

Egészségműveltség a magyar népesség körében

DR. SZABÓ PÁLMA, DR. KÓSA KAROLINA

Az egészségműveltség azokat a képességeket foglalja magába, amelyek az egészséggel kapcsolatos alapinformációk befogadásához szükségesek, s meghatározók az egészséggel kapcsolatos döntésekben. Az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés és gyógyítás folyamatában fontos lenne számba venni a célcsoportok egészségműveltségét. Egy nyolc európai országban végzett összehasonlító kutatásban a megkérdezettek tizedének elégtelen, közel felének problémás szintű volt az egészségműveltsége. Hazai adatokkal nem rendelkezünk; sőt az egészségműveltséget jelentősen befolyásoló általános szövegértés vizsgálata sem tart számot kutatói (kormányzati) érdeklődésre Magyarországon. Ennek veszélyeire kívánjuk felhívni a szakmai közönség figyelmét.

AZ EGÉSZSÉG-MŰVELTSÉG AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN

Az egészségműveltség kiemelkedő fontosságú, a betegségek megelőzésében és gyógyításában is megkerülhetetlen kompetencia, amelyet azonban csak az elmúlt évtizedekben határoztak meg. A fogalom 1974-ben bukkant fel először mint a megfelelő egészségügyi döntések meghozatalához szükséges információszerzési, információfeldolgozási és megértési kapacitás.¹ Az ezt követő időszakban egyesek az egészségüggyel kapcsolatos ismeretek összességéként definiálták, mások pedig pusztán egészségügyi szövegértésként határozták meg. A fogalom definíciós eltérései szükségszerűek voltak, hiszen szorosan kapcsolódtak az egészségnevelés és egészségfejlesztés koncepcionális vitáihoz. Ezek lezárulása után történhetett meg az egészségműveltség mérésére szolgáló eszközök kidolgozása és kezdődhetett az egészségműveltség vizsgálata, a szakmai

figyelem radarképernyőjére helyezve az egészségműveltség kérdéskörét.

Az Egészségügyi Világszervezet 1998-ban megjelent, Kickbusch és Nutbeam által szerkesztett egészségfejlesztési szógyűjteménye adta meg az egészségműveltség első átfogó meghatározását: olyan kognitív és szociális készségek összessége, melyek meghatározzák az egészség fejlesztéséhez és megőrzéséhez kapcsolódó információk eléréséhez, megértéséhez és alkalmazásához szükséges motivációt és képességeket.² Kickbusch tovább értelmezte a fogalmat, amikor azt írta, hogy az egészségműveltség magába foglalja olyan tudás- és készségszint elérését, valamint megfelelő önbizalom megszerzését ahhoz, hogy az emberek személyes és közösségi szinten is cselekvőképessé váljanak egyéni életmódjuk és életkörülményeik megváltoztatásában.³ Ratzan erre a definícióra építve hívta fel a figyelmet arra, hogy bár az egészségműveltségnek központi eleme a kommunikáció, az információ pusztá át-



DR. SZABÓ PÁLMA

Orvos, egészségpszichológia mester-szakos egyetemi hallgató, Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar

DR. KÓSA KAROLINA

Egyetemi docens, igazgató, Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Magatartástudományi Intézet

adása nem elégséges az egészségműveltség növeléséhez, hanem ahhoz integrált marketingstratégia, jó minőségű közoktatás, tárgyalási készségek elsajátítása és nem utolsósorban társadalmi tőke is szükséges.⁴ Az EVSZ definíciójához hasonlóan határozta meg az egészségműveltséget az USA Orvosi Intézete (Institute of Medicine) 2004-es kiadványában, amely címében is jelezte, hogy véget kíván vetni a terminussal kapcsolatos zűrzavarnak. A kiadvány szerint az egészségműveltség azon képességek mértéke, amelyek birtokában az egészséggel és egészségügyi ellátással kapcsolatos alapvető információk megszerezhetők, feldolgozhatók és megérthetők, és amelyek birtokában az egészséggel kapcsolatosan megfelelő döntések hozhatók.⁵ Az egészségműveltség kialakulása tehát komplex és dinamikus, több elemre bontható folyamat, amely nagymértékben befolyásolja az egyéneknek a megelőző és gyógyító eljárásokban tanúsított együttműködését is, ami hosszú távon döntő hatással van az egészségi állapotra mint kimenetelre. Ez adja a fogalom valódi jelentőségét. A WHO és az IOM által adott definíciók csaknem megegyeznek, mindössze a folyamat elemeinek elnevezésében különböznek (1. ábra, a két szervezet által alkalmazott angol elnevezéseket lásd a felső sorokban).

