Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok

Creating a new, culturally adapted questionnaire of parental health literacy: concept and experience

Szerzők: Gács Katalin Zsófia[a]✉, Kun Eszter[b], Koltai Anna Júlia[c]
a: Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest, b: Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft., Budapest-Debrecen, c: ELTE Társadalomtudományi Kar, Empirikus Tanulmányok Intézete és MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Budapest

Beküldve: 2019. 02. 28.
doi: 10.24365/ef.v60i5.429

Összefoglaló:
Bevezetés: A szülői egészségértés (parental health literacy) nemcsak a gyermekek egészségének fontos meghatározója, de befolyásolja a következő felnőttgeneráció egészséggel kapcsolatos döntéseit is. Az egészségértés felmérésekor ugyanakkor körültekintően kell eljárni, mert a fogalom meghatározása és az erre épülő kérdőív jellege befolyásolja az eredményeket. Kutatásunk célja az volt, hogy a korábbi kutatásainkon alapuló szülői egészségértés új, kulturálisan adaptált definíciója és témakörei alapján létrehozott kérdőív segítségével létrehozzuk a szülői egészségértés alindexeit és vizsgáljuk ezek kapcsolatát egymással.
Módszertan: A kérdőívet egy olyan országos mintán kérdeztük le kérdezőbiztosok segítségével, amely reprezentatív a 0-18 éves gyermeket nevelő háztartásokra településtípus és régió szerint. A mintába 430 háztartás került be. A válaszadó minden esetben a gyermekek egészségével kapcsolatos döntésekért leginkább felelő felnőtt személy volt, amely személyeknek 92 százaléka nő, 8 százaléka pedig férfi volt. A kérdőív elemeiből létrehoztuk a korábban megalkotott definíción alapuló szülői egészségértés négy fő dimenziójának (magabiztosság, tudás, problémamegoldás, tudásigény) indexeit a hozzájuk tartozó alindexekből.
Eredmények: Az előzetes eredmények alapján megállapítottuk, hogy a szülői egészségértés négy dimenziója (magabiztosság, tudás, problémamegoldó képesség és tudásigény) a korrelációs együtthatók mentén ténylegesen elkülönül egymástól.
Következtetések: Az általunk összeállított kérdőív egymástól javarészt függetlenül ad képet a szülői egészségértés négy dimenziójáról. Így a mindennapi gyakorlatban segítheti a gyermekellátókat a gyermekek egészségével kapcsolatos szülői döntések megfelelő támogatásában. Emellett lehetővé teszi további kutatások számára, hogy megvizsgálja a szülőpopuláció egészségértésének kapcsolatát különböző gyermekegészségügyi tényezőkkel.
Kulcsszavak: szülői egészségértés; kérdőív; kulturálisan adaptált

Summary:
Introduction: Parental health literacy is not only an important determinant of children's health, but it also influences the health related decisions of the next adult generation. However, surveying health literacy should be conducted with caution, since the definition of the concept and the nature of the questionnaire based on this concept influence the results. The aim of our research was to develop and study the subindices of parental health literacy using a

questionnaire based on a new culturally adapted definition and themes of parental health literacy.
Methods: We conducted the survey of this newly developed questionnaire on a Hungarian nationwide sample, which was representative of the households with 0-18 year-old children. The sample included 430 households. In each case, the respondent was the adult, who is most responsible for decisions about children's health. 92 percent of these respondents were women and 8 percent were men. Based on the questions in the questionnaire and according to the previously created definition, we created the indices of the four main dimensions (self-confidence, knowledge, problem-solving, knowledge-demand) of parental health literacy.
Results: The preliminary results show, that according to the correlation coefficients the four main dimensions of parental health literacy are actually separated from each other.
Conclusions: Our questionnaire gives independent information of the four dimensions of parental health literacy. Thus it may help child healthcare providers in everyday work to assist the parents' choices on their children's health. It may also facilitate future studies of the connection between parental health literacy and different aspects of paediatric health.
Keywords: parental health literacy; questionnaire; culturally adapted

BEVEZETÉS

Bár az egészségműveltség vagy egészségértés (health literacy) standard kutatásokban használt fogalma csak a múlt század kilencvenes éveiből származik,[1,2] annak felismerése, hogy az emberek egészségéhez, betegségeihez az orvosi tevékenység mellett legalább annyit tesz hozzá az egyén magatartása (azok a döntések, amelyeket az egészségével kapcsolatban a meglevő ismeretei, tévedései, előfeltevései, önállósága alapján hoz meg), inkább évezredekre visszanyúló orvosi tapasztalat.
Az elmúlt évtizedek kutatásai nagyrészt igazolják a gyógyítók tapasztalatait a betegek, hozzátartozók tudásáról, ismereteiről, tévhiteiről. Ugyanakkor ezen tudományos igényű felmérések nem csak a sejtéseket igazolják, de rámutatnak olyan kapcsolatokra, összefüggésekre is, amelyeket eddig nem, vagy nem pontosan ismertünk, illetve kijelölik azokat az irányokat, területeket, amelyek megváltoztatásától a betegeink egészségi állapotának változását is remélhetjük.[3,4]

Korábbi magyarországi kutatások

Tekintettel arra, hogy a magyar szakirodalomban csak szórványos kísérletek születtek a szülői egészségértés felmérésére,[5,6,7] illetve a „health literacy" kutatások komoly problémájának tekinti a nemzetközi szakirodalom is a vizsgált fogalom sokféle definícióját[2], kutatásunk első szakaszában[8] épp azt tűztük ki célul, hogy létrehozzuk a szülői egészségértés kulturálisan adaptált definícióját és meghatározzuk a hozzá tartozó témákat, illetve azokat a dimenziókat, amelyek alapján az egyén egészségértése vizsgálható.
Itt térnénk ki magának a magyar nyelvű megnevezésnek a kérdésére: a magyar szakirodalom a „health literacy" fogalmára váltva használja az „egészségműveltség" és az „egészségértés" kifejezést, sőt, az „egészségtudatosság" elnevezéssel is találkozunk.[9,10] Meggyőződésünk szerint az egészségműveltség illetve az egészségtudatosság kifejezések választása zavaróan leszűkíti a fogalmat az eredeti, összetett készség egy-egy területére, míg az egészségértés, mivel kevéssé köthető már korábban is használt fogalmakhoz, alkalmasabb arra, hogy lefedje a „health literacy" – saját kutatásunkból is megállapítható – összetett fogalmát.
A szakirodalmi tapasztalatok is azt támasztják alá, hogy az egészségértés fogalma kultúránként igen eltérő[11], a kiinduló, amerikai készség- vagy valódi szövegértés fogalomhoz képest a kutatások során sokat finomodott, illetve a különböző társadalmak különbségei is kirajzolódtak.[2,12,13]
Épp ezért tartottuk fontosnak, hogy kulturálisan adaptált, tehát a magyar egészségnevelési, illetve egészségügyi rendszerben mozgó alanyokat felmérő kérdőívet használjunk. Ennek első lépéseként szükség volt a szülői egészségértés aktív (fel)használói által elfogadott definíciójának megalkotására, illetve azon témák megismerésére, amelyeket ők a fogalomhoz kapcsolnak. Ennek érdekében a kutatás egy korábbi fázisában gyereket nevelő szülők és

