt. Az ellátók szerint, azonban 43,2%-nak volt olyan egészségügyi problémája, ami nem számított sürgősnek. Ez az arány a svájci nemzetiségűek estén alacsonyabb volt (137). Egy Nepálban végzett kutatás szerint a betegek nem tudnak angolul olvasni, 93,2% pedig nem tudja elolvasni a felírt receptet és többségük nincs tisztában a mellékhatásokkal sem (140).

2.4.2 Alacsony egészségértési szint hatásai az egészségre és az egészségügyi rendszerre

Az alacsony egészségértési szint az egész világon problémát jelent (141). 31 129 személy vizsgálatával 85 kutatást vizsgáltak meg, melyből kiderül, hogy a válaszadók egy negyede (26%) alacsony egészségértési szinttel rendelkezik és minden ötödik

résztevő egészségértési szintje marginális. Fontos azonban kiemelni, hogy ezen eredmények nem reprezentatívak nemzetekre (111).

2.4.2.1 Alacsony egészségértési szint és az ellátórendszer kapcsolata

Az egészségügyi rendszer igénybevétele egyre nagyobb számokat ölt világszerte, ami részben összefüggésbe hozható a társadalmak alacsony egészségértési szintjével (13, 142). Mindemellett, kiemelkedő lehet a sürgősségi ellátórendszerek igénybevétele is (10,107,143-146). Ezekkel ellentétben a preventív vizsgálatokon való megjelenésen alacsonyabb hajlandóságot mutatnak azok, akik egészségértése alacsony (13,119,143). Az alacsony egészségértési szint összefüggésbe hozható a kórházi felvételek számával (13,142,147), gyógyszereszedési utasítások be nem tartásával (13,14, 148-150), rossz egészségi állapottal és magas mortalitással az idősök körében (148), valamint az egészségügyi kiadások növekedésével (142,147,151). Ezen költségek elérhetik akár a nemzeti egészségügy éves költségvetésnek 3-5%-át is és a 143-7798\$ az egyén szintjén éves szinten (11). Az alacsony egészségértés mindezen tényezőkkel erősíti a már meglévő társadalmi egyenlőtlenségeket (135). Azon betegeknek, akiknek kevesebbet kell kórházba kezelésre menniük, vagy bent feködniük ($p=0,007$) és kevesebbszer látogatják a házi orvosukat szignifikánsan magasabb az egészségértési szintjük, mint társaiké (129).

Mindezek ellenére vannak olyan kutatások, amelyek nem találtak összefüggést a kórházi megjelenések és az egészségértés szintje között. Többek között ilyen a libanoni vizsgálat, melyben a 3 hónapos újbóli megjelenést vizsgálták (113), illetve az Amerikai Egyesült Államokban végzett kutatás, melyben az életkor, társadalmi helyzet és egészségi állapotot összefüggéseit vizsgálták (152).

Az alacsony egészségértési szint összefüggésbe hozható továbbá az egészségügyi dokumentációk korlátozott megértésével (149,150), a betegségek inadekvát menedzselésével (153) és az alacsony számú rutin vizsgálatokon való részvétellel (122,143,154).

A funkcionális egészségértés megfelelő szintje összefügghet az alacsonyabb összköltséggel, alacsonyabb járóbeteg ellátási költségekkel és kevesebb kórházi megjelenéssel (147).

2.4.2.2 Egészségügyi rendszer elérése, szolgáltatások igénybevétele az egészségértés viszonylatában

Egy amerikai kutatás alapján elmondható, hogy az alacsony egészségértéssel rendelkezők között magasabb azon egyének előfordulása, akik nem rendelkeznek biztosítással (10,49%), mint azok, akik igen (7,48%). Az elektronikus vagy papír alapú biztosítás igénylés is alapvető funkcionális készségeket kíván, mely sokszor nehézséget okozhat (155). Amennyiben rendelkeznek biztosítással, akkor is számít, hogy milyen a biztosítás és mit foglal magába (156). Ezáltal elmondható, hogy a biztosítás befolyásoló tényezőként hat az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez. Emiatt már létrehoztak egy viszonylag új kifejezést a “health insurance literacy”, ami azt vizsgálja, hogy az egyén mennyire van tisztában a biztosítása adta lehetőségekkel az egészségügy területén (157-159).

Szintén az alacsony egészségértéssel rendelkezők között gyakoribb az egészségügyi időpontok lemondása (31,86%) 12 hónapra visszamenően nézve, mint a magasabb egészségértési szinttel rendelkezők esetén. Ez leggyakrabban (40,09%) a felmerülő költségek miatt volt. A megkérdezettek 10,61%-a nyilatkozott úgy, hogy nem volt ideje elmenni orvoshoz. Indokként szerepelt még az időpont lemondására, hogy nem volt mivel elmenni az orvoshoz, a magas várakozási idő vagy a félelem attól, hogy mit találhatnak a kivizsgálás során. Ugyanakkor ezek az egyének nehezebben is találnak megfelelő ellátót, mint a magasabb egészségértéssel rendelkezők (156). Mindemellet azonban elmondható, hogy megértsük az egészségértés, egészségügyi rendszerhez való hozzáférés és az egészségügyi eredmények kapcsolatát, több tényezőt kell figyelembe venni, többek között a kulturális, szociális és a közösségi egészségügyi forrásokat (160).

Mindezek mellett fontos megemlíteni, hogy az egészségügyi tájékoztató, oktató anyagok sokszor olyan orvosi nyelvi elemeket tartalmaznak, melyeket az alacsony egészségértési szinttel rendelkezők nem képesek megérteni. Mindez igaz az interneten elérhető anyagokra is. Itt nem csak a megértéssel, de az elérhetőséggel is problémák lehetnek (161-164).

Az egészségértés az orvos-beteg közötti kommunikációra is hatással van. Az orvosi dokumentációk és sokszor a szóbeli tájékoztatások alkalmával is olyan nyelvezetet használnak az egészségügyben, amit csak a magasan képzett emberek értenek meg (15,165-167). A kommunikáció azért is nehéz, mivel az alacsony egészségértéssel

rendelkezők nem tesznek fel alapvető kérdéseket, illetve akkor sem kérdeznak vissza, ha nem értenek valamit (168).

2.4.2.3 Az egészségértés egészségi állapotra, betegségekre gyakorolt hatása

Az AMA szerint az alacsony egészségértési szint erősebben befolyásolja az egészségi állapotot, mint az életkor, anyagi helyzet, foglalkoztatás jellege, iskolai végzettség és állampolgárság (169,170).

Az alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkezők között magasabb a félelem a különböző betegségektől (42,104), mivel általában kevesebb információval rendelkeznek (40,104). Az alacsony egészségértési szint összefüggésbe hozható a rosszabb szubjektív egészségi állapottal (13), és az egészségtelen magatartásformákkal. Az egészségértés növekvő szintje egyértelműen összefüggésbe hozható az egészségesebb életmóddal, a napi legalább 5 adag zöldség, gyümölcs fogyasztásával, a nem-dohányzással. Mindez nemtől, életkortól, iskolai végzettségtől, bevételtől és etnikumtól függetlenül (122).

Az idősek alacsony egészségértési szinttel gyakrabban érzik rosszabbnak az egészségi állapotukat, mint a magas egészségértési szinttel rendelkezők és ez rosszabb önmenedzselési készséggel is társul (171-174). Az alacsony egészségértési szint szintén összefüggésbe hozható az idősek növekvő halálozási mutatóival (175-179).

Azon egyének, akik megfelelő egészségértési szinttel rendelkeznek jobban megértik a gyógyszersedési utasításokat és az életmódbeli változások szükségességét egy CVD betegség esetén. Továbbá kevésbé követnek el hibákat, amikor több gyógyszert kell szedniük naponta, jobban megértik és felismerik a tüneteket, amit betegségük okoz és a mellékhatásokkal is jobban tisztában vannak (155).

Egészségértés és a fertőző vagy nem fertőző betegségek kapcsolata

Az egészségértési szint összefüggésbe hozható a fertőző és nem fertőző betegségekkel is. Az „European Centre for Disease Prevention and Control” (ECDC) létrehozott egy intervenció programot, mely az egészségértés növelését tűzte ki célul a fertőző betegségek megelőzése terén (180). A fertőző betegségek terén az intervenciók eredményei eddig sokkal inkább a tudásszint növekedését tűzték ki célul, mint az egészséges életmód bevezetését, rizikófaktorok elkerülését (181). A program ezt a

hiányt próbálja meg pótolni, felismerve az egészségértési szint fontosságát ezen betegségek terén is.

Egészségértés és a krónikus betegségek kapcsolata

A krónikus betegségekkel rendelkezők (7,182) és idősek számára (129,182-184) szintén kihívás lehet a megfelelő egészségértési szint elérése, ezáltal az információk megkeresése és megértése.

A krónikus betegséggel élők között is magas az alacsony egészségértéssel rendelkezők aránya (53,5%), azonban ez nincs összefüggésben a krónikus betegséggel és a szedett gyógyszerek számával (140). Egy másik kutatás azonban egyértelmű összefüggést mutatott ki az egészségértési szint és a krónikus betegséggel való ismerethiány között, bár tényként kezelendő, hogy a megfelelő egészségértéssel rendelkezők között sem volt optimális az ismereti szint a meglévő betegséggel kapcsolatban (153). Mivel a multimorbid, krónikus betegségekkel küzdők többségében alacsony iskolázottsági és szocio-demográfiai tényezőkkel rendelkeznek, ezért nem meglepő, hogy köztük gyakori az alacsony egészségértéssel rendelkezők aránya. Minél alacsonyabb egy multimorbid beteg egészségértési szintje, annál magasabb a kezelési teher (7). Azon betegek, akiknek több, mint három krónikus betegsége van és rossz egészségi állapotban vannak, szignifikánsan alacsonyabb az egészségértési szintje, mint társainak az S-TOFHLA kérdőívben elért eredmények alapján. Azon válaszadók, akik fizikálisan aktívak ($p < 0,001$), jó az egészség felfogásuk ($p < 0,001$), jó az életminőségük ($p = 0,017$) magasabb egészségértési szintet értek el, mint társaik (129). A cukorbetegség és stroke előfordulási arányánál megfigyelhető, hogy azok, akik magasabb egészségértési szinttel rendelkeznek kisebb az esélyük a megbetegedésre, mint az alacsony egészségértési szinttel rendelkező társaiknak (106).

2.5 Kritikus helyzetek az egészségügyben

Az egészségügyben számos kritikus helyzettel találkozhatunk (beteg szempontjából, infrastrukturális szempontból, humán erőforrás szempontból, stb.) mindez nézőpont kérdése. Szakirodalmi áttekintésünk során kizárólag a beteg szempontjából vizsgáltuk meg a kritikus helyzeteket, állapotromlásokat és azok esetleges összefüggését az egészségértési szinttel.

2.5.1 Egészségügyi kritikus állapotok felmérése és értékelése az egyén szintjén (sürgősségi ellátást igénylő kórképek és az egészségértés kapcsolata)

2.5.1.1 Sürgősségi betegellátás és egészségértés kapcsolata

Magyarországon is, mint számos más országban, a kritikus állapotromlások ellátására létrehozták a mentőszolgálatot, mint kórházon kívüli (prehospitális) ellátókat, és a sürgősségi betegellátó osztályokat, centrumokat, mint a kritikus helyzetek intrahospitálisan ellátó helyszíneit. A sürgősségi betegellátó egységek megnyitása óta eltelt időben egyre többen veszik igénybe ezeket az ellátási formákat (185), aminek számos oka lehet (186).

Az 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet „a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról” 31 olyan állapotot sorol fel, melyek életet veszélyeztető állapotok, betegségek, és sürgősségi ellátást igényelnek. Ebbe a kategóriába tartozik többek között a szepszis, eszméletlen állapot, szülés, mérgezések stb. (187). Ezeket az állapotokat egy laikus nem tudja biztonsággal megítélni (nem is várható el tőle), így számos olyan esettel is találkozhatunk egy mentőellátás vagy sürgősségi betegellátás során, mely nem igényelne szakmailag ilyen szintű ellátást (136). Mindez hozzájárul ahhoz is, hogy a sürgősségi osztályok alacsony akuitási szinttel rendelkező kórképpel érkező betegekkel van telítve (188,189), illetve az alacsony egészségértési szinttel rendelkezők gyakrabban veszik igénybe ezen ellátási formát (190,191). Mindez azonban nem csak a kórházi ellátásra igaz, hanem a mentőellátásra is. A mentőszolgálatot sokszor „taxiként” használják az emberek függetlenül a kórképtől és az aktuális állapotuktól. Egy kutatás szerint a mentőszállítások nagy része azért következik be, mert nincs más eszköz a beteg elmondása szerint, amivel bejuthat a kórházba. Azonban, ha hazaszállításról van szó, már sokkal kevésbé kéri a központi szállítást, család vagy barát által meg tudják oldani (192).

A sürgősségi osztályon felmérni a betegek egészségi szintjét nem egyszerű feladat, amennyiben nem szeretnénk a betegforgalmat és a folyamatos ellátást akadályozni. McNaughton és munkatársai igyekeztek kifejleszteni egy erre a helyzetre specializálódott kérdőívet, azonban nem vették figyelembe, a Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy-t (STARD - Diagnosztikai Pontosság jelenlétére vonatkozó szabályok) (193).

A betegek estén a megfelelő egészségértési szint hozzájárul ahhoz, hogy ki tudják szűrni a tényleg életet veszélyeztető állapotokat és az adott helyzetben a megfelelő döntéseket hozzák meg a legszakzszerűbb ellátás igénybevételéhez. Sok esetben okoz

nehézséget eldönteni, hogy az adott egészségügyi helyzet valóban sürgősségi ellátást igényel-e. Problémát jelent továbbá az is, hogy az emberek a mentők hívószámát ismerik, azonban az orvosi ügyelet hívószámát nem (194). Az alacsony egészségértési szint indikátora lehet a sürgősségi ellátás ismereti és gyakorlati hiányának. Továbbá az, hogy a betegek nem ismerik az ellátási szinteket a saját országukban, szintén hozzájárul ahhoz, hogy a legtöbben indokolatlanul is a sürgősségi osztályokat keressék fel (194,195). Felesleges megjelenéseket vonz magával az a tény is, hogy a betegek nem ismerik magát a sürgősségi ellátó rendszer feladatát sem. Vannak, akik abban a tudatban érkeznek oda, hogy gyorsabb ellátást kapnak, a saját kezelőorvosukkal találkozhatnak ott, mehetnek akkor is, ha nem tudják valamiért elérni a házi orvosukat (196). A betegek sokszor gondolják úgy, hogy ők „rendelhetnek” is ezeken az ellátó helyeken. Ilyen rendelések szoktak lenni a „labort kérek”, „röntgent, ultrahangot vagy CT vizsgálatot kérek”, „nekem kórházba kellene maradnom pár napra” (196).

A férfiak, idősek és akik valamilyen etnikumhoz tartoznak gyakrabban hívnak mentőt kisebb egészségkárosodások esetén, mint a társadalom többi része. Szintén többször kéri a mentősök segítségét és keresik fel a sürgősségi ellátórendszert, akik nem rendelkeznek a megfelelő erőforrásokkal, például nincs autójuk, alacsony egészségértési szinttel rendelkeznek, alacsonyan képzettek. Ide sorolhatóak azok a személyek is, akik félnek az állapot további romlásától is (197). Van azonban olyan kutatás is, amelyik nem mutatott ki összefüggést az egészségértés és a sürgősségi állapot szubjektív megítélése között (198).

Carpenter és munkatársai több egészségértés felmérésére alkalmas kérdőívet (REALM-R, S-TOFHLA, NVS) használtak sürgősségi osztályon. Az alacsony egészségértési szinttel rendelkezők, a kérdőív típusától függően, 24-65% között voltak (199). A változó eredmények oka lehet, hogy a különböző mérőeszközök az egészségértés különböző dimenzióit mérik fel (57). A kutatás eredményei arra engednek következtetni, hogy a mérőeszközök közül a REALM-R a legjobban alkalmazható kérdőív, mivel ez volt a legegyszerűbben és leggyorsabban kitölthető (199). Egy másik kutatásban a sürgősségi osztályon megjelenő betegek közül, szintén 25% volt az alacsony egészségértéssel rendelkezők aránya az S-TOFHLA kérdőív használatával (200). A szocio-demográfiai tényezők befolyásoló hatása (idősebb életkor, alacsony iskolai végzettség, alacsony bevétel) szintén megjelent a sürgősségi osztályos betegek körében is (200). Amennyiben nem csak az egészségértést, de külön számolási feladatokat is kapnak a betegek, egy tanulmány szerint, csupán 4% tudott a

négy számolási feladatra helyesen válaszolni és 20% egy kérdésre sem tudta a helyes választ. Ezek az eredmények mérsékelten összefüggést mutattak az egészségértési szinttel is (201). Az alacsony egészségértéssel rendelkezők, fele annyi számolási kérdésre tudtak helyes választ adni, mint az adekvát egészségértéssel rendelkezők (201). Az alacsony egészségértési szint szintén összefügg a sürgősségi osztályon eltöltött idővel (202).

A sürgősségi osztályon alacsony egészségértéssel rendelkezők magas arányára tekintettel, McCaffery és munkatársai kidolgoztak egy 5 elemből álló rendszert (US Preventative Health Task Force- USPHTF), mely segítheti ezeket a betegeket (203). Az 5 elem a következő: (1) megérti a betegsége vagy állapota természetét; (2) tisztában van az elérhető klinikai vizsgálatokkal és azok esetleges következményeivel; (3) megfelelő módon figyelembe veszi, hogy egyénileg mit részesít előnyben; (4) részt vesz személyesen a döntéshozatalban, (5) a saját értékeivel egybehangzó döntéseket hoz, vagy úgy dönt, hogy elhalasztja a döntést (204).

Akut kórállapotok és az egészségértés kapcsolata általánosságban

Magyarországon a 2020-as évben 141 002 halálozást regisztráltak. A leggyakoribb halálok, mind a nők, mind pedig a férfiak körében még mindig a daganatos megbetegedések (31 623). Ezt követi az ischaemiás szívbetegség (26 280), agyér betegség (11 722), heveny szívizomelhalás (5 655), hörghurut, tüdőtagulat és asztma (5 352) (205). A sürgősségi osztályos megjelenések esetében is évről évre előtérbe kerülnek ezek a kórképek. A kiemelkedő fontosságú kórképek folyamatosan változnak. Az 1980-as években a szívinfarktus, majd a tüdőembólia, ezt követően a 2000-es évek elején a stroke, majd a 2010-es években a szepszis ellátása került előtérbe, ezen protokollokat fejlesztették (185).

Akut kórállapotok és az egészségértés kapcsolata- Szív és érrendszeri betegségek

A szív és érrendszeri betegségek a világ több részén a vezető halálokok közé tartoznak. Évente több, mint 15 millióan halnak meg szív és érrendszeri betegségben (206). Magyarországon is évente több ezer ember hal meg emiatt. A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai alapján a 2020-as évben 43 657 beteg halt meg heveny szívizomelhalás, ischémiás szívbetegség és agyérbetegségben (205). Ezek a számok is rámutatnak, hogy ezek a betegségek már társadalmi szinten igényelnek megoldást.

A magas halálozás egyik oka lehet a nem megfelelő időben kapott orvosi ellátás. Sokan nincsenek tisztában a szívinfarktus és stroke tüneteivel, még ha ezek alapismereteknek is tűnnek. Az általános populáció a leggyakrabban előforduló tüneteket (mellkasi nyomó fájdalom, légzési nehezítettség, karban, vállban előforduló diszkomfort érzés) jobban felismeri, mint a kevésbé specifikusakat (hányinger, hasi fájdalom, gyomortáji fájdalom). A CVD-vel diagnosztizált betegek a tünetek felismerésében jobbak, mint az átlag populáció (207).

Kardiovaszkuláris megbetegedések esetén az egészségről szóló információk megértésének hiánya és az aktív együttműködés hiánya az egészségügyi szolgáltatókkal, gyakoribb háziorvosi vizsgálat, sürgősségi osztályos megjelenéssel, gyakoribb kórházi felvételekkel és hosszabb bennfekvéssel jár (208).

Az egészségértési szint egy független prediktora a 30 napos újbóli kórházi felvételnek egy akut miokardiális infarktus (AMI) után. Továbbá előre jelezhető az is, hogy hányzori újrafelvétele lesz a betegnek ezen az időn belül (209). A jobb egészségértési szint összefüggésbe hozható a fizikai aktivitás növelésével, egészségesebb étrenddel és magasabb szintű önbevalláson alapuló egészségi állapottal. Továbbá az információk megfelelő megértése segítséget nyújt a súlykontrollban, az egészségügyi szolgáltatókkal való megfelelő együttműködés pedig segíti a dohányzásról való leszokást (210). Mindezek mellett, az, hogy valaki birtokában van az információknak (mit kellene tenni a betegség megelőzése, kezelése érdekében), nem biztos, hogy ezt a mindennapi életében alkalmazni tudja (211). Az alacsony egészségértési szint a gyógyszereszedési szokásokra is hatással van, ami a kardiovaszkuláris betegségben szenvedőknél igen nagy gondot jelent, hiszen ezen gyógyszerek nem megfelelő alkalmazása súlyos következményekkel is járhat (211).

A szívelégtelenség szintén gyakran fordul elő az életkor előrehaladtával. Magyarországon 250-300 000 beteg szenved szívelégtelenségben, 30-35000 az évenként újonnan diagnosztizáltak száma. A betegség halálozása meghaladja a 25%-ot (212). Szakirodalmi áttekintés alapján, ezen betegek között is gyakori az alacsony egészségértéssel rendelkezők aránya (17,5%-97%, átlagosan 39%). Ezen betegek körében is az életkor, iskolai végzettség, kognitív funkció (213), etnikum (213,214), és az anyagi helyzet (214) befolyásoló hatással bírnak. Az alacsony egészségértési szinttel rendelkezőknek kevesebb ismeretük volt a betegségről, mint társaiknak (213). Egy szisztematikus áttekintésben összefoglaltak alapján a betegek 24%-a rendelkezett inadekvát vagy marginális egészségértési szinttel, ami összefüggést mutatott

magasabb halálozási mutatóval, kórházi felvétellel és sürgősségi osztályos megjelenéssel (215).

Összehasonlítva az akut szívelégtelenséggel küzdő és AMI-s betegeket elmondhatjuk, hogy a szívelégtelenségben szenvedők között alacsony egészségértési szint aránya nagyobb (50,9%), mint AMI-s (20,6%) társaiknál ($p < 0,001$) (214).

2.5.2 Egészségügyi kritikus állapotok felmérése és értékelése a társadalom szintjén (természeti és civilizációs katasztrófák, különös tekintettel a pandémiákra)

Amikor katasztrófákról beszélünk, sokszor a természeti katasztrófára gondol első körben mindenki, azonban számos más típusú katasztrófával is találkozhatunk. Ha csoportosítjuk a katasztrófákat, két nagy típust különíthetünk el: (1) természeti eredetű és (2) civilizációs eredetű katasztrófák. Természeti eredetű katasztrófán belül találkozhatunk hidrológiai (árvíz, belvíz, hirtelen áradás), geológiai (földrengés, földcsuszamlás) és meteorológiai (szélvihar, aszály, hőség, rendkívüli hideg, téli veszélyek, heves zivatarok, tornádók) katasztrófával. Civilizációs eredet esetén beszélhetünk nukleáris-, vegyi balesetről, veszélyes anyag szállításról, közlekedési balesetről, biológiai veszélyekről, tüzesetekről és járványokról (216). Disszertációm témájából adódóan a szakirodalmi áttekintés ezen részében a járványok okozta társadalmi problémákról írok részletesen.

Magyarországon a 18/1998 (VI.3) NM rendelet tartalmazza a fertőző megbetegedések és járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedéseket (217). Ebben a rendeletben található információ a védőoltásokra, járványügyi intézkedésekre, valamint dokumentációs és bejelentési kötelezettségre vonatkozó információkat.

Pandémiának nevezzük azt a járványt, ami a kontinenseken átível és akár az egész földön is elterjedhet (218). Számos pandémiával találkozhattunk az évek során. A múltban ezek többnyire a háborúhoz (krími háború: 1853-1856, porosz-francia háború: 1870-1871, orosz-török háború: 1877-1878) voltak köthetőek. Ilyen járványok voltak többek között a tífusz, kolera és a vérhas (219). A járvány terjedésének már akkor is az egyik formája a hódítások általi vándorlás, illetve a migráció volt (220).

A járványok elleni védekezés az idő előrehaladtával nem mutat nagy különbséget. A különbség talán annyi, hogy régebben az egészségügyi intézkedések voltak hatékonyabbak, ma pedig a gyorsan fejlődő, reagáló orvosi ellátás az, ami előtérbe

kerül. A kettő, kiegészítve egymást, segíti legjobban a járványok megfékezését. A járványok egyik leghatékonyabb megfékezésének módja a karantén (221).

2.5.2.1 Az egészségértés és a COVID-19 pandémia

A COVID-19 megbetegedést a SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2; súlyos akut légzőszervi szindróma-koronavírus-2) néven ismert koronavírus okozza. Korábban több koronavírus (229E, NL63, OC43, or HKU1) is okozott már megbetegedéseket, de azok lefolyása nem volt ilyen súlyos (222). A SARS-CoV 2002-ben jelent meg és terjedt el járványszerűen világszerte. A SARS-CoV-2 vírus, egy egyszálú RNS vírus, mely nevét a tüskefehérjéről kapta, cseppfertőzéssel terjed emberről emberre (223).

Az első COVID-19 beteget 2019. december 8-án regisztrálták Kínában, Hubei tartományban, Vuhán városában. A vírus gyors terjedésére a tartományok közötti gyors megjelenés és a magas esetszámok hívták fel a figyelmet. Annak ellenére, hogy a kínai kormány meghozta az óvintézkedéseket (egyéni védőfelszerelések használata, karantén bevezetése, tömeges rendezvények lemondása, repülőgép járatok törlése, stb), 197 ország volt érintett a járványban világszerte 2020. március 31-ig. 2020. március 11-én a WHO hivatalosan is bejelentette a világjárvány kitörtét (224). Magyarországon az első két esetet március 4-én regisztrálták, majd március 11-én veszélyhelyzetet hirdettek az országban (225).

A fertőzöttek gyakori tünetei megegyeztek az influenza tüneteivel, mint a láz, köhögés, fáradtság, nehéz légvétel. A szövődmények között a leggyakoribb a pneumónia, légzési elégtelenség és sokk volt (226).

Magyarország a járvány kétéves időszakában (2020. március-2022. március) az Európai Unión belül az alacsony esetszámokkal rendelkező országok közé tartozott, ami összefüggést mutat az alacsony tesztelési aránnyal. A koronavírus miatt kórházi kezelésre szorulók és a koronavírus okozta halálozások egymillió főre vetített magyarországi értékei a második legmagasabbak az EU-n belül. A halálozási mutatókat sok minden befolyásolhatja, többek között a lakosság általános egészségi állapota (227), a lakosság jövedelmi helyzete (227,228), a korlátozó intézkedések (229), az egészségügyi ellátórendszer kapacitása és minősége (230).

Az egészségértést a járványok idején az oltásokhoz kötődően is meg kell említeni. Ebben az esetben nem csak az oltások ismeretéről kell meggyőződni, ez ennél sokkal komplexebb kérdéskör. A 3C modell szerint az oltáshoz való hozzáállást (ellenállást)

a magabiztosság (confidence), önelégültség (complacency), és kényelem (convenience) befolyásolják leginkább (231). Az egészségértés, a vakcináltság tekintetében, mind az egyéni, csoportos és kontextuális részen is meghatározó tényező lehet (232). Mindemellett egy szisztematikus áttekintés rávilágít arra, hogy az egészségértés és a vakcina felvétele között nem mutatható ki egyértelmű összefüggés és további vizsgálatok javasoltak, hiszen számos más befolyásoló hatást is számba kell venni, mint pl. az ország, társadalom helyzete, oltás típusa (233).

2.5.2.2 E-egészségügy a járvány alatt

A digitalizáció hatására az e-egészségügy fogalma is egyre jobban bekerült a köztudatba. A digitalizáció az egészségügyben lehetőséget nyújt új diagnosztikus eljárások, új terápiás módszerek és távfelügyeleti rendszerek alkalmazására, valamint az egészségmegőrzésben is fontos szerepe van (234). Magyarországon az e-egészségügy és a távorvoslás elkülönül egymástól. Az e-egészségügy az egészségügyi szolgáltatások mellett az egészséges életmódban segítséget nyújtó szolgáltatásokat is magába foglalja (235), míg a távorvoslás egészségügyi szolgáltatásokra korlátozódik abban az esetben, amikor az orvos és a beteg helyileg különböző területen tartózkodnak (236). Az amúgy is folyamatosan fejlődő e-egészségügy a járvány hatására még gyorsabb fejlődésnek indult. Az a tény, hogy több ellátási forma szünetelt a COVID-19 járvány alatt arra ösztönözte a betegeket és az orvosokat, hogy egyre gyakrabban használják a betegellátás ezen formáját, ezzel egy kompromisszumos megoldást találva mind a beteg, mind pedig az ellátó számára (237). A távorvoslás többnyire lehetővé tette az enyhe tünetekkel rendelkező COVID-19-ben szenvedő betegek ellátását is, anélkül, hogy veszélyeztették volna mások egészségét azzal, hogy felkeresik az alapellátó intézményt (238). A pandémia alatt, a világ különböző részein több távegészségügyi szolgáltatást indítottak el, melyek szűrésekre és betegfelügyeletre is alkalmasak (239). Ez magával vonzotta azt is, hogy a digitális egészségértés fejlesztése elengedhetetlenné vált. Egy kutatásban kimutatták, hogy minél inkább jártas valaki a számítógépek használatában, annál nagyobb elvárásokkal rendelkezik a távegészségügy területén is. Továbbá azok a felhasználók, akik féltek a megbetegedéstől szívesebben használták ezeket a rendszereket (234).

2.5.2.3 Infodemic és egészségértés a járvány idején

A járvány kitörése óta a lakosság vírusfertőzésekhez való hozzáállása folyamatosan változik (240). A pandémiára adott válasz a félelemtől a bagatellizáláson át a

vírustagadásig terjed (241). Mindezt elősegíti az a sok információ, ami a vírussal és a járvánnyal kapcsolatosan terjed, hiszen az emberiség történetében még egy járvány alatt sem volt elérhető ennyi egészségügyi információ különböző forrásokból. Felmerül a kérdés, hogy ezeket az információkat az egyén hogyan tudja beépíteni a mindennapjaiba és a viselkedésébe (242). A járvány kitörését rengeteg dezinformáció kíséri, ami megnehezíti a betegséggel kapcsolatosan hozott döntéseket a laikusok számára (243). A WHO „infodemic”-nek nevezte el a COVID-19 fertőzéshez kapcsolódó dezinformáció áradatot. Azon információk tartoznak ide, amik tudományosan meg nem erősített módon, propaganda jelleggel, összeesküvés elméletekkel vannak kiszínezve (244, 245). Ezen információk megnehezítik a valós, igazságtartalommal rendelkezők kiszűrését, elősegítik a rossz információk terjedését, mellyel a népegészségügyi intézkedéseket negatív irányba befolyásolják (245). A közösségi média (Facebook, Twitter, YouTube, TikTok, stb.) hatása messze nem elhanyagolható a dezinformációk terjesztésében. Egy kutatásban 112 millió közösségi médiás posztot néztek át a COVID-19-hez kapcsolódóan és kimutatták, hogy a posztok több, mint 40%-a megbízhatatlan forrásra hivatkozik (246). Egy másik kutatás szerint a felnőttek 67,78%-a van kitéve dezinformációnak a közösségi médiában a COVID-19 járványhoz köthetően (247). 2020. március és áprilisa között, egy hónap alatt az oltásokhoz kapcsolódó dezinformációs források megtekintése elérte a 4,5 milliárdot (248). Naeem és munkatársai a COVID-19-hez kapcsolódó dezinformációkat 3 csoportra bontották: (1) hamis állítások, (2) összeesküvés elméletek és (3) áltudományos egészségügyi óvintézkedések, terápiák (243).

Az egészségértés és ezen belül is a digitális egészségértés szintje nagyban befolyásolhatja, hogy hogyan reagálunk ezekre az információkra. Az egészségértési szint szintén hatással van a koronavírushoz való hozzáállásunkra. Azon egyének, akik alacsony egészségértési szinttel rendelkeznek rosszabbul és gyakrabban érintettek a vírussal kapcsolatos megbetegedésben, mint a magasabb egészségértési szinttel rendelkezők, mivel nem képesek megérteni és betartani az egészségügyi ajánlásokat (37, 249). A nem, az életkor, a COVID-19-hez kapcsolódó internetes keresések gyakorisága, és a tudásszint a COVID-19 járvánnyal kapcsolatosan mind befolyásolják a digitális egészségértési szintet a járvánnyal kapcsolatban (250). Azok, akik hisznek a közösségi médián keresztül terjedő információknak gyakrabban hiszik el a hamis információkat a COVID-19 járvánnyal kapcsolatban (151). Az egyetemi végzettség és a kormány által közölt információkba vetett hit védő faktorként

szerepelhet a valótlan információk ellen (151). A téves információknak való kitettség összefüggésbe hozható a dezinformációkban való hiedelemmel, ami szintén összefüggött a megelőző intézkedések alacsonyabb szintű betartásával (247). A digitális egészségértés fejlesztését és ezáltal a kritikus gondolkodás előtérbe helyezését elengedhetetlennek mondhatjuk a dezinformációk kiszűréséhez és terjedésének megakadályozásához, különösen pandémiás időszakban (250,252). Az, hogy valaki hisz a fals információknak összefüggésbe hozható azzal, hogy milyen posztolási szokásai vannak. Ők ugyanis kevésbé ellenőrzik le, hogy milyen híreket osztanak meg, posztolnak tovább, ezzel egy kört alkotva, mely folyamatosan generálja a dezinformációkat tartalmazó megosztásokat (251). Mindamelllett, hogy az egészségértés növelése is elengedhetetlen, számos szoftvert hoztak létre annak érdekében, hogy kiszűrjék a hamis információkat. Vannak olyanok is, amik kifejezetten a COVID-19 pandémiához köthető információkra vonatkoznak (ClaimBuster Fact Checker, FactCheck.org, Google Fact Check Tools) (243).

Az egészségértés és a digitális egészségértés nem csak a polgároknak, hanem a döntéshozóknak is elengedhetetlen ahhoz, hogy szintetizálják, elemezzék és felmérjék, hogy mely információk elfogadhatóak számukra (253). Ausztráliában az alacsony egészségértéssel rendelkezők kevesebb ismerettel rendelkeznek a COVID-19 tüneteiről, nehezebben ismerik fel azokat a viselkedésformákat melyekkel a fertőzés elkerülhető lenne, nehezebben találnak és értik meg az információt, amit a kormány a COVID-19 kapcsán szolgáltat. Köztük kevesebben tartották fontosnak a szociális távolságtartást a fertőzés elkerülése érdekében és a karantén idején kevésbé tudták a gyógyszereszedési szokásaikat betartani (254). Ha áttekintjük az ausztráliai (254) és orlandói (255) kormányzati COVID-19 információkat közlő oldalakat elmondható, hogy magas olvasási és nyelvtudási készséget képvisel, így az alacsony egészségértési szinttel rendelkezők nem biztos, hogy megértik és az elvártak szerint tudnak cselekedni. Mindennek kiküszöbölése érdekében elengedhetetlennek mondható, hogy a kormányzati információk az egészségértés dimenziói mentén legyenek közzétéve: egyszerű hozzáférés, egyszerű megértés, egyszerű használat, az ország kultúrájához igazodva, releváns az ország populációjára nézve (40). Mindemelllett az, hogy mennyire hatékony egy kormányzati intézkedés attól is függ, hogy az emberek mennyire képesek bevezetni a mindennapjaikba. A járvány kontrollálása érdekében hozott döntések az emberek részéről széleskörű megértést kívánnak ahhoz, hogy sikeres legyen a védekezés (256). A COVID-19 az internetes keresésekre is hatással

van. A keresések kezdetben a vírus okozta megbetegedésre, tünetekre, védekezésre irányultak, majd a munkahelyi és iskolai változásokra vonatkoztak leginkább (257).

A COVID-19 az egészségértés és más területeken is arra ösztönözte a kutatókat, hogy új mérőeszközöket hozzanak létre. Ilyen mérőeszköz a COVID-19-től való félelem felmérésére alkalmas eszköz (fear of COVID-19 scale: FCoV-19S), az egészségértést felmérő eszközök a HLS-COVID-Q22 (43) vagy HL-COVID (258), a digitális egészségértést felmérő skála, mely a COVID-19-re specializálódott kérdéseket tartalmazza, vagy a tudás, attitűd és gyakorlat felmérése a COVID-ról (KAP COVID-19) kérdőív (259). Gyakran alkalmazzák ezeket az eszközöket együtt, de külön-külön is képet adnak a mért kérdésköréről. A FCoV-19S skála eredményei alapján elmondható, hogy a magasabb egészségértési szinttel rendelkezők kevésbé félnek a járványtól (41). Mindemellett azok, akik kevésbé tartanak a vírustól nagyobb arányban ódzkodnak az oltástól (260). A félelem a járványtól negatívan korrelál az étellel való elégedettséggel és növeli a depresszió, szorongás és stressz előfordulását (261). A magasabb életkor, utolsó év az egyetemi képzésben, férfi nem, gyógyszerek megfizethetősége mind alacsonyabb félelemszinttel társult. Mindemellett a magasabb félelem szinttel rendelkezők dohányoznak és gyakran fogyasztanak alkoholt (41). Az előzőekkel ellentétben egy scoping review szerint a női nem, fiatal életkor és a média használata erősen összefügghet a járványhoz kapcsolódó félelmekkel, mint például egy családtag, szeretett személy megfertőzésével (262). Egy másik kutatásban szintén egyetemi hallgatók körében vizsgálva az egészségértést a korlátozott egészségértéssel rendelkezők közé tartoztak azok, akik nem érezték magukat jól informáltként illetve összezavarodva érezték magukat a járvánnyal kapcsolatban (43). A COVID-19-hez kapcsolódó egészségértés skálán Olaszországban a válaszadók majdnem fele a kitűnő kategóriába volt tehető, de mindennek ellenére nehézséget okozott nekik a járványhoz kapcsolódó információk megértése, feldolgozása (256). Hasonló eredményeket kaptak különböző népesség alapú vizsgálatokban is (43,263). Az egészségértés és a digitális egészségértés pozitív hatással lehet a COVID-19 elleni védekező viselkedés tekintetében (263).

Szakirodalmi áttekintésünk során igyekeztünk képet adni az egészségértés fogalmáról, annak befolyásoló tényezőiről, az alacsony egészségértés hatásairól és a kritikus helyzetekkel való összefüggéseiről. Szakirodalmi áttekintésünk eredményeként elmondható, hogy a jó egészségértés, mind egyén, mind pedig társadalmi szinten

elengedhetetlen ahhoz, hogy a kritikus helyzetekben megfelelően viselkedjünk és az egészségügyi kapacitásokat megfelelően kihasználhassuk.

3 Minta és módszer

Kutatásunk több fázisból tevődött össze, melyek az egészségértés vizsgálatát célozták, azonban annak különböző aspektusait. Minden vizsgálat keresztmetszeti vizsgálat volt. Első lépésként egy pilot vizsgálatot végeztünk („A” kutatás), ahol az alacsony szocio-ökonómiai helyzetben lévőket mértük fel, ellenőriztük a kérdőív validitását. Ezen fázisban a demográfiai és gazdasági, valamint egészségügyi mutatókat vizsgáltuk, hogy hogyan befolyásolják az egészségértést. Ezt követően a vizsgálatot országos szinten is elvégeztük („B” kutatás). Ezen kutatásunk célja volt összehasonlítani az egészségértési szintet az alacsony szocio-demográfiai, gazdasági mutatókkal élők körében. Vizsgáltuk továbbá az egészségi állapot, gyógyszerszedési szokások, SBO-s megjelenések, triage rendszer fogalmának ismeretét, valamint ezek befolyásoló hatását az egészségértésre.

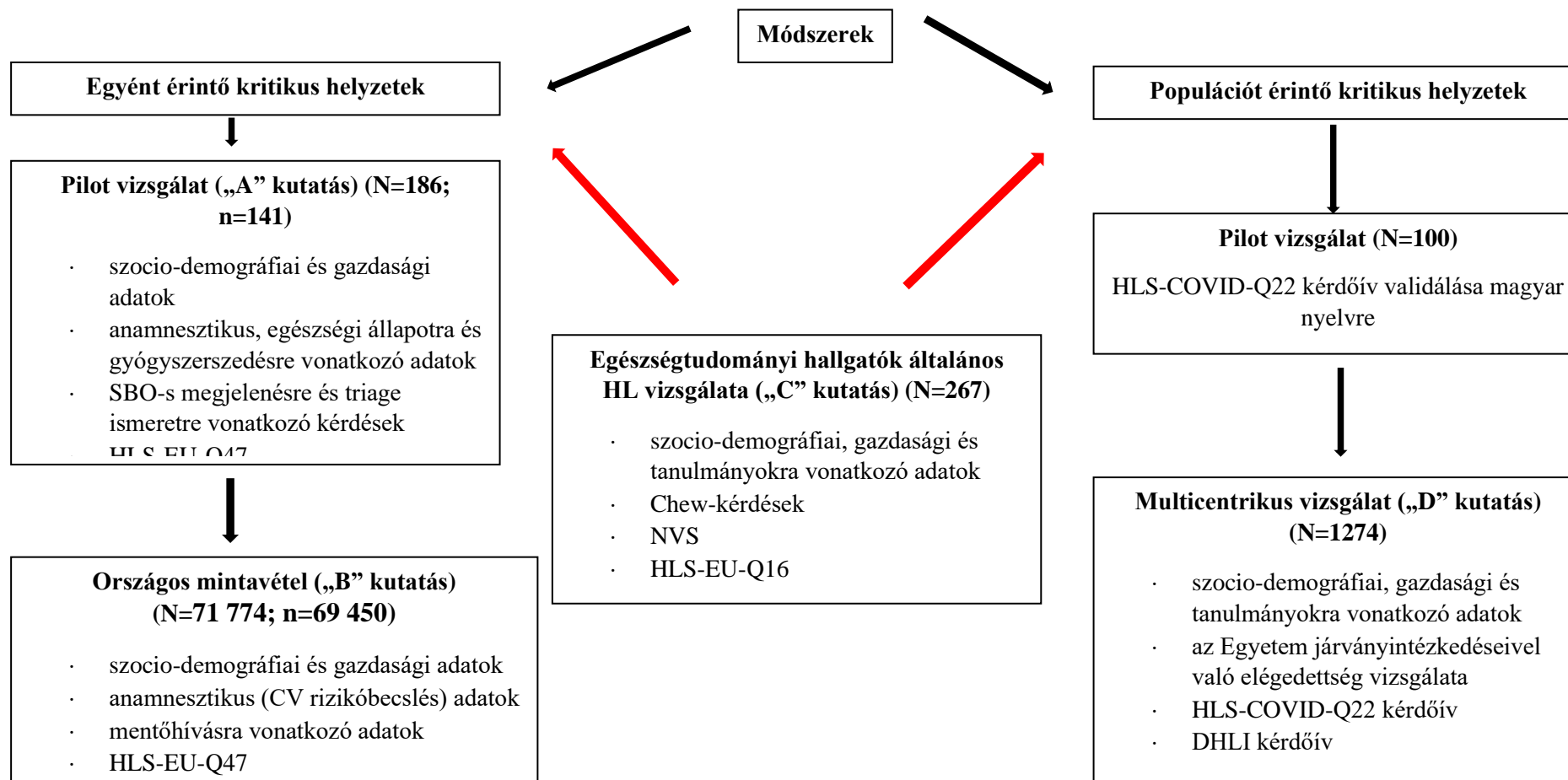
Második lépésként az egészség tudományi területen tanuló hallgatók szubjektív és objektív egészségértését mértük fel („C” kutatás), mivel úgy gondoljuk, hogy a későbbi egészségügyi dolgozók megfelelő egészségértési szintje nagyban hozzájárul a kritikus helyzetek kezelési stratégiáihoz, valamint a páciensekkel történő megfelelő kommunikációhoz, bizalom kialakításához. A járványhelyzetre reflektálva, az egészségértést a COVID-19 járvány szemszögéből vizsgáltuk szintén hallgatók körében, azokon az egyetemeken („D” kutatás), ahol egészség tudományi képzés folyik. Ezen vizsgálat során a COVID-19 járványra reagálva, validáltuk magyar nyelvre a HLS-COVID-Q22 kérdőívet és kiegészítettük a digitális egészségértést felmérő kérdőívvel.

A „C” kutatás keretén belül célunk volt felmérni, hogy milyen a szubjektív és funkcionális egészségértési szintjük a még nem végzett PTE Egészség tudományi Karon tanuló diákoknak, valamint van-e különbség a magyar és külföldi diákok egészségértési szintjei között. Továbbá kerestük az összefüggéseket a használt mérőeszközök eredményei között.

A „D” kutatás keretében felmértük a hallgatók szubjektív és digitális egészségértési szintjét a COVID-19 járvánnyal összefüggésben, valamint az Egyetemük által hozott intézkedések, tanulmányi, szocio-demográfiai, gazdasági mutatók befolyásoló hatására az egészségértéssel kapcsolatban. Szerettük volna összehasonlítani a szubjektív és digitális egészségértés felmérése során kapott eredményeket.

A kutatások során alkalmazott módszereket a 4. számú ábra foglalja össze.

4. számú ábra: Az egészségértés kutatás menetének ismertetése



→ A jövőbeli egészségügyi szakemberek HL szintje szintén befolyásolhatja a kritikus helyzetek kezelését, ezért is tartottuk fontosnak ezt is általánosságban felmérni

3.1 Pilot és országos vizsgálat

3.1.1 A kutatások résztvevői

3.1.1.1 Pilot vizsgálat („A” kutatás)

A pilot vizsgálat résztvevőit a Sellyei Egészségfejlesztési Iroda segítségével és házi orvosok bevonásával (toborzásban való segédkezés) értük el 2019 áprilisában és májusában. Vizsgálatunkban nem csak az adatfelvételnek helyet adó települések lakosai vehettek részt, hanem a környező településekről a programokra érkezők is. A kérdőívet 186 fő töltötte ki, de 45 fő kizárásra került, így a minta nagysága 141 fő (N=141) volt. A vizsgálat megkezdése előtt minden résztvevőt tájékoztattunk a vizsgálat menetéről, a tájékoztatást írásban is megkapták, majd beleegyező nyilatkozatot kellett aláírniuk a részvételhez. A vizsgálat személyes jelenléttel zajlott le, kérdezőbiztosok segítségével.

Minden olyan 18. életévét betöltött magyar állampolgár részt vehetett a kutatásban, aki magyarul beszél és aláírta a beleegyező nyilatkozatot. Kizárási kritériumként adtuk meg, ha valaki bizonyos pszichiátriai betegségekben szenved (pl.: skizofrénia), gyámság alatt van, demens vagy Alzheimer kórban szenved, vagy alkoholos befolyásoltság alatt áll.

