

Szegedi Tudományegyetem
Neveléstudományi Doktori Iskola
Oktatáselmélet Doktori Program

Lipták Mónika Zoé

**Az egészséggel kapcsolatos tévképzetek feltérképezése
leendő pedagógusok körében**

PhD értekezés

Témavezető:
Dr. habil. Tarkó Klára
főiskolai tanár



Szeged, 2025

TARTALOMJEGYZÉK

1. BEVEZETÉS	4
1.1. Háttér	4
1.2. Kutatási cél	6
1.3. Kutatási kérdések	7
1.4. A disszertáció felépítése	8
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	9
2.1. Gyermeki megismerés és a tévképzetek kialakulása	9
2.2. Egészségfogalom, egészségfejlesztés, egészségnevelés	16
2.2.1. Fogalmi áttekintés	16
2.2.2. Egészséghiedelem modell	19
2.2.3. Az egészségtan, egészségfejlesztés, egészségnevelés megjelenésének történetisége a közoktatásban	22
2.3. Laikus egészségfilozófia és egészséggel kapcsolatos tévképzetek	24
2.3.1. Laikus egészségmeghatározás és az egészséggel kapcsolatos elképzelések	24
2.3.2. Egészséggel kapcsolatos elképzelések	28
2.3.2.1. A fizikai egészség dimenzióval kapcsolatos állítások	28
2.3.2.2. A mentális egészség dimenzióval kapcsolatos állítások	34
2.3.2.3. Az érzelmi egészség dimenzióval kapcsolatos állítások	40
2.3.2.4. A spirituális egészség dimenzióval kapcsolatos állítások	46
2.3.2.5. A társas egészség dimenzióval kapcsolatos állítások	50
2.3.2.6. A társadalmi egészség dimenzióval kapcsolatos állítások	53
2.4. A szakirodalmi áttekintés konklúziója	58
3. MÓDSZERTAN	60
3.1. Kutatás célja, kutatási kérdések	60
3.2. Hipotézisek	60
3.3. A vizsgálat előkészítésének bemutatása	61
3.3.1. A vizsgálatban felhasznált módszerek, eszközök	61
3.3.2. A vizsgálati minta jellemzése és a vizsgálat menete	64
4. KVALITATÍV KUTATÁS	66
4.1. Dokumentumelemzés	66
4.1.1. Kutatási kérdések és hipotézisek	66
4.1.2. Eredmények	66

4.1.2.1. NAT 1993, 1995, 2007, 2012, 2018 dokumentumelemzése	66
4.1.2.2. NAT2020 kibővített dokumentumelemzése.....	72
4.1.2.3. A NAT2020-hoz illeszkedő testnevelés kerettanterv	73
4.1.2.4. Kiemelt pedagógusképzési szakok képzési és kimeneti követelményeinek elemzése	78
5. KVANTITATÍV KUTATÁSOK BEMUTATÁSA.....	82
5.1. Pilot kutatás.....	82
5.1.1. Pilot minta jellemzése	82
5.1.2. Pilot vizsgálat eredményei	84
5.2. Nagymintás mérés.....	106
5.2.1. A nagymintás mérés mintájának jellemzése	106
5.2.2. Egészségállítások vizsgálata	108
5.2.3. Egészségkép.....	118
5.2.4. Egészségpontok elosztása	124
5.2.5. Szocio-demográfiai változók szerinti elemzések.....	128
5.2.6. Regressziós elemzés.....	130
5.2.6.1. Társas egészség.....	131
5.2.6.2. Társadalmi egészség	134
5.2.7. Egészséggel kapcsolatos információk hitelesnek tartott forrásai	137
5.2.8. Nagymintás mérés összefoglalása	139
6. DISZKUSSZIÓ ÉS ÖSSZEGZÉS	142
6.1. A kutatás jelentősége.....	142
6.2. Kutatási módszerek és eredmények	142
6.3. Következtetések	143
6.4. Limitációk és a továbblépés lehetőségei.....	144
6.5. Gyakorlati implikációk	146
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	148
IRODALOMJEGYZÉK.....	150
JOGSZABÁLYOK.....	174
ÁBRÁK JEGYZÉKE.....	175
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE.....	176
RÖVIDÍTÉSEK	180
MELLÉKLETEK.....	181
1. sz. melléklet – Pilot kutatás kérdőíve	181

2. sz. melléklet – A nagymintás kutatás kérdőíve	184
3. sz. melléklet. A NAT2020 dokumentumelemzésében az egyes kategóriák (holisztikus egészségdimenziók) alá tartozó szavak és kifejezések listája	197
4. sz. melléklet - táblázatok	204
RELEVÁNS PUBLIKÁCIÓK.....	213

1. BEVEZETÉS

1.1. Háttér

A gyermeki megismerés kérdéskörét már több évtizede vizsgálják. A pedagógia és a pszichológia területén bekövetkező változások hatására kezdtek el foglalkozni a tudósok a tévképzetekkel. A pedagógia területén a legfontosabb ilyen jellegű változás, hogy az iskola legfőbb céljaként tekinti a tanulók mindennapi életben hasznosítható tudásának elsajátíttatását (Csapó, 1998). A pszichológia területén a kognitív pszichológia megismerésre vonatkozó elmélete és Piaget értelmi fejlődés elmélete szolgált kiindulópontként (Csapó, 1992). A kognitív pszichológia az emberi megismeréssel, az információ elsajátításának módjával, felvételével, megőrzésével és előidézésével foglalkozik. Ezen kívül még a problémamegoldást, a kezdő és a szakértő tudás összehasonlítását is elemzi. A kognitív pszichológia teremtett lehetőséget a tudósoknak arra, hogy megfigyeljék az ismeretszerzési folyamatokat a különböző életkorokban és a szakértelem elsajátításának különböző szintjein (Korom, 1999).

Piaget megfigyeléseiből tudjuk, hogy a gyermekek sokszor a játékszabályok megismerésével és a szerepek betöltésének megbeszélésével töltenek el sok időt, nem pedig magával a játékkal (Csapó, 2000). Jerome Bruner kritizálta Piaget fejlődéslélektani modelljét, mely Bruner szerint csak az ismeret logikai természetét mutatja, a társas- és lélektani folyamatokat, mint befolyásoló tényezőket figyelmen kívül hagyja (Bruner, 1974). Bruner úgy vélte, hogy a gyermekek ismereteinek alkalmazásánál Piaget figyelmen kívül hagyta a fejlődés pszichológiai voltát. Elméletét bizonyítva Bruner saját kutatócsoporttal végeztetett el egy kísérletet. A kísérletben két különböző méretű, félig üres poharat mutattak meg 4-9 éves gyermekeknek. A feladatuk az volt, hogy megmondják melyik a „telibb” vagy az „üresebb” pohár. Az idősebb gyerekek kevesebb jó választ adtak, míg a fiatalabbak többször válaszoltak helyesen. Ez az ellentmondás abból eredhet, hogy az idősebbek már két változót vettek figyelembe, melyek a folyadék és az üres térfogat mennyisége. Tehát egy nagyobb poharat egyszerre telibbnek és üresebbnek látnak, mint egy kisebb, de ugyanúgy megtöltöttet. Ezzel szemben a fiatalabb korosztály csak egy változóval, a folyadék mennyiségével gondolkozott. Az oktatási folyamat, a nyelv, az észlelés, a tanulás, a kulturális és a társas megismerés mind meghatározó jelentőségű az információszerzés mellett (Tófalvy, 2005). A gyermekek az elsődleges tudásukra tudnak építeni tudományos információkat, hiszen az alapismeretek szélesítésével jutnak el a diákok a tudományos definíció megértéséhez. Azonban előfordulhat, hogy az előzetes tudás akadályozza a tudományos megismerést (Korom, 1999). Értelmes

tanuláskor a fogalmi készletbe az új fogalmak szervesen tudnak beépülni. Ellenkező esetben a tanulás egy mechanikus folyamat lesz, mely nem vezet megértéshez. Ez a felismerés vezetett ahhoz, hogy az USA-ban az 1960-as évek végén és az 1970-es évek elején megnézzék a tantervi reformok hatását, azt, hogy a tanulók megértik-e a tananyagot, alkalmazni tudják-e ismereteiket. Eredményeik alapján levonható következtetés az, hogy a diákok nagy része nem tudta helyesen megtanulni a tananyagot, és a fogalmi rendszerükbe nem megfelelő fogalmak épültek be. Ezen hibás fogalmak beépülése a tudományos nézeteknek nem felel meg (Korom, 2003). Ezek a hibás fogalmak, vagy az előismeretek hiánya akadályozzák a megértés folyamatát (Korom, 1997).

A fenti megismerési nehézségek egyik alapja a tévképzetek megléte, mely jelenséget egyre többen kutatják világszerte, így Magyarországon is, tehát számos adat áll rendelkezésünkre előfordulásukról és jellegükről (Korom, 2003). A legtöbb kutatási eredmény a természettudományok területéről áll rendelkezésre (Tóth, 2009; Malmos & Revákné, 2015; Korom, 2022; Mády & Hegedűs, 2023; Kuczmán, 2019; Nagy & Nagy, 2016), de ugyanúgy a társadalomtudományok terén is folynak kutatások (Urbán, 2021, Harsányi, 2022).

Az egészséggel kapcsolatos tévképzetek és laikus elképzelések jelentős hatást gyakorolnak az emberek döntéseire, beleértve az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, a terápiák elfogadását és az életmódbeli szokásokat. Ezek a tévhitek nemcsak egyéni szinten, hanem társadalmi szinten is hatnak, mivel az emberek közötti információátadás révén tovább erősödhetnek vagy változhatnak. Fontos megérteni, hogy a leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzetei milyen forrásból származnak, és ezek hogyan függnek össze az életkorukkal, szocio-demográfiai jellemzőikkel, képzési területükkel és a képzés munkarendjével. Ezek az információk lehetőséget nyújtanak arra, hogy a pedagógusképzésben célzottabb, differenciált módszereket alkalmazzunk a tévképzetek kezelésére és az egészségtudatos gondolkodás megerősítésére. A pedagógusképzés minőségének javítása érdekében elengedhetetlen annak vizsgálata is, hogy a képzési programok hogyan segítik elő az egészségnevelési kompetenciák fejlesztését. A jelenlegi képzések leginkább elméleti alapot nyújtanak, miközben a gyakorlati alkalmazhatóság fejlesztése jelentős mértékben hozzájárulhatna a pedagógusok hatékonyabb felkészítéséhez. Az iskolai környezet változatos egészségfejlesztési kihívásaihoz való alkalmazkodás képessége kiemelten fontos, különösen a Nemzeti Alaptanterv egészségfejlesztési céljainak teljesítése szempontjából.

Az egészségnevelés kiemelt szerepe az oktatásban abból adódik, hogy a pedagógusok nemcsak a tudás közvetítői, hanem értékközvetítők is. Ők jelentős hatást gyakorolnak tanulóik attitűdjére, szokásaira és ismereteire, különösen az egészségtudatos magatartás kialakítása

terén. Ezért alapvető fontosságú, hogy a pedagógusok megfelelően felkészüljenek az egészségnevelési feladatok ellátására. Az aktuális Nemzeti Alaptanterv (NAT 2020) és a pedagógusképzés képzési és kimeneti követelményei is hangsúlyozzák az egészségfejlesztés szerepét, ám az, hogy a pedagógusjelöltek milyen mértékben képesek ezeket a kompetenciákat a gyakorlatban alkalmazni, kevésbé ismert.

1.2. Kutatási cél

Egészségfejlesztés tanárként felmerült bennem, hogy az egészséggel kapcsolatosan létező tévhitek milyen hatást gyakorolnak a felnövekvő nemzedék egészségmagatartására és egészségi állapotára. Külföldi vizsgálatok bizonyítják, hogy az emberek egészséggel kapcsolatos tévhitei befolyásolják azt, hogy egy adott betegség kapcsán milyen terápiát fogadnak el, milyen orvosi szolgáltatást vesznek igénybe és azt is, hogy milyen életmódot folytatnak. Ezen kívül komoly befolyásoló hatással van az előbb említettekre az, hogy milyen ismereteket adnak át egymásnak az emberek (Leventhal, Leventhal & Robitaille, 1998; Moorman & Matulich, 1993). Mindez azt mutatja, hogy az egészséggel kapcsolatos tévhitek meglehetősen olyan befolyásoló tényező, amellyel foglalkoznunk kell.

A kutatás koncepciója az egészséggel kapcsolatos tévképzetek pedagógiai és pszichológiai összefüggéseinek vizsgálatára épül, különös tekintettel arra, hogy a pedagógusképzés és az iskolai oktatás hogyan képes hozzájárulni a diákok egészségtudatos magatartásának kialakításához. A kutatás fő célja feltárni, hogy a leendő pedagógusok egészségfogalma, valamint ezek torzításai milyen mértékben szolgálhatják vagy hátráltathatják jövőbeni egészségnevelési tevékenységeik hatékonyságát. Célunk továbbá feltárni, hogy a hatályos Nemzeti Alaptanterv (NAT2020), a kerettantervek és a pedagógusképzési szakok képzési és kimeneti követelményei milyen egészségnevelési és egészségfejlesztési kompetenciákat közvetítenek, ezek mennyiben feleltethetők meg a holisztikus egészségfogalomnak és a leendő pedagógusok tényleges egészséggel kapcsolatos tudása és kompetenciái mennyiben felelnek meg ezeknek az elvárásoknak, valamint az egészséggel kapcsolatos tévképzeteik milyen forrásokból táplálkoznak.

Ez a megközelítés lehetőséget ad arra, hogy a hazai pedagógiai gyakorlatban alkalmazható megoldásokat dolgozzunk ki az egészséggel kapcsolatos tévhitek kezelésére, miközben hozzájárulunk a nemzetközi szakirodalom bővítéséhez is. A kutatás mind elméleti, mind gyakorlati szempontból releváns, hiszen az eredmények alapján fejleszthetők az egészségnevelési programok, és támogatható az egészségügyi és az oktatási szektor közötti együttműködés.

1.3. Kutatási kérdések

A kutatási kérdéseink alapját több tudományos és gyakorlati szempont határozta meg, amelyek az egészségnevelés pedagógiai jelentőségéhez, a tévképzetek hatásához és a pedagógusképzés fejlesztéséhez kapcsolódnak. A kutatási célkitűzéseinket és az azokra reflektáló kutatási kérdéseket az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat. Kutatási célok és kutatási kérdések összevetése (Saját szerkesztés)

<i>Kutatási cél</i>	<i>Kutatási kérdés</i>
Feltárni, hogy a hatályos Nemzeti Alaptanterv (NAT2020), a kerettantervek és a pedagógusképzési szakok képzési és kimeneti követelményei milyen egészségnevelési és egészségfejlesztési kompetenciákat közvetítenek, és ezek mennyiben feleltethetők meg a holisztikus egészségfogalomnak.	Előzménydokumentumai (NAT 1993, 1995, 2007, 2012, 2018) viszonylatában a hatályos Nemzeti Alaptanterv (NAT2020), kerettantervek és a vizsgált pedagógusképzési szakok hatályos képzési és kimeneti követelményei milyen egészségneveléssel kapcsolatos kompetenciákat (tudás, képesség, attitűd, felelősség és autonómia) írnak elő a leendő pedagógusok számára? A NAT2020 egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos megfogalmazásai milyen mértékben feleltethetők meg a komplex, holisztikus egészségfogalomnak?
Feltárni a leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos laikus elképzeléseit és tévképzeteit, valamint ezek alakulását különböző demográfiai és képzési tényezők (életkor, szocio-demográfiai státusz, pedagógusképzési terület, képzési munkarend) mentén.	Leendő pedagógusok körében milyen, az egészséggel kapcsolatos laikus elképzelések és tévképzetek azonosíthatók, és ezek hogyan változnak az életkor, valamint a vizsgálati személyek szocio-demográfiai státusza, pedagógusképzési területe és a képzés munkarendje függvényében?
Azonosítani a leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek forrásait és ezek szerepét az egészségtudatos gondolkodás formálásában.	A leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzetei milyen forrásból táplálkoznak?
Értékelni, hogy a leendő pedagógusok tényleges egészséggel kapcsolatos tudása és kompetenciái mennyiben felelnek meg a képzési követelményeknek és a NAT2020-ban megfogalmazott elvárásoknak, különös tekintettel a holisztikus egészségfogalomra.	A leendő pedagógusok milyen mértékben rendelkeznek az iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok ellátásához szükséges ismeretekkel, kiemelten az egészségfogalom és annak holisztikus összetevői tekintetében?