aktív, különböző tapasztalatú gyermekorvosok, védőnők véleményét, tapasztalatait kértük ki azzal kapcsolatban, hogy mit tekintenek az egészségértés fogalmába tartozónak, milyen készségeket, tudásokat használnak, illetve milyen készségek, tudások ismeretét feltételezik. A részben szóbeli, részben írásbeli interjúk alapján a kutatás első fázisának[8] eredményeként a következő megállapításokat tettük:

1. A szülői egészségértés az alábbi dimenziókból áll össze: i, ismeretek vagy valós tudás; ii, funkcionális tudás, tehát a meglevő ismeretek és a megszerzett információk alapján alapfokú logikai és számítási műveletek elvégzése; iii, a döntések magabiztossága; iv, hiteles információkeresés igénye. Eredményeink tehát az integratív szemléletet képviselő, Kristine Sørensen és munkatársai által kidolgozott egészségértés-definícióhoz[2] állnak közel.
2. A szülői egészségértéshez tartozó témák közé az alábbiak tartoznak: anyatejes táplálás, fogápolás, vitaminok, fertőző betegségek megelőzése és terápiája, védőoltások, krónikus betegségek (cöliakia, asthma bronchiale, diabetes mellitus) tünetei és terápiája, sürgősségi helyzetek ellátása, lázcsillapítás. (A végleges kérdőívbe a fenti témák közül azok kerültek be, amelyekkel a gyermekek ellátása során nagy valószínűséggel minden szülő találkozik.)

Jelen kutatásunkban ezt a kulturálisan adaptált definíciót és témákat alapul vevő módszertan és kérdőív felhasználásával egy magyarországi országos reprezentatív mintán azt kívántuk felmérni, hogy képes szeparáltan megragadni egy ennyire komplex, több dimenziót és sokféle témát felmérő kérdőív a szülői egészségértés négy elkülönült dimenzióját.

MÓDSZERTAN

A kérdőívet a Bevezetésben részletezett módon kialakított témák és dimenziók mentén állítottuk össze. Fontos szempontnak tartottuk, hogy a kérdőív kitöltetésével olyan ismeretekhez lehessen hozzájutni a kitöltőről, amelyek a valóságban is reprodukálhatók: az orvostudományi kutatások aktuális trendjének megfelelő „real life” adatokra voltunk kíváncsiak.[14] Ennek érdekében a szülők számára is érthető szituációkat, „életszagú” helyzeteket írtunk le, a válaszokban sokféle változót ajánlottunk fel, tehát például nem 1-5 skálákat használtunk, hanem az előkutatásban egy-egy téma kapcsán elhangzó szülői/védőnői/orvosi reakciókat ajánlottuk fel válaszként. A statisztikai értelemben nem validált skálák használatával így nem a statisztikai, hanem a tartalmi validitás elérése volt a cél.
A fent felsorolt nyolc nagy témacsoportból az előzetes interjúk eredményei alapján hét került be a kérdőívbe, a krónikus betegségek ismerete egy itt nem részletezett pilot kutatás tapasztalatai alapján nem tűnt meggyőzően korrelálónak a szülői egészségértés többi témájával. A maradék hét téma köré esetenként a kitöltők által jó eséllyel átélt vagy átélhető helyzeteket építettünk fel („Képzelje el, hogy a gyermeke….” típusú kérdések).
A magabiztosság dimenzióját vizsgáló volt az egyetlen olyan kérdéscsoport, amelyhez korábbi nemzetközi és magyar kutatásokban is validált kérdéseket használtunk.[3,4,15] Ezen kérdések beemelésének több oka volt: a kérdések magyarországi validációját a kutatócsoportunk két tagja végezte; ezen kívül kíváncsiak voltunk az általános felnőttpopuláció és a szülőpopuláció közti hasonlóságokra illetve különbségekre. Továbbá azt is fontosnak tartottuk, hogy a kérdőív nem skálázható válaszokat tartalmazó részét egy statisztikailag is validálható eredményt adó résszel összevessük.
Annak ellenőrzésére, nincs-e olyan kérdés, amelyet a kérdezettek minden törekvésünk ellenére sem értenek teljesen, avagy másképp értelmeznek, a kérdőívet a nagymintás lekérdezés előtt kiscsoportos tesztelésnek vetettük alá.

Az adatfelvétel 2017 márciusában zajlott, többlépcsős, véletlen sétás mintavétellel az EUROBAROMETER kutatássorozat szabályai szerint[16] országos reprezentatív mintából indulva, szűrőkérdőív segítségével. A szűrőkérdőívben a szűrési feltétel arra vonatkozott, hogy van-e 0-18 éves gyermek a háztartásban. Az adatgyűjtés számítógéppel segített személyes megkérdezés (computer aided personal interviewing, CAPI) technikával történt. A minta a mintavétel következtében (rétegzett mintavétel véletlen sétával ötvözve) reprezentatív volt a 0-18 éves gyermekeket nevelő magyar háztartásokra településtípus és régió szerint. A válaszadók kiválasztásának kritériuma az volt, hogy a válaszadó

olyan felnőtt legyen, aki a háztartásban élő gyermek(ek) egészségével-betegségeivel kapcsolatos döntések legalább feléért felelős; koncepcionális szempontból tehát azok, akik a gyermekekkel kapcsolatosan az egészségértési kompetenciáikat leginkább működtetik.
A mintába 430 háztartás került bele, a válaszadók 92 százaléka nő, 8 százaléka férfi volt. A háztartásokban átlagosan 1,9 gyermeket neveltek, az átlagos háztartásnagyság 3,9 fő volt. A kérdőív kitöltése 40-45 percet vett igénybe.