3.1.1.2 Országos minta („B” kutatás)

Az országos mintavételre a Gottsegen György Országos Kardiologaszuláris Intézet Három Generációval az Egészségért projektjén belül került sor. A projekt keretén belül csak az adatgyűjtés történt meg az általunk korábban pilot vizsgálaton átment kérdőívvel. A mérőeszköz összeállítása, adatok feldolgozása, és prezentálása az egészségértés tekintetében témavezetőm és általam történt meg.

A vizsgálati mintát a házi orvosi praxisközösségek által a programba bevont azon páciensek alkották, akikről az adatszolgáltatás elektronikusan megtörtént. A páciensek bevonására három célcsoportból (0-18 évesek, 40-65 évesek, 65 év feletti) került sor a házi orvosi praxisokban a vállalt keretszám eléréséig. A bevonás konzekutív módon történt - a személyes vagy telekommunikációs úton bármely okból történő rendelésen való megjelenés, illetve adminisztratív okból történő esetkezelés kapcsán - azok közül, akik a három, előbb megjelölt korosztályba tartoztak és beleegyeztek a programban való részvételbe. Az adatszolgáltatást a résztvevő praxisok központilag biztosított

online-felületen (Icardio) keresztül végezték, ahonnan az adatokat az elemzéshez már személyazonosításra alkalmatlan módon kaptuk meg, ugyanakkor minden egyedi adatsor egy bevont pácienshez kapcsolható maradt, akinek személyazonosságát - szükség esetén - csak a saját háziorvosa tudta visszafejteni. Az adatgyűjtés 2019 január és 2020 szeptembere között zajlott. A kizárási kritériumokat figyelembe véve (nem azonosítható adatsor, rosszul felvett válaszok, hiányos válaszsorok) a mintánk elemszáma 69. 450 fő volt.

3.1.2 Kutatási eszköz: Általános egészségi állapot, gyógyszereszedési szokások, betegségek, sürgősségi osztályos megjelenések és a HLS-EU-Q47

Az adatokat egy saját szerkesztésű kérdőív (II. számú melléklet) segítségével vettük fel (a pilot és országos mintavétel során is), mely két fő részből állt. Az első részben az aktuális állapot felmérése (testsúlymérés, testmagasság meghatározás, vérnyomás, pulzus és véroxigén szint mérés) történt meg, valamint kérdéseket tettünk fel a szocio-demográfiai státuszra, betegségekre, gyógyszereszedésre vonatkozóan. A BMI értéket utólag határoztuk meg a felmért adatok alapján, normál BMI-nek tekintettük a 18,5 és 24,99 közötti értéket (264). A vérnyomás érték normál szintjének meghatározása a Magyar Hipertónia Társaság ajánlása szerint történt (265).

A sürgősségi osztályos megjelenések tekintetében a bekerülés módjára, okára, várakozási időkre (saját emlékezet alapján) és elégedettségre utaló kérdéseket tettünk fel, amit kiegészítettünk a triázs rendszerrel kapcsolatos ismeretet felmérő kérdésekkel. A triázs tekintetében a következő definíciót alkalmaztuk rövidítve: *„A triázs olyan kiválasztási és rendszerezési folyamat, amelynek során a kritikus gondolkodásmódot elsajátító, speciális képesítést szerzett ápoló, mentőtiszt vagy orvos a sürgősségi osztályra érkezést követően a lehető leggyorsabban értékeli a beteg állapotát, különös tekintettel a vezető panaszok súlyosságára, a triázs kategória megállapítására, a beteg állapotának megfelelő ellátási szint és annak időbelisége meghatározására, az egészségügyi és emberi erőforrások hatékony és megfelelő elosztására”* (266). Ennek vizsgálata azért fontos, hogy megismerhessük, hogy az osztályon megjelenő betegek képesek-e megérteni és ténylegesen felhasználni azokat az információkat (akár a kórházban kihelyezett tájékoztató anyagok, akár a médiában megjelenő információk alapján), melyek bemutatják, hogy a sürgősségi osztályon nem érkezési sorrendben történik az ellátás, valamint nem is „gyorsasági” ellátásról van szó.

Az elégedettségi szintet egy 5 fokozatú Likert-skála segítségével mértük fel, ahol a kategóriák a következő képen alakultak: 1- egyáltalán nem volt elégedett, 2- nem volt elégedett, 3- nem volt sem elégedett, sem elégedetlen, 4- elégedett volt, 5- teljes mértékben elégedett volt.

A második részben az egészségértést egy standardizált, korábban hazánkban validált (5) kérdőív segítségével mértük fel (HLS-EU-Q47). A kérdőívnek különböző aldimenziói vannak: (1) három egészséggel kapcsolatos terület: az egészségügyi rendszer (health care – HC), betegségmegelőzés/prevenció (disease prevention - DP) és egészségfejlesztés (health promotion – HP), valamint (2) négy információszerezésre irányuló alindex, mint az elérés, értékelés, megértés és alkalmazás. A válaszadók egy 1-től 4-ig terjedő skálán jelölhetik, hogy mennyire könnyű, illetve nehéz nekik a felsorolt dolgokat elvégezni. A válaszok a következők lehetnek: 1-nagyon könnyű, 2- inkább könnyű, 3- inkább nehéz, 4- nagyon nehéz. Az 5-ös opcionális válaszlehetőség a „nem tudja” az első 16 kérdésnél egyszer (HC index), 17-31 kérdés (DP index) szintén egyszer és a 32-47 (HP index) kétszer volt megengedhető. Amennyiben ezek többször fordultak elő a kérdőívet értékelhetetlennek tekintettük. A válaszadók egészségértési szintje négy kategóriába sorolható a válaszok alapján: 0-25 elégtelen/inadekvát, 26-33 problémás, 34-42 megfelelő és 43-50 kitűnő. Az elégtelen/inadekvát és problémás kategóriát összevonva, korlátozott/limitált egészségértési szintnek nevezzük. Az indexeket és alindexeket standardizálták egy 0-50-ig terjedő skálán, mely az alábbi képlet alapján számítható ki: $index = (\text{átlag} - 1) * (50/3)$, ahol

- átlag: az indexet alkotó kérdések empirikus átlaga;
- 1: az indexek átlagának elméleti minimuma;
- 50: a választott mérőszám standardizált maximuma;
- 3: az átlag elméleti terjedelme. (5)

A kérdőívet minden résztvevő egy kérdezőbiztos segítségével töltötte ki, akik rendelkeztek a kutatás menetével és a felmérés módjával kapcsolatos információkkal. Először a méréseket végezték el, majd ezt követően került sor a kérdések megválaszolására.

3.2 Egyetemi hallgatók körében végzett vizsgálatok- A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar hallgatói körében végzett kutatás („C” kutatás)

3.2.1 A kutatásban résztvevők

A vizsgálatban a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar aktív hallgatói státusszal rendelkező hallgatói vehettek részt minden évfolyamról, minden szakirányról, magyar és angol nyelvű képzésből egyaránt. A PTE ETK hallgatói az egyetemi tanulmányi rendszeren (NEPTUN) keresztül kapták meg a kérdőív elérhetőségét. A kérdőív kitöltésére 2021 január és május között volt lehetőségük azon hallgatóknak, akik a tájékoztató elolvasása után beleegyeztek a vizsgálatban való részvételbe. A kérdőív kitöltése az Microsoft 365® Microsoft Forms-on keresztül történt. A vizsgálatba 267 hallgató vett részt, 230 a magyar nyelvű képzésről és 37 az angol nyelvű képzésről. Kizárásra kerültek azon hallgatók, akik az egészségértésre vonatkozó kérdések esetén hiányos vagy értékelhetetlen válaszokat adtak.

3.2.2 Szubjektív egészségértés felmérése a HLS-EU-Q16 és Chew-kérdések segítségével, valamint az objektív egészségértés felmérése a NVS mérőeszközzel

A vizsgálatban egy saját szerkesztésű kérdőívet használtunk, mely tartalmazott standardizált elemeket is (III. számú melléklet). Szocio-demográfiai, gazdasági és tanulmányi adatokra vonatkozó kérdésekkel kezdődött a felmérés. Ezt követően a szubjektív egészségértés felmérése következett a HLS-EU-Q16 segítségével, ami az egészségértési szintet különböző dimenziókban vizsgálja (hasonlóan a HLS-EU-Q47-hez): egészségügyi rendszer, betegségmegelőzés/prevenció és egészségfejlesztés. Négy másik alindex is létrehozható az előző három alatt: információszerzés, megértés, feldolgozás és alkalmazás. Az értékelés során a pontozás egy 0-50ig terjedő skálán történik, amin belül négy csoport kerül létrehozásra: 0-25: elégtelen/inadekvát; 26-33: problémás; 34-42: megfelelő; 43-50: kitűnő egészségértési szint (267). A pontok kiszámítása a HLS-EU-Q47 kérdőívhez hasonlóan, az előző fejezetben leírtak alapján történt. A kérdőív magyar nyelvű validálására még nem került sor, azonban korábbi kutatás során már alkalmazták magyar nyelven (19).

Ezt követően a Chew-kérdések (87) következtek, majd az objektív egészségértést felmérő NVS (84) mérőeszköz. Ezen kérdőívek magyar nyelvű validálása már korábban megtörtént (50,95). A Chew-kérdések 3 területre vonatkoztatva 3 kérdést tesz fel. (1) értelmezési nehézségek: *„Szokott-e problémát okozni a kórházi írásos*

anyagok megértésének nehézsége abban, hogy megfelelő képet kapjon egészségi állapotáról?” (2) űrlapok kitöltése: *„Mennyire érzi magabiztosnak magát, amikor önállóan tölt ki űrlapokat?”* (3) olvasási probléma: *„Milyen gyakran segít Önnek valaki (például családtagja, barátja, kórházi dolgozó vagy gondozó) a kórházi írásos anyagok értelmezésében?”* Ezen kérdések esetén a válaszokat egy 0-4-ig terjedő Likert-skálán választhatták ki a hallgatók, ahol 0-soha, 1-kevésbé, 2-néha, 3-legtöbbször, 4-mindig jelentéssel bírt.

Az NVS mérőeszköz az objektív egészségértés felmérésére lett kifejlesztve, olvasási, szövegértési és számolási feladatokon keresztül. A mérőeszköz fő eleme egy jégkrémcsomag hátulján található leíró cédula. Amennyiben a válaszadó az első 4 kérdésre helyes választ ad, adekvát egészségértési szinttel rendelkezik. A pontozás a következőképp alakult: 0-1 pont korlátozott egészségértési szint; 2-3 pont valószínűleg korlátozott egészségértési szint; 4-6 pont adekvát egészségértési szint. Az 5. kérdés esetén nem csak a jó vagy rossz válaszokat különítettük el, hanem volt „részben jó” válaszlehetőség is. Ezt a kategóriát akkor adtuk, ha a válaszadó tudta, hogy nem ehett a jégkrémből, azonban nem tudta megmondani, hogy miért nem.

3.3 Multicentrikus Egyetemi vizsgálat („D” kutatás)

3.3.1 A kutatás résztvevői

A vizsgálat egy kvantitatív keresztmetszeti vizsgálat melynek adatfelvétele négy nagy egyetemen, Miskolci Egyetemen (ME), Pécsi Tudományegyetemen (PTE), a Semmelweis Egyetemen és a Szegedi Tudományegyetemen (SZTE) történt a hallgatók körében. Minden olyan hallgató részt vehetett a vizsgálatban, aki a 2021/2022-es tanév tavaszi szemeszterében aktív hallgatói jogviszonnyal rendelkezett és magyar nyelvű képzésen vett részt. Kizárásra kerültek azon hallgatók, akik nem töltötték ki az egyetemi tanulmányokra vonatkozó kérdéseket (nem volt beazonosítható, hogy melyik egyetemen tanul) vagy az egészségértésre vonatkozó kérdéseket. Kizárásra került 3 hallgató a fenti okok miatt, így a minta 1274 fő volt. A hallgatók a Survio szoftver segítségével tölthették ki a kérdőívet, melynek közvetlen linkjét a tanulmányi rendszeren keresztül vagy az egyetem központi levelezési rendszerén keresztül kapták meg.

3.3.2 HLS-COVID-Q22 kérdőív magyar nyelvű validálása és a digitális egészségértés felmérésére alkalmazott eszköz bemutatása

A saját szerkesztésű kérdőív, mely tartalmazott standardizált elemeket, online módon, a Survio kérdőívszerkesztő program segítségével került megszerkesztésre. A kérdőív közvetlen linkjét az egyetemi tanulmányi rendszeren keresztül kapták meg a hallgatók a saját e-mail címükre egy tájékoztatólevél kíséretében. Az online kérdőív kitöltése önkéntes volt.

A kérdőív a HLS-COVID-Q22 kérdőív mellett még a digitális egészségértésre, szocio-demográfiai adatokra és tanulmányokra vonatkozó kérdéseket tartalmazott. A teljes kérdőív a IV. számú mellékletként tekinthető meg. A kérdőívbe nem került más validáló-konstruktum, mivel a témában korábban nem készült más, magyar nyelvű kérdőív mellyel összevethető lett volna.

3.3.2.1 HLS-COVID-Q22 kérdőív bemutatása

A kérdőív 22 kérdést tartalmazott, mely négy aldimenzióra oszlik: hozzáférés (6 kérdés), megértés (6 kérdés), értékelés (5 kérdés) és alkalmazás (5 kérdés). A válaszadónak egy 1-től 4-ig terjedő skálán kell eldöntenie, hogy mennyire könnyű, illetve nehéz neki a kérdés (1-nagyon könnyű, 2- inkább könnyű, 3- inkább nehéz, 4-nagyon nehéz). A skála értékelése a következőképpen alakul: $\leq 2,5$: inadekvát egészségértési szint; $>2,5$ - <3 : problémás egészségértési szint; ≥ 3 : elégséges egészségértési szint (43).

3.3.2.2 HLS-COVID-Q22 kérdőív magyar nyelvre való fordítása

Első lépésként az eredeti kérdőív szerkesztőitől írásos engedélyt kértünk a kérdőív magyar nyelvű validálására. Az engedély megadását követően kezdtük meg a fordítási munkát, melyet az „Eortc Quality of Life Group Translation Procedure” (268) alapján végeztünk. A magyar nyelvű kérdőívet a IV-es számú melléklet ismerteti. A kérdőívet két független szakfordító német nyelvről magyar nyelvre fordította, majd egy harmadik független fordító összesítette a két szöveget, a magyar nyelvhasználat figyelembevételével. Ezt követően két másik szakfordító az így kapott kérdéseket visszafordította német nyelvre. Ezekből is készült egy összevetés, majd az eredetivel való összehasonlítás. Mivel minimális eltérések voltak (szinonima használat), mely a megértést és a kérdés értelmét nem befolyásolta, ezért elfogadtuk a fordított változatot. Ezt követően a kérdőívet 10 fő bevonásával pilot vizsgálatnak vetettük alá nyelvi szempontból, két fő esetén nem érkezett észrevétel, a többiek esetén egy-egy

szóhasználati módosítási javaslat érkezett. Ezeket a javaslatokat elfogadtuk, a kérdőívet javítottuk. Ezt követően újból 10 fő kitöltötte a kérdőívet, melyből 5 fő az első körben is kitöltő volt. 3 fő esetén érkezett visszajelzés, újabb szavak módosítására, mely az értelmezhetőséget könnyebbé tették. Ezek módosításra kerültek. Ezt követően újból 10 fő kitöltötte a kérdőívet. Közülük senki sem jelzett észrevételt, így a kérdőívet véglegesnek tekintettük nyelvi szempontból.

3.3.2.3 Digitális egészségértést felmérő kérdőív a COVID-19 járványra specializáltan

A digitális egészségértést mérő kérdőívet egy korábbi kutatás alapján fejlesztették ki, mely reumában szenvedő betegek esetén mérte fel az internet használatát a betegséggel kapcsolatban. Ez alapján 6 kategóriát különítettek el a digitális egészségértés mérése során: (1) operatív készségek: számítógép és internet böngészőjének használata, (2) tájékozódási készségek: tájékozódás az interneten, (3) információ keresésének képessége: stratégia használata az információ keresése során, (4) az online megtalálható információk megbízhatóságának és relevanciájának értékelése, (5) saját tartalom generálása és hozzáadása web alapú appokhoz, (6) magánélet védelme és tiszteletben tartása az internet használata során. A kérdőív létrehozása során a 4-es kategóriát tovább osztották, így a végső kérdőív 7 témakörben vizsgálja a DHL-t 21 kérdéssel (269). Mindezeket figyelembe véve, a koronavírusra vonatkoztatva 5 témakört használtak fel, mely az eredetiből a következőket fedte le: (1) online információ keresés a koronavírussal kapcsolatban, (2) saját tartalom hozzáadása, (3) a koronavírussal kapcsolatos információk megbízhatóságának értékelése, (4) talált információ mennyire vonatkozik az egyénre, (5) személyiségi jogok védelme az interneten (270). Minden témakörhöz 3 kérdés tartozott, így összesen 15 kérdést kellett megválaszolniuk a kitöltőknek. A válaszadás során 4 fokozatú skálán kell kiválasztani a legjellemzőbbet, a nagyon könnyűtől a nagyon nehézig illetve a „soha”-tól a „gyakran”-ig. Az 5-ös témakör elé egy saját kérdést is beraktunk a validálás során kapott visszajelzések alapján, mégpedig, hogy *“Szokott-e közzétenni a koronavírussal kapcsolatban tartalmakat közösségi média felületén?”* Ez azonban az értékelést nem befolyásolja. Megvizsgálva a kérdőív belső konzisztenciáját $\alpha=0,734$, ami alapján a kérdőívet jónak tekintjük. Az öt dimenziót vizsgálva a következő Cronbach - α értékeket kaptuk: (1) $\alpha=0,757$; (2) $\alpha=0,840$ (3) $\alpha=0,839$ (4) $\alpha=0,868$ (5) $\alpha=0,673$. Ezen értékek korrelálnak az eredeti kérdőív értékeivel, a személyi jogok védelme dimenzióban még jobb értéket is ért el ahhoz képest ($\alpha=0,46$) (270). Azonban, mivel

ez az eredeti kérdőívben nem érte el az elfogadható kategóriát, így nem tekintjük mi sem külön dimenziónak, csupán a válaszokat elemezzük, a DHL értékét nem befolyásolja.

Arra vonatkozóan, hogy milyen információkra keresnek rá a vírussal kapcsolatban 9 lehetőség közül választhattak a diákok és volt egy *“Egyéb”* önkitöltős válaszadási lehetőség is. Hogy milyen felületeket használnak az információ szerzésre, szintén 11 lehetőség volt felsorolva, ahol 4 fokozatú skálán adhatták meg válaszaikat a *“gyakran”* és *“soha”* között. A kérdőív ezen része is megtekinthető a IV. számú mellékletben.

3.3.2.4 Az egyetemekkel való elégedettség vizsgálata COVID-19 járvány idején

Az elégedettségre vonatkozóan 6 kérdést tettünk fel, ebből kettőre szöveges választ vártunk. A pontozás során 10 fokozatú Likert-skálán mértük fel az elégedettséget, majd 3 csoportba osztottuk a hallgatókat a válaszok alapján:

1-4 pont: nem volt elégedett,

5-7 pont: elégedett volt,

8-10 pont: teljes mértékben elégedett volt.

3.4 Statisztikai elemzés módja

3.4.1 A kutatások függő és független változói

Függő változók: szubjektív egészségértést felmérő kérdőív eredményei, objektív egészségértést felmérő kérdőív eredményei, digitális egészségértést felmérő kérdőív eredményei, hallgatói elégedettséget felmérő skálák eredményei, sürgősségi osztályos megjelenéssel kapcsolatos elégedettség, triage fogalmának ismerete, kardiovaszkuláris rizikóbecslés, vitális paraméterek (vérnyomás, pulzus, véroxigén szint).

Független változók: A kutatásban résztvevők neme, életkora, demográfiai mutatók (lakhely, származás), gazdasági helyzet, munkahely, magasság, testtömeg, egyetem, szakirány, évfolyam, kutatási terület, tudományág.

A vizsgálatok során a független és függő változók felcserélődhetnek, hiszen nem csak azt vizsgáltuk, hogy az egészségértést mi befolyásolja, de azt is, hogy az egészségértés mire lehet hatással.

3.4.2 A kérdőív magyar nyelvre történő validálásának statisztikai módszere

Az adatfeldolgozás során a mérőeszközök megbízhatóságát (reliabilitás) és érvényességét (validitását) IBM SPSS 22.0 program (271) használatával elemeztük. Leíró statisztikai eljárásokat alkalmaztunk a minta szocio-demográfiai és tanulmányi adatainak elemzésére (átlag, szórás,-százalékos megoszlás) és középérték számítását végeztünk a HLS-COVID-Q22 pontszámainak elemzésére.

A kérdőív belső konzisztenciáját Cronbach- α (272) és Spearman–Brown (273) korrelációs együtthatók segítségével értékeltük. A belső konzisztenciát számszerűsítő Cronbach- α értékét 0,70 és 0,95 között tekintettük elfogadhatónak (272). A konstruktív érvényesség vizsgálatára exploratív faktoranalízist végeztünk, tekintve, hogy a Bartlett teszt szerint a változók korreláltak (273), és kielégítik a Kaiser-Meyer-Otkin kritériumot (274). A Pearson-féle korrelációt alkalmaztunk a dimenziók közti korreláció kimutatására (275).

3.4.3 Elvégzett statisztikai eljárások

A változók bemutatására minden vizsgálatban leíró statisztikai jellemzőket (mint relatív gyakoriság, átlag, szórás) számítottunk. Az egészségértést felmérő skálák belső konzisztenciáját a Cronbach- α -val jellemeztük.

A független és a függő változók közti összefüggéseket első lépésben binárisan teszteltük. A kategorikus változók, mint például a szocio-demográfiai, gazdasági és tanulmányi adatok, valamint a sürgősségi osztály igénybevétele, a triage szint ismerete és az egészségértési szint kategóriái közti összefüggéseket χ^2 -próbával, illetve Fisher's exact teszttel ellenőriztük. One way ANOVA eljárással tártuk fel a folytonos és a több kategóriát tartalmazó nominális változók közti összefüggéseket. Ilyen volt például az életkor és az egészségértési szint kategóriái közti összefüggés vizsgálata, vagy az egészségértési szint pontszámainak és a szocio-demográfiai adatoknak (pl.: gazdasági helyzet, településtípus, iskolai végzettség) kapcsolatának vizsgálata. Korreláció analízist végeztünk a folytonos változók, mint például az életkor és az egészségértési szint pontszámai, vagy a DHL és HLS-COVID-Q22 kérdőív pontszámai) közti kapcsolat elemzésére. Kétmintás t-próbát alkalmaztunk az egészségügyi végzettség megléte, gyermek jelenléte a családban és a nem változók, valamint az egészségértési szint pontszámainak összehasonlításakor.

Második lépésben a bináris elemzés során a függő változókkal szignifikáns kapcsolatot mutató változók hatását többváltozós modellekkel teszteltük. Többszörös multinominális, illetve bináris logisztikus modelleket alkalmaztunk aszerint, hogy az egészségértés összesített indexének és dimenzióinak négy kategóriás vagy dichotomizált változatát tekintettük függő változónak.

Az adatokat IBM SPSS 22.0 (271) programmal rögzítettük és dolgoztuk fel. Az eredményeket, 95%-os konfidencia intervallum mellett, $p < 0,05$ érték esetén tekintettük szignifikánsnak.

3.5 Etikai engedély

Jelen disszertációban bemutatott vizsgálatok etikai engedéllyel rendelkeznek. Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága által engedélyezett kutatások száma: 20018–2–/2019/EKU. Az egyetemi hallgatók körében végzett kutatásokat az Egyetemek Tudományos Rektorhelyettesei is jóváhagyták. A kutatási engedélyek a 8.3-as fejezetben az V-X. számú mellékletként tekinthetők meg.

4 Eredmények

A következő fejezetben a vizsgálatok során kapott válaszokat, eredményeket, összefüggéseket mutatjuk be, mely magába foglalja a hipotézisvizsgálat eredményeit is.

4.1 Pilot vizsgálat („A” kutatás)

A felmérésben 186 fő vett részt, akikből 45-öt ki kellett zárunk, így a mintát 141 fő adta ($n=141$). A válaszadási hajlandóság 75,8%-os volt.

4.1.1 Szocio-ökonómiai adatok bemutatása

A kutatásban résztvevőket többségben (70,9%) nők adták. Az iskolai végzettség tekintetében 22,6% rendelkezett csupán általános iskolai végzettséggel vagy kevesebbel, illetve a minta több, mint 2/3-a nem rendelkezett egészségügyi végzettséggel. 49%-uk a résztvevőknek lakott faluban. 46,1%-uk rendelkezett átlag alatti bevétellel. A válaszadók több, mint fele élt (63,8%) házastársi vagy párkapcsolati viszonyban és a háztartások 36,9%-ában élt 18 év alatti gyermek. A szocio-ökonómiai adatokat a XI. számú melléklet mutatja be.

Az iskolai végzettség ($p=0,018$), a lakóhely típusa ($p=0,043$), és a gazdasági helyzet ($p=0,027$) összefüggést mutatott az összesített egészségértési szinttel. Az iskolai végzettség tekintetében a 8 általánost és a szakközépiskolát végzetek és az egészségértési szint között volt kimutatható összefüggés. Azon válaszadók, akik nem rendelkeztek egészségügyi végzettséggel ($p<0,001$), községben élnek és átlagon aluli gazdasági helyzetben vannak, alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkeznek, mint az egészségügyi végzettséggel nem rendelkezők, a többi településtípuson élők, és az átlagon felüli gazdasági helyzetben lévők. Az iskolai végzettség ($p=0,002$) és a lakóhely ($p=0,01$) szoros összefüggést mutatott a gazdasági helyzettel. A szocio-demográfiai adatok és az egészségértés közti összefüggéseket a XII. számú melléklet mutatja be.

4.1.2 Anamnesztikus adatok és vitális paraméterek bemutatása

A válaszadók átlag BMI értéke 26,23 volt. A válaszadók csupán 35,4%-a rendelkezett normál BMI értékkel (18.5-24.99 érték). A minta átlag vérnyomás értéke 125/89 Hgmm volt, ami a Magyar Hipertónia Társaság ajánlása szerint normálisnak mondható. Voltak kiugró értékek, de azok olyan ismert magas vérnyomásbetegségben

szenvedő betegekhez voltak köthetők, akik nem szedték rendszeresen a gyógyszerüket. A véroxigénszint szintén normál tartományban volt, kivétel egy résztvevőnél (SpO₂=88%), aki COPD-ben szenvedett. A válaszadók 46,1%-a nem szedett rendszeresen gyógyszert és nem is volt krónikus megbetegedése, azonban 14 főnek (9,9%) volt krónikus betegsége, de nem kellett rá gyógyszert szednie. 24 résztvevő (27,6%), azonban az előírt gyógyszereit nem szedte be. A résztvevők körében előforduló megbetegedések az 1. számú táblázatban láthatók.

	Igen	Nem
Hipertónia	33 (50.8%)	32 (49.2%)
Diabétesz mellitusz	7 (10.8%)	58 (89.2%)
Kardiológiai megbetegedés	10 (15.4%)	55 (84.6%)
Arthritis	3 (4.6%)	62 (95.4%)
Pulmonológiai megbetegedés	6 (9.2%)	59 (90.8%)
Pszichiátriai megbetegedés	4 (6.2%)	61 (93.8%)
Egyéb megbetegedés	18 (27.7%)	47 (72.3%)

1. számú táblázat: A kutatásban résztvevők körében előforduló megbetegedések

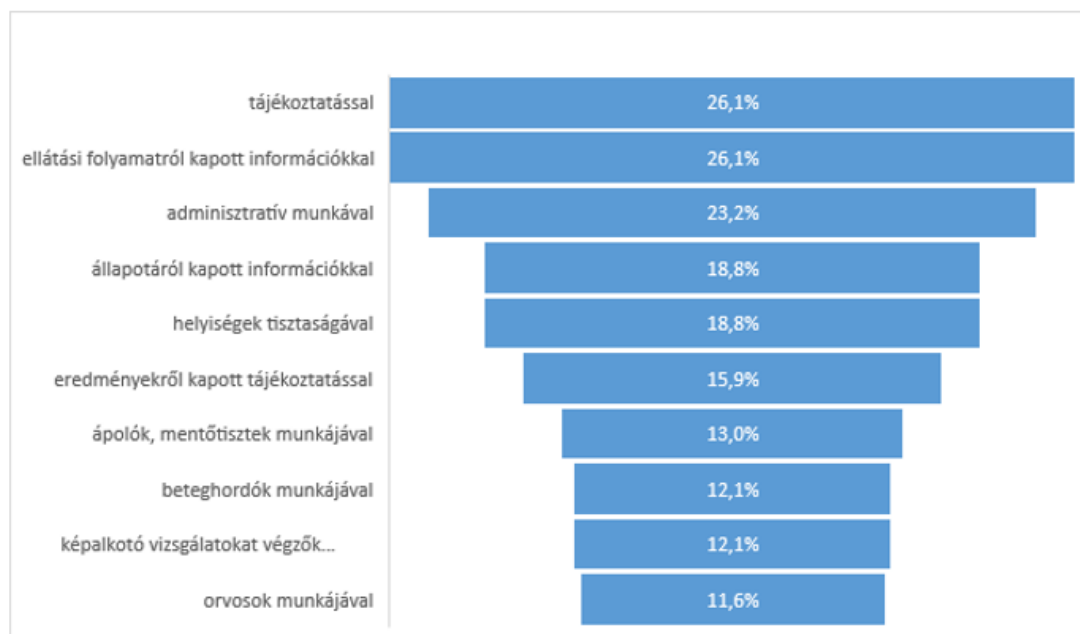
4.1.3 Sürgősségi osztályos megjelenésekkel és a triázs fogalmának ismeretével összefüggő eredmények bemutatása

A megkérdezettek közül 69-en (48,9%) vettek igénybe sürgősségi betegellátó osztályon ellátást a vizsgálatot megelőző 12 hónapban. A betegek 21,7%-a az Országos Mentőszolgálat által került beszállításra háziorvosi beutaló nélkül (18,8%). Az ellátás végén a betegek 92,4%-a olvasta el az ambuláns lapot, azonban 27,3%-uk nem tájékoztatta a háziorvosát a sürgősségi osztályos megjelenéséről.

A triázs jelentését 92 fő (65,2%) vélte úgy, hogy ismeri, azonban amikor ki kellett választani a helyes fogalommagyarázatot, csak a megkérdezettek 46,8%-a (66 fő) tudta megtenni. A triázs ismerete és a sürgősségi osztályon való megjelenés között nem volt szignifikáns összefüggés ($p=0,292$). A sürgősségi osztályon való megjelenés esetén a betegek 46,5%-ában a betegosztályozás megtörtént 10 percn belül, azonban 27,6% esetén ez több, mint 30 percet vett igénybe. A betegek 61,2%-a kellett 1-6 óra között várakozzon a vizsgálatok befejeztéig, azonban ezen betegek 59,7%-a nem tudta, hogy mi a várakozás oka. Mindezen idők a beteg emlékezete alapján lettek számítva, nem objektív adatokon alapszanak.

A megkérdezettek 86,5%-a szeretne több információt kapni a magyarországi egészségügyi és sürgősségi ellátási rendszerről, azonban ennek módjáról már megoszlanak a vélemények. A legtöbben (52,1%) az internetről szeretnék információhoz jutni, azonban a megkérdezettek 41,3%-a szívesen hallana erről háziorvosától, illetve személyes beszélgetések alkalmával, szakemberektől. A fiatal korban, már az iskolában elkezdett tájékoztatást mindössze 8,3% tartaná indokoltnak.

A betegek összességében elégedettek voltak az igénybe vett sürgősségi betegellátó hely dolgozóinak munkájával: adminisztratív munkatársak munkájával 65,2%, mentőtisztek és ápolók munkájával 73,5%, orvosok munkájával 68,1%, beteghordók munkájával 65,2%, radiológia munkatársainak munkájával 66,6% volt elégedett. Amikor a kapott információkról kérdeztük a válaszadókat, szintén pozitív visszajelzéseket kaptunk. Az eredményekről kapott információ adásával 63,8%-uk, az ellátási folyamat aktuális helyzetéről kapott információk adásával 49,2%-uk, míg az ellátási folyamatról kapott információval 56,6%-uk volt elégedett. A nem volt elégedett válaszokat az 1. számú diagram szemlélteti.



1. számú diagram: A "nem volt elégedett" gyakorisága a mintában

Első hipotézisünket vizsgálva elmondható, hogy a sürgősségi ellátórendszerrel és az abban dolgozók munkájával való elégedettséget felmérő változók szorosan korrelálnak egymással (KMO=0,808 és a Bartlett teszt szignifikáns, $p < 0,001$, a Cronbach- α értéke pedig 0,916). Ezek alapján, a válaszok pontszámait összeadva, egy

ún. elégedettség-indexet képeztünk. Az extrém értékek elhagyása után ez a változó kvázi normális eloszlásúnak volt tekinthető, ezért többszörös lineáris regresszióval megvizsgálhattuk, hogy az összesített egészségértés-index és annak egyes részdimenziói befolyásolják-e az elégedettséget. A modellekben független, illetve kontrollváltozóként szerepeltettük a nemet, az életkort, a település típusát, ahol lakik, és az iskolai végzettséget. Független változó pedig az elégedettség-index volt.

Az eredmények szerint mindegyik modell esetén az F próba szignifikáns ($p < 0,05$). A modellek „magyarázó ereje” (=determinációs együtthatók) 20-21 %, ami az ilyen jellegű vizsgálatok esetén jónak mondható. A modellekben szereplő prediktor (független) változók közül mindegyik modellben egyedül az egészségértés indexek voltak szignifikánsak. A szignifikáns ($p < 0,05$) standardizált regressziós együtthatók értéke az egyes egészségértés indexek esetén:

- HL-index: 0,334
- HC-index 0.307
- DP-index 0,274
- HP-index 0.334.

Második hipotézisünk vizsgálata során, miszerint a sürgősségi betegellátás igénybevétele összefügg az egészségértési szinttel az alábbi eredményeket kaptuk (2. számú táblázat).

	Igénybe vett-e sürgősségi betegellátást az elmúlt 12 hónapban?		p-érték*
	igen ⁺	nem ⁺	
cHL	35,36 ± 8,28	34,66 ± 9,09	0,639
HC	35,72 ± 8,44	33,92 ± 10,72	0,282
DP	36,24 ± 9,32	35,42 ± 10,37	0,632
HP	34,20 ± 9,37	34,64 ± 9,34	0,784

2. számú táblázat: A sürgősségi osztályon való megjelenés és az egészségértési szint közötti összefüggés vizsgálata

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (betegség megelőzés alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

+átlag és szórás (SD) feltüntetésével

*Kétmintás t-próba elvégzését követően

Mint az 2. számú táblázatból kiderül nem mutatható ki összefüggés ($p > 0,05$) az egészségértés és az elmúlt 12 hónapban történt sürgősségi osztályos megjelenés

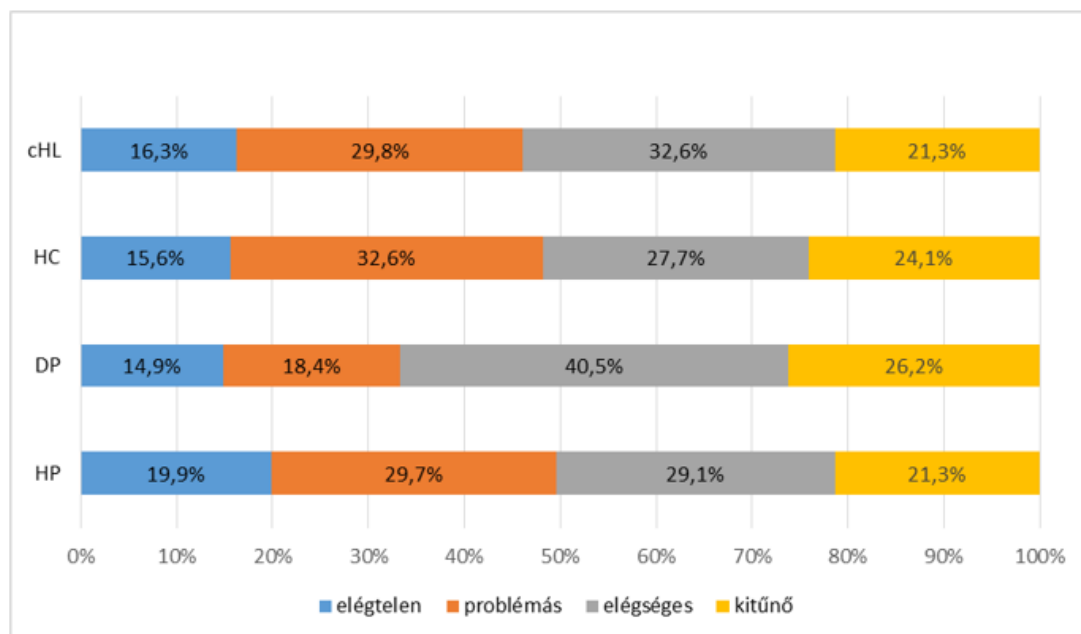
között. Mindemellett elmondható, hogy az ellátást igénybe vevő válaszadók közül mindenkinek az egészségértési szintje, minden vizsgált dimenzió esetén az elfogadható kategóriába esik (34-42 pont közé), bár az is igaz, hogy ennek az alsó határa felé húz. Azon válaszadók esetén, akik nem vették igénybe a sürgősségi betegellátást a vizsgált időszakban, az egészségügyi rendszer alindex esetén súrolja a problémás és az elfogadható kategória határát, a többi esetben, azonban itt is eléri az elfogadható szintet.

4.1.4 Egészségértéssel összefüggő eredmények bemutatása

Először a kérdések közti koherencia vizsgálatot végeztük el, melynek Cronbach- α értékei magasnak bizonyultak, mind a főindex (cHL: 0,976), mind pedig az alindexek között (HC: 0,933, DP: 0,937 and HP: 0,919).

Ezt követően a cHL és alindexek leíró statisztikáit vizsgáltuk meg. Az összesített egészségértési index pontértéke $34,8 \pm 8,7$ pont, az egészségügyi rendszer alindex esetén $34,6 \pm 9,7$ pont, a megelőzés alindex esetén $35,8 \pm 9,9$ pont, és az egészségfejlesztés alindex esetén $34,2 \pm 9,4$ pont volt. Összességében elmondható, hogy szinte minden kategóriában (kivétel a megelőzés alindex) a válaszadók közel 50%-a korlátozott egészségértési szinttel rendelkezett (cHL: 46,1%; HC: 48,2%; DP: 33,3%; HP: 49,6%). A különböző kategóriák megoszlását az indexek között a 5. számú ábra mutatja be.

A szocio-demográfiai adatokat figyelembe véve nem volt összefüggés kimutatható az összesített egészségértési szint és a nemek között ($p=0,393$). Összefüggés volt kimutatható az egészségügy terén szerzett tanulmányok ($p=0,001$), gyermek jelenléte a családban ($p=0,029$), iskolai végzettség ($p=0,02$) és a lakhely között ($p=0,36$). Akik megyeszékhelyen laktak alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkeztek, mint akik városban vagy faluban. A gazdasági helyzet szintén szoros összefüggést mutatott az egészségértési szinttel ($p=0,035$). Az átlag alatti bevétellel rendelkezőknek alacsonyabb volt az egészségértési szintje, mint a magasabb jövedelműeknek. Az iskolai végzettség és cHL közti összefüggést Scheffe Post Hoc tesztel vizsgálva, összefüggés volt kimutatható az alacsony iskolai végzettség (általános iskola) és a magas iskolai végzettség (egyetemi, főiskolai végzettség) között.



5. számú ábra: Egészségértési szint a különböző dimenziók viszonylatában a pilot vizsgálatban résztvevők esetén

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (betegség megelőzés alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

4.2 Az egészségértés vizsgálata országos mintavétel során („B” kutatás)

4.2.1 A minta elemzése

A kérdőívet 71774 fő töltötte ki. A válaszadók közül 61,2% nő, 38,8% férfi válaszadó volt. 71757 esetben magyar állampolgárok válaszoltak a kérdésekre, de mellettük szerepeltek még ukránok, marokkói, malajziai, kínai, német, holland, román és orosz állampolgárok is, akiket az elemzésekből kizártunk. Az átlagéletkor $55,4 \pm 17,33$ év volt. 18 év alatti 573 fő volt, akiket a további elemzésekből kizártunk. A mintából 254 fő lakott az Ormánság területén az irányítószám alapján. A minta 66,5%-a (47703 fő) nem kívánt válaszolni arra a kérdésre, hogy mi a legmagasabb iskolai végzettsége. Azok közül akik válaszoltak, a legtöbben szakmunkásképzőt vagy szakiskolát végeztek (6784 fő; 9,5%).

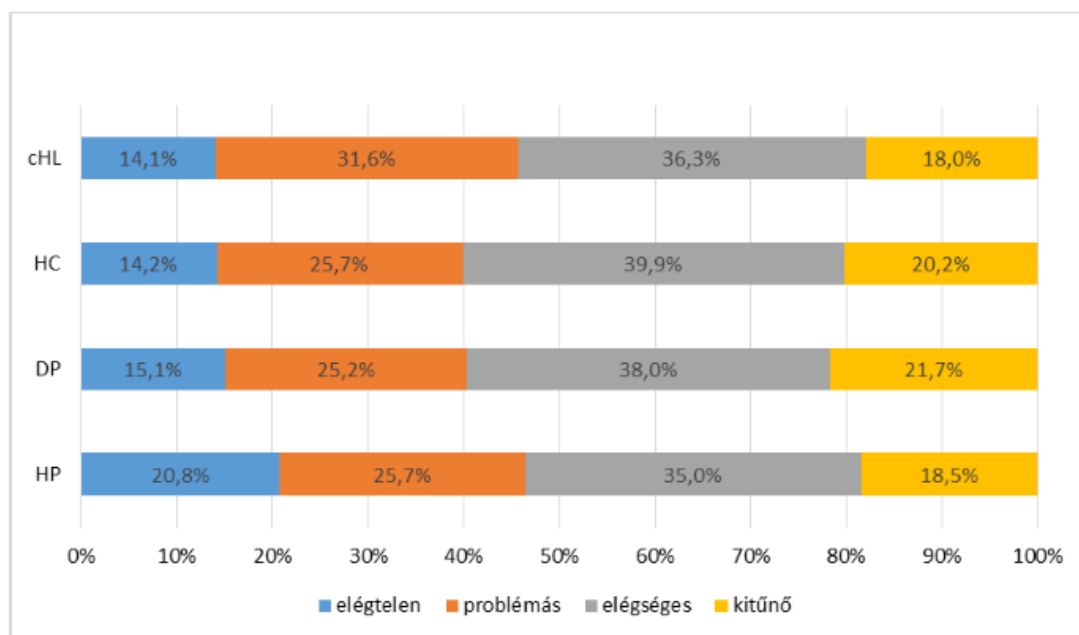
A mintából 39645 fő esetén volt lehetséges a kardiovaszkuláris rizikóbecslés. Közülük 68,3%-nak van kicsi vagy közepes, a többieknek nagy vagy igen nagy rizikója. 69542 fő válaszolt arra a kérdésre, hogy vészhelyzetben inkább könnyű vagy inkább nehéz

mentőt hívni. 15,2% szerint “inkább nehéz” vagy “nagyon nehéz” mentőt hívni vészhelyzetekben.

4.2.2 A szubjektív egészségértés vizsgálata

Mint az a 6. számú ábrából is kiderül a válaszadók 39,8%-a tartozott a korlátozott egészségértési kategóriába az egészségügyi rendszer (HC) alindexben, a betegség megelőzés (DP) estében ez 40,3%, az egészségfejlesztés területén (HP) 46,5%. Az összesített egészségértési indexet (cHL) vizsgálva a válaszadók 45,7%-a tartozott a korlátozott egészségértési kategóriába.

A szocio-demográfiai mutatók közül az életkor minden dimenzióban befolyásoló tényezőnek számított ($p < 0,001$). A régió, az, hogy valaki az Ormánság területén lakik-e, illetve a nem szintén befolyásoló tényezőnek számítottak (3. számú táblázat).