Összességében a kutatási kérdések megválaszolásával célunk feltárni az egészségneveléshez kapcsolódó pedagógiai kihívásokat, a leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek forrásait és hatásait, valamint azokat az összefüggéseket, amelyek a leendő pedagógusok felkészültsége és az elvárt egészségnevelési kompetenciák között fennállnak. A kutatás eredményei hozzájárulhatnak a pedagógusképzési programok, valamint az iskolai egészségnevelési gyakorlatok fejlesztéséhez, miközben értékes adatokkal gazdagíthatják a hazai és nemzetközi szakirodalmat.

A téma újszerűsége végett a nagymintás kutatás elvégzését megelőzően a felderítő szakaszban először dokumentumelemzéssel vizsgáltuk meg az egyes pedagógus képzések képzési céljaiban és törzsanyagában fellelhető egészségtartalmakat, a közoktatás releváns kerettanterveiben megjelenő egészségfejlesztési elemeket különböző évfolyamokra bontva és az 1995-2020-ig megjelent nemzeti alaptanterveket. Kérdésünk, hogy a hatályos Nemzeti Alaptanterv (NAT 2020) és a vizsgált pedagógusképzési szakok képzési és kimeneti követelményei milyen egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos kompetenciák (tudás, képesség, attitűd, felelősség és autonómia) közvetítését írják elő a leendő pedagógusok számára, és rendelkeznek-e az ezekhez szükséges ismeretekkel, kiemelten az egészségfogalom és annak holisztikus összetevői tekintetében.

1.4. A disszertáció felépítése

A disszertáció szakirodalmi áttekintésében (2. fejezet) összefoglaljuk a gyermeki megismerés és a tévképzetek kialakulásának folyamatát, az egészségfogalom, az egészségfejlesztés és az egészségnevelés fogalmi alapjait, az egészséghiedelem modell felépítését, az egészségtan, egészségfejlesztés, egészségnevelés közoktatásban való megjelenésének történetiségét, valamint a laikus egészségfilozófia és az egészséggel kapcsolatos elképzelések hátterét.

A 3. fejezetben bemutatjuk a doktori kutatás célját, kutatási kérdéseit, hipotéziseit, a kvalitatív és kvantitatív vizsgálatokban felhasznált módszereket és eszközöket, valamint a vizsgálati minta összetételét és a vizsgálat menetét.

A 4. fejezet a kvalitatív vizsgálatunkban alkalmazott dokumentumelemzések eredményeit, míg az 5. fejezet a kvantitatív vizsgálatunk pilot és nagymintás méréseinek eredményeit mutatja be.

A dolgozat a disszertáció eredményeinek összegzésével, a kutatás értékeinek és limitációinak, valamint a jövőre vetített vonatkozásainak összefoglalásával zárul.

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

2.1. Gyermeki megismerés és a tévképzetek kialakulása

„A fogalmi rendszer ezen elemeit, amelyek széles körben elterjedtek a különböző életkorú, nemű, képességű, nemzetiségű tanulók körében, s amelyek hasonlítanak az adott tudomány történetében előforduló elméletekhez és ellenállnak a hagyományos tanítási módszereknek, tévképzeteknek nevezték el a kutatók” (Korom, 2003, 84. o.). A tévképzet fogalma igen tág határok között mozog. Ennek lehet alapja babona, mítosz, népi hagyományok vagy félreértések. Téves értelmezésből, vagy a tények alapos megfigyelésének hiányából eredhet, de tükrözheti az információ pusztá hiányát is (Wilfred & Sutton, 1962). A fogalmak olyan elképzelések, tények vagy események, amelyek segítenek megérteni a körülöttünk lévő világot (Eggen & Kauchak, 2004). A téves elképzelések azonban olyan elképzelésekként írhatók le, amelyek tapasztalatokon alapulnak és téves fogalomdefiniáláshoz vezetnek (Martin et al., 2002). Az önállóan konstruált világ sok esetben eltérhet a tudományos koncepciótól. Amennyiben ezen új ismeret különbözik a jelenlegi értelmezési rendszertől, nem képes helyesen beépülni, létrejöhet a tévképzet (Tóth, 2011).

Kádár és Farsang (2018) átfogó áttekintő összegzést ad a tévképzet fogalmának különböző meghatározásairól általánosan és specifikusan a természettudományok területére vonatkozóan (2. táblázat).

2. táblázat. Kádár és Farsang (2018) a tévképzet fogalmának értelmezéseit bemutató összesítő táblázata (Kádár & Farsang, 2018, 8. o.)

<i>Típus</i>	<i>Fogalom</i>	<i>Meghatározás</i>	<i>Szinonimák</i>	<i>Források</i>
Általános	Tévképzet	Olyan kognitív struktúrák, amelyek mélyen be vannak ágyazódva egy személy ismeretrendszerébe, olyan, esetleg túl korán megtanult, de helytelen, hibás adatok, fogalmak, amelyek a mai természettudományos ismeretekkel összeegyeztethetetlenek, oktatással is nehezen változtathatók meg, még felnőttkorban is jelen lehetnek.	Alternatív koncepció, hibás adaton alapuló tévképzet	National Research Council 1997; Korom E. 2002, 2005; Dudás E. et al., 2012; Chang, C. H.–Pascua, L. 2015
Specifikus	Vernakuláris (köznyelvi) tévképzet	Egy adott fogalomnak, jelenségnek a mindennapi nyelvhasználaton alapuló	Nyelvészeti tévképzet, metafora	National Research Council 1997;

		értelmezése, amikor egy adott szó mást jelent a hétköznapiakban, és más természettudományos kontextusban, ami egy adott természettudományos fogalom, jelenség, folyamat félreértelmezéséhez vezethet		Dolphin, G.– Benoit, W. 2016
Specifikus	Prekonceptió	Egy adott jelenségnek, fogalomnak a mindennapi tapasztalatokra alapozott értelmezése, amely befolyásolja az új fogalmak és modellek későbbi értelmezését, valamint a kognitív struktúrába történő beépítését.	Alternatív koncepció, intuitív koncepció, oktatás előtti koncepció, mindennapi tudás, gyermeki tudomány	Vosniadou, S.– Brewer, W. F. 1992; National Research Council 1997; Duit, R. et al., 2001; Nieswandt, M. 2001; Eryilmaz, A. 2002; Park, J.– Han, S. 2002; Schur, Y. et al., 2002
Specifikus	Kulturális tévképzet	Egy adott fogalomnak, jelenségnek egy olyan beágyazó kultúrán alapuló értelmezése, amely erősen jelen van a mindennapokban.	Nem tudományos világkép	Vosniadou, S.– Brewer, W. F. 1992; Samarapungavan, A. et al., 1996; Sungur, S. et al., 2001; Tsai, C. C. 2001; Eryilmaz, A. 2002; Alsparlan, C. et al., 2003
Specifikus	Populáris tévképzet	Egy adott fogalomnak, jelenségnek a kortárs médián (hírek, filmek, könyvek, képregények stb.) alapuló értelmezése.		Barnett, M. és mtsai, 2006; Kádár A. et al., 2015
Specifikus	Fogalomalkotási tévképzet	Az egyes természettudományos tantárgyak tanítása nem idéz elő fogalmi váltást, az előzetesen kialakult, nem feltétlenül helyes természettudományos világkép nem változik meg, a tanulók hibás modelleket alkotnak egy-egy természettudományos jelenségről.		National Research Council, 1997; Eryilmaz, A. 2002; Chang, C. H.– Pascua, L. 2015

A Kádár és Farsang (2018) által ismertetett specifikus tévképzet típusokhoz hasonló értelmezésben Korom (2022) a tévképzetek (misconceptions) 5 típusát ismerteti a fellelhető kutatási eredmények összegzése alapján, melyek a következők:

1. „Az előítéletek (preconceived notions) a mindennapi tapasztalatokon alapuló koncepciók.”
2. „A nem tudományos meggyőződések (nonscientific beliefs) azok a nézetek, amelyeket a diákok a tudományos oktatástól eltérő, például vallási vagy mitikus forrásokból tanulnak meg.”
3. „A fogalmi félreértelmezések (conceptual misunderstandings) akkor keletkeznek, ha úgy tanítják a tudományos ismereteket, hogy nem készítetik a diákokat a saját előítéleteikből és nem tudományos meggyőződéseikből eredő paradoxonokkal és konfliktusokkal való szembesülésre, ezért a zavar kezelésére hibás modelleket építenek.”
4. „A köznyelvi tévképzetek (vernacular misconceptions) olyan szavak használatából erednek, amelyek a mindennapi életben mást jelentenek, mint a tudományos kontextusban.”
5. „A tényyszerű tévképzetek (factual misconceptions) olyan tévhitek, amelyeket gyakran már fiatalkorban megtanulunk, és felnőttkorban is megmaradnak.” (Korom, 2022, 99. o.).

A gyermekek elsődleges, az oktatási folyamat megkezdése előtti fogalmait a tévképzet szóhasználatával mellett többek között a következő szavakkal jellemezték még az egyes tudósok: előzetes elképzelés, alternatív keret, naiv meggyőződés, intuitív fogalom, gyermektudomány. Mindez arra utal, hogy nincs egységesen kialakult kép a gyermekek tudásának szervezettségéről illetően és a meghatározó jellegét tekintve, azonban abban egységes az elképzelés, miszerint az iskola előtti tudás az oktatási folyamat során folyamatosan átrendeződik. Ez az átrendeződés hosszú folyamat eredménye, mely során kisebb, vagy nagyobb mértékű változás következik be. Ideális esetben a fogalmi rendszer eddig ismeretlen részekkel, új kapcsolatokkal gyarapszik, mely hosszú tanulási folyamat során eljut a diák a tudományos fogalom megértéséhez. További esetekben azonban nagyobb volumenű átszerveződésre, alapvető fogalmi változtatásra van szükség. A régi és az új fogalmi rendszer elemei keveredhetnek a diákok tudatában, sokszor az oktatási folyamat végeztével sem sikerül eljutni az ismeretek összeillesztéséig (Korom, 2003).

Eger szerint a tévképzetek kapcsolatba hozhatók az oktatási rendszer problémáival, hibáival (In. Vass, 1997). A naiv elméletek az iskola megkezdése előtt is, és az oktatási folyamat során is létrejöhetnek. A gyermekek megszületésüktől kezdve folyamatosan észlelik a körülöttük levő világot, majd ez a fajta észlelés tudatossággá megy át. A diákok nem inaktív befogadók, hanem aktív résztvevők ismereteik formálásában (Korom, 2003). Sokszor a gyermek a szülőtől kérdez, aki pedig, ha nem tudja a helyes választ a kérdésre, helytelen, téves

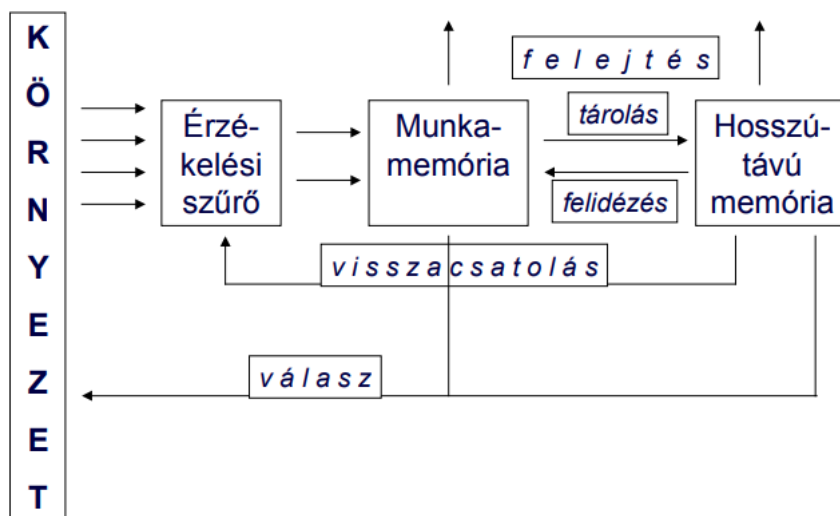
választ ad, így a szülők is forrásai lehetnek a tévképzetek kialakulásának (Thompson & Logue, 2006).

Hasonlóságot vettek észre a kutatók az egyes diákok hibás válaszadásai között, ezek nagy része nem véletlen, sőt kategória szerinti besorolást is tudunk alkalmazni a hibás elképzelések típusai mentén. Ezen túl megfigyelhető a hibás válaszoknál a következetesség. Mindezekből arra következtethetünk, hogy a diákok fogalmi hálójában azonos módon rendeződött hibás részek vannak (Korom, 1997). A gyermekek elsődlegesen tapasztalás útján szerzik ismereteiket, de a társaikkal és a felnőttekkel való kontaktus révén is sajátítanak el ismereteket. Az iskolába lépés előtt szerzett ismereteik naiv elméletek. Ugyanannak a jelenségnek az értelmezése egyénenként változó, mert a fogalmi rendszerük is egyénenként eltérő (Korom, 1997). A középiskolás diákok jól tudnak rutin feladatokat elvégezni, a szabályokat, fogalmakat, formulákat helyesen alkalmazzák, de nem képesek a hétköznapi életben alkalmazni e tudásukat. Az oktatási folyamat során hiába kapják meg a szükséges tudást, nem tudják megmagyarázni tudományos szinten azt, amit a hétköznapi életben tapasztalnak (Korom & Csapó, 1997).

Carretero és Voss (1994) szerint a naiv elképzelések tartóssága kapcsolatba hozható azzal az életkorral, amelyben a gyermek elsajátította az ismeretet. Minél fiatalabb korban szerzett ismeretről van szó, annál mélyrehatóbban rögzült és ennél fogva annál nehezebben alakítható át (In: Vass, 1997). Tévképzetekkel kapcsolatban majd minden tudományterületen fellelhető példa, illetve egyes tantárgyak fogalomrendszerével kapcsolatban is találhatunk példákat (Korom, 1997). Naiv elképzelések mind a természettudományok tanulása során, mind pedig a társadalmi jelenségek vonatkozásában is előfordulnak, mindezek pedig az oktatási folyamat során az ismeret elsajátítását nehezítik, de egyben a nevelést is (Csapó, 2000). A disszertációban szereplő jelen kutatás kiemelten az egészséggel kapcsolatos fogalomrendszerrel foglalkozik.

A naiv elképzelések stabilak, nem könnyű a megváltoztatásuk, mélyrehatók, a tanulást nehezíthetik. Általánosságban elmondható, hogy a régi tudományos elméletekkel összeegyeztethetők, holott ezek az elképzelések már az idő előrehaladtával megdőltek. Nem egységes szerkezetet alkotnak, így a gyerekek tudatában mindenhol megjelenhetnek. A tévképzetek folyamatokra és adott jelenségekre vonatkoznak. Az, hogy a gyermek hány éves, milyen nemű, milyen az iskolai teljesítménye és a képessége nem annyira, vagy kissé befolyásolja a kialakulásukat és gyarapodásukat. Nehéz feltérképezni jelenlétüket, mert a feleletválasztós teszteknel a gyermekeknek egy minta alapján kell visszaadniuk a tanultakat (Korom, 2002).

Tanulási folyamat eredményeként jönnek létre a tévképzetek, így a modern tanuláselméleti modellek, mint az információfeldolgozási modell és a konstruktivista tanuláselmélet jól szemlélteti a naiv elképzelésekhez vezető utat (Tóth, 2009).



1. ábra. A tanulás információfeldolgozási modellje Johnstone (2000) nyomán (Tóth, 2009, 25. o.)