Az elmúlt évek kutatásai alapján fény derült arra, hogy az egészségműveltség alacsonyabb mértéke összefüggést mutat többek között a kórházi felvételek emelkedett számával, a sürgősségi ellátás gyakoribb igénybevételével, a betegek gyengébb otthoni önellátási képességeivel,⁶ valamint a szűrővizsgálatokon való alacsonyabb részvétellel.⁷ Ezen túlmenően a kisebb mértékű egészségműveltség összefügg a gyógyszeresedési utasítások nem megfelelő betartásával, illetve a betegségekre jellemző, vészhelyzetet jelző tünetek rosszabb felismerésével,⁸ valamint idős betegek rosszabb általános egészségi állapotával és ennek megfelelően magasabb mortalitásukkal is.⁹ Korrelációt

találtak továbbá a betegek megfelelő betegségmagatartása, a kórképekkel kapcsolatos tájékozottságuk, az általuk használt gyógyszerek rendeltetészerű alkalmazása és az egészségműveltségük szintje között különböző időlt megbetegedések esetén: asztmában,¹⁰ krónikus vesebetegségben,¹¹ illetve cukorbetegségben is.¹² Nem elhanyagolható tény, hogy a csökkent egészségműveltséggel rendelkező betegek mindezek mellett jelentős többletköltséget is jelentenek az egészségügy számára.⁸

A SZÖVEGÉRTÉS JELENTŐSÉGE A MODERN TÁRSADALMAKBAN

Amint arra Ratzan is rámutatott fentebb már említett cikkében,⁴ napjainkban a modern társadalmak teljes értékű tagjaként történő funkcionáláshoz, a különböző társadalmi szerepek megfelelő betöltéséhez elengedhetetlen a legalább alapszintű szövegértés megléte, mely messze túlmutat az írás-olvasás alapvető képességén. Ennek megfelelően a szövegértés dimenziói közé tartozik a különböző nyomtatott és digitális, táblázatokkal és grafikákkal ellátott szövegek megértése, értelmezése, elemzése, az infor-

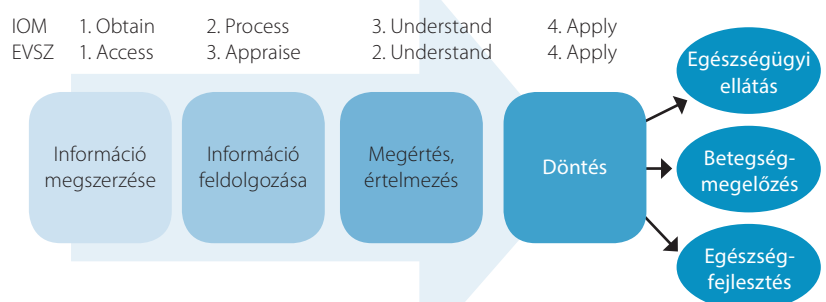
máció megfelelő kommunikációja, valamint mindezek alkalmazása problémamegoldás formájában.

Az információs és kommunikációs technológia elterjedésével, valamint a gazdasági fejlődéssel párhuzamosan folyamatosan nő a komplex kognitív készségek iránti szükség a munkavégzésben és a mindennapi boldogulásban is. Ezáltal a foglalkoztatásban egyre csökken a rutinszerű kognitív feladatok aránya. A dolgozók egyre gyakrabban találják szemben magukat összetett, szakértői gondolkodást, emelt szintű kommunikációs készségeket és problémamegoldást igénylő teendőkkel, melyekhez a korábbinál jóval magasabb szintű szövegértési képesség szükségesnek tartják. Az alacsony szintű szövegértés számos negatív következménnyel jár, ideértve az alkalmazásba vétel kisebb valószínűségét, adott esetben a meg nem felelésből adódó egyéni frusztrációt és vállalati teljesítményromlást, illetve az alacsonyabb munkabéreket. A nem megfelelő szintű szövegértés, számos egyéb hátrány mellett, a munkanélküliség és a munkaszférából való kizorulás nagyobb kockázatát is jelenti.¹³

Kijelenthetjük tehát, hogy a gyengébb szövegértésű személyek nehezebben bol-

01. ÁBRA

Az egészségműveltség folyamatábrája



dogulnak a mindennapi életben, nemcsak a foglalkoztatás kisebb esélye miatt, hanem azért is, mert az ügyintézés és minden egyéb, tájékozottságot, információfeldolgozást igénylő tevékenység nehezített számukra.