6. számú ábra: Az egészségértés dimenzióiban kapott eredmények bemutatása országos mintavétel során (n=69 450 fő)

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (betegség megelőzés alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

Harmadik hipotézisünk vizsgálata során a szocio-demográfiai adatokra vonatkozó összehasonlítást csak a korcsoportok tekintetében tudtuk elvégezni, mert a lakókörnyezet, nem, legmagasabb iskolai végzettség vonatkozásában az Ormánság területén lakók többsége a “nem kíván válaszolni” válaszlehetőséget választotta. A

korcsoport tekintetében nem mutatott szignifikáns összefüggést, hogy valaki az Ormánság területén lakik-e vagy sem ($p=0,416$).

		nem	állampolgárság	Régió	Ormánság
cHL	p	0,113	0,254	<0,001	<0,001
	Chi ²	5,973	34,702	884,928	216,106
	Cramer's V	0,009	0,013	0,064	0,055
HC	p	0,045	0,33	<0,001	<0,001
	Chi ²	8,06	32,761	594,484	239,710
	Cramer's V	0,11	0,012	0,053	0,058
DP	p	0,002	0,091	<0,001	<0,001
	Chi ²	15,306	40,760	549,192	144,053
	Cramer's V	0,015	0,014	0,051	0,045
HP	p	0,091	0,223	<0,001	<0,001
	Chi ²	6,465	35,546	642,427	182,994
	Cramer's V	0,010	0,013	0,055	0,051

3. számú táblázat: Szocio-demográfiai mutatók és HL dimenziók közti összefüggések vizsgálata (n=69 450)

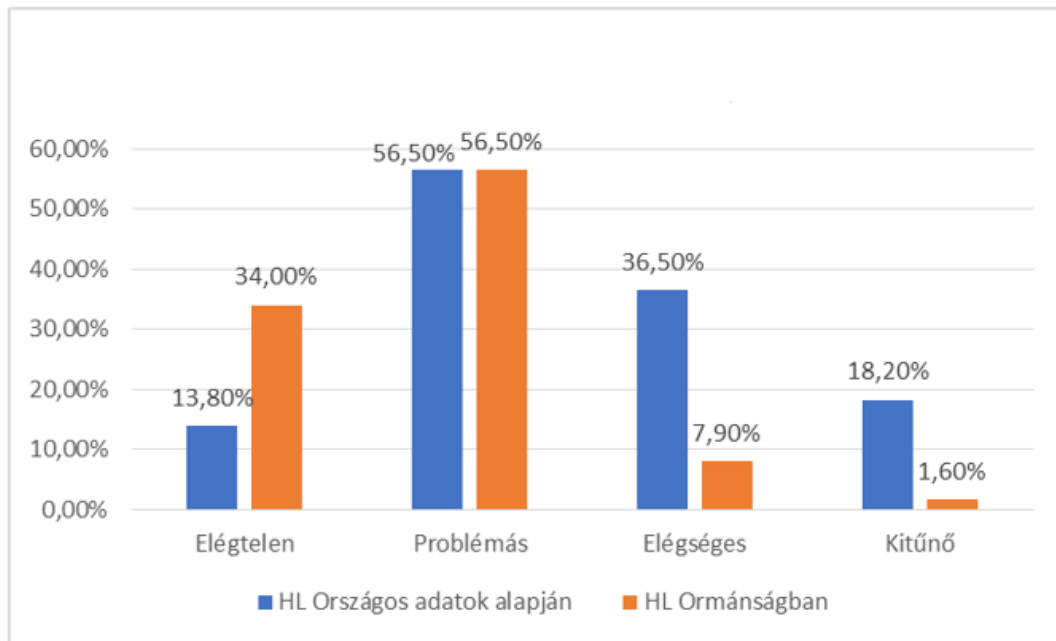
cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

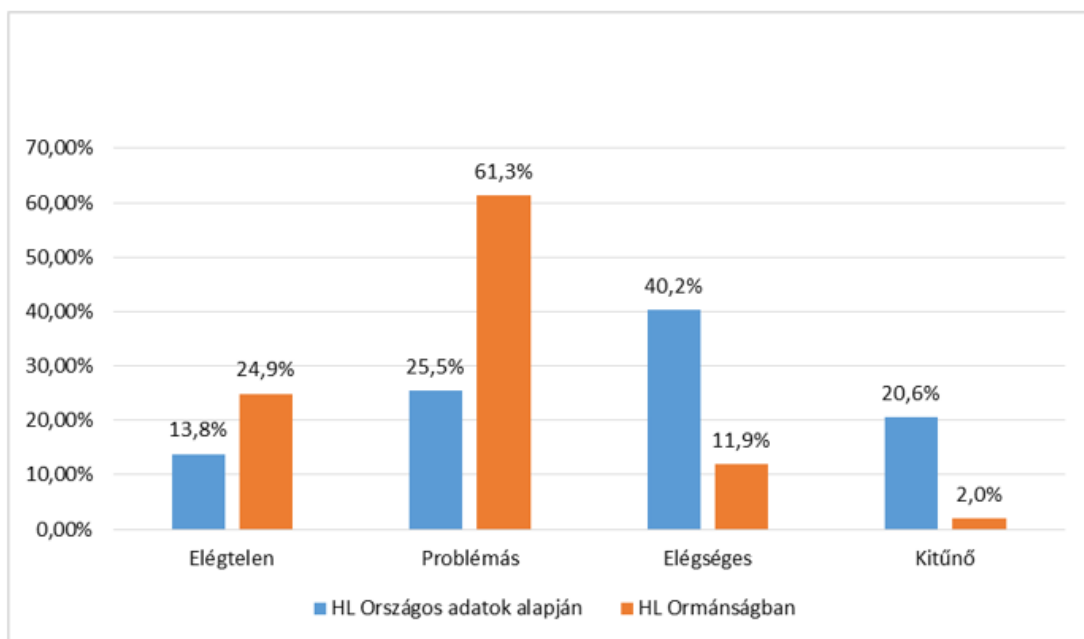
DP: disease prevention subindex (betegség megelőzés alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

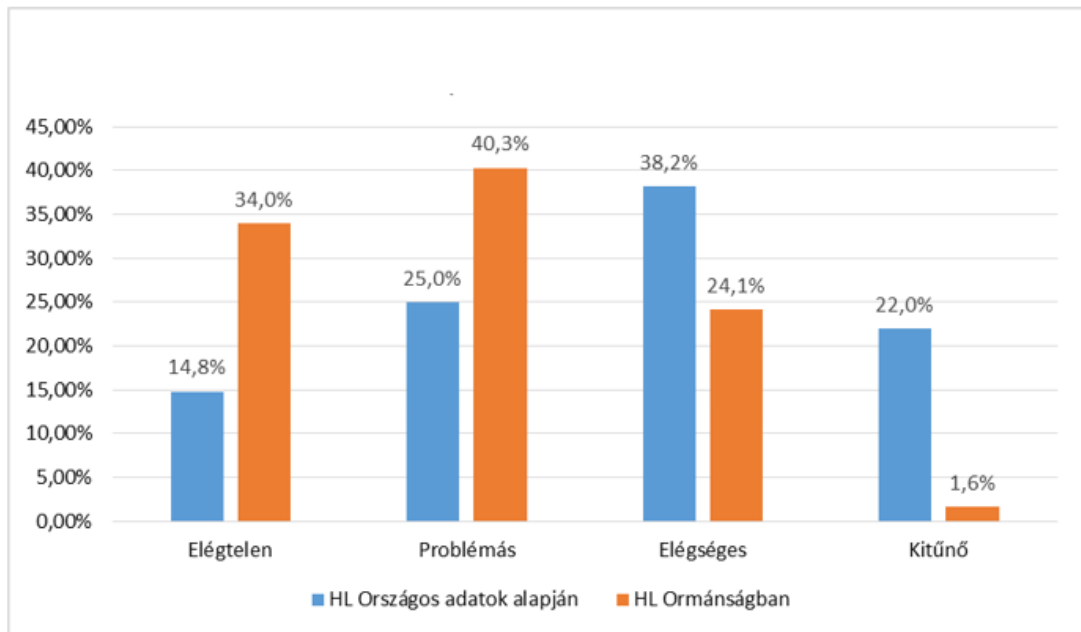
Amennyiben az egészségértés különböző dimenzióiban elért eredményeket vizsgáljuk meg, minden dimenzióban szignifikáns összefüggést mutat ($p<0,001$) az, hogy valaki az Ormánság területén él-e vagy Magyarország más területén. Ezeknek a különböző dimenziókban lévő százalékos megoszlását a 2-5. számú diagramokon látható.



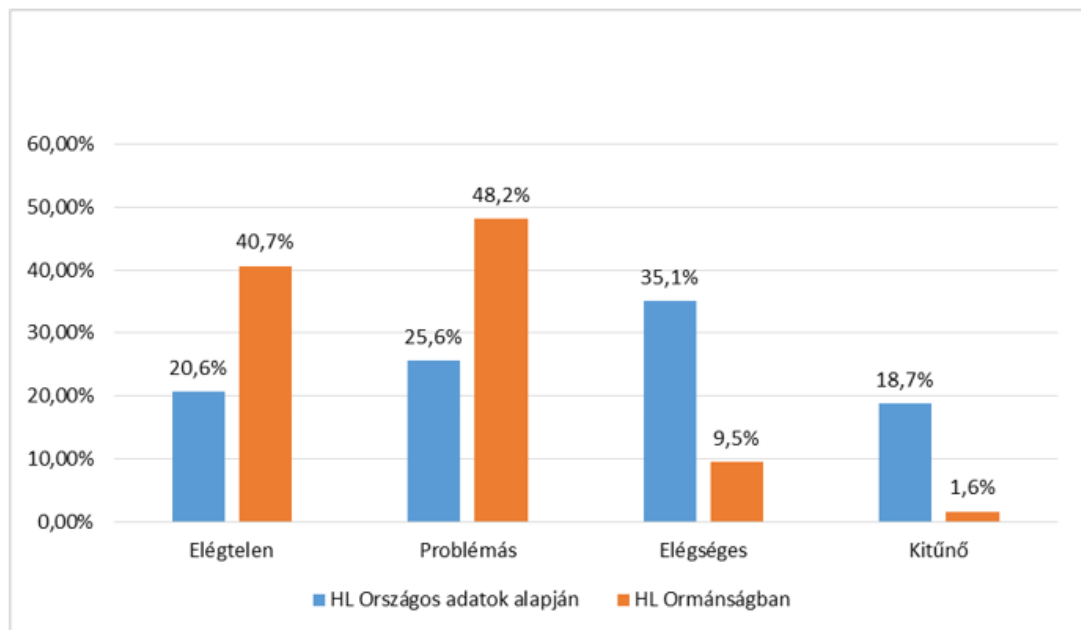
2. számú diagram: Az összesített egészségértési index (cHL) eredményeinek megoszlása az Ormánság és Magyarország más területei között



3. számú diagram: Az egészségügyi alindex (HC) eredményeinek megoszlása az Ormánság és Magyarország más területei között



4. számú diagram: A megelőzés index (DP) eredményeinek megoszlása az Ormánság és Magyarország más területei között



5. számú diagram: Az egészségfejlesztés alindex (HP) eredményeinek megoszlása az Ormánság és Magyarország más területei között

Mindez többváltozós vizsgálatban is megvizsgálva az alábbi eredményeket mutatja (4. számú táblázat).

Független (prediktív) változók	Függő változók esélyhányados (CI _{95%})			
	HC nem elégséges=0, elégséges =1)	DP nem elégséges=0, elégséges =1)	HP nem elégséges=0, elégséges =1)	HL nem elégséges=0, elégséges =1)
Nem (férfi=0, nő=1)	nem szign.	1,06 (1,03- 1,10)**	nem szign.	nem szign.
Életkor (év)	0,98 (0,97-0,98)**	0,98 (0,98- 0,98)**	0,98 (0,98-0,98)**	0,98 (0,97-0,98)**
CV kockázata (nincs=0, van=1)	1,04 (1,01-1,08)*	1,04 (1,00-1,07)*	nem szign.	nem szign.
Ormánsági lakos-e (nem=0, igen=1)	0,10 (0,07-0,14)**	0,23 (0,17- 0,30)**	0,10 (0,07-0,16)**	0,084 (0,06-0,13)**

*p<0,050, **p<0,001

4. számú táblázat: Az Ormánság befolyásoló tényezője a különböző egészségértési indexek esetén (n=69 450 fő)

A kétváltozós és a többváltozós elemzés a CV „hatása” szempontjából ellentmondó eredményeket hozott. A logisztikus regressziós modell szerint a táblázatról leolvasható, hogy a HC és a DP a CV kockázatuáknál jobb, a HP-nél és a cHL-nél nem szignifikáns. Az, hogy az Ormánságot az ún. átlagpopulációhoz hasonlítjuk, amiben még más hátrányos helyzetűek is benne vannak, csak megerősíti, hogy még így is mennyivel rosszabb az ormánságiak egészségértése (függetlenül a nemtől, életkortól, és hogy van-e kardiovaszkuláris rizikójuk).

A kardiovaszkuláris megbetegedés SCORE és a mentőhívás nehézsége kategóriákat összehasonlítva a különböző dimenziókban elért eredményekkel elmondható, hogy mindegyikben szignifikáns összefüggést találtunk (p<0,001). A rizikófaktor becslésénél ezen kapcsolatok erőssége gyengének mondható, míg a mentőhívással

összefüggésben közepes erősségű kapcsolatról beszélhetünk. Azon személyeknek, akiknek az egészségértése jobb, könnyebben hívnak vészhelyzetben mentőt, mint társaik. Illetve azok, akiknek nagyobb a kockázatuk a megbetegedésre szintén könnyebbnek gondolják ezt a feladatot. Az elemzés bővebb adatait az 5. számú táblázat mutatja be.

		Kardiovaszkuláris megbetegedés rizikó score (n=39645)	mentőhívás (n=69542)
cHL	p	<0,001	<0,001
	Chi2	766,411	17948,095
	Cramer's V	0,080	0,508
HC	p	<0,001	<0,001
	Chi2	750,649	22348,293
	Cramer's V	0,080	0,567
DP	p	<0,001	<0,001
	Chi2	628,737	13956,722
	Cramer's V	0,073	0,448
HP	p	<0,001	<0,001
	Chi2	602,698	11092,310
	Cramer's V	0,071	0,400

5.számú táblázat A kardiovaszkuláris rizikóbecslés és mentőhívás nehézségének összefüggései az egészségértés különböző dimenzióiban.

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (betegség megelőzés alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

Negyedik hipotézisünk alapján, a szubjektív egészségértést vizsgálva mind a négy index esetén (cHL, HC, DP, HP) szignifikáns összefüggés volt kimutatható a kardiovaszkuláris kockázat megléte és az egészségértési szint között ($p < 0,001$). Azok

az egyének, akik kis kockázattal rendelkeznek magasabb átlagpont értékeket értek el az egészségértést mérő skálán, mint azok, akik közepes, nagy vagy igen nagy kockázattal rendelkeznek (6. számú táblázat).

HL dimenziói	CV kockázatbecslés				p érték	F érték
	kis kockázat	közepes kockázat	nagy kockázat	igen nagy kockázat		
cHL	35,6±8,07	33,13±8,77	32,47±8,86	31,73±9,11	<0,001	272,070
HC	36,33±8,11	33,78±8,89	33,16±8,99	32,56±9,19	<0,001	266,735
DP	35,92±8,61	33,60±9,31	32,94±9,39	32,12±9,68	<0,001	222,637
HP	34,55±9,46	32,04±9,92	31,29±10,01	30,48±10,31	<0,001	226,945

6. számú táblázat: A CV rizikóbecslés és a HL dimenziói közti összefüggés vizsgálatának eredményei (n=39565)

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (betegség megelőzés alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

4.3 Az egészségértés szubjektív és objektív vizsgálata egészségtudományi karra járó magyar és angol nyelven tanuló hallgatók körében („C” Kutatás)

A kérdőívet 267 hallgató töltötte ki online, ebből 230 hallgató magyar nyelvű képzésen vett részt, 37 hallgató angol nyelvű képzésen. A válaszadási hajlandóság a kar összes alapszakos hallgatói létszámát tekintve alacsony (magyar hallgatók esetén 9,2%, nemzetközi hallgatók esetén 10,4%), melyet az online oktatásra való áttérés, illetve a külföldi hallgatók távolléte magyarázhat.

4.3.1 A minta jellemzése szocio-demográfiára, gazdasági helyzetre, tanulmányokra és egészségre vonatkozó adatok alapján

A hölgy (86,13%) és magyar nyelven (86,1%) tanulmányokat folytató hallgatók felülreprezentáltak voltak a mintánkban. A tanulók átlagéletkora 21,86±4,6 év volt. A legtöbben átlagos (59,2%) vagy átlag felettinek (27,7%) mondták gazdasági helyzetüket. Szocio-demográfiai, gazdasági, tanulmányokra vonatkozó adatokat az XIII. számú mellékletként található táblázat mutatja be részletesen.

Amennyiben az összefüggéseket vizsgáljuk a nemzetiség (magyar vagy külföldi hallgató) és a szocio-ökonómiai és tanulmányi adatok között, szignifikáns összefüggés volt kimutatható a gazdasági helyzet ($p < 0,001$), lakhely ($p = 0,001$), anyja ($p < 0,001$) és apa ($p = 0,004$) állandó munkahelyének megléte, tanulmányok elhalasztása ($p < 0,001$), és a szakirány ($p < 0,001$) között (XIII. számú melléklet).

A tanulók átlag BMI-je $23,05 \pm 4,26$ volt, ami a normális tartományba sorolható. A legtöbb hallgatónak nem volt krónikus betegsége (81.1%) és 74,5% elmondása szerint soha nem dohányzott még. A hallgatók 70,6%-ának elmondásuk szerint van háziorvosa a képzés helyén. A minta több, mint $\frac{3}{4}$ -e az egészségi állapotát jónak vagy nagyon jónak ítélte meg. 72,7%-uk hallotta már azt a kifejezést, hogy egészségértés, a legtöbben tanulmányaik során vagy a médian keresztül. Csak a válaszadók 9,7%-a gondolta azt, hogy az egészségértési szintje a korlátozott (elégtelen és problémás kategóriák összevonása) kategóriába tartozik. A szubjektív egészségi állapot szintje és a BMI szignifikáns összefüggést ($p = 0,002$) mutatott. Azok, akik jónak vagy nagyon jónak értékelték az egészségértési szintjüket nagyobb eséllyel tartoztak a normál BMI kategóriába. Összesen 165 hallgató, akinek normál a BMI szintje volt, vélte úgy, hogy az egészségi állapota jó vagy nagyon jó.

Nincs összefüggés aközött, hogy van-e valakinek a képzés helyén háziorvosa és rendelkezik-e krónikus betegséggel ($p = 0,151$), milyen a szubjektív egészségértési szintje ($p = 0,265$) vagy a szubjektív egészségi állapota ($p = 0,553$).

4.3.2 Az egészségértési szint vizsgálata

4.3.2.1 Chew-kérdések eredményei

A legtöbb válaszadó legtöbbször (50,9%) vagy mindig (31,8%) igényel segítséget a kórházi dokumentumok megértésében. Azonban az, hogy megértsék a dokumentumokat, amik a saját egészségi állapotukra vonatkozik, csak kevésszer (31,4%) vagy néha (31,1%) okoz problémát. Mindezek mellett soha vagy csak kevésszer (65.2%) okoz nehézséget a kórházi dokumentumok kitöltése. Egyik kérdésre adott válasz esetében sem volt összefüggés, hogy magyar vagy külföldi nemzetiségű a hallgató ($k_1 p = 0,269$, $k_2 p = 0,368$, $k_3 p = 0,528$) (7. számú táblázat).

Kérdés	Magyar hallgatók (fő)	Nemzetközi hallgatók (fő)	P-érték
Milyen gyakran segít Önnek valaki (például családtagja, barátja, kórházi dolgozó vagy gondozó) a kórházi írásos anyagok értelmezésében?			0.269
Soha	1	0	
Kevésszer	10	2	
Néha	27	6	
Legtöbbször	122	14	
Mindig	70	15	
Szokott-e problémát okozni a kórházi írásos anyagok megértésének nehézsége abban, hogy megfelelő képet kapjon egészségi állapotáról?			0.368
Soha	47	10	
Kevésszer	76	8	
Néha	71	12	
Legtöbbször	29	6	
Mindig	7	1	
Mennyire érzi magabiztosnak magát, amikor önállóan tölt ki űrlapokat?			0.528
Soha	46	10	
Kevésszer	107	11	
Néha	57	12	
Legtöbbször	14	3	
Mindig	6	1	

7. számú táblázat: Chew- kérdésekre adott válaszok és a nemzetiség összefüggései (n=267)

4.3.2.2A HLS-EU-Q16 kérdőív eredményei

A szubjektív egészségértés felmérésére használt kérdőív alapján az egészségügyi rendszer (HC) alindex esetén nem éri el az 50%-ot a korlátozott egészségértéssel rendelkezők száma (8. számú táblázat). Minden alindex esetén a nemzetiség (magyar vagy külföldi) befolyásoló tényezőként hatott (HC $p=0,029$; DP $p=0,002$; HP $p<0,001$). A többi szocio-demográfiai tényező nem mutatott összefüggést ezekkel az aldimenziókkal.

Egészségértés szintje	Egészségértés alindexei [n (%)]		
	HC alindex	DP alindex	HP alindex
Elégtelen	17 (6,4%)	38 (14,2%)	62 (23,2%)
Problémás	85 (31,8%)	102 (38,2%)	94 (35,2%)
Elégséges	115 (43,1%)	73 (27,3%)	62 (23,2%)
Kitűnő	50 (18,7%)	54 (20,2%)	49 (18,4%)

8.számú táblázat: Az egészségértési szint %-os megoszlása a válaszadók között a különböző alindexek tekintetében (n=267)

A válaszadók nagy hányadának korlátozott az egészségértési szintje az információszerzés (38,9%), megértés (53,6%), feldolgozás (53,6%), és alkalmazás (58,4%) terén is (9. számú táblázat). A nemzetiség az információ alkalmazása terén bizonyult befolyásoló tényezőnek ($p < 0,001$). A külföldi hallgatók jobban tudták alkalmazni a megszerzett információkat, mint a magyarok. A gazdasági helyzet befolyásoló tényezőként hat az információszerzés ($p = 0,041$) és alkalmazás ($p = 0,049$) területén, miközben a végzettség az információfeldolgozást ($p = 0,040$) befolyásolja. Az, hogy az édesanya rendelkezik-e állandó munkahellyel az információ megértésére ($p = 0,027$) és alkalmazására ($p = 0,008$) volt befolyásoló hatással.

Egészségértés szintje	Egészségértés dimenziói [n (%)]			
	Információ szerzés	Információ megértése	Információ feldolgozása	Információ alkalmazása
Elégtelen	19 (7,1%)	52 (19,5%)	52 (19,5%)	62 (23,2%)
Problémás	85 (31,8%)	91 (34,1%)	91 (34,1%)	94 (35,2%)
Elégséges	104 (39%)	78 (29,2%)	77 (28,8%)	62 (23,2%)
Kitűnő	59 (22,1%)	46 (17,2%)	47 (17,6%)	49 (18,4%)

9. számú táblázat: Egészségértés különböző dimenzióiban elért eredmények (n=267 fő)

4.3.2.3 Az NVS feladatlap eredményei

Az objektív felmérés során számolási és szövegértési feladatokat kellett megoldaniuk a hallgatóknak egy jégkrémes dobozon található leírás segítségével (III. számú melléklet).

Szinte minden kérdés esetén a válaszadók közel ¼ része helytelenül válaszolt (10. számú táblázat).

Az 5-ös kérdés esetében, hogy amennyiben allergiás a mogyoróra fogyaszthat-e a jégkrémből többen meg tudták mondani, hogy nem, azonban nem tudták az okát vagy nem azonosították a mogyoróolajat a mogyoró jelenlétével a jégkrémekben.

Kérdés	Rossz válaszok száma (n/%)	Jó válaszok száma (n/%)	Részben helyes
Ha megeszik egy teljes doboz jégkrémet hány kalóriát fogyaszt el?	53 (19,9%)	214 (80,1%)	
Amennyiben 60 g szénhidrátot fogyaszthat el nassolás gyanánt, mennyi jégkrémet lehet meg?	69 (25,8%)	198 (74,2%)	
Az orvosa azt javasolta, hogy csökkentse a telített zsírsavak bevitelét a diétája során. Átlagosan 42 g telített zsírsavat eszik meg naponta, ami egy adag fagylaltot is tartalmaz. Amennyiben nem eszik fagylaltot, mennyi telített zsírsavat fog bevinni naponta?	65 (24,3%)	202 (75,7%)	
Amennyiben 2500 kalóriát visz be naponta, hány %-a lesz a bevitt kalóriának, ha megeszik egy adag fagylaltot?	48 (18,0%)	219 (82,0%)	
Biztonságos az Ön számára enni ebből a jégkrémből? Amennyiben úgy gondolja, hogy nem, akkor miért nem?	64 (24%)	186 (69,7%)	17 (6,4%)

10. számú táblázat: Az NVS mérőeszközre adott helyes és helytelen válaszok aránya (n=267 fő)

Az 11. számú táblázat alapján elmondható, hogy a hallgatók 80,1%-a megfelelően tudott válaszolni a kérdésekre, objektíven mért számolási, olvasási készségeik megfelelőek ahhoz, hogy az írott szövegeket megértsék.

A hallgatók válaszait kódolva dolgoztuk fel a statisztikai elemzések során, azonban volt néhány olyan válasz, amit szövegszerűen hagytunk, mivel véleményünk szerint így mutatja be a hallgató hozzáállását, vérmérsékletét, egészségértési szintjét a legjobban. Ezek a válaszok legtöbb esetben a számolási feladatok és az allergia kérdés (5-ös kérdés) esetén fordultak elő. Az alábbiakban ezeket a válaszokat ismertetném. A számolási feladatok esetén ezeket írták a hallgatók:

- „Mik ezek a matematikai feladványok?”
- „Gimibe se ment jól a matek, itt se fog...”
- „Amennyi jól esik neki, bár túlzásba nem szabad esni.”

Az 5-ös kérdés kapcsán pedig többen így vélekedtek:

- „Biztonságos, ha nincs feltüntetve a mogyoró, mint allergén a dobozon.”
- „Amennyiben nem tartalmaz a jégkrém mogyorót, szerintem biztonságos.”
- „Nem, mert esélyesen tartalmaz mogyorót és vagy mogyoró származékokat.”
- „Attól függően, hogy mennyire vagyok érzékeny a mogyoróra, és pontosan mennyi mogyoróolajat tartalmaz a jégkrém, valamint ennek milyen a minősége (vajon mennyi mogyorót látott az a mogyoróolaj), különböző mértékű allergiás reakciót okozhat. De fő az óvatosság, ezért nem ajánlott fogyasztani belőle.”

Egészségértési szint	Hazai Hallgatók	Nemzetközi Hallgatók	Összesen
Limitált/inadekvát	6	4	10 (3,7%)
Lehetségesen limitált	33	10	43 (16,2%)
Megfelelő/adekvát	191	23	214 (80,1%)

11. számú táblázat: A vizsgálatban résztvevő hallgatók objektív egészségértési szintje az NVS skála alapján (n=267 fő)

Ötödik hipotézisünket vizsgálva, miszerint a szakirány és az évfolyam befolyásoló tényezőként hat a szubjektív és objektív egészségértési szintre a következőképp vizsgáltuk. A szubjektív egészségértést felmérő skálán vizsgálva az eredményeket a tanulmányi adatokkal összevetve az évfolyam nincs befolyásoló hatással egyik aldimenzióra (információszerzés, megértés, feldolgozás és alkalmazás, valamint cHL, HC, DP, HP) sem, azonban a szakirány igen. Az információ megszerzése ($p < 0,001$), megértése ($p = 0,012$) és feldolgozása ($p = 0,004$) is összefüggést mutatott a szakiránnyal. Azok, akik ápoló szakirányon tanulnak minden kategóriában magasabb egészségértési szinttel rendelkeznek, mint a többi szak hallgatói.

Az objektív egészségértéssel való összefüggést vizsgálva χ^2 -próba eredménye egyik esetben sem mutatott szignifikáns összefüggést.

4.3.3 Kérdőívek eredményeinek összevetése

Összevetve az NVS és a Chew-kérdések eredményeit összefüggés volt kimutatható az első két kérdés között (q1 $p = 0.027$, q2 $p = 0.041$, q3 $p = 0.294$). Ebből kifolyólag, az orvosi dokumentáció megértésére vonatkozó adatok pozitív kapcsolatot mutatnak a funkcionális HL-re vonatkozó felmérés eredményeivel.

4.3.4 Kérdőívek eredményeinek összevetése az egészségre, szubjektív egészségértésre vonatkozó kérdésekkel

A HLS-EU-Q16 kérdőív eredményeit összevetve azzal a kérdéssel, hogy „Ön szerint milyen szintű az Ön szubjektív egészségértési szintje?” mindegyik alindexxel szignifikáns összefüggést mutatott (információ szerzés $p=0,04$; megértés $p<0,001$; feldolgozás $p<0,001$; és alkalmazás $p<0,001$). A szubjektív egészségi állapot pedig mindegyik aldimenzióval összefüggést mutatott (HC $p=0,014$; DP $p=0,011$; HP $p=0,018$), valamint az önbevalláson alapuló egészségértési szinttel is ($p<0,001$).

A Chew kérdések estében az önbevalláson alapuló egészségértési szint mindhárom kérdéssel összefüggést mutatott: k1 $p=0,001$; k2 $p=0,037$; k3 $p=0,001$.

Az NVS eredményei egyik aldimenzió és alindex esetén sem mutattak szignifikáns eredményt.

4.4 A COVID-19 járványhoz köthető egészségértés felmérése egyetemi hallgatók körében (Kutatás D)

4.4.1 A HL-COVID-Q22 kérdőív validálásának eredményei

4.4.1. 1 A validálásban résztvevők elemzése

A kérdőív validálásához a mintánkat 100 fő adta. A minta közel $\frac{3}{4}$ részét nők alkották (74%). Az átlagéletkor $28,7 \pm 9,917$ év volt. A tanulmányok miatt nagyobb arányban élnek most megyeszékhelyen a hallgatók, mint származásukat tekintve. A minta 77%-a nem élt gyermekkel egy háztartásban. 14% rendelkezett munkahellyel, ebből 57,1%-nak a munkahelye nem függött össze tanulmányaival. A minta 75%-ának az átlagkeresete átlagon aluli (270.000 Ft alatti) volt. A válaszadók többsége Pécsi Tudományegyetem tíz kara közül a Bölcsészeti és Társadalomtudományi Karra (21%), valamint az Egészségtudományi Karra (22%) járt. A hallgatók többsége nappali munkarendben (63%) és alap képzési szinten (53%) tanult.

4.4.4.2 A kérdőív megbízhatósága

Első lépésben a Cronbach- α értéket számítottuk ki. Ez a teljes kérdőívre $\alpha = 0,938$, mely az optimális 0,950 -hez igen közeli érték. Az alindexekkel tartalmi szempontból azonosítható fő dimenziókra ezek az értékek a hozzáférés (6 kérdés) $\alpha = 0,786$, a megértés (6 kérdés) $\alpha = 0,899$, az értékelés (5 kérdés) $\alpha = 0,865$ és alkalmazás tekintetében (5 kérdés) $\alpha = 0,846$.

A kérdőív Spearman-Brown-féle koeficiens együtthatója 0,866, a Guttman „split-half” együttható pedig 0,861. Az alindexekre vonatkozó értékeket a 12. számú táblázat tartalmazza.

	Összesített HL	Hozzáférés	Megértés	Értékelés	Alkalmazás
Cronbach- α	0,938	0,786	0,899	0,865	0,846
Spearman- Brown-féle koeficiens	0,866	0,706	0,836	0,877	0,829
Guttman „split-half” együttható	0,861	0,696	0,836	0,864	0,801

12. számú táblázat: Megbízhatósági együtthatók a kérdőív különböző dimenzióiban

4.4.4.3 A kérdőív érvényessége

A konstrukciós érvényesség vizsgálatokor alkalmazott faktorelemzés során a Bartlett-teszt eredménye szignifikáns lett ($p < 0,001$; $\text{Khi}^2 = 1629,292$; $\text{df} = 231$), a Kaiser-Meyer-Olkin kritérium értéke 0,876. Az adatok tehát kielégítik a faktoranalízis alkalmazhatóságának kritériumát.

Az egynél nagyobb saját értékek alapján végzett vizsgálat eredménye szerint az első négy faktor tartalmát és a benne szereplő azonos itemeket is figyelembe véve, az eredeti kérdőív alindexeinek jól megfeleltethető. A 4 faktor az eredeti 22 változó 67,08%-át fedi le.

4.4.4.4 Egészségértés értékelése

A Pearson-féle korreláció az összesített HL index és az alindexek valamint az alindexek között is magas volt ($r = 0,846-0,887$) (13. számú táblázat).

Kérdőív és aldimenziói	Hozzáférés	Megértés	Értékelés	Alkalmazás
HLS-Covid-Q22	0,846*	0,839*	0,879*	0,887*
Hozzáférés	1	0,629*	0,661*	0,646*
Megértés	-	1	0,561*	0,675*
Értékelés	-	-	1	0,794*

13. számú táblázat: Korreláció az összesített egészségértés index és alindexei között
*p<0,001 (two-tailed) (n=100)

Az összesített egészségértési index átlagpontja a minta esetében $3,08 \pm 0,56$ pont. Az átlagpontszám alapján a minta az elégséges kategóriába esett. Minden alindex esetén a válaszadók több, mint fele az elégséges kategóriába esett (14. számú táblázat).

	Átlag (pont)	Inadekvát (%)	Problémás (%)	Elégséges (%)
Összesített HL	$3,08 \pm 0,56$	15	28	57
Hozzáférés	$3,12 \pm 0,56$	18	17	65
Megértés	$3,16 \pm 0,68$	19	15	66
Értékelés	$2,95 \pm 0,70$	26	18	56
Alkalmazás	$3,11 \pm 0,68$	21	14	65

14. számú táblázat: Átlagpontszámok és az egészségértés mértéke a különböző dimenziókban (n=100)

4.4.2 Multicentrikus vizsgálat eredményei

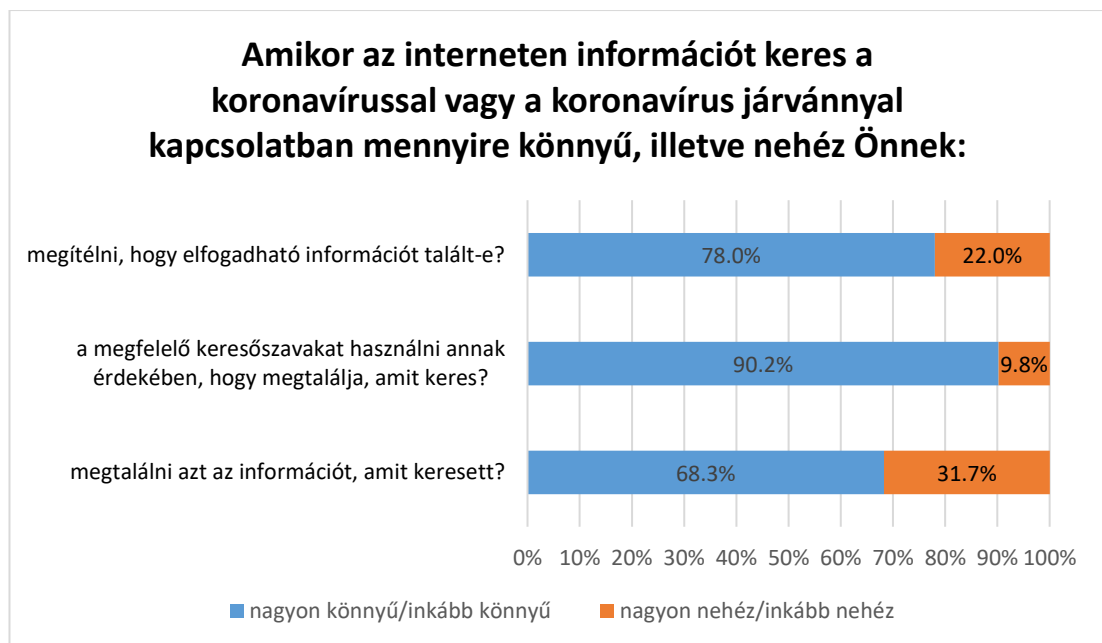
4.4.2.1 A minta elemzése

Az egyetemekről 1274 hallgató válaszait dolgoztuk fel. A válaszadók 75%-a női hallgató volt, az átlagéletkor $25,82 \pm 8,715$ év volt. A minta 27,5%-a a PTE-ről, 25,3%-a az SE-ről, 39,7%-a az SZTE-ről és 7,5%-a az ME-ről volt. A minta 43,2%-a az orvos és egészség tudomány területén folytatta tanulmányait. Azon hallgatók, akik a képzés helyén albérletben vagy kollégiumban voltak, csupán 21,4%-uk rendelkezett házi orvossal a képzés helyén. Azon háztartások esetén, ahol volt együtt élő gyermek, a legalacsonyabb számuk az 1 fő, míg a legmagasabb a 7 fő volt. Leggyakrabban egy 18 éven aluli volt a háztartásokban (módusz=1). A szocio-demográfiai, gazdasági és

tanulmányokra vonatkozó összefoglaló táblázatok a XIV. számú és XV. számú mellékletként található meg.

4.4.2.2 Digitális egészségértés felmérés eredményei

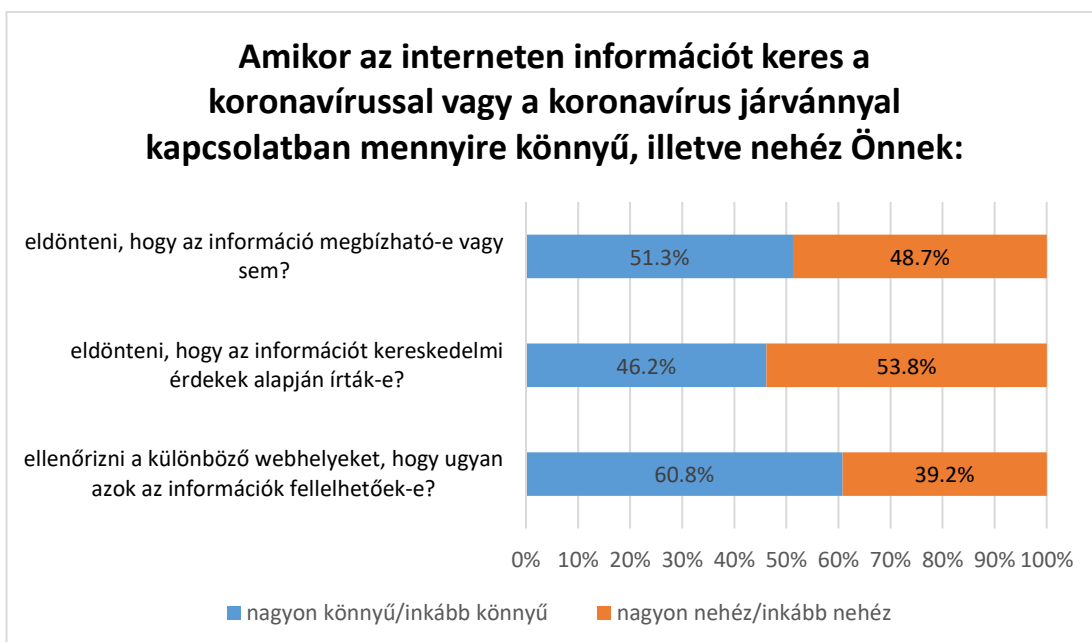
A digitális egészségértést vizsgálva 5 dimenzióban vizsgáltuk a válaszadókat, azonban az utolsó kérdést nem tekintjük külön dimenziónak, mivel a Cronbach- α értéke nem volt megfelelő. A válaszokat arra a kérdésre csak leíró jellegűen elemeztük. A különböző kérdésekre kapott válaszokat az alábbi diagrammok szemléltetik részletesen (6-10. számú diagram).



6. számú diagram: DHL információ keresés alindec eredményeinek megoszlása (n=1274)

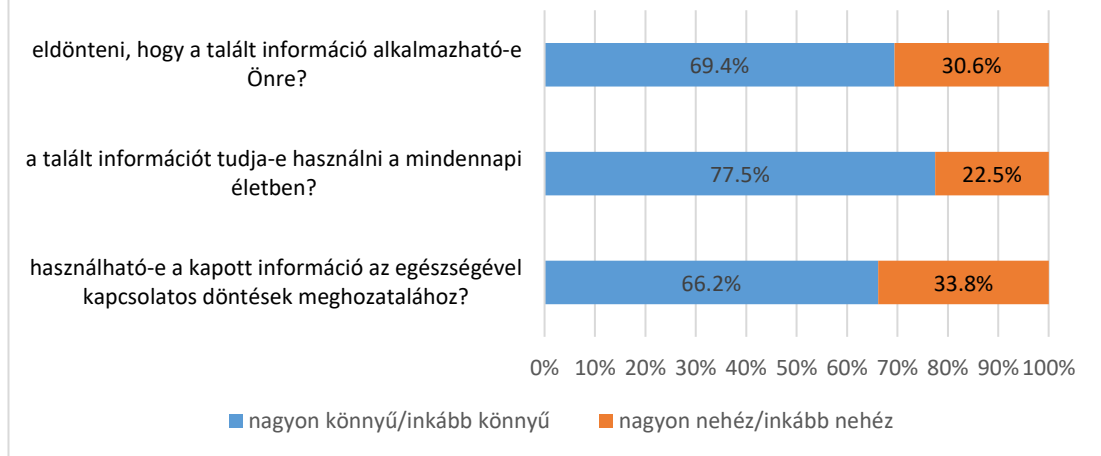


7.számú diagram: DHL saját tartalom generálása alindex eredményeinek megoszlása (n=1274)



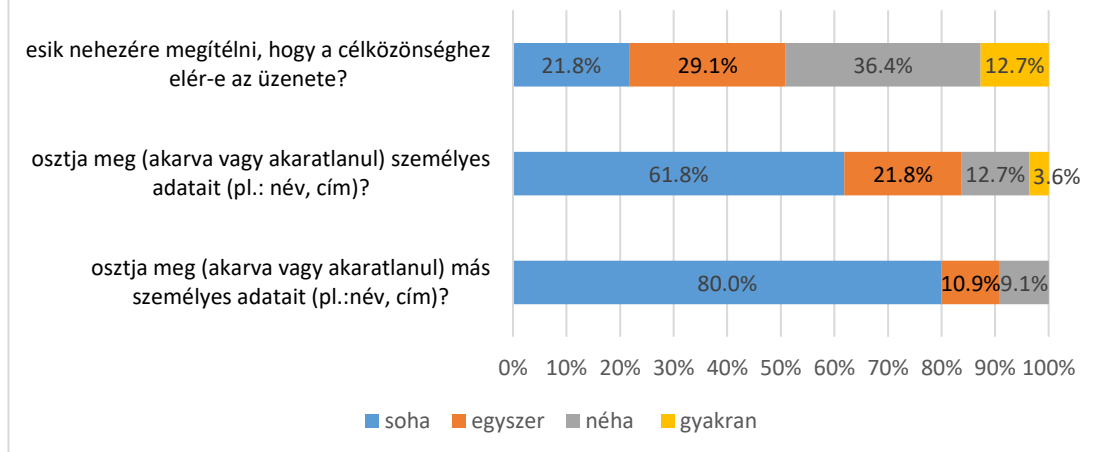
8 számú diagram: DHL megbízhatóság alindex eredményeinek megoszlása (n=1274)

Amikor az interneten információt keres a koronavírussal vagy a koronavírus járvánnyal kapcsolatban mennyire könnyű, illetve nehéz Önnek:



9 számú diagram: DHL relevancia alindex eredményeinek megoszlása (n=1274)

Amikor nyilvános fórumon vagy közösségi médiában üzenetet tesz közzé a koronavírussal vagy kapcsolódó témákkal kapcsolatban, milyen gyakran...



10 számú diagram: DHL személyes adatok védelme kérdés eredményeinek megoszlása (n=55)

A nem, a település típusa származás és életvitelszerű tartózkodás esetén is mind a 4 dimenzióban (információkeresés, saját tartalom generálása, megbízhatóság és relevancia) szignifikáns összefüggést mutatott a DHL szintjével (XVI. számú melléklet). A nők minden esetben és minden dimenzióban alacsonyabb DHL szinttel

rendelkeztek, mint a férfiak, illetve a községben, faluban élők szintén, mint a városban vagy megyeszékhelyen. A saját tartalom generálása dimenzióban a munkahely, átlagkereset, képzési szint és tudományági besorolás is befolyásoló szereppel bírt. A megbízhatóság dimenzió tekintetében a gyermek jelenléte a háztartásban és a képzési szint volt hatással a DHL szintre, míg a relevancia dimenzióban az átlagkereset, az egyetem és a képzési szint. A szignifikancia értékek az XVI. számú mellékletben találhatóak. A személyes adatok védelmével kapcsolatban a mások adatainak a megosztása mutatott szignifikáns összefüggést a nemmel ($p=0,002$), az átlagkeresettel ($p=0,037$), a képzési szinttel ($p=0,030$) és a képzési területtel ($p=0,022$). A képzési terület a saját adatok megosztásával is összefüggést mutatott ($p=0,018$).

Azzal kapcsolatban, hogy milyen felületen keresnek rá leggyakrabban a vírushoz köthető információkra elég változatos eredmények születtek, melyet az 15. számú táblázat szemléltet. A hallgatók a különböző keresőmotorokat használják a leggyakrabban (63,8%) az információk megszerzésére, azonban a közösségi médiából való tájékozódás mértéke sem elhanyagolható (23,2%). A legkevésbé népszerű keresőfelületek közé tartoznak a kérdező oldalak és a blogok.

	gyakran (%)	néha (%)	alig (%)	soha (%)
Kereső felületek (pl.: google, yahoo)	63,8	20,3	13,0	2,9
Állami szervek felületei (pl.: egészségügyi minisztérium honlapja)	30,4	34,8	21,7	13,0
Wikipédia vagy egyéb online enciklopédia	11,6	30,4	33,3	24,6
Közösségi média (pl.: facebook, Instagram, Twitter)	23,2	39,1	20,3	17,4
YouTube	14,5	14,5	34,8	36,2
Kérdező oldalak (pl.: gyakorikérdések.hu)	1,4	8,7	27,5	62,3
Egészséggel kapcsolatos blogok	5,8	23,2	31,9	39,1
Egészségügyi portálok (pl.: webbeteg)	13,0	36,2	21,7	29,0
Orvosok vagy különböző biztosítók oldalai	17,4	30,4	26,1	26,1
Sajtó (pl. :tv, újságok)	14,5	26,1	27,5	31,9
Az egyetem vagy kar honlapja, amelyen tanul	29,0	30,4	14,5	26,1

15. számú táblázat: Összefoglaló táblázat a leggyakrabban használt tájékozási felületekről (n=1274)

A keresési szokásokat áttekintve a legtöbben nem a megelőzési módokat és a védekezést tartják a legfontosabbnak, hanem a korlátozásokat, jogszabályokat és jelenlegi helyzetet a vírussal kapcsolatban. Mindezek mellett az alábbiakat is megemlítették, mint egyéb keresési kifejezések: *“A háttérhatalom bukásáról szóló híreket.”* *“A sok hülyeségre chip és társai, amivel az embereket ijesztgetik”* *“Mennyire valós a veszély? Mennyire manipuláció a járvány? Mennyire él vissza a kormány a járványhelyzettel?”* Persze ezek mellett voltak olyan hallgatók is, akik a postcovid szindrómát, utazási feltételeket, vakcinákról szóló híreket említették még hozzáadva a felsoroltakhoz. Az általunk felsorolt keresési kifejezéseket az 16. számú táblázat tartalmazza.

Keresési témák	igen (%)	nem (%)
Jelenlegi számok a vírussal kapcsolatban (pl.: fertőzöttek száma)	56,9	43,1
Terjedési módja a koronavírusnak	16,1	83,9
Tünetei a COVID-19-nek	51,3	48,7
Védekezési mechanizmusok a fertőzés ellen (pl.: kézmosási tippek)	17,2	82,8
Higiéniiai előírások (pl.: fertőtlenítőszer használata)	16,2	83,8
Hatályban lévő helyzetértékelések és ajánlások	47,8	52,2
Korlátozások (pl.: kijárási tilalom)	78,1	21,9
A koronavírus gazdasági és társadalmi következményei	33,7	66,3
Koronavírus okozta pszichés stressz kezelése	23,1	76,9
Egyéb	3,5	96,5

16. számú táblázat: Keresési témák és azok arányai a járvánnyal kapcsolatban (n=1274)

4.4.4.3 Szubjektív egészségértést felmérő kérdőív eredményei (HLS-COVID-Q22)

A szubjektív egészségértés tekintetében, a fő dimenzióban és az aldimenziókban is (a felmérés aldimenziót leszámítva) a válaszadók elérték a kitűnő egészségértési szintet az átlagpontoszámok alapján, illetve a kategóriák tekintetében is, minden dimenzióban a hallgatók több, mint 50%-a az elégséges kategóriába esett. Az ehhez kapcsolódó pontos adatokat az 17. számú táblázat tartalmazza.

A HLS-COVID-Q22 eredményeit dimenzióként összevetve a szocio-demográfiai adatokkal, a nem a megértés kategóriában ($p=0,003$), a településtípus származás

alapján ($p=0,014$), településtípus életvitelszerűen ($p=0,002$) szintén a megértés kategóriában, az egyetem ($p=0,02$) az összesített HL kategóriában és az alkalmazás ($p=0,034$) kategóriában, a képzési terület, tudományág ($p=0,001$) az alkalmazás kategóriában mutatott szignifikáns összefüggést.