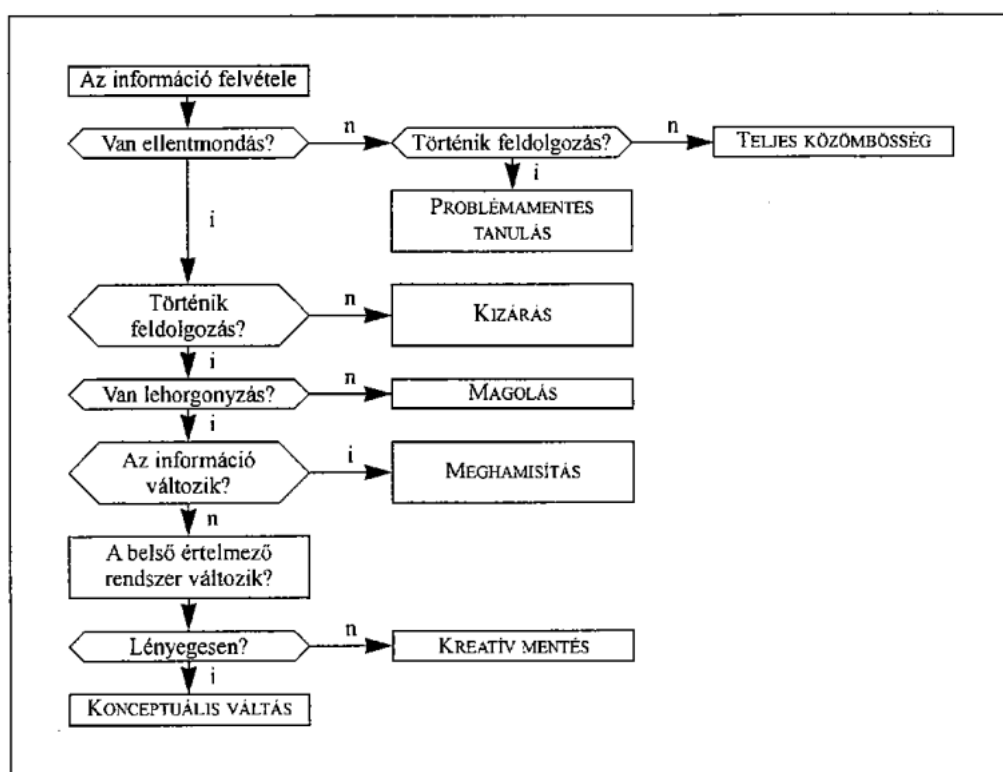
Az információfeldolgozási modell (1. ábra) szerint a környezetből érkező számtalan információ az érzékelési szűrő által csökkentett mennyiségben jut el a rövid távú memóriába, ahonnan rövid tartózkodás után, és ha létrejön a feldolgozás, akkor átkerül a hosszú távú memóriába. Ha nincs feldolgozás, létrejön a felejtés. A feldolgozott információ rögzítése négy úton jöhet létre, melyek a magolás, a tévképzet kialakulása, az értelmes tanulás és a lineáris sorban való rögzítés. Abban az esetben, ha az újonnan szerzett ismeret a már meglévő tudáshoz illeszkedik, létrejön az értelmes tanulás. Azonban, ha ez az illeszkedés csak látszólagos, tévképzet alakulhat ki (Tóth, 2015).

A konstruktív tanuláselmélet (2. ábra) vizsgálati szempontjai, melyek mentén a tanulási formákat célszerű megnézni, az alábbiak:

- „1. Van-e ellentmondás az új információ és az azt értelmező rendszer között?
2. Történik-e feldolgozás, megkísérli-e egyáltalán a tanuló az új információ értelmezését a meglévő tudása segítségével?
3. Ha van feldolgozás, akkor megtörténik-e az új tudás lehorgonyozása a régi rendszerhez vagy sem?

4. A lehorgonyzás érdekében mi változik meg, a külső információ (más lesz a reprezentáció, mint ami a külső forrásból érkezett), vagy az értelmező rendszer?
5. Ha a belső rendszer alakul át, akkor az lényegi változás-e?” (Nahalka, 1997, 4. o.).

Ezek a kérdések végighaladva választ kapunk a tanulási típusra is és arra is, hogy hogyan jutunk el a típusba sorolásig.

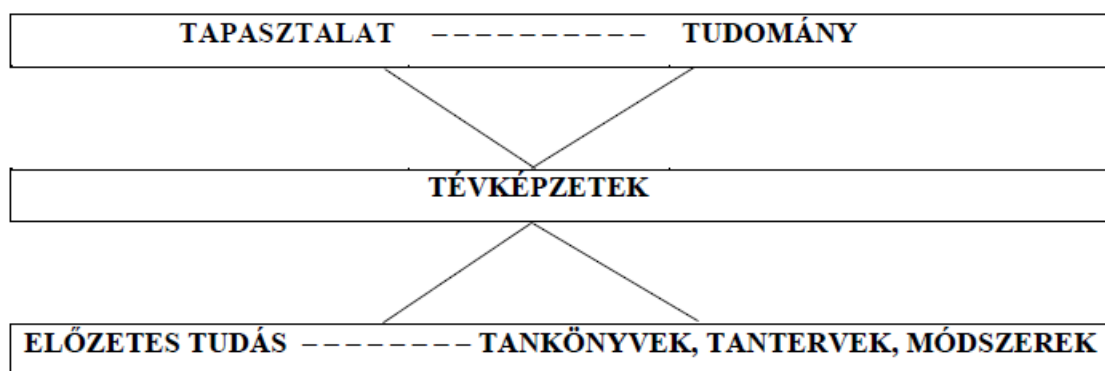


2. ábra. A konstruktivista tanulásmodell blokkdiagramja (Nahalka, 1997, 4. o.)

A konstruktivista tanuláselmélet szerint az ismeretelsajátítás eredménye és típusa aspektusából nézve fontos megvizsgálni, hogy az új és a régi információ között van-e ellentét. A 2. ábra szemlélteti a tanulás kimenetelének hét lehetséges útját, úgy, mint a közömbösség, kizárás, magolás, problémamentes tanulás, kreatív mentés, fogalmi váltás, meghamisítás. Ebben a formában a tévképzet kialakulása két úton lehetséges: a meghamisítás és a kreatív mentés útján. Kizárás során a tanuló ellenkezik az új ismerettel, nem akarja az új ismeretet alkalmazni. Egy esetben mégis képes elsajátítani a tanuló az új ismeretet, de ez pusztán csak az iskolai kényszer hatására valósulhat meg. Ilyen esetben beszélhetünk magolásról. További eshetőségként a diák megkísérelheti ezt a két információt összeegyeztetni, ami csak az egyik, vagy másik ismeret megváltozásával történhet. Tévképzet során az információ megváltozásáról

van szó, amit az ábrán meghamisításként olvashatunk. Kreatív mentés során a diák belső értelmező struktúrájában történik módosulás. Ezen modellek által lehetőségünk nyílik megismerni a tévképzetek kialakulását, azt azonban nem tudjuk meg, hogy milyen befolyásoló tényezők hatnak létrejöttükre, illetve arra sem kapunk választ, hogy hogyan tudjuk előre feltérképezni azokat (Tóth, 2009).

Egyes kutatók a naiv elképzelések fogalmkörét a tanulási folyamat sémája alapján értelmezték, melynek segítségével feltárták a valós élet és a tudományos ismeretek, valamint a tudomány jelenlegi kimenetelének kapcsolatrendszerét (3. ábra) (Vass, 1997).



3. ábra. A tévképzetek kialakulására ható tényezők szerkezete (Vass, 1997, 101. o.)

A hagyományos oktatás figyelmen kívül hagyja a problémamegoldó gondolkodás fontosságát, helyette a lexikális tudás gazdagítására törekszik. Alapvető probléma a tanárok kritikai gondolkodásának a hiánya. Nem írják felül a tankönyvi szöveget, csak továbbadják a diákoknak, illetve a rövid tanítási idő miatt nincs módjuk a tévképzetek feltárására (Malmos, 2015). Ahhoz, hogy az új információ helyesen rögzülhessen a diákban, kiemelten fontos a tanulók előzetes ismereteivel tisztában lenni, hiszen a rögzülést akadályozhatja a helytelen ismeret megléte vagy a helyes tudás hiánya (Csapó, 1992).

A disszertáció maga felnőtt populáción, a leendő pedagógusok körében vizsgálja az egészséggel kapcsolatos tévképzetek megjelenését, abból a megfontolásból kiindulva, hogy a pedagógusképzésben részt vevők tudásstruktúrái részben tovább hordozzák a gyermekkorban kialakult sémákat és tévképzeteket. A gyermeki megismerés stabil, de rugalmatlan rendszereire vonatkozó ismeretek érvényesek lehetnek a felnőttek vizsgálatánál is, különösen abban az esetben, ha nem történt tudatos fogalmi átrendeződés vagy reflektív újratanulás. Mivel a pedagógushallgatók jövőbeli nevelési gyakorlatát erősen befolyásolják ezek a háttérsémák, indokolt, hogy a gyermeki megismerés elméleti keretei is alkalmazásra kerüljenek a kutatásban.

Mivel kutatásunkban feltételeztük, hogy a leendő pedagógusok tévképzeteinek fő forrásai a média és az otthonról hozott információk, ezért tipológiáját tekintve leginkább a populáris (Kádár & Farsang, 2018) és a tényyszerű (Korom, 2022) tévképzetek feleltethetők meg leginkább ezeknek.

2.2. Egészségfogalom, egészségfejlesztés, egészségnevelés

2.2.1. Fogalmi áttekintés

Az egészség történelmileg legrégebben ismert értelmezése Hügeia (megőrzött egészség) és Aschlépios (betegség gyógyításával visszaállított egészség) mítoszaihoz fűződik. E kétfajta megközelítés egyensúlyban, jól megfér egymás mellett, egészen a 18.-19. századig, amikor is a medicinális dominancia, azaz a *biomedicinális* modell került előtérbe. A lelki és a társadalmi tényezők hatásainak beemelésével megjelent a *pszichoszociális* modell is, majd pedig az összetett értelmezésre alapozó *biopszichoszociális* modell. E három modell azonban még mindig a betegségből indul ki (Benkő, 2005, 2016).

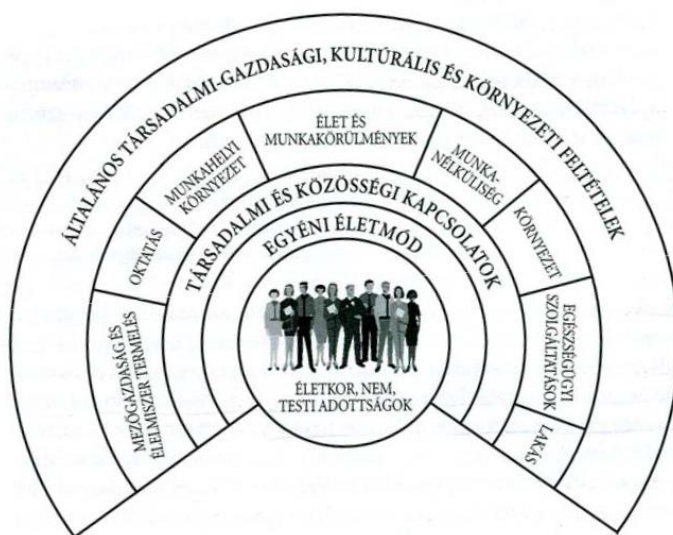
A WHO (World Health Organization) 1946-os definíciója kimondja, hogy az egészség nem csupán a betegség, vagy a fogyatékosság hiányát jelenti, hanem a testi, lelki és szociális jóllét állapotát (WHO, 1948). Ez a definíció később kiegészült az ökológiai és a spirituális tényezőkkel is. Ez a szemléletbeli váltás az egészség fogalmával kapcsolatos paradigmaváltás fontos eleme. Paulus és Petzel (2009) valamint Benkő (2011, 2019) az alábbiakban foglalják össze az egészség értelmezésében bekövetkezett változásokat: A betegség hiányából kiinduló egydimenziós, objektív, organikus, individuális, statikus értelmezést felváltotta a pozitív, többdimenziós, szubjektív, személyes, szituatív és dinamikus megközelítés.

A 21. századi egészségfelfogásba beletartoznak a társadalmi, pszichés, fizikai és lelki tényezők, melyek egymástól nem különíthetők el (Németh et al., 2014). A fizikai tényezők a biológiai folyamatokat jelentik, a pszichés tényezők a reális gondolkodást, az érzelmi dimenziók alatt az emóciók értelmezését, használatát értjük. A szociális tényezők a közösséggel való kapcsolat alakulását jelentik (Ewles & Simnett, 2013). A holisztikus egészségmodell dimenziói kihatnak a mindennapjainkra, a cselekedeteinkre, a nézeteinkre (Benkő, 2019). Ezen dimenziók hatnak egymásra (Csabai, 2001). A fizikai egészség kapcsán a test, a szervezet működése, a mentális egészség során a tiszta gondolkodásra való képességre gondolunk. Az érzelmi egészség az érzelmeink helyes kezelésének a képességét jelenti, míg a spirituális egészség a harmóniára, a hitvallás gyakorlására és a lelki békére való képességet jelenti. A társas egészség kapcsán képesek vagyunk másokkal kapcsolat kialakítására, míg a társadalmi

egészség során képesek vagyunk a társadalomba integrálódni (Ewles & Simnett, 2013; Benkő, 2019; Tarkó, 2024).

Az egészséget befolyásoló tényező közé tartoznak az öröklött és környezeti tényezők, az életmóddal kapcsolatos tényezők és az egészségügyi ellátó rendszer működése (Benkő, 2019). Ezek hatáserősségét az úgynevezett Lalonde (1974) jelentés fogalmazta meg, kormányzati dokumentum szintjén először rámutatva arra, hogy egészségünk alakulásában a legfontosabb szerepe az életmódnak van (43%), míg a genetikai tényezők 27%-ban, a környezeti tényezők 19%-ban és az egészségügyi ellátás 11%-ban meghatározó (Tarkó, 2024).

A 4. ábra jól szemlélteti azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják az egészséget. Központi helyen az ember található, akit körülvesznek különböző hatások. Az emberre legnagyobb befolyással az életmódja van, ezen kívül nagyban meghatározó jelentőségű tényezők még a társadalmi és a közösségi kapcsolatai. Szélesebb körben hatással van egészségére a mezőgazdaság és az élelmiszertermelés, az oktatás, a munkahelyi környezet, az élet és munkakörülmények, a munkanélküliség, a környezet, és az egészségügyi szolgáltatások, valamint a lakásviszonyok. Láthatjuk tehát, hogy mennyi tényező játszik szerepet egészségünk alakulásában. Vannak, melyeken tudunk változtatni, de ahogyan Dahlgren és Whitehead (1991) is megjegyezte, az életkort, nemet és a testi adottságokat nem tudjuk módosítani.



4. ábra. Az egészséget meghatározó tényezők (Orosz, 2001, 257.o.)

Az egészségfelfogás szemléletváltásában a patogenetikus irányultságtól a szalutogenetikus irányultság felé történt az elmozdulás. A szalutogenetikus, vagyis egészségközpontú megközelítés úttörője Aaron Antonovsky. „Antonovsky megközelítésének

egyik fontos jellemzője, hogy az egészség és betegség kapcsolatát nem dichotómiaként: két, egymástól jól elkülönülő állapotként értelmezi, hanem a jóllétet kontinuum („ease/disease continuum”) mentén képzei el, melynek két, valójában nem is létező „vegytiszta” szélsőértéke a tökéletes betegség és a tökéletes egészség állapota.” (Konkoly, 2008, 60. o.). Antonovsky azt vizsgálta, hogy mitől marad valaki egészséges. Modelljében két kulcsfogalom szerepel, a koherencia-érzet (KE) és az általános rezisztencia erőforrások (ARE). „Az ARE-k olyan biológiai, anyagi, lelki, érzelmi és társadalmi tényezők, amelyek könnyebbé teszik az ember számára, hogy életét konzisztensnek, strukturálnak és érthetőnek lássa. Tipikus ARE-k a pénz, a tudás, a tapasztalat, az önbecsülés, az egészségtudatos magatartás, az elköteleződés, a társas támogatás, a kulturális tőke, az intelligencia, a hagyományok, az életszemlélet stb. Ezek az elemek segítik az egyént a koherens élettapasztalatok felépítésében. A koherencia-érzet (KÉ) komponensei a világ megérthetőségnek élménye, azaz a kognitív komponens; a kezelhetőség élménye, azaz az instrumentális vagy viselkedéses komponens; és az értelemteliség élménye, azaz a motivációs komponens. A KÉ így átfogó tájékozódási képességgé válik, és segítségével az egyén felismeri, hogy bármely helyzet kezelhető, függetlenül attól, hogy mi történik az életben” (Lindström & Eriksson, 2006; In. Benkő, 2016, 28. o.). Antonovsky állítása szerint a koherencia-érzet kialakulása a gyermek hároméves korára tehető (Konkoly, 2008). Azonban egyes empirikus kutatások rámutattak arra, hogy ez az érzet felnőtt korban is fejleszthető (Lindström & Eriksson, 2006).