Az alábbiakban azt mutatjuk be, hogy a fenti kérdőívfelvétel során nyert adatokból hogyan hoztuk létre a korábban, a kutatás első fázisában[8] definiált szülői egészségértés négy dimenziójának mutatóit. Bemutatjuk a négy nagy koncepcionális terület operacionalizálását a hozzájuk tartozó kérdőívkérdésekkel, illetve elemezzük ezen mutatók egymáshoz való viszonyát a válaszadók különböző kérdésekre adott válaszainak összehasonlítása segítségével. (Az olvashatóság érdekében a kérdőívkérdéseket a szöveghez igazítva és nem a formailag kötöttebb, kérdőíves alakjukban közöljük. A teljes lekérdezett és formázott kérdőív a mellékletben található.)

A mutatók bemutatása után azok egymáshoz való viszonyát taglaljuk a mutatók páronkénti összevetésének vizsgálatával. Az egyes dimenzió mutatói közti páronkénti összefüggést Pearson-féle korrelációs együtthatókkal mértük. Ezen együtthatók kétféle információval is szolgálnak a mutatók kapcsolatairól. Előjelük a két mutató közötti kapcsolat irányát mutatja meg (amely lehet pozitív vagy negatív); abszolút értékük pedig a kapcsolat erősségét. A kapcsolat erősségét egy 0-tól 1-ig terjedő skálán értelmezhetjük, amelynél a 0 érték jelenti a teljes függetlenséget, az 1-es érték pedig a legerősebb, determinisztikus összefüggést. Minél közelebb van tehát az együttható abszolút értéke 1-hez, annál erősebb kapcsolatról beszélhetünk.

EREDMÉNYEK

Magabiztosság

A magabiztosság volt az egyetlen, a kutatás első fázisa alapján megállapított egészségértés-dimenzió, amelyet nemzetközileg validált kérdéssorral mértünk, mivel a pilot study során a korábbi kérdőív magabiztossági kérdései nem működtek az elvárásaink szerint. A kérdéssorban így a Pelikan és munkatársai által kidolgozott HLS-EU mérőeszközét alkalmaztuk,[3] pontosabban annak 16 itemes verzióját. A fent részletezett okok mellett azért is esett éppen erre a kérdéssorra a választásunk, mert a benne szereplő itemek standardizáltságuk ellenére a célunknak megfelelő, hétköznapi szituációkat hívnak elő, úgy, mint az orvos utasításának megértése vagy információ keresése bizonyos betegségekről. A magabiztosságot mérő index ezen kérdések összesítéséből jön létre a nemzetközi módszertan alapján.[15,17] A nemzetközi módszertan alapján az alábbi itemekből készült magabiztosság skálájának elméleti minimuma 0, elméleti maximuma pedig 16 pont.

Kérem, adja meg ezen a skálán, hogy Ön szerint mennyire könnyű, illetve nehéz...
1 – Nagyon könnyű,
2 – Inkább könnyű,
3 – Inkább nehéz,
4 – Nagyon nehéz

- ...információt találni olyan betegségek kezeléséről, amelyek érintik Önt?
- ...megtudni, hol kaphat szakmai segítséget, ha beteg? (pl. orvos, gyógyszerész, pszichológus)
- ...megérteni, amit az orvosa mond önnek?
- ...megérteni az orvosa, vagy gyógyszerésze által adott utasításokat arra vonatkozóan, hogy hogyan kell szedni a felírt gyógyszert?
- ...megítélni mikor lehet szüksége második szakvéleményre egy másik orvostól?
- ...felhasználni az orvosától kapott információkat arra, hogy döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban?
- ...követni az orvosa, illetve gyógyszerésze utasításait?
- ...információt találni olyan mentális egészségügyi problémák kezeléséről, mint a stressz vagy a depresszió?
- ...megérteni az egészségvédő figyelmeztetéseket olyan szokásokról, mint a dohányzás, kevés testmozgás és túl sok alkohol fogyasztása?
- ...megérteni, hogy miért van szüksége szűrővizsgálatokra? (pl. emlővizsgálat, vércukor, vérnyomás)
- ...megítélni, hogy a médiából kapott információ az egészségügyi kockázatokról megbízható-e?

(pl. TV, Internet vagy más média)
- …eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a médiából szerzett információk alapján? (pl. újságok, információs anyagok, internet, vagy egyéb média)
- …többet megtudni olyan tevékenységekről, amelyek jót tesznek az Ön szellemi egészségének? (pl. meditáció, testmozgás, séta, pilates, stb.)
- …megérteni a családtól vagy barátoktól kapott tanácsokat az egészséggel kapcsolatban?
- …megérteni a médiából kapott információt arról, hogy hogyan lehetünk egészségesebbek? (pl. Internet, újságok, magazinok)
- …megítélni, hogy mely mindennapi tevékenységek vannak hatással egészségére? (pl. ivási és evési szokások, testmozgás, stb.)

Tudás

A tudást mérő konceptuális dimenzió operacionalizálása volt a legkomplexebb az összes közül. A dimenzió létrehozásához három alindexet alkalmaztunk, amelyben szereplő kérdések mindegyike olyan hétköznapi helyzetekkel kapcsolatos ismeretekre irányult, amelyekkel a gyermek ellátása során minden szülő találkozik. Az alábbiakban felsoroljuk az alindexeket és ajánlásokat teszünk azok létrehozásának módjára. (Az általunk helyesnek, tehát megjelölendőnek ítélt válaszokat aláhúzással jelöljük.)