AZ OECD SZÖVEGÉRTÉS-VIZSGÁLATAI

Éppen a szövegértésnek a modern társadalmakban betöltött fontossága miatt az Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 1994 óta 4-5 évente végez szövegértés-vizsgálatokat a felméréseihez csatlakozó államok felnőtt lakosságának körében, mivel az eredmények ismeretében fontos gazdaságfejlesztési, ipartelepítési döntések hozhatók. (Az OECD-t alkotó fejlett országokban a teljes körű beiskolázás következtében az analfabétizmus vizsgálata feleslegessé vált.) A szövegértés felmérését eleinte annak három dimenzióját meghatározva (dokumentum-, prózai, valamint kvantitatív szövegértés), az újabb felmérések során ezeket egy negyedik dimenzióval, a problémamegoldással kiegészítve végzik. Minden dimenzió belül a szövegértés öt szintjét különítik el, és következetesen a 3-as szint elérése jelenti azt, hogy az illető birtokában van a modern társadalomban a mindennapi életben történő önálló boldoguláshoz elengedhetetlen képességeknek. Az első vizsgálat (Adult Literacy and Lifeskills Survey, ALL¹⁴) eredményei alapján a magyar lakosság közel 80%-ának (!) prózai szövegértése 1-es vagy 2-es szintűnek, tehát az elégségesnél gyengébbnek bizonyult (2. ábra, A panel), míg a dokumentum-szövegértés vonatkozásában nagyjából a lakosság kétharmada teljesített az elégséges alatti szinten (2. ábra, B panel).¹⁵

A problémamegoldás dimenziójával kibővült, 2006 és 2008 között megismételt szövegértési vizsgálat eredményei alapján a magyar felnőtt lakosság kevesebb mint fele teljesített legalább 3-as szinten a prózai szövegértés tekintetében, de ugyanez volt

a helyzet a dokumentum- és a kvantitatív szövegértés vonatkozásában is (3. ábra). A problémamegoldás dimenziójában némileg jobb volt a helyzet, „csupán” a vizsgálatban részt vevők 40%-a teljesített az elvárható szint alatt.¹⁶

A fenti eredmények ismeretében érthető, hogy Magyarország miért nem volt sem a 2008 és 2013 között zajló, sem a 2012-től jelenleg is folyó felnőttkori készségfelmérés (Programme for the International Assessment of Adult Competencies, PIAAC¹⁷) vizsgálatok résztvevői között.

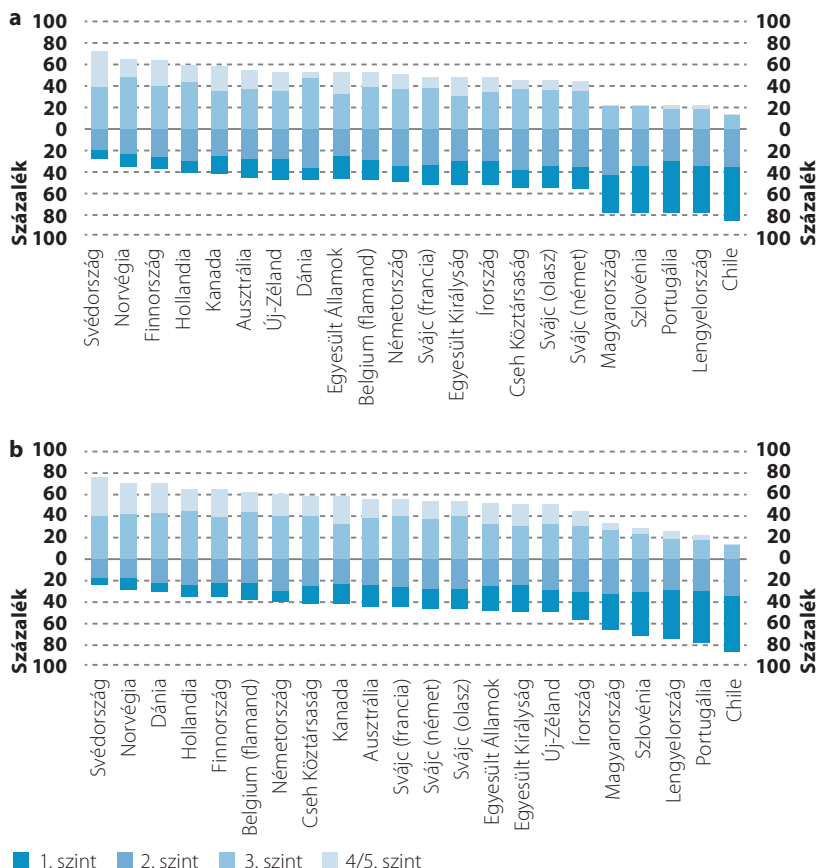
Emiatt nincs információ arról, hogy az elmúlt 8 évben hogyan változott a magyar lakosság szövegértése.