Az egészségismeret fontosságát a már említett Lalonde jelentésben Marc Lalonde kanadai egészségügyi miniszter is felismerte. Ő volt az első ember, aki az egészségfejlesztés szót alkalmazta beszédében (Naidoo & Wills, 1999, In. Nagy, 2005). A multidiszciplinárisan és interszektoriálisan értelmezett egészségfogalomra alapozott egészségfejlesztés „az összes nem terápiás egészségjavító tartalom, tevékenység és módszer gyűjtőfogalma” (Benkő, 2019, 34. o.). Az egészségfejlesztés alapidokumentuma az Ottawai Charta, mely szerint lehetőséget teremt az embereknek saját egészségük alakítására. Ahhoz, hogy az ember elérje fizikálisan, mentálisan és szociálisan azt az állapotot, melyet teljesnek tekintünk, szükséges az embernek tudatában lennie igényeinek és képesnek kell lennie a környezethez való adaptálódásra (WHO, 1986). Az egészségfejlesztés hatásköre egészen kihat az államig, a helyi közösségekig és az önkormányzatokig (Nagy, 2005). Az egészségfejlesztés „egységes fogalommá integrálta a mentálhigiénét, az egészség-felvilágosítást, az egészségnevelést/tanítást, a prevenciót és az önségítés eddigi stratégiáit, tevékenységeit (Benkő, 2019, 34. o.). Míg a hagyományos egészségnevelés a biomedicinális paradigmán alapul, rizikóorientált, az egészség holisztikus megközelítését mellőző, az információátadás, felvilágosítás és tiltás eszközével élő folyamat

(Benkő, 2019), addig a modern egészségnevelés nemcsak az ismeretátadásra, hanem készségek, beállítódások kialakítására is törekszik, aktívan bevonja a folyamatba a résztvevőket és bátorítja, támogatja az együttműködésüket” (Kis, 2019, 121. o.).

Az iskolai egészségfejlesztés célcsoportja nem csak a diákok, hanem a pedagógusok, a nem oktató dolgozók, a szülők és az iskola társadalmi környezete egyaránt, valamint hat az iskola épített és természeti környezetére is (Benkő, 2019). Az iskola az egészségfejlesztés leghatékonyabb lehetőségét biztosítja, mivel másodlagos szocializációs színtérként a felnövekvő generációk szempontjából még időben fejthetik ki tevékenységüket és a társadalmi alrendszerek széles körével állnak szoros kapcsolatban (Tarkó, 2019).

Nagy jelentősége van az egészség-magatartásnak, környezet-tudatosságnak a gyermekek fejlődésére, hiszen gyerekkortól folyamatosan formálódik az egészségmagatartásuk (Pikó, 2002). A formálódásában szerepet játszik a családi környezet, a szociális közeg és az iskolai közeg is. Az iskola, mint másodlagos szocializációs közeg nagy szerepet tölt be a gyermekek egészségmagatartásának alakításában (Halpern-Felsher, Millstein et al., 2001; Hansen, 2001).

Kutatásunk az egészség fogalmának holisztikus értelmezését (Benkő, 2019) veszi alapul, valamint a Lalonde (1974) jelentésben megfogalmazott egészséget befolyásoló tényezőket tekinti elsődlegesnek.

2.2.2. Egészségihiedelem modell

Az egészségihiedelem modell célja az orvosokkal való együttműködési készség, és az egészségmagatartás jóslása, előre meghatározása. Azaz, hogy előre jelezzék a lakosság egészségmagatartását. Ehhez meghatározták, hogy az egészséges ember az, aki önálló életvezetésre képes, élethelyzetéből adódó szerepeit elfogadja, képességeinek megfelelő munkát végez, képes örömszerzésre, életét más emberekkel együtt közösségi, társadalmi céloknak megfelelően éli (Becker & Maiman, 1975).

A kezdeti pont, hogy az egyén észleli, hogy beteg. Ezt a felismerést számos tényező befolyásolja, úgy, mint a kor, nem, etnikai hovatartozás, személyiség. Az, hogy mennyire érzi veszélyesnek a betegségét, függ az előbb említettektől, de ezen túl még a tömegkommunikációs kampányoktól, családtagoktól, médiától. Ezen összefüggések eredményeként jelenik meg az egészségviselkedés szintje, vagyis, hogy milyen valószínűséggel teszi meg a kívánt óvintézkedést az egyén. Több magatartással kapcsolatos vizsgálat meglátta szükséges ahhoz, hogy megtudjuk az egészségmagatartás várható kimenetelét. Ilyen vizsgálatok a prevenciós magatartás vizsgálat, a betegekre vonatkozó szabályok betartásának magatartásos vizsgálata és a klinikai alkalmazásban megjelenő magatartásvizsgálat.

A 20. század előtt számos kutatás született a megelőző egészségügyi magatartás előrejelzésére. Az 1970-es években megjelent magatartásvizsgálatok fő témái a szűrésekkel, oltásokkal, védőkesztyű használatával és a fogorvosi látogatásokkal kapcsolatosak. Majd ahogy haladunk az időben előre, úgy jelentek meg a penicillin előírásokkal kapcsolatos vizsgálatok, magas vérnyomással, cukorbetegséggel, elhízással, vesebetegségekkel és az asztma kezelésére vonatkozó szabályok betartásának vizsgálatával kapcsolatos kutatások.

Az 1980-as évektől megjelennek a szexuális magatartásra vonatkozó és a szájhygiénével kapcsolatos kutatások. Ezen kutatások mérőeszközei általánosságban keresztmetszeti vizsgálatok voltak. Ezen túl alkalmazták a megfigyelés módszerét (pl. Alagna & Reddy 1984; Hay et al., 2003), illetve az orvosi nyilvántartások elemzését (pl. Orbell et al., 1995), de fiziológias mérésekkel kapcsolatos (pl. Bradley et al., 1987) kutatásról is olvashatunk. A fő vizsgálati módszerek az önbevallásos kérdőívek voltak, melyeket vagy személyesen (pl. Cummings et al., 1982; Volk & Koopman 2001) vagy telefonon keresztül vettek fel (pl. Grady et al., 1983). Több kutató azonban pszichometrikus skálákat fejlesztett ki az egészségmotiváció vizsgálatára (Becker et al., 1977; Champion, 1984; Umeh & Rogan-Gibson 2001). Az empirikus kutatások nem tértek ki az egészséges életmódra való motiváltságra. Egészségvédő magatartás támogatására szolgáló kampányok hatására a kolera járványt (Ogionwo, 1973) sikerült megelőzni az 1900-as években, így tehát egy pozitív aspektusa mutatkozik meg a kampányhatásnak, azonban negatív oldalról vagy inkább semleges vonatkozásban említhető a dohányzással és az alkoholfogyasztással kapcsolatban (Mullen et al., 1987), amelyekben nem sikerült jelentős javulást elérni. Kutatásunk szempontjából örömdetes hír, hogy az 1990-es években megjelent az egészséggel kapcsolatos hiedelmek, meggyőződések vizsgálata (Schwarzer, 1992; Abraham et al., 1999).

A viselkedés magyarázatának jelentős kutatói Fishbein, Bandura és Becker voltak. Nyolc alapvető változót azonosítottak a viselkedés magyarázatához és a viselkedésváltozás előmozdításához. Megállapították, hogy a társadalmi nyomásnak nagy a szerepe a viselkedésre, illetve próbálták a meghatározott cselekvés végrehajtására a negatív helyett a pozitívabb érzelmi reakciónak az előrejelzését azonosítani. Ez a keret ábrázolja az egészséghiedelem modell fő konstrukcióit az indokolt cselekvés elméletében szereplő általánosabb attitűdre és normatív konstrukciókra (Fishbein & Ajzen, 1975; Bandura, 1977; Becker et al., 1977). Hazai egészséghiedelem kutatások tekintetében főleg a droghasználók tú- és eszközmegosztásával kapcsolatban lelhető fel kutatás (Márványkövi, Melles & Rác, 2008). Az egészséghiedelem modell egyes faktorai voltak a független változók, melyekhez attitűd- állításokat fogalmaztak meg. Nemzetközi és hazai szinten a 20. század elejétől megjelentek a droghasználattal,

egészségfejlesztési gyakorlattal, emlőrákkal kapcsolatos kutatások. Majd az idő előrehaladtával megjelentek az étkezési szokásokkal, táplálkozással, óvintézkedések betartásával kapcsolatos kutatások, melyek kiegészülnek az önellátó betegek viselkedésének előrejelzésével kapcsolatos vizsgálatokkal. Az egészséghiedelem modellel szemben megfogalmazható kritika, hogy nem ad egyértelmű elméleti struktúrát, azonban sok magatartásra, betegségekre adaptálható, ami hátrány is lehet a kutatások során.

Györffy és Szántó (2020) számos példát sorolnak fel az egészséghiedelmek köréből, vagyis amikor „a beteg saját kultúrafüggő normái és ismeretei szerint értelmezi tüneteit, állapotát” (41. o.). Ez megfeleltethető a Kádár és Farsang (2018) által megnevezett kulturális tévképzet típusnak, és a Korom (2022) által felsorolt nem tudományos meggyőződés tévképzet típusnak. Megjelenhet például a huzat, mint egészségkockázat, a vírusok és baktériumok, mint veszélyes bogarak, vagy a rontásban való hit. Kulturális tényezőként megjelenik a vallás, a magasabb erők hatalmába vetett bizalom, az ima magunk vagy mások gyógyulásáért. Azonban, ha az adott egészséghiedelmet az orvostudomány nem tartja károsnak, javasolt kihasználni annak placebo hatását. A 3. táblázat néhány példával szemlélteti, hogy az egyes holisztikus egészségdimenziókhoz hogyan jelenhetnek meg az empirikus állítások, valamint megadja az ezekhez kapcsolódó szakirodalmi forrásokat.

3. táblázat. Holisztikus egészségdimenziókhoz tartozó példa állítások (saját szerkesztés)

Egészségdimenzió	Állítás	Forrás
Fizikai egészség	Ha eleget mozgok, nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	Thorogood et al., 2011; Wing, 1999; McCall & Ackerman, 2019; Elliott-Sale, 2018; Micha et al., 2017; O’Hearn et al., 2023
Mentális egészség	A feladatok halogatása és a döntésképtelenség rombolja a mentális egészséget.	Bisquerra & Pérez, 2012; Páez-Gallego et al., 2020; Sirois, 2007; Ferrari & Díaz-Morales, 2014
Érzelmi egészség	A depresszió csak a hangulatra van hatással.	Torzsa et al., 2009; Halmos & Suba, 2009; Lopez & Mathers, 2002; Whooley, 2008; Takahashy, Cha & Kiemele, 2008; Dobbels et al., 2008; Diefenthaler et al., 2008
Spirituális egészség	Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	Benkő, 2005; 2019; WHO, 1948; Pálmai, 2017
Társas egészség	A társas támogatás segít megküzdeni a stresszel.	Cohen, 2004; Lett et al., 2005; Uchino et al., 2006; Holt-Lunstad et al., 2010; Heffner et al., 2011; Tay et al., 2011
Társadalmi egészség	A természeti környezet állapota hatással van az egészségünkre.	Ádány et al., 2023; Müller et al., 2011; Jacquemin et al., 2012; Ragen et al., 2009; Su et al., 2010; Evans, 2003

Összességében elmondható, hogy az egészséghiedelem modell alkalmazása helytálló az egészségmagatartás magyarázatára és az intervenció kidolgozására. Egyedüli problémaként azt lehet megemlíteni, hogy nem egységesek a mérések. Az egészséghiedelem-modell szerint az egészségmagatartás fő meghatározója az egyének hiedelme a veszélyeztetettségük valószínűségéről, súlyosságáról, valamint a javasolt cselekvés előnyeiről és akadályairól. Ez jól mutatja, hogy mennyire fontos, hogy az egyén reálisan lássa az egészséggel kapcsolatos ismereteit, nézeteit, hiszen a téves elképzelések fals irányba torzítják az egészségmagatartást, ami súlyos esetben az egyén életébe is kerülhet.

2.2.3. Az egészségtan, egészségfejlesztés, egészségnevelés megjelenésének történetisége a közoktatásban

Az egészségnevelés története Magyarországon az 1800-as évek végére nyúlik vissza, amikor is felmerült az a cél, hogy az iskolák foglalkozzanak a közegészségügyi felvilágosítással. Az első lépéseket a közegészségügyi ismeretek terjesztése érdekében a 19. század végén tették meg, és először iskolaorvosi szolgáltatásokat vezettek be. Az egészségtan oktatása akkoriban még kísérleti jelleggel indult, hiszen ekkor még nem minden iskola számára volt kötelező az egészségügyi felvilágosítás. Ennek ellenére az egészségtan oktatásának fontosságát már ekkor egyre több szakember, így például Fodor József is hangsúlyozta. Az 1880-as években az egészségügyi felvilágosítást szolgáló civil szervezetek, mint a Magyar Vöröskereszt is egyre aktívabban hozzájárultak a közegészségügyi ismeretek terjesztéséhez, és az alkoholizmus, valamint más káros szenvedélyek elleni küzdelem is központi szerepet kapott (Fodor, 1881).

Az iskolai egészségtan oktatásának első komoly mérföldköve 1882-ben történt, amikor is az egészségtan tantárgy kötelezővé vált a középiskolákban. Azonban ezt a kötelezettséget 1901-ben megszüntették, és az oktatás a következő évtizedekben hullámzó módon alakult. A világháborúk, valamint a politikai és társadalmi változások következtében az iskolai egészségnevelés helyzete meglehetősen instabillá vált. Az egészségtan tantárgy oktatása egyes időszakokban háttérbe szorult, miközben a közegészségügy és a felvilágosítás számos esetben állami irányítás alá került, ami megnehezítette a hatékony munkát (Ackermanné, 2006).

Az 1960-as évekre, amikor Magyarország csatlakozott a Nemzetközi Egészségügyi Felvilágosítás Uniójához, új impulzusokat kapott az egészségügyi felvilágosítás. A nemzetközi együttműködés és az új iskolai irányelvek révén az egészségtan oktatása egyre inkább központi szerepet kapott, és a figyelem a prevencióra és a különböző betegségek megelőzésére helyeződött. A társadalmi változások és a gyorsuló urbanizáció hatására az emberek egészségügyi szokásai is átalakultak, és az egészségtudatosság egyre fontosabbá vált. Ezzel

párhuzamosan, az 1990-es évektől kezdve az emberek fokozott figyelték a saját egészségükre, és társadalmi szinten is egyre inkább ismertebb lett, hogy a betegségeket nem csupán a környezeti tényezők, hanem az egyéni szokások és életmód is befolyásolja.

Az egészségnevelés célja ekkor már nemcsak a betegségek megelőzése volt, hanem az egészségtudatos életmód népszerűsítése is. A 20. század végére és a 21. század elejére az egészségnevelés komplex szemléletmódot ölelt fel, amely nemcsak a fizikai, hanem a lelki egészségre is koncentrált. Az egyéni felelősségvállalás, az egészséges táplálkozás, a rendszeres testmozgás, valamint a stresszkezelési technikák kiemelt szerepet kaptak. Az iskolai oktatásban is egyre inkább a tudatos életmódra, valamint a megelőzésre és a prevencióra helyezték a hangsúlyt (Meleg, 2002). A 2000-es évek elején hozott törvényi rendelkezések ismét kötelezővé tették az egészségtan oktatását a közoktatásban, és az iskolák számára előírták, hogy biztosítsák a fiatalok számára azokat az alapvető egészségtudatos magatartásformákat, amelyek segítenek megelőzni a betegségeket és hozzájárulnak az egészség megőrzéséhez (Kormányrendelet, 2001).