I. Primer prevenció

i. A csecsemő védelme

Ezt a mérőszámot az alábbi két kérdésre adott pontszámok átlagolásával hoztuk létre úgy, hogy előtte a homeopátiás kivezetés változónál az értékeknél megfordítottuk a pontozást, így az eredeti értékek „tükörképével" számoltunk. (A kérdésekhez tartozó értékeket és azok címkéit lásd a mellékletben elérhető kérdőívben.)
Ön szerint mennyire járulnak hozzá az alábbiak egy csecsemő védelméhez a különböző betegségek kialakulásától? Kérjük, értékelje az alábbi módszereket egy 1-től 5-ig tartó skálán, ahol az 1-es azt jelenti, hogy egyáltalán nem járul hozzá, az 5-ös pedig azt, hogy teljes mértékben hozzájárul.
- Kötelező védőoltás
- Homeopátiás kivezetés védőoltásoknál[i]

ii. Fertőző betegségek terjedésének kontrollja kézmosással

A kézmosással kapcsolatos ismereteket jellemző pontszámot az alábbi kérdések alapján hoztuk létre, méghozzá úgy, hogy összeszámoltattuk, hogy a három kérdésből hányra adott helyes választ.
Ön szerint a táblázatban felsoroltak közül melyek azok a betegségek, amelyekkel szemben egy alapos kézmosással hatékonyan lehet védekezni?
- Vírusos hányás-hasmenés (pl. rotavírus fertőzés)
- Fehérvérűség/leukémia
- B-vírus okozta fertőző májgyulladás

iii. Fertőző betegségek

Azt, hogy a kérdezett mennyire van azzal tisztában, hogy egyes betegségek fertőzők-e, úgy mértük, hogy az alább felsorolt hét betegségből hány esetben tudta megmondani a válaszadó, hogy azt elkaphatja-e gyermeke, ha együtt játszik egy már beteg gyermekkel.

Képzelje el a következő szituációt: A szomszéd gyerek beteg. Gyermeke mégis szeretne vele játszani. Melyik betegség esetén szabad együtt játszaniuk, hiszen NEM FOGJA MEGFERTŐZNI a gyermekét?
- Nátha
- Tetű
- Vesemedence-gyulladás
- Vérszegénység
- Kötőhártya-gyulladás
- Leszáradt bárányhimlős kiütések
- Egy-két hasmenés, hányás néhány órával korábban

[i] A homeopátiás orvoslás a védőoltások káros hatásainak kivédésére használja az „oltás kivezetést" a védőoltás hatóanyagának homeopátiás formájával. Ez az eljárás tapasztalatunk szerint sok szülő körében népszerű, ezért került be a kérdőívbe. Az eljárás pontos működési elvét és hatásosságát a cikk szerzői nem ismerik.

II. Acut infectio ellátása: hányás és hasmenés utáni tápanyag bevitel

Azt, hogy az általunk felsorolt innivalók közül a szülő melyeket adná gyermekének hányás után pár órával, és hogy a felsorolt ételek közül melyeket adná hasmenés esetén, jól mutatja az ilyen irányú tudását, tájékozódását. Ezen alindexeket a helyesen megjelölt enni- és innivalók számával mértük, külön a hányás utáni folyadékbevitel és külön a hasmenés utáni tápanyagbevitel esetén.

Ön melyik innivalót adná gyermekének pár órával hányás után a következők közül?
- Probiotikum
- Rostos narancslé
- Víz
- Kóla
- Szőlőlé
- Hideg tea
- Meleg tej
- Kakaó

Gyermekének hasmenése van, 3-4 alkalommal volt már híg széklete. Az alábbi ennivalók közül melyiket szabad ennie?
- Szőlő
- Alma
- Banán
- Száraz keksz
- Főtt krumpli
- Hamburger
- Rizs
- Étcsokoládé
- Lecsó

III. Védőoltások: kötelező védőoltások ismerete

A kérdőívben felsoroltunk összesen 14 betegséget (plusz egy egyéb kategóriát), melyeknél arra kérdeztünk rá, hogy a kérdezett szerint ezek közül melyek azok, amelyek ellen minden gyermek kötelezően kap védőoltást. Jelen alindexnél a tizenötből a megfelelő súlyozás érdekében csak az alábbi itemeket vettük figyelembe, méghozzá oly módon, hogy azt vizsgáltuk, hogy a nem kötelező védőoltások esetén hány esetben van tisztában azzal a válaszadó, hogy ezek nem kötelezőek, továbbá hogy a Hepatitis B esetén tudja-e a megkérdezett, hogy az kötelező.

Ön szerint melyek azok a betegségek, amelyek ellen minden gyerek KÖTELEZŐEN KAP védőoltást?
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Rotavírus okozta hasmenés/hányás
- Bárányhimlő
- HPV (humán papilloma virus)

Összesített tudásindex

Az alindexek magas értéke minden esetben a nagyobb tudást jelölte. Az összesített tudásindexet az alindexek összegéből hoztuk létre.

Feladat- és problémamegoldás

A feladat- és problémamegoldás operacionalizálása esetén négy nagy témát vettünk figyelembe, melyek mindegyike ismét egy-egy alindexben csoportosul. A kérdések során arra törekedtünk, hogy kifejezetten gyakorlat-orientált feladatokat adjunk a kérdezetteknek. Emiatt a számukra ismerős, hétköznapi szituációkban arra vonatkozóan érdeklődtünk, hogy mit tennének egy ilyen helyzetben. A négy alindexet és létrehozásukra tett ajánlásunkat az alábbiakban soroljuk fel.

I. Lázcsillapító adagolása

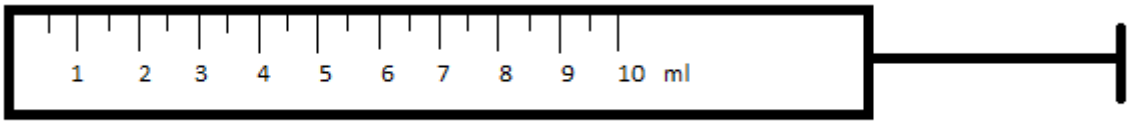
A feladat során egy szirup kiszerelésű lázcsillapító gyógyszer adagolásának leírása alapján kellett a kérdezetteknek megállapítaniuk, hogy mennyi gyógyszert adnának be egy lázas gyermeknek az alábbiak szerint.

Egy 10 hónapos gyermek lázas. Kérem, az alábbi gyógyszer leírása alapján rajzolja be a gyógyszer adagolófecskendőjén, hogy mennyit ad be belőle egyszerre a tízhónapos gyereknek!
Ha az orvos másképpen nem rendeli, fájdalom- és lázcsillapításra a szokásos adagja:

Jellemző testtömeg	Kor	**Egyszeri adag (ml)**
6-8 kg	3-6 hónap	3,5-4
8-10 kg	6-12 hónap	4,5-5
10-13 kg	1-2 év	6-6,5
13-15 kg	2-3 év	7-8
15-21 kg	3-6 év	9-10
21-29 kg	6-9 év	13-14
29-42 kg	9-12 év	18-19

A fenti táblázat alapján a gyermek testtömegének megfelelő adagot alkalmazza.
Amennyiben nem biztos a gyermek tömegében, alkalmazza a gyermek életkorának megfelelő adagot.