AZ EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG ÉS A SZÖVEGÉRTÉS KAPCSOLATA

Amint azt már korábban taglaltuk, az egészségműveltség (*health literacy*) magába foglalja mindazokat a képességeket, amelyek az egészséggel és egészségügyi ellátással kapcsolatos alapvető információk megszerzésére, feldolgozására és megértésére

02. ÁBRA

Európai és Európán kívüli országok 16–65 éves népességének prózai szövegértése (a) és dokumentum-szövegértése (b) szintek szerint, 1994–1998-ban, az OECD nyomán



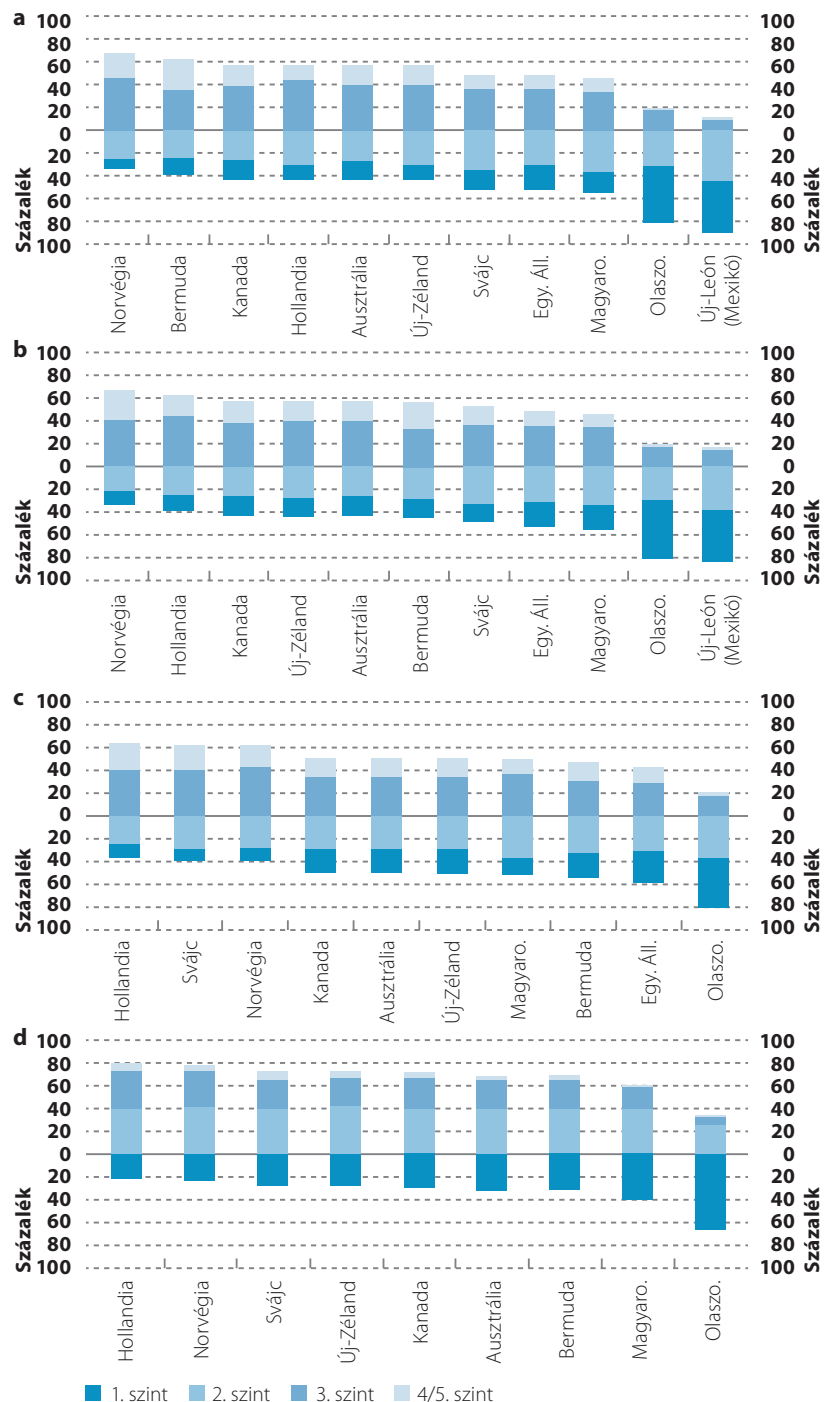
irányulnak, ezáltal befolyásolják az egyént az egészségi állapotát érintő alapvető döntések meghozatalában. Ebből következően az olvasás és a szövegértés az egészségműveltség alapvető komponense, bázisa, az egészségműveltség első lépéséhez, az információ megszerzéséhez elengedhetetlen fontosságú.¹⁸

Az egészségműveltséget vizsgáló első nagyszabású európai, az EU által finanszírozott vizsgálat (European Health Literacy Project) keretein belül az egészségműveltséget mint dinamikus tulajdonságot azonosították, mely az egyén tudásán, kompetenciáján és motivációin alapszik. A folyamat komponenseiként ez a projekt is az információhoz való hozzáférést, illetve annak megértését, értékelését és alkalmazását határozta meg.¹⁸ Ezáltal a képesség birtokában az egyén képes mind az egészségügyi ellátórendszerben betegként, mind a betegségmegelőzésben egészséges polgárként boldogulni, emellett az egészség fejlesztésében is részt venni a közösség felelős tagjaként (4. ábra).

