



INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRL

## Az egészségértés fogalma, mérése és hatása az emlőszűrésen való részvételre

DÖBRÖSSY BENCE<sup>1</sup>

### ABSZTRAKT

*A tanulmány az alacsony egészségértés és az emlőszűrés elutasítása közötti kapcsolatot elemzi. Definiálja az egészségértést, bemutatja mérésének módszertanát, beszámol a felmérések eredményeiről, ismerteti a magyar emlőszűrési adatokat, részletesen taglalja az egészségértés emlőszűrésre gyakorolt hatásával foglalkozó kutatásokat és javaslatokat tesz az egészségértés javítására.*

*Az egészségértés az egészségügyi kérdésekben való információszerezési, értési és eligazodási képesség. Validált eszközök léteznek a mérésére.*

*Más országokhoz hasonlóan, a magyarországi felmérés is jelentős egészségértési hiányosságokat fedezett fel. A lakosság körülbelül felének elégtelen vagy problémás az egészségértése. Kutatások támasztják alá, hogy a mammográfias szűrésen való részvételt negatívan befolyásoló tényezők között az alacsony egészségértés is szerepet játszik, ezért tanulmányozása létfontosságú lehet az emlőszűrés népegészségügyi hasznának maximalizálása szempontjából.*

**KULCSSZAVAK:** egészségértés, emlőszűrés, mammográfia, szűrésen részvétel, emlőrák, egészségkommunikáció

### ABSTRACT

#### **The concept and measurement of health literacy and its effect on breast screening participation**

*This study analyses the relationship of low health literacy and non-participation in breast screening. It defines health literacy, discusses its measurement tools, reports on health literacy studies in various populations, describes participation rates in the Hungarian breast screening program, reviews studies dealing with the effect of health literacy on breast screening participation and makes recommendations for the improvement of health literacy.*

*Health literacy is the ability to gain, understand, and appraise health related information as well as using said information in decision making. There are validated tools for measuring it. Like in other countries, surveys in Hungary found that the health literacy of the population is rather low. About half of the population has poor or problematic health literacy.*

<sup>1</sup> Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, doktorandusz.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

*Studies show that low health literacy is one of the factors negatively influencing screening participation. Its study is therefore vital in order to maximize the public health benefits of breast screening with mammography.*

**KEYWORDS:** *health literacy, breast screening, mammography, participation in screening, breast cancer, health communication*

### Bevezetés

Mivel magyarázható az, hogy Magyarországon az emlőrák szempontjából leginkább érintett 45-65 éves korosztálynak csak a fele vesz részt szűrési vagy diagnosztikus mammográfián (Boncz et al. 2013)? Történik ez annak ellenére, hogy a célcsoport tagjai részletes tájékoztató levelet, névre és két különböző időpontra szóló szűrési behívót kapnak, amiből kiválaszthatják a megfelelőbbet, a részvétel teljesen ingyenes (az OEP a helyközi és távolsági közlekedést is megtéríti), és nem mellékesen egy fontos népegészségügyi problémáról van szó. Bár a mammográfiás vizsgálat kellemtelennek mondott, nem egy invazív beavatkozás.

Jelen tanulmány egy lehetséges magyarázatként az egészségértés szerepét vizsgálja. Az angol 'health literacy' kifejezést magyarra többféleképpen fordítják. A szakirodalom használja az egészségértés, egészségjártasság és egészségműveltség kifejezéseket. Az egészségértés az egészségügyi kérdésekben való információszerzési, értési és eligazodási képesség.

Az egészségértésnek sok összetevője van: kulturális és fogalmi ismeretek, olvasott és hallott szövegértési készség, szám-értési készség, médiajártasság, egészségügyi tapasztalat (Nielsen Bohlman – Panzer – Kinding 2004).

Ha az egyén egészségértése alacsony, nem lesz meg a készsége arra, hogy szelektáljon az információ-áradatban. Nem tudja megkülönböztetni a reklámfogást az elemzéstől, a jó információt a rossztól. Nem tudja eldönteni, hogy Szendi Gábornak (2011) és a Blikk Rúzsnak (2009) higgye-e el, hogy a mammográfia rákot okoz, vagy a szűrésre invitáló meghívólevélnek adjon-e hitelt. Mint a későbbiekben látni fogjuk, a források, vélemények megbízhatóságának megítélése jelentős problémát okoz a magyar lakosság közel felének a kutatások szerint (Koltai – Kun 2016 a). Az emberek 43 százaléka a nem tudja eldönteni, hogy a médiából szerzett információ megbízható-e.

A mammográfián való részvételt a szűrést szolgáltató egészségügyi ellátórendszer sajátosságai mellett a szűrésre meghívottak szűrési magatartása is befolyásolja, amelyet lélektani, kognitív és szociális tényezők határoznak meg. Kutatások támasztják alá, hogy az egészségértés is kapcsolatban van az emlőszűrésen való megjelenéssel, ezért tanulmányozása létfontosságú lehet az emlőszűrés népegészségügyi hasznának maximalizálása szempontjából (Komenaka et al. 2015). Ehhez szeretne jelen írás is hozzájárulni.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

A tanulmány megvizsgálja az egészségértés fogalmát, az egészségértés mérésének módszertanát, a felmérések eredményeit és az egészségértésnek az emlőszűrésre gyakorolt hatásával foglalkozó irodalmakat és kutatásokat. A magyarországi emlőszűrési adatok felvázolása után javaslatokat tesz a helyzet javítására.

### Az egészségértés fogalma

Az egészségértés fogalma nem tévesztendő össze az egészségtudatossággal. Az *egészségtudatosság* érték- és attitűd központú. Azt vizsgálja, hogy mennyire fontos az egészség, az egészséges életmód az egyén életében? Az *egészségértés* készségeket és képességeket jelent. Nutbeam (1998) definícióját Csizmadia a következőképpen fordítja magyarra: „az emberek kognitív és szociális készsége (skills), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (ability), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket.” (Csizmadia 2016: 41). A WHO az egészségértés két szintjét különbözteti meg (Kanji – Mitic 2009). A *funkcionális vagy gyakorlati egészségértés*: azok a készségek, amelyek lehetővé teszik az egyén számára, hogy különböző írásos anyagokat elolvasson, megértse írott és hallott információkat, és az egészséggel kapcsolatos utasításokat követni tudja.

(A fent idézett WHO dokumentumban a szerző beszél még egy harmadik szintről is, „egészségértés, mint képesség tétel” de ez egy elvont ideológiai, politikai szint, amely a jelenlegi kutatás szempontjából nem releváns).