Az egyszeri adag szükség szerint 4-6 óránként ismételhető, de 4 óránál gyakrabban nem szabad alkalmazni. (A 4,5-5 ml közti jelölést fogadtuk el jó válasznak.)



II. Láz, kiütés ellátása

A lentebb olvasható fiktív szituáció szerint egy hároméves gyermek lázas és testén viszkető kiütések láthatók. A válaszadók kilenc, általunk megadott megoldási lehetőségből választhattak és ezeken kívül saját megoldással is előállhattak (ezen felül természetesen volt „nem tudom, mit csinálnék” és „nem válaszol” opció is). A kutatócsoport gyermekgyógyász tagja által helyesnek megjelölt válaszok alapján egy kétértékű változót hoztunk létre, melynek alapján megállapítottuk, hogy a kérdezett (orvosilag) helyes vagy helytelen megoldáshoz folyamodna. A lekérdezés során a válaszlapon a kérdezőbiztos jelölte az első és a második választást. (Itt az elemzési szempontok összetettsége miatt nem részletezzük az egyes kérdésekre adott válaszok értékelését. A helyzetben rejlő legvalószínűbb/legveszélyesebb probléma felismerésekor a gyermek biztonsága mellett az ellátórendszer indokolatlan terhelését is figyelembe vettük.)

Hároméves gyerek lázas, testén viszkető kiütéseket lát.
„A” Ön mit tenne ELŐSZÖR az alábbi helyzetben egy átlagos vasárnap délelőtt?
„B” És mit tenne még?

- Tudom, mi a teendő, és egyedül otthon megoldom a helyzetet: Kérem, írja le, mit tenne!..... (*lázcsillapító adása*)
- Megbeszélem családtaggal, baráttal, hogy mi a teendő.
- Utánanézek az interneten.
- Telefonon felveszem a kapcsolatot orvossal (házi gyermekorvos, ügyelet, stb.).
- Beviszem a gyereket az ügyeletre.
- Mentőt hívok.
- Várnék, hogy milyen tünete lesz még.
- Értesítem az óvodát, bölcsődét.
- Leviszem a házi gyermekorvoshoz rendelési időben.
- Mást:.....

(A kitöltőnek a bárányhimlőhöz hasonló fertőző betegség felismerése volt a feladata.)

III. Agyhártyagyulladás előfordulása a környezetben

Egy másik kérdésnél a válaszadóknak egy olyan kitalált helyzetre kellett reagálniuk, melyben kiskamasz gyermekük iskolájában agyhártyagyulladásos megbetegedés történt. Nyolc, általunk felsorolt lehetőség közül választhattak a kérdezettek, illetve itt is megadhattak saját válaszopciót. A kérdést a

korábbihoz hasonlóan kétértékű változóba kódoltuk, melyben szétválasztottuk az orvosilag helyes és helytelen válaszokat.

Kiskamasz gyermekétől hallja, hogy az iskolájában agyhártya-gyulladásban meghalt egy diák.
„A" Ön mit tenne ELŐSZÖR az alábbi helyzetben egy átlagos vasárnap délelőtt?
„B" És mit tenne még?

- Tudom mi a teendő, és egyedül otthon megoldom a helyzetet: Kérem, írja le, mit tenne!..... (*oltás; vagy eleve nem gond, mert már oltva van*)
- Megbeszélem családtaggal, baráttal, hogy mi a teendő.
- Utánanézek az interneten.
- Telefonon felveszem a kapcsolatot orvossal (házi gyermekorvos, ügyelet, stb.).
- Beviszem a gyereket az ügyeletre.
- Leviszem a házi gyermekorvoshoz rendelési időben.
- Átviszem másik iskolába.
- Magántanuló lesz év végéig.
- Mást:.....

(A kitöltőnek egy súlyos, védőoltással megelőzhető fertőző betegség elkerülése volt a feladata.)

IV. Bárányhimlő előfordulása a környezetben

A jelen indexhez utolsóként felhasznált item, egy olyan, meglehetősen gyakori helyzetet vetített fel, melyben a kérdezett gyermekének óvodás csoportjában úgy tör ki bárányhimlő, hogy a gyermek még nem kapta el korábban a betegséget. A helyzet megoldásához jelen esetben is kilenc opció állt a válaszadók rendelkezésére, plusz természetesen itt is lehetséges volt saját megoldást felkínálni. A szituáció megoldásának végeredménye jelen esetben is kétértékű változó, amely az orvosilag helyes és nem helyes válaszokat rögzíti.

Értesítik, hogy az óvodában ahova gyermeke jár, bárányhimlő járvány tör ki, de gyermeke még nem volt bárányhimlős.
„A" Ön mit tenne ELŐSZÖR az alábbi helyzetben egy átlagos vasárnap délelőtt?
„B" És mit tenne még?

- Otthon tartom, nehogy elkapja.
- Továbbra is beviszem az óvodába, sőt, ha lehetséges meglátogatunk egy beteg gyereket is, hogy minél előbb elkapja.
- Beoltatom bárányhimlő ellen a lehető leghamarabb.
- Megbeszélem családtaggal, baráttal, hogy mi a teendő.
- Utánanézek az interneten.
- Telefonon felveszem a kapcsolatot orvossal (házi gyermekorvos, ügyelet, stb.).
- Beviszem a gyereket az ügyeletre.
- Leviszem a házi gyermekorvoshoz rendelési időben.
- Mást..... (*Semmit, mert már be van oltva.*)

(A kitöltőnek egy potenciálisan súlyos, védőoltással megelőzhető betegség elkerülése volt a feladata.)

A problémamegoldásos feladatok során az index elkészítésekor az elsőként adott válaszokat vettük figyelembe, melyek közül azokat számítottuk helyes válasznak, amelyeket a fenti listából aláhúzással vagy dőlt szöveges plusz válaszként jelöltünk.

Összesített feladat- és problémamegoldás index

Az összesített feladat- és problémamegoldás indexet a fenti alindexek összegéből hoztuk létre és a magas értékei azt jelentették, hogy a kérdezettnek jók a feladat- és problémamegoldási képességei.