A 20. század közepén és végén az egészségnevelés már nemcsak a közegészségügyre, hanem a mentális egészség fontosságára is fókuszált. Czeizel és munkatársai (1997) arra hívták fel a figyelmet, hogy az egészségtan oktatásának már óvodás korban el kell kezdődnie, mivel ekkor alakulhat ki a legjobban a gyermekek egészségtudatossága. Az iskolai egészségnevelés a 10-14 éves korosztály számára különösen fontos, mivel ezen életkorban alapozzák meg az egészséges életmódra vonatkozó szokásokat, mint például a helyes táplálkozás, a mozgás és a stresszkezelési technikák elsajátítását. A 7-8. osztályos diákok számára pedig a szexualitásról, fogamzásgátlásról és családalapításról való felvilágosítás is kiemelt szerepet kapott. Az iskolai egészségnevelés tehát folyamatosan fejlődött és egyre inkább a komplex, holisztikus megközelítést alkalmazta, amelyben a testi és lelki egészség egyaránt fontos szerepet kapott (Meleg, 2002).

Összességében elmondható, hogy az egészségnevelés Magyarországon jelentős változásokon ment keresztül. Kezdetben a betegségek megelőzésére összpontosított, majd az idő előrehaladtával a személyes felelősségvállalás és az egészségtudatos életmód népszerűsítése vált központi témává. Az iskolai egészségnevelés fontossága folyamatosan növekedett, és a 21. századra már elérte azt a szintet, hogy az egészségtan tantárgy ismét kötelezővé vált, biztosítva ezzel, hogy a fiatalok a jövőben felkészülten és tudatosan kezeljék egészségüket.

A kutatás során megjelenő egészségfelfogások több része megfeleltethető a nemzetközi szakirodalomban ismert modellek (Scriven, 2010; Sørensen et al., 2012; Cockerham, 2013)

struktúráinak. Azonban különösen a társas és a társadalmi egészségdimenziók alulreprezentáltsága a hazai hallgatói populáció sajátos attitűdjeire utalhat. Ez indokolja, hogy a magyar pedagógusképzésben célzottan is megjelenjen a holisztikus egészségfelfogás fejlesztése. Összefoglalóan, a 2.2 tartalmi fejezet közös vezérfonala, hogy az egészség nem statikus, hanem társas, tanult és kontextuálisan értelmezett fogalomként jelenik meg.

1. A dinamikus egészségfogalom azt hangsúlyozza, hogy az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem állandó egyensúlyi törekvés a testi, lelki (mentális, érzelmi, spirituális) és szociális (társas, társadalmi) dimenziók között.
2. Az egészséghiedelem modellek a laikus, nem szakemberi egészségértelmezést írják le, és azt, hogy hogyan hoznak az emberek egészséggel kapcsolatos döntéseket (pl. mikor kérnek segítséget, mit tartanak fontosnak).
3. Az iskolai egészségnevelés pedig azt a közeget biztosítja, ahol a fentiekre való szocializálás, tanítás történik. A pedagógusok ezeknek a laikus hiedelmeknek a formálói, és az egyensúlyi egészségfogalom értékközvetítői.

2.3. Laikus egészségfilozófia és egészséggel kapcsolatos tévképzetek

2.3.1. Laikus egészségmeghatározás és az egészséggel kapcsolatos elképzelések

A tudományos egészségmeghatározások mellett gyakran vizsgált téma a laikus egészségfogalom (Phelan et al., 2010; Cockerham, 2013; Wills et al., 2009; Szilágyi et al., 2011; Bajtai, 2005; Nagy, 2017), hiszen az egészség mindenkinek mást jelent. Az egyes emberek egészségfelfogása befolyásolja egészségmagatartását is. A relativizáláson alapuló megközelítés szerint az egyén egészségesnek tarthatja magát abban az esetben, ha az életkorát, orvosilag diagnosztizált állapotát és szocio-kulturális helyzetét figyelembe véve nincs semmilyen a mindennapi feladatellátásában akadályozó egészségproblémája. A mindennapi feladatellátás pedig főként a társadalmi feladatok ellátását és a stresszel való megküzdést emeli ki (Scriven, 2010). Az emberek saját normáik és elvárásaik alapján fogalmazzák meg azt, hogy szubjektív tekintetben mikor tartják magukat egészségesnek.

Pikó (2020) megfogalmazásában „Az ún. laikus egészségképek vagy egészségfilozófiák az egészséggel és betegséggel kapcsolatos laikus vélekedéseket jelentik, amelyek a hivatalos egészségdefiníciókat kiegészítve képet adnak arról, hogy a nem szakembernek számító lakosságnak milyen hiedelmei vannak egészségről és betegségről.” Pikó (2020) orvostanhallgatókkal végzett vizsgálatai alapján hét csoportba sorolta a tanulmányaik kezdetén adott egészségmeghatározásaikat:

1. biomedikális (pl. a szervezet megfelelően működik, nem fáj semmi);

2. a WHO 1946-os egészségdefiníciójához közelítő, vagyis a testi és lelki egészség is megjelenik;
3. az egészség, mint harmónia, kiegyensúlyozottság, egyensúly (pl. testi-lelki harmónia);
4. a környezet, a szociális aktivitás, a társas környezet fontosságát hangsúlyozó (pl. összhang a környezettel, harmonikus emberi kapcsolatok);
5. az egészség, mint erőforrás;
6. az egészséges életmód, az egészséges érzelmi-gondolati viszonyulás hangsúlyozása (pl. káros szenvedélyek kerülése, sportolás, pozitív gondolkodás);
7. máshová be nem sorolható, egyéni, különleges kritériumok (pl. a legfontosabb dolog, a normális élet alapja).

Susánszky (2006) ugyancsak 7 pontban foglalja össze a laikus egészségfilozófiákat, melyek a következők:

- „érzésorientált egészségfelfogás („jól érzi magát”),
- tünetorientált egészségfelfogás („nincsenek betegségi tünetei”),
- teljesítményorientált egészségfelfogás („képes elvégezni azokat a dolgokat, amiket egészséges ember el tud végezni”),
- értékjellegű megközelítés („egészségről akkor beszélhetünk, ha az egyén rendelkezik azokkal a biológiai-lelki erőforrásokkal, amelyek segítenek elkerülni vagy leküzdeni a betegségeket”),
- normajellegű megfogalmazás („pszichoszociális egyensúly, testi-lelki és szociális harmónia”),
- az egészség, mint viselkedés („egészséges életmód”),
- jó erőnlét és vitalitás.” (Susánszky, 2006, 73. o. In. Horkai et al., 2021).

Az egészséggel kapcsolatos tévhitek, tévképzetek a gyermekek és a fiatalok körében igen gyakoriak. A gyermekek és az ifjúság körében elterjedt tévhitek feltérképezése segíti a pedagógust, hogy hatékonyan tervezhesse meg az oktatási folyamatot (Wilfred, 1962; Raimundo et al., 2024; Mastorci et al., 2024). A gyermekek körében fellelhető tévképzetek felkutatásával lehetségessé válik olyan oktatási program megtervezése, mely által a diákok attitűdjének formálásával megtanítják a pedagógusok őket a kételkedésre, így a jövőben különbséget tudnak majd tenni a fals és a valós információk között. Számos embert befolyásol az az információ, melyet a televízióból, a rádióból, a magazinokból és más tömegtájékoztató eszközökből hall, ezen információk eredetét nem kérdőjelezi meg. A korszerű egészségtan oktatás fejlesztheti a diákok megfelelő hozzáállását az egészség-betegség kérdéseihez. Az

egészséggel kapcsolatos tudományos ismeretek segítik a diákokat a babonák, a reklámok, és a divat közvetítette félrevezetés felismerésében, megtanítják megkülönböztetni a tényeket a téves ismeretektől. Ezáltal kisebb lesz az esélye annak, hogy az emberek hamis öndiagnózist állítsanak fel magukról, illetve annak is kisebb esélye lesz, hogy rosszul alkalmazzák az öngyógyítást. A gyerekeknek, fiataloknak ismerniük kell a helyes egészségi szokásokat és helyes attitűddel kell, hogy rendelkezzenek, ahhoz, hogy saját egészségüket formálni tudják (Kutzner, 1965; Yu et al., 2024).

A különböző populációkon végezett kutatások azt mutatják, hogy tanultsági szinttől függetlenül magas az egészséggel és a biztonsággal kapcsolatos tévhitek megjelenése. Ezen tévhitek a vizsgált populáció nemétől, szocio-ökonómiai státuszától, iskolájuk földrajzi elhelyezkedésétől és születési helyüktől is függetlenek. Például, a legtöbb gyerek a TV közvetítések és az élelmiszer-csomagoláson feltüntetett információk alapján azt gondolja, hogy minden fajta zsír rossz a szervezetnek. Másik elképzelés, melyet tévesen gondolnak, hogy csak az egészséges táplálkozással érhető el az egészséges élet (Bagshow et al., 2014). Megfázással kapcsolatos tévhitek egyike, hogy az emberek azt gondolják, hogy a megfázást mind vírus, mind pedig baktérium is okozhatja. Sokan ezzel a betegséggel keresik fel az egészségügyi intézményeket. Megfelelő oktatással elkerülhető lenne ezen esetek előfordulása (Lee et al., 2003).

Sok gyümölcs, mint például az akai is nagy népszerűségnek örvend hazánkban is a média hatására. Állításuk szerint az akai rengeteg antioxidánst tartalmaz és fogyasztásuk jótékony hatású az egészségre, mert nagy számú szabadgyököt szabadít fel, testsúlycsökkentésre is alkalmas stb., azonban ezen állítások egyike sem fedti teljes mértékben a valóságot (Szendrei & Háznagy-Radnai, 2013). Számos helyen hallani a szervezet elsavasodásáról. Azonban még a szakemberek között is van, aki cáfolja azt, hogy a szervezet elsavasodhat. A szervezet elsavasodásának helyreállítása végett az interneten fellelhető számos lúgosító készítmény és diéta. Ugyanakkor ezek nem rendelkeznek klinikai vizsgálatokkal alátámasztott bizonyító erejű eredményekkel (Takács et al., 2013). Vannak állítások, melyek azt hangsúlyozzák, hogy a túlsavasodás miatt alakul ki az emberben betegség. Azonban a betegség okozója nem lehet az elsavasodás, de a következménye bizonyos betegségek megjelenésének már lehet. Nem lehet fellelni olyan információt, mely ismertetné a túlsavasodás jellemzőit, hogy miért okozója a betegségek kialakulásának (Hargitai, 2012).

A fellelhető kutatások nagy része az egészségmagatartáshoz, az egészséges életmódhoz vagy az egészségműveltséghez kapcsolódik, melyekből csak következtethetünk a gyerekek, diákok egészséggel kapcsolatos téves elképzeléseire. Ezekre a vizsgálatokra példa Járomi és

munkatársai (2016) kutatása, amely jól tükrözi a diákok mindennapi viszonyát az egészséghez. Felmérésüket 3., 5. és 7. osztályban végezték. Összesen 13625 főt interjúoltak meg. Kutatásukból kiderült, hogy az életkor előrehaladtával egyre kevesebbszer reggeliznek mindennap a gyerekek. A gyorséttermekben való étkezés nagy népszerűségnek örvendett, azonban ez kis mértékben csökkent az életkor előrehaladtával. A dohányzás káros voltával, a zöldségek és gyümölcsök fogyasztásának fontosságával majdnem minden diák tisztában volt. Ezen kívül még a fogápolási szokásokról is helyesen vélekedtek a gyermekek. A mozgással kapcsolatos szokásukról megtudtuk, hogy a fiatalabb korosztály volt az aktívabb. Befolyásoló hatással bírt a fizikai aktivitásra a nem, életkor, lakóhely és a szülők iskolázottsága. Elmondható, hogy a magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei többet mozogtak (Járomi et al., 2016). Nemzetközi vizsgálat alapján elmondható, hogy a szülők társadalmi helyzete befolyásolja azt, hogy mennyi édességet eszik a gyermek. A társadalmi ranglétrán kedvezőbb helyen lévő családok gyermekei egészségtudatosabban élnek és táplálkoznak, azonban több édességet is fogyasztanak. Ezen felül többet sportolnak és boldogabbnak érzik magukat (Mullan & Currie, 2000; Aszmann & Brunner, 2001).

Malaterre és mtsai. (2023) kutatása rávilágít arra, hogy a tudományban hogyan maradhatnak fenn olyan téves elképzelések, amelyek ellentmondanak az elfogadott tudásnak. Fontos különbséget tenni a tudományos viták és a tévhitek között. A tanulmány bemutatja, hogy ezek a tévhitek miként befolyásolják a tudományos tudás létrehozását és terjesztését, különösen az oktatásban. A tévhitek megmaradása sokszor az információk félreértelmezéséből és a tudományos konszenzus hiányából fakad. Guerra-Reyes és munkatársai (2024) tanulmánya arra mutat rá, hogy a természettudományok, különösen a fizika terén milyen értelmezési hibák alakulhatnak ki. Ezek a tévhitek nem csupán a tanulók félreértéseiből erednek, hanem a nem megfelelő oktatási módszerekből is. A tanulmány hangsúlyozza, hogy a hagyományos tanítási modellek és a tananyag dekontextualizálása hozzájárulhat ezeknek a félreértéseknek a fennmaradásához. Malaterre és munkatársai (2023) kutatása feltárja, hogy a tévhitek fennmaradása nemcsak a tanulók félreértéseiből ered, hanem a nem megfelelő oktatási módszerekből és a tudományos konszenzus hiányából is. Ez megerősíti azt az érvet, hogy az egészségtan tantárgy újra bevezetése segíthetne a pedagógusoknak a megfelelő felkészítésben és a tudományosan megalapozott ismeretek terjesztésében is. Sohn (2024) kutatása a diszlexiával kapcsolatos tévhiteket és ezeknek az oktatásra gyakorolt hatását vizsgálja. A tanulmány szerint sok félreértés kapcsolódik a diszlexia jelenségéhez, ami hátrányosan befolyásolhatja a tanulók mentális jóllétét és oktatási élményét. Bár a diszlexiára koncentrált, ez a kutatás szélesebb értelemben is hozzájárul a gyermeki egészséggel kapcsolatos tévhitek

megértéséhez, különösen az oktatási rendszerben. Ezek a források mind azt mutatják, hogy a tévhitek nem csak a laikusok, hanem a tudományos és oktatási közösségek körében is elterjedtek. A tévhitek kialakulását és fennmaradását számos tényező befolyásolja, beleértve a nem megfelelő oktatási gyakorlatokat, a félreértelmezett tudományos eredményeket, valamint a mentális egészséggel és tanulási zavarokkal kapcsolatos sztereotípiákat. Az ezekkel kapcsolatos kutatások segíthetnek jobban megérteni és kezelni a tévhiteket, valamint javítani a tudományos és oktatási rendszerek működését.

2.3.2. Egészséggel kapcsolatos elképzelések

Nagymintás kutatásunkban az egészséggel kapcsolatos téves elképzelések vizsgálatához a 6 holisztikus egészségdimenzió mindegyikére 5 igaz és 5 hamis állítást fogalmaztunk meg, ahol a hamis állítások a hazai és nemzetközi szakirodalomban is jelzett téves elképzelések köréből kerültek ki. Mindegyik állítás igazságtartalmát szakirodalmi igazolással támasztottuk alá, melyet a jelen szakirodalmi fejezet keretében mutatunk be. Az összesen 60 állítás áttekintő bemutatását a 4. táblázat (igaz állítások) és az 5. táblázat (hamis állítások) tartalmazza.