		összesített egészségértési szint	hozzáféres	megértés	értelmezés	alkalmazás
átlag pontszám		3,0765±	3,1073±	3,1744±	2,9113±	3,0874±
		0,52	0,55	0,61	0,64	0,62
inadekvát	n	178	213	194	320	218
	%	14	16,7	15,2	25,1	17,1
problémás	n	366	224	192	291	240
	%	28,7	17,6	15,1	22,8	18,8
elégséges	n	730	837	888	663	816
	%	57,3	65,7	69,7	52,0	64,1

17. táblázat: A HLS-COVID-Q22 kérdőív eredményei dimenzióként (n=1247)

Hatodik hipotézisünk értelmében, miszerint az orvos- és egészségtudomány területén tanuló hallgatók egészségértési szintje magasabb lesz, mint más területeken tanulóké, nem volt kimutatható minden dimenzióban szignifikáns összefüggés (cHL $p=0,012$; hozzáféres $p=0,127$; értelmezés $p=0,564$; felmérés $p=0,04$; alkalmazás $p=0,002$). A felmérés alapján elmondható, hogy az orvos- és egészségtudományi képzési területen tanulók átlag egészségértés pontszámai jobbak voltak, mint társaiké. A pontos értékeket a 18. számú táblázat mutatja.

Hetedik hipotézisünk alapján, a két kérdőív (digitális egészségértés és szubjektív egészségértés a COVID-19 járványhoz kapcsolódóan) eredményeinek összevetése során minden dimenzióban összefüggést találtunk az eredmények között. A 19. számú táblázat bemutatja az eredményeket és a kapcsolat erősségét. A Pearson-féle korreláció eredményeként elmondható, hogy az összefüggés fordított arányú szinte minden dimenzióban.

HL dimenziói	Orvos- és egészség tudomány képzési terület (n=550)	Más képzési terület (n=724)	p-érték
cHL	3,12±0,52	3,04±0,52	0,012
hozzáférés	3,14±0,54	3,08±0,55	0,127
megértés	3,21±0,62	3,14±0,61	0,564
értelmezés	2,96±0,64	2,87±0,65	0,040
alkalmazás	3,14±0,60	3,04±0,63	0,002

18. számú táblázat: Összefüggés vizsgálat az orvos- és egészség tudományi, valamint a nem orvos- és egészség tudományi tudományterületek és egészségértés szintje között

DHL dimenziói		HLS-COVID-Q22 dimenziói				
		cHL	Hozzáférés	Értelmezés	Megértés	Alkalmazás
információ keresés	p érték	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	r érték	-0,430	-0,401	-0,499	-0,425	-0,503
saját tartalom generálása	p érték	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	r érték	-0,377	-0,390	-0,461	-0,434	-0,476
megbízhatóság értékelése	p érték	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	r érték	-0,462	-0,365	-0,342	-0,528	-0,381
relevancia meghatározása	p érték	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	r érték	-0,551	-0,458	-0,409	-0,570	-0,489
személyes adatok védelme	p érték	0,037	0,016	0,166	0,111	0,020
	r érték	0,282	0,322	0,189	0,218	0,313

19. számú táblázat: A digitális egészségértés és a szubjektív egészségértés kérdőív eredményei közti korreláció vizsgálat eredménye (n=1247)

4.4.4.4 Elégedettségvizsgálat az egyetem COVID-19 járványra való reagálására

A hallgatókat először arról kérdeztük, hogy mennyire voltak elégedettek az egyetemük részéről feléjük, a járvány idején történő, információ átadással, áramlással. A válaszadók 14,6%-a (186 fő) nem volt elégedett, 53,5% (682 fő) pedig teljes mértékben elégedett volt. Az egyetem által hozott intézkedésekkel kapcsolatban 14% (178 fő) nem volt elégedett a hozott intézkedésekkel, 55,8% (711 fő) pedig teljes mértékben elégedett volt. A hallgatói szolgáltatásokkal kapcsolatban 22,3% (296 fő) szerint csökkent ezen szolgáltatások minősége, 14,1% (179 fő) szerint pedig javult. Néhány negatív vélemény az oktatásban felmerült változásokról:

- *„Lehetetlen volt időpontot foglalni az offline ügyintézéshez, mert túl nagy volt a limit túl sok emberre. A könyvtárat nem tudtuk használni nagyon sokáig, illetve a jegyzetboltban sem tudtuk megvásárolni a könyveinket. Holott a jegyzettámogatás minden félévben járt.”*
- *„Tanórák tartása, ügyintézés menetének megnehezítése.”*
- *„Az oktatás minősége online egyáltalán nem olyan, mint személyesen.”*
- *„A kommunikációs csatornák szűkülése miatt több információ elmaradt, ezáltal több lényegi információról maradtunk le.”*
- *„Gyakorlati oktatás (nem vehettünk részt a gyak.ovis kurzuson) helyette videókat elemeztünk, ami nem volt teljesen életszagú, mert össze voltak vágva.”*
- *„A karantén kóli borzalmas volt, összeengedtek órákon is egy csomó embert, minden intézet összevissza oktatott.”*

Néhány pozitív vélemény a járvány folyamán bekövetkező változásokról:

- *„Több fertőtlenítő pont, ingyenes utazás lehetősége (kirendelés esetén), plusz kreditek kirendelés esetén, nyári gyakorlat kiváltása”*
- *„telefonos tájékoztatás”*

- *„Az internetes elérhetőségek tárháza bővült, ezzel közvetlenebb kapcsolat alakult ki tanár és hallgató között, illetve megkönnyítette a tananyaggal kapcsolatos információk megszerzését és elsajátítását is.”*

Összességében elmondható, hogy a hallgatók többsége az online oktatást nehezményezte, ezáltal a tanárokkal való nehezebb kommunikációt, nehezebb felkészülést az órákra. Mindezek mellett a Tanulmányi Osztály ügyintézésének menetével kapcsolatban voltak ellenérzések, illetve a programok elmaradását is negatívumként élték meg a hallgatók. Mindazonáltal, amit egyesek nehézségnek ítélték, addig a többieknek az pozitívum volt. Az online oktatást többen dicsérték, az online elérhető anyagok tárháza is bővült. Az online, illetve telefonos ügyintézés is többen pozitívan értékelték.

A hallgatók 33%-a (420 fő) külső sajtó által, 36,3%-a (462 fő) pedig közösségi oldalak által, 26,8% (342 fő) pedig az egyetem felületein, képzésein tájékozódott elsősorban a járvánnyal kapcsolatosan. Az egyéb kategóriába esők a családot, barátokat, munkatársakat jelölték meg főként, mint elsődleges információforrás.

5 Megbeszélés

5.1 Eredményeink kiértékelése és összevetése más szakirodalmakkal

Kutatásunkban több mintán, több szempontból mértük fel az egészségértési szintet, melynek részeként magyar nyelvre validáltuk a HLS-COVID-Q22 kérdőívet egyetemi hallgatók körében. A vizsgálatok során nem csak az egészségértési szintet szeretttük volna felmérni, hanem képet kapni annak befolyásoló tényezőiről, valamint a válaszadók ismereteit is szeretttük volna felmérni a témával kapcsolatban. Mivel mindennapjaink során egyre gyakrabban találkozhatunk kritikus helyzetekkel, mind egyén, mind pedig populáció szinten, elengedhetetlen az egészségértés ismerete társadalmi szinten, hiszen ehhez mérten tudjuk alakítani a védekezési stratégiát annak érdekében, hogy az valóban hatásos legyen. Ennek érdekében fontos, hogy tisztába legyünk a különböző társadalmi szinten lévő emberek egészségértésével és mindenkinek a saját szintjéhez mérten adjunk információt a kialakult helyzetről, akár egyéni (orvosi beavatkozás előtt, gyógyszereszedéssel kapcsolatban, betegséggel kapcsolatban stb.) akár populáció szinten (pandémia esetén) (40).

Kutatásunk négy különböző részre különül el, azonban mindegyik összekapcsolódik. Először, egy pilot vizsgálat keretében mértük fel az Ormánság 3 településén a szubjektív egészségértési szintet, melyet a szocio-demográfiai, gazdasági adatokkal, sürgősségi megjelenéssel, gyógyszereszedéssel és krónikus betegséggel összefüggésben vizsgáltunk. Erre azért volt szükség, hogy lássuk a kérdőív ezen minta esetében is érthető, megválaszolható. A kitöltést kérdezőbiztos segítségével biztosítottuk. Második lépcsőként ennek a kérdőívnek a kiterjesztése történt meg országos mintára. Ezen kutatásunk fő erőssége, hogy egy kérdőívben vizsgáltuk az egészségértést és a szocio-demográfiai, gazdasági, kórelőzményi adatokat, valamint a sürgősségi osztályos megjelenéssel összefüggő és a triázs rendszer ismeretével kapcsolatos tájékozottságot. Az országos felmérés esetben a szocio-demográfiai mutatókat és a kardiovaszkuláris rizikóbecslés eredményének tükrében vizsgáltuk meg az egészségértési szintet. Mindkét vizsgálat esetében elmondható, hogy a szocio-demográfiai adatok nem mutattak olyan szintű összefüggéseket a mintákban, mint az várható lett volna a korábbi szakirodalmak alapján (6-9). Duplaga és munkatársai lengyelek körében végzett kutatásában összefüggés volt felfedezhető az egészségértés és az életkor (50-59 év), munkaviszony és családi állapot között (125). Garcia-Codina

és munkatársai szintén összefüggésbe hozták az alacsony szocio-ökonómiai státuszt és az alacsony iskolai végzettséget (általános iskola) ($p=0,002$) az alacsony egészségértési szinttel (276). Levin-Zamir és munkatársai kutatásában szintén összefüggésbe volt hozható az egészségértés az iskolai végzettséggel és gazdasági helyzettel (277). A hazai vizsgálatok közül megemlíthető Varga és munkatársai kutatása, akik hipertóniával diagnosztizált betegek körében végezték vizsgálatukat. Eredményeik rámutattak arra, hogy az egészségértés szintjére legerőteljesebben a legmagasabb iskolai végzettség hat (278). Sántha és munkatársai a különböző nemzetiségű és etnikai hovatartozású édesanyák körében vizsgálták az egészségértés szintjét 3 országban. Kimutatták, hogy a krónikus betegségben szenvedő gyermeket nevelő, alacsony szocio-ökonómiai státusszal rendelkező édesanyák egészségértési szintje rosszabb, mint társaiké (279). Azonban van olyan irodalom is, ami nem talált összefüggést a szocio-demográfiai adatok és az egészségértés között (7). Saját pilot vizsgálatunk során az iskolai végzettség, a lakóhely típusa, gyermek jelenléte a családban és a gazdasági helyzet mutatott összefüggést az összesített egészségértési szinttel. Azon válaszadók, akik nem rendelkeztek egészségügyi végzettséggel, községben éltek és átlagon aluli gazdasági helyzetben voltak, alacsonyabb egészségértési szinttel rendelkeztek, mint azok, akiknek volt egészségügyi végzettsége, a többi településtípuson éltek, és átlagon felüli gazdasági helyzetben voltak. A nem csak a HC és HP dimenziókban mutatott összefüggést, míg az életkor csak a DP esetén. Az egészségi mutatók közül a BMI szintén összefüggést mutatott az egészségértési szinttel, ahogyan emelkedtek a cHL pontszámok, úgy közelítette meg a BMI a normál értéket. Ezek és más szakirodalmi adatok (280,281) alapján elmondhatjuk, hogy a BMI és a HL között összefüggés mutatható ki. Az országos mintán ilyen adatokról nem tudunk biztosan beszámolni, mivel sok válaszadó nem kívánt válaszolni a szocio-demográfiai jellegű kérdésekre. Ez azzal sem volt kivédhető, hogy a kérdezőbiztosok személyében a saját házi orvosuk vagy annak asszisztense volt jelen. Az Ormánság hazánk egyik leginkább hátrányos helyzetben lévő területe a szocio-demográfiai és gazdasági adatok alapján (282). Ezen területek beazonosítása az országos mintán is megtörtént. Egyértelműen kijelenthető, hogy ezen területen élők egészségértési szintje elmarad az országos szinttől. Annak ellenére, hogy a mintának igen kis %-a volt csak ezen területről, a különbségek is így nagyon szembetűnők voltak az egészségértés minden dimenziójában. Mindezek miatt úgy gondoltuk, hogy ez a terület komplex módon reprezentálja az úgynevezett szocio-

demográfiai és gazdasági mutatókat, így harmadik hipotézisünket (H3) igazoltnak tekintjük, miszerint az Ormánságban felmért egyének esetén az egészségértési szint és a szocio-ökonómiai adatok rosszabb képet mutatnak, mint Magyarország többi területén. Azt eddig is tudtuk, hogy ezen területek demográfiai és gazdasági szempontból elmaradottak, azonban kutatásunk rávilágított, hogy az egészségértés, mint komplex mutató, az egészségügyi kiadásokra, kórházi felvételekre, sürgősségi osztályos megjelenésre, valamint a pandémia során tanúsított magatartásra is nagy hatást gyakorol, szintén rossz képet mutat (40). Magyarországon végzett országos mintán a COVID-19-hez kapcsolódó egészségértés vizsgálata szintén negatívan értékelte Baranya és Somogy megye átlagpontszámait a fővároshoz képest (101). Ennek orvoslása elengedhetetlen a jövőben, ami egy komplexen kidolgozott programot igényel, kimondottan az ezen területeken lakóknak, figyelembe véve mindazt, hogy sokszor alapvető funkciók (írás, olvasás képessége) is hiányoznak. Az Egészségfejlesztési Irodák által már indultak programok (283), azonban azok nem kifejezetten az egészségértés javítását célozzák meg és nem is tudnak odafigyelni, hogy az adott csoport milyen speciális igényeket kívánna meg.

Magyarországon a halálozások közel 50%-áért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők a felelősek és az elhízottak száma is jelentősen meghaladja az Uniós átlagot. Hazánkban, minden harmadik haláleset ischémiás szívbetegség vagy stroke következtében történik. Magyarországon az emberek 40%-a él legalább egy krónikus betegséggel. A rossz gazdasági helyzettel rendelkezők között ez az arány még magasabb (46%) (1). Mindezek ellenére a magyar lakosság több, mint fele (58%) saját egészségi állapotát jónak vagy nagyon jónak értékelte, ami ellentmond a valós helyzettel (284). A krónikus betegséggel küzdők vagy magasabb kockázati rizikófaktorral rendelkezők esetén azt gondolhatnánk, hogy ezek emberek jobban odafigyelnek magukra, jobban érdeklődnek és utánanéznak az egészségükkel, betegségükkel, gyógyszereikkel kapcsolatos kérdéseknek. Ennek ellentmondva, vizsgálatunk kimutatta, hogy azon egyének, akik alacsonyabb kockázati rizikóbecsléssel rendelkeznek magasabb pontszámokat értek el a szubjektív egészségértést felmérő skálán, mint a magasabb kockázati kategóriákba tartozók. Az összefüggés a két változó között kimutatható volt, azonban az iránya nem egyezett meg az általunk elvárttal. Ezáltal negyedik hipotézisünk (H4) nem teljesült. A pilot vizsgálatban a krónikus betegséggel és gyógyszereszedési szokásokkal való

összefüggést vizsgálva, nem volt kimutatható szignifikáns különbség. Az azonban jó jelnek tekinthető, hogy azok, akiknek olyan betegségük van, amire nem kell rendszeresen gyógyszert szedniük az egészségfejlesztés alindexben és az összesített egészségértési index esetén is magasabb pontszámokat értek el, mint társaik. Az alacsony egészségértési szint nagy jelentőséggel bír a kardiovaszkuláris megbetegedések tekintetében, hiszen azok, akik alacsony egészségértési szinttel rendelkeznek magasabb halálozási mutatókkal bírnak a hospitalizációt követő egy évben, mint azok, akik nem (6). Ez a rizikó azonban adekvát oktatással csökkenthető (285).

Az alacsony egészségértési szint szintén hatással van a kórházi felvételekre (10) és a sürgősségi osztályos megjelenésekre (11-12) is. Azon betegek, akik alacsony egészségértési szinttel rendelkeznek gyakrabban keresik fel az ellátóhelyeket (11-12). A járóbetegellátás és a kórházi ellátás forgalma is évről-évre folyamatosan növekszik, ezzel együtt persze a kiadások is. 2018-ban az egészségügyi kiadásokra az Állam 2858 milliárd Ft-ot költött (284). Kutatásunkban a pilot vizsgálat keretében vizsgáltuk a sürgősségi osztályos megjelenés és a szubjektív egészségértés kapcsolatát. A szakirodalmi eredményekkel ellentétben, eredményeink alapján nem volt kimutatható szignifikáns összefüggés a sürgősségi osztályos megjelenés és az egészségértés között, tehát második hipotézisünk (H2) nem teljesült. Azonban a tapasztalatok alapján elmondhatjuk, hogy a két véglet jelenik meg leginkább: vagy olyan problémákkal veszik igénybe az ellátást, ami nem ebbe az ellátási kategóriába tartozna, vagy túl későn jelentkeznak, és a betegségük már súlyos tüneteket produkál. Mindemellett elmondható, hogy bár szignifikáns összefüggés nem volt kimutatható, azon betegek, akik a vizsgálatot megelőző 12 hónapban igénybe vettek sürgősségi betegellátást magasabb átlagpontszámot értek el szinte minden dimenzióban (kivétel HP) a szubjektív egészségértést felmérő skálán. Ez több mindennel magyarázható lehet. A vizsgált településeken a háziorvos nagy gyakorisággal van jelen és minden problémával felkereshetik. A legközelebbi sürgősségi osztályok a nagyobb környező városokban (Pécs, Mohács) vannak, ahová nem szívesen mennek be a betegek, és nem is szívesen hívnak mentőt. Tudják, hogy az ellátás végeztével, amennyiben nem kerülnek kórházi felvételre, a hazajutásuk több órába is telhet, hacsak egy hozzátartozó, barát el nem megy értük. Ebből adódóan csak akkor veszik igénybe az ellátást, ha az állapotukat tényleg komolynak gondolják. A vizsgálatunkból kiderült,

hogy több esetben nem volt sürgős a kórházi ellátás és a beteget haza is bocsájtották. Mindezek mellett, ezen betegek elégedettsége a sürgősségi ellátással és az abban dolgozókkal jónak mondható. Összefüggést találtunk az elégedettségi mutató és az egészségértés szintje között is. Első hipotézisünk (H1) ezáltal teljesült.

Egyre gyakrabban találkozhatunk olyan kutatásokkal, melyek nem az átlagpopulációt, hanem diákokat, hallgatókat mérnek fel az egészségértés különböző aspektusaiban (286-289). Ez azért is fontos, mert az iskolákban, egyetemeken (zárt közösségekben) könnyebb beavatkozási pontokat azonosítani, melyek később nagyobb populáción is alkalmazhatóak. Továbbá, a minél fiatalabb korban megkezdett fejlesztés következtében egy olyan társadalom nevelhető fel, akiknek már nem okoz gondot az eligazodás az egészségügyi rendszerben és az ahhoz kapcsolódó kérdésekben (290). A koronavírus járvány beköszönté egy olyan kritikus pont volt az életünkben, melyre nem igen voltunk sem egyén, sem pedig társadalmi szinten felkészülve. 2022. október 27-ével bezárólag a WHO 625 740 449 koronavírusos esetet regisztrált, 6 563 667 számú halálozással és 12 830 378 906 védőoltás beadásával (30). A védekezés érdekében hozott döntések a környező országok példájára lettek meghozva. Ez a stratégia vitatható, mivel a társadalmak sok mindenben különböznek egymástól, többek között az egészségértési szintjükben is (5). Amit a szomszédos országban megértettek az emberek, hogy mit kell tenniük a védekezés érdekében, nem biztos, hogy az máshol is beválik. Az általános maszkhasználat és a kézmosás is gondot jelentett bizonyos részeken, például, ahol a megnövekedett kereslet miatt megrágult védőeszközöket az emberek nem tudták megvenni gazdasági okokból. Ebből kifolyólag több napig, akár hetekig is a koszos, már védelmet nem nyújtó maszkot használták az emberek. Az egészségügyi rendszert szintén megterhelte a járvány, hiszen nemvárt nehézségekkel, kihívásokkal kellett szembenéznie (292). Továbbá a hallgatókat is váratlan nehézségek elé állította (kirendeltség, online oktatás, gyakorlatok teljesítése stb.). Mindezek sokakat elbizonytalanítottak a szakmát és továbbtanulást illetően a lelki és fizikai megterhelések miatt is. Ezért tartottuk fontosnak felmérni első körben az egészségügyi hallgatók szubjektív és objektív egészségértési szintjét, majd kifejezetten a COVID-19 járványhoz kapcsolódó szubjektív és digitális egészségértési szintet is.

A koronavírus járvány beköszöntével, mi is az online térbe tereltük kutatásunk vonalát és a hallgatókat kezdtük el megvizsgálni az egészségértés több szemszögéből. Első körben a szubjektív és objektív egészségértési szintet mértük fel. Korábbi kutatások alapján elmondható, hogy az egészségügyi szakterületen tanuló hallgatók egészségértési szintje jobb, mint a többieké (292), ami a tanulmányaik előrehaladtával tovább fejlődik (286,289,293). Ebből kifolyólag, azt feltételeztük, hogy az általunk felmért hallgatók esetében is, a szubjektív és objektív egészségértést is befolyásolni fogja az évfolyam és a szakirány. A szubjektív egészségértést felmérő skála (HLS-EU-Q16) esetében és az NVS esetében sem mutatkozott szignifikáns különbség az évfolyamok között. Ez ellentétes a korábbi kutatásokban találtakkal (293). Véleményünk szerint ennek az lehet az oka, hogy több olyan hallgató van, akik valamilyen oknál fogva (halasztás, nem teljesített vizsgák) több évfolyamot végeznek egyszerre, így nem tudják magukat egy konkrét évfolyamba besorolni. A szakirány tekintetében azonban a HLS-EU-Q16 esetében egyértelmű összefüggés volt kimutatható. Az ápoló szakirányt végzők magasabb pontszámokat értek el a többiekénél minden esetben. Spanyolországban és Franciaországban végzett kutatás alapján, amit ápoló és szociális munkás tanulók között végeztek, szintén az ápoló hallgatóknak volt a legmagasabb egészségértési szintje a HC index esetén és 36,5%-uk elérte a kitűnő szintet is (287). Ez az eredmény azonban csak a szubjektív felmérőskála esetén mondható el, az NVS esetében ilyen összefüggést nem találtunk. Mindezek fényében az ötös hipotézisünket (H5) nem tudtuk bizonyítani. Több szakirodalom is foglalkozik azzal, hogy a tanulók, hallgatók körében az egészségértési szint korlátozott, ami kihatással van a jövőben igénybe vett sürgősségi ellátásaikra is (287-289,294). Korábban Magyarországon az egészségügyi hallgatók körében végzett vizsgálat is hasonlóan rossz eredményeket kapott az egészségértési szint tekintetében (293). Egy Nepáli kutatás alapján az egészségtudományi és orvosi hallgatók egészségértési szintje korlátozott szintű, de még így is magasabb, mint a csak tanfolyamokon tanuló diákoké (288).

A szakirodalmi adatok alapján szintén azt feltételeztük, hogy a COVID-19-hez köthetően is jobbak lesznek az orvos- és egészségtudomány szakterületen tanuló hallgatók eredményei, mint a többi területen, azonban ez a hipotézisünk (H6) csak részben teljesült. Az összesített egészségértési index, az értelmezés és az alkalmazás kategóriában szignifikáns összefüggés volt kimutatható és az orvos- és

egészségtudomány képzési területen tanuló hallgatók átlag pontszámai is magasabbak voltak, azonban a hozzáférés és megértés dimenzióban nem volt szignifikáns az eredmény, bár az átlagpontszámok itt is magasabbak voltak. A koronavírussal összefüggésbe hozható egészségértési szintet vizsgálva egy német kutatásban a válaszadók felének volt problémás a koronavírushoz köthető egészségértése (43), míg Svájcban a németül beszélő területeken 2020 tavaszától télig 55%-ról 63%-ra emelkedett az egészségértési szint a koronavírus járványhoz köthetően (295).

A kutatás keretében összevetettük a külföldi és magyar hallgatók eredményeit is. A külföldi hallgatók jobb eredményeket értek el a HLS-EU-Q16 skálán, mint a magyarok. Ez azzal magyarázható, hogy az ő arányuk kicsi volt a mintán belül, azonban a szakirányt tekintve nagy számban voltak ápolók. Mivel ők alapvetően jobban teljesítettek, mint a többiek, ezért ez torzíthatta az eredményeinket. Eredményeinket kontrollálni nem tudtuk, mivel a járvány miatt a külföldi hallgatók jelenléte a karon változó volt. Ez az eredmény, amennyiben a szakirányt - mint befolyásoló tényezőt - kivonjuk meglepő, hiszen korábbi kutatások arról számolnak be, hogy a külföldiek nehezebbnek gondolják az egészségügyi rendszerben az eligazodást egy idegen országban, mint az ott születettek. Ennek oka lehet nyelvi eredetű (135, 136), rasszizmusból eredő, rossz kommunikációs készség vagy félelem miatt, illetve a biztosítás hiánya miatt is (296). Ennek következtében sokszor nem jutnak ellátáshoz annak ellenére, hogy szükségük lenne rá (296). Az eredmények alapján elmondható, hogy az egyetemek az internacionalizáció hatására egyre több külföldi hallgatóval rendelkeznek, így a magyar egyetemeken jelenlévő hallgatók egészségértési szintjének növelése fontos, akár egyetemi kereteken belül is. Ennek hatására a hallgatók integrációja az egészségügyi rendszerbe, mint későbbi ellátó is segítséget jelenthet (297, 298).

A hallgatók körében végzett kutatásunk erősségének tartjuk, hogy több mérőeszkővel és többféle módon is felmérésre került az egészségértési szint. Az objektív mérőeszköz esetében (NVS) olyan szöveges válaszokat, megjegyzéseket is kaptunk, amelyekre nem számítottunk egyetemi hallgatóktól, pl.: „*Mik ezek a matematikai feladványok?*” „*Gimibe se ment jól a matek itt se fog...*” Fontosnak tartjuk és egyben elengedhetetlennek is, hogy egyetemi szinten ne okozzon gondot az alapvető matematikai és értő olvasási feladatok megoldása. Ennek elősegítése érdekében

egyetemünk érettségire felkészítő programot is szervez a végzős gimnazistáknak (299). Ezen készségek a betegellátás során nélkülözhetetlenek, hiszen egy gyógyszerdózis kiszámítása, vagy egy ambuláns lap, zárójelentés, gyógyszerismertető elemzésére bármikor szükség lehet, hiszen a kompetenciákban beletartozik (300). A lemorzsolódási mutatók fokozatos növekedése is azt bizonyítja, hogy ezen készségek elengedhetetlenek az egyetemi szintű tanuláshoz. A lemorzsolódás alapszakon átlagosan 36-39%, osztatlan képzésen 32-36%, mesterképzéseken pedig 19-20% (301,302). Ez is magyarázhatja mintánkban a magas számú alapszakos hallgatók reprezentációját.

A COVID-19 járványhoz kapcsolódó szubjektív és digitális egészségértés felmérése során a hallgatók egészségértése a digitális világhoz köthetően jobbnak bizonyult, mint általános szinten. Sőt, azon hallgatók, akik a DHL skálán jobb eredményeket értek el, a HLS-COVID-Q22 skálán rosszabbul teljesítettek. Ezek értelmében hetedik hipotézisünk (H7) szintén nem teljesült, miszerint a két skála eredményei egy irányba mutatnak majd. Bíró és munkatársai kutatásában a magyar lakosság egészségértési szintjét mérték fel, ezzel a mérőeszközzel (101). Míg ők a lakosság negyedénél találtak inadekvát szintet, kevesebb, mint harmadánál problémás és közel felénél kielégítő egészségértési szintet, addig mi a hallgatók körében 14%-nál inadekvát, 28,7%-nál problémás és 57,3%-nál elégséges egészségértési szintet találtunk. Eredményeink inkább a németországi felméréssel mutatnak hasonló eredményeket (43).

A digitális egészségértés vizsgálata ma már mindennapos kell legyen az egészségügy területén is, hiszen a COVID-19 járvány felgyorsította az egészségügy digitalizációját is. Az alacsony egészségértéssel rendelkezők az elmúlt 5 évben 65%-kal használták többen a betegportálokat az orvos-beteg kapcsolat fenntartására, míg a jó egészségértéssel rendelkezők esetében ez a növekedés csak 41% volt (303). Magyarországon a lakosság 55,8%-a tájékozódik a koronavírusról valamilyen digitális forrásból és 59,4% egészségügyi szakembertől, azonban csupán körülbelül 20% az, aki megbízik a digitális forrásokban (101). Korábbi kutatásunkban is azt találtuk, hogy a válaszadók az egészségügyről leginkább az interneten és a televízió keresztül szeretnek értesülni, azonban elengedhetetlenek tartják az orvos-beteg személyes találkozásokat. (18) A hallgatók körében végzett kutatásunkban is, a koronavírussal kapcsolatos tájékozódás céljából a résztvevők 63,8%-a valamilyen keresőmotor

felületét használja leggyakrabban, majd ezt követik az állami szervek felületei majd harmadik helyen az egyetemük honlapja, digitális felületei. A kitöltők 23,2%-a azonban a közösségi média felületeit is gyakran használja informálódásra. Kutatások kimutatták (246,247), hogy ezen felületek alkalmazása erősen összefügg a dezinformációk terjedésével. A hallgatók 49%-ának nehéz eldöntenie, hogy az interneten talált információk megbízhatóak-e, mindannak ellenére, hogy a többség ezt a formát alkalmazza leggyakrabban az információszerzésre.

Azon kérdőívek, melyeket a COVID-19 járványra vonatkozóan használtunk és validáltunk, bármely más járvány vagy akár egyén szintjén felmerülő kritikus helyzet értékelésére is alkalmasak lehetnek.

5.2 Kutatás korlátjai

Vizsgálatunk egyik korlátja, hogy nem tekinthetjük reprezentatívnak mintáinkat. Továbbá a kérdőívek sok esetben a szubjektív egészségértési szintet vizsgálják, ezért az egyén önképe, személyisége befolyásolhatja az eredményeket.

Bár előzetesen a kérdezőbiztosok közreműködését egy biztos pontnak tekintettük annak érdekében, hogy elkerülhető legyen a hiányos kitöltés, azonban ettől függetlenül viszonylag magas volt a részlegesen kitöltött és így értékelhetetlen kérdőívek aránya. Ugyanakkor figyelembe kell vennünk, hogy a kérdezőbiztos nem kötelezhetett senkit a teljes kitöltésre, hiszen a tájékoztatóban is leírásra került, hogy indoklás nélkül is abbahagyható a kitöltés.

A pilot vizsgálatban résztvevők válaszainak pontosságát befolyásolhatta az az időintervallum, ami a sürgősségi osztályos megjelenésük óta eltelt. Bár igaz, hogy az elmúlt 12 hónap eseményeire kérdeztünk rá, az idő múlása hatással lehet a válaszokra.

A válaszadók elégedettségének felmérése kapcsán az „ellátók munkájával” való elégedettség ebben a formájában szubjektív, nem derül ki, hogy mi mindenre utalhat (szakmaiság, kommunikáció stb.), így ennek megfelelően értékelendő.

Az országos minta esetében, bár a háziorvosok és asszisztensek jelenlétét garanciának tekintettük a teljes és pontos kitöltésre nagyon sok esetben a szocio-demográfiai

adatok és a kórelőzményre vonatkozó adatok hiányoztak, mely megnehezítette az elemzést.

A hallgatók körében végzett kutatás esetében az, hogy csak kis számban válaszoltak külföldi hallgatók szintén befolyásoló hatással bírhat, bár a válaszadók nemzetiségi arányai (hazai, illetve külföldi hallgatók) közelítenek a Karon lévő hallgatók arányaihoz.

A külföldi hallgatók esetében nem tudtunk különböző csoportokat létrehozni nemzetiség szerint az alacsony elemszám miatt.

A Covid-19-cel kapcsolatos mortalitási mutatók az országok közötti nem egységes adatszolgáltatás miatt torzító tényező lehet, azonban még mindig ezek az adatok az elérhetőek és iránymutatásként szolgálhatnak.

5.3 Következtetések

Következtetésként elmondható, hogy Magyarország lakosságának az egészségértési szintje az európai átlag alatt helyezkedik el, különös tekintettel a hátrányos helyzetű településekre. Ezen területeken élők összességében demonstrálják a rossz szociális és gazdasági helyzetben lévőket, ezért külön mutatókat ezek közül nem emelnénk ki, mint befolyásoló tényezőt. Ezeken a területeken is fontos a személyre szabott kommunikáció, azonban nem csak az egészségértést kell növelnünk, de a tudásszintet és ezáltal a szakdolgozókkal és az egészségügyi rendszerrel való együttműködést is. Amennyiben az egészségértési szintet sikerül ezeken a területeken növelnünk, úgy a kritikus helyzetek megoldásában is jobbra válhatunk, ezáltal csökkentve a kórházi felvételek számát, és az egészségügyi kiadásokat is. A pandémiára adott válaszreakciók nem minden esetben voltak megfelelők, amik szintén az alacsony egészségértési szintnek tudhatók be. Ennek növelésével egy következő társadalmi szintű veszélyhelyzetben a reagálás az emberek részéről jobb lehet. Fontos kiemelnünk, hogy nem csak a hátrányos helyzetben lévők között jelent problémát az alacsony egészségértés, de az átlag fiatal lakosság körében is. Az egyetemi hallgatók szubjektív és funkcionális egészségértési szintje, szintén nem kielégítő. Fontos a külföldi hallgatókra is figyelmet fordítani, hogy tanulmányaik végeztével megfelelően integrálhatóak legyenek a hazai betegellátásba. Kiemelendő az egészség- és orvostudomány szakterületen tanuló hallgatók esete, hiszen amennyiben a saját

egészségértésük nem megfelelő, nem várhatjuk el, hogy munkájuk során a betegekkel megfelelően kommunikáljanak, esetleg felmérjék az ő egészségértési szintjüket és ahhoz megfelelő kommunikációt alkalmazva terápiás és gyógyszerelési terveket, esetleg preventív eljárásokat, tanácsokat adjanak nekik.

A társadalmi szintű rossz egészségértés az egész hazai egészségügyi rendszerre hatással van, ezért elengedhetetlen a fejlesztése, nem csak egyének szintjén, de a társadalom szintjén is, hiszen akkor egy következő társadalmi szintű egészségügyi krízis esetén a megfelelő intézkedéseket, a megfelelő módon lehet bevezetni és betartatni.

6 Új tudományos eredmények

Kutatásunk nem az első volt ebben a témában, ennek ellenére úgy gondoljuk, hogy jelen vizsgálatok szolgálnak új, megbízható eredményekkel, melyek egy része illeszkedik az eddigi irodalmak közé, másik része pedig megcáfol bizonyos korábbiakat. A következőkben összefoglaljuk kutatásunk újszerűségének mivoltát és eredményeit:

- Nemzetközi viszonylatban találkozhatunk számos egészségértés fókuszú kutatással, melyben kifejezetten a hátrányos helyzetben lévőkre fókuszálnak, azonban hazai szinten még nem került közlésre ezzel kapcsolatos eredmény. Magyarországon ez volt az első olyan kutatás, melyből egyértelműen kiderül, hogy egy hátrányos helyzetű térség - jelesül az Ormánság (annak minden szocio-demográfiai és gazdasági hátrányával) - milyen komoly összefüggést mutat az ott élők egészségértési szintjével.
- Ismeretink alapján nem történt meg még ekkora országos mintán az egészségértés felmérése. Több esetben is történt felmérés korra, nemre, lakhelyre vonatkozóan reprezentatív mintán, de azok 1000 fő körüli válaszadói létszámmal dolgoztak. A jelen disszertáció részét képező kutatás több, mint 69 000 fő bevonásával készült kutatásunk teljesebb képet ad az egészségértésről a korábbi kutatásokhoz képest
- Magyarországon még nem történt olyan kutatás, ami összefüggésben vizsgálta volna az egészségértési szintet az egészségi állapot mutatókkal (általános egészségi állapot, krónikus betegségek, gyógyszerszedés, BMI, stb). Ezt azért tartjuk kiemelőnek, mivel korábbi kutatások alapján tudjuk, hogy ezeket a mutatókat befolyásolhatja az egészségértési szint. Kutatásunkban bizonyítottuk, hogy a magasabb CV rizikóval rendelkezők egészségértési szintje alacsonyabb, mint az alacsonyabb rizikófaktorú csoportba tartozóké. Azok, akik egészségértési szintje jobb, az ellátással való elégedettsége is magasabb volt.
- Korábbi magyar kutatásban már használtak több kérdőívet az egészségértés felmérésére, azonban még nem volt olyan magyar kutatás, amiben a különböző kérdőívek eredményeit (mutatóit) vetették volna össze. Ezt azért is tartjuk kiemelőnek, mert a kutatásunkból kiderült, hogy a funkcionális és

szubjektív egészségértés felmérésére használt eszközök között is van összefüggés, illetve, hogy valóban fontos a funkcionális és szubjektív egészségértés felmérése ahhoz, hogy teljes képet kapjunk az egyén komplex egészségértéséről.

- A vizsgálatunkban megállapítottuk, hogy a hallgatók körében a digitális és szubjektív általános egészségértés eredményei között ellentétes eredményt kaptunk, ami rávilágít arra, hogy a fiatalok körében a digitális világban való eligazodás mennyivel könnyebb, mint az azon kívülin.
- Hallgatók körében már készült hazánkban egészségértésre vonatkozó korábbi kutatás, azonban a hazánkban tanuló külföldi hallgatók körében még nem találtuk ennek szakirodalmi nyomát. Kutatásunkban összevetettük a magyar és külföldi hallgatók egészségértési szintjét, ami meglepő módon bizonyos esetben a külföldi hallgatók esetében pozitívabb képet mutat.
- Első esetben került sor a HLS-COVID-Q22 kérdőív magyar nyelvű validálására egyetemi hallgatók körében, így ezt hiánypótlónak tartjuk.
- Ugyancsak első ízben kerültek bemutatásra magyar nyelven hallgatók körében a digitális egészségértés COVID-19-hez kapcsolódó eredményei, ami a mai digitalizált világban, főleg a fiatalok körében, szintén hiánypótló.
- Jelen vizsgálat elsőként vállalkozott arra is, hogy a digitális egészségértés a szubjektív egészségértés közti kapcsolatát bemutassa, így kutatásunk ezen a területen is tartalmazott új eredményeket.

7 Javaslato

Az eredményeink alapján megfogalmazott javaslataink az alábbiakban olvashatók. Ezen javaslatok egyrészt a későbbi kutatások minőségének javítása céljából születtek, másrészt pedig az egészségértéssel kapcsolatos fejlesztéseket szolgálják:

- Javasoljuk az összes hátrányos helyzetű térség egészségértési felmérését annak érdekében, hogy specifikusan az adott térség lakosságának alakíthassanak ki egészségértés javítását célzó fejlesztő programot.
- Javasoljuk az egyetemeken a magyar és angol nyelvű képzésen résztvevők tág körű egészségértési felmérését, mivel adataink az alacsony elemszám miatt kiindulópontnak tekinthetőek csupán.
- Az általunk elkezdett egészségértés felmérés kiegészítését javasoljuk az egészségértés más típusainak felméréseivel (pl.: kommunikációs egészségértés, vakcinációs egészségértés).
- Minden egészségértés felmérés esetében javasoljuk kiegészíteni a szubjektív felmérésre alkalmas eszközt egy objektív mérési eszközzel.
- Javasoljuk a fiatal korban megkezdett egészségértés felmérését, fejlesztését, annak érdekében, hogy egy olyan generáció nőhessen fel, aki tudatosan képes az életét és ezen belül az egészségi állapotát megérteni és alakítani.
- Javasoljuk az egyetem első félévében az alapvető kognitív képességek felmérését (olvasásértés, számolás), és szükség esetén az alacsony olvasásértéssel és számolási készségekkel bírók számára felzárkóztatást tartani, ezzel segítve a későbbi egyetemi tanulmányokat és csökkentve a hallgatók lemorzsolódását.
- Javasoljuk az egyetemi képzésbe az egészségértés, mint fogalom, bevezetését. Elsődlegesen az egészség- és orvostudományi karokon, segítve ezzel a későbbi orvos-beteg találkozásokat, kommunikációt.
- Javasoljuk a jelenlegi egészségértés kutatás kiegészítését fókuszcsoporthoz interjúkkal, melynek tematikáját XVIII. számú melléklet tartalmazza.
- Fontosnak tartjuk a személyre, csoportra szabott egészségértés fejlesztését, melynek egy váza, valamint az elvárt kimeneti követelmények megadhatók, azonban a tanmenetet mindig az aktuálisan felmért eredményekhez kell igazítani az adott csoporton belül.

8 Mellékletek

8.1 I. számú melléklet: DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

7. sz. melléklet

DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

Alulírott

név: Bánfai-Csonka Henrietta

születési név: Csonka Henrietta

anyja neve: Szabó Anikó Judit

születési hely, idő: Szatmárnémeti, 1989.12.21.

Az egészségértés szerepe kritikus helyzetekben - Az egyén megfelelő szerepének megtalálása a döntéshozatalban a hozzá legközelebb eső szinten című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z)

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola

PR-I, E-27 Programjához/témacsoportjához

Témavezető(k) neve: Prof. Dr. Betlehem József

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljeseek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Továbbá nyilatkozom, hogy hozzájárulok a doktori értekezésem DOI azonosító igényléséhez.

Dátum: Pécs, 2023.03.10.

doktorvárományos aláírása

témavezető aláírása

8.2 Kutatási eszközök

II. számú melléklet: Pilot vizsgálat és országos mintavétel kutatási eszköze

Kérdőív

Egészségértés és egészségi állapot felmérése különböző szocioökonómiai státusszal rendelkező településeken élő lakosok körében

Kedves Válaszadó!

Vizsgálatunk célja felmérni a magyar társadalom körében az egészségértés mértékét, valamint összefüggéseket keresni az egészségi állapot, az egészségértés, szocioökonómiai státusz és a sürgősségi ellátórendszerhez kapcsolódó viszonyok között. Ennek érdekében kérjük, **kérdezőbiztosunk** segítségével, töltsse ki a **kérdőívünket**, illetve vegyen részt **állapotfelmérésünkön**, mely vérnyomásmérésből, pulzus és véroxigén szint mérésből, testtömeg mérésből, testmagasság meghatározásból áll. A vizsgálat összesen kb. 30 percet vesz igénybe. Amennyiben Ön csak a kérdőív kitöltését vállalja, arra is van lehetősége!

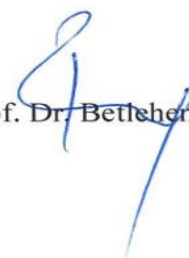
A vizsgálatban való részvétel **anonim** módon történik, személyazonosító adatokat nem igényel. Az adatok begyűjtése kizárólag **tudományos céllal** történik. Az Ön által adott válaszok csak a kutatást lefolytató személyek számára elérhetőek, külső harmadik fél számára nem hozzáférhető. A kutatásban való részvétel teljesen önkéntes. A vizsgálatot Ön bármikor indoklás nélkül megszakíthatja, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatja.

Ha bármilyen észrevétele, megjegyzése, kérdése van a vizsgálattal kapcsolatban nyugodtan kérdezze kérdezőbiztosunkat vagy keresse fel a vizsgálat vezetőjét (Bánfai-Csonka Henrietta, e-mail cím: csotka.henrietta@pte.hu).

Köszönjük szíves együttműködését kutatásunkban!



Bánfai-Csonka Henrietta



Prof. Dr. Betlehem József

I. Egészségi állapotára vonatkozó adatok, kérdések

1. Mennyi az Ön testmagassága?
2. Mennyi az Ön testtömege?
3. Aktuális vérnyomásérték:
4. Aktuális SpO₂:
5. Aktuális pulzus:
6. **Vannak-e olyan krónikus betegségei, melyre rendszeresen gyógyszert kell szednie?**
 - 6.1 igen, és pedig
 - 6.2 nem ugorjon a 8. kérdésre
7. **A felírt gyógyszer(eke)t mindig az előírtak szerint veszi be?**
 - 7.1 igen
 - 7.2 nem, azért mert.....
8. **Vannak-e olyan krónikus betegségei, melyekre nem kell gyógyszert szednie?**
 - 8.1 igen, és pedig.....
 - 9.2 nem

II. Szociodemográfiai adatok

9. Melyik évben született?
10. **Mi az ön neme?**
 - 10.1 nő
 - 10.2 férfi
11. **Mi az ön legmagasabb iskolai végzettsége?**
 - 11.1 8 általános
 - 11.2 szakközép iskola érettségivel
 - 11.3 szakközépiskola érettségi nélkül
 - 11.4 gimnázium
 - 11.5 főiskola/ BSc
 - 11.6 egyetem/ MSc
12. **Rendelkezik- e egészségügyi végzettséggel?**

- 12.1 igen, és pedig
- 12.2 nem

13. Milyen településen él?

- 13.1 község
- 13.2 nagyközség
- 13.3 város
- 13.4 megye jogú város

14. Milyennek ítéli meg az Ön/családja gazdasági helyzetét, ha figyelembe veszi, hogy a magyarországi nettó átlagkereset 219.400 Ft?

- 14.1 átlagon aluli
- 14.2 átlag körüli
- 14.3 átlagon felüli

15. Mi az Ön családi állapota?

- 15.1 egyedülálló
- 15.2 férjezett/nős
- 15.3 párkapcsolatban/élettársi kapcsolatban él
- 15.4 elvált
- 15.5 özvegy

16. Van Önnel egy háztartásban élő/eltartott gyermek?

- 16.1 igen, és pedig fő gyermek
- 16.2 nem

III. Sürgősségi ellátórendszerrel kapcsolatos ismereteket vizsgáló adatok

Kérem, ezeknél a kérdéseknél ne gondoljon azokra az esetekre, amikor háziorvosi akut ellátást vagy háziorvosi ügyeleti ellátást vett igénybe!

17. Igénybe vett már sürgősségi betegellátó osztályos/ sürgősségi betegfogadó helyen ellátást?

- 17.1 igen
- 17.2 nem ugorjon a 25. kérdésre

18. Hogyan érkezett az ellátó intézménybe?

- 18.1 beutalóval, egyedül
- 18.2 beutalóval, mentővel
- 18.3 beutalóval, családtagok szállítottak
- 18.4 beutaló nélkül, mentővel
- 18.5 beutaló nélkül, egyedül
- 18.6 beutaló nélkül, családtagok szállítottak

19. Milyen panasszal fordult az ellátó ambulanciára/osztályra? (több választ is megjelölhet)

- 19.1 idegrendszeri megbetegedés,
- 19.2 epilepszia,
- 19.3 migrén, fejfájás,
- 19.4 egyensúlyzavar, szédülés,
- 19.5 orrvérzés,
- 19.6 légúti megbetegedés, légúti idegen test
- 19.7 Szívritmus zavar, mellkasi fájdalom
- 19.8 hipertóniás krízis, magas vérnyomás
- 19.9 hasi fájdalom
- 19.10 drog és/vagy alkohol intoxikáció
- 19.11 allergiás betegség
- 19.12 mérgezés, gyógyszerek toxikus hatása
- 19.13 égési-, fagyási sérülés
- 19.14 hányás, hasmenés, kiszáradás
- 19.15 cukorbetegség
- 19.16 végtagsérülés
- 19.17 fejsérülés,
- 19.18 traumás eredetű vérzés
- 19.19 traumás eredetű mellkasi és hasi sérülés

20. Ön szerint indokolt volt a sürgősségi osztály igénybevétele?