Mérhetőség szempontjából hasznos Sorensen és munkatársai (2012) integrált egészségértés modellje. Ezt Csizmadia a következőképpen tolmácsolja: „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 prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során.” (Csizmadia 2016: 42)

A modell négy kulcskompetenciát fogalmaz meg: hozzáférés, megértés, értékelés, alkalmazás. Ezek a komponensek befolyásolhatják az egyén hajlandóságát, hogy elfogadja a meghívást és a szűrésen részt vegyen. Ha az egyén nem megfelelően érti a szűrés potenciális előnyeit és hátrányait, ha nem tudja, melyik a megbízható információforrás és melyik nem az, amikor a meghívó elfogadását mérlegeli, akkor számára kedvezőtlen döntést hozhat. Ha az egyén egészségértése és az orvos, az ellátórendszer vagy a média által nyújtott információ nem áll kapcsolatban, akkor az egészségkommunikáció nem éri el a kívánt eredményt. Ez is hatással lehet az optimalistól elmaradó emlőszűrési részvételi arányokra.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

### Az egészségértés mérése

Az elmúlt néhány évben számos egészségértést mérő eszközt fejlesztettek ki. Nehéz a feladat, mert az eszköznek magába kell foglalnia több készség mérését, a résztvevő releváns tapasztalatait, az ellátórendszer strukturális sajátosságait és a vizsgált egészségviselkedés és döntés kontextusát. Nem csak gyakorlati készségeket (például olvasáskészség, szövegértés) kell mérnie az eszköznek, hanem korábbi releváns ismereteket is (Baker 2006).

Baker (2006) szerint az olvasáskészség az a képesség, hogy írott szöveget mentálisan feldolgozzunk, és új tudásra tegyünk szert. Az egészségértés „skill-set” része a számtani jártasság és a mennyiségi információk megértése. A korábbi ismeretek alatt azt a tudást érti Baker, amivel az egyén rendelkezik, még mielőtt az új anyagot elolvasná/meghallaná. Itt tehát a vonatkozó szókinccs és fogalomtár a fontos. Az egészségértés-mérés alapkonceptiója, hogy az egyének képességei mennyire felelnek meg az egészséggel kapcsolatos komplex igényeknek a 21. században (Sorensen et al. 2012).

Számos eszköz elérhető és letölthető a <https://healthliteracy.bu.edu/all> weboldalról. Írásom a leggyakrabban használt, validált és nemzetközileg kipróbált egészségértést mérő eszközöket mutatja be, hangsúlyozva a specifikusan a daganatos betegségekkel kapcsolatos kérdőíveket:

- The National Center for Education Statistics (2003) eszköze a *National Assessment of Adult Literacy* (NAAL) egészséggel kapcsolatos dokumentum-értést és kvantitatív jártasságot értékel. Magyarországon még nem használták.
- *The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM) szófelismerést mér (Davis et al. 1991). Gyors, mert csupán hatvanhat egészséggel kapcsolatos szót kell felolvasni és helyesen kiejteni. Magyar változat nincs. Amerikai és török kutatásokban használták.
- *The Test Of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) valós kórházi nyomtatott anyagokkal, gyógyszerdoboz címkékkel méri a válaszadók olvasott szöveg- és szám/ mennyiség értését (Parker et al. 1995). Van egy globális szövegértés része is, ahol egy szövegből minden hetedik szót töröltek, és egy listáról kell a válaszadónak kiválasztania a megfelelőt. A rövidített változat magyarul is elérhető.
- *Newest Vital Sign* (Átlagos Tápérték Teszt) olvasott szövegértési és számolási készségeket mér. Népszerű, mert rövid és egyszerű a használata (Weiss et al. 2005). Magyarul is alkalmazták már. A kérdezettnek megmutatják egy doboz fagyalt tápérték címkéjét és ezzel kapcsolatban tesznek fel kérdéseket.
- *Health Literacy Survey-EU* validált és tesztelt, magyarul is elérhető kérdőív, amely 47 kérdésben három egészséggel kapcsolatos területet (egészségügy, prevenció, egészségfejlesztés) és négy információ-feldolgozási szintet (elérés, megértés, értékelés, alkalmazás) mér (Sorensen et al. 2015).



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- *Health Literacy Skills Instrument (HLSI)*. McCormack et al. (2010) egy olyan új eszközt fejlesztettek ki, amely nem csak szövegolvasást és értést, hallott szövegértést és számjártasságot mér, hanem internet navigáló képességet is. Az eredeti változat 25 kérdést használ, de kidolgoztak egy 10 kérdésből álló rövid változatot is.
- *The Assessment of Health Literacy in Cancer Screening (AHL-C)* emlő- és méhnyakszűrésre létrehozott egészségértés teszt. A fent említett REALM és TOFHLA teszteket használta modellként. Négy alskálából áll: olvasott szövegértés, számértés, hallott szövegértés és tájékozottság (Hae-Ra et al. 2014). A teszt fejlesztés alatt áll. Eddig egy kutatás használta az USA-ban amerikai-koreai nők között. Nagy előnye, hogy konkrétan emlő- és méhnyakrákszűrés kontextusában specifikus.
- *Breast Cancer Literacy Assesment Tool (B-CLAT)* angolul validált ismereteket mérő eszköz (Williams – Templin – Hines 2013). 21 feleletválasztós kérdést tesz fel. Nem készségeket mér, csupán csak prevenciós informáltságot.
- *30 Item Cancer Health Literacy Test (CHLT-30)* rákbetegek rákkal kapcsolatos ismereteit, szövegértését és számértését méri (Dumenci et al. 2014). Angolul validált. Létezik egy hat kérdésből álló rövidített változata is (CHLT-6). Míg a 30 kérdéses változat képes egy kontinuumon mérni a válaszadók egészségértését, a CHLT-6 gyorsan tudja azonosítani a korlátozott egészségértéssel jellemezhető egyéneket.
- *Cancer Message Literacy Test (CMLT)* van egy 60 perces hallott szövegértést és egy 10 perces olvasott szövegértést mérő része (Mazor et al. 2012). Rák megelőzéssel és szűréssel kapcsolatos szövegeket használ. Amerikában használt, csak angolul elérhető eszköz.
- *The Cancer Literacy Score (CLS)* olasz nyelven, Svájcban kifejlesztett, angolul is elérhető rákkal kapcsolatos tájékozottságot mérő 5 kérdéses eszköz (Divani – Schulz 2012).

Ezeknek a viszonylag egyszerű és kipróbált eszközöknek a használatával lehet képet kapni arról, hogy mennyire képes valaki egészséggel kapcsolatos információkat megszerezni, értelmezni és ezek alapján döntéseket hozni.