Az Európai Egészségműveltség Projekt adalékokat szolgáltatott ahhoz, hogy az egészségműveltség esetében ugyanazok a befolyásoló faktorok azonosíthatók, mint amelyek az általános szövegértést is meghatározzák: társadalmi és környezeti tényezők, személyes és situációs tényezők; illetve hogy az egészségműveltség kapcsolatban áll az általános műveltséggel.¹⁸ Amerikai szerzők azonosították is azokat a jellemzőket, amelyek alapján egy adott egyén egészségműveltségének szintje megjósolható (önmegítélés szerinti olvasási képesség, egy-egy kérdést tartalmazó szűrőteszt, legmagasabb iskolai végzettség, nem és rassz [etnikai hovatartozás]).¹⁹ Ennek nyomán az American Medical Association 2007-ben klinikusoknak kiadott kézikönyvében az alacsony egészségműveltségre utaló figyelmeztető jelek között említi a befejezetlen tanulmányokat, az idős kort, illetve az általános nyelvhasználati hiányosságokat, és javasolja ezeknek az információknak a rögzítését.⁸ A kiadvány az

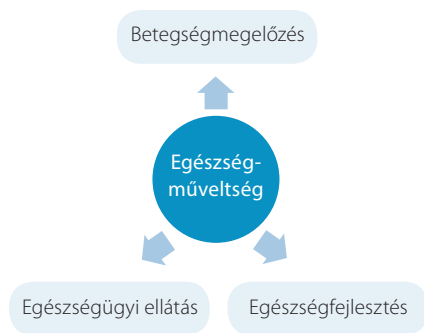
03. ÁBRA

A prózai szövegértés (a), a dokumentum-szövegértés (b), a kvantitatív szövegértés (c) és a problémamegoldás (d) megoszlása szintek szerint a vizsgált országokban 2006–2008-ban, az OECD nyomán



04. ÁBRA

Az egészségműveltség dimenziói



Sørensen K, et al⁸ nyomán

olvasási nehézségekre történő rákérdezést is javasolja a szövegértés és az egészségműveltség kapcsoltsága miatt (5. ábra).

AZ EGÉSZSÉG-MŰVELTSÉG VIZSGÁLATÁNAK MÓDSZEREI

Az elmúlt évek során az egészségműveltség felmérésére különféle módszereket fejlesztettek ki. Tekintettel a fogalom többértelműségére, illetve az egyes országoknak az egészséggel kapcsolatos eltérő nyelvezetére, fogalomhasználatára, különböző egészségügyi rendszereire, e módszerek valamilyen tekintetben mind eltérnek egymástól. Egyes felmérések konkrét szövegértés-vizsgálatra irányulnak, mások a különböző egészségügyi kifejezések tartalmának és/vagy kiejtésének ismeretét mérik, megint mások az egészségügyi kérdésekben való jártasságot, az egészségügyi rendszerben való tájékozódást, az egészséggel kapcsolatos attitűdöket vizsgálják. A szerteágazó módszertanú vizsgálatok közül jelen értekezésben csupán néhány validált felmérés bemutatására szorítkozunk a teljesség igénye nélkül.

TOFHLA. A konkrét egészség tárgyú szövegértést, tehát az információ feldolgozását és megértését mérő hitelesített mérőeszköz-

zök közül a TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults)²⁰ és az NVS (Newest Vital Sign)²¹ tekinthetők a legjelentősebbeknek. Ezek a tesztek tartalmaznak mind a számolás, mind pedig a szövegértés felmérését célzó feladatokat, azonban az egészségműveltség többi részterületét, tehát a feldolgozást és a döntéshozatalt figyelmen kívül hagyják. További hátrányuk, hogy vizsgaszituációt teremtenek, illetve korlátozott számú nyelven érhető el. Az előbbi vizsgálat rövidített változata (Short Test of Functional Health Literacy in Adults, S-TOFHLA) az egészségműveltség gyors közelítő felmérését teszi lehetővé. A másodikként említett Newest Vital Sign mindössze hat elemből áll, így felvétele rövid időt vesz igénybe; ez tápanyagcímkék értelmezése alapján funkcionális egészségműveltséget becsül.