- 20.1 igen
- 20.2 nem

21. Várakozási időre vonatkozó kérdések:

21.1 Mennyi időt kellett várakoznia míg megtörtént az elsődleges állapotfelmérés?

20.1.1 beérkezést követően azonnal sorra kerültem

20.1.2 kevesebb, mint 10 percet

20.1.3 kevesebb, mint 30 percet

20.1.4 több, mint 30 percet

21.2 Mennyi időt kellett várakoznia az első találkozásig a kezelőorvosával az elsődleges állapotfelmérést követően?

21.2.1 az elsődleges állapotfelmérés után azonnal orvoshoz kerültem

21.2.2 15 percen belül

21.2.3 30 percen belül

21.2.4 1 órán belül

21.2.5 2 órán belül

21.2.6 2 órán túl

21.3 Mennyi időt kellett várakoznia (amennyiben szükség volt) képalkotó vizsgálatokra (röntgen, CT, ultrahang vizsgálat) az orvosi vizsgálatot követően?

21.3.1 nem volt szükség képalkotó vizsgálatra

21.3.2 azonnal elvégezték a vizsgálatot

21.3.3 5-15 percen belül elvégezték a vizsgálatot

21.3.4 16-30 percen belül elvégezték a vizsgálatot

21.3.5 31-1 órán belül elvégezték a vizsgálatot

21.3.6 több, mint 1 órát kellett várni, hogy elvégezzék a vizsgálatot

21.4 Amennyiben osztályos felvételre került sor, mennyi időt kellett várakoznia a döntés meghozatalától az ellátó osztályra kerülésig?

20.4.1 azonnal az adott osztályra szállítottak

20.4.2 1 órán belül az adott osztályra szállítottak

20.4.3 1 óra 30 percen belül az adott osztályra szállítottak

20.4.4 több, mint 1 óra 31 percet kellett várni, míg az adott osztályra szállítottak

21.5 Mennyi időt töltött összesen az ellátó ambulancián/osztályon?

21.5.1 kevesebb, mint 1 órát

21.5.2 1-6 óra között

21.5.3 több, mint 6 órát

**21.6 Az ellátás alatt, abban az időben, amikor várakoznia kellett,
elmagyarázták-e Önnek, hogy mi a várakozás oka?**

21.6.1 igen

21.6.2 nem

22. Kérem, a következő kérdések esetén adjon választ az alapján, hogy „Mennyire volt elégedett...” egyáltalán nem volt elégedett (1) vagy teljes mértékben elégedett volt (5). Kérem karikázza be az Ön elégedettségét tükröző számot!						
	Mennyire volt elégedett ...	egyáltalán nem volt elégedett	nem volt elégedett	nem volt sem elégedett, sem elégedetlen	elégedett volt	teljes mértékben elégedett volt
22.1	az állapotáról való tájékoztatással?	1	2	3	4	5
22.2	adminisztratív munkával?	1	2	3	4	5
22.3	az ápolók, mentőtisztek munkájával?	1	2	3	4	5
22.4	az orvosok munkájával?	1	2	3	4	5
22.5	a beteghordók munkájával?	1	2	3	4	5
22.6	a képalkotó vizsgálatokat (CT, UH, RTG) végző személyzet munkájával?	1	2	3	4	5
22.7	a vizsgálati eredményekről kapott információval?	1	2	3	4	5
22.8	az állapotáról kapott információval?	1	2	3	4	5

22.9	az ellátási folyamatról kapott információval?	1	2	3	4	5
22.10	a helyiségek tisztaságával?	1	2	3	4	5

23. Az osztályról/ambulanciáról való távozást követően elolvasta az ambuláns lapját/ zárójelentését?

23.1 igen

23.2 nem

24. Az osztályról való távozást követően eljutatta házi orvosához a kapott dokumentációt vagy tájékoztatta házi orvosát a sürgősségi betegfogadó hely/osztály felkereséséről?

24.1 igen

24.2 nem

25. Tisztában van a betegosztályozás fogalmával?

25.1 igen

25.2 nem

26. Ön szerint mit jelent a betegosztályozás?

26.1 a beteg aktuális állapotához rendelnek ellátási időket

26.2 gyors állapotfelmérést követően döntenek arról, hogy a rendelkezésre álló erőforrások felhasználása indokolt-e, amennyiben igen, akkor mikor és milyen mértékben indokolt

26.3 részletes betegvizsgálatot követően döntenek arról, hogy a rendelkezésre álló erőforrások felhasználása indokolt-e, amennyiben igen, akkor mikor és milyen mértékben indokolt

26.4 a beteg aktuális állapotához erőforrásokat rendelnek

27. Szükségnek tartaná információk közlését az egészségügyi ellátórendszerrel és kiemelten a sürgősségi ellátó rendszerrel kapcsolatban?

27.1 igen

27.2 nem

28. Amennyiben előző kérdésre igennel válaszolt, kérem, válassza ki, hogy milyen módon szeretne tájékoztatást kapni? (több válasz is lehetséges)

28.1 televízió

28.2 applikáció

- 28.3 internet
 28.4 rádió
 28.5 szórólap
 28.6 személyes beszélgetés
 28.7 egyéb:

IV. HLS-EU-Q 47 kérdőív

29. Kérjük adja meg válaszát az alábbi kérdésekre az alapján, hogy

„Mennyire könnyű, illetve nehéz...

A megfelelő választ betűjelét kérem, karikázza be!

(nagyon nehéz (1), nagyon könnyű (4), nem tudja (5))

	Mennyire könnyű, illetve nehéz...	nagyon nehéz	inkább nehéz	inkább könnyű	nagyon könnyű	nem tudja
1	információt találni olyan betegségek tüneteiről, amelyek érintik Önt?	1	2	3	4	5
2	információt találni olyan betegségek kezeléséről, amelyek érintik Önt?	1	2	3	4	5
3	megtudni, hogy mi a teendő, ha valaki sürgős orvosi ellátásra szorul?	1	2	3	4	5
4	megtudni, hol kaphat szakmai segítséget, ha beteg?	1	2	3	4	5
5	megérteni, amit az orvos mond Önnek?	1	2	3	4	5
6	megérteni a gyógyszerhez kapott betegtájékoztatót?	1	2	3	4	5
7	megérteni, hogy mi a teendő, ha valaki sürgős orvosi ellátásra szorul	1	2	3	4	5
8	megérteni az orvosa, vagy gyógyszerésze által adott utasításokat arra vonatkozóan, hogy hogyan kell szedni a felírt gyógyszert?	1	2	3	4	5
9	megítélni, hogy hogyan vonatkoznak Önre az orvostól kapott információk?	1	2	3	4	5

10	megítélni a különféle kezelési lehetőségek előnyeit és hátrányait?	1	2	3	4	5
11	megítélni, hogy mikor lehet szüksége második szakvéleményre egy másik orvostól?	1	2	3	4	5
12	megítélni, hogy a médiából szerzett, betegségekkel kapcsolatos információk megbízhatóak-e?	1	2	3	4	5
13	felhasználni az orvosától kapott információkat arra, hogy döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban?	1	2	3	4	5
14	követni a gyógyszerrel kapcsolatos utasításokat?	1	2	3	4	5
15	mentőt hívni vészhelyzet esetén?	1	2	3	4	5
16	követni az orvosa illetve gyógyszerésze utasításait?	1	2	3	4	5
17	információt találni az olyan egészségtelen szokások kezeléséről, mint a dohányzás, kevés testmozgás, vagy túl sok alkohol fogyasztása?	1	2	3	4	5
18	információt találni olyan mentális egészségügyi problémák kezeléséről, mint a stressz vagy a depresszió?	1	2	3	4	5
19	információt találni a szükséges védőoltásokkal és szűrővizsgálatokkal kapcsolatban?	1	2	3	4	5
20	információt találni arról, hogy hogyan lehet megelőzni vagy kezelni az olyan állapotokat, mint a dohányzás, kevés testmozgás és túl sok alkohol fogyasztása?	1	2	3	4	5
21	megérteni az egészségvédő figyelmeztetéseket olyan szokásokról, mint a dohányzás, kevés testmozgás és túl sok alkohol fogyasztása?	1	2	3	4	5
22	megérteni, hogy miért van szükség védőoltásokra?	1	2	3	4	5

23	megérteni, hogy miért van szükség szűrővizsgálatokra?	1	2	3	4	5
24	megítélni, hogy mennyire megbízhatóak az egészségi állapotával kapcsolatos figyelmeztetések a dohányzás, kevés testmozgás illetve túl sok alkoholfogyasztás miatt?	1	2	3	4	5
25	megítélni, mikor szükséges elmennie orvosi vizsgálatra?	1	2	3	4	5
26	megítélni, mely védőoltásokra lehet szüksége?	1	2	3	4	5
27	megítélni, melyik szűrővizsgálatokra lenne szüksége?	1	2	3	4	5
28	megítélni, hogy a médiából kapott információ az egészségügyi kockázatokról megbízható-e?	1	2	3	4	5
29	eldönteni, hogy szükség van-e influenza elleni védőoltásra?	1	2	3	4	5
30	eldönteni, hogy hogyan védekezhet a betegségek ellen a családjától illetve barátaitól kapott tanácsok alapján?	1	2	3	4	5
31	eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a médiából szerzett információk alapján?	1	2	3	4	5
32	információt találni olyan egészséges tevékenységekről, mint a testmozgás, egészséges ételek és táplálkozás?	1	2	3	4	5
33	többet megtudni olyan tevékenységekről, amelyek jól tesznek az Ön szellemi egészségének?	1	2	3	4	5
34	információt találni arról, hogy hogyan tehetné környezetét egészségbarátabbá?	1	2	3	4	5
35	értesülni olyan politikai változásokról, melyek befolyásolják az egészségét?	1	2	3	4	5
36	értesülni az egészség előmozdításáról szóló	1	2	3	4	5

	intézkedésekről a munkahelyen?					
37	megérteni a családtól vagy barátoktól kapott tanácsokat az egészséggel kapcsolatban?	1	2	3	4	5
38	megérteni az élelmiszerek csomagolásán található információkat?	1	2	3	4	5
39	megérteni a médiából kapott információt arról, hogy hogyan lehetünk egészségesebbek?	1	2	3	4	5
40	megérteni az arra vonatkozó információt, hogy hogyan tartsa egészségesen elméjét?	1	2	3	4	5
41	megítélni, hogy mennyire befolyásolja a lakóhelye egészségét és közérzetét?	1	2	3	4	5
42	megítélni, hogy mennyire járulnak hozzá az Ön lakáskörülményei ahhoz, hogy egészséges maradjon?	1	2	3	4	5
43	megítélni, hogy mely mindennapi tevékenységek vannak hatással egészségére?	1	2	3	4	5
44	egészsége javítására vonatkozó döntéseket hozni?	1	2	3	4	5
45	belépni egy sportklubba vagy edzőterembe, ha szeretne?	1	2	3	4	5
46	befolyásolni azon életkörülményeit, amelyek hatással vannak egészségére és jólétére?	1	2	3	4	5
47	saját közösségében részt venni, olyan tevékenységekben, amelyek javítják egészségét és jólétét?	1	2	3	4	5

Amennyiben bármilyen kérdése, észrevétele van a kérdőívvel kapcsolatban, jelezheti kérdezőbiztos kollégánknak, vagy az alábbi e-mail címen: csotka.henrietta@pte.hu.

Köszönjük együttműködését!

III. számú melléklet Szubjektív és funkcionális egészségértés felmérése egyetemi hallgatók körében (Kutatás C)

Kérdőív

Egészségértés vizsgálata a PTE ETK hallgatói körében

Kedves Hallgató!

Vizsgálatunk célja felmérni az egészségértési szintet a PTE ETK hallgatói körében magyar és angol nyelvű képzések tekintetében egyaránt. Minden szakirányon és évfolyamon tanuló hallgató kitöltésére, segítségére számítunk. Ennek érdekében kérjük, töltsse ki a kérdőívünket! A kitöltés összesen kb. 10 percet vesz igénybe.

A vizsgálatban való részvétel **anonim** módon történik, személyazonosító adatokat nem igényel. Az adatok begyűjtése kizárólag **tudományos céllal** történik. Az Ön által adott válaszok csak a kutatást lefolytató személyek számára elérhetőek, külső harmadik fél számára nem hozzáférhető. A kutatásban való részvétel teljesen **önkéntes**. A vizsgálatot Ön bármikor indoklás nélkül megszakíthatja, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatja.

Ha bármilyen észrevétele, megjegyzése, kérdése van a vizsgálattal kapcsolatban nyugodtan keresse fel a vizsgálat vezetőjét (Bánfai-Csonka Henrietta, e-mail cím: henrietta.csonka@etk.pte.hu).

Köszönjük szíves együttműködését kutatásunkban!

Szociodemográfiai adatok

1. Mi az Ön neme?

1.1 nő

1.2 férfi

2. Mi az Ön életkora?

3. Milyen nemzetiségű?

4. Milyennek ítéli meg gazdasági helyzetét?

5	4	3	2	1
nagyon jó	jó	átlagos	rossz	nagyon rossz

5. Milyen végzettséget szerzett mielőtt felvételt nyert az egyetemre?

5.1 gimnázium

5.2 szakközép iskola

5.3 OKJ

6. Milyen településen él?

6.1 város

6.2 falu

6.3 megyeszékhely

7. Rendelkeznek-e a szülei állandó munkaviszonnyal?

7.1 édesanya/nevelőanya:

7.1.1 igen

7.1.2 nem

7.2 édesapa/nevelőapa:

7.2.1 igen

7.2.2 nem

8. Hányadik évfolyamra jár?

8.1 első

8.2 második

8.3 harmadik

8.4 negyedik

9. Milyen munkarendben végzi a képzést?

9.1 nappali

9.2 levelező

10. Kellett-e már halasztania félévet?

- 10.1 igen, tanulmányok megakadása miatt
- 10.2 igen, egyéb okokból
- 10.3 nem

11. Milyen szakirányra jár?

- 11.1 mentőtiszt
- 11.2 ápoló
- 11.3 dietetikus
- 11.4 gyógytornász
- 11.5 rekreáció
- 11.6 szülésznő
- 11.7 védőnő
- 11.8 csecsemő és kisgyermek nevelő

Egészségi állapotra vonatkozó kérdések

12. Milyen magas Ön?cm

13. Mekkora a testtömege?kg

14. Dohányzik vagy dohányzott-e korábban?

- 14.1 soha nem dohányoztam
- 14.2 régebben dohányoztam, de már leszoktam
- 14.3 ma is dohányzom

15. Van-e krónikus betegsége?

- 15.1 igen, mégpedig.....
- 15.2 nem

16. Van-e háziorvosa a képzési helyén, ahol tanulmányait folytatja?

- 16.1 igen
- 16.2 nem

17. Milyennek gondolja saját egészségét?

5	4	3	2	1
nagyon jó	jó	elfogadható	rossz	nagyon rossz

**18. Hallotta már korábban az alábbi kifejezések valamelyikét:
egészségértés/egészség műveltség, egészség jártasság?**

18.1 igen

18.2 nem

19. Amennyiben igen, hol/kitől hallott róla?

19.1 média

19.2 oktatás során

19.3 barát

19.4 családtagtól

19.5 egészségügyi ellátás során

19.6 egyéb:

20. Ön szerint milyen az ön egészségértése?

1	2	3	4
elégtelen	problémás	kielégítő	kitűnő

Egészségértés felmérése

21. HLS Q16 kérdőív

Kérjük adja meg válaszát az alábbi kérdésekre az alapján, hogy

„Mennyire könnyű, illetve nehéz...

A megfelelő választ betűjelét kérem, karikázza be!

(nagyon nehéz (1), nagyon könnyű (4))

	Mennyire könnyű, illetve nehéz	Nagyon nehéz	Inkább nehéz	Inkább könnyű	Nagyon könnyű
1	információt találni olyan betegségek tüneteiről amelyek érintik Önt?	1	2	3	4
2	szakmai segítséget kérni ha beteg?	1	2	3	4
3	megérteni amit orvosa mond Önnek?	1	2	3	4
4	megérteni az orvosa, vagy gyógyszerésze által adott utasításokat arra vonatkozóan,	1	2	3	4

	hogyan kell szedni a felírt gyógyszert?				
5	megítélni, hogy mikor lehet szüksége második szakvéleményre egy másik orvostól?	1	2	3	4
6	felhasználni az orvostól kapott információkat, arra hogy döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban?	1	2	3	4
7	követni az orvosa illetve gyógyszerésze utasításait?	1	2	3	4
8	információt találni olyan mentális egészségügyi problémák kezeléséről, mint a stressz vagy a depresszió?	1	2	3	4
9	információt találni az olyan egészségtelen szokások kezeléséről, mint a dohányzás, kevés testmozgás, vagy túl sok alkohol fogyasztása?	1	2	3	4
10	megérteni, hogy miért van szükség szűrővizsgálatokra?	1	2	3	4
11	megítélni, hogy a médiából szerzett, betegségekkel kapcsolatos információk megbízhatóak-e?	1	2	3	4
12	megítélni, hogy a médiából kapott információ az egészségügyi kockázatokról megbízható-e?	1	2	3	4
13	információt találni, melyek segítik a mentális jólétben?	1	2	3	4

14	eldönteni, hogy hogyan védekezhet a betegségek ellen a családjától illetve barátaitól kapott tanácsok alapján?	1	2	3	4
15	megérteni a médiából kapott információt arról, hogy hogyan lehetünk egészségesebbek?	1	2	3	4
16	megítélni, hogy mely mindennapi tevékenységek vannak hatással egészségére?	1	2	3	4

22. Crew-kérdések

Kérjük jelölje be, hogy az alábbi állítások milyen gyakran igazak Önre! Mindegyik mellett 0-4-ig terjedő számsort talál, amelyen jelölje meg, milyen fokban jellemző az állítás Önre! A kitöltésnél vegye figyelembe, hogy nincsenek jó vagy rossz válaszok, a cél, hogy pontos képet kapjunk az Ön mindennapi eligazodási képességeiről az egészséggel kapcsolatos kiadványok terén!

Kérdés/pontszám	0	1	2	3	4
	soha	kevészer	néha	legtöbbször	mindig
Mennyire érzi magabiztosnak magát, amikor Önállóan tölt ki űrlapot?					
Milyen gyakran segít Önnek valaki (pl.: családtag, barát, kórházi dolgozó) a kórházi írásos anyagok értelmezésében?					
Szokott-e problémát okozni a kórházi írásos anyagok megértésének nehézsége abban, hogy megfelelő képet kapjon egészségi állapotáról?					

23. NVS-Newest Vital Signe (Általános tápérték teszt)

Egy jégkrémes doboz hátulján az alábbi címkét olvashatja:

.

Táplálkozási mutatók

Adag	½ csésze
Adagok száma a dobozban	4

Mennyiség adagonként

Kalória	250	ebből zsír	120
			%DV
Teljes zsír	13g		20%
Telített zsír	9g		40%
Koleszterin	28mg		12%
Nátrium	55mg		2%
Teljes szénhidrát	30g		12%
élelmi rost	2g		
cukor	23g		
Fehérje	4g		8%

*Napi ajánlott bevitel (DV) a 2000 kalóriás diétát veszi alapul. Az Ön napi ajánlott mennyisége lehet több vagy kevesebb az Ön kalóriabevitelétől függően.

Összetevők: tejszín, sovány tej, folyékony cukor, víz, tojássárgája, barna cukor, tejszír, mogyoró olaj, cukor, vaj, só, karragén, vanília kivonat

Az alábbi kérdések megválaszolásához használja a fagyaltos doboz hátulján található címkét!

1. Ha megeszik egy teljes doboz jégkrémet hány kalóriát fogyaszt el?
2. Amennyiben 60 g szénhidrátot fogyaszthat el nassolás gyanánt, mennyi jégkrémet ehet meg?
3. Az orvosa azt javasolta, hogy csökkentse a telített zsírsavak bevitelét a diétája során. Átlagosan 42 g telített zsírsavat eszik meg naponta, ami egy adag fagyaltot is tartalmaz. Amennyiben nem eszik fagyaltot, mennyi telített zsírsavat fog bevinni naponta?
4. Amennyiben 2500 kalóriát visz be naponta, hány %-a lesz a bevitt kalóriának, ha megeszik egy adag fagyaltot?

Tegyük fel, hogy Ön allergiás a következőkre: penicillin, mogyoró, latex kesztyű és méhcsípés.

5. Biztonságos az Ön számára enni ebből a jégkrémből?
6. Amennyiben úgy gondolja, hogy nem, akkor miért nem?

Köszönjük részvételét a kutatásban!

IV. számú melléklet COVID-19-hez kapcsolódó szubjektív és digitális egészségértés felmérése

Kutatási eszköz

Kedves Hallgató!

Vizsgálatunk célja felmérni az egyetemisták körében a digitális és COVID-19 pandémiához fűződő egészségértés mértékét, valamint összefüggéseket keresni az egészségértés, szocioökonómiai státusz és a tanulmányokhoz kapcsolódó viszonyok között. Ennek érdekében kérjük, töltsse ki a online **kérdőívünket**. A kitöltés kb. 15 percet vesz igénybe.

A vizsgálatban való részvétel **anonim** módon történik, személyazonosító adatokat nem igényel. Az adatok begyűjtése kizárólag **tudományos céllal** történik. Az Ön által adott válaszok csak a kutatást lefolytató személyek számára elérhetőek, külső harmadik fél számára nem hozzáférhető. A kutatásban való részvétel teljesen önkéntes. A vizsgálatot Ön bármikor indoklás nélkül megszakíthatja, vagy a kérdések megválaszolását megtagadhatja.

A kérdőív kitöltésével Ön hozzájárul, hogy válaszait összesítve a többi válaszadóéval tudományos célra felhasználjuk, publikáljuk.

Ha bármilyen észrevétele, megjegyzése, kérdése van a vizsgálattal kapcsolatban nyugodtan vegye fel a kapcsolatot a kutatás vezetőjével (Bánfai-Csonka Henrietta, e-mail cím: csotka.henrietta@pte.hu).

Köszönjük szíves együttműködését kutatásunkban!

Szociodemográfiai és tanulmányokra vonatkozó adatok

1. Mi az Ön neme?
 - nő
 - férfi
 - nem szeretnék válaszolni

2. Hány éves Ön?
.....

3. Az ország melyik régiójából származik?
 - Dél-Dunántúl régió
 - Nyugat-Dunántúl régió
 - Közép-Dunántúl régió
 - Közép-Magyarország régió
 - Dél-Alföld régió
 - Észak-Alföld régió
 - Észak-Magyarország régió

4. Milyen településről származik?
 - falu
 - város
 - megyeszékhely

5. A képzés helyén igénybe vesz-e kollégiumi ellátást?
 - igen
 - nem

5.1 Amennyiben igen, van-e háziorvosa a képzés helyén? Erre a kérdésre csak abban az esetben válaszoljon, ha az 5-ös kérdésre „igen” választ adott!

 - igen
 - nem

6. Van-e Önnel egy háztartásban élő 18 éven aluli gyermek?
 - igen
 - nem

6.1 Amennyiben igen, hány fő?
.....

7. Mennyi az Ön átlagkeresete (ösztöndíjjal együtt) (2021. novemberében a nettó átlagkereset 286 800Ft)?
 - átlagon aluli (270 000Ft alatti)
 - átlagon felüli (290 000Ft feletti)
 - átlagos (270 000 FT - 290 000 Ft között)

8. Dolgozik-e az egyetemi tanulmányai mellett?

- igen
- nem

8.1 Amennyiben igen, a munkaköre összefügg-e a tanulmányaival? Erre a kérdésre csak abban az esetben válaszoljon, ha a 8-as kérdésre „igen” választ adott!

- igen
- nem

8.2 Melyik évben kezdett el dolgozni? Erre a kérdésre csak abban az esetben válaszoljon, ha a 8-as kérdésre „igen” választ adott!

.....

9. Melyik egyetemre jár?

- Pécsi Tudományegyetem
- Semmelweis Egyetem
- Debreceni Egyetem
- Széchenyi István Egyetem
- Miskolci Egyetem
- Szegedi Tudományegyetem

10. Milyen karra jár?

- Egészségtudományi Kar
- Általános Orvostudományi Kar
- Állam és Jogtudományi Kar
- Bölcsészet és Társadalomtudományi Kar
- Gyógyszerésztudományi Kar
- Közgazdaságtudományi Kar
- Kultúrtudományi, Pedagógusképző és Vidékfejlesztési Kar
- Műszaki és Informatikai Kar
- Művészeti Kar
- Természettudományi Kar

11. Milyen képzési területen tanul?

.....

12. Milyen munkarendben hallgat?

- nappali
- levelező
- távoktatás

13. Hány érvényes lezárt félévet teljesített a mostani képzésében?

.....

14. Milyen képzési szintre jár?

- BSc
- MSc
- PhD

**Koronavírussal és a hozzá kapcsolódó járvánnyal kapcsolatos kérdések
(Digitális, egészségértés, egészségértés felmérése)**

15. Digitális egészségértés felmérése

Amikor az interneten információt keres a koronavírussal vagy a koronavírus járvánnyal kapcsolatban mennyire könnyű, illetve nehéz Önnek:				
	nagyon könnyű	inkább könnyű	nagyon nehéz	inkább nehéz
megítélni, hogy elfogadható információt talált-e?	1	2	3	4
a megfelelő keresőszavakat használni annak érdekében, hogy megtalálja, amit keres?	1	2	3	4
megtalálni azt az információt, amit keresett?	1	2	3	4
Amikor üzenetet ír a koronavírussal vagy hozzá köthető témával kapcsolatban, mennyire könnyű, illetve nehéz...				
	nagyon könnyű	inkább könnyű	nagyon nehéz	inkább nehéz
egyértelműen megfogalmazni a kérdését vagy az egészségüggyel kapcsolatos aggodalmait?	1	2	3	4
kifejezni véleményét, gondolatait, érzéseit?	1	2	3	4
úgy megírnia az üzenetet, hogy pontosan megértsék, amire gondol?	1	2	3	4
Amikor az interneten információt keres a koronavírussal vagy a koronavírus járvánnyal kapcsolatban mennyire könnyű, illetve nehéz Önnek:				
	nagyon könnyű	inkább könnyű	nagyon nehéz	inkább nehéz
eldönteni, hogy az információ megbízható-e vagy sem?	1	2	3	4

eldönteni, hogy az információt kereskedelmi érdekek alapján írták-e?	1	2	3	4
ellenőrizni a különböző webhelyeket, hogy ugyan azok az információk fellelhetőek-e?	1	2	3	4
Amikor az interneten információt keres a koronavírussal vagy a koronavírus járvánnyal kapcsolatban mennyire könnyű, illetve nehéz Önnek:				
	nagyon könnyű	inkább könnyű	nagyon nehéz	inkább nehéz
eldönteni, hogy a talált információ alkalmazható-e Önre?	1	2	3	4
a talált információt tudja-e használni a mindennapi életben?	1	2	3	4
használható-e a kapott információ az egészségével kapcsolatos döntések meghozatalához?	1	2	3	4
Amikor nyilvános fórumon vagy közösségi médiában üzenetet tesz közzé a koronavírussal vagy kapcsolódó témákkal kapcsolatban, milyen gyakran...				
	soha	egyszer	néha	gyakran
esik nehezebbre megítélni, hogy a célközönséghez elér-e az üzenete?	1	2	3	4
osztja meg (akarva vagy akaratlanul) személyes adatait (pl.: név, cím)?	1	2	3	4
osztja meg (akarva vagy akaratlanul) más személyes adatait (pl.:név, cím)?	1	2	3	4

16. Számos lehetőség van az interneten az információk megkeresésére a koronavírussal és/vagy a járvánnyal kapcsolatban. Kérem, jelölje meg, milyen gyakran használja ezeket a lehetőségeket!

	gyakran	néha	alig	soha
--	---------	------	------	------

kereső felületek (pl.: google, yahoo)	1	2	3	4
állami szervek felületei (pl.: egészségügyi minisztérium honlapja)	1	2	3	4
Wikipédia vagy egyéb online enciklopédia	1	2	3	4
Közösségi média (pl.: facebook, Instagram, Twitter)	1	2	3	4
YouTube	1	2	3	4
Kérdező oldalak (pl.:gyakorikérdések.hu)	1	2	3	4
Egészséggel kapcsolatos blogok	1	2	3	4
Egészségügyi portálok (pl.:webbeteg)	1	2	3	4
Orvosok vagy különböző biztosítók oldalai	1	2	3	4
Sajtó (pl.:tv, újságok)	1	2	3	4
Az egyetem vagy kar honlapja, amelyen tanul	1	2	3	4

17. Kérem, jelölje meg, mikre keres rá a koronavírussal és a járvánnyal kapcsolatban? (több válasz lehetséges)

- jelenlegi számok a vírussal kapcsolatban (pl.: fertőzöttek száma)
- Terjedési módja a koronavírusnak
- tünetei a COVID-19-nek
- Védekezési mechanizmusok a fertőzés ellen (pl.: kézmosási tippek)
- higiéniai előírások (pl.:fertőtlenítőszer használata)
- Hatályban lévő helyzetértékelések és ajánlások
- korlátozások (pl.: kijárási tilalom)
- a koronavírus gazdasági és társadalmi következményei
- Koronavírus okozta pszichés stressz kezelése
- Egyéb:.....

18. HLS-EU-Q22

	Ön szerint mennyire könnyű, illetve nehéz.....	nagyon könnyű	inkább könnyű	inkább nehéz	nagyon nehéz
1	...az interneten a koronavírusról információt találni?	1	2	3	4
2	...az interneten olyan viselkedési módokról információt találni, amelyek segítenek a koronavírus-fertőzés megelőzésében?	1	2	3	4
3	...újságokban, folyóiratokban vagy a televízióban olyan	1	2	3	4

	viselkedési módokról információt találni, amelyek segítenek a koronavírus- fertőzés megelőzésében?				
4	...információt találni arról, hogyan ismerhetem fel, hogy valószínűleg koronavírus- fertőzést kaptam?	1	2	3	4
5	...megtudni, hol kaphatok szakszerű segítséget koronavírus-fertőzés esetén?	1	2	3	4
6	...információt találni arról, hogyan személy szerint mennyire vagyok veszélyeztetett a koronavírus által?	1	2	3	4
7	...az orvosom, a gyógyszerészem vagy ápolószemélyzet koronavírus elleni védekezéssel kapcsolatos utasításait megérteni?	1	2	3	4
8	...hatóságok koronavírus elleni védekezéssel kapcsolatos utasításait megérteni?	1	2	3	4
9	...családtagok vagy barátok koronavírus elleni védekezéssel kapcsolatos tanácsait megérteni?	1	2	3	4
10	...a médiában megérteni az arra vonatkozó tájékoztatást, hogyan védekezhettek a koronavírus-fertőzéssel szemben?	1	2	3	4
11	...megérteni, amit a koronavírus kockázatairól az interneten találok?	1	2	3	4
12	...megérteni, amit újságokban, folyóiratokban vagy a televízióban a koronavírus kockázatairól találok?	1	2	3	4
13	...felmérni, hogy koronavírusról, illetve a koronavírus-járványról adott tájékoztatás a médiában megbízható-e?	1	2	3	4
14	...felmérni, milyen viselkedési módok járnak a koronavírus- fertőzés különösen nagy kockázatával?	1	2	3	4
15	...felmérni, milyen óvintézkedéseket kellene	1	2	3	4

	tennem a koronavírus-fertőzés ellen?				
16	...felmérni, mennyire vagyok személy szerint veszélyeztetett a koronavírus által?	1	2	3	4
17	...felmérni, hogy lehetek-e koronavírus-fertőzött?	1	2	3	4
18	...a médiában kapott információ alapján eldönteni, hogyan védekezhettek a koronavírus-fertőzéssel szemben?	1	2	3	4
19	...az orvosom vagy gyógyszerészem utasításait követni azzal kapcsolatban, hogyan reagáljak a koronavírusra?	1	2	3	4
20	...az orvosomtól vagy a gyógyszerészemtől kapott információ alapján eldönteni, hogyan reagáljak egy esetleges koronavírus-fertőzésre?	1	2	3	4
21	...a médiában kapott információ alapján eldönteni, hogyan reagáljak egy esetleges koronavírus-fertőzésre?	1	2	3	4
22	...úgy viselkedni, hogy másokat ne fertőzzek meg?	1	2	3	4

19. Mennyire elégedett azzal, ahogyan az egyeteme informálta Önt a koronavírussal kapcsolatban? Jelölje be egy 1-10 terjedő skálán, ahol az 1-egyáltalán nem vagyok elégedett, a 10-teljes mértékben elégedett vagyok

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. Mennyire elégedett az intézkedésekkel, melyeket az Egyeteme hozott a Hallgatók és Munkatársai egészségének megóvása érdekében a koronavírus járvány alatt? Jelölje be egy 1-10 terjedő skálán, ahol az 1-egyáltalán nem vagyok elégedett, a 10-teljes mértékben elégedett vagyok.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

21. Észlelt-e változást a hallgatói szolgáltatások minőségében a COVID-19 járvány kezdete óta?

- igen, csökkent a szolgáltatások minősége
- igen, javult a szolgáltatások minősége
- nem, nem következett be változás

22. Egyetemi polgárként honnan szerzett elsőként információt a koronavírussal és/vagy a hozzá fűződő járvánnyal kapcsolatban?

- Weboldalak
- Közösségi média
- E-mail (hírelevelek)
- Külső sajtó
- Egyetemi nyomtatott sajtó
- Plakátok
- Belső képzések
- Egyéb:.....

8.3 Kutatási Engedélyek

V. számú melléklet: Tudományetikai bizottság engedélye a kutatás elvégzésére



NEMZETI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÖZPONT

EGÉSZSÉGÜGYI IGAZGATÁSI FŐOSZTÁLY

Iktatószám: 15121-8/2019/EÜIG

Hív. szám: -
Ügyintéző: Dr. Sajtos János
+36 1 476 1100/2124
Melléklet: -

Tárgy: emberen végzett orvostudományi kutatás engedélyezése

HATÁROZAT

Az „Egészségértés és egészségi állapot felmérése különböző szocioökonómiai státusszal rendelkező településeken élő lakosok körében” című emberen végzett orvostudományi kutatást a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet (7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.) képviselőjében Prof. Dr. Betlehem József kutatásvezetőként előterjesztett kérelmére az alábbiak szerint

engedélyezem:

- kutatás azonosító: *Egészségértés és egészségi állapot felmérése különböző szocioökonómiai státusszal rendelkező településeken élő lakosok körében*
- a kutatás anyagi fedezetét biztosító intézmény: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
- a kutatásban résztvevő intézmény
 - Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet (7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.)
 - Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Laboratóriumi Medicina Intézet (7624 Pécs, Ifjúság út 13.)
- a kutatásvezető neve: Prof. Dr. Betlehem József
- a kutatás várható időtartama: jelen határozat véglegessé válásától számított 2 év 9 hónap
- a kutatásba bevonni tervezett résztvevők
 - száma: 200 + 1500 fő
 - neme: nők és férfiak
 - életkora: 18 év felett

A jelen eljárásban szakhatóságként megkeresett Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (1054 Budapest, Alkotmány u. 25., elnök: dr. Schaff Zsuzsa egyetemi tanár, a továbbiakban: ETT TUKEB) 20018-2/2019/EKU ügyiratszámú állásfoglalásának rendelkező részében kimondta:

„Az országos tisztifőorvos nevében a Nemzeti Népegészségügyi Központ Egészségügyi Igazgatási Főosztálya (a továbbiakban: országos tisztifőorvos) a(z) Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi

Cím: 1097 Budapest Albert Flórián út 2-6. Tel: + 36 1 476 1100, Fax: + 36 1 476 6401
e-mail: igazgatas@nnk.gov.hu

Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet (7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.) képviseletében Dr. Betlehem József kutatásvezető (továbbiakban: Kérelmező) által kezdeményezett „Egészségértés és egészségi állapot felmérése különböző szocioökonómiai státusszal rendelkező településeken élő lakosok körében” című, beavatkozással járó kutatás engedélyezésére indult eljárásban felkérte az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságát (ETT TUKEB) szakhatósági állásfoglalás kialakítására.

*Az ETT TUKEB a kutatás engedélyezése iránti kérelmet megvizsgálta és a következő, testületi véleményen alapuló szakhatósági állásfoglalást hozta:
Az engedély iránti kérelmet az ETT TUKEB szakmai és etikai szempontból megfelelőnek találta, ezért a kutatás engedélyezéséhez hozzájárul.*

Jelen szakhatósági állásfoglalás ellen önálló fellebbezésnek nincs helye, az csak az országos tisztifőorvos eljárást befejező döntése elleni jogorvoslat keretében támadható meg.”

Jelen határozatom véglegessé válásával elrendelem az engedélyezett kutatás hatósági nyilvántartásba vételét.

Jelen engedélyem címzettje működése során köteles a kutatási tevékenységhez szükséges személyi és tárgyi feltételeket folyamatosan biztosítani, valamint a további, a tevékenységre előírt speciális jogszabályi előírásokat betartani.

Felhívom a figyelmét, hogy az előírtak be nem tartása esetén egészségügyi bírság kiszabására van lehetőség.

Kérelmező a beadványában úgy nyilatkozott, hogy nem kereskedelmi kutatást kíván végezni, ennek megfelelően eljárási költséget nem állapítok meg.

Jelen határozattal szemben jogszabálysértésre hivatkozással közigazgatási per indítható a közlést követő naptól számított 30 napon belül a Fővárosi Közigazgatási és Munkaügyi Bírósághoz címzett, de Hivatalomhoz benyújtott keresetlevéllel.

A keresetlevelet az elektronikus ügyintézés és a bizalmi szolgáltatások általános szabályairól szóló 2015. évi CCXXII. törvény (a továbbiakban: E-ügyintézési tv.) 9. § (1) bekezdése szerinti felperes és jogi képviselő kizárólag elektronikus úton, a jogszabályban meghatározott módon terjesztheti elő.

A közigazgatási per illetéke 30.000,- Ft, amely vonatkozásában a feleket jövedelmi és vagyoni viszonyaikra tekintet nélkül illetékfeljegyzési jog illeti meg.

Ha egyik fél sem kérte tárgyalás tartását, és azt a bíróság sem tartja szükségesnek, a bíróság az ügy érdemében tárgyaláson kívül határoz.

Tárgyalás tartását a felperes a keresetlevélben, az alperes a védíratban kérheti. Tárgyalás tartása a perbelépési kérelemben, illetve a perbevonásától vagy a perbeállításától számított tizenöt napon belül is kérhető. A tárgyalás tartása iránti kérelem elmulasztása miatt igazolásnak nincs helye.

INDOKOLÁS

Hivatalomhoz 2019. március 13-án érkezett beadványában Prof. Dr. Betlehem József kutatásvezető a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet (7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.) képviseletében a „Egészségértés és egészségi állapot felmérése különböző szocioökonómiai státusszal rendelkező településeken élő lakosok körében” című emberen végzett orvostudományi kutatás engedélyezését kérelmezte, amely alapján 2019. március 14. napján közigazgatási hatósági eljárás indult.

A kérelmet megvizsgáltam és megállapítottam, hogy az hiányos, érdemben nem bírálható el. Kérelmezőt hiánypótlásra szólítottam fel 2019. április 3-án kelt 15121-3/2019/EÜIG ikt. számú végzésben, melyet a Kérelmező 2019. április 9-én teljesített.

A tervezett kutatás rövid leírása:

„Magyarországon minden második ember egészségértése/egészség műveltsége problémásnak mondható (2016. ELEF), ami nagy hatással van a beteg egészségével kapcsolatos döntéseinek meghozására, az egészségügyi ellátórendszerre és annak igénybevételére, valamint az ellátás költségeinek csökkentésére. Az alacsony egészségértéssel rendelkező emberek egészségügyi ellátórendszerrel való kapcsolata számos problémát mutat. A társadalomnak ezen rétege nem jelenik meg a szűrővizsgálatokon, nem keresi fel időben az ellátórendszert. Ha riasztó tüneteket észlel, nem követi az orvos utasításait, csökken a terápiás adherencia, nem tud megfelelő döntést hozni saját egészségével és ellátásával kapcsolatban. Az egészségértés/műveltség javítása pozitív hatással lehetne a betegelégedettségre, az egészségügyi ellátó és beteg kapcsolatokra, az ellátórendszer és beteg közti kommunikációra, a költségekre. Külföldi kutatások bizonyítják, hogy azon országokban, ahol a társadalom egészségértési szintjét sikerült magasabb szintre emelni, ott a fent említett tényezők mindegyikében javulást értek el.”

„Az egészségértésre vonatkozó adatokat a már korábban használt (2016 ELEF) HL-EU 46 kérdőív segítségével szeretnénk felmérni kérdezőbiztosok segítségével.

Az egészségi állapot felmérése ugyan azon időben történik, a kérdezőbiztosok segítségével, akik egészségügyi végzettséggel rendelkeznek. Az egészségi állapotfelméréskor a következő paramétereket szeretnénk vizsgálni: testmagasság, testtömeg, vérnyomás (automata vérnyomásmérő eszköz), vércukor, vérkémiai vizsgálatok (metabolikus elváltozások vizsgálata), pulzus, SpO₂. Az állapotfelmérés minden esetben az egészségügyi szak személyzet által történik. A kérdőívnek része még egy saját szerkesztésű, szocio-ökonómiai státuszt felmérő kérdőív is, illetve egy sürgősségi osztállyal kapcsolatos ismereteket felmérő kérdőív.

A kérdezőbiztosok (egészségügyi végzettséggel rendelkező személy) előzetesen egy 4 órás képzésben vesznek részt, ahol megismerkednek a kitöltendő kérdőívvel, illetve instrukciókat kapnak, hogy mit kell tenni abban az esetben, ha a vitális paraméterek során a normál tartománytól eltérő értékeket mérnek. Amennyiben a kérdezőbiztosok extrém magas vagy alacsony értéket mérnek a vitális paraméterezés során, a beteget fel kell világosítaniuk a mért értékekről, illetve annak kockázatairól. Amennyiben ez aktuális panaszt okoz a kutatásban résztvevő alanyok, az akut életveszély elhárítására intézkednie kell.”

- kutatás tervezett időtartama: 2 év 9 hónap
- Témavezető neve: Prof. Dr. Betlehem József
- Támogató/szponzor neve, címe: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
- kutatóhelyek felsorolása:
 - Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet (7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.)
 - Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Laboratóriumi Medicina Intézet (7624 Pécs, Ifjúság út 13.)

A kérelemről és a kutatási tervről megállapítottam, hogy annak tartalma megfelel az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X.20.) Korm. rendelet (továbbiakban: Kormányrendelet) 3/A. § (1) és (3) bekezdésében foglaltaknak, továbbá a beadvány tartalmazza a Kormányrendelet 3/A. § (2) bekezdése szerinti mellékleteket.

Kérelmező beadványában foglaltak alapján megállapítottam, hogy a tervezett kutatás az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet (továbbiakban: EüM. rendelet) 2. § (1) bekezdés h) pontja szerint nem kereskedelmi kutatásnak minősül, így jelen eljárás az EüM rendelet 15. §-a szerint díjmentes.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) 159. § (6) bekezdése szerint:

A kutatást

a) az elsőfokú eljárásban az ETT – orvosokból, az orvostudományi kutatás területén jártas, más tudományágak elismert képviselőiből, egészségügyi szakdolgozókból, és laikus tagokból álló – bizottságának, részbizottságának a szakmai-etikai szakkérdésekben kiadott szakhatósági állásfoglalása alapján, vagy

b) a jogszabályban meghatározott esetekben és az ott meghatározottak szerint, az erre a célra létrehozott – orvosokból, az orvostudományi kutatás területén jártas, más tudományágak elismert

képviselőiből, egészségügyi szakdolgozókból, és laikus tagokból álló – független bizottság szakértői véleményének kikérésével
az egészségügyi államigazgatási szerv engedélyezi.

Az egyes közérdeken alapuló kényszerítő indok alapján eljáró szakhatóságok kijelöléséről szóló 531/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet (továbbiakban: Szakh. KR.) 1. § (1) bekezdése szerint:

„1. § (1) A Kormány – a (2)–(4) bekezdésben foglaltak kivételével – az 1. mellékletben meghatározott közigazgatási hatósági eljárásokban, az ott meghatározott szakkérdések tekintetében, az ott meghatározott hatóságokat szakhatóságként jelöli ki.”

A Szakh. KR. 1. melléklet 2. pontjának 10-11. sora szerint:

„Emberen végzett orvostudományi kutatás engedélyezése, amely nem minősül a Gytv. 1. § 7. pontja szerinti klinikai vizsgálat engedélyezésének, és nem minősül az emberi felhasználásra kerülő orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálatának engedélyezésére irányuló eljárásnak” közigazgatási hatósági eljárás esetén a következő bevonás és közreműködés feltétele esetén:

„Emberen végzett orvostudományi kutatások (Eütv. 157. §-a) engedélyezésére irányuló eljárásban

a) a Magyarországon még nem elfogadott, új megelőző, terápiás vagy diagnosztikus eljárás, módszer alkalmazása esetén, ha azzal összefüggésben a betegen invazív beavatkozást végeznek,

b) a genetikailag determinált betegség kialakulásával, jellegzetességeivel foglalkozó, a populációs genetika, szomatikus genetika, genetikai epidemiológiai kérdéskörre irányuló kutatás esetén,

c) az a) és b) pont alá nem tartozó, több központban végzett kutatás esetén,

d) az Eütv. 161. § (1) és (3) bekezdése szerinti kutatás esetén”

elsőfokon eljáró szakhatóság az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottsága.

„Emberen végzett orvostudományi kutatások (Eütv. 157. §-a) engedélyezésére irányuló eljárásban, amely nem minősül a Gytv. 1. § 7. pontja szerinti klinikai vizsgálat engedélyezésének és nem minősül az emberi felhasználásra kerülő orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálatának engedélyezésére irányuló eljárásnak, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokkal, az embriókkal, ivarsejtekkel, őssejtekkel végzendő beavatkozásokkal és kutatásokkal, a gén- és sejterápiával végzett beavatkozásokkal, továbbá az emberi génállományt érintő beavatkozásokkal és kutatásokkal kapcsolatos kutatás esetén”

elsőfokon eljáró szakhatóság az Egészségügyi Tudományos Tanács Humán Reprodukciós Bizottsága.