### Egészségértés kutatások eredményei

Sorensen és munkatársai (2012) az „egészségértés epidémia” kifejezést használják az amerikai egészségértés adatok bemutatására. A US Department of Health and Human Services (2015) beszámolója szerint Amerikában a felnőtt lakosság 12 százaléka rendelkezik magas szintű egészségértéssel. Ők képesek táblázatokat értelmezni, és kiszámítani egy munkavállaló éves egészségbiztosítási önrész hozzájárulását. A lakosság 53 százalékának közepes az egészségértése. Képesek gyógyszerhaszná-



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

lati útmutatót olvasni, és eldönteni, hogy mikor kell az orvosságot bevenni, 21 százaléuk rendelkezik alapvető egészségértéssel. Ők tudnak egészségügyi pamfleteket olvasni és meg tudnak nevezni két okot, amiért tünetmentes embereknek orvosi vizsgálatra lehet szükségük. 14 százalék az alapvető szintet sem éri el. Rövid utasításokat tudnak olvasni és eldönteni, mit szabad inni egy orvosi vizsgálat előtt. 77 millió felnőttnek komoly problémái vannak a legegyszerűbb egészséggel kapcsolatos feladatok megértésével is. Az afromerikaiak 67 százalékának volt alacsony az egészségértése, míg a fehérek körében 32 százalékának. Az idősek 29 százalékának alapszint alatti egészségértése van, míg 30 százalékának csak alapszintű (Corrarino 2013).

Európából is rendelkezésünkre állnak egészségértés felmérésekből adatok. A The European Health Literacy Survey 2011 nyarán készült, 8 európai országban, 1000-1000 fő körüli reprezentatív mintákkal. A direkt erre a projektre kifejlesztett HLS-EU 47 eszközt használta. Az eszköz Sorensen és munkatársai (2012) integrált egészségértés modelljére épülve megkülönböztetett három egészséggel kapcsolatos területet (egészségügy, prevenció és egészségfejlesztés) és négy információ-feldolgozási szintet (elérés, megértés, értékelés és alkalmazás) (Koltai – Kun 2016 a). Az alábbi táblázatban látható a Health Literacy Survey EU eredménye kiegészítve a HLS EU felmérés módszertanát és kérdőívét alkalmazó magyar kutatás eredményeivel (1. táblázat).

1. táblázat: Health Literacy Survey EU Az összesített egészségértés index eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

Megnevezés	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

Forrás: Koltai – Kun 2016a: 11.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Bár számottevő különbségek vannak a felmérésben résztvevő országok eredményei között, elmondható, hogy a mért egészségértési szintek általában nem jók. Majdnem minden második embernek korlátozott az egészségértése. Európában nem csak az egészségi állapotban van társadalmi rétegződés, hanem az egészségértésben is. A korlátozott egészségértés összefüggésben volt az alacsony szociális státusszal, rossz szubjektív egészségi állapottal és gyakori orvoshoz fordulással is. A tanulmány szoros kapcsolatot talált az alacsony iskolázottság, idősebb kor és a gyengébb egészségértés között (Sorensen et al. 2015).

A táblázatban látható, hogy a fenti megállapítások Magyarországra is igazak. A Health Literacy Survey EU módszertanát használva a Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. által 2015. május-júniusában magyarországi országos, 1008 fős reprezentatív mintán végzett kutatás szerint itthon is minden második embernek problémát jelent az alapvető egészségügyi információkhoz való hozzáférés, annak feldolgozása és megértése (Koltai – Kun 2016 a). A megkérdezettek 19 százalékának elégtelen, 33 százalékának problémás az egészségértése. 32 százalék nehezen tartja az egészségük javítására vonatkozó döntések meghozatalát, 43 százalék nehezen tartja megítélni, hogy a médiából szerzett információ hasznos-e vagy sem, és 28 százalék nehezen tartja eldönteni, hogy melyik szűrővizsgálatra lenne szüksége.

Érdekes kettősségre lehetünk figyelmesek összehasonlítva a magyarországi felmérés gyakorlati egészségértési eredményét (ezt a szövegértési és numerikus kompetenciát a Newest Vital Sign-nal mérték) az elméleti egészségértési eredménnyel (ezt a HLS-EU 47 önbevallással mérte, a „*Kérem, adja meg ezen a skálán, hogy Ön szerint mennyire könnyű, illetve nehéz megérteni az élelmiszerek csomagolásán olvasható információkat*” kérdéssel) (Koltai – Kun 2016b). Gyakorlati egészségértésben Hollandia után nálunk mérték a legjobb eredményeket. A magyarok több mint kétharmada megfelelő gyakorlati egészségértéssel rendelkezik, viszont az önbevallós kérdésre csak 16 százaléka mondta azt, hogy nagyon könnyű megérteni az információt, és 42 százaléka, hogy inkább könnyű. Ez lehet mérési hiba, de jelentheti azt is, hogy kevés az ilyen jellegű önbizalmunk. Mint említettem, a hazai egészségértés felmérésben használt HLS-EU kérdőív 47 kérdésben három egészséggel kapcsolatos területet (egészségügy, prevenció, egészségfejlesztés) különböztet meg, így ezekről a területekről külön-külön is van adat. A lakossági emlőszűrés lényegében szekunder prevenciónak felel meg, ezért jelen tanulmány szempontjából a prevenció kiemelten fontos. A kutatás eredményeiből láthatjuk, hogy Magyarországon a lakosság egyötöde elégtelen, majdnem egyharmada pedig problémás a prevenciót illető egészségértés kompetenciákban. Magyarországon az egészségfejlesztési alindex eloszlása is kedvezőtlenebb a kutatásban részt vett országok összesített adatainál (Koltai – Kun 2016a). A társadalmi-gazdasági tényezőket figyelembe véve elmondható, hogy Magyarországon a nők, a fiatalabbak, a magasabb végzettségűek és az anyagilag jobb helyzetben lévők rendelkeznek magasabb egészségértési szinttel.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Berens et al. (2016) 2000 fős HLS-EU 47-et alkalmazó németországi felmérése is alátámasztja, hogy az életkor jelentős szerepet játszott a korlátozott egészségértés növekedésében. A 15–29 éves válaszadók 47,3 százalékának volt korlátozott az egészségértése. A 30–45 éveseknél ez az arány 47,2 százalék. Az emlőszűrésben leginkább érintett 46–64 éves korosztály 55,2 százalékának volt korlátozott az egészségértése, míg 65 év felett ez az arány 66,4 százalék.

### Emlőszűrés

Az emlőrák világszerte, így hazánkban is, a nők körében az egyik vezető halálok. Az emlőrák okozta halandóság csökkentésére a korai felismerés és korai kezelés a legmegfelelőbb megoldás.