Tudásigény

A korábbi fókuszcsoportos interjúk azt mutatták, hogy a szülők a gyermekek egészségével, betegségeivel kapcsolatban különböző mértékben keresnek a meglevő tudásukon, illetve az egészségügyi személyzettől származó tudáson kívül plusz információkat, amelyek a döntéseiket segíthetik. (Ez a tudásigény független lehet a szülő valós tudásától, az összegészségértés felmérésében külön tényezőként vizsgálható.)
A tudás forrása sokféle lehet, így megbízhatóságuk is: azonban az információszerzés igénye maga láthatóan fontos és tudatos része a szülők egészségértésének. Így a tudásigény operacionalizálásakor két nagyobb témát építettünk be a kérdőívbe: az egyik azon forrásokra vonatkozott, ahonnan tájékozódik a szülő a gyermeke egészségét illetően. A másik pedig

az olyan információkra vonatkozott, amelyeket még ki kellene egészítenie a kérdezettnek.

I. Hányféle forrásból tájékozódik gyermeke egészségét illetően

Ezen alindex mérésére felsoroltunk tizennégy forrást, ahonnan tájékozódni szoktak a szülők a gyermekük egészségével kapcsolatosan és azt mértük, hogy ezek közül (plusz az esetlegesen saját maga által említett forrásból) hányféle forrásból tájékozódik a megkérdezett a fenti témában.

Ön honnan, kitől tájékozódik felmerülő kérdések esetén gyermekbetegségekkel, gyermeke egészségügyi problémáival, egészségmegőrzésével kapcsolatban? Kérem, azoknál mondja, hogy igen, amelyek valóban releváns információforrások az Ön számára, amelyekre többnyire támaszkodik!

- Gyógyszerész
- Házi gyermekorvos
- Kórházi gyermekorvos
- Családorvos, vegyes praxisú orvos
- Védőnő
- Családtag, barát, ismerős
- Interneten olvasottak (általam megbízhatónak tartott oldalak)
- Ingyenes patikai magazinokban olvasottak
- Egyéb nyomtatott újságban, magazinban olvasottak
- TV reklámok, műsorok
- Rádió reklámok, műsorok
- Betegtájékoztatók, információs füzetek
- Gyógyszertárban, orvosi rendelőben kihelyezett plakátok
- ÁNTSZ honlapja
- Egyéb, éspedig:……

II. Hányféle témában lenne még szüksége információra

Ezt az aldimenziót mérő kérdéssor arra irányult, hogy hány olyan téma van az általunk felsorolt nyolcból (plusz az „egyéb kategória"), amelyeknél valamilyen plusz információt igényelne a kérdezett. Minden témánál azt vizsgáltuk, hogy a kérdezett válasza alapján erről szeretne valahonnan több információt szerezni vagy sem. A plusz információt nem különböztettük meg forrása szerint, tehát oda soroltuk a házi/gyermekorvost, a tájékoztató anyagokat és az egyéb forrásokat is. (Ennek az eljárásnak az volt az oka, hogy a szülői egészségértés tudásigény aldimenziója szempontjából a konkrét forrás nem fontos, azonban a szülőedukáció tervezéséhez igen hasznos tudni, hogy milyen utakon érhető el egy-egy szülő.) Mindezekből egy olyan alindexet készítettünk, melynek magas értékei azt jelölik, hogy sokféle témában szeretne a kérdezett pluszinformációkat szerezni.

Kérem, az alábbi témák közül mindegyikről mondja el, hogy szeretne-e többet tudni róla a házi gyermekorvosától és/vagy tájékoztató anyagot kapni róla, ha nem, akkor pedig kérem, azt is jelölje meg, hogy miért nem!
1 – Szeretnék többet tudni róla a házi gyermekorvosomtól és/vagy tájékoztató anyagot kapni róla.
2 – Egyiket sem, mivel erről a témáról megfelelően tájékoztat házi gyermekorvosunk.
3 – Egyiket sem, mivel erről a témáról nem ezekből a forrásokból szeretnék tájékozódni.
4 – Egyiket sem, mivel nem érdekel ez a téma.

- Gyermek helyes táplálása
- Egészséges életmód gyermekkorban
- Fertőző gyermekkori betegségek
- Nem fertőző gyermekkori betegségek
- Milyen örökletes problémákra kell odafigyelni
- Kötelező védőoltások
- Nem kötelező, de ajánlott védőoltások
- Lázcsillapítás helyes módja gyermekeknél
- Egyéb, éspedig:……

Összesített tudásigény index

A tudásigény index a fenti alindexek összegéből jön létre és a magas értékei azt mutatják, hogy a kérdezettnek magas a tudásigénye.

Az indexek egymáshoz való viszonya

Az egyes dimenziókból létrehozott indexek csak gyengén függnek össze egymással. [1. táblázat]
A magabiztosság és a tudás indexei közti kapcsolat a leggyengébb (0,015), ennél valamivel erősebb az összefüggés a magabiztosság és a tudásigény indexei között (0,028), amely kapcsolat azonban a vártnak megfelelően negatív irányú. A feladat- és problémamegoldás és a magabiztosság illetve tudás közötti kapcsolat hasonló erősségűnek bizonyult

(0,099 illetve 0,090), míg relatíve leginkább pedig a tudásigény és a feladat- és problémamegoldás között erős a kapcsolat (azonban még ez utóbbi esetében is csak 0,141 körüli a kapcsolat erőssége a 0-1 tartományban), a vártaknak megfelelően pedig ezen korreláció is negatív előjelű.

1. táblázat: Pearson-féle korrelációs együtthatók értékei az egyes dimenziók között

	Magabiztosság	Tudás	Feladat- és problémamegoldás	Tudásigény
Magabiztosság				
Tudás	0,015			
Feladat- és probléma-megoldás	0,099	0,090		
Tudásigény	-0,028	-0,141	0,119	

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Az egészségértéssel foglalkozó szakirodalom fontos megállapítása,[18] hogy nem mindegy, hogy mit mérünk. Az egyén egészségértésének felmérésekor rendkívül fontos, hogy pontosan definiáljuk az egészségértés fogalmát és azt is, hogy milyen elemeit vizsgáljuk. Csak úgy lehet összehasonlítani az eredményeket egymással, illetve csak úgy lehet a mért értékeket akár kutatásra, akár a mindennapok gyakorlatában használni, ha pontosan látjuk, hogy az általunk használt kérdőív mit mutat meg. Az alábbiakban a kutatás előzetes eredményeinek értelmezését mutatjuk be. Fontos azonban kiemelnünk, hogy a cikk alapjául szolgáló kérdőív validálása még a későbbi munkák során kell, hogy megvalósuljon.