A kérelem tartalma alapján megállapítottam, hogy a tervezett kutatás a Szakh. KR. 1. melléklet 2. pontjának 10. sorában meghatározott kutatásnak minősül, így jelen eljárásban az ETT TUKEB szakhatósági állásfoglalását kell beszereznem.

Fentiekre tekintettel Hivatalom 2019. április 3-án kelt 15121-4/2019/EÜIG számú végzésével a tényállás tisztázása érdekében az ETT TUKEB-t szakhatóságként kereste meg az *emeren végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emeren történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól* szóló 235/2009. (X.20.) Korm. rendelet (továbbiakban: Kormányrendelet) 7. §-ában meghatározott kérdésekben állásfoglalás adására.

Az ETT TUKEB Hivatalom 15121-4/2019/EÜIG ikt. számú megkeresésének 2019. május 3-án tett eleget, szakhatósági állásfoglalásának rendelkező részét jelen határozatom rendelkező részében ismertettem, míg állásfoglalásának indoklása az alábbiakat tartalmazza:

„A Kérelmező a fenti című beavatkozással járó kutatás engedélyezése iránt nyújtott be kérelmet az országos tisztifőorvoshoz.

Az országos tisztifőorvos a(z) 15121-4/2019/EÜIG sz. végzésében, amely 2019. április 5-én érkezett meg az ETT TUKEB titkárságára, szakhatósági állásfoglalásra kérte fel az ETT TUKEB-et.

Az ETT TUKEB a kutatási engedély iránti kérelemben megjelölt beavatkozással járó kutatásról az egyes közérdeken alapuló kényszerítő indok alapján eljáró szakhatóságok kijelöléséről szóló 531/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet (továbbiakban: 531/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet) 1. melléklet 2. pontjában foglalt „Egészségügyi ügyek” táblázat B: 10. mezője a)-n) pontjai alapján a következőket állapította meg:

a) A kutatás indokolt-e és tudományosan megalapozott-e?
Igen

b) A kutatás etikailag megfelelő-e?
Igen

c) A kutatási terv alapján a résztvevők mindegyike megkapja-e az egészségi állapota által indokolt egészségügyi ellátást?
Igen

d) A várható előnyök és kockázatok előzetes becslése megfelelő-e, a résztvevőket fenyegető kockázatok és a kutatás várható eredménye arányos-e egymással?
Igen

e) A kutatás vezetője szakmailag alkalmas-e és etikailag megfelelő-e?
Igen

f) Az írásos tájékoztató megfelelő-e és teljeskörű-e?
Igen

g) Megfelelő-e a beleegyező nyilatkozat?
Igen

h) Az esetleges placebo csoport alkalmazása indokolt-e?
Nincs placebo csoport

i) A kutatásban résztvevők számára fizetendő költségtérítés megfelelő-e?
Igen

j) Toborzás esetén: megfelelő-e a kutatásban résztvevők toborzásának és beválasztásának módja valamint azok feltételei, a toborzás szükségessége indokolt-e, megfelelő-e a felhívás tervezett szövege?
Toborzás nem történik

k) A kutatás során nyert adatok statisztikai feldolgozási módszere megfelelő-e?
Igen

l) Ha a kutatást állapotos, szabadságában korlátozott (Eütv. 161. §-a), korlátozottan cselekvőképes kiskorú, valamint a cselekvőképességében az egészségügyi ellátással összefüggő jogok gyakorlása tekintetében részlegesen korlátozott nagykorú vagy cselekvőképtelen személyen is végzik, akkor indokolt-e a bevonásuk, és megfelelő-e érdekeik védelme?
Igen

m) A kutatás vezetőjének és a kutatásban közreműködők díjazása megfelelő-e?
Igen

n) Meghaladja-e a várható terápiás előny a várható kockázatot?
Igen

Mindezek alapján az ETT TUKEB a kutatás engedélyezése iránti kérelmet szakmai-etikai szempontból megfelelőnek találta, ezért a rendelkező részben foglaltak szerint döntött, és a kutatás országos tisztifőorvos általi engedélyezéséhez szakhatósági hozzájárulását adja.

Felhívjuk figyelmét a kutatásvezetőnek arra a jogszabályi kötelezettségére, mely szerint a kutatás megkezdésétől számított minden második év végén, valamint a kutatás befejezését követően 15 napon belül jelentést kell küldenie az engedélyezőnek, az etikai bizottságnak és az IKEB-nek. (Ezt az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló 23/2002. (V. 9.) EüM rendelet 20. § mondja ki.)

Kérjük, amennyiben a kutatás nem kezdődik el, vagy idő előtt lezárásra kerül, akkor erről az indokok felsorolásával e-mailen és levélben is tájékoztassa az ETT TUKEB-et, az országos tisztifőorvost és több központban végzett kutatás esetén valamennyi érintett magyarországi kutatóhelyet. (Ezt az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet (továbbiakban: 235/2009. (X. 20.) Korm. rend. 14. § (1) bekezdés mondja ki.)

Az ETT TUKEB szakhatósági eljárása és állásfoglalása elsősorban az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) 158.§ (3) bekezdésén, az Eütv. 159 § (6) bekezdés a) pontján, az 531/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet 1. melléklet 2. pontjában foglalt „Egészségügyi ügyek” táblázat B: 10. mezője rendelkezésein, a 235/2009. (X. 20.) Korm. rend. 7. §, valamint az általános közigazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvény (továbbiakban: Ákr.) 55. § (1)-(2) bekezdésein, az Ákr. 81. § (1) és (4) bekezdésein alapul.

Az ETT TUKEB hatáskörét és illetékességét az 531/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet 1. § (1) bekezdése, az 531/2017. (XII. 29.) Korm. rendelet 1. melléklet 2. pontjában foglalt „Egészségügyi ügyek” táblázat D:10. mezője rendelkezése, valamint a 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet 2. § e) pontja állapította meg.

A fellebbezésre az Ákr. 55. § (4) bekezdése vonatkozik.”

A benyújtott kérelem, és a csatolt dokumentumok, valamint az ETT TUKEB szakhatósági állásfoglalása és Hivatalom rendelkezésére álló iratok és adatbázis alapján megállapítottam, hogy

- a kutatást végző a személyi és tárgyi feltételeknek megfelel,
- kérelmező rendelkezik a kutatáshoz szükséges, az Eütv. 164. § (2) bekezdése szerinti felelősségbiztosítási szerződéssel,
- a kutatásban résztvevők személyes adatainak kezelése, valamint az azok megismerésére jogosultak köre megfelel a kutatás követelményeinek,
- a tervezett kutatás az Eütv.-ben meghatározott feltételeknek megfelel.

Fentiekre tekintettel a kérelmező beadványában meghatározott emberen végzett orvostudományi kutatást a Kormányrendelet 3. § (1) bekezdésben alapján a rendelkező részben foglaltak szerint engedélyeztem, egyúttal rendelkezve a kutatás hatósági nyilvántartásba vételéről.

Tekintettel arra, hogy jelen eljárás a fentiekben részletezettek szerint díjmentes, egyéb eljárási költség pedig nem merült fel, az eljárási költség viselésére vonatkozó döntést mellőztem.

Engedélyes figyelmét az alábbiakra hívom fel:

- A Kormányrendelet 9. § (3) bekezdése értelmében a kérelmező köteles jelen határozatról értesíteni az illetékes intézményi etikai bizottságot (továbbiakban: IKEB), a kutatást vezető intézmény vezetőjét és a kutatásvezetőt.
- A Kormányrendelet 11. § (1) bekezdése alapján a kutatási engedély véglegessé válását követően a kérelmező a kutatási tervet módosíthatja, ezt a kérelmező köteles bejelenteni Hivatalomnak.
- A Kormányrendelet 11. § (2) bekezdése értelmében a kutatási terv lényeges módosítása esetén a kérelmezőnek az engedély módosítását kell kérelmeznie az engedélyezőnél. A kutatási terv lényeges módosításának minősül különösen, ha
 - a) a módosítás hatással lehet a kutatásban résztvevők biztonságára,
 - b) a módosítás megváltoztathatja a kutatás elvégzését alátámasztó tudományos dokumentumok értelmezését,
 - c) a módosítás a kutatók részére készített ismertetőt érinti,
 - d) az addigi kutatási eredmények az írásos tájékoztató módosítását teszik szükségessé,
 - e) a kutatásba új kutatási helyszín kerül bevonásra, vagy
 - f) a kutatás vezetőjének személye változik.
- A Kormányrendelet 14. § (1) bekezdése szerint: Ha a kérelmező kívánja a kutatást annak befejezése előtt felfüggeszteni vagy megszüntetni, erről az indokok felsorolásával legkésőbb a felfüggesztéssel vagy megszüntetéssel egyidejűleg értesíti az engedélyezőt, az etikai bizottságot, a szakértőt, és több központban végzett kutatás esetén valamennyi érintett magyarországi kutatóhelyet.
- A Kormányrendelet 14. § (2) bekezdése értelmében a kutató a kutatást köteles haladéktalanul felfüggeszteni és a kutatásvezetőt értesíteni, ha azt tapasztalja, hogy a kutatás folytatása a résztvevő alanyok életét vagy egészségét sérti vagy veszélyezteti. A kutatásvezető erről értesíti a kérelmezőt és az engedélyezőt annak érdekében, hogy szükség esetén az engedélyező a 13. § (1)-(2) bekezdésében foglaltak alapján járjon el.
- Az EüM rendelet 20. §-a alapján a kutatás vezetője, jelentési kötelezettsége keretében a kutatás megkezdésétől kezdve minden második év végén, valamint a kutatás befejezését követő 15 napon belül köteles jelentést küldeni Hivatalomnak, az ETT TUKEB-nek és a kutatást végző intézményben működő IKEB-nek. A jelentésben be kell számolni a kutatás tapasztalatairól, a ténylegesen bevont betegek számáról, valamint külön-külön az előfordult nem kívánatos eseményekről, és a súlyos nem kívánatos eseményekről. A kutatás akkor tekinthető befejezettnek, ha minden beteg – kutatási terv szerinti – utolsó észlelése megtörtént.
- A fenti bejelentési, adatszolgáltatási kötelezettségek elmulasztása esetén az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény (a továbbiakban: Ehi.) 13/A § (1a) bekezdése alapján egészségügyi bírság kiszabásának van helye. Az Ehi. 13/A § (1b) bekezdése értelmében továbbá egészségügyi bírság kiszabásának van helye akkor is, ha jelen engedély előírásait engedélyes nem tartja be.

Az egészségügyi bírság összege az Ehi. 13/A § (5) bekezdése szerint harmincezer forinttól ötmillió forintig terjedhet.

Jelen határozatomat az Eütv. 159. § (6) bekezdésében, a Kormányrendelet 3. § (1) bekezdésében, a fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet (továbbiakban: KR.) 8. § (1) bekezdés bc) pontjában meghatározott hatáskörömben eljárva adtam ki.

Illetékességemet a KR. 13. § (3) bekezdése határozza meg.

A határozat annak közzétételével egyidejűleg az Ákr. 82. § (1) bekezdésének rendelkezése alapján végleges.

Határozatom ellen a fellebbezés lehetőségét az Ákr. 116. § (1)-(2) bekezdése zárja ki. A határozattal szembeni közigazgatási per indításának az Ákr. 114. § (1) bekezdése alapján van helye. A Fővárosi Közigazgatási és Munkaügyi Bíróság hatáskörét és illetékességét a közigazgatási perrendtartásról szóló 2017. évi I. törvény (Kp.) 12. § (1) bekezdése és az Eütv. 158. § (5) bekezdése határozza meg. A keresetlevél benyújtásának helyéről és idejéről a Kp. 39. § (1) bekezdése szerint adtam tájékoztatást. Az illeték mértékét az illetékekről szóló 1990. évi XCIII. törvény (továbbiakban: Itv.) 45/A. § (1) bekezdése határozza meg. Az illetékfeljegyzési jogról az Itv. 62. § (1) bekezdés h) pontja rendelkezik.

Budapest, 2019. május 6.

Dr. Müller Cecília
mb. országos tisztifőorvos helyében eljárva:



Kapják:

1. Prof. Dr. Betlehem József, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, 7621 Pécs, Vörösmarty u. 4. jozsef.betlehem@etk.pte.hu (TV)
2. Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság, levelezési cím: 1051 Budapest, Széchenyi István tér 7-8. (TV)
3. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő, 1139 Budapest, Váci út 73/A. (TV)
4. Irattár

VI. számú melléklet: Rektorhelyettesi Engedély a Hallgatók körében végzendő kutatáshoz (Kutatás C)

Re: kérelem kutatás engedélyezéséhez

 **Feladó** Dr. Felinger Attila <vicerektor.rdi@pte.hu>
Címzett henrietta.csonka <henrietta.csonka@etk.pte.hu>
Másolat 'Prof Dr. Betlehem József' <betlehem@etk.pte.hu>
Dátum 2021-01-08 12:15

Tisztelt Kutatásvezető Asszony!

A „Mennyire befolyásolja nemzeti hovatartozásunk egészségértésünket?” tárgy körben benyújtott kérelme alapján a kutatás lefolytatását engedélyezem a Pécsi Tudományegyetemen.

A kutatást legyen szíves a PTE 3/2015. sz. rektori utasítása alapján elvégezni, majd a lezárást követően egy rövid írásbeli beszámolót megküldeni számomra.

Munkájához sok sikert kívánok!

Tisztelettel:

Dr. Felinger Attila
tudományos és innovációs rektorhelyettes



Pécsi Tudományegyetem
Rektori Kabinet
H-7622 Pécs, Vasvári P. u. 4.
+36/72/501-500/12446
www.pte.hu

Feladó: Bánfal-Csonka Henrietta <henrietta.csonka@etk.pte.hu>

Elküldve: 2021. január 5., kedd 10:39

Címzett: Dr. Felinger Attila <vicerektor.rdi@pte.hu>

Másolatot kap: 'Prof Dr. Betlehem József' <betlehem@etk.pte.hu>

Tárgy: kérelem kutatás engedélyezéséhez

Pécsi Tudományegyetem
Rektori Hivatal

Dátum: 2020. január 5.

Tárgy: kérelem kutatás engedélyezésére

Prof. Dr. FELINGER Attila
részére

Tisztelt Tudományos és Innovációs Rektorhelyettes Úr!

Jelen kérelmem tárgyát az **ÚNKP-20-3-II-PTE-630** pályázati azonosító számú „Mennyire befolyásolja nemzeti hovatartozásunk egészségértésünket?” című ÚNKP pályázat kutatásának engedélyezése adja a PTE Egészségtudományi Karán.
A kutatás során témavezetőm Prof. Dr. Betlehem József. Kutatásunk céljából tüztük ki, hogy összehasonlítsuk a PTE ETK-n tanulmányait most kezdő külföldi hallgatók egészségértési szintjét felsőbb évfolyamon tanuló hallgatókéval, valamint a Karon tanulmányaikat folytató magyar nyelvű képzésen részt vevő hallgatókéval.
Ezúton szeretném hozzájárulását kérni, hogy a Kar valamennyi hallgatója a Neptun rendszeren keresztül megkaphassa a kérdőívet online formában és lehetőséget kapjon annak kitöltésére.
A kutatási tervet és a kérdőívet jelen levelemhez mellékelve megtekintheti.

Bízva kérésem pozitív elbírálásában, tisztelettel:

BÁNFAI-CSONKA Henrietta
szakoktató | *subject teacher*

Rektorhelyettesi Engedélyek (Kutatás D)

VII. számú melléklet: Pécsi Tudományegyetem kutatási engedélye



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM

Rektorhelyettes

Prof. Dr. Betlehem József
általános, stratégiai és kapcsolati rektorhelyettes

Pécs, 2022. március 24.
Ikt.sz. PTE/8733-2/2022.
Tárgy: kutatási kérelem

Rektori Kabinet

Tisztelt Rektorhelyettes Úr!

Megkaptam levelét a „Az egészségértési szint és a COVID-19 pandémiához kapcsolódó attitűd közötti összefüggés vizsgálata egyetemi hallgatók körében” című tervezett kutatási kérelméről. A beküldött kérelem és kutatási terv tartalmazza a szükséges információkat. A kérdőív nem tartalmaz kifogásolható elemeket.

A beküldött dokumentumok és kutatási terv alapján a kollégáimmal történt egyeztetést követően a kutatás hírlevélként történő kiküldését és egyszeri ismétlődő kiküldését a magyar állampolgársággal rendelkező egyetemi polgárok számára engedélyezem.

Az IIG hírlevélben való kiküldéssel kapcsolatban keresse meg Vinter Miklós vinter.miklos@pte.hu kollégámat a jelen engedéllyel együtt.

További munkájához sok sikert kívánva, tisztelettel:


Dr. FELINGER Attila
tudományos és innovációs rektorhelyettes



VIII. számú melléklet: Semmelweis Egyetem kutatási engedélye

Feladó: Dr. Betlehem József <vicerektor.strat@pte.hu>

Címzett: "tudomanyos.rektorhelyettes@semmelweis-univ.hu" <tudomanyos.rektorhelyettes@semmelweis-univ.hu>

Dátum: 2022. 01. 19. 15:16

Tárgy: kutatási engedély iránti kérelem

SEMMELWEIS EGYETEM
Prof. Dr. FERDINANDY Péter
tudományos és innovációs rektorhelyettes
részére

Dátum: 2022. január 19.

Tárgy: kérelem kutatás engedélyezésére

Tisztelt Rektorhelyettes Úr!

„Az egészségértési szint és a COVID-19 pandémiához kapcsolódó attitűd közötti összefüggés vizsgálata” című, **ÚNKP-21-3-II-PTE-1168** pályázati azonosító számú kutatás Semmelweis Egyetemen történő engedélyezése iránti kérelemmel fordulok Önhöz.

Témavezettem, Bánfai-Csonka Henrietta, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar szakoktatója és doktorandusz hallgatója. Közös kutatásunk céljaul tüztük ki, hogy a COVID-19 pandémiához fűződő egészségértési szint felmérésére készült, HLS-COVID-Q22 kérdőívet magyar nyelven validáljuk és Magyarország meghatározó felsőoktatási intézményeinek hallgatóival kitöltetjük. A felmérésből származó információk alapján átfogó képet kapnánk a hallgatók COVID-19 járvánnyal kapcsolatos egészségértési mutatóiról, és összehasonlíthatnánk a hazai helyzetet a nemzetközi egyetemek által már publikált eredményekkel. Az eredmények függvényében pedig az egyetemek akár Karokra specializáltan is lépéseket tehetnek a COVID-19 járványhoz kapcsolódó egészségértési szint növelésére.

A felmérés jelenleg angol és német nyelven áll rendelkezésre, a kérdőív magyar nyelvre történő fordítása a kutatási folyamat részét képezi. Az eredeti kérdőívet, valamint az annak validálásából származó cikket, illetve a PhD hallgatóm kutatási tervét jelen levelem mellékleteként küldöm Önnek.

A kutatásetikai engedély a **2018-2-/2019/EKU** számon rendelkezésünkre áll.

Fentiekre tekintettel ezúton szeretném szíves engedélyét kérni, hogy a Semmelweis Egyetem valamennyi hallgatója a Neptun tanulmányi rendszeren keresztül megkaphassa és kitölthesse a fent említett online kérdőívet.

Bizva kérelmem pozitív elbírálásában, tisztelettel:

Dr. Betlehem József

Prof. Dr. BETLEHEM József

egyetemi tanár

From: Rektorhelyettes Tudományos <tudomanyos.rektorhelyettes@semmelweis-univ.hu>

Sent: Saturday, February 5, 2022 6:37 AM

To: Dr. Betlehem József <vicerektor.strat@pte.hu>

Subject: Vá: kutatási engedély iránti kérelem

Prof. Dr. BETLEHEM József

egyetemi tanár

általános, stratégiai és kapcsolati rektorhelyettes

Pécsi Tudományegyetem

Tisztelt Rektorhelyettes Úr,

A kutatási tervet köszönettel megkaptam. Támogatom, hogy a Semmelweis Egyetem valamennyi hallgatója a Neptun tanulmányi rendszeren keresztül megkaphassa és kitölthesse a kutatási terv szerinti online kérdőívet.

Ehhez szükséges, hogy az említett kutatási engedély a Semmelweis Egyetemen történő kutatást is lehetővé tegye. A megadott engedély számából nem tudtuk ezt megítélni.

Dr. Ferdinandy Péter

Tudományos és innovációs rektorhelyettes

megbízásából:

Üdvözlettel

Dr. Papp Renáta

irodavezető

Tudományos és Innovációs Rektorhelyettesi Iroda

^^^

Feladó: Dr. Betlehem József <vicerektor.strat@pte.hu>
Címzett: Rektorhelyettes Tudományos <tudomanyos.rektorhelyettes@semmelweis-univ.hu>
Dátum: 2022.02.14. 12:27
Tárgy: RE: Vá: kutatási engedély iránti kérelem
Tisztelt Irodavezető Asszony!

Köszönettel vettem Dr. Ferdinandy Péter rektorhelyettes úr támogatását.

A kutatási engedéllyel kapcsolatban arról tudom tájékoztatni, hogy az engedély Magyarország teljes lakosságára szól, mely alatt a Magyarországon élő, 18 év feletti lakosokat értjük, amibe az egyetemi hallgatók is beletartoznak.

Ha ez így elfogadható, akkor előre is köszönjük szíves közreműködésüket a kutatásban.

Tisztelettel:
Dr. Betlehem József

Prof. Dr. BETLEHEM József
egyetemi tanár
általános, stratégiai és kapcsolati rektorhelyettes

Feladó: Rektorhelyettes Tudományos <tudomanyos.rektorhelyettes@semmelweis-univ.hu>
Elküldve: 2022. február 24., csütörtök 15:45
Címzett: Dr. Betlehem József
Másolat: Hermann Péter; Sedlák Rita
Tárgy: RE: kutatási engedély iránti kérelem

Prof. Dr. BETLEHEM József
egyetemi tanár
általános, stratégiai és kapcsolati rektorhelyettes
Pécsi Tudományegyetem

Tisztelt Rektorhelyettes Úr,

Köszönjük az alábbi e-mailben érkezett kiegészítést.
Várjuk a kutatási kérdőívet, amelyet a Neptun rendszer segítségével ki tudunk küldeni az egyetemi hallgatók számára.

Dr. Ferdinandy Péter
Tudományos és innovációs rektorhelyettes
megbízásából:

Üdvözlettel

Dr. Papp Renáta
irodavezető
Tudományos és Innovációs Rektorhelyettesi Iroda

IX. számú melléklet: Szegedi Tudományegyetem kutatási engedélye

From: Dr. Betlehem József <vicerektor.strat@pte.hu>
Sent: Wednesday, January 19, 2022 3:20 PM
To: tudrh@rekt.szte.hu
Subject: kutatási engedély iránti kérelem
Importance: High

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
Prof. Dr. KÓNYA Zoltán
tudományos és innovációs rektorhelyettes
részére

Dátum: 2022. január 19.
Tárgy: kérelem kutatás engedélyezésére

Tisztelt Rektorhelyettes Úr!

„Az egészségértési szint és a COVID-19 pandémiához kapcsolódó attitűd közötti összefüggés vizsgálata” című, ÚNKP-21-3-II-PTE-1168 pályázati azonosító számú kutatás Szegedi Tudományegyetemen történő engedélyezése iránti kérelemmel fordulok Önhöz.

Témavezettem, Bánfai-Csonka Henrietta, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar szakoktatója és doktorandusz hallgatója. Közös kutatásunk céljaul tüztük ki, hogy a COVID-19 pandémiához fűződő egészségértési szint felmérésére készült, HLS-COVID-Q22 kérdőívet magyar nyelven validáljuk és Magyarország meghatározó felsőoktatási intézményeinek hallgatóival kitöltetjük. A felmérésből származó információk alapján átfogó képet kapnánk a hallgatók COVID-19 járvánnyal kapcsolatos egészségértési mutatóiról, és összehasonlíthatnánk a hazai helyzetet a nemzetközi egyetemek által már publikált eredményekkel. Az eredmények függvényében pedig az egyetemek akár Karokra specializáltan is lépéseket tehetnek a COVID-19 járványhoz kapcsolódó egészségértési szint növelésére.

A felmérés jelenleg angol és német nyelven áll rendelkezésre, a kérdőív magyar nyelvre történő fordítása a kutatási folyamat részét képezi. Az eredeti kérdőívet, valamint az annak validálásából származó cikket, illetve a PhD hallgatóm kutatási tervét jelen levelem mellékleteként küldöm Önnek.

A kutatásetikai engedély a 20018-2-/2019/EKU számon rendelkezésünkre áll.

Fentiekre tekintettel ezúton szeretném szíves engedélyt kérni, hogy a Szegedi Tudományegyetem valamennyi hallgatója a Neptun tanulmányi rendszeren keresztül megkaphassa és kitölthesse a fent említett online kérdőívet.

Bizva kérelmem pozitív elbírálásában, tisztelettel:
Dr. Betlehem József

From: SZTE Tudományos és Innovációs Rektorhelyettes <tudrh@szte.hu>
Sent: Friday, January 28, 2022 1:11 PM
To: Dr. Betlehem József <vicerektor.strat@pte.hu>
Subject: kutatási engedély iránti kérelem
Importance: High

Tisztelt Rektorhelyettes Úr!

"Az egészségértési szint és a COVID-19 pandémiához kapcsolódó attitűd közötti összefüggés vizsgálata" című, ÚNKP-21-3-II-PTE-1168 pályázati azonosító számú kutatás Szegedi Tudományegyetemen történő engedélyezése iránti kérelmét egyetemünk támogatja.
Üdvözlettel:

Dr. Kónya Zoltán
egyetemi tanár, tudományos és innovációs rektorhelyettes
Szegedi Tudományegyetem
6720 Szeged, Dugonics tér 13.
E-mail: tudrh@szte.hu

X. számú melléklet: Miskolci Egyetem kutatási engedélye

From: Dr. Betlehem József [<mailto:vicerektor.strat@pte.hu>]
Sent: Wednesday, January 19, 2022 3:15 PM
To: rekrh@uni-miskolc.hu
Subject: kutatási engedély iránti kérelem
Importance: High

MISKOLCI EGYETEM
Prof. Dr. SZÜCS Péter
általános és tudományos rektorhelyettes
részére

Dátum: 2022. január 19.
Tárgy: kérelem kutatás engedélyezésére

Tisztelt Rektorhelyettes Úr!

„Az egészségértési szint és a COVID-19 pandémiához kapcsolódó attitűd közötti összefüggés vizsgálata” című, ÚNKP-21-3-II-PTE-1168 pályázati azonosító számú kutatás engedélyezése iránti kérelemmel fordulok Önhöz.

Témavezettem, Bánfai-Csonka Henrietta, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar szakoktatója és doktorandusz hallgatója. Közös kutatásunk céljából tüztük ki, hogy a COVID-19 pandémiához fűződő egészségértési szint felmérésére készült, HLS-COVID-Q22 kérdőívet magyar nyelven validáljuk és Magyarország meghatározó felsőoktatási intézményeinek hallgatóival kitölttetjük. A felmérésből származó információk alapján átfogó képet kapnánk a hallgatók COVID-19 járvánnyal kapcsolatos egészségértési mutatóiról, és összehasonlíthatnánk a hazai helyzetet a nemzetközi egyetemek által már publikált eredményekkel. Az eredmények függvényében pedig az egyetemnek akár Karokra specializáltan is lépéseket tehetnek a COVID-19 járványhoz kapcsolódó egészségértési szint növelésére.

A felmérés jelenleg angol és német nyelven áll rendelkezésre, a kérdőív magyar illetve történő fordítása a kutatási folyamat részét képezi. Az eredeti kérdőívet, valamint az annak validálásából származó cikket, illetve a PhD hallgatóm kutatási tervét jelen levelem mellékleteként küldöm Önnek.

A kutatásetikai engedély a 2018-2-/2019/EKU számon rendelkezésünkre áll.

Fentiekre tekintettel ezúton szeretném szíves engedélyét kérni, hogy a Miskolci Egyetem valamennyi hallgatója a Neptun tanulmányi rendszeren keresztül megkaphassa és kitölthesse a fent említett online kérdőívet.

Bízva kérelmem pozitív elbírálásában, tisztelettel:
Dr. Betlehem József

Prof. Dr. BETLEHEM József
egyetemi tanár

From: Prof. Dr. Horváth Zita <rektor@uni-miskolc.hu>
Sent: Tuesday, January 25, 2022 3:46 PM
To: Dr. Betlehem József <vicerektor.strat@pte.hu>
Cc: horvath.zita@uni-miskolc.hu
Subject: RE: kutatási engedély iránti kérelem
Importance: High

Tisztelt Rektorhelyettes Úr! Kedves József!

Kérelmét támogatom, a kérdőív kiküldését engedélyezem.

Kérem, hogy a kérdőív elérési linkjét szíveskedjen megküldeni Horváth Anett rektori hivatalvezető részére az anett.horvath@uni-miskolc.hu e-mail címre, aki intézkedni fog a Neptun rendszeren történő kiküldésről.

Jó egészséget kívánva,
üdvözlettel:



Prof. Dr. Horváth Zita
rektor

Miskolci Egyetem
3515 Miskolc-Egyetemváros
Telefon: (36) 46 565-015
Fax: (36) 46 565-014
rektor@uni-miskolc.hu
www.uni-miskolc.hu

8.4 Táblázatok

XI. számú melléklet: A pilot vizsgálat során kutatásban résztvevők szocioökonómiai adatai (4.1.1 fejezet)

Tulajdonság	Férfi	Nő	Teljes minta (n=141)
Nem	41 (29,1%)	100 (70,9%)	141 (100%)
Életkor (év)	46,8 (SD16,52)	45,59(SD 12,75)	45,94(SD 13,9)
Iskolai végzettség			
Kevesebb, mint 8 általános	0	1 (1%)	1 (0,7%)
Általános iskola	10 (24,4%)	31 (31%)	41 (21,9%)
Szakközépiskola érettségi nélkül	10 (24,4%)	4 (4%)	14 (9,9%)
Szakközépiskola érettségivel	6 (14,6%)	24 (24%)	30 (21,3%)
Gimnázium	6 (14,6%)	12 (12%)	18 (12,8%)
Egyetem (BSc)	5 (12,2%)	20 (20%)	25 (17,7%)
Egyetem (MSc)	4 (9,8%)	8 (8%)	12 (8,5%)
Egészségügyi végzettség			
Igen	4 (9,8%)	26 (26%)	30 (21,3%)
Nem	37 (90,2%)	74 (74%)	111 (78,7%)
Lakóhely			
Falu	16 (39%)	53 (53%)	69 (49%)
Város	18 (43,9%)	29 (29%)	47 (33,3%)
Megyei jogú város	7 (17,1%)	18 (18%)	25 (17,7%)
Gazdasági helyzet (nettó átlagkereset 219.400 Ft)			
Átlag alatti	18 (43,9%)	47 (47%)	65 (46,1%)
Átlagos	17 (41,5%)	47 (47%)	64 (45,4%)
Átlag feletti	6 (14,6%)	6 (6%)	12 (8,5%)
Családi állapot			
Nőtlen/hajadon	10 (24,4%)	25 (25%)	35 (24,8%)
Házasság	18 (43,9%)	38 (38%)	56 (39,7%)
Párkapcsolatban élő	11 (26,8%)	23 (23%)	34 (24,1%)

Elvált	1 (2,4%)	10 (10%)	11 (7,8%)
Özvegy	1 (2,4%)	4 (4%)	5 (3,5%)
Gyermek jelenléte a háztartásban			
igen	10 (24,4%)	42 (42%)	52 (36,9%)
nem	31 (75,6%)	58 (58%)	89 (36,1%)

XII. számú melléklet: Szociodemográfiai adatok és az egészségértés indexei közötti összefüggések bemutatása (n=141) (4.1.1 fejezet)

		cHL	HC	DP	HP
Életkor (év)	p	0.549	0.978	0.490	0.350
	r ⁺	-0.051	-0.002	-0,058	-0.080
Nem	p ⁺⁺	0.393	0.031*	0.499	0.738
	t-érték	-0,857	-1,974	-0,675	0,335
Nő	átlag	34.6	33.8	35.5	34.5
Férfi	átlag	36.0	37.3	36.8	33.9
Iskolai végzettség	p ⁺⁺⁺	0.018*	0.253	<0.001*	0.107
	F-érték	2,074	0,992	3,620	1,808
általános iskola	átlag	31.2	31.8	30.4	31.5
gimnázium/szakközép	átlag	36.7	36.5	38.1	35.5
egyetemi végzettség	átlag	36.4	35.2	38.3	35.7
Egészségügyi végzettség	p ⁺⁺	<0.001*	<0.001*	<0.001*	<0.001*
	t-érték	3,59	3,11	3,77	3,32
igen	átlag	39.9	39.5	41.7	38.5
nem	átlag	33.7	33.5	34.3	33.2
Település típus	p ⁺⁺⁺	0.043*	0.350	0.003*	0.111
	F-érték	2,790	1,103	4,821	2,041
falu	átlag	33.4	33.4	33.5	33.1
város	átlag	35.3	35.5	35.9	34.5
megyeszékhely	átlag	38.3	36.3	41.4	37.2
Gazdasági helyzet (nettó átlagkereset 219.400 Ft)	p ⁺⁺⁺	0.027*	0.025*	0.117	0.022*
	F-érték	3,709	3,793	2,181	3,905
átlag alatti	átlag	33.1	32.4	34.4	32.5
átlagos	átlag	36.1	36.7	36.6	35.2
átlag feletti	átlag	39.3	37.5	40.4	40.1

Családi állapot	p ⁺⁺⁺	0.864	0.891	0.708	0.920
	F-érték	0.321	0,280	0,538	0,232
egyedülálló	átlag	34.0	33.8	34.8	33.5
házas	átlag	35.9	35.8	37.4	34.5
párkapcsolatban élő	átlag	35.2	35.0	35.4	35.3
elvált	átlag	33.8	33.6	34.4	33.5
özvegy	átlag	34.8	34.6	34.1	35.9
Gyermek jelenléte a családban	p ⁺⁺	0.015*	0.391	0.009*	0.001*
	t-érték	2,462	0,860	2,506	3,355
igen	átlag	37.3	35.6	38.6	37.7
nem	átlag	33.6	34.2	34.3	32.4

* szignifikancia szint $p < 0,05$

+ Pearson-féle korreláció ++ Kétmintás t-próba +++ ANOVA

cHL: comprehensive health literacy index (összesített egészségértési index)

HC: health care subindex (egészségügyi rendszer alindex)

DP: disease prevention subindex (betegség megelőzés alindex)

HP: health promotion subindex (egészségfejlesztés alindex)

XIII. számú melléklet: Szocio-demográfiai, gazdasági, tanulmányokra vonatkozó adatok és ezen mutatók összefüggése a nemzetiséggel (4.3.1 fejezet)

Tulajdonság	Magyar Hallgatók	Nemzetközi hallgatók	Összesen (n=267)	p-érték
Szocio-demográfiai adatok				
Nem				<0.001
férfi	24	13	37 (13.87%)	
nő	206	19	230 (86.13%)	
Életkor	21.97±4.83	21.36±2.8	21.88±4.6	0.628
Gazdasági helyzet (szubjektív)				0.005
nagyon rossz	2	2	4 (1.5%)	
rossz	21	10	31 (11.6%)	
átlagos	135	23	158 (59.2%)	
jó	67	2	69 (25.8%)	
nagyon jó	5	0	5 (1.9%)	
Lakhely				0.001
város	117	17	134 (50.2%)	
falu	65	3	68 (25.5%)	
megyeszékhely	48	17	65 (24.3%)	
Allandó munkahely (anya)				<0.001
igen	203	21	224 (83.9%)	
nem	27	16	43 (16.1%)	
Allandó munkahely (apa)		24		0.004
igen	194	13	218 (81.6%)	
nem	36		49 (18.4%)	
Tanulmányokra vonatkozó adatok				
Évfolyam				0.843
első	95	13	108 (40.45%)	
második	64	13	77 (28.83%)	
harmadik	40	6	46 (17.23%)	
negyedik	31	5	36 (13.49%)	
Munkarend				0.920

nappali	214	34	248 (92.89%)	
levelező	16	3	19 (7.11%)	
Halasztás				<0.001
igen, tanulmányi okok miatt	6	4	10 (3.75%)	
igen, egyéb okok miatt	12	30	43 (16.1%)	
nem	211	3	214 (80.15%)	
Specializáció				<0.001
mentőtiszt	26	0	26 (9.74%)	
ápoló	16	10	26 (9.74%)	
dietetikus	44	11	55 (20.59%)	
gyógytornász	110	13	123 (46.07%)	
rekreáció	6	0	6 (2.25%)	
szülésznő	3	3	6 (2.25%)	
védőnő	10	0	10 (3.74%)	
képalkotó diagnosztika	15	0	15 (5.62%)	
Egészségi állapot, magatartás				
Háziorvos a képzés helyén				0.059
igen	49	14	63 (23.59%)	
nem	181	23	204 (76.41%)	
Egészségi állapot (szubjektív)				0.002
rossz	5	1	6 (2.25%)	
átlagos	48	7	55 (20.6%)	
jó	132	11	143 (53.56%)	
nagyon jó	45	18	63 (23.59%)	
Hallotta már az egészségértés kifejezést?				0.778
igen	166	27	194 (72.65%)	
nem	64	9	73 (27.35%)	

Az ön egészségértési szintje (szubjektív)				0.957
elégtelen	3	1	4 (1.5%)	
problémás	20	2	22 (8.24%)	
elégletes	178	28	206 (77.16%)	
kitűnő	29	6	35 (13.1%)	

XIV. számú melléklet: Tanulmányokra vonatkozó adatok (4.4.2.1 fejezet)

Tanulmányokra vonatkozó adatok (n=1247)			
Egyetem	Kar	(n)	%
PTE		350	27,5%
	Állam és Jogtudományi Kar	29	8,4
	Általános Orvostudományi Kar	22	6,4
	Bölcsészet és Társadalomtudományi Kar	67	19,4
	Egészségtudományi Kar	100	29,0
	Gyógyszerésztudományi Kar	9	2,6
	Közgazdaságtudományi Kar	47	13,6
	Kultúrtudományi, Pedagógusképző és Vidékfejlesztési Kar	15	4,3
	Műszaki és Informatikai Kar	20	5,8
	Művészeti Kar	8	2,3
	Természettudományi Kar	28	8,1
SE		322	25,3%
	Általános Orvostudományi Kar	98	30,8
	Egészségtudományi Kar	140	44,0
	Egészségügyi Közszolgálati Kar	17	5,3
	Fogorvostudományi Kar	17	5,3
	Gyógyszerésztudományi Kar	32	10,1
	Pető András Kar	14	4,4
SZTE		506	39,7%
	Állam- és Jogtudományi Kar	45	8,9
	Általános Orvostudományi Kar	39	7,7
	Bartók Béla Művészeti Kar	4	,8
	Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar	85	16,8
	Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar	50	9,9
	Fogorvostudományi Kar	9	1,8
	Gazdaságtudományi Kar	49	9,7
	Gyógyszerésztudományi Kar	13	2,6
	Juhász Gyula Pedagógusképző Kar	50	9,9
	Mérnöki Kar	23	4,5
	Mezőgazdasági Kar	18	3,6
	Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar	1	,2
	Természettudományi és Informatikai Kar	105	20,7
	SZTE Tanárképző Központ	16	3,2
ME		96	7,5%
	Műszaki Földtudományi Kar	3	2,8
	Műszaki Anyagtudományi Kar	4	3,8
	Gépészmérnöki és Informatikai Kar	34	32,1
	Állam- és Jogtudományi Kar	18	17,0
	Gazdaságtudományi Kar	16	15,1
	Bölcsészettudományi Kar	18	17,0
	Egészségtudományi Kar	13	12,3

Munkarend			
	nappali	984	77,2
	levelező	276	21,7
	távoktatás	14	1,1
Képzési szint			
	alap	726	57,0
	mester	146	11,5
	osztatlan	321	25,2
	doktori	81	6,4
Képzési terület/tudományág			
	Orvos- és egészségtudomány	550	43,2
	Társadalomtudomány	58	4,6
	Bölcészettudomány	119	9,3
	Államtudomány	17	1,3
	Gazdaságtudomány	111	8,7
	Művészet	15	1,2
	Jog	72	5,7
	Pedagógusképző	85	6,7
	Sporttudomány	10	,8
	Műszaki	59	4,6
	Természettudomány	124	9,7
	Informatika	54	4,2

XV. számú melléklet: Szocio-demográfiai és gazdasági adatok (4.4.2.1 fejezet)

Szocio-demográfiai és gazdasági adatok (n=1247)			
Tulajdonság		(n)	%
Nem	nő	965	75
	férfi	312	24,5
	nem kíván válaszolni	6	0,5
Életkor	25,82 ±8,715		
Származás (régió)	Dél-Dunántúl régió	197	15,5
	Nyugat-Dunántúl régió	88	6,9
	Közép-Dunántúl régió	92	7,2
	Közép-Magyarország régió	311	24,4
	Dél-Alföld régió	347	27,2
	Észak-Alföld régió	77	6,0
	Észak-Magyarország régió	120	9,4
	Külföld	42	3,3
Származás (település típusa)	falu	329	25,8
	város	519	40,7
	megyeszékhely	426	33,4
Lakhely (régió)	Dél-Dunántúl régió	237	18,6
	Nyugat-Dunántúl régió	49	3,8
	Közép-Dunántúl régió	51	4,0
	Közép-Magyarország régió	373	29,3
	Dél-Alföld régió	433	34,0
	Észak-Alföld régió	28	2,2
	Észak-Magyarország régió	92	7,2
	Külföld	11	,9
Lakhely (település típusa)	falu	192	15,1
	város	457	35,9
	megyeszékhely	625	49,1
Kollégium/albérlet a képzés helyén	igen	568	44,6
	nem	706	55,4
Gyermek jelenléte a háztartásban	igen	310	24,3
	nem	964	75,7
Munkahely	igen	183	14,4
	nem	1091	85,6
Munkakör és tanulmány összefügg-e? (n=187)	igen	107	8,4
	nem	80	6,3
Munka kezdete (n=180)	COVID-19 járvány előtt (2020 előtt)	128	71,1

	COVID-19 járvány után (2020-tól)	52	28,9
Átlagkereset	átlagon aluli (270 000 Ft alatti)	1016	79,7
	átlagos (270 000 FT - 290 000 Ft között)	97	7,6
	átlagon felüli (290 000 Ft feletti)	161	12,6

XVI. számú melléklet: DHLI indexei és a szocio-demográfiai, gazdasági, tanulmányokra vonatkozó adatok közti összefüggések vizsgálata (n=1247) (4.4.2.2 fejezet)

	Információ keresés					Saját tartalom generálása				
	Kielégítő (n)	Limitált (n)	p érték	Chi ² érték	Cramer's V	Kielégítő (n)	Limitált (n)	p érték	Chi ² érték	Cramer's V
Nem			0,001*	14,852	0,108			0,002*	12,789	0,100
Nő	616	339				602	354			
Férfi	238	74				231	81			
Nem válaszol	4	2				4	2			
Település (származás alapján)			0,003*	11,664	0,96			0,007*	9,846	0,088
község, falu	231	116				201	128			
város	331	187				332	187			
megyeszékhely	314	113				304	122			
Település (életvitel szerűen)			0,025*	7,385	0,076			0,004*	11,285	0,094
község, falu	128	64				113	79			
város	288	169				286	171			
megyeszékhely	442	183				438	187			
Gyermek a háztartásban			0,166	1,917	0,039			0,463	0,538	0,021
igen	199	111				209	101			
nem	659	305				628	336			
Munkahely			0,690	0,159	0,011			0,013*	6,178	0,070
igen	121	62				135	48			
nem	737	354				702	389			
Átlagkereset			0,821	0,394	0,018			0,005*	10,516	0,091
átlagon aluli (270.000 Ft alatti)	681	334				650	366			
átlagos (270.000 Ft-290.000 Ft közötti)	65	33				63	34			

átlagon felüli (270.000 Ft feletti)	112	49				124	37			
Egyetem			0,466	2,552	0,045			0,683	1,495	0,034
Pécsi Tudományegyetem	229	121				235	115			
Semmelweis Egyetem	224	98				207	115			
Szegedi Tudományegyetem	336	170				328	178			
Miskolci Egyetem	69	27				67	29			
Munkarend			0,941	0,122	0,010			0,068	5,377	0,065
Nappali	663	320				630	354			
levelező	185	91				197	79			
távoktatás	10	4				10	4			
Képzési szint			0,100	6,242	0,070			0,017*	10,180	0,089
alap	469	257				451	275			
mester	102	44				101	45			
osztatlan	228	92				225	96			
doktori	59	22				60	21			
Tudományterület/tudományág			0,150	15,757	0,111			0,033*	21,053	0,129
Orvos- és egészségtudomány	385	164				362	188			
Társadalomtudomány	33	25				33	25			
Bölcsészettudomány	82	37				89	30			
Államtudomány	9	8				10	7			
Gazdaságtudomány	64	47				60	51			
Művészet	10	5				7	8			
Jog	49	23				49	23			
Pedagógusképző	60	25				61	24			
Sporttudomány	4	6				7	3			

Műszaki	39	20				41	18			
Természettudomány	84	40				77	47			
Informatika	39	15				41	13			
	Megbízhatóság					Relevancia				
	Kielégítő (n)	Limitált (n)	p érték	Chi ² érték	Cramer's V	Kielégítő (n)	Limitált (n)	p érték	Chi ² érték	Cramer's V
Nem			< 0,001*	47,902	0,137			< 0,001*	35,444	0,167
Nő	444	512				518	438			
Férfi	212	99				225	87			
Nem válaszol	4	2				6	0			
Település (származás alapján)			0,012*	12,935	0,071			< 0,001*	15,463	0,110
község, falu	170	159				172	157			
város	243	276				296	223			
megyeszékhely	247	179				281	154			
Település (életvitel szerűen)			0,008*	13,931	0,074			< 0,001*	18,518	0,121
község, falu	96	96				99	93			
város	210	246				245	212			
megyeszékhely	354	271				405	220			
Gyermek a háztartásban			0,012*	8,775	0,083			0,407	0,688	0,023
igen	142	167				176	134			
nem	518	446				573	391			
Munkahely			0,037	6,617	0,072			0,163	1,943	0,039
igen	79	104				99	84			
nem	581	509				650	441			
Átlagkereset			0,808	1,603	0,025			0,006*	10,185	0,89
átlagon aluli (270.000 Ft alatti)	522	494				578	438			
átlagos (270.000 Ft-290.000 Ft közötti)	48	49				58	39			

átlagon felüli (270.000 Ft feletti)	90	71				113	48			
Egyetem			0,451	5,760	0,048			0,008*	11,906	0,097
Pécsi Tudományegyetem	175	175				198	152			
Semmelweis Egyetem	176	146				214	108			
Szegedi Tudományegyetem	254	252				278	228			
Miskolci Egyetem	55	41				59	37			
Munkarend			0,927	0,882	0,019			0,627	0,933	0,027
nappali	508	475				577	407			
levelező	146	130				162	114			
távoktatás	6	8				10	4			
Képzési szint			0,007*	17,565	0,083			0,001*	16,145	0,113
alap	345	381				399	327			
mester	77	69				84	62			
osztatlan	191	129				206	115			
doktori	47	34				60	21			
Tudományterület/tudományág			0,244	26,190	0,101			0,065	18,796	0,121
Orvos- és egészségtudomány	292	258				340	210			
Társadalomtudomány	26	32				27	31			
Bölcsészettudomány	69	50				78	41			
Államtudomány	9	8				8	9			
Gazdaságtudomány	47	64				52	59			
Művészet	7	8				8	7			
Jog	36	35				40	32			
Pedagógusképző	40	45				47	38			
Sporttudomány	6	4				5	5			
Műszaki	32	27				34	25			

Természettudomány	69	55	73	51
Informatika	27	27	37	17

XVII. számú melléklet: Fókuszcsoporthos interjú vázlat

Az interjút célja:

- feltárni a pilot vizsgálatban kapott eredmények hátterét
- megtalálni az eltérés okát a korábbi, nemzetközi vizsgálatokkal összehasonlítva
- különböző HL szinttel rendelkező csoportok fejlesztési lehetőségeinek feltárása, a csoportok közti átjárhatóság biztosítása

Mintaválasztás:

Az interjún való részvétel meghívás alapján történik a Sellyei Egészségfejlesztő Iroda közreműködésével. A meghívás telefonos kapcsolatfelvétellel jön létre, minden résztvevőt felkeresünk. A telefonos beszélgetés alkalmával szűrőkérdéseket teszünk fel, melyek a csoportban való besorolást segítik. Ezt követően minden résztvevő megkapja elektronikus úton az interjú dátumát, időpontját, csoportjának számát.