Az *opportunistikus szűrés* (azaz bármely okból orvoshoz forduló személy vizsgálata a tünetmentes célbetegség felismerésére alkalmas módszerrel) a nemzetközi tapasztalat szerint nem annyira hatásos, mert „önkiválasztott” egészségtudatos egyének, a kelletténél gyakrabban, a kockázati csoportok tagjai viszont ritkán vagy soha nem vesznek részt szűrésen. Ezzel szemben a *népegészségügyi szervezett lakossági szűrővizsgálatok* (azaz a szűrést az egészségügyi ellátórendszer kezdeményezi és menedzseli, beleértve a regiszter alapján történő személy szerinti meghívást és nyomon követést az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő korcsoportokban) bizonyítottan jelentős eredményt érhetnek el. A népegészségügyi emlőszűrés eredményessége tudományos bizonyítékokkal alátámasztott. A Tabár által vezetett svédországi 7 éves utánkövetéssel végzett „két megye” vizsgálat 31 százalékos emlőrák mortalitás csökkenést mért az érintett (40–74 év) korcsoportokban. Az „Edinburgh Randomised Trial of Breast Cancer Screening” tízéves utánkövetés után a 45–64 éves korosztályban a szűrésen részt vevő nők esetében 14–21 százalékos mortalitás-csökkenést mutatott. Nyolc nagy randomizált kontrollált vizsgálat 20 százalékos emlőrák mortalitás-csökkenést mért a szervezett szűrésen résztvevők körében (Betlehem Kriszbacher 2008).

A népegészségügyi szervezett emlőszűrés az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Nemzetközi Rákkutató Ügynöksége (IARC), valamint a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) epidemiológiai bizonyítékokon alapuló, mértékadó ajánlásai szerint a 45–65 év közötti nők kétévenkénti mammográfiás vizsgálatával javasolt (Döbrössy 2013).

Külföldön és Magyarországon is általános gond – különböző mértékben – és bizonyos társadalmi csoportokban a szervezett szűrésen való alacsony részvétel. A hazánkban 2002-ben megindult „szervezett emlőszűrési” programban a lakossági részvétel mindig jelentősen a WHO ajánlása szerint elvárt 70 százalékos kívánatos mérték alatt maradt (Állami Számvevőszék 2008).

Boncz et al. (2013) OEP adatokra épülő kutatása szerint a 45–65 éves korcsoportban az átszűrtség (azok, akik a szervezett népegészségügyi szűrésen behívó-





## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

ra megjelentek) a 2002–2003-as két éves szűrési ciklusban elért 34,7 százalékról a 2004–2005-ös ciklusban 29,7 százalékra, majd 2006–2007-ben 29,2 százalékra csökkent, míg 2008–2009-ben 31,2 százalékra emelkedett. A diagnosztikus átvizsgáltság (részlet vettek mammográfiás vizsgálaton a kétéves ciklusban, de nem a népegészségügyi szűrés keretein belül, hanem orvosi beutalóval) a 2002–2003-as 22,6 százalékról a következő ciklusokban egy kis emelkedés után enyhén csökkent. (2004–2005: 23,6 százalék, 2006–2007: 21,6 százalék, 2008–2009: 20,4 százalék). A lefedettség (átszűrtség és átvizsgáltság) kis mértékben csökkent a négy ciklusban (2002–2003: 54,6 százalék, 2004–2005: 50,8 százalék, 2006–2007: 49,3 százalék, 2008–2009: 50,1 százalék).

Boncz et al. (2013) szerint az 50 százalék körüli lefedettség megfelel az OECD átlagnak (ne feledjük, nincs mindenhol ingyenes, meghívásos program), de például nagyon elmarad a finnországi 87,7 százaléktól és a svédországi 83,6 százaléktól. Az Egyesült Királyságban az átszűrtség 75 százalék, Hollandiában 78 százalék.

### Egészségértés és emlőszűrés

Számos kutatás támasztja alá, hogy az alacsony egészségértés összefügg a rosszabb egészségi állapottal, gyengébb egészségismeretekkel és a szolgáltatások nem megfelelő használatával (Berkman et al. 2011). Elmondható ugyanez az emlőszűrésről is? Van kapcsolat az emlőszűrés elutasítása és az alacsony egészségértés között? Oldach és Katz (2014) készítették az egyetlen szisztematikus irodalomlemezést a témában. Öt eredeti kutatást találtak, amely megfelelt a meta-elemzés kritériumainak. 1990 és 2011 között az Amerikai Egyesült Államokban végzett kutatásokat vettek figyelembe. Egy tanulmány országos reprezentatív mintát használt. Más kutatások alapjául közösségi helyszíneken vagy klinikákon vett kisebb minta szolgált. Egy tanulmány csak 65 évnél idősebb nőket kérdezett meg. Az egészségértés mérése nem volt egyöntetű, de mindegyik validált tesztet használt. Mindegyik tanulmány keresztmetszeti adatokkal készült. Egy tanulmány orvosi nyilvántartásban nézte a szűrésen való részvételt, a többi önbevallással mérte. A mérés nem volt standardizálva. Akadt tanulmány, amely azt kérdezte, volt-e az egyén szűrve az elmúlt 12 hónapban, és volt, amely az elmúlt 24 hónapra kérdezett rá. A tanulmányokban a szűrésen való megjelenés 44 százalék és 69 százalék között mozgott. Elégtelen egészségértés 24–58 százalék között volt. Három tanulmány (köztük a nagymintás) talált jelentős összefüggést az alacsony egészségértés és alacsony részvételi arányok között. Egy tanulmány ezt a kapcsolatot csak a 65 év felettiéknél mutatta ki. Bár az elemzés módszertani tényezők nehezítették, megállapítható az összefüggés a részvételi hajlandóság és az egészségértés között.

Azt, hogy az egészségértés és emlőszűrés kapcsolata egy alulkutatott terület, saját irodalomkutatásom is alátámasztja. Web of Science és PUBMED keresés a „health



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

literacy AND breast screening, mammography” kifejezésekre 21 releváns empirikus kutatást tárgyaló cikket talált 2017 januárjában. Jelen tanulmány figyelmen kívül hagyja azokat a kutatásokat, amelyek már emlőrákkal diagnosztizált páciensek egészségértését, rákkal kapcsolatos ismereteit vagy kezelési döntéseiket vizsgálta. Az elemzésből kizártam azokat a közleményeket, amelyek teljes szövegben angol nyelven nem elérhetőek. Csak azokat a kutatásokat mutatom be itt, amelyek tünetmentes nők prevenciók célú mammográfiás szűrési hajlandóságát és egészségértését vizsgálta. Nyolc ilyen cikket találtam. A kutatásokat nehéz összehasonlítani, mert nagyok a módszertani különbségek ezért egyenként röviden vázolólok őket.

Az egészségértés hatását a preventív viselkedésre (ide értve az emlőszűrést is) Fernandez, Larson és Fisher (2016) Amerikában 50 évesnél idősebb emberek között (n= 707) a TOFHLA (olvasott szöveg és számtan értése) teszttel vizsgálták. A kutatásukban az országos reprezentatív Health and Retirement Study (HRS) egy almintáját használták. Az egészségértésre vonatkozó kérdéseket, illetve készség mérést vetettek össze egészségviselkedést érintő kérdésekkel (szűrés, tesztelés, dohányzás). Azt találták, hogy a kor, nem, etnikum korrigált logisztikus regresszió modellben a magasabb egészségértéssel rendelkezők nagyobb valószínűséggel vettek részt az elmúlt két évben szűrési mammográfián (Esélyhányados (EH) =2,215).