2.3.2.1. A fizikai egészség dimenzióval kapcsolatos állítások

A Fizikai egészség dimenziójával kapcsolatban olyan igaz és hamis állításokat soroltunk fel, melyek a test megfelelő működésével kapcsolatosak.

Állítások:

Igaz: Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.

Igaz: A cukor függőséget okozhat.

Magyarázat:

A testünkben végbemenő folyamatok, reakciók során kialakulhat a cukor addikció vagy más addikció, mely által testünk jelezheti számunkra, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra. Funkcionális MRI vizsgálatok során bizonyosságot nyert, hogy bizonyos ételek utáni sóvárgás során ugyanazok az agyi területek aktiválódnak és mutatnak változást, mint egyes szerek (drogok) használata esetében, amelyek szerepet játszanak a szer utáni sóvárgásban. Ezen agyi régiók aktiválódása kihat a motivációra, önkontrollra és a memóriaszabályozásra (Pelchat, 2009; Wang et al., 2009). A cukorfogyasztás során is ezen agyi régiók aktiválódásának hatására dopamin és opioidok szabadulnak fel, melyek bizonyítottan függőséget okoznak (Avena et al., 2008).

4. táblázat. A holisztikus egészségdimenziókhoz kapcsolódó igaz állítások (Saját szerkesztés)

<i>Fizikai egészség</i>	<i>Mentális egészség</i>	<i>Érzelmi egészség</i>	<i>Spirituális egészség</i>	<i>Társas egészség</i>	<i>Társadalmi egészség</i>
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	Az iskolai végzettség és az egészség-magatartás között pozitív kapcsolat van.	A sok idegeskedéstől megbetegedhet az ember.	Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	A lelki egészségünk egyik előfel-tétele, hogy legalább egy intim kapcsolattal rendelkezünk.	A természeti környezet állapota hatással van az egészségünkre.
A multivitaminok túladagolhatók.	A feladatok halogatása és a döntésképtelenség rombolja a mentális egészséget.	A stressz magas vérnyomást okozhat.	A vallási közösséghez tartozás egyfajta társas támogatást biztosít.	Nem a kapcsolataink mennyisége, hanem a minősége a fontos.	Az egészség társadalmi meghatározóinak erősebb hatása van az egészségünkre, mint egészségmagatartásunknak.
A cukor függőséget okozhat.	Az egészség megőrzésének kulcsa, ha magunk is teszünk érte, vagyis az egészségtudatos életmód.	Ami nem pusztít el, az erősebbé tesz.	A vallás olyan hit- és érték-rendszert jelent a vallást elfogadók számára, amely értelmet és irányítást ad az életnek, meg-könnyíti az életesemények elfogadását.	A társas támogatás segít megküzdeni a stresszel.	Egy munkanélküli személy nem lehet egészséges egy olyan társadalomban, amely csak a fizetett munkával rendelkezőket becsüli meg.
Kapcsolat van akközött, hogy mennyit alszom és mekkora a súlyom.	Aki pozitívan gondolkodik, az egészsége-sebben és tovább él.	Az egészség az a képességünk, amikor szeretni és dolgozni tudunk.	Az élet értelmébe vetett hit fontos szerepet játszik a betegségekkel való megküzdésben.	A valahová tartozás, a szeretet és a megbecsülés olyan erőforrás, amely segít egészségesnek maradni.	Az ember egészsége elválaszthatatlanul összefügg mindennel, ami az embert körülveszi.
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	A magasabb iskolázottságú csoportoknak és egyéneknek jobb az egészségi állapot-mutatóik, mint az alacsony iskolázottságúaknak.	Az egészség erőforrás.	A spirituális jóllét jobb mentális egészséggel jár együtt.	A társas kapcsolatok pozitívan befolyásolhatják a személy egészségmagatartását.	A különböző társadalmi helyzetű, etnikai csoporthoz tartozó, élet-korú, nemű és lakóhelyű emberek egészségi állapotában jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak.

5. táblázat. A holisztikus egészségdimenziókhoz kapcsolódó hamis állítások (Saját szerkesztés)

<i>Fizikai egészség</i>	<i>Mentális egészség</i>	<i>Érzelmi egészség</i>	<i>Spirituális egészség</i>	<i>Társas egészség</i>	<i>Társadalmi egészség</i>
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	Az elgondolt képek és elképzelések nem ugyanúgy hatnak a testre és a közérzetre, mintha valóban átéltük volna őket.	A nevetés hizlal.	A spiritualitás azt jelenti, hogy vallásos vagy.	A „jó kapcsolat” sosem konfliktusos, feszültségteli viszony.	Az egészség csak az egészségügy feladata.
A diétás üdítő egészséges.	Az egyének egészségmagatartása automatikusan megváltozik, ha az egészségről bővebb ismereteket szereznek.	A stressz minden esetben káros az egészségünkre.	A betegség pozitív gondolkodással és imával gyógyítható.	Sikereinket egyáltalán nem befolyásolja emberi kapcsolataink minősége.	Az, hogy milyen életmódot élek csakis rajtam múlik.
Ha eleget mozgok, nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	A mentális egészség kizárólag azt jelenti, hogy nem szenvedünk pszichés betegségben.	A boldogság a lelki egészség színönimája.	A meditáláshoz Buddhistának, de legalább is vallásosnak kell lenni.	A házasság, függetlenül attól, hogy az jó vagy rossz, pozitív hatással van a pszichés egészségre.	Az, hogy egy társadalomban alábecsülik a nők munkáját nincs hatással a nők egészségi állapotára.
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	Az internet minden esetben megbízható információforrás az egészséggel kapcsolatos témákban.	A depresszió csak a hangulatra van hatással.	A rendszeres vallásgyakorlás nincs hatással az egészségünkre.	A barátoktól jövő támogatás minden esetben nagyobb jelentőséggel bír, mint a szakember segítsége.	Csak az élhet egészségesen, aki gazdag.
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	Mindig hihetünk abban az egészséges termékben, amit egy ismert személy reklámoz.	Az aggodalom és a szorongás ugyanaz.	A vallásosság és a spiritualitás egy és ugyanaz.	A kortársbántalmazás csak az áldozat egészségére van negatív hatással.	A fogyatékoság minden esetben kizárja az egészséget.

Állítás:

Igaz: A multivitaminok túladagolhatók.

Magyarázat:

A multivitaminok szervezetünkre gyakorolt hatása több tényező függvénye, mint például az egyén életkora, táplálkozási szokásai stb. Több vitamin túlzott bevitele káros hatásokat okozhat a szervezetben. Például a D-vitamin túladagolása hiperkalcémiát okozhat, melynél a vér kalcium szintje határérték feletti. Ilyen esetben az enyhébb tünetektől (például székrekedés) egészen a súlyosabb esetekig (például vesekő) jelentkezhetnek tünetek (Chakraborty et al., 2015).

Az A-, C-vitamin, folsav és mangán fokozott bevitele is káros az egyén egészségére, mely során a C-vitamin és a folsav túladagolásának mellékhatásai visszafordíthatóak, de a mangáné és az A-vitaminé nem minden esetben. A C-vitamin nagy dózisban hasmenést, a vas, magnézium székrekedést okoz. Táplálkozásunk során olyan ételeket fogyaszthatunk melyek mellett bizonyos vitaminok szedése nem indokolt, sőt akár káros is lehet a szervezet számára. Például, aki májat, májkészítményeket fogyaszt rendszeresen, magas A-vitamin-bevitellel rendelkezik, így az emellett multivitamin szedése a felső határérték túllépését eredményezheti, ami egyes egyének számára káros lehet (Mulholland & Benford, 2007). Swift és munkatársai (2024) kutatása kimutatta, hogy a magasabb nátriumbevitel hat év távlatában a szisztolés vérnyomás kismértékű emelkedésével járt együtt.

Állítás:

Igaz: Kapcsolat van aközött, hogy mennyit alszom és mekkora a súlyom.

Magyarázat:

A megbomló cirkadián ritmusunkkal csökkenő alvásmennyiség bizonyítottan hatással van az elhízásra. A cirkadián CLOCK (Circadian Locomotor Output Cycles Kaput) rendszer részt vesz az emberi anyagcsere szabályozásában. Amennyiben megszakad a CLOCK működése, változik a metabolikus útvonalak homeosztázisa. Ez pedig befolyással van az emberi testsúlyra. A krónikus alváshiány kisebb fizikai aktivitáshoz vezet, a rövid alvási idő pedig súlygyarapodáshoz (Garaulet et al., 2011). Noh (2018) tanulmányában a cirkadián és az alvászavarok hatását vizsgálta az elhízásra. Beszámol arról, hogy 36 keresztmetszeti vizsgálat metaanalízise kimutatta, hogy a rövid alvás és a súlygyarapodás között összefüggés mutatkozik, különösen a fiatalabb korcsoportokban. Azt feltételezték, hogy ez az összefüggés a

megnövekedett táplálékbevitel és a megváltozott fizikai aktivitás közvetítésével jön létre, mivel az alváskorlátozás során magasabb zsírbevitel, alacsonyabb minőségű táplálkozás és szabálytalan étkezés jelentkezik. Az alváskorlátozás változásokat idéz elő az étvágyért felelős hormonokban, például a ghrelinben, valamint az éhség és az étvágy növekedését eredményezi. A rövid ideig alvóknál általában csökkent a leptinszint, emelkedett a ghrelinszint és megnövekedett a testsúly az átlagos alvókhoz képest. Az alvás minősége is fontos szerepet játszik az elhízásban. Egy 522 fős, 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők körében végzett vizsgálatban az éjszakai ébrenlétek átlagos száma pozitívan korrelált a testtömegindexszel (BMI).

Állítás:

Igaz: Az alkohol elpusztítja az agysejteket.

Magyarázat:

A túlzott mértékű és rendszeres alkoholfogyasztás az agy szürkeállományának a csökkenését eredményezi (Jensen & Pakkenberg, 1993; Collins, Zou & Neafsey, 1998). Továbbá az alkoholfogyasztás számos kognitív zavarhoz vezethet. A hippocampusban új neuronok képződnek, ennek négy fő útja van, melyekre az alkohol negatív hatással van, ugyanis gátolja az NSC-k (új neuronsejtek) proliferációját és a felnőttkori neurodegenerációt (Geil et al., 2014).

Állítás:

Hamis: Az emberi test olyan, mint egy gép, ha elromlik az orvos megjavítja.

A WHO (World Health Organization) 1946-as definíciója kimondja, hogy az egészség nem csupán a betegség, vagy a fogyatékoság hiányát jelenti, hanem a testi, lelki és szociális jóllét állapotát. Ez a definíció később kiegészült az ökológiai és a spirituális tényezőkkel is. Ez a szemléletbeli váltás az egészség fogalmával kapcsolatos paradigmaváltás fontos eleme. Paulus és Petzel (2009) valamint Benkő (2019) az alábbiakban foglalják össze az egészség értelmezésében bekövetkezett változásokat: A betegség hiányából kiinduló egydimenziós, objektív, organikus, individuális, statikus értelmezést felváltotta a pozitív, többdimenziós, szubjektív, személyes, szituatív és dinamikus megközelítés. A holisztikus egészségfogalom az emberi testre, szellemre és lélekre egységként tekint. Állítja, hogy ezen elemek egymással együtt kölcsönhatva működnek, ezért nem szabad külön kezelni egyik elemet sem (Pálmai, 2017). A holisztikus egészségfogalom hat dimenziót foglal magában, melyek a fizikális,

mentális, spirituális, érzelmi, társas és társadalmi dimenziók (Benkő, 2019). Az egészség fogalmának összetettségéből következik, hogy a gyógyuláshoz nem pusztán a testre kell koncentrálni, hanem az egészségdimenziók megbomlott egyensúlyát kell helyreállítani.

Állítás:

Hamis: A diétás üdítő egészséges.

Magyarázat:

A diétás üdítők leginkább édesítőszereket tartalmaznak, megfelelő tápanyagtartalmat pedig nem. Az alacsony kalóriatartalmú italokban lévő mesterséges édesítőszer fokozott éhséget idéznek elő (Ferreira, Generoso & Teixeira, 2014). Több epidemiológiai vizsgálat eredménye alapján megállapítható, hogy az édesítőszereket tartalmazó italok az elhízás, a szív- és érrendszeri betegségek és a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának kockázatát növelik (Hu & Malik, 2010; O'Hearn et al., 2023). Tehát a diétás üdítő tartalmazhat kevesebb kalóriát, de attól még egészségesnek nem mondható.

Állítás:

Hamis: Ha eleget mozgok, nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.

Magyarázat:

Ez az állítás több szempontból is hibás. Testsúly megtartás tekintetében valóban elégséges lehet, ha csak a mozgásra figyel oda az ember, de ez egyénfüggő is, azonban az egészség tekintetében nem mindegy, hogy milyen tápértékű ételből fedezzük napi szükségletünket. Több kutatás eredménye alapján elmondható, hogy a rendszeres testmozgás a számos, egészségre gyakorolt jótékony hatását elismerve, nem feltétlen elegendő ahhoz, hogy az egyén nagy mértékben csökkentse a testsúlyát (Thorogood et al., 2011; Wing, 1999). A testedzés melletti alacsony energiaellátottság anyagcsere- és endokrin elváltozásokat okozhat (McCall & Ackerman, 2019; Elliott-Sale, 2018). Emellett a nem megfelelő táplálkozásnak számos káros hatása van egészségünkre. Magyarországon a vezető halálokok között szerepelnek a szív- és érrendszeri megbetegedések, ahogyan az Egyesült Államokban is. Ezen betegségek fő kockázati tényezőjeként a helytelen táplálkozás a felelős (Micha et al., 2017; O'Hearn et al., 2023).

Állítás:

Hamis: Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.

Magyarázat:

Önmagában az egészséghez kevés az edzés megléte vagy intenzitása, de az nem vitatható, hogy a mentális egészségünkre és egyes agyi funkciókra pozitív hatással van (Kopp & Skrabski, 1995; Radák, 2007). Negatív formában leginkább akkor jelenik meg, ha az egyén már függőjévé vált a testedzésnek, ezt testedzésfüggőségnek nevezzük, mely egy viselkedési addikciónak tekinthető, hiszen megvonása elvonási tüneteket produkál (Demetrovics & Kurimay, 2008). A túlzásba vitt edzés számos egészségi problémát eredményez, mint például a mitokondriális funkcionális károsodás, a csökkent glükóz tolerancia (Flockhart et al., 2021), negatívan befolyásolja a neuroendokrin-, immun-, kardiovaszkuláris- és mozgásszervi rendszereket, valamint számos negatív pszichológiai zavart is eredményezhet (Adams & Kirkby, 2001).

Állítás:

Hamis: A betegségekért főként a baktériumok és vírusok felelősek.

Magyarázat:

A betegségek kialakulását több tényező befolyásolja, úgy, mint személyes- és környezeti tényezők, genetikai adottságok, stressz, életmód és a személyes érzékenység (Tompai, 2003; Fehér et al., 2019). Magyarországon a betegségek 87%-át a nem fertőző betegségek teszik ki, úgy, mint a szív- és érrendszeri problémák, a mentális betegségek és viselkedési zavarok (Vitrai, Bakacs & Varsányi, 2017).

2.3.2.2. A mentális egészség dimenzióval kapcsolatos állítások

A mentális egészség dimenziójával kapcsolatban a tiszta és következetes gondolkodásra való képesség jelenik meg.

Állítás:

Igaz: A feladatok halogatása és a döntésképtelenség rombolja a mentális egészséget.

Magyarázat:

Alapvető készségeink közé tartozik a döntéshozatal képessége, ami közvetlen hatással van a pszichológiai jólétre. Bisquerra és Pérez (2012) definíciója szerint a döntéshozatali képesség azt jelenti, hogy felelősséget vállalunk saját döntéseinkért, figyelembe véve az etikai, társadalmi és biztonsági szempontokat is. Páez-Gallego és munkatársai (2020) a 3525 svéd

egyetemi hallgató bevonásával végzett kohorsz vizsgálatukban arra a következtetésre jutottak, hogy a feladatok halogatása összefügg a későbbi mentális egészség romlással, ideértve a depresszió, a szorongás és a stressztünetek szintjének növekedésével vagy a rossz alvásminőséggel is. Sirois (2007) 254 felnőtt résztvevővel végzett vizsgálatából is az derült ki, hogy a halogatás magasabb stressz szinttel, akutabb egészségi problémákkal és kevésbé egészséges életmóddal járt együtt. Ferrari és Díaz-Morales (2014) 104 pszichológus hallgatón végzett vizsgálata is azt mutatta ki, hogy a krónikus halogatás nagyobb észlelt stresszt eredményezhet, melynek következtében sérül vagy elmarad az alkalmazkodás és károsan hat a mentális egészségre.