Kutatásunk során – tudtunkkal – elsőként készítettünk reprezentatív mintán felmérést a szülői egészségértésről Magyarországon. A korábbi eredményeinkre támaszkodóan felépített kérdőív összeállításakor az volt az elsődleges célunk, hogy a szülői egészségértés aktuális használói, tehát a szülők mindennapi tapasztalatait mozgató kérdéseken és átélhető szituációkon keresztül mérjük fel a gyerekek egészségével kapcsolatos döntéseket mozgató készségeket, tudáselemeket, információigényt és döntési magabiztosságot.

Az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatala során mindenki egy rendkívül összetett, sokféle forrásból összeálló rendszerben működik. Ezen rendszer ugyanúgy tartalmazza az adott kérdéshez kapcsolódó tudáselemeket, mint az általános helyzetben, illetve egészségügyi döntéshelyzetben mutatott döntési magabiztosságot, a rendelkezésre álló információk megértését, az „információhiányosság" észlelését és hiányok pótlására irányuló tevékenységeket, majd mindezen elemek összerendezési készségét.

A Pearson-féle korrelációs együtthatók, mint fent láttuk, azt mutatják, hogy az egyes dimenziókból létrehozott indexek csak gyengén függnek össze egymással. Legkevésbé a magabiztosság és a tudás indexei függnek össze, és még a relatíve legerősebb kapcsolat (a tudás és a tudásigény között) is csak 0,141-es erősségű a 0-1 tartományban. Az indexek (magabiztosság, tudás, problémamegoldás, tudásigény) közti gyenge erősségű korrelációkból arra következtethetünk, hogy ténylegesen sikerült megragadni a szülői egészségértés célzottan operacionalizált négy különböző aspektusát, az egyes dimenziók valóban elkülönült ismereteket és képességeket jelentenek.

Az eddigi magyarországi egészségértés-kutatásokból publikált eredmények is felhívják a figyelmet az egészségértés különböző aspektusait vizsgáló módszerekkel nyert adatok nehéz összemérhetőségére.[19] Saját jelen eredményeink is ezt támasztják alá: a gyenge korrelációk az egyes dimenziók között az egészségértés egyes aspektusainak egymástól külön való változását mutatják.

Ugyanakkor elismerjük, hogy a célkitűzésben felvállalt „real-life" helyzetekre épülő és az egészségértés több dimenzióját egyszerre vizsgáló kérdőívnek korlátai is vannak, hiszen épp a fentiekből követ-

kezően nem feltétlenül ad statisztikai értelemben validálható eredményeket.

További hátrányként felmerülhet az, hogy a munka első fázisában fókuszcsoportos definíció-alkotás során körvonalazódott dimenziók és témák nem feltétlenül egyformán hangsúlyosak; a gyermekeik egészségével kapcsolatos napi döntéshozatal során a szülők nem feltétlenül egyformán működtetik az egészségértésük egyes területeit.

A kutatás korlátjaként felmerülhet a háztartásokra országosan reprezentatív mintában a válaszadó férfiak igen alacsony arányszáma. Kérdés, hogy így mennyire tekinthetők az eredmények valóban a szülői egészségértésre vonatkozónak. A vonatkozó nemzetközi kutatásokban felfedezhető érdekes jelenség, hogy általában nem is tüntetik fel a kérdőívet kitöltő felnőtt (parent, caregiver) nemét.[20,21] Ismert szociológiai jelenség, hogy a családban az egészséggel kapcsolatos döntések javarészt az anyáktól származnak: ezt a tényt használja ki például az ENSZ (Egyesült Nemzetek Szövetsége), amikor a rossz társadalmi-gazdasági státuszú populációkban a gyermekek egészsége javításának kulcsaként az anyák egészségnevelését célozza meg.[22] Kutatásunk eredményei is a nők meghatározó szerepét támasztják alá, hiszen a kérdőívet minden háztartásban azzal a felnőttel vettük fel, aki a családban a gyerekkel kapcsolatos egészségügyi döntéseket meghozza.

Mindezen korlátokkal együtt kutatásunkat két szempontból tartjuk értékesnek és egyedülállónak.

1. A kulturálisan adaptált egészségértés-definícióra épülő, életszerű szituációkat használó kérdőív lehetővé teszi további kutatások számára, hogy megvizsgálja a szülőpopuláció egészségértésének kapcsolatát a gyermekek egészségével, az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével, ajánlott vakcinák felvételével, stb.[23]
2. A szülői egészségértés dimenziói összetettségének felismerése a gyakorló orvos számára is lényeges. Segítségével jóval tudatosabban használhatja (ki) a rendszer komplexitását, így sokkal hatékonyabban tudja befolyásolni a szülőknek a gyermek egészségével kapcsolatos döntéseit. Az egészségügyi döntések meghozatalakor ugyanis nem csupán az adott pillanatban frissen megszerzett információkat használja a szülő, de rendelkezésére áll egy olyan összetett információ- és készségtár, amelybe beilleszti azokat. Így amikor az orvos a szülő egészségértési szintjének megfelelő tájékoztatást kíván adni, tisztában kell lennie annak minden rész-szintjével, dimenziójával. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy nem pusztán az adott helyzetre „célzott" adatok közlésére kell szorítkoznia, hanem fel kell mérnie a másik fél tudása mellett a problémamegoldó készségét, döntési magabiztosságát, tájékozódási igényét és szokásait, hogy valóban az általa szakmailag megfelelőnek tartott irányba léptethesse a családot.

KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink szerint a gyermekük egészségével kapcsolatos döntéseket hozó magyar szülőknél a szülői egészségértés négyféle dimenziója egymástól függetlenül változhat. Ez a felismerésünk azért is fontos, mert ez alapján az egyes szülők különböző mértékben lehetnek „egészségértők" az egyes dimenziók szempontjából: így például elképzelhető, hogy egy alacsony tudásigényű szülő a meglevő, közepes szintű tudása alapján jó problémamegoldó készséggel végül jó döntéseket hoz a gyermek egészsége érdekében, míg egy alapszinten is nagy tudásanyaggal rendelkező, magas tudásigényű szülő nem vállalja fel a probléma megoldását, mert a magabiztossága ugyanakkor túlságosan alacsony, és inkább az egészségügyi rendszer (esetenként felesleges) terhelésével tud csak megoldani egy-egy gyermek-egészségügyi kérdést.