Komenaka és társai (2015) nagy mintán kutatták az egészségértés hatását a mammográfiás szűrésen való megjelenésre. A kutatás egy arizonai emlőklinikán zajlott 2010 januárja és 2013 áprilisa között. 1664 negyven évesnél idősebb pácienssel elvégeztették a Newest Vital Sign egészségértés tesztet, valamint demográfiai és más adatokat is gyűjtöttek. Kizárták a vizsgálatból azokat, akiknek mellrákjuk volt 40 éves korukig. A szűrési státuszt az orvosi nyilvántartásból mérték. 40–49 év között az elmúlt 2 évet vették figyelembe, 50 év felett az elmúlt 1 évet. A vizsgált minta 31 százaléka vett részt szűrési mammográfián a megjelölt időszakban. A 40–49 éves korcsoportban az alacsony egészségértésű nők 29 százaléka, míg a megfelelő egészségértésű nők 58 százaléka vett részt emlőszűrésen. Az 50-59 éves csoportban az alacsony egészségértésűek 21 százaléka, és a megfelelő egészségértésűek 51 százaléka volt szűrve. A szűréstől távolmaradók 47 százaléka azért nem vett részt szűrésen, mert semmi emlőpanaszuk nem volt, és 10 százalék nem tudta, hogy az emlőszűrés fontos lehet számukra. Mind a két indok olyan, amit a prevenciók egészségértés fejlesztésével ki lehetne küszöbölni. 18 alapellátásban dolgozó orvos és 168 alacsony egészségértésű páciens vett részt Price-Haywood, Harden Barrios és Cooper (2014) négy éves csoportos randomizált kontrollált vizsgálatában, akik kommunikációs fejlesztést célzó tréningeket szerveztek orvosoknak azért, hogy azok hatékonyabban tudjanak érvelni a szűrés mellett. Bár a kommunikáció minősége fejlődött, az alacsony egészségértésű páciensek szűrési hajlandósága, viselkedése nem változott. Az emlőszűrések száma nem emelkedett a beavatkozás hatására.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Pagán és társai (2012) Texasban 722 negyven év feletti Mexikóból származó amerikai nő felmért adatait használták, hogy logisztikus regressziós modellben megnézzék a funkcionális egészségértés szerepét a szűrési viselkedésben. A résztvevők 51 százalékának volt elégtelen az egészségértése. Más tényezőket kontrollálva azok, akiknek megfelelő volt az egészségértésük, valószínűbben vettek már részt valaha emlőszűrésen, (EH 2,92) vagy vettek részt az elmúlt évben (EH 2,30). Ebben a populációban az egészségértés szignifikáns összefüggést mutatott az emlőszűrési hajlandósággal.

Sentell és munkatársai (2015) a 2007-es California Health Interview Survey-re épülve tanulmányozták Ázsiából származó amerikai nők egészségértését és szűrésviselkedését. 50–74 éves nőket vizsgáltak ( $n = 11\,163$ ). Az alacsony egészségértés itt is összefüggött az emlőszűrésen való csökkent részvétellel. Az ázsiaiak jelentősen kevesebben vettek részt szűrésen és alacsonyabb volt az egészségértésük.

Yilmazel (2016) törökországi tanulmánya az egészségértés, a szűrési ismeretek és az emlőszűrésen való részvétel kapcsolatát vizsgálta. A mammográfia-részvételt önbevallással mérte. A REALM egészségértés tesztet használták. (66 egészséggel kapcsolatos szót kell felolvasni és helyesen kiejteni.) A résztvevők 94 százalékánál mért alacsony egészségértést. A fiatalabb, alkalmazásban álló, jó keresetű, tanult, jó egészségű válaszadók egészségértése kedvezőbb volt. A korlátozott egészségértés itt is szorosan összefüggött az alacsonyabb szűrési ismeretekkel (EH 6,53) és részvétellel (EH 1,22).

Kadivar és munkatársai (2016) floridai kutatása a NAAL (Egészséggel kapcsolatos dokumentumértést és kvantitatív jártasságot értve) eszközzel vizsgálták a mammográfias szűrés és a gyakorlati egészségértés hatását 40 évnél idősebb Latin-Amerikából származó nők ( $n = 6532$ ), és Amerikában született, nem latin-amerikai fehér nők ( $n = 3592$ ) között. A mammográfias részvételt önbevallással mérték. Közel egyenlő arányban voltak mammográfián az elmúlt 12 hónapban a latin-amerikai nők (59,3 százalék) és nem latin-amerikai fehér nők (60,6 százalék). A fehér nők esetében az egészségértés pozitívan függött össze a szűrési mammográfián való részvétellel ( $\beta = 0,14$ ,  $p < 0,001$ ). A latin-amerikai nők esetében az összefüggés negatív volt ( $\beta = 0,13$ ,  $p < 0,001$ ). Jobb funkcionális egészségértéssel rendelkező latin-amerikai nők kevesebbszer vettek részt mammográfias szűrésen, mint a rosszabb egészségértésűek. Ez a negatív összefüggés a kulturálisan integrálódott, angolul kommunikáló latin-amerikai nőknél volt a legerősebb. A szerzők nem tudtak magyarázatot adni erre a váratlan eredményre.

Roman et al. (2014) egy randomizált kontrollált vizsgálatban tanulmányozták az alacsony egészségértés és az emlőszűrés elutasításának kapcsolatát Michiganban hátrányos helyzetű 21–70 éves arab, afroamerikai és latin-amerikai nők között ( $n = 514$ ). Afroamerikai nőknél az alacsony egészségértés állt a legszorosabb összefüggésben az emlőszűrés elmulasztásával; ez az arab és latin-amerikai nők között az



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

orvosi ajánlás hiányával volt magyarázható. Tehát a kockázati tényezők más és más etnikai csoportban különbözően hatottak ebben a tanulmányban.

Összegzésként elmondható, hogy a tanulmányok kis száma, a vizsgált populációk és a használt módszerek eltérései miatt nehéz messzemenő következtetéseket levonni a fent ismertetett kutatásokból. Bár a bizonyíték nem egyhangú, elmondható, hogy az alacsonyabb egészségértéssel rendelkező nők emlőszűrési hajlandósága kisebb, mint a jobb egészségértésűeké. Ez azt jelentheti, hogy az egészségértés fejlesztésével a részvételi arányok javíthatóak.

### **Az emlőszűrésen való részvétel növelése és az egészségértés fejlesztése**

Az egészségértés fejlesztésének egyik legfontosabb feltétele az, hogy a döntéshozók felismerjék a jelentőségét. Ez megvalósulni látszik, mert az egészségértés kiemelt téma az Európai Unió egészségpolitikájában és a WHO Európai regionális irodája is prioritásként nevezi meg (Sorensen et al. 2015).