REALM. Ugyancsak gyors felmérést tesz lehetővé a REALM vizsgálat,²² amely az

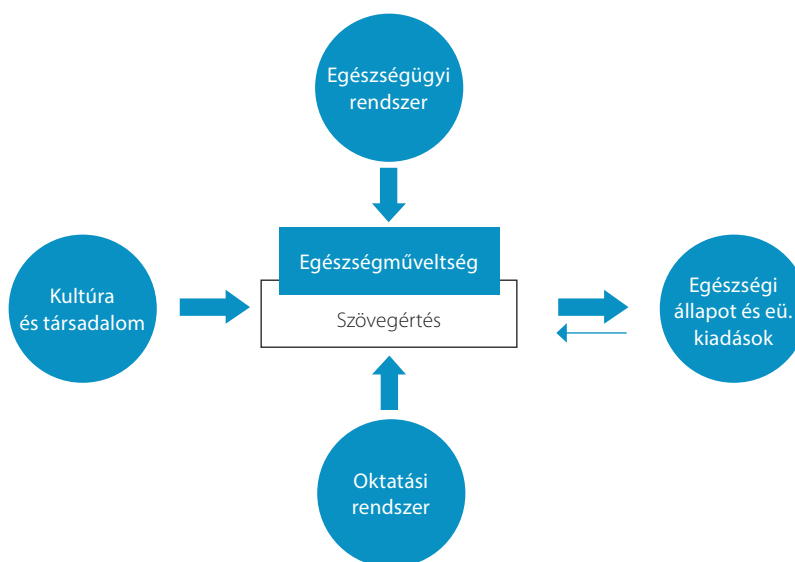
egészséggel kapcsolatos szavak, kifejezések felismerését, azok kiejtését méri egyre nehezedő sorba rendezett 66 elemével. Ez pusztán olvasási képességekre hagyatkozik, melyeket pontrendszere alapján iskolai osztályok szintjének megfelelően sorol be. Rövidített változata csupán nyolc elemet tartalmaz,²³ ezáltal megkönnyíti a klinikai használatát, bár az eredmények megbízhatóságának csökkenése árán.

HLS, BRIEF, SILS. A harmadik csoportba sorolható vizsgálatok az egészségügyi kérdésekben való általános, mindennapi boldogulás mértékét mérik fel, tehát azt, hogy mennyire okoz nehézséget egy-egy konkrét probléma az adott egyénnek. Ilyen attitűdöket mér az alábbiakban említendő HLS-EU,²⁴ a három elemből álló 3-ITEM-HLS és a BRIEF felmérés,²⁵ továbbá a Single Item Literacy Screen²⁶ is.

Ahogy arra már korábban utalást tettünk, e vizsgálatokon túlmenően különbö-

05. ÁBRA

Az egészségműveltség determinánsai és összefüggése az egészségi állapottal



Az Institute of Medicine⁹ nyomán

ző cikkek és kézikönyvek néhány egyszerű módszert is ajánlanak a praktizáló orvosok számára, melyek használatával akár néhány demográfiai adatra vagy az egészségi szövegek értelmezésének szubjektív nehézségére vonatkozó kérdéssel, esetleg árulkodó jelekből levont következtetésekkel közelítőleg becsülhető az adott kliens/beteg egészségműveltsége, mely a további kommunikáció szempontjából rendkívül fontos.^{8,19}

AZ EGÉSZSÉGműVELTSÉG AZ EU-BAN ÉS MAGYARORSZÁGON

Az előbbieken bemutatott vizsgálati eljárásokat többnyire az Egyesült Államokban fejlesztették ki, ahol már korábban felismerték az egészségműveltség fontosságát. Az első nagyszabású vizsgálatot 2003-ban végezték egy általános szövegértési vizsgálatba ágyazottan az amerikai lakosság egészségműveltségének felmérésére, és értékes eredményekhez jutottak mind az egészségműveltség mértékére, mind pedig annak demográfiai és egészségi tényezőkkel való korrelációjára vonatkozóan.²⁷ Az egészségműveltség négy szintjét különböztették meg, eszerint a lakosság 53%-a közepes szinten volt, 22% alapszintű, 14% pedig alapszint alatti egészségműveltséggel rendelkezett.

Európában 2009 és 2012 között zajlott a fentebb már említett, az EU által finanszírozott Európai Egészségműveltség Projekt, amelynek keretében az egészségműveltség felmérésére is sor került (Health Literacy Survey, HLS-EU). Az Európai Unió nyolc tagállamában (Ausztria, Bulgária, Görögország, Hollandia, Írország, Németország, Lengyelország, Spanyolország) 2011-ben összesen közel 8000 személyt mértek fel egy egységes, 86 kérdésből álló – a nemzeti nyelvekre lefordított – kérdőívvel. A kérdőív három dimenzióba (egészségügyi ellátás, betegségmegelőzés, egészségfejlesztés) csoportosította az egészségműveltség folyamatának lépéseit (információszerzés, feldolgozás, értelmezés, döntés, lásd 1. ábra), ezáltal 12 cellából álló

mátrixba sorolva az egészségműveltség elemeit. A kérdések az egészség különböző részterületein való boldogulás nehézségeire vonatkoztak, melyeket a válaszadónak kellett megítélnie, és öt lehetséges válaszból (nagyon könnyű, könnyű, nehéz, nagyon nehéz, nem tudom) megadni a számára érvényeset. A felmérés az egészségműveltség négy szintjét különböztette meg: kiváló, megfelelő, problémás és elégtelen általános egészségműveltség.²⁴ Az EHLS eredményei 2015 decemberében láttak napvilágot. Eszerint a vizsgáltak 12%-ának egészségműveltsége bizonyult elégtelennek, és 47%-nál problémás egészségműveltség volt megállapítható. Az egyes országok között jelentős eltérést tapasztaltak: az egészségműveltséget jelző átlagpontszám Hollandiában volt a legmagasabb, Bulgáriában a legalacsonyabb. További fontos megállapítása volt a vizsgálatnak, hogy a szegény, alacsony státuszú, alacsony iskolázottságú és idős népességcsoportokban az átlagnál nagyobb volt a problémás vagy elégtelen egészségműveltségűek aránya, vagyis az egészségműveltség Európában is társadalmi lejtőn helyezkedik el.²⁸