Szűrőkérdések:

- Vett-e már részt sürgősségi osztályos ellátásban?
- Milyenek gondolja gazdasági helyzetét?
- Van-e önnel egy háztartásban élő gyermek?
- Van-e krónikus megbetegedése?

Csoportok:

5 csoport létrehozását tervezzük, melyek a következőképpen alakulnak:

- 3 csoport: különböző tulajdonságú tagok, nézetek ütköztetése, közös megoldás megtalálása
 - különböző gazdasági és szociális helyzetű tagok
 - SBO-s ellátást igénybevevő és nem igénybevevő tagok
 - gyermeket nevelő és nem nevelő tagok
- 2 csoport: azonos tulajdonságú tagok, a dinamika megfigyelése, fejlődés lehetőségeinek feltárása
 - alacsony gazdasági helyzettel és iskolázottsággal rendelkező tagok
 - krónikus megbetegedésekkel rendelkezők/gyakori kórházi ellátást igénybe vevők

Interjú résztvevő tagok és feladatkörük:

- 1 fő moderátor: interjú levezetése
- 1 fő adminisztrátor: hangfelvétel készítése, megfigyelés, jegyzetelés
- 5 X 8-12 fő résztvevő: aktív részvétel

Interjú környezete:

Minden esetben a résztvevők szempontjából semleges környezet választása, de lakóhelyükhöz közel elérhető helyszín. (pl.: Sellyei Egészségfejlesztő Iroda). A résztvevők körben ülve helyezkednek el a moderátorral együtt, az adminisztratív kolléga mint egy külső néma megfigyelő vesz részt, nem kommentálhat, jegyzetel és rögzíti a beszélgetést.

Időbeosztás:

Egy nap egy csoport interjúja készülne el, egy héten maximum 3 interjú. Minden interjú kb. 90 percet vesz igénybe.

Interjú menetének tervezete:

1. Bemutatkozás, cél ismertetése, interjú menetének ismertetése-5 perc

Minden résztvevő bemutatkozik (saját nevet (becenevet) tartalmazó kitűző viselése), a moderátor és adminisztratív kolléga is bemutatkozik. A moderátor ismerteti az interjú célját és annak menetét.

2. Asszociációs játék-10 perc

Célja: feszültség oldása, résztvevők megismerése

A moderátor 5 szót mond (gyermek, egészség, szegénység, sürgősségi ellátás, ismeret). Ezt külön-külön említi és minden résztvevőtől vár 1-1 szót, ami legelőször eszébe jut az említett szóról. Fontos, hogy nem sorbakérdés van, hanem akinek eszébe jut az „bekiabálhatja” az ő szavát. Továbbá fontos az is, hogy a résztvevők ne magyarázzák meg, miért mondták ezt a szót.

3. Témák feldolgozása- 70 perc

3 fő téma: anamnézis, sürgősségi betegellátás, egészségértés. Témánként 3-4 fő kérdést határozzunk meg, amire szeretnénk választ kapni

❖ Anamnézis: 15 perc

- Mikor / milyen panaszokkal mennek orvoshoz? Amennyiben panaszaik vannak, de nem mennek orvoshoz, ennek mik az okai?

- Fontosnak tartják-e a rendszeres orvosi vizsgálatot/konzultációt? Miért tartják ezt fontosnak?
 - Mit gondolnak a gyógyszereszedési utasítások betartásáról? Miért érdemes betartani ezeket? Mik akadályozzák az utasítások betartását?
 - *Játék (csoportos)*: fogalmak párosítása jelentésükkel
- ❖ Sürgősségi betegellátás: 20 perc
- Mit jelent a sürgősségi betegellátás számára? Szerinte ki/milyen panaszokkal/mikor mehet oda?
 - Milyen rendszer alapján történik a betegek időbeni ellátása? Miért és kinek kell sokat várni a sürgősségin?
 - *Játék (egyéni)*: triage színek sorba rendezése (találkozott-e már ilyennel?)
- ❖ Egészségértés: 45 perc
- Kihez fordul először, ha egészségügyi problémája van?
 - *Játék (egyéni)*: kórállapotok bemutatása képek segítségével, milyen ellátóhoz fordulnának először az adott állapotban?
 - Honnan szerzi/egyáltalán szerez-e információt egészségügyi problémájával kapcsolatosan?
 - Mennyire tájékozott a szűrővizsgálatok és megelőzés kérdésében? Milyen szűrővizsgálatokat ismernek? Melyeken szoktak részt venni? Mi a szűrővizsgálatok jelentősége? Mit gondolnak, melyek lehetnek az okai annak, hogy az emberek nem veszik igénybe a szűrővizsgálatokat?
 - *Játék (csoportos)*: epikrízis értelmezése: egy epikrízis részletet kapnak a csoportok és a hozzá tartozó kérdéseket kell megválaszolni. A végén közösen megbeszéljük a kapott válaszokat.

4. *Lezárás: „Ki mit visz haza?” -5 perc*

Ki mit visz haza? kérdés megválaszolása, program összefoglalása, részvétel megköszönés.

9 Publikációs jegyzék

9.1 Az értekezéssel összefüggő publikációk

Folyóirat közlemények

1. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Jeges, S., & Betlehem, J. (2022). Understanding Health Literacy among University Health Science Students of Different Nationalities. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*, 19(18). <http://doi.org/10.3390/ijerph191811758> **IF: 4.614**
2. Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Deutsch, K., Derzsi-Horváth, M., Bánfai, B., Fináncz, J., ... Csima, M. (2022). Health Literacy in Early Childhood: A Systematic Review of Empirical Studies. *CHILDREN-BASEL*, 9(8). <http://doi.org/10.3390/children9081131> **IF: 2.835**
 - a. Jenkins Catherine L. et al. Involving Children in Health Literacy Research. (2023) CHILDREN-BASEL 2227-9067 10 1 1-15 Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos [33551078] [Egyeztetett] Független, Idéző: 33551078, Kapcsolat: 32412018
 - b. Alonso Vargas Jose Manuel et al. Relación entre aprendizaje y hábitos saludables en Educación Infantil. (2023) RETOS 1579-1726 1988-2041 22 48 161-166 Szakcikk (Folyóiratcikk) | Tudományos [33617422] [Egyeztetett] Független, Idéző: 33617422, Kapcsolat: 32514304
3. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Musch, J., Derzsi-Horváth, M., & Betlehem, J. (2021). Sürgősségi osztályos megjelenés és az egészségértés kapcsolata. *EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS*, 62(2), 49–59.
4. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Jeges, S., Gyebnár, B., & Betlehem, J. (2020). Health literacy among participants from neighbourhoods with different socio-economic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study. *BMC PUBLIC HEALTH*, 20(Suppl. 1). <http://doi.org/10.1186/s12889-020-08959-0> **IF: 3.295**

Nyilvános idéző összesen: 5 | Független: 4 | Fügő: 1

- a. Kleszczewska, Dorota ; Porwit, Katarzyna ; Boberova, Zuzana ; Sigmund, Eric ; Vasickova, Jana ; Paakkari, Leena
 - a. Adolescent Health Literacy and Neighbourhood Features: HBSC Findings from Czech Republic, Poland, and Slovakia
 - b. INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH 18 : 14 p. 7388 (2021)
 - c. DOI WoS Scopus PubMed Egyéb URL
 - d. Tudományos
- b. *Csölle, I ; Oláh, G ; Rébék-Nagy, G ; Tisza, B ; Figler, M

- a. Az egészségértés és dietetikai tanácsadás vizsgálata szív-és érrendszeri betegségben szenvedők körében
 - b. EGÉSZSÉG-AKADÉMIA 12 : 1-2 pp. 52-62. , 11 p. (2021)
 - c. Tudományos
 - c. Bíró, Éva ; Vincze, Ferenc ; Mátyás, Gabriella ; Kósa, Karolina
 - a. Recursive Path Model for Health Literacy: The Effect of Social Support and Geographical Residence
 - b. FRONTIERS IN PUBLIC HEALTH 9 pp. 1-9. , 9 p. (2021)
 - c. DOI WoS Scopus PubMed Egyéb URL
 - d. Tudományos
 - d. Rittsteiger, Lea ; Hinz, Thomas ; Oriwol, Doris ; Wäsche, Hagen ; Santos-Hövenner, Claudia ; Woll, Alexander
 - a. Sports participation of children and adolescents in Germany: disentangling the influence of parental socioeconomic status
 - b. BMC PUBLIC HEALTH 21 : 1 Paper: 1446 , 17 p. (2021)
 - c. DOI WoS Scopus PubMed Egyéb URL
 - d. Tudományos
 - e. Itasanmi, S A ; Ekpenyong, V O ; Andong, H A
 - a. Examining Health literacy levels and its Association with Demographic Dynamics among Intra-City Commercial Drivers: Results from a Survey in Nigeria
 - b. Journal of Health Literacy 6 : 4 pp. 9-21. , 13 p. (2022)
5. Bánfai-Csonka H, Bánfai B, Jeges S, Betlehem J. Koronavírushoz kapcsolódó, magyarra lefordított szubjektív egészségértés kérdőív pszichometriai jellemzői . *Lege Artis Medicinae*. 2022;32(11-12):521-528.

Első szerzős IF a dolgozat témájából: 10,744

Előadás

1. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Deutsch, K., Derzsi-Horváth, M., Musch, J., Ferkai, L., & Betlehem, J. (2022). COVID-19 egészségértés kérdőív validálása egyetemi hallgatók körében. In *V. Sporttudományi konferencia* (p. 11).
2. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Derzsi, - Horváth M, Musch, J., Deutsch, K., & Betlehem, J. (2022). Egészségérték és a COVID-19 pandémia kapcsolata. In *XX. Szentágothai János Multidiszciplináris Konferencia és Hallgatói Verseny Absztrakt kötet / XX. János Szentágothai Multidisciplinary Conference and Student Competition Book of Abstracts* (pp. 498–498).
3. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., & Betlehem, J. (2021a). Covid-19 járvány és az egészségértés kapcsolata. In *IV. Sporttudományi Konferencia* (p. 14).

4. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., & Betlehem, J. (2021b). Mennyire befolyásolja egészségértésünket nemzetiségünk? In *14. Képzés és Gyakorlat Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia* (pp. 106–106).
5. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Derzsi-Horváth, M., Musch, J., & Betlehem, J. (2021). Egészségértés vizsgálata különböző szociodemográfiai körülmények között élő lakosság körében. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY*, 98(2), 275–276.
6. Henrietta, B.-C., Bálint, B., & József, B. (2021). Measuring health literacy among Hungarian and foreign health care universitys students. In *Medical Conference for PhD Students and Experts of Clinical Sciences 2021* (pp. 11–11).
7. J, B., B, B., J, M., & H, B.-C. (2021). Is there a relationship between health literacy and health status? In *Lifelong Health and Wellbeing: Seminar Programme and Abstract Book - EDUC WP9* (pp. 9–10).
8. Bánfai-Csonka, H. (2020). Egészségértés vizsgálata egyetemi hallgatók körében.
9. Bánfai-Csonka, H., & Betlehem, J. (2020). Az egészségértés vizsgálata Baranya megyében.
10. Bánfai-Csonka, H., & Gyebnár, B. (2020). Életmód orvoslás a gyakorlatban. In *Magyar Életmód Orvostani Társaság II. Kongresszusa* (pp. 20–20).
11. H., B.-C., B., B., M., D.-H., J., M., & J., B. (2020). Are we sure we can make good decisions on health issues? In *Medical Conference for PhD Students and Experts of Clinical Sciences* (pp. 53–53).
12. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Pandur, A., & Betlehem, J. (2019b). Health Literacy presenting in Emergency Department.
13. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., & Betlehem, J. (2019). Az egészségértés és a szocioökonómiai helyzet közti összefüggés vizsgálata Baranya megyében-pilot study.
14. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., Radnai, B., & Betlehem, J. (2019). RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND THE HEALTH CARE SYSTEM. In *11. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved z mednarodno udeležbo* (pp. 26–26).
15. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., & Betlehem, J. (2019). Egészségértés és az egészségügyi ellátórendszer kapcsolata. *PSYCHIATRIA HUNGARICA*, 34(Suppl), 8–8.

16. Betlehem, J., Bánfai-Csonka, H., Pandur, A., Schiszler, B., Bánfai, B., Ács, P., & Radnai, B. (2019). How can health literacy influence health status? *BMC SPORTS SCIENCE MEDICINE AND REHABILITATION*, 11(Suppl. 1.), 2–2.
17. Betlehem, J., Pandur, A., Schiszler, B., Bánfai-Csonka, H., Radnai, B., & Bánfai, B. (2018). Az egészség műveltség (tudatosság) hatása a sürgősségi állapotok megítélésére.

Szeminárium szervezés a témában:

1. József, B., János, M., Henrietta, B.-C., Zsófia, A., & Kinga, R. (2021). *Lifelong Health and Wellbeing: Seminar Programme and Abstract Book - EDUC WP9*. (B. József, M. János, B.-C. Henrietta, A. Zsófia, & R. Kinga, Eds.). Pécs: Pécsi Tudományegyetem.

9.2 Az értekezéstől független publikációk

Folyóirat közlemények

Első/utolsó szerzős:

1. Bánfai, B., Betlehem, J., Musch, J., & Bánfai-Csonka, H. (2022b). Az Európai Újraélesztési Tanács (European Resuscitation Council, ERC) 2021-es irányelveinek áttekintése. *MAGYAR MENTÉSÜGY*, 36(1), 79–87.
2. Bánfai, B., Musch, J., Betlehem, J., Sánta, E., Horváth, B., Németh, D., & Bánfai-Csonka, H. (2022). How effective are chest compressions when wearing mask? A randomised simulation study among first-year health care students during the COVID-19 pandemic. *BMC EMERGENCY MEDICINE*, 22(1). <http://doi.org/10.1186/s12873-022-00636-2> **IF:2,485**
3. Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Musch, J., & Bánfai, B. (2021). Európai Újraélesztési Tanács (European Resuscitation Council, ERC) 2021-es irányelveinek áttekintése. *MAGYAR MENTÉSÜGY*, 35(1–2), 7–16. <http://doi.org/10.15170/MM.2021.35.01.01>
4. Bánfai-Csonka, H., & Bánfai, B. (2020). A gerincsérültek rögzítése. *MAGYAR MENTÉSÜGY*, 34(1), 22–27.
5. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Boncz, I., & Betlehem, J. (2019). Tudjuk, hol a határ? – A Sürgősségi Betegellátó Osztályt akut alkoholintoxikáció miatt

felkereső betegek ellátásának elemzése. *ORVOSI HETILAP*, 160(43), 1698–1705. <http://doi.org/10.1556/650.2019.31501> **IF:0,497**

6. Csonka, H., Bánfai, B., & Radnai, B. (2014). Onkológiai Sürgősségi Esetek. *EGÉSZSÉG-AKADÉMIA*, 5(3), 141–152.

Társszerzős közlemények

1. Derzsi-Horváth, M., Masa, A., Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Szabó, A., & Deutsch, K. (2022). Különböző iskolatípusban tanuló középiskolás diákok önminősített egészségi állapota az egészségvédő és kockázati magatartásformák tükrében. *ÚJ PEDAGÓGIAI SZEMLE*, 72(5–6), 35–53.
2. Kovács A, Bánfai-Csonka H, Betlehem J, et al. Teaching cards as low-cost and brief materials for teaching basic life support to 6-10-year-old primary school children - a quasi-experimental combination design study. *BMC Pediatr.* 2022;22(1):648. doi:10.1186/s12887-022-03730-3 **IF: 2,567**
3. Deutsch, K., Jäkl, I., Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Ferkai, L. A., Máté, O., & Bánfai, B. (2022). First aid knowledge and skills of primary school teachers in Hungary. *KONTAKT*, 24(2), 137–146. <http://doi.org/10.32725/kont.2022.010>
4. Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., Musch, J., Deutsch, K., & Betlehem, J. (2021). KIDS SAVE LIVES in Hungary (KSLH): Overview of the last two years— How does it work and how could it be better with children and teachers? *RESUSCITATION*, 159(2), 126–128. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.12.021>
5. Betlehem, J., Bánfai-Csonka, H., Musch, J., Deutsch, K., Sánta, E., & Bánfai, B. (2021). Az elsősegélynyújtási attitűd változása a COVID–19-járvány idején = Changes of first-aid attitude during the COVID–19 pandemic. *ORVOSI HETILAP*, 162(15), 571–578. <http://doi.org/10.1556/650.2021.32167> **IF:0,707**
6. Musch, J., Bánfai-Csonka, H., Radnai, B., Schiffer, Á., Sári, Z., Betlehem, J., & Bánfai, B. (2021). Smart technológiák alkalmazhatóságának lehetőségei a sürgősségi betegellátásban. *IME: INTERDISZCIPLINÁRIS MAGYAR*

7. Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., Musch, J., Derzsi-Horváth, M., Deutsch, K., & Betlehem, J. (2020). Iskolai elsősegélynyújtás oktatás a Pécsi Tankerületi Központban. *EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS*, 61(4), 17–29.
8. Derzsi-Horváth, M., Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Szabó, A., & Deutsch, K. (2020). A KOHERENCIA-ÉRZET ÉS AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS VIZSGÁLATA KÖZÉPISKOLÁBAN -RÉSZEREDMÉNYEK. In *Új nemzedékek értékrendje* (pp. 47–59).
9. Nagy, R., Bánfai-Csonka, H., Musch, J., Derzsi-Horváth, M., & Bánfai, B. (2020). Videó-támogatott újraélesztés oktatás hatékonyságának felmérése általános iskolás gyermekek körében. *NŐVÉR*, 33(5), 24–31.
10. Nagy, R., Bánfai-Csonka, H., Deutsch, K., Betlehem, J., & Bánfai, B. (2020). VIDEÓ-TÁMOGATOTT ÚJRAÉLESZTÉS OKTATÁS HATÉKONYSÁGÁNAK FELMÉRÉSE ÁLTALÁNOS ISKOLÁS DIÁKOK KÖRÉBEN. In *Új nemzedékek értékrendje* (pp. 149–157).
11. Bánfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., Pek, E., Radnai, B., Csonka, H., & Betlehem, J. (2019). The (second) year of first aid’: a 15-month follow-up after a 3-day first aid programme. *EMERGENCY MEDICINE JOURNAL*, 36(11), 666–669. <http://doi.org/10.1136/emered-2018-208110> **IF:2,491**
12. Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., & Betlehem, J. (2019). Hogyan menthetnek életet gyermekeink? *ÚJ PEDAGÓGIAI SZEMLE*, 69(1–2), 59–75.
13. Bánfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., Radnai, B., Bánfai-Csonka, H., & Betlehem, J. (2019). Szükséges (lenne)? *LEGE ARTIS MEDICINAE*, 29(3), 145–151. <http://doi.org/10.33616/lam.29.016>
14. Tóth, A., Bánfai-Csonka, H., & Bánfai, B. (2019). A kortárs elsősegélynyújtás-oktatás hatékonysága felső tagozatos általános iskolások körében. *MAGYAR MENTÉSÜGY*, 33(1–2), 8–14.
15. Bánfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., Pék, E., Radnai, B., Bánfai-Csonka, H., & Betlehem, J. (2018). Little lifesavers: Can we start first aid education in kindergarten? – A longitudinal cohort study. *HEALTH EDUCATION JOURNAL*, 77(8), 1007–1017. <http://doi.org/10.1177/0017896918786017> **IF:0,839**

16. Bánfai, B., Deutsch, K., Pandur, A., Bánfai-Csonka, H., & Betlehem, J. (2018). Preliminary results of teaching first aid to 5–6 year old children – a longitudinal study. *KONTAKT*, 20(2), e120–e125. <http://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.03.003>
17. B, B., K, D., A, P., H, B.-C., & J, B. (2018). Preliminary results of teaching first aid to 5–6 year old children. *KONTAKT*, 2(1), 124–129.
18. Bánfai, B., Pek, E., Pandur, A., Csonka, H., & Betlehem, J. (2017). “The year of first aid”: effectiveness of a 3-day first aid programme for 7-14-year-old primary school children. *EMERGENCY MEDICINE JOURNAL*, 34(8), 526–532. <http://doi.org/10.1136/emered-2016-206284> **IF: 2,046**
19. Bánfai, B., Pandur, A., Pék, E., Csonka, H., & Betlehem, J. (2017). Hány éves kortól képesek a gyermekek újraéleszteni? - A hatékonyság felmérése általános iskolás gyermekek körében. *ORVOSI HETILAP*, 158(4), 147–152. <http://doi.org/10.1556/650.2017.30631> **IF: 0,322**

Előadások

Első/utolsó szerzős:

1. Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Deutsch, K., Sánta, E., Musch, J., Ferkai, L., & Bánfai, B. (2022). Segítség a távolból. In *V. Sporttudományi konferencia* (p. 16).
2. Bálint, B., János, M., József, B., Sára, J., & Henrietta, B.-C. (2022). Evaluation of chest compression’s effectiveness with different combinations of depth and rate - a secondary analysis of a randomized simulation study. *RESUSCITATION*, 175(1 Sup), S 83-S 83.
3. Bánfai, B., Betlehem, J., Musch, J., & Bánfai-Csonka, H. (2022a). A mellkaskompresszió végzésének hatékonysága maszk viselése közben.
4. Bálint, B., József, B., János, M., & Henrietta, B.-C. (2021). Effectiveness of chest compressions when wearing mask during the COVID-19 pandemic - a randomized simulation study among first year health care students. In *Medical Conference for PhD Students and Experts of Clinical Sciences 2021* (pp. 59–59).

5. Bánfai, B., Betlehem, J., & Bánfai-Csonka, H. (2021). "Kids save lives in Hungary." In *IV. Sporttudományi Konferencia* (p. 13).
6. Bánfai, B., Musch, J., Betlehem, J., & Bánfai-Csonka, H. (2021). Mennyire hatékony és fárasztó a mellkaskompresszió végzése maszk viselése közben? *NÉPEGÉSZSÉGÜGY*, 98(2), 265–266.
7. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Pandur, A., & Betlehem, J. (2019a). Alcohol-related cases in an urban emergency department in Hungary– pilot study.
8. Bánfai-Csonka, H. (2019). A sürgősségi betegellátást alkohol fogyasztás miatt igénybevevő betegek diagnosztikája, ellátása és finanszírozása. In *XXXIV. Országos Diákköri Konferencia Társadalomtudományi Szekció Rezümékötet* (pp. 4–4).
9. Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., & Betlehem, J. (2018). Az egészségtudatosság felmérése sürgősségi betegellátó osztályon megjelenő betegek körében. In *XIII. Pécsi Sürgősségi Napok 2018. szeptember 21-22.* (pp. 41–41).
10. H., B.-C., B., B., J., B., A., P., & B., R. (2018). Cancer emergency cases knowledge among rescue workers and emergency department staff in Hungary.
11. H., B.-C., B., B., A., P., J., B., & I., B. (2018). Overview of alcohol-related cases in the emergency department – pilot study.
12. Csonka, H., Bánfai, B., & Radnai, B. (2015). Onkológiai Sürgősségi Esetek- Mentődolgozók és sürgősségi osztályon dolgozók tudásszintjének felmérése egyes onkológiai sürgősségi helyzetek tükrében=Oncologic emergency cases - Evaluation of the workers of emergency departments regarding their knowledge on oncologic emergency situations. In *X. Pécsi Sürgősségi Napok / X. Critical Care Days in Pécs* (pp. 79–80).
13. Csonka, H. (2014). Onkológiai Sürgősségi Esetek mentő és sürgősségi osztályon dolgozók tudásszintjének felmérése onkológiai sürgősségi helyzetek tükrében.

Társszerzős előadások:

1. Anita, K., Henrietta, B.-C., József, B., Krisztina, D., Luca, F., János, M., & Bálint, B. (2022). Teaching cards as low-cost and brief materials for teaching

- Basic Life Support to 6- to 12-year-old primary school children – a cluster randomized trial. *RESUSCITATION*, 175(1 Sup), S74–S74.
2. Derzsi-Horváth, M., Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Szabó, A., & Deutsch, K. (2022). A COVID-19 járvány hatása a tanulók mentális egészségére. In *V. Sporttudományi konferencia* (p. 12).
 3. Ferkai, L. A., Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., Musch, J., Betlehem, J., Stromájer-Rácz, T., & Deutsch, K. (2022). A koherenciaérzet, társas támogatás és az egészségmagatartás összefüggésének vizsgálata a sürgősségi betegellátásban dolgozó szakemberek körében. In *XX. Szentágothai János Mutidiszciplináris Konferencia és Hallgatói Verseny Absztrakt kötet / XX. János Szentágothai Multidisciplinary Conference and Student Competition Book of Abstracts* (pp. 192–193).
 4. Derzsi-Horváth, M., Bánfai-Csonka, H., Masa, A., Bánfai, B., & Deutsch, K. (2021). A koherencia-érzet és a mentális egészségi állapot jellemzői serdülőkorban. In *A neveléstudomány válaszai a jövő kihívásaira : XXI. Országos Neveléstudományi Konferencia Szeged, 2021. november 18-20.* (pp. 310–310).
 5. Derzsi-Horváth, M., Szabó, A., Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., & Deutsch, K. (2021). Szubjektív és objektív egészségi állapot, egészségvédő és kockázati magatartásformák előfordulása serdülőkorban. In *IV. Sporttudományi Konferencia* (pp. 17–18).
 6. Kovács, A., Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Deutsch, K., & Bánfai, B. (2021). Elsősegélynyújtás témájú oktatókártyák hatékonyságának vizsgálata általános iskolás gyermekek körében. In *14. Képzés és Gyakorlat Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia* (pp. 104–104).
 7. Kovács, B., Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., Musch, J., & Bánfai, B. (2021). A kortárs újraélesztés-oktatás hatékonyságának vizsgálata középiskolás diákok körében. In *A neveléstudomány válaszai a jövő kihívásaira : XXI. Országos Neveléstudományi Konferencia Szeged, 2021. november 18-20.* (pp. 264–264).
 8. Nagy, R., Bánfai-Csonka, H., Musch, J., Deutsch, K., Betlehem, J., & Bánfai, B. (2021). Videó-támogatott újraélesztés oktatás hatékonysága általános iskolások körében. In *XV. Pécsi Sürgősségi Napok: Programfüzet és előadáskivonatok* (p. 40).

9. Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., & Nagy, R. (2020). Videó-támogatott újraélesztés oktatás hatékonyságának felmérése általános iskolás gyerekek körében. In *Család a nevelés és az oktatás fókuszában: XX. Országos Neveléstudományi Konferencia* (pp. 114–114).
10. Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., Musch, J., Deutsch, K., & Betlehem, J. (2020). Az elsősegélynyújtás nevelés-oktatás szerepe, lehetőségei és nehézségei az iskolában. In *Neveléstudomány – Válaszlehetőségek az új évezred kihívásaira : 13. Képzés és Gyakorlat Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia [Educational Science – Possible Answers for the Challenges of the New Millennium:13th Training and Practice International Conference on Educational Science]* (pp. 106–106).
11. Deutsch, K., Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., Pandur, A., & Betlehem, J. (2020). Az egészségügyi (szakmai) tanárképzés tapasztalatai és kihívásai. In *Neveléstudomány – Válaszlehetőségek az új évezred kihívásaira : 13. Képzés és Gyakorlat Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia [Educational Science – Possible Answers for the Challenges of the New Millennium:13th Training and Practice International Conference on Educational Science]* (pp. 101–101).
12. Richárd, N., Henrietta, B.-C., János, M., József, B., & Bálint, B. (2020). Comparison of effectiveness of video-based only, video-based with self instruction kit and conventional resuscitation training for primary school children. *RESUSCITATION*, *155*(1Sup), 59–59.
<http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.08.042>
13. Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., Deutsch, K., & Betlehem, J. (2019). „Kids save lives in Hungary” – a gyermekkorban elkezdett elsősegélynyújtással kapcsolatos nevelés-oktatás jelen-legi helyzete, kihívásai. In *Neveléstudomány – Horizontok és dialógusok. Absztraktkötet* (pp. 350–350).
14. Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., Pandur, A., Schiszler, B., Tóth, B., Deutsch, K., ... Betlehem, J. (2019). “Kids save lives in Hungary.” In *XIV. Pécsi Sürgősségi Napok: programfüzet és előadás kivonatok* (pp. 12–12).
15. Pandur, A., Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Sipos, D., Schiszler, B., Betlehem, J., & Radnai, B. (2019a). Acute pulmonary embolism int he prehospital emergency care.

16. Pandur, A., Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Sipos, D., Schiszler, B., Betlehem, J., & Radnai, B. (2019b). Knowledge about basic life support and first aid in European students.
17. Pandur, A., Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Sipos, D., Schiszler, B., Betlehem, J., & Radnai, B. (2019c). Risk-stratification and Age-Adjusted D-Dimer test on acute pulmonary embolism.
18. Pandur, A., Martin, J., Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Sipos, D., Schiszler, B., ... Radnai, B. (2019). Sepsis in the emergency care.
19. Pandur, A., Bánfai, B., Sipos, D., Bánfai-Csonka, H., Schiszler, B., Betlehem, J., & Radnai, B. (2019). RISK STRATIFICATION AND AGE-ADJUSTED D-DIMER TEST. In *11. Študentska konferenca s področja zdravstvenih ved z mednarodno udeležbo* (pp. 28–28).
20. Pandur, A., Márton, R., Bánfai, B., Bánfai-Csonka, H., Schiszler, B., Betlehem, J., & Radnai, B. (2019). How strongly related are health status and subjective well-being among the employees of the Hungarian National Ambulance Service and the Hungarian Defense Forces? *BMC SPORTS SCIENCE MEDICINE AND REHABILITATION*, *11*(Suppl.1.), 13–13.
21. Péter, M., Bánfai-Csonka, H., Pandur, A., Schiszler, B., Radnai, B., Betlehem, J., & Bánfai, B. (2019). Effectiveness of telephone-assisted first aid among young laypeople - a simulation study. *RESUSCITATION*, *142*(Supplement 1), e73–e73. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.176>
22. Schiszler, B., Bánfai, B., Pandur, A., Tóth, B., Bánfai-Csonka, H., Betlehem, J., & Radnai, B. (2019). Examination of work-related stress and coping strategies among ground-and air-ambulance workers. *BMC SPORTS SCIENCE MEDICINE AND REHABILITATION*, *11*(Suppl.1.), 33–33.
23. Tóth, A., Bánfai-Csonka, H., Pandur, A., Schiszler, B., Radnai, B., Betlehem, J., & Bánfai, B. (2019). Peer-education in primary schools – is it an effective way of mass first aid training? *RESUSCITATION*, *142*, e73–e74. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.177>
24. Bánfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., Radnai, B., Bánfai-Csonka, H., & Betlehem, J. (2018). “Kids save lives” in Hungary—Implementation, opportunities, programmes, opinions, barriers. *RESUSCITATION*, *130*, e3–e4. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.06.033>

25. Bánfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., Bánfai-Csonka, H., Radnai, B., & Betlehem, J. (2018). Érdemes gyermekkorban elkezdni? –Általános iskolások elsősegélynyújtás nevelés/oktatásával kapcsolatos tapasztalatok egy 15 hónapos utánkövetéses vizsgálat alapján.
26. B, B., A, P., B, S., B, R., H, B.-C., & J, B. (2018a). Is it necessary? *BMJ OPEN*, 8(Suppl. 1). <http://doi.org/10.1136/10.1136/bmjopen-2018-EMS.41>
27. B, B., A, P., B, S., B, R., H, B.-C., & J, B. (2018b). The long term effects of a 3-day first aid programme for 7-14 years old primary school children. *BMJ OPEN*, 8(Suppl. 1). <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-EMS.40>
28. Majorosi, G., Szélig, G., Bánfai-Csonka, H., & Verzár, Z. (2018). Új irány a stroke betegút szervezésében. In *XVII. Magyar Sürgősségi Orvostani Kongresszus Siófok, 2018.11.08-10.* (pp. 20–21).
29. Majorosi, G., Bánfai-Csonka, H., & Verzár, Z. (2018). Új irány a stroke betegút szervezésében. In *XIII. Pécsi Sürgősségi Napok 2018. szeptember 21-22.* (p. 19).
30. Bánfai, B., Csonka, H., Pandur, A., Pék, E., Schiszler, B., Deutsch, K., ... Betlehem, J. (2017). Érdemes már óvodában elkezdni? Elsősegélynyújtással kapcsolatos program hatékonyságának felmérése nagycsoportos óvodások körében. In *XII. Pécsi Sürgősségi Napok: XII. Critical Care Days in Pécs* (pp. 36–36).
31. Bánfai, B., Csonka, H., Pandur, A., Pék, E., Deutsch, K., Radnai, B., & Betlehem, J. (2017). Fialat életmentők-Óvodás korú gyermekek körében szervezett elsősegélynyújtással kapcsolatos program hatékonyságának bemutatása. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY*, 95(2), 133–133.
32. B, B., H, C., A, P., E, P., & J, B. (2017). Lifesavers in the kindergarten – Long term effects of a 3-day first aid programme for 5–6 years old children. *RESUSCITATION*, §(118S), 33–33. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.08.087>
33. B, B., N, H., A, P., K, D., B, R., H, C., & J, B. (2017). First aid and resuscitation knowledge among laypeople with driving licence in Hungary. *RESUSCITATION*, 118(Suppl. 1), e65. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.08.160>
34. Bánfai, B., Pék, E., Pandur, A., Deutsch, K., Radnai, B., Csonka, H., & Betlehem, J. (2016). Újraélesztés hatékonyságának mérése általános iskolások

körében. In *XI. Pécsi Sürgősségi Napok [11th Critical Care Days in Pécs]* (pp. 44–44).

35. B, B., A, P., H, C., E, P., B, R., & J, B. (2016a). Are primary school children able to perform basic first aid skills? A 3-day first aid program for 9- to 10-year-old children. *RESUSCITATION*, *106*(Sup1), e14–e14. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.07.032>
36. B, B., A, P., H, C., E, P., B, R., & J, B. (2016b). Effectiveness of cardiopulmonary resuscitation skills among primary school children. *RESUSCITATION*, *106*(Sup1), e37–e38. <http://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2016.07.087>

Absztraktkötet szerkesztés:

1. Betlehem, J., Radnai, B., Deutsch, K., Bánfai, B., Pandur, A., Schiszler, B., ... Horváth, B. (2019). *XIV. Pécsi Sürgősségi Napok: programfüzet és előadás kivonatok*. (J. Betlehem, B. Radnai, K. Deutsch, B. Bánfai, A. Pandur, B. Schiszler, ... B. Horváth, Eds.). Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar (PTE ETK).

Összesített impakt faktor: 25,265 (ebből első/utolsó szerzős: 13,726)

10 Köszönetnyilvánítás

Disszertációm megírásához és a kutatások elvégzéséhez számtalan segítséget kaptam, melyet ezúton is szeretnék megköszönni.

Első sorban témavezetőmnek, Prof. Dr. Betlehem Józsefnek, hogy elfogadta témavezetésemet és a kutatások elvégzésének folyamatában mindig számíthattam rá, minden fázisban. Továbbá szeretném megköszönni a tudományos publikációk megírásában való segítségét is.

Szeretném köszönetemet kifejezni Dr. Jeges Sárának, aki ötleteivel és statisztikai eljárásokban gazdag tudásával szintén hozzájárult a kutatások és tudományos publikációk sikerességéhez.

Továbbá szeretnék köszönetet mondani az adminisztratív munkában résztvevő kolléganőknek (Solt Nikolett és Kleinné Resch Hajnalka), akik a sokszor utolsó pillanatban elküldött dokumentumok aláíratásával, időpont egyeztetésekkel és a különböző kutatási helyszínekkel való kapcsolattartásban is sokat segítettek.

A pilot vizsgálat során Dr. Barta Ildikó a Sellyei Egészségfejlesztő Iroda vezetője volt segítségemre a helyszín biztosításában és a résztvevők toborzásában, amit ezúttal is nagyon szépen köszönök.

Az országos mintavétel nem jöhetett volna létre a Három Generációval az Egészségérté projekttel való együttműködés nélkül.

Továbbá köszönetemet szeretném kifejezni minden kutatásban résztvevőnek, hiszen az ő segítségük nélkül nem jöhettek volna létre a kutatások.

Végül, de nem utolsó sorban családom felé szeretném kifejezni köszönetemet, akik végig mellettem álltak és támogattak. Köszönöm férjemnek, hogy nem csak elviselt a kissé feszültebb, türelmetlenebb időszakokban, melyek a dolgozat megírása alatt előfordultak, de szakmai segítséget is nyújtott a kutatások lebonyolításában.

11 Irodalomjegyzék

1. State of health in the EU Magyarország Egészségügyi Országprofil 2021 https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hu_hungarian.pdf [Letöltve 2022. 08. 23.]
2. Mit jelent a sürgős szükség? Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház. <http://www.szszbmk.hu/hireink/727-mit-jelent-a-surgos-szukseg> [Letöltve 2022. 06 15.]
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
4. Csizmadia P. Az Egészségértés definíciói. *Egészségfejlesztés*. 2016;57:3. doi: 10.24365/ef.v57i3.68
5. Koltai, J.A., Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*. 2016;62:3- 20. doi: 10.24365/ef.v57i3.62
6. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053-1058. doi:10.1093/eurpub/ckv043
7. N'Goran AA, Pasquier J, Deruaz-Luyet A, et al. Factors associated with health literacy in multimorbid patients in primary care: a cross-sectional study in Switzerland. *BMJ Open*. 2018;8(2):e018281. doi:10.1136/bmjopen-2017-018281
8. Ylitalo KR, Meyer MRU, Lanning BA, During C, Laschober R, Griggs JO. Simple screening tools to identify limited health literacy in a low-income patient population. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(10):e0110. doi:10.1097/MD.00000000000010110
9. Kutner M, Greenberg E, Jin Y. The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult literacy National Center for Education Statistics 2006. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493284.pdf>. [Letöltve: 2022. 03. 15.]

10. Vandebosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy and the use of healthcare services in Belgium. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(10):1032-1038. doi:10.1136/jech-2015-206910.
11. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *Int J Public Health*. 2009;54(5):313-324. doi:10.1007/s00038-009-0058-2
12. Palumbo R. Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Serv Manage Res*. 2017;30(4):197-212. doi:10.1177/0951484817733366
13. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107. doi:10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
14. Lor M, Koleck TA, Bakken S, Yoon S, Dunn Navarra AM. Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Hispanics with Hypertension [published correction appears in *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019 Apr 29;:]. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2019;6(3):517-524. doi:10.1007/s40615-018-00550-z
15. Griffey, R.T., Kennedy, S.K., McGowan, L., et al. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Acad Emerg Med*. 2014;21:1109-15. doi: 10.1111/acem.12476
16. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216032/> [Letöltve: 2022. 06. 15.]
17. Duong TV, Aringazina A, Baisunova G, et al. Measuring health literacy in Asia: Validation of the HLS-EU-Q47 survey tool in six Asian countries. *J Epidemiol*. 2017;27(2):80-86. doi:10.1016/j.je.2016.09.005

18. Bánfai-Csonka H, Bánfai B, Jeges S, Gyebnár B, Betlehem J. Health literacy among participants from neighbourhoods with different socio-economic statuses in the southern region of Hungary: a pilot study. *BMC Public Health*. 2020;20(Suppl 1):1060. doi:10.1186/s12889-020-08959-0
19. Koltai J, Kun E. Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban. *Orv. Hetil.* 2016;157 (50) <https://akjournals.com/view/journals/650/157/50/article-p2002.xml?body=contentsummary-24716> [Letöltve: 2021. 08. 12.]
20. Bíró É, Szabó P, Kósa K. A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége. *Egészségfejlesztés*. 2022;63(3), 3-11. <https://doi.org/10.24365/ef.8496>
21. Bíró É, Vincze F, Csizmadia P, Ádány R. Kutatási jelentés az Európai Egészségműveltség Felmérés 2019-2021 keretében végzett adatgyűjtés magyarországi eredményeiről, Debreceni Egyetem, Debrecen, 2022 https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19_Hungarian_national_report.pdf [Letöltve:2022. 08. 16.]
22. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician*. 2015;92(2):118-124.
23. Thomas MB. Epidemics on the move: Climate change and infectious disease. *PLoS Biol*. 2020;18(11):e3001013. doi:10.1371/journal.pbio.3001013
24. Ugrin I, Dombrádi V, Joó T, et al. Lifelong vaccination strategy as a tool against pandemics in Hungary. *Orv Hetil.* 2022;163(14): 535–543.
25. European Centre for Disease Prevention and Control. ECDC Communicable Disease Threats Report (CDTR). <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threatsreport-21-mar-2020-PUBLIC.pdf> [Letöltve: 2022. 05. 22.].
26. Liu Y, Yan LM, Wan L, et al. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(6):656-657. doi:10.1016/S1473-3099(20)30232-2

27. Hua J, Shaw R. Corona Virus (COVID-19) "Infodemic" and Emerging Issues through a Data Lens: The Case of China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2309. doi:10.3390/ijerph17072309
28. WHO Director-General's opening remarks at the mission briefing on COVID-19. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19> [Letöltve: 2022.07.19.]
29. Abdel-Latif MMM. The enigma of health literacy and COVID-19 pandemic. *Public Health*. 2020;185:95-96. doi:10.1016/j.puhe.2020.06.030
30. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard <https://covid19.who.int/> [Letöltve: 2022.11.09.]
31. <https://news.google.com/covid19/map?hl=hu&mid=%2Fm%2F03gj2&gl=HU&ceid=HU%3Ahu> [Letöltve:2022.11.08.]
32. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020;395(10225):676. doi:10.1016/S0140-6736(20)30461-X
33. Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information Diet in Covid-19 Crisis; a Commentary. *Arch Acad Emerg Med*. 2020;8(1):e30.
34. Ashrafi-Rizi H, Kazempour Z. Information Typology in Coronavirus (COVID-19) Crisis; a Commentary. *Arch Acad Emerg Med*. 2020;8(1):e19.
35. Koltay T. The bright side of information: ways of mitigating information overload. *J Doc*. 2017;73(4):767–775. doi: 10.1108/JD-09-2016-0107.
36. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020;5(5):e249-e250. doi:10.1016/S2468-2667(20)30086-4
37. Yusefi AR, Barfar E, Daneshi S, Bayati M, Mehralian G, Bastani P. Health literacy and health promoting behaviors among inpatient women during COVID-19 pandemic. *BMC Womens Health*. 2022;22(1):77. doi:10.1186/s12905-022-01652-x

38. Tájékoztató oldal a koronavírusról. <https://koronavirus.gov.hu/megelozes> [Letöltve: 2022. 09. 08.]
39. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, et al. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: a Danish population-based study. *J Health Commun.* 2016;21:54–60.
40. Okan O, Sørensen K, Messer M. COVID-19: A guide to good practice on keeping people well informed. *Conversation* 2020; 19. <https://theconversation.com/covid-19-a-guide-to-good-practice-on-keeping-people-well-informed-134046> [Letöltve: 2022. 06.13.]
41. Nguyen HT, Do BN, Pham KM, et al. Fear of COVID-19 Scale-Associations of Its Scores with Health Literacy and Health-Related Behaviors among Medical Students. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11):4164. doi:10.3390/ijerph17114164
42. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, et al. People with Suspected COVID-19 Symptoms Were More Likely Depressed and Had Lower Health-Related Quality of Life: The Potential Benefit of Health Literacy. *J Clin Med.* 2020;9(4):965. doi:10.3390/jcm9040965
43. Okan O, Bollweg TM, Berens EM, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study in Adults during the COVID-19 Infodemic in Germany. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):5503. doi:10.3390/ijerph17155503
44. <https://anchor.fm/friderikuszpodcast/episodes/Tmad-az-jabb-jrvnyhullm-Kemenesi-Gbor--virolgus--a-Friderikusz-Podcast-30--adsa-e1afai2> (Elérve: 2022.03.14.)
45. Taller Á, Makara P, Tonté D. Az egészségműveltség értelmezése és főbb kihívásai a mai magyar társadalomban I. rész. *Egészségfejlesztés*, 2015;56(1-2): 17-22.