Állítás:

Igaz: Az egészség megőrzésének kulcsa, ha magunk is teszünk érte, vagyis az egészségtudatos életmód.

Magyarázat:

A Lalonde (1974) jelentésnek köszönhetően mára már tudjuk, hogy az életmódunk gyakorolja a legnagyobb befolyást egészségünkre, 43%-ban határozza meg azt, míg a genetikai tényezők 27%-ban, a környezeti tényezők 19%-ban és az egészségügyi ellátás 11%-ban. Ha életmódunkat egészségtudatosan éljük, kisebb valószínűséggel leszünk az egészségügyi ellátórendszerre utalva. Max Weber (1967) életmód koncepciója szerint életmódunk kialakításában a választásaink játszik a legnagyobb szerepet és választásaink szabadságfoka a társadalmilag-gazdaságilag adott életlehetőségek, életesélyek függvénye, valamint befolyásolják azokat az életfeltételeink is, mint a nem, a családi állapot, a fajta, továbbá az egyén által értékelt fizikai egészségi állapot (Benkő, 2000; Tarkó, 2019a; Tarkó, 2024). Életmódválasztásaink lehetnek racionálisak, de ugyanúgy függhetnek a hagyományainktól, hiedelmeinktől, szokásainktól, önfeláldozásunktól, a kulturális tényezőktől (nemzetiség, etnikai hovatartozás, értékorientáció, vallási elköteleződés), vagy pszichológiai tényezőktől is (Benkő, 2009; Tarkó, 2019a; Tarkó, 2024).

Az egészség korábban már ismertetett holisztikus értelmezése (Benkő, 2019) is az életmód kialakításának többtényezős meghatározottságát erősíti. A holisztikus egészségértelmezésre építve dolgozta ki Mato-Juhasz, Kiss-Toth és Szegedi (2016) a holisztikus egészségtudatosság modelljét, melynek magyarnyelvű változatát Juhász Annamária (2022) közölte. Ez a modell is rámutat arra, hogy az egyének egészségtudatossága fejlesztésében milyen fontos szerepet tölt be az egyén társadalmi környezete.

Állítás:

Igaz: Aki pozitívan gondolkodik, az egészségesebben és tovább él.

Magyarázat:

Azok, akik pozitívan gondolkoznak, hatékonyabban képesek megküzdeni a stresszel (Aspingwall, 1998). Maga a pozitivitás megtalálása a közérzet és az egészség javulását is eredményezi (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998). Bár a pozitív gondolkodás ugyan nem azonos a boldogsággal, mégis közel áll a két fogalom egymáshoz. Több tanulmány igazolta már, hogy a szubjektív jóllét kapcsolatban áll az egészséggel és a hosszú élettartammal (Song et al., 2023; Diener & Chan, 2011; Härkänen et al., 2020).

Somayeh és munkatársai 2021-ben thalassemiában szenvedő betegek körében vizsgálták a pozitív gondolkodás programjuk hatását. Az ebben a betegségben szenvedő pácienseknek rossz az alvásminősége és reményvesztettnek érzik magukat. Eredményeik azt mutatják, hogy a pozitív gondolkodás javított a betegek alvásminőségén és csökkentette a reményvesztettség érzését (Makaremnia et al., 2021). Taherkhani és munkatársai (2023) 100 idősebb felnőtt vizsgálatával támasztották alá azt, hogy a pozitív gondolkodás hatékonyan javítja az idősebbek élettel való elégedettségét és a rezilienciát.

Az optimizmus, mint pszichológiai tulajdonság a jövőben történő jó dolgokat helyezi előtérbe (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Azok, akik optimisták, képesek elképzelni, hogy meg tudnak küzdeni az élet okozta nehézségekkel, ezáltal egészségesebbek és hosszabb életűek, mint a kevésbé optimisták (Boehm & Kubzansky, 2012; Rasmussen, Scheier & Greenhouse, 2009). Több tanulmány is bizonyította, hogy az optimista emberek körében alacsonyabb a mortalitási ráta (Chida & Steptoe, 2008; Scheier & Carver, 2018), és a krónikus megbetegedések száma (Giltay et al., 2006; Kim, Smith & Kubzansky, 2014), valamint a betegségekből való felépülés esélye egyre magasabb (Levy et al., 2006; Tindle et al., 2012).

Állítások:

Igaz: A magasabb iskolázottságú csoportoknak és egyéneknek jobbak az egészségi állapot-mutatóik, mint az alacsony iskolázottságúaknak.

Hamis: Az egyének egészségmagatartása automatikusan megváltozik, ha az egészségről bővebb ismereteket szereznek.

Igaz: Az iskolai végzettség és az egészségmagatartás között pozitív kapcsolat van.

Magyarázat:

Egészségsszociológiai tény, hogy az iskolai végzettség és az egészségi állapot között pozitív kapcsolat van (Tahin, Jeges & Lampek, 2000). Az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében a születéskor várható élettartam alacsonyabb és magasabb az egészségkárosító magatartásformák (pl. dohányzás, alkoholizmus stb.) aránya (Meara, Richards & Cutler, 2008; Montez & Zajacova, 2013; Shiels et al., 2017; Zajacova & Montez, 2017; Artiga & Hinton, 2018). A szubjektív egészségi állapotunkat meghatározó tényezők között szerepel a munkahely, az iskolázottság és a szociális támogatottság. Egészségromboló hatással bír a munkanélküliség és a tétlenség, tehetetlenség (R. Fedor & Fónai, 2017).

Az iskolai végzettség befolyásolja az egyén egészségmagatartását. Ezt igazolja de Walque (2007) kutatása is, melynek eredménye szerint az iskolai végzettség befolyásolja a dohányzással kapcsolatos döntéseket, aki iskolázottabb kisebb valószínűséggel kezd el dohányozni, illetve nagyobb a leszokás valószínűsége is. Az oktatás az egészséges életvitelre vonatkozó ismereteket is bővítheti, melynek következtében az egyén nagyobb valószínűséggel dönt az egészséget pozitívan befolyásoló tényezők választása mellett (Kenkel, 1991). A döntés azonban, ahogyan arról már korábban írtunk, a racionalitáson kívül számos egyéb tényező függvénye is lehet (Tarkó, 2019, 2024).

Állítás:

Hamis: Az elgondolt képek és elképzelések nem ugyanúgy hatnak a testre és a közérzetre, mintha valóban átéltük volna őket.

Magyarázat:

Bagdy (2003) szerint az elképzelések, a szemléletes gondolkodás testbéli változásokat indukálnak. A valós és a mentálisan leképezett cselekvések számos azonos agyi régiót aktiválnak, mint például a kiegészítő motoros területet, a premotoros kéreget és a kisagyat (Stevens, 2005). Számos tanulmány jellemzően szoros korrelációról számol be az elképzelt és a végrehajtott cselekvések között a különböző viselkedési dimenziók mentén. Írás és rajzolás valós és elképzelt végrehajtása során az elképzelt mozdulatok időbeli szerveződésükben szorosan leképezik a valós mozgásokat, egy adott cselekvés elképzeléséhez szükséges idő szorosan korrelál a cselekvés végrehajtási idejével (Decety & Michel, 1989; Stevens, 2005). Decety és munkatársai (1991) vizsgálata kimutatta, hogy a vegetatív válaszok, mint például a szív- és légzési ritmusok, együtt járnak az elképzelt erőfeszítés mértékével; vizsgálatukban a mentálisan 12 km/h sebességgel futó alany vegetatív aktivitásának mértéke összehasonlítható

volt az 5 km/h sebességgel ténylegesen sétáló alanyéval. A motoros képzeletbeli teljesítményt a saját test aktuális állapota is befolyásolja, ami ennek a kognitív folyamatnak a megtestesült jellegére utal.

Állítás:

Hamis: A mentális egészség kizárólag azt jelenti, hogy nem szenvedünk pszichés betegségben.

Magyarázat:

Valóban azt is jelenti, de a mentális egészség ennél többértűbb (Oláh et al., 2018; Vargha et al., 2020). A magyar nyelvben sokszor a lelki egészség szinonimájaként használatos, a lelki egészség azonban a holisztikus egészségdimenziók közül a mentális dimenzió mellett az érzelmi és a spirituális dimenziókat is magában foglalja (Lippai, 2019a). „A mentális egészség egyfajta jóllét biológiai, pszichológiai, társadalmi és spirituális szinten, ezen kívül pedig képesség a pozitív állapotok fenntartására és megélésére, amelyhez a hatékony megküzdés és savoring, valamint a reziliencia és a dinamikus önszabályozás jelenléte is társul.” (Vargha et al., 2020, 281. o.). A WHO megfogalmazásában „nem pusztán a mentális és pszichés zavarok hiányát jelenti, hanem a szubjektív jóllét olyan állapotának tekinthető, melyben minden egyén képes felismerni a benne rejlő lehetőségeket és az élet természetesnek tekinthető stresszhelyzeteivel megküzdni, produktív és gyümölcsöző munkát végezni és tevékenyen részt venni saját közösségeinek életében” (WHO, 2010 In. Lippai & Erdei, 2014, 354. o.). Galderisi és munkatársai (2015) a mentális egészség meghatározásának új definícióját vetik fel, mely a következő: „A lelki egészség a belső egyensúly dinamikus állapota, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy képességeit a társadalom egyetemes értékeivel összhangban használja. Az alapvető kognitív és szociális készségek; a saját érzelmek felismerésének, kifejezésének és szabályozásának képessége, valamint a másokkal való együttérzés; a rugalmasság és a kedvezőtlen életeseményekkel való megbirkózás, valamint a társadalmi szerepek betöltésének képessége; valamint a test és az elme közötti harmonikus kapcsolat a mentális egészség fontos összetevői, amelyek különböző mértékben hozzájárulnak a belső egyensúly állapotához.” (Galderisi et al., 2015, 231-232. o.).

Állítás:

Hamis: Az internet minden esetben megbízható információforrás az egészséggel kapcsolatos témákban.

Magyarázat:

A leggyakoribb egészség-vonatkozású információkeresések konkrét betegségekkel kapcsolatosak. Ugyanakkor sok más témára is gyakran rákeresnek, például étrenddel, táplálkozással kapcsolatos tanácsokra, vényköteles gyógyszerekre, az egészségbiztosítással és a mentális betegségekkel kapcsolatos információkra (Bessell et al., 2002., Gallagher & Doherty, 2009). Az interneten történő keresés egyik fő hátránya, hogy az egészséggel kapcsolatos információkat kínáló honlapok sok esetben hamis információkat tartalmaznak, ezért jobb, ha az olvasók az orvosi folyóiratokhoz fordulnak információért (Armstrong, 2019).

Keselman és munkatársai (2019) vizsgálták az egészséggel kapcsolatos internetes források megbízhatóságát. Egyes információkat túlzónak vélték, a legtöbb weboldal erősen utalt a teljes gyógyulás valószínűségére. Számos weboldal bemutatott valamilyen biológiai magyarázatot a javasolt kezelésekre, azonban a magyarázatok legtöbbje jóval meghaladta a képzett laikusok szintjét. Következtetések alapján elmondható, hogy az internet nem megbízható információforrás az egészséggel kapcsolatos témákban. Spiegel-Kutasi és Ködmön (2018) is arra hívják fel a figyelmet, hogy nem árt az óvatosság és írásukban összefoglalják a valóban megbízható internetes egészségügyi forrásokat. Singleton (2009) pedig részletes ellenőrzőlistával szolgál az egészséggel kapcsolatos internetes információk kritikus értékelése érdekében.

Állítás:

Hamis: Mindig hihetünk abban az egészséges termékben, amit egy ismert személy reklámoz.

Magyarázat:

Az ismert személy által történő termékreklámozás mint népszerű marketingstratégia már a 19. századtól megjelenik (Erdogan, 1999; Keller, 2003). Az úgynevezett celebek bevonásának indoka az, hogy mivel a sztár „ismerős”, így bizalmat kelt (Fehér, 2008). A médiában javarészt az egészséget (véltén vagy valósan) szolgáló termékek reklámja jelenik meg az egészségneveléssel vagy a tudományos ismeretterjesztésekkel szemben (Böhm, 2003). A reklámok az érzéseinket, hangulatainkat befolyásolva mutatnak be bizonyos ételeket (Fitzgibbon-Stolley, 2006). A szakértő celebeket foglalkoztató reklámok minimum 5%-os vagy afeletti érzelmi változást váltanak ki a közönségből Piskóti és Nagy (2020) neuromarketing kutatása szerint. Ike (2023) rámutat, hogy nem mindegy, hogy egy adott híresség valóban elkötelezett egy ügy mellett, vagy csak fizetett szószóló. Az sem mindegy, hogy egy fizikai

aktivitást egy sportoló reklámoz vagy egy filmsztár. Valamint a sztárhoz kapcsolódó botrányok aláássák a reklámozott termék vagy támogatott ügy hiteleségét is.

2.3.2.3. Az érzelmi egészség dimenzióval kapcsolatos állítások

Az érzelmi egészség dimenziójával kapcsolatban az érzelmek (félelem, öröm, bánat, düh, undor) megfelelő felismerésének és kifejezésének a képességére vonatkozó állításokat vizsgáltuk. Az érzelmi, vagy affektív egészség a stresszel, depresszióval és szorongással való megküzdést is jelenti.

Állítások:

Igaz: A sok idegeskedéstől megbetegedhet az ember.

Igaz: A stressz magas vérnyomást okozhat.

Hamis: A stressz minden esetben káros az egészségünkre.

Magyarázat:

Az első kettő állítás igaz, míg a harmadik hamis. A sok idegeskedés, vagyis a stressz valóban kihat az ember egészségére, de nem minden stressz káros.

Aaron Antonovsky-t nagyon érdekelte a stressz egészségre gyakorolt hatása, hiszen a stressz mindenhol körülvesz bennünket, mégsem betegszik meg mindenki; ők a stresszel való megküzdéshez stratégiákkal, erőforrásokkal rendelkeznek, melyeket Általános Rezisztencia Erőforrásoknak nevezett. Antonovsky egész életében azt vizsgálta, hogy mitől vagyunk, és mitől maradunk egészségesek (szalutogenezis), szembe menve a korára jellemző betegségközpontú (patogenezis) szemlélettel, hiszen vallotta, hogy az egészség relatív és egy dinamikusan változó kontinuumon helyezkedik el (Benkő, 2016, 2019). Egészségmodelljének a Koherencia Érzet áll a középpontjában, amely "... mindenre kiterjedő általános tájékozódást, eligazodást, észlelést jelent; a világ és az élet megélésének tartós módja, amely alapvetően gyermekkor végére, a fiatal felnőtt korra épül fel" (Benkő, 2019, 31. o.). A Koherencia Érzet három fő eleme a világ megérthetőségének élménye (kognitív komponens), a kezelhetőség élménye (instrumentális vagy viselkedéses komponens) és az értelemteliség élménye (motivációs komponens) (Benkő, 2019). Számos vizsgálat bizonyítja, hogy a magas koherencia-érzettel rendelkező személyek stressztűrő képessége, életminősége, lelki egészsége jobb.

A stressz-kutatás úttörője, Selye János, aki absztrakcióként említi a stresszt: „a stressz az élő szervezetre gyakorolt nem-fajlagos hatások (betegségkeltő, gyógyszeres hatás stb.)