Eredményeink közlésével elsődleges célunk a gyakorló gyerekorvos munkájának hatékonyabbá tétele. A beteg- és szülővezetésben tapasztalatokkal rendelkező szakemberekben tudatosítani szeretnénk, míg a pályakezdőknek szeretnénk felhívni a figyelmét arra, hogy az egészséggel kapcsolatos döntésekben sokféle tényező vesz részt. Ezeket a különböző tényezőket a gyakorló orvosnak érdemes nem csak együttesen figyelembe venni, de a tájékoztatás, információátadás során tudatosan befolyásolnia is. Másfelől pedig a kérdőív kidolgozásával eszközt szeretnénk adni olyan orvosoknak, védőnőknek a kezébe, akik pontosabban szeretnék látni a betegeik családjainak egészségértését, esetleg annak kapcsolatát egy-egy betegség lefolyásával – gondoljunk akár krónikus betegségekre vagy az anyatejes táplálásról való döntésben közrejátszó dimenziókra.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A szerzők köszönetet mondanak dr. Berend Katalinnak, illetve Csanádi Gábornak és Csizmady Adrienne-nek (ELTE TáTK) a kérdőív első változatának elkészítésében nyújtott támogatásukért.
Anyagi támogatás: a kutatást az MSD Pharma Hungary támogatta.

HIVATKOZÁSOK

[1] Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council of Scientific Affairs (AMA)., Health literacy: report of the council on scientific affairs, in J Am Med Assoc., 1999;552 - 557. doi:10.1001/jama.281.6.552
[2] Sorensen, K., , van Der Brucke, S., Fulham, J. et al Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 2012;2:80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80
[3] Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., et al Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health. 2015;*25*(6): 1053-1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043
[4] Koltai, J., Kun, E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. Egészségfejlesztés 2016;57(3):3-20. doi: http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i3.62
[5] Fülöp, T., Mányi, G., Egészségügyi műveltség és a csecsemőhalálozás összefüggéseiről. Orvosi Hetilap, 1963;104(13): 595-598. https://doi.org/10.1556/650.1963.03.03
[6] Kocsis, E., Forgács A., Marton S., A szoptatással és a csecsemőtáplálással kapcsolatos előzetes ismeretek szerepe a csecsemő táplálási módjának megválasztásában. Orvosi Hetilap, 2001;142(51): 2845-9. https://doi.org/10.1556/650.2001.12.02
[7] Szabó, L. et al., Csecsemőtáplálás Magyarországon. Gyermekorvos Továbbképzés, 2011;10(5):216-219.
[8] Gács, Zs., Berend, K., Csanádi G. et al., A new questionnaire for the assessment of parental health literacy (Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére) Orvosi Hetilap, 2015. 156(42): 1715-1718. https://doi.org/10.1556/650.2015.30237
[9] Csizmadia, P., Az egészségműveltség definíciói. Egészségfejlesztés, 2016. 57(3): 41-44. DOI 10.24365/ef.v57i3.68
[10] Papp-Zipernovszky, O., Náfrádi, L, Schulz, P et al., "So each patient comprehends": measuring health literacy in Hungary. Orvosi Hetilap. 2016;157(23):905-915. DOI: 10.1556/650.2016.30412
[11] Xue, J., Liu, S., Sun Y et al., Validation of a newly adapted Chinese version of the Newest Vital Sign instrument. PLoS One, 2018,13(1):e0190721. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190721
[12] Costa, F.A., C. Duggan, and I. Bates, A systematic approach to cross-cultural adaptation of survey tools. Pharm Pract (Granada). 2007;5(3):115-24. DOI:10.4321/S1886-36552007000300004
[13] Levin-Zamir, D. Health Literacy in Selected Populations: Individuals, Families, and Communities from the International and Cultural Perspective. Stud Health Technol Inform. 2017;240:392-414. DOI: 10.3233/ISU-170834
[14] Sherman, R. E., Anderson, S. A., Dal Pan, G. J et al: Real-World Evidence - What Is It and What Can It Tell Us? N Engl J Med, 2016; 375(23):2293-2297. DOI: 10.1056/NEJMsb1609216
[15] Pelikan J., R.F., Ganahl K Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study, in 6th Annual Health Literacy Research Conference. 2014: Bethesda, Maryland. https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf (Elérve: 2019.08.23.)
[16] https://www.gesis.org/eurobarometer-data-service/survey-series/standard-special-eb/sampling-and-fieldwork/ (Elérve: 2019.08.01.)
[17] Lorini C, Santomauro F, Grazzini M, et al Health literacy in Italy: a cross-sectional study protocol to assess the health literacy level in a population-based sample, and to validate health literacy measures in the Italian language. BMJ Open 2017; 7: e017812. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017812
[18] Sorensen, K. and A. Pleasant, Understanding the Conceptual Importance of the Differences Among Health Literacy Definitions. Stud Health Technol Inform, 2017;240:3-14. DOI 10.3233/978-1-61499-790-0-3
[19] Koltai, J. and E. Kun, The practical measurement of health literacy in Hungary and in international comparison. Orvosi Hetilap, 2016;157(50):2002-2006. DOI: 10.1556/650.2016.30563
[20] Yin, H. S., Johnson, M., Mendelsohn, A. L. et al. The Health Literacy of Parents in the United States: A Nationally Representative Study. Pediatrics, 2009;124(Supplement 3):S289-S298. DOI: 10.1542/peds.2009-1162E
[21] Morrison, A. K., Myrvik, M. P., Brousseau, D. C. et al The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. Acad Pediatr, 2013;13(5):421-9. DOI: 10.1016/j.acap.2013.03.001

[22] Veneman, AN. Education Is Key to Reducing Child Mortality: The Link Between Maternal Health and Education. UNChronicle, 2007;44(4). https://unchronicle.un.org/article/education-key-reducing-child-mortality-link-between-maternal-health-and-education (Elérve: 2019.08.23.)
[23] Santha, A.-R., Maternal health literacy of ethnic Hungarian mothers in Romania. Kontakt, 2019; 21(2):197-205.