46. Molnár T, Koczor-Keul M. A Magyar társadalom előregedésének vizsgálata európai összehasonlításban. *DETUROPE - The Central European Journal of Regional Development and Tourism* 2013;5(1):23-41 doi: 10.32725/det.2013.003
47. Bánfai-Csonka H, Betlehem J, Deutsch K, et al. Health Literacy in Early Childhood: A Systematic Review of Empirical Studies. *Children* (Basel). 2022;9(8):1131. doi:10.3390/children9081131
48. Bröder J, Okan O, Bauer U, Schlupp S, Pinheiro P. Advancing perspectives on health literacy in childhood and youth. *Health Promot Int.* 2020;35(3):575-585. doi:10.1093/heapro/daz041
49. Guo S, Armstrong R, Waters E, et al. Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8:e020080. doi:10.1136/bmjopen-2017-020080
50. Mátyás G, Vincze F, Bíró É. Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán. *Orv Hetil.* 2021; 162(39): 1579–1588.
51. Okan O, Lopes E, Bollweg TM, et al. Generic health literacy measurement instruments for children and adolescents: a systematic review of the literature. *BMC Public Health.* 2018;18(1):166. doi:10.1186/s12889-018-5054-0
52. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *Int J Public Health.* 2009;54(5):303-305. doi:10.1007/s00038-009-0050-x
53. Simonds SK. Health education as social policy. *Health Educ.* 1974; 2(1_suppl):1–10.
54. Magyar Nyelv Értelmező Szótára <https://mek.oszk.hu/adatbazis/magyar-nyelv-ertelmezo-szotara/elolap.php> [Elérve: 2022. 08.19.]
55. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67(12):2072-2078. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.050

56. Pleasant A, Kuruvilla S. A tale of two health literacies: public health and clinical approaches to health literacy. *Health Promot Int.* 2008;23(2):152-159. doi:10.1093/heapro/dan001
57. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):878-883. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
58. Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA.* 1999;281(6):552-557.
59. Ishikawa H, Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health Expect.* 2008;11(2):113-122. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x
60. Rudd RE. Health literacy skills of U.S. adults. *Am J Health Behav.* 2007;31 Suppl 1:S8-S18. doi:10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S8
61. Kickbusch I, Wait S, Maag D. Navigating health: the role of health literacy. 2006. <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyinCanada.pdf> [Letöltve: 2022.08.15.]
62. Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promot Int.* 2005;20(2):195-203. doi:10.1093/heapro/dah609
63. Malloy-Weir LJ, Charles C, Gafni A, Entwistle V. A review of health literacy: Definitions, interpretations, and implications for policy initiatives. *J Public Health Policy.* 2016;37(3):334-352. doi:10.1057/jphp.2016.18
64. Massey PM, Prelip M, Calimlim BM, Quiter ES, Glik DC. Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting. *Health Educ Res.* 2012;27(6):961-974. doi:10.1093/her/cys054
65. Bröder J, Okan O, Bauer U, et al. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health.* 2017;17(1):361. doi:10.1186/s12889-017-4267-y

66. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*. 1998;13(4):349-364. <https://www.jstor.org/stable/45152457>
67. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3). 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259
68. Kickbusch I, Maag D. Health Issues of the UN Millennium Development Goals. *International Encyclopedia of Public Health*, 2008;3:204-21.
69. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, eds. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2004.
70. Speros C. Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 50(6), 633–640.
71. Lee SY, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Soc Sci Med*. 2004;58(7):1309-1321. doi:10.1016/S0277-9536(03)00329-0
72. Parnell TA, Stichler JF, Barton AJ, Loan LA, Boyle DK, Allen PE A concept analysis of health literacy. *Nurs Forum*. 2019;54:315-327. doi:10.1111/nuf.12331
73. Meskó B, Drobni Z, Bényei É, Gergely B, Gyórfy Z. Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *Mhealth*. 2017;3:38. doi:10.21037/mhealth.2017.08.07
74. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *J Med Internet Res*. 2006;8(2):e9. doi:10.2196/jmir.8.2.e9
75. Smith B, Magnani JW. New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy. *Int J Cardiol*. 2019;292:280-282. doi:10.1016/j.ijcard.2019.05.066

76. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2021. OECD indicators. OECD, Paris, 2021.
77. Gyórfy Zs, Békási S, Szathmári-Mészáros N, Németh O. A telemedicina lehetőségei a COVID-19-pandémia kapcsán a nemzetközi és a magyarországi tapasztalatok és ajánlások tükrében: (A COVID-19-pandémia orvosszakmai kérdései). *Orv Hetil.* 2020;161(24): 983–992.
78. Girasek E, Boros J, Döbrössy B, Susánszky A, Gyórfy Zs. E-páciensek Magyarországon: Digitális egészséggel kapcsolatos ismeretek, szokások egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Orv Hetil.* 2022;163(29): 1159–1165.
79. Országos Kórházi Főigazgatóság. Az EESZT szerepe a magyar egészségügyben. <https://e-egeszsegugy.gov.hu/web/eeszt-information-portal/> [Elérve:2022.09.16.]
80. Tavousi M, Mohammadi S, Sadighi J, et al. Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLoS One.* 2022;17(7):e0271524. doi:10.1371/journal.pone.0271524
81. International Handbook of Health Literacy. Research, practice and policy across the lifespan. https://library.oapen.org/viewer/web/viewer.html?file=/bitstream/handle/20.500.12657/24879/9781447344520_webpdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Letöltve: 2022.08.11.]
82. Health Literacy Tool Shed. <https://healthliteracy.bu.edu/> [Elérve: 2022.06.19.]
83. Davis TC, Long SW, Jackson RH, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med.* 1993;25(6):391-395.
84. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med.* 1995;10(10):537-541. doi:10.1007/BF02640361

85. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, et al. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Ann Fam Med.* 2005;3(6):514-522. doi:10.1370/afm.405
86. Kanj M, Mitic W. Health literacy and health promotion: Definitions, concepts and examples in the East Mediterranean region. 7th global conference on health promotion working paper. Nairobi: World Health Organization, 2009.
87. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, et al. Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J Gen Intern Med.* 2008;23(5):561-566. doi:10.1007/s11606-008-0520-5
88. van der Vaart R, van Deursen AJ, Drossaert CH, Taal E, van Dijk JA, van de Laar MA. Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a Dutch version of the eHEALS in two adult populations. *J Med Internet Res.* 2011;13(4):e86. doi:10.2196/jmir.1840
89. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR *et al.* The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 2013;13, 658. doi:10.1186/1471-2458-13-658
90. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM *et al.* Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* 2013;13,948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
91. Manafò E, Wong S. Promoting eHealth literacy in older adults: key informant perspectives. *Can J Diet Pract Res.* 2013;74(1):37-41. doi:10.3148/74.1.2013.37
92. Hsu W, Chiang C, Yang S. The effect of individual factors on health behaviors among college students: the mediating effects of eHealth literacy. *J Med Internet Res.* 2014;16(12):e287. doi:10.2196/jmir.3542
93. Niemelä, Raimo, Ek, Stefan, Eriksson-Backa, Kristina and Huotari, Maija-Leena. A Screening Tool for Assessing Everyday Health Information Literacy. *Libri.* 2012;62(2):125-134. <https://doi.org/10.1515/libri-2012-0009>

94. Haun J, Nolan-Dodd V, Varnes J, et al. Testing the BRIEF Health Literacy Screening Tool. *Federal Practitioner*. 2009;26(12): 24-31.
95. Papp-Zipernovszky O., Náfrádi L., Schulz P. J. et al. „Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orv. Hetil.*, 2016;157(23), 905–915.
96. Liu H, Zeng H, Shen Y, et al. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(8):1711. doi:10.3390/ijerph15081711
97. Huhta AM, Hirvonen N, Huotari ML. Health Literacy in Web-Based Health Information Environments: Systematic Review of Concepts, Definitions, and Operationalization for Measurement. *J Med Internet Res*. 2018;20(12):e10273. doi:10.2196/10273
98. Pelikan, J.M.; Link, T.; Straßmayr, C.; Waldherr, K.; Alferts, T.; Bøggild, H.; Griebler, R.; Lopatina, M.; Mikšová, D.; Nielsen, M.G.; et al. Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022;19:14129. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114129>
99. Pelikan JM, Developing short forms for the HLS-EU-Q47 instrument to measure comprehensive Health Literacy in general and specific populations <https://slideplayer.com/slide/13026267/> [Letöltve: 2022.06.19.]
100. Bíró É, Vincze F, Nagy-Pénzes G, et al. A magyar lakosság koronavírus-specifikus egészségműveltsége. *Népegészségügy*. 2022;99(1):53-63.101.
101. Bánfai-Csonka H, Bánfai B, Jeges S, Betlehem J. Koronavírushoz kapcsolódó, magyarra lefordított szubjektív egészségértés kérdőív pszichometriai jellemzői . *LAM*. 2022;32(11-12):521-528.

102. Bak, C.K.; Krammer, J.Ø.; Dadaczynski, K.; Orkan, O.; von Seelen, J.; Prinds, C.; Søbjerg, L.M.; Klakk, H. Digital Health Literacy and Information-Seeking Behavior among University College Students during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study from Denmark. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022;19:3676. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063676>
103. Emtekaer Haesum LK, Ehlers L, Hejlesen OK. Validation of the Test of Functional Health Literacy in Adults in a Danish population. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(3):573-581. doi:10.1111/scs.12186
104. Gabel P, Larsen MB, Edwards A, Kirkegaard P, Andersen B. Knowledge, attitudes, and worries among different health literacy groups before receiving first invitation to colorectal cancer screening: Cross-sectional study. *Prev Med Rep.* 2019;14:100876. doi:10.1016/j.pmedr.2019.100876
105. Rouquette A, Nadot T, Labitrie P, Van den Broucke S, Mancini J, Rigal L, et al. (2018) Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *PLoS ONE* 13(12): e0208091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208091>
106. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J. Health literacy in an urban elderly East-German population - results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health.* 2015;15:883. doi:10.1186/s12889-015-2210-7
107. Schaeffer D, Berens EM, Vogt D. Health Literacy in the German Population. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(4):53-60. doi:10.3238/arztebl.2017.0053
108. Efthymiou A, Middleton N, Charalambous A, Papastavrou E. The Association of Health Literacy and Electronic Health Literacy With Self-Efficacy, Coping, and Caregiving Perceptions Among Carers of People With Dementia: Research Protocol for a Descriptive Correlational Study. *JMIR Res Protoc.* 2017;6(11):e221. doi:10.2196/resprot.8080
109. Meier C, Vilpert S, Borrat-Besson C, Jox RJ, Maurer J. Health literacy among older adults in Switzerland: cross-sectional evidence from a nationally

representative population-based observational study. *Swiss Med Wkly.* 2022;152:w30158. doi:10.4414/smw.2022.w30158

110. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, et al. What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2021;36(3):753-761. doi:10.1007/s11606-020-06407-8

111. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielsen-Bohlman LT, Rudd RR. The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med.* 2005;20(2):175-184. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.40245.x

112. Sántha, Á. The Sociodemographic Determinants of Health Literacy in the Ethnic Hungarian Mothers of Young Children in Eastern Europe. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021;18: 5517. doi:10.3390/ijerph18115517

113. Bouclaous CH, Salem S, Ghanem A, et al. Health Literacy Levels and Predictors Among Lebanese Adults Visiting Outpatient Clinics in Beirut. *Health Lit Res Pract.* 2021;5(4):e295-e309. doi:10.3928/24748307-20211012-02

114. Nakayama K, Osaka W, Togari T, et al. Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health.* 2015;15:505. doi:10.1186/s12889-015-1835-x

115. Yang Q, Yu S, Wang C, et al. Health literacy and its socio-demographic risk factors in Hebei: A cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore).* 2021;100(21):e25975. doi:10.1097/MD.00000000000025975

116. Mejer L, Turchetti P, Gere E. Trends in European Education during the Last Decade. 2011
https://www.ab.gov.tr/files/ardb/evt/1_avrupa_birligi/1_9_politikalar/1_9_4_egitim_politikasi/Eurostat_2011-_Trends_in_European_education_during_the_last_decade.pdf [Letöltve: 2022. 07.15.]

117. <http://statisticstimes.com/economy/european-countries-bygdp-per-capita.php> [Elérve: 2022. 08.15.]

118. van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, Droomers M, Sørensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2013;13:179. doi:10.1186/1471-2458-13-179
119. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *J Gen Intern Med*. 1998;13(12):791-798. doi:10.1046/j.1525-1497.1998.00242.x
120. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al. Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 2002;288(4):475-482. doi:10.1001/jama.288.4.475
121. Lee SY, Tsai TI, Tsai YW, Kuo KN. Health literacy, health status, and healthcare utilization of Taiwanese adults: results from a national survey. *BMC Public Health*. 2010;10:614. doi:10.1186/1471-2458-10-614
122. Wagner CV, Knight K, Steptoe A, et al. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2007;61:1086-1090.
123. van der Heide I, Uiters E, Sørensen K, et al. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):906-911. doi:10.1093/eurpub/ckw078
124. Paiva D, Silva S, Severo M, Moura-Ferreira P, Lunet N, Azevedo A. Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Med Port*. 2017;30(12):861-869. doi:10.20344/amp.9135
125. Duplaga M. Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):642. Published 2020 Jan 19. doi:10.3390/ijerph17020642
126. Amoah PA. Social participation, health literacy, and health and well-being: A cross-sectional study in Ghana [published correction appears in *SSM Popul Health*. 2020 Dec 10;12:100716]. *SSM Popul Health*. 2018;4:263-270. Published 2018 Mar 9. doi:10.1016/j.ssmph.2018.02.005

127. Janisse HC, Naar-King S, Ellis D. Brief report: Parent's health literacy among high-risk adolescents with insulin dependent diabetes. *J Pediatr Psychol.* 2010;35(4):436-440. doi:10.1093/jpepsy/jsp077
128. Howe CJ, Winterhalter E. Parent health literacy: risks and outcomes. *J Pediatr Nurs.* 2013;28(5):515-516. doi:10.1016/j.pedn.2013.06.001
129. Todorovic N, Jovic-Vranes A, Djikanovic B, Pilipovic-Broceta N, Vasiljevic N, Racic M. Health Literacy: Current Status and Challenges in the Work of Family Doctors in Bosnia and Herzegovina. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(8):1324. doi:10.3390/ijerph16081324
130. Singh-Manoux A, Marmot MG, Adler NE. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status?. *Psychosom Med.* 2005;67(6):855-861. doi:10.1097/01.psy.0000188434.52941.a0
131. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, Okazaki K, Oka K. *Nihon Kosshu Eisei Zasshi.* 2011;58(5):361-371.
132. Lorini C, Ierardi F, Bachini L, Donzellini M, Gemmi F, Bonaccorsi G. The Antecedents and Consequences of Health Literacy in an Ecological Perspective: Results from an Experimental Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(4):798. doi:10.3390/ijerph15040798
133. Shiferaw KB, Tilahun BC, Endehabtu BF, Gullslett MK, Mengiste SA. E-health literacy and associated factors among chronic patients in a low-income country: a cross-sectional survey. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2020;20(1):181. doi:10.1186/s12911-020-01202-1
134. Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med.* 2009;7(3):204-211. doi:10.1370/afm.940
135. Health Literacy The Solid facts. 2013; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> [Letöltve: 2022.04.19.]

136. Klingberg K, Stoller A, Müller M, et al. Asylum Seekers and Swiss Nationals with Low-Acuity Complaints: Disparities in the Perceived level of Urgency, Health Literacy and Ability to Communicate-A Cross-Sectional Survey at a Tertiary Emergency Department. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2769. doi:10.3390/ijerph17082769
137. Levin-Zamir D, Leung AYM, Dodson S, Rowlands G. Health Literacy in Selected Populations: Individuals, Families, and Communities from the International and Cultural Perspective. *Stud Health Technol Inform*. 2017;240:392-414.
138. Vianello FA, Zaccagnini F, Pinato C, Maculan P, Buja A. Health status of female Moldovan migrants to Italy by health literacy level and age group: a descriptive study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1502.. doi:10.1186/s12889-020-09582-9
139. Yiğitalp G, Bayram Değer V, Çifçi S. Health literacy, health perception and related factors among different ethnic groups: a cross-sectional study in southeastern Turkey. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1109. doi:10.1186/s12889-021-11119-7
140. Yadav AK, Budathoki SS, Paudel M, Chaudhary R, Shrivastav VK, Malla GB. Patients Understanding of their Diagnosis and Treatment Plans During Discharge in Emergency Ward in a Tertiary Care Centre: A Qualitative Study. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2019;57(219):357-360. doi:10.31729/jnma.4639
141. European Commission, Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency, Uiters, E., Rademakers, J., Heide, I., et al., *Study on sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union : final report*, Publications Office, 2015, <https://data.europa.eu/doi/10.2818/150402> [Letöltve: 2022.06.17.]
142. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health*. 2002;92(8):1278-1283. doi:10.2105/ajph.92.8.1278

143. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, et al. Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. *J Gen Intern Med.* 2004;19(3):215-220. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.21130.x
144. Accident and Emergency Attendances in England - 2009-2010, Experimental statistics <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/hospital-accident--emergency-activity/2009-2010> [Elérve: 2022.08.25.]
145. Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. *Natl Health Stat Report.* 2008;(7):1-38.
146. Nicholl J, Mason S. Return of the "corridors of shame"?. *BMJ.* 2013;347:f4343. Published 2013 Jul 8. doi:10.1136/bmj.f4343
147. Franzen J, Mantwill S, Rapold R, Schulz PJ. The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland. *Eur J Public Health.* 2014;24(6):997-1003. doi:10.1093/eurpub/ckt202
148. Hope CJ, Wu J, Tu W, Young J, Murray MD. Association of medication adherence, knowledge, and skills with emergency department visits by adults 50 years or older with congestive heart failure. *Am J Health Syst Pharm.* 2004;61(19):2043-2049. doi:10.1093/ajhp/61.19.2043
149. Parker RM, Ratzan SC, Lurie N. Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Aff (Millwood).* 2003;22(4):147-153. doi:10.1377/hlthaff.22.4.147
150. Cho YI, Lee SY, Arozullah AM, Crittenden KS. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Soc Sci Med.* 2008;66(8):1809-1816. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.003
151. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees [published correction

appears in *Am J Med.* 2005 Aug;118(8):933]. *Am J Med.* 2005;118(4):371-377. doi:10.1016/j.amjmed.2005.01.010

152. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J. The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *Am J Public Health.* 1997;87(6):1027-1030. doi:10.2105/ajph.87.6.1027

153. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns.* 2003;51(3):267-275. doi:10.1016/s0738-3991(02)00239-2

154. Lindau ST, Basu A, Leitsch SA. Health literacy as a predictor of follow-up after an abnormal Pap smear: a prospective study. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):829-834. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00534.x

155. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, et al. Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2018;138(2):e48-e74. doi:10.1161/CIR.0000000000000579

156. Levy H, Janke A. Health Literacy and Access to Care. *J Health Commun.* 2016;21 Suppl 1(Suppl):43-50. doi:10.1080/10810730.2015.1131776

157. Kim J, Braun B, Williams AD. Understanding health insurance literacy: A literature review. *Family and Consumer Sciences Research Journal.* 2013; 42(1):3–13.

158. McCormack L, Bann C, Uhrig J, et al. Health insurance literacy of older adults. *Journal of Consumer Affairs.* 2009; 43(2):223–248.

159. Paez KA, Mallery CJ, Noel H, et al. Development of the Health Insurance Literacy Measure (HILM): Conceptualizing and measuring consumer ability to choose and use private health insurance. *J Health Commun.* 2014;19(sup2):225–239.

160. Squiers L, Peinado S, Berkman N, Boudewyns V, McCormack L. The health literacy skills framework. *J Health Commun.* 2012;17(sup3):30–54.

161. Yom-Tov E, Marino B, Pai J, Harris D, Wolf M. The Effect of Limited Health Literacy on How Internet Users Learn About Diabetes. *J Health Commun.* 2016;21(10):1107-1114. doi:10.1080/10810730.2016.1222033
162. Meppelink CS, Smit EG, Diviani N, Van Weert JC. Health Literacy and Online Health Information Processing: Unraveling the Underlying Mechanisms. *J Health Commun.* 2016;21(sup2):109-120. doi:10.1080/10810730.2016.1193920
163. Mackert M, Mabry-Flynn A, Champlin S, Donovan EE, Pounders K. Health Literacy and Health Information Technology Adoption: The Potential for a New Digital Divide. *J Med Internet Res.* 2016;18(10):e264. Published 2016 Oct 4. doi:10.2196/jmir.6349
164. Cajita MI, Rodney T, Xu J, Hladek M, Han HR. Quality and Health Literacy Demand of Online Heart Failure Information. *J Cardiovasc Nurs.* 2017;32(2):156-164. doi:10.1097/JCN.0000000000000324
165. Castro CM, Wilson C, Wang F, Schillinger D. Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *Am J Health Behav.* 2007;31 Suppl 1:S85-S95. doi:10.5555/ajhb.2007.31.suppl.S85
166. Hauptman PJ, Chibnall JT, Guild C, Armbrecht ES. Patient perceptions, physician communication, and the implantable cardioverter-defibrillator. *JAMA Intern Med.* 2013;173(7):571-577. doi:10.1001/jamainternmed.2013.3171
167. Samuels-Kalow M, Rhodes K, Uspal J, Reyes Smith A, Hardy E, Mollen C. Unmet Needs at the Time of Emergency Department Discharge. *Acad Emerg Med.* 2016;23(3):279-287. doi:10.1111/acem.12877
168. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med.* 2013;28(11):1469-1476. doi:10.1007/s11606-013-2466-5
169. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *J Gen Intern Med.* 2006;21(8):806-812. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00539.x

170. Weiss, BD. Manual for Clinicians. 2. Chicago IL: American Medical Association; 2007. Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand <https://pogoe.org/sites/default/files/Health%20Literacy%20-%20Reducing%20the%20Risk%20by%20Designing%20a%20Safe,%20Shame-Free%20Health%20Care%20Environment.pdf> [Letöltve: 2022 06.23.]
171. Tang YH, Pang SM, Chan MF, Yeung GS, Yeung VT. Health literacy, complication awareness, and diabetic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Adv Nurs*. 2008;62(1):74-83. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04526.x
172. Schillinger D, Barton LR, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Rep*. 2006;121(3):245-254. doi:10.1177/003335490612100305
173. Powell CK, Hill EG, Clancy DE. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Educ*. 2007;33(1):144-151. doi:10.1177/0145721706297452
174. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and health risk behaviors among older adults. *Am J Prev Med*. 2007;32(1):19-24. doi:10.1016/j.amepre.2006.08.024
175. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(6):S368-S374. doi:10.1093/geronb/55.6.s368
176. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*. 2007;167(14):1503-1509. doi:10.1001/archinte.167.14.1503
177. Wolf MS, Feinglass J, Thompson J, Baker DW. In search of 'low health literacy': threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. *Soc Sci Med*. 2010;70(9):1335-1341. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.013

178. Cavanaugh KL, Wingard RL, Hakim RM, et al. Low health literacy associates with increased mortality in ESRD. *J Am Soc Nephrol*. 2010;21(11):1979-1985. doi:10.1681/ASN.2009111163
179. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012;344:e1602. doi:10.1136/bmj.e1602
180. D'Eath M., Barry M. M., Sixsmith J. (2012) Rapid evidence review of interventions for improving health literacy. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1205-TERImproving-Health-Literacy.pdf> [Letöltve: 2022. 05.16.]
181. Quaglio G, Sørensen K, Rübigen P, et al. Accelerating the health literacy agenda in Europe. *Health Promot Int*. 2017;32(6):1074-1080. doi:10.1093/heapro/daw028
182. Mahdizadeh M, Solhi M. Relationship between self-care behaviors and health literacy among elderly women in Iran, 2015. *Electron Physician*. 2018;10(3):6462-6469. Published 2018 Mar 25. doi:10.19082/6462
183. Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int*. 2001;16(3):289-297. doi:10.1093/heapro/16.3.289
184. Vogt D, Schaeffer D, Messer M, Berens EM, Hurrelmann K. Health literacy in old age: results of a German cross-sectional study. *Health Promot Int*. 2018;33(5):739-747. doi:10.1093/heapro/dax012
185. Kullman T. Néhány gondolat a magyarországi sürgősségi betegellátó osztályok társadalmi megítéléséről. *Orv. Hetil*. 2018;159(43):1767-1768. doi:10.1556/650.2018.43M
186. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med*. 2017;24(9):1137-1149. doi:10.1111/acem.13220

187. 52/2006. (XII. 28.) EüM rendelet a sürgős szükség körébe tartozó egyes egészségügyi szolgáltatásokról
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0600052.eum> [Elérve: 2022.08.16.]
188. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, et al. International perspectives on emergency department crowding. *Acad Emerg Med.* 2011;18(12):1358-1370. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01235.x
189. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One.* 2018;13(8):e0203316.. doi:10.1371/journal.pone.0203316
190. Schumacher JR, Hall AG, Davis TC, et al. Potentially preventable use of emergency services: the role of low health literacy. *Med Care.* 2013;51(8):654-658. doi:10.1097/MLR.0b013e3182992c5a
191. Balakrishnan MP, Herndon JB, Zhang J, Payton T, Shuster J, Carden DL. The Association of Health Literacy With Preventable Emergency Department Visits: A Cross-sectional Study. *Acad Emerg Med.* 2017;24(9):1042-1050. doi:10.1111/acem.13244
192. Pearson C, Kim DS, Mika VH, et al. Emergency department visits in patients with low acuity conditions: Factors associated with resource utilization. *Am J Emerg Med.* 2018;36(8):1327-1331. doi:10.1016/j.ajem.2017.12.033
193. McNaughton C, Wallston KA, Rothman RL, Marcovitz DE, Storrow AB. Short, subjective measures of numeracy and general health literacy in an adult emergency department. *Acad Emerg Med.* 2011;18(11):1148-1155. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01210.x
194. von dem Knesebeck O, Koens S, Schäfer I, Strauß A, Klein J. Public Knowledge About Emergency Care-Results of a Population Survey From Germany. *Front Public Health.* 2022;9:787921. Published 2022 Jan 7. doi:10.3389/fpubh.2021.787921

195. Scherer M, Lühmann D, Kazek A, Hansen H, Schäfer I. Patients Attending Emergency Departments. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(39):645-652. doi:10.3238/arztebl.2017.0645
196. Mufarrij A, Batley N, Bakhti R, Doueih P, Tamim H. Public knowledge of emergency medicine in Beirut, Lebanon. *BMC Emerg Med.* 2018;18(1):55. doi:10.1186/s12873-018-0204-3
197. O'Cathain A, Simpson R, Phillips M, Knowles E. Tendency to call an ambulance or attend an emergency department for minor or non-urgent problems: a vignette-based population survey in Britain. *Emerg Med J.* 2022;39(6):436-442. doi:10.1136/emermed-2020-210271
198. Schäfer I, Menzel A, Oltrogge JH, et al. Is subjectively perceived treatment urgency of patients in emergency departments associated with self-reported health literacy and the willingness to use the GP as coordinator of treatment? Results from the multicentre, cross-sectional, observational study PiNo Bund. *BMJ Open.* 2021;11(11):e053110. doi:10.1136/bmjopen-2021-053110
199. Carpenter CR, Kaphingst KA, Goodman MS, Lin MJ, Melson AT, Griffey RT. Feasibility and diagnostic accuracy of brief health literacy and numeracy screening instruments in an urban emergency department. *Acad Emerg Med.* 2014;21(2):137-146. doi:10.1111/acem.12315
200. Ginde AA, Weiner SG, Pallin DJ, Camargo CA Jr. Multicenter study of limited health literacy in emergency department patients. *Acad Emerg Med.* 2008;15(6):577-580. doi:10.1111/j.1553-2712.2008.00116.x
201. Griffey RT, Melson AT, Lin MJ, Carpenter CR, Goodman MS, Kaphingst KA. Does numeracy correlate with measures of health literacy in the emergency department?. *Acad Emerg Med.* 2014;21(2):147-153. doi:10.1111/acem.12310
202. Sheikh S, Hendry P, Kalynych C, et al. Assessing patient activation and health literacy in the ED. *Am J Emerg Med.* 2016;34(1):93-96. doi:10.1016/j.ajem.2015.09.045

203. Griffey RT, McNaughton CD, McCarthy DM, et al. Shared Decision Making in the Emergency Department Among Patients With Limited Health Literacy: Beyond Slower and Louder. *Acad Emerg Med*. 2016;23(12):1403-1409. doi:10.1111/acem.13104
204. McCaffery KJ, Smith SK, Wolf M. The challenge of shared decision making among patients with lower literacy: a framework for research and development. *Med Decis Making*. 2010;30(1):35-44. doi:10.1177/0272989X09342279
205. Halálózások a gyakoribb halálokok és nem szerint https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html [Elérve: 2022.10.15.]
206. Schwartz GG, Steg PG, Szarek M, et al. Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. *N Engl J Med*. 2018;379(22):2097-2107. doi:10.1056/NEJMoa1801174
207. Birnbach B, Höpner J, Mikolajczyk R. Cardiac symptom attribution and knowledge of the symptoms of acute myocardial infarction: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord*. 2020;20(1):445. doi:10.1186/s12872-020-01714-8
208. Friis K, Pedersen MH, Aaby A, Lasgaard M, Maindal HT. Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease, chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders. A Danish population-based 4-year follow-up study. *Eur J Public Health*. 2020;30(5):866-872. doi:10.1093/eurpub/ckaa064
209. Bailey SC, Fang G, Annis IE, O'Connor R, Paasche-Orlow MK, Wolf MS. Health literacy and 30-day hospital readmission after acute myocardial infarction. *BMJ Open*. 2015;5(6):e006975. doi:10.1136/bmjopen-2014-006975
210. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(17):1880-1888. doi:10.1177/2047487317729538

211. Liu H, Shen J, Li S, Song Y, Ju M. Research on the Health Literacy Status and Compliance Behavior of Patients with Acute Coronary Syndrome. *Comput Math Methods Med.* 2021;2021:9648708. doi:10.1155/2021/9648708
212. Magyar Nemzeti Szívalapítvány
<http://www.mnsza.hu/szivbeteg/beteg/elegtelen.php> [Elérve: 2022.09.26.]
213. Cajita MI, Cajita TR, Han HR. Health Literacy and Heart Failure: A Systematic Review. *J Cardiovasc Nurs.* 2016;31(2):121-130. doi:10.1097/JCN.0000000000000229
214. Perrin A, Abdalla G, Viprey M, et al. Prevalence of low health literacy levels in decompensated heart failure compared with acute myocardial infarction patients. *ESC Heart Fail.* 2021;8(2):1446-1459. doi:10.1002/ehf2.13230
215. Fabbri M, Murad MH, Wennberg AM, et al. Health Literacy and Outcomes Among Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JACC Heart Fail.* 2020;8(6):451-460. doi:10.1016/j.jchf.2019.11.007
216. Belügyminisztérium. Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóság.
<https://www.katasztrofavedelem.hu/47/katasztrofatipusok-magatartasi-szabalyok>
[Elérve: 2022.10.24.]
217. 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800018.nm> [Elérve:2022.10.24.]
218. Magyar Etimológiai szótár. <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/Lexikonok-magyar-etimologiai-szotar-F14D3/p-F3534/pandemia-F359D/> [Elérve: 2022.10.24.]
219. Háborúk és betegségek. <http://www.huszadikszazad.hu/1904-szeptember/tudomany/haboruk-es-betegsegek> [Elérve: 2022.10.24.]
220. Magyar LA. Morbid történelem. *Valóság.* 2006;49(3):36–43.
221. Bruckner É. A történelem hajtóosztói, a járványok. *Polgári Szemle.* 2020.16(1–3):36–56. doi: 10.24307/psz.2020.0704

222. Liu DX, Liang JQ, Fung TS. Human Coronavirus-229E, -OC43, -NL63, and -HKU1 (*Coronaviridae*). *Encyclopedia of Virology*. 2021;428-440. doi:10.1016/B978-0-12-809633-8.21501-X
223. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, et al. Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26: 1586–1591
224. Tájékoztató oldal a koronavírusról. <https://koronavirus.gov.hu/cikkek/who-vilagjarvanynak-minositette-koronavirus-fertozest> [Elérve:2022.09.13.]
225. Kovács SZs, Uzzoli A. Egészségkockázatok területi különbségei a koronavírus-járvánnyal összefüggésben Magyarországon. 2020. http://www.docs.rkk.hu/rkkweb/Koronavirus_jarvany_gyorselemzes.pdf [letöltve: 2022.10.26.]
226. Centers of Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html> [Elérve: 2022.10.28.]
227. COVID-19 National Preparedness Collaborators. Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *Lancet*. 2022;399(10334):1489-1512. doi:10.1016/S0140-6736(22)00172-6
228. Oroszi B, Juhász A, Nagy C, Horváth JK, McKee M, Ádány R. Unequal burden of COVID-19 in Hungary: a geographical and socioeconomic analysis of the second wave of the pandemic. *BMJ Glob Health*. 2021;6(9):e006427. doi:10.1136/bmjgh-2021-006427
229. Davies NG, Barnard RC, Jarvis CI, et al. Association of tiered restrictions and a second lockdown with COVID-19 deaths and hospital admissions in England: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(4):482-492. doi:10.1016/S1473-3099(20)30984-1

230. Liang LL, Tseng CH, Ho HJ, Wu CY. Covid-19 mortality is negatively associated with test number and government effectiveness. *Sci Rep.* 2020;10(1):12567. doi:10.1038/s41598-020-68862-x
231. Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, Eckersberger E, Larson HJ; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies for addressing vaccine hesitancy - A systematic review. *Vaccine.* 2015;33(34):4180-4190. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.040
232. Dubé E, Gagnon D, Nickels E, Jeram S, Schuster M. Mapping vaccine hesitancy--country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine.* 2014;32(49):6649-6654. doi:10.1016/j.vaccine.2014.09.039
233. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, et al. Health literacy and vaccination: A systematic review. *Hum Vaccin Immunother.* 2018;14(2):478-488. doi:10.1080/21645515.2017.1392423
234. Kemény I, Kulhavi NM, Kun Zs. A távorvoslás igénybevételét befolyásoló tényezők a COVID-19 járvány miatti félelem tükrében. *Statisztikai Szemle.* 2022;100(1): 7–43. doi: 10.20311/stat2022.1.hu0007
235. Allen A, Whitten P, Maheu Mm. E-health, Telehealth, and Telemedicine: A Guide to Startup and Success. John Wiley & Sons. New York. 2001. <https://www.pdfdrive.com/e-health-telehealth-and-telemedicine-a-guide-to-startup-and-success-d184960357.html> [Letöltve: 2022.05.23.]
236. Európai Közösségek Bizottsága [2008]: A Bizottság Közleménye az Európai Parlamentnek, a Tanácsnak, az Európai Gazdasági és Szociális Bizottságnak és a Régiók Bizottságának a távorvoslásról a betegek, az egészségügyi ellátórendszerek és a társadalom javára. COM(2008)689 végleges. November 4. Brüsszel. <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/HU/TXT/PDF/?uri=CELEX:52008DC0689&from=H>
U
237. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemed J E Health.* 2020;26(4):377-379. doi:10.1089/tmj.2020.0068

238. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;74(4):281-282. doi:10.1111/pcn.12988
239. Pappot N, Taarnhøj GA, Pappot H. Telemedicine and e-Health Solutions for COVID-19: Patients' Perspective. *Telemed J E Health.* 2020;26(7):847-849. doi:10.1089/tmj.2020.0099
240. Useful Tools for Structural Equation Modeling. 2022. <https://cran.r-project.org/web/packages/semTools/semTools.pdf> [Elérve: 2022.10.28.]
241. Koon AD, Mendenhall E, Eich L, Adams A, Borus ZA. A spectrum of (Dis)Belief: Coronavirus frames in a rural midwestern town in the United States. *Soc Sci Med.* 2021;272:113743. doi:10.1016/j.socscimed.2021.113743
242. Abel T, McQueen D. Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promot Int.* 2020;35(6):1612-1613. doi:10.1093/heapro/daaa040
243. Bin Naeem S, Kamel Boulos MN. COVID-19 Misinformation Online and Health Literacy: A Brief Overview. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):8091. doi:10.3390/ijerph18158091
244. World Health Organization. Munich Security Conference. Director-General, Tedros Adhanom Ghebreyesus. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/munich-security-conference> [Elérve: 2022.09.27.]
245. Brennen, J.S.; Simon, F.; Howard, P.N.; Nielsen, R.K. Types, Sources, and Claims of COVID-19 Misinformation. <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/types-sources-and-claims-covid-19-misinformation> [Elérve: 2022.09.27.]
246. Bruno Kessler Foundation. COVID-19 and Fake News in the Social Media (10 March 2020). <https://www.fbk.eu/en/press-releases/covid-19-and-fake-news-in-the-social-media/> [Elérve: 2022.09.27.]

247. Lee JJ, Kang KA, Wang MP, et al. Associations Between COVID-19 Misinformation Exposure and Belief With COVID-19 Knowledge and Preventive Behaviors: Cross-Sectional Online Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(11):e22205. Published 2020 Nov 13. doi:10.2196/22205
248. Byrd, B.; Smyser, J. Lies, Bots, and Coronavirus: Misinformation's Deadly Impact on Health. Views from the Field. Grantmakers in Health. <https://www.gih.org/views-from-the-field/lies-bots-and-coronavirus-misinformations-deadlyimpact-on-health/> [Elérve: 2022.09.27.]
249. Wilkins CH, Friedman EC, Churchwell AL, et al. A Systems Approach to Addressing Covid-19 Health Inequities. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* 2021;2(1). doi:10.1056/CAT.20.0374
250. Abdulai AF, Tiffere AH, Adam F, Kabanunye MM. COVID-19 information-related digital literacy among online health consumers in a low-income country. *Int J Med Inform.* 2021;145:104322. doi:10.1016/j.ijmedinf.2020.104322
251. Melki J, Tamim H, Hadid D, Makki M, El Amine J, Hitti E. Mitigating infodemics: The relationship between news exposure and trust and belief in COVID-19 fake news and social media spreading. *PLoS One.* 2021;16(6):e0252830. doi:10.1371/journal.pone.0252830
252. Banerjee D, Sathyanarayana Rao T S. Psychology of misinformation and the media: Insights from the COVID-19 pandemic. *Indian J Soc Psychiatry* 2020;36, Suppl S1:131-7.
253. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int.* 2018;33(5):901-911. doi:10.1093/heapro/dax015
254. McCaffery KJ, Dodd RH, Cvejic E, et al. Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. *Public Health Res Pract.* 2020;30(4):30342012. doi:10.17061/phrp30342012
255. Wolf MS, Serper M, Opsasnick L, et al. Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID-19 Among Adults With Chronic Conditions at the Onset of the

U.S. Outbreak: A Cross-sectional Survey. *Ann Intern Med.* 2020;173(2):100-109. doi:10.7326/M20-1239

256. Rosano A, Lorini C, Unim B, et al. Coronavirus-Related Health Literacy: A Cross-Sectional Study during the COVID-19 Pandemic in Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(7):3807. Published 2022 Mar 23. doi:10.3390/ijerph19073807

257. Xu M, Wang D, Wang H, et al. COVID-19 diagnostic testing: Technology perspective. *Clin Transl Med.* 2020;10(4):e158. doi:10.1002/ctm2.158

258. Griebler R. Coronavirus-related health literacy in Austrian: results of a trend study. 2021. <https://oepgk.at/wp-content/uploads/2022/02/20210614-iuhpe-corona-hl-griebler.pdf> [Elérve: 2022.08.26.]

259. Park DI. Development and Validation of a Knowledge, Attitudes and Practices Questionnaire on COVID-19 (KAP COVID-19). *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(14):7493. Published 2021 Jul 14. doi:10.3390/ijerph18147493

260. McElfish PA, Willis DE, Shah SK, Bryant-Moore K, Rojo MO, Selig JP. Sociodemographic Determinants of COVID-19 Vaccine Hesitancy, Fear of Infection, and Protection Self-Efficacy. *J Prim Care Community Health.* 2021;12:21501327211040746. doi:10.1177/21501327211040746

261. Satici B, Gocet-Tekin E, Deniz ME, Satici SA. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its Association with Psychological Distress and Life Satisfaction in Turkey. *Int J Ment Health Addict.* 2021;19(6):1980-1988. doi:10.1007/s11469-020-00294-0

262. Quadros S, Garg S, Ranjan R, Vijayasarithi G, Mamun MA. Fear of COVID 19 Infection Across Different Cohorts: A Scoping Review. *Front Psychiatry.* 2021;12:708430. doi:10.3389/fpsy.2021.708430

263. Lastrucci V, Lorini C, Del Riccio M, et al. The Role of Health Literacy in COVID-19 Preventive Behaviors and Infection Risk Perception: Evidence from a Population-Based Sample of Essential Frontline Workers during the Lockdown in

the Province of Prato (Tuscany, Italy). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13386. doi:10.3390/ijerph182413386

264. Nuttall FQ. Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. *Nutr Today*. 2015;50:117-28.

265. Hungarian society of hypertension: guideline of hypertension medical care. *Hypertonia és Nephrológia*. 2018;Suppl 5:1-36.

266. Emberi Erőforrások Minisztériuma – Egészségügyért Felelős Államtitkárság EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI KOLLÉGIUM Egészségügyi szakmai irányelv - A sürgősségi betegellátás során végzett triázs feladatok végrehajtásáról Azonosító: 002076 Megjelenés dátuma: 2019. február 6. [Elérhető: <https://kollegium.aeek.hu/Iranyelvek/Index> 2021. 03. 22. Pécs]

267. Pelikan, J.M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Boltzmann, L. Measuring Comprehensive Health Literacy in General Populations: Validation of Instrument, Indices and Scales of the HLS-EU Study. Available online: <https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf> [Letöltve: 2019.07.22]

268. Kuliš D, Bottomley A, Velikova G, Greimel E, Koller M. Eortc Quality Of Life Group Translation Procedure. EORTC, 2017 https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/translation_manual_2017.pdf [Letöltve: 2022.07.13.]

269. van der Vaart R, Drossaert C. Development of the Digital Health Literacy Instrument: Measuring a Broad Spectrum of Health 1.0 and Health 2.0 Skills. *J Med Internet Res*. 2017;19(1):e27. doi:10.2196/jmir.6709

270. Dadaczynski K, Okan O, Messer M, et al. Digital Health Literacy and Web-Based Information-Seeking Behaviors of University Students in Germany During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res*. 2021;23(1):e24097. doi:10.2196/24097

271. IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.

272. Terwee CB, Bot SD, de Boer MR, van der Windt DA, Knol DL, Dekker J. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007; 60: 34–42.
273. Thorndike RL. Reliability. In: Lindquist EF. (ed.) Educational measurement. 2nd edn. American Council on Education, Washington, DC, 1971; pp. 560–620.
274. Csallner AE. Bevezetés az SPSS program használatába. http://www.jgypk.hu/tamop15e/tananyag_html/spss/a_faktoranalzis_megvalthat_sgnak_felttelei.html [Letöltve: 2022.07.10.]
275. Boncz I. Kutatásmódszertani Alapismeretek Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs, 2015. https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/sport/Kutatasm_odszeran_e.pdf [Letöltve:2022.06.21.]
276. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, et al. Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1122. doi:10.1186/s12889-019-7381-1
277. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, Elhayany A. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *J Health Commun.* 2016;21(sup2):61-68. doi:10.1080/10810730.2016.1207115
278. Varga, B., Stromájer-Rácz, T., Bornemisza, Á., Lukács-Horváth, M., Csima, M. Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében, *Egészségfejlesztés.* 2021;62(1): 17-26. doi:10.24365/ef.v62i1.618
279. Sántha, Á., Nagy, M., Erdei, R.J. The Health Literacy of Ethnic Hungarian Mothers in Eastern Europe, *Italian Journal of Sociology of Education,* 2020;12(3), 91-111. doi: 10.14658/pupj-ijse-2020-3-5
280. Wilsher SH, Brainard J, Loke Y, Salter C. Patient and public involvement in health literacy interventions: a mapping review. *Res Involv Engagem.* 2017;3:31.

281. Paakkari L, George S. Ethical underpinnings for the development of health literacy in 416 schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC Public Health*. 2018;18:326
282. Antal Z. A Sellyei kistérség kitörési pontjai a munkaerő-piaci sajátosságok alapján. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/terstat/2009/02/ts2009_02_07.pdf [Letöltve: 2022.10.23.]
283. Pécsi Egészségfejlesztési Iroda. <https://www.eeipecs.hu/pei> [Elérve: 2022.09.13.]
284. Központi Statisztikai Hivatal. Egészségügyi Helyzetkép, 2019. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/egeszsegugyi_helyzetkep_2019.pdf [Letöltve: 2022.08.21.]
285. Jessup RL, Osborne RH, Beauchamp A, Bourne A, Buchbinder R. Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:134.
286. Rababah JA, Al-Hammouri MM, Drew BL, Aldalaykeh M. Health literacy: exploring disparities among college students. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1401. doi:10.1186/s12889-019-7781-2
287. Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R, Boixadós Porquet A, Vernay M, Blanchard H, Bertran-Noguer C. Health Literacy among Health and Social Care University Students. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2273. doi:10.3390/ijerph17072273
288. Budhathoki SS, Pokharel PK, Jha N, et al. Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal. *Int Health*. 2019;11(1):15-23. doi:10.1093/inthealth/ihy090
289. Ozen N, Bal Ozkaptan B, Coskun S, Terzioglu F. Health literacy of nursing students and its effective factors. *Nurs Forum*. 2019;54(3):396-402. doi:10.1111/nuf.12346

290. Csima, M.; Fináncz, J.; Nyitrai, Á.; Podráczky, J. Research on the health literacy of professionals working in early childhood education. *Kontakt* 2018, 20, 356–362.
291. Kihívásból lehetőségek az egészségügyben. https://www.pwc.com/hu/hu/szolgáltatások/kozszoigalati-tanacsadas/Kihivasbol_lehetosegek_az_egeszsegugyben.pdf [Letöltve: 2022.08.24.]
292. Klinker CD, Aaby A, Ringgaard LW, Hjort AV, Hawkins M, Maindal HT. Health Literacy is Associated with Health Behaviors in Students from Vocational Education and Training Schools: A Danish Population-Based Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):671. doi:10.3390/ijerph17020671
293. Bíró, É.; Végh, B. Health literacy survey among university students. *Health Promot*. 2018, 59, 3–13.
294. Sarhan MBA, Fujii Y, Kiriya J, et al. Exploring health literacy and its associated factors among Palestinian university students: a cross-sectional study. *Health Promot Int*. 2021;36(3):854-865. doi:10.1093/heapro/daaa089
295. De Gani SM, Berger FMP, Guggiari E, Jaks R. Relation of corona-specific health literacy to use of and trust in information sources during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2022;22(1):42. doi:10.1186/s12889-021-12271-w
296. Villagra VG, Bhuvu B, Coman E, Smith DO, Fifield J. Health insurance literacy: disparities by race, ethnicity, and language preference. *Am J Manag Care*. 2019;25(3):e71-e75.
297. de Vit H. Internationalization of Higher Education: The Need for a More Ethical and Qualitative Approach. *Journal of International Students*, 2020;10(1) doi: 10.32674/jis.v10i1.1893
298. Rezaei H, Yousefi A, Larijani B, Dehnavieh R, Rezaei N, Adibi P. Internationalization or globalization of higher education. *J Educ Health Promot*. 2018;7:8. doi:10.4103/jehp.jehp_25_17

299. Érettségi Anyagok. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
<https://www.etk.pte.hu/oktatas/letoltheto-dokumentumok/erettsegi-tananyagok>
[Elérve: 2022.04.04.]
300. Képzési és Kimeneti Követelmények. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. <https://www.etk.pte.hu/oktatas/letoltheto-dokumentumok/kepzesi-es-kimeneti-kovetelmenyek> [Elérve: 2022.04.04.]
301. Higher Education Analytical Report. Available online: https://www.felvi.hu/pub_bin/dload/felsooktatasimuhely/Elemzesi_Jelentesek/FEJ_2018_3.pdf [Elérve: 2022.08.19.]
302. Dropout Tests in Higher Education. Available online: https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/felsooktatas/projektek/fir/EFOP345_FIR_LEMORZSOLODAS_VIZSGALAT_tanulmany.pdf [Letöltve: 2022.08.19.]
303. Balyan R, Crossley SA, Brown W, III, Karter AJ, McNamara DS, Liu JY, et al. (2019) Using natural language processing and machine learning to classify health literacy from secure messages: The ECLIPPSE study. *PLoS ONE* 14(2): e0212488. doi:10.1371/journal.pone.0212488