Az említett vizsgálatok eredményei alapján nem lehet következtetéseket levonni a magyar lakosság más nemzetekkel összehasonlított egészségműveltségéről. Amint már említettük, Magyarország valamilyen oknál fogva sem a felnőttkori szövegértést, sem az egészségműveltséget vizsgáló nemzetközi felmérésekben nem vett részt az elmúlt években. A hazai lakosság egészségi állapotának egyéb mutatói alapján azt lehet becsülni, hogy a magyar lakosság általános szövegértése vélhetően nem javult látványosan a 2008-ban mérthez képest, és ennek megfelelően az egészségműveltség tekintetében sem valószínű, hogy az élmezőnyhöz tartoznánk.

Az elmúlt években Magyarországon is volt néhány próbálkozás az egészségműveltség mérésére, azonban ezek többnyire körülírt, nem reprezentatív populáción végzett, illetve kis elemszámú elővizsgálá-

tok voltak,^{29,30} melyek eredményeiből nem vonható le következtetés a felnőtt lakosság egészségműveltségére vonatkozóan. További nehézséget jelent az egészségműveltségvizsgálatokban, hogy az egyedi módszerrel végzett felmérések adatai csupán az adott vizsgálatban részt vettek teljesítményének összehasonlítását engedik meg, hiszen a felméréshez használt feladatok egyedisége, a nemzetközi skálákkal való illeszkedés hiánya miatt az eredmények nemzeti vagy nemzetközi kontextusba helyezése igencsak problémás.

A részletezett hiányosságok és nehézségek alapján nagy szükség lenne a hazai felnőtt lakosság szövegértésének és egészségműveltségének mérésére is, amire legcélszerűbben a közeljövőben induló nemzetközi vizsgálatokhoz való csatlakozás adna lehetőséget. A hazai lakosságcsoporthoz egészségműveltségének pontos ismerete az egészségneveléshez és beteg tájékoztatáshoz használatos dokumentumok célzott átdolgozása, a beteg-együttműködés (adherencia) növelése és az egészségügyben dolgozók továbbképzése szempontjából is nélkülözhetetlen.



Levelezési cím:

szabo.palma.timea@gmail.com



Irodalom:

1. Simonds SK. Health education as social policy. Health Education Monograph 1974;2:1–25
2. World Health Organization. Health Promotion Glossary. WHO, Genf, 1998. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
3. Kickbusch I. Think health: what makes the difference. Health Promotion International 1997;12:265–272
4. Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. Health Promotion International 2001;16(2):207–214. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207.full#ref-9>
5. Nielsen-Bohman L, Panzer AM, Kindig DA, eds. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine. National Academies Press, 2004