összességét fejezi ki. E tényezőket, stressz-okozó képességük miatt, stresszoroknak nevezzük” (Selye, 1965). Mivel úgy gondolta, hogy a stressz kifejezést sokszor túl könnyedén használják, később próbálta a lehető legjobb megfogalmazást megkeresni erre a szóra. „A stressz egy fajlagos tünetcsoportban megnyilvánuló állapot, mely magába foglal minden nem-fajlagosan előidézett elváltozást egy biológiai rendszeren belül” (Selye, 1965; idézi: Kopp, 2007, 614. o.). Később, az 1970-es években már úgy fogalmaz, hogy „a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre” (Selye, 1976, 25. o.).

Selyét követően sokan próbálták definiálni a stresszt. Bíró Sándor megfogalmazása szerint „stressznek nevezzük azt az állapotot, ha a szervezet kilendült nyugalmi állapotából, fokozottan reagál az ingerekre, amikor általában aktiválódnak az egyensúlyt újra megteremtő szabályzó rendszerek” (Bíró, 1995, 48. o.). Bertók Lóránd a magyar orvostudomány doktora, egyetemi tanár a stressz kórélettani szerepét kutatja. Az ő megfogalmazása szerint: „A stressz tulajdonképpen valamely stresszor hatására kialakuló általános alkalmazkodási válasz, jellegzetes, de nem fajlagos elváltozásokkal” (Bertók, 2007, 607. o.). Smith és mtsai lényegre törő meghatározása szerint „... stressz akkor keletkezik, amikor az emberek a testi vagy pszichés jóllétüket veszélyeztető eseményekkel szembesülnek. A kiváltó eseményt stresszornak, az eseményre adott „válaszokat” pedig stresszreakciónak nevezzük” (Smith et al., 2005; In. Lippai, 2019b, 92. o.). Leegyszerűsítve úgy definiálhatnánk a stresszt, mint a szervezetet befolyásoló külső és belső tényezők összességét.

Ha a holisztikus egészségdimenziók bármelyikében fenyegetve vagy veszélyeztetve érezzük magunkat, függetlenül attól, hogy az mennyire reális, akkor azt stresszorként éljük meg (Lippai, 2019b). A stressznek két formáját különböztethetjük meg, a distresszt és az eustresszt. Distressznek nevezzük azokat a káros stresszhatásokat, amelyek hosszú távúak és/vagy túl erős ingerek, ezáltal káros hatást váltanak ki az élőlényben. Ezzel szemben eustressznek nevezzük azokat a hatásokat, melyek az élőlény számára hasznosak (Bíró, 1997). A distressz fenyegető, ártalmas élethelyzetekben jelentkezik, míg az eustressz inkább jóleső, a teljesítményre is pozitív hatást gyakorló izgalmat jelent (Lippai, 2019b). Az, hogy az egyén milyen mértékben képes megküzdeni a distresszel, függ a saját, egyéni Általános Rezisztencia Erőforrásaitól. A sikeres megküzdés szalutáris hatást eredményez amikor tanulunk belőle és a hasonló élethelyzetekben a későbbiekben kompetensebb módon reagálunk (Benkő, 2019; Lippai, 2019b).

A stresszel való megküzdés lehet problémaközpontú és érzelempözpontú. A problémaközpontú megközelítésben az egyén reális, valós és objektív megoldást próbál találni a stresszkeltő helyzetre, pl. iskolai vonatkozásban a diák felkészül a számára stresszt jelentő dolgozatra vagy felelésre. Az érzelempözpontú megközelítésben az egyén arra törekszik, hogy

megakadályozza a stresszkeltő helyzet miatt kialakult negatív érzelmeinek elhatalmasodását, enyhíteni kíván azon, hogy miként éli meg a helyzetet. Tudatos érzelemközpontú megküzdési mód lehet például az egészséges életmód választása és mondjuk testmozgással vagy a társas támogatás igénybevételel csökkenteni a feszültségeket, tudattalan lehet az elfojtás, a figyelmen kívül hagyás, ami csak időleges megoldást jelenthet. Ha egy stresszhelyzetben van racionális, az egyén által befolyásolható megoldás, akkor a problémaközpontú megközelítést érdemes használni, ha viszont nincs reális ráhatásunk, az érzelemközpontú megközelítést válasszuk (Lippai, 2019b).

Stressz hatására a szervezetben olyan hormonok szabadulnak fel, melyeknek a szerepe romboló hatással bír a szervezetre. Befolyásolja az agyban a hypothalamus-hypophysis-mellékvese tengelyt, továbbá aktiválja a szimpatikus és a szenzoros idegrendszert, ami glükokortikoidok, katecholaminok és egyéb aktív peptidek fokozott felszabadulását okozza. Ezek olyan folyamatokat indukálnak, melyek a szervezet gyulladását, daganatképződését serkentik (Molnár, 2010). A stressz nem csak fizikális szinten, hanem mentális, lelki szinten is megbetegítheti az egyént. Leginkább a depresszióval való összefüggését vizsgálta több kutató is (Brown & Harris, 2012; Cuffe et al., 2005; Faravelli et al., 2007; Franko et al., 2004).

Érdekes, hogy a stressz befolyásoltságánál nemi különbségek észlelhetők. You és Conner (2009), Kendler és munkatársai (2001), illetve Dalgard és munkatársai (2006) kimutatták, hogy a férfiakkal ellentétben, a nőket több negatív életesemény éri, amire érzékenyebben is reagálnak. Hazai kutatások egyike a válás hatását vizsgálta fiú és lány gyermekek körében. Ezen kutatás kimutatta, hogy a nemek között eltérő magatartásforma jelenik meg. A lányoknál az iskolában teljesítménycsökkenés figyelhető meg és önkárosító magatartás, míg a fiúknál depresszió (Hajnal, 2006).

A házasságban élők körében elvégzett kutatás eredményei alapján elmondható, hogy a férfiak a stresszre másképpen reagálnak, mint a nők. Tehát felnőttként is megjelenik a stresszre adott válasz nemi megkülönböztetése. A férfiaknál a magasvérnyomás kialakulásának kockázata nő, míg a nők gyakrabban lesznek depressziósak (Balog et al., 2003; 2010).

A magas vérnyomás a modern társadalom vezető halálozainak az egyike, melynek hátterében a mentális stressz állhat (Tsutsumi & Kawakami, 2004; Tobe et al., 2005; Ducher et al., 2006).

Állítás:

Igaz: Ami nem pusztít el, az erősebbé tesz.

Magyarázat:

Ez a mondás Friedrich Nietzsche szállóigévé vált mondata. Ez az állítás pszichológiai és életvezetési kontextusban jelenik meg leginkább. Többféle szempontból is értelmezhető. Például a tanulásnál megjelenő kudarc során, a hibákból való tanulás elősegíti a személyes fejlődést. A nehézségekkel való szembesülés lehetőséget ad az önismeret növelésére. Azok, akik mélyebben megértik önmagukat és reakcióikat a stresszhelyzetekben, hajlamosabbak lehetnek a személyes fejlődésre. A pszichológiában ez rezilienciára való képességként jelenik meg. A rezilienciát rugalmas alkalmazkodóképességként definiálhatjuk, amely sikeres adaptációt jelent a kisebb stresszhelyzetekkel vagy a nagyobb traumákkal szemben. Ebből az állapotból viszonylag gyorsan vissza tudunk állni eredeti, nyugodt állapotunkba (Carver, 1998). Seery, Holman és Silver (2010) szerint a negatív élmények a későbbi ellenálló képességet is elősegíthetik, ami előnyös a mentális egészség és a jóllét szempontjából. Országos, rétegzett, longitudinális vizsgálat segítségével mutatták ki, hogy azok az emberek, akik életük során valamilyen nehézséggel szembesültek, jobb mentális egészségi és jólléti eredményekről számoltak be, mint azok, akik nem szembesültek ilyenekkel. Az élet során tapasztalt kismértékű nehézség is viszonylag alacsonyabb globális distresszt, alacsonyabb funkcionális károsodást, kevesebb poszttraumás stressztünetet és nagyobb élettel való elégedettséget jelzett előre az idő múlásával.

Állítás:

Igaz: Az egészség az a képességünk, amikor szeretni és dolgozni tudunk.

Magyarázat:

A fenti mondás, mint az egészségközpontú gondolkodás egyik képviselője, Sigmund Freud nevéhez fűződik (In. Benkő, 2019). Székely, Vergeer és Simon (2007) az egészség fogalmának újraértelmezése című írásukban rámutatnak, hogy az egészségfogalom lelki-szellemi tényezői közé tartozik a szeretet érzése: vagyis, hogy „tudjunk másokat szeretni és mások is tudjanak bennünket szeretni” (37. o.). A WHO (2005) 1986-ban kiadott Ottawai Kartájában megfogalmazott egészségmeghatározása úgy szól, hogy „Az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élethelyzeteiben, ott, ahol tanul, munkát végez, játszik és szeret.” (In. Benkő & Tarkó, 2005, 168. o.)

Pszichológiai megközelítésből a jóllét több tényezőnek az együttes jelenlétét jelenti, úgy, mint az önelfogadást, az életcél, az önuralmat, a pozitív társas kapcsolatokat, az autonómiát, a személyiség kiteljesedést és az önmegvalósítást (Szántó et al., 2016). Összességében, ha

egészségesek vagyunk, szociális téren, személyes kompetenciák terén, fizikálisan és lelkileg is jól vagyunk. Életcélunk, azaz a dolgozni akarás, az önfogadás, és a társas integráció, vagyis a szeretetre való képesség mind része az egészségünknek.

Állítás:

Igaz: Az egészség erőforrás.

Magyarázat:

Az egészség nélkülözhetetlen eleme mindennapjainknak. Egészség hiányában nem csak lelki és fizikális betegségek megjelenésével kell szembenézzünk, hanem a mindennapi tevékenységünk során észlelt nehézségek megjelenésével is. Először az Ottawai Kartában vezették be az egészség, mint erőforrás fogalmát: „Az egészség azt jelenti, hogy az egyén, vagy csoport milyen mértékben képes megvalósítani törekvéseit és kielégíteni az igényeit; hogyan tud alkalmazkodni a környezetéhez. Az egészséget úgy lehet felfogni, mint a mindennapi élethez szükséges erőforrást, (nem életcél); az egészség olyan pozitív koncepció, amely az egyéni és társadalmi létfeltételeket, valamint a fizikai teljesítőképességet hangsúlyozza” (WHO, 1986, In. Benkő & Tarkó, 2005, 163. o.). A szakemberek, a döntéshozók és a tudósok általában a mindennapi élet erőforrásaként határozzák meg az egészséget (Williamson & Carr, 2009; Bognár, 2019).

Aaron Antonovsky szalutogenetikus elméletének egyik fontos alapfogalma az általános rezisztencia erőforrások, melyek „olyan anyagi és pszichoszociális tényezők, amelyek könnyebbé teszik az emberek számára, hogy életüket konzisztensnek, strukturálnak és érthetőnek lássák. Tipikus ÁRE-k az anyagi jólét, a tudás, a tapasztalat, az önbecsülés, az egészség-tudatos magatartás, az elköteleződés, a társas, közösségi támogatás, a kulturális tőke, az intelligencia, a hagyományok, a hit és a vallás, az életszemlélet.” (In. Benkő, 2019, 28. o.).

Állítás:

Hamis: A nevetés hizlal.

Magyarázat:

A kutatási eredmények ennek éppen az ellenkezőjét bizonyítják. Buchowski és mtsai. (2005) kutatásai a nevetés kalóriacsökkentő hatásáról számolnak be. Funakubo és munkatársai (2022) szerint napi 10-15 perc nevetés 2-4 kcal-val növeli az energiafelhasználást. Funakubo és munkatársai (2022) 235 fő 45 és 79 év közötti személy körében végzett kísérleti és

kontrollcsoportos, 12 hetes nevetés intervenciós vizsgálatában a nevetés program hatására szignifikánsan javult az átlagos testsúly és a BMI, a stresszszint csökkentésének és a szubjektív jóllét és optimizmus megnövekedése következtében. Rotenberg és Rotenberg (2010) szerint az egészséges testsúly nem érhető el nevetés nélkül, mivel a negatív érzelmek aláássák a sikeres fogyást. Bast és Berry (2014) az érzelmi evés és az elhízás kapcsolatára hívják fel a figyelmet, amelynek során a magas cukor- és zsírtartalmú ételek fogyasztása jelentkezik negatív következményekkel.

Állítás:

Hamis: A boldogság a lelki egészség szinonimája.

Magyarázat:

Lippai (2019a) szerint „A lelki egészség és boldogság fogalma szorosan kapcsolódik egymáshoz. Nem szinonimái egymásnak: a lelki egészség átfogóbb, összetettebb jelenséget foglal magában, míg a boldogság olyan hangulat, amely lényegi elemét képezi ugyan a lelki egészségnek, de szerepe nem korlátozódik a lelki egészség jelenséghatárára.” (68. o.). A boldogság általában érzelmi állapotként jelentkezik, amelyet pozitív érzelmek, elégedettség és öröm jellemez. Ezzel szemben a lelki egészség szélesebb körű fogalom, amely magában foglalja az érzelmi, mentális és szociális jóllétet is. Az egészséges lelki állapot magában foglalja a megfelelő stresszkezelést, az érzelmi stabilitást, a jó kapcsolatokat, az önértékelést és az élettel való elégedettséget. Bár a boldogság és a lelki egészség nem ugyanaz, van egy kölcsönhatás és kölcsönös befolyásolás köztük. Például egy egészséges lelkiállapot hozzájárulhat a boldogsághoz, míg a boldogságérzet támogathatja a lelki egészséget (Yang et al., 2021).

Pozitív pszichológiai nézet szerint a boldogság és a szubjektív jóllét szorosan kapcsolódnak egymáshoz és a célok megfelelő meghatározásához és eléréséhez (Brunstein et al., 2007). A boldogság vagy más néven jóllét kifejezés a különböző szerzők számára eltérő szubjektív tapasztalatokat foglal magában. Ryan és Deci (2001) például az élvezetközpontú, hedonikus jóllétet különbözteti meg az önkitaljesítéssel és önaktualizációval jellemzett eudaimonikus jóllétől. Ezeket kiegészíthetjük az egzisztenciális jóllétel, ami az élet értelmességének tapasztalatát jelenti (Crumbaugh & Maholick, 1964; Frankl, 2005; Mascaro & Rosen, 2005).

Állítás:

Hamis: A depresszió csak a hangulatra van hatással.

Magyarázat:

A depressziónak több tünete van, melyek közül talán a legismertebb a levertség, az örömképtelenség. Ezekhez a tünetekhez számos szomatikus és kognitív tünet társul, úgy, mint az étvágyzavar, fáradtság, alvászavar, koncentrációs zavarok, döntésképtelenség és az emlékezet zavara (Torzsa et al., 2009; Halmos & Suba, 2009). A WHO szerint a depresszió a munkaképesség csökkenéséért felelős betegségek egyike (Lopez & Mathers, 2002).

A depresszió jelenléte nem csupán az életminőségre van negatív hatással, hanem több krónikus betegségcsoportban növeli a mortalitást és a morbiditást (Whooley, 2008; Takahashy, Cha & Kiemele, 2008; Dobbels et al., 2008; Diefenthaler et al., 2008.).

Tehát a depresszió hatása túlmutat a hangulatváltozásokon, sokkal többoldalúbb betegségről van szó, melyet nem szabad figyelmen kívül hagyni.

Állítás:

Hamis: Az aggodalom és a szorongás ugyanaz.

Magyarázat:

A szorongás egyfajta irracionális félelemnek, feszültségnek mondható (Tringer, 1996). Kiválthatja kudarc átélése, a sikertelenség vagy egy új helyzet kialakulása is. Ilyen esetben még normális keretek között jelenik meg a szorongás, mint tünet. Kórossá akkor válik, ha ezt a normál szorongásos állapotot az egyén már nem képes kontrollálni. Ebben az esetben a strukturális formában – idő, tér, kognitív, magatartás – jelennek meg a szorongásos zavarok. Három tünetcsoportot különböztetünk meg, a pszichológiai, szomatikus és a vegetatív tüneteket. Az aggodás a szorongás pszichológiai tünetei közé sorolható (Karmacsai & Bánki, 1996). Ebből kiindulva hamis az az állítás, mely szerint az aggodalom és a szorongás ugyanaz