Magyarországon is több figyelmet kap ma ez a téma, mint néhány éve. A már tárgyalt magyarországi országos egészségértés felmérés mellett (Koltai – Kun 2016a, Koltai – Kun 2016b) meg kell említeni az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete által 2016-ban és 2017-ben meghirdetett „Nekem Szól! Egészségértés Díj”-at, amire egészségértést fejlesztő programokkal lehetett nevezni (Borjádi 2016). 103 pályázat érkezett a 2016-os kiírásra és több portálon írtak róla.

Népegészségügyi emlőszűrésen való részvételt fokozó kommunikáció javításáért is indult hazánkban egy jelentős EU finanszírozású program, a „szűrőprogramok országos kommunikációja” (SZOK) projekt, amelynek része volt az országos kommunikációs kampány és lakossági tájékoztató napok szervezése, háziorvosi tréningek, oktatási anyagok kidolgozása.

Az egészségértés prioritásként való kezelése mellett fontos a konkrét stratégiák kidolgozása is. Áttekintve az egészségértés fejlesztésével foglalkozó négy rendszerezett irodalomlemezést, Kanj és Mitic (2009) bizonyítékot találtak a kommunikáció nyelvezetének egyszerűsítésére, a multimédiás prezentációk használatára és a helyi közösségekben megvalósuló, a célpopulációt közvetlenül elérő stratégiák hasznosságára. Ezeket szeretném röviden az emlőszűrésre alkalmazva bemutatni.

A kutatások által kimutatott összefüggés az alacsony egészségértés és a szűrés elutasítása között azt sugallja, hogy egyszerűsíteni kell az emlőszűrésre motiváló üzenet nyelvezetét, legyen szó a meghívólevélről, újságcikkről vagy orvosi beszélgetésről.

Jó példa erre a túldiagnózis (over diagnosis) fogalma és ennek kommunikációja az interneten. A túldiagnózis az emlőszűrés egyik lehetséges kockázata, ezért fontos, hogy a potenciális résztvevő tisztában legyen jelentésével. Az Egyesült Királyságban a szűrésre felszólító meghívólevelet is jelentősen átírták miatta 2013-ban az NHS



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

(Nemzeti Egészségügyi Szolgálat) szakemberei (Forbes – Ramirez 2014). A nagy sajtóvisszhang ellenére is Hersch et al. (2013) azt találták, hogy a 390 megkérdezett laikus felnőtt 1 százaléka tudta elfogadhatóan megfogalmazni, mit jelent a 'túlidiagnózis'. (Pl.: olyan betegség diagnózisa szűrés által, amely nem fog tüneteket vagy hált okozni.)

Ha nem egyszerű nyelven kerül kifejtésre egy fogalom, az emberek nem fogják megérteni, bármennyit is beszélünk róla. A US Department of Health and Human Services (USDHHS) ajánlása szerint az interneten lévő tájékoztató anyagoknak általános iskola hatodik osztályos szint alatt kell lennie, hogy az átlag amerikai felnőtt megértse. AlKhalili és társai (2015) tanulmánya azt vizsgálta, hogy megfelelnek-e ennek a kritériumnak az interneten található mammográfiás oktató anyagok. 300 weboldalt néztek át különböző szofisztikált szoftverekkel. Egy sem felelt meg az USDHHS elvárásának, tehát az átlag amerikai felnőtt egészségértése szintjén értelmezhetetlen az oldalak információ-tartalma. Az írott szövegek testre szabása, az egyszerű nyelvezet (plain language) használata kulcsfontosságú.

Kutatások támasztják alá, hogy az emlőszűréssel kapcsolatos egészségértés javítható. Hae-Ra Han és munkatársai (2017) arra kerestek választ, hogy a védőnők hogyan fejleszthetik Amerikában élő koreai származású nők szűrési egészségértését. Csoportos véletlenszerű mintavétellel választottak ki 560 nőt Marylandben 23 koreai gyülekezetből. A kísérleti csoport kapott egy testre szabott szűréssel foglalkozó brosúrát, amit védőnői tréning és havi telefonos konzultáció követett. A beavatkozás után 18,5-szer volt nagyobb a mammográfiás részvétel a kísérleti csoportban, mint a kontrollban.

Az emlőszűrést érintő egészségértés fejlesztésének egyik ajánlott módja a helyi szinten, településeken, közösségekben megvalósuló (community outreach) megközelítés. A stratégia egyik komponense, hogy a helyi közösségben elfogadott, a közösség kultúráját ismerő üzenetközvetítő (lehet védőnő, segéd-egészségőr, a közösséghez tartozó civil) testre szabva, érthetően és interaktívan adja át az üzenetet a célcsoport tagjainak. Erre azért van szükség, mert vannak közösségek és csoportok, akiknek a szűrési hajlandóságuk alacsonyabb az átlagosnál, ilyenek a szociálisan hátrányos helyzetű asszonyok, etnikai kisebbséghez tartozók, szegénynegyedekben, falvakban, kisvárosokban élők. Bailey és munkatársai (2005) elemeztek 24 amerikai alacsony jövedelmű nők között végzett, közösségben megvalósuló mammográfiás részvételre motiváló stratégiát és bizonyítottan találták hatékonyságukat.

Magyarországon is vannak ilyen jellegű programok. A hódmezővásárhelyi „Egészséges Vásárhely Program” szűrőszervezéssel, mozgósítással, figyelemfelkeltő eseményekkel, a célcsoport személyes felkeresésével és meggyőzésével két év alatt elérte, hogy 43 százalékról 69 százalékra emelkedett az emlőszűrésen részt vevő nők aránya (Egészséges Vásárhely Program 2012).



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

Joó Marianna (2010) számol be egy civil szervezetek által működtetett közösségi programról. Az „Egyenlő Eséllyel a Rák Ellen” emlőszűrő és felvilágosító egészségnapokat szerveztek hátrányos helyzetű településeken. 5 év alatt 50 helyszínen, kb. 15 000 fő részvételével 6.000 mammográfiás szűrővizsgálatot és 8000 egyéb vizsgálatot értek el.

A hátrányos helyzetű népesség emlőszűrésen való részvételén és egészségértésén sokat segíthetnek laikus egészség-segítők (lay health workers). Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramon belül Magyarországon is képeznek, és praxisközösségekben 2013 óta alkalmaznak hátrányos helyzetű segéd-egészségőröket (Kósa 2017). A segéd-egészségőrök egyik feladata, hogy felkeressék és részvételre bátorítsák az emlőszűrésre behívott nőket közösségükben. Az Amerikában hatásos módszer remélhetőleg itthon is eredményes lesz.

### Összegzés

Amerika után már az Európai Unióban is egyre több figyelmet kap a lakosság egészségértése. Számos európai kutatás indult, hogy felmérje az emberek egészségértési szintjét és több program kezdődött, hogy javítsa azt. Bár Magyarországon még az *egészségértés, egészségműveltség vagy egészségjártasság* kifejezéssel is találkozhatunk, ha a témában olvasunk, de egyre több írás jelenik meg.