6. Hæsum E, Ehlers L, Hejlesen OK. Telehomecare Technologies Enhance Self-management and Empowerment among Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) –Where does Health Literacy Fit into this Equation? *Stud Health Technol Inform* 2013;192:1182
7. Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The OPhelia Health Literacy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health* 2014;14:694. DOI: 10.1186/1471-2458-14-694
8. Weiss BD. Health literacy and patient safety: Help patients understand. *AMA*, 2007
9. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, Holland A, Brasure M, Lohr KN, Harden E, Tant E, Wallace I, Viswanathan M. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid Rep Technol Assess* 2011;199:1–941. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82434>
10. Wang KY, Chu NF, Lin SH, Chiang IC, Perng WC, Lai HR. Examining the causal model linking health literacy to health outcomes of asthma patients. *J Clin Nursing* 2014;23: 2031–2042
11. Fraser SDS, Roderick PJ, Casey M, Taal MW, Yuen HM, Nutbeam D. Prevalence and associations of limited health literacy in chronic kidney disease: a systematic review. *Nephrol Dial Transplant* 2013;28:129–137
12. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2012;28(3):444–452
13. OECD. Literacy, Numeracy and Problem Solving in Technology-Rich Environments: Framework for the OECD Survey of Adult Skills. OECD Publishing, 2012 http://www.oecd.org/site/piaac/PIAAC%20Framework%202012-%20Revised%2028oct2013_ebook.pdf
14. Adult Literacy and Lifeskills Survey. OECD 1994–1998, <http://nces.ed.gov/surveys/all/>
15. Literacy in the Information Age. Final report of the International Adult Literacy Survey. OECD, Statistics Canada, 2000. <http://www.oecd.org/edu/skills-beyond-school/41529765.pdf>
16. Literacy for Life: Further Results from the Adult Literacy and Life Skills Survey. Second International ALL Report. OECD, Statistics Canada, 2011. <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-604-x/89-604-x2011001-eng.pdf>
17. Programme for the International Assessment of Adult Competencies, PIAAC. OECD, <http://www.oecd.org/site/piaac/surveyofadultskills.htm>
18. Sørensen K, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. <http://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-12-80/fulltext.html>
19. Jeppesen KM, Coyle JD, and Miser WF. Screening Questions to Predict Limited Health Literacy: A Cross-Sectional Study of Patients with Diabetes Mellitus. *Annals Fam Med* 2009;7(1):24–31, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2625834/>
20. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling* 1999;38:33–42
21. Weiss BD, Mays MZ, Martz W, Castro KM, DeWalt DA, Pignone MP, Mockbee J, Hale FA. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *Annals Fam Med* 2005;3:514–522
22. Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB, Murphy PW, Crouch MA. Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Clinical Research and Methods* 1993;25(6):391–395
23. Bass PF, Wilson JF, Griffith CH. A Shortened Instrument for Literacy Screening. *J Gen Intern Med* 2003;18: 1036–1038
24. Comparative report on health literacy in eight EU Member States. The European Health Literacy Project, 2009–2012. <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/>
- Institutes/FHML/CAPHRI/DepartmentsCAPHRI/InternationalHealth/ResearchINTEALTH/Projects/HealthLiteracy-HLSEU/MeasuringHealthLiteracyInEurope.htm
25. Chew LD, Griffin JM, Partin MR, Noorbaloochi S, Grill JP, Snyder A, Bradley KA, Nugent SM, Baines AD, VanRyn M. Validation of Screening Questions for Limited Health Literacy in a large VA Outpatient Population. *J Gen Intern Med* 2007;23(5):561–566
26. Morris NS, MacLean CD, Chew LD, Littenberg B. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice* 2006;7:21. DOI: 10.1186/1471-2296-7-21 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1435902/>
27. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. US Department of Education, Washington DC, National Center for Education Statistics, 2006. <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>
28. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agraftotis D, Ueters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25(6):1053–1058. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/>
29. Nagy L, Korom E, Hódi Á, B. Németh M. Az egészségműveltség online mérése. In: Csapó B, Zsolnay A, szerk. Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában. Oktatókutatató és Fejlesztő Intézet, Bp., 2015, 147–177. http://www.edu.u-zegeed.hu/kkcs/sites/default/files/legfrissebb/2015/NagyL_Korom_Hodi_B.Nemeth_2015_Egeszsegmuveltesg_online.pdf
30. Gács Zs, Berend K, Csanádi G, Cszimady A. Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére. *Orv Hetil* 2015;156(42):1715–1718. <http://www.akademiai.com/doi/pdf/10.1556/650.2015.30237>

MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT KOZMETOLÓGIAI KONGRESSZUSA

2016. JÚNIUS 2–4. • PÉCS, A ZSOLNAY NEGYED

A RENDEZVÉNYEN KIEMELT HANGSÚLYT KÍVÁNUNK HELYEZNI AZ ESZTÉTIKAI BŐRGYÓGYÁSZATBAN ALKALMAZOTT GYAKORLATI ISMERETEKRE, EZÉRT IGÉNY ESETÉN KISCOPORTOS GYAKORLATI KÉPZÉSEKRE (PL. BOTULINUM TOXIN, PEELING, LÉZER WORKSHOP) IS LEHETŐSÉGET BIZTOSÍTUNK MAJD.

A KONGRESSZUS 44 PONTRA ELŐAKKREDITÁLT (PTE ÁOK/2016.I./00189) AZ ALÁBBI SZAKVIZSGÁVAL RENDELKEZŐK SZÁMÁRA: **1.** ALLERGIOLÓGIA ÉS KLINIKAI IMMUNOLÓGIA, **2.** BŐR-, ÉS NEMIBETEGSÉGEK ÉS KOZMETOLÓGIA, **3.** BŐRGYÓGYÁSZAT, **4.** KLINIKAI BIOKÉMIA, **5.** KLINIKAI ONKOLÓGIA, **6.** PATOLÓGIA, **7.** PLASZTIKAI (ÉGÉSI) SEBÉSZET, **8.** SEBÉSZET, **9.** SZEMÉSZET.

INFORMÁCIÓ: EXPERT-QUALITY KONGRESSZUSI ÉS UTAZÁSI IRODA • INTERNET: [HTTP://WWW.EQCONGRESS.HU](http://WWW.EQCONGRESS.HU) •
E-MAIL: CONGRESS@EQCONGRESS.HU