Az egészségértés lényegében azt jelenti, hogy az emberek milyen mértékben képesek egészségügyi, prevenciós és egészségfejlesztési kérdésekben tájékozódni, az információkhoz hozzáférni, ezeket megérteni és felhasználni, cselekedni.

Kutatásokból tudjuk, hogy az egészségértés egy egészségviselkedést és ezen keresztül egészségi állapotot befolyásoló tényező. Validált, jól kipróbált eszközök léteznek a mérésére. Általában elmondható, hogy a magyar és nemzetközi kutatások szerint is nagyon sok embernek az egészségértési szintje nem megfelelő. Magyarországon minden második embernek problémái vannak az egészségértéssel.

Bár az utóbbi néhány évben történt előrelépés, még mindig kevés kutatás vizsgálja az emlőszűrésen való részvétel és az egészségértés kapcsolatát. Ez egy alulkutatott terület. Mivel az egészségértést mérő eszközök viszonylag egyszerűek és számos kontextusban kipróbáltak, módszertanilag nem lenne nehéz az empirikus kutatásokat végrehajtani. Javítani kell az emlőszűrési részvételi arányokat ahhoz, hogy a népegészségügyi hasznát maximalizálni lehessen. Ehhez minél többet kell megtudni a szűréstől távolmaradás okairól. A nem megfelelő egészségértés is egy ilyen ok, ezért vizsgálata fontos. Magyarországon is érdemes lenne empirikusan megnézni, van-e egészségértés-különbség a szűrésen résztvevő és részt nem vevő nők között.

Az egy törökországi kutatástól eltekintve (Yilmazel 2016), mindegyik emlőszűréssel kapcsolatos egészségértés-felmérés az Amerikai Egyesült Államokban ké-



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

szült. Döntő többségben a kutatások mutattak ki összefüggést az egészségértés és az emlőszűrésen való részvétel között. A kutatások nehezen összesíthetőek, hiszen különböző egészségértés-mérést használtak, különböző módon mérték a szűrés-részvételt, különböző etnikai és korcsoportokkal dolgoztak. Fernandez, Larson és Fisher (2016) és Komenaka és társai (2015) etnikailag heterogén csoportokat elemeztek, de a többi tanulmány egy-egy etnikai csoportra korlátozódott. (Kadivar és társai (2016) és Sentell és társai (2015) tanulmányoztak fehér nőket is, hogy összehasonlítsák az ázsiai illetve latin-amerikai mintákkal.)

Jelen tanulmány alátámasztja, hogy nemcsak az információ elérhetősége és annak a mennyisége, hanem közérthetősége is fontos. Láttuk, hogy a lakosság egy jelentős részének az egészségértése alacsony. Ha tényleg szeretnénk, hogy a magyar népegészségügyi emlőszűrés sikeres legyen, nagyon oda kell figyelni a részvételt fokozó kommunikáció minőségére. Ajánlott egyszerű nyelvet használni a meghívólevélben, internetes cikkekben és az orvos-beteg találkozáskor is. Sokat segíthetnek helyi közösségekben megvalósuló, a célpopulációt közvetlenül elérő stratégiák, mert ezek kulturálisan érzékenyen, a megfelelő szinten tudják megszólítani a célközön-séget.

### Irodalom

- AlKhalili, R. – Shukla, P. A. – Patel, R. H. – Saurin, S. – Hubbi, B. (2015): Readability Assessment of Internet-based Patient Education Materials Related to Mammography for Breast Cancer Screening. In: Academic Radiology, March 22(3): 290–295.
- Állami Számvevőszék (2008): Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről. 0805
- Baker, D. W. (2006): The meaning and the measure of health literacy. In: Journal of General Internal Medicine, 21(8): 878–883.
- Bailey, T. M. – Delva, J. – Gretebeck, K.– Siefert, K. – Ismail, A. (2005): A Systematic Review of Mammography Educational Interventions for Low-income Women. In: American Journal of Health Promotion, 20(2): 96–107.
- Berens, E. M. – Vogt, D. – Messer, M. – Hurrelmann, K. – Schaeffer, D. (2016): Health literacy among different age groups in Germany: results of a cross-sectional survey. In: BMC Public Health, 16: 11–51.
- Berkman, N. D. – Sheridan, S. L. – Donahue, K. E. – Halpern, D. J. – Crotty, K. (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. In: Annals of Internal Medicine, 155(2): 97–107.
- Betlehem, J. – Kriszbacher, I. (2008): A szervezett lakossági emlőszűrő vizsgálatok áttekintése. In: Egészségügyi Gazdasági Szemle, 6: 22–25.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Blikkruzs (2009): A Mammográfia Mellrákot Okoz? <http://blikkruzs.blikk.hu/test-es-lelek/egeszseg/a-mammografia-mellrakot-okoz/b281g09> (Utolsó letöltés: 2017.08.06.)
- Boncz, I. – Döbrössy, L. – Péntek, Z. – Kovács, A. – Budai, A. – Imre, L. – Vajda, R. – Sebestyén, A. (2013): A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008–2009) szűrési körének részvételi arányai. In: Orvosi Hetilap, 154(50): 1975–1983
- Borjádi, Gy. (2016): Az értés fél egészség. In: Egészségfejlesztés, LVII, 3: 62–65.
- Corrarino, J. E. (2013): Health literacy and women's health: challenges and opportunities. In: J Midwifery Womens Health, 58: 257–264.
- Csizmadia, P. (2016): Az egészségműveltség definíciói. In: Egészségfejlesztés, LVII, 3: 41–44.
- Davis, T. C. – Crouch, M. A. – Long, S. W. – Jackson, R. H. – Bates, P. – George, R. B. – Bairnsfather, L. E. (1991): Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. In: Family Medicine, 23: 433–435.
- Diviani, N. – Schulz, P. J. (2012): First insights on the validity of the concept of Cancer Literacy: A test in a sample of Ticino (Switzerland) residents. In: Patient Education and Counselling, 87: 152–159.
- Döbrössy, L. (2013) Daganatok szűrése. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest
- Dumenci, L. – Matsuyama, R. – Riddle, D. L. – Cartwright, L. A. – Perera, R. A. – Chung, H. – Simonoff, L. A. (2014): Measurement of Cancer Health Literacy and Identification of Patients with Limited Cancer Health Literacy. In Journal of Health Communication, 19(2): 205–224.
- Egészséges Vásárhely Program (2012): Szakmai beszámoló az EVP emlőszűrő programjáról. [http://www.evp.hu/wp-content/uploads/2012/12/EVP\\_BMS\\_11\\_EVP.pdf](http://www.evp.hu/wp-content/uploads/2012/12/EVP_BMS_11_EVP.pdf) (Utolsó letöltés: 2017.08.11.)
- Fernandez, D. M. – Larson, J. L. – Zikmund-Fisher, B. J. (2016): Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: findings from the health and retirement study. In: BMC Public Health, 16: 596.
- Forbes, L. – Ramirez, A. J. (2014): Offering informed choice about breast screening. In: Journal of Medical Screening, Vol. 21(4): 194–200.
- Hae-Ra, H. – Boyun, H. – Miyong, T. – Jiyun, K. – Nguyen, T. (2014): Development and Validation of the Assessment of Health Literacy in Breast and Cervical Cancer Screening. In: Journal of Health Communication, 19(0 2): 267–284.
- Hae-Ra, H. – Youngshin, S. – Miyong, K. – Hedlin, H. – Haley, K. – Kyounghae, K. – Hochang, B. L. – Roter, D. (2017): Breast and Cervical Cancer Screening Literacy Among Korean American Women: A Community Health Worker–Led Intervention. In: American Journal of Public Health, Jan., 107, 1: 159–165.





## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Hersch, J. – Jansen, J. – Barratt, A. – Irwig, L. – Houssami, N. – Howard, K. – Dhillon, H. – McCaffery, K. (2013): Women's views on overdiagnosis in breast cancer screening: a qualitative study. In: British Medical Journal, 346: 158.
- Joó, M. (2010): Egyenlő eséllyel a rák ellen. In: Paróla, 2: 10.
- Kadivar, H. – Kenzik, K. M. – Dewalt, D. A. – Huang, I. C. (2016): The Association of English Functional Health Literacy and the Receipt of Mammography among Hispanic Women Compared to Non-Hispanic U.S.-Born White Women. In: PLoS ONE, 10/12/2016, 11, 10: 1–11.
- Kanj, M. – Mitic, W. (2009): Health Literacy and health Promotion – World Health Organisation – The 7th Global Conference on Health Promotion. [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1\\_Inner.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf) (Utolsó letöltés: 2017. 08. 06.)
- Koltai, J. A. – Kun, E. (2016a): A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. In: Egészségfejlesztés, LVII, 3: 3–20.
- Koltai, J. – Kun, E. (2016b): Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban. In: Orvosi Hetilap, 157, 50: 2002–2006.
- Komenaka, I. – Nodora, J. N. – Hsu C.-H. – Martinez, M. E. – Gandhi, S. G. – Bouton, M. E. (2015): Association of Health Literacy With Adherence to Screening Mammography Guidelines. In: Obstetrics & Gynecology Issue, Volume 125(4), April: 852–859.
- Kósa, K. (2017): A hátrányos helyzetű lakosság elérése, mediátorok helye az alapelátásban. In: Népegészségügy, 95(1): 64–67.
- Mazor, K. – Roblin, D. W. – Williams, A. E. – Greene, S. M. – Gaglio, B. – Field, T. S. – Costanza, M. E. – Han, P. K. J. – Saccoccio, L. – Calvi, J. – Cove, E. – Cowan, R. (2012): Health literacy and cancer prevention: Two new instruments to assess comprehension. In: Patient Education and Counselling, 88: 54–60.
- McCormack, L. – Bann, C. – Squiers, L. – Berkman, N. D. – Squire, C. – Schillinger, D. – Ohene-Frempong, J. (2010): Measuring health literacy: A pilot study of a new skills-based instrument. In: Journal of Health Communication, 15: 51–71.
- National Center for Educational Statistics (2003): National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC
- Nielsen Bohlman, L. – Panzer, A. M. – Kinding, D. A. (2004): Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine of the National Academies Washington, DC, The National Academic Press
- Nutbeam, D. (1998): Health promotion glossary. In: Health Promotion International, 13: 349–364.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Oldach, B. R. – Katz, M. L. (2014): Health Literacy and Cancer Screening: A Systematic Review. In: Patient Education and Counseling, 94(2): 149–157.
- Pagán, J. A. – Brown, C. J. – Asch, D. A. – Armstrong, K. – Bastida, E. – Guerra, C. (2012): Health literacy and breast cancer screening among Mexican American women in South Texas. In: Journal of Cancer Education, Marc; 27(1): 132–137.
- Parker, R. M. – Baker, D. W. – Williams, M. V. – Nurss, J. R. (1995): The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. In: Journal of General Internal Medicine, Oct. 10 (10): 537–541.
- Price-Haywood, E. G. – Harden-Barrios, J. – Cooper, L. A. (2014): Comparative effectiveness of audit-feedback versus additional physician communication training to improve cancer screening for patients with limited health literacy. In: Journal of General Internal Medicine, Aug, 29(8): 1113–1121.
- Roman, L. – Meghea, C. – Ford, S. – Penner, L. – Hamade, H. – Este, S. T. – Williams, K. P. (2014): Individual, provider, and system risk factors for breast and cervical cancer screening among underserved Black, Latina, and Arab women. In: Journal of Women's Health, Jan; 23(1): 57–64.
- Sentell, T. – Kathryn, L. – Braun, J. D. – Davis, T. (2015): Health literacy and meeting breast and cervical cancer screening guidelines among Asians and whites in California. In: Springer Plus 4: 432.
- Sorensen, K. – Van den Broucke, S. – Fulham, J. – Doyle, G. – Pelikan, J. – Slonska, S. – Brand, H. (2012): Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health, 12: 80.
- Sørensen, K. – Pelikan, J. M. – Röthlin, F. – Ganahl, K. – Slonska, Z. – Doyle, G. – Fulham, G. – Kondilis, B. – Agrafiotis, D. – Uiters, E. – Falcon, M. – Mensing, M. – Tchamoc, K. – van den Broucke, S. – Brand, H. (2015): Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). In: The European Journal of Public Health, 25(6): 1053–1058.
- Szendi, G. (2011): A mammográfiai szűrés mellrákot okozhat. <http://www.tenyek-tevhitek.hu/a-mammografia-mellrakot-okozhat.htm> (Utolsó letöltés: 2017.08.06.)
- US Department of Health and Human Services (2015): America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information. health.gov. (Utolsó letöltés: 2015.11.20.)
- Weiss, B. D. – Mays, M. Z. – Martz, W. – Castro, K. M. – DeWalt, D. A. – Pignone, M. P. – Mockbee, J. – Hale, F. A. (2005): Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. In: The Annals of Family Medicine, 3(6): 514–522.



## INFORMÁCIÓSZERZÉSI MÓDOK EGÉSZSÉGRŐL-BETEGSÉGRŐL-ELLÁTÁSRÓL

- Williams, K. P. – Templin, T. N. – Hines, R. D. (2013): Answering the call: a tool that measures functional breast cancer literacy. In: Journal of Health Communication, 18(11): 1310–1325.
- Yilmazel, G. (2016): Health Literacy, Mammogram Awareness and Screening Among Tertiary Hospital Women Patients. In: Journal of Cancer Education, 28, May: 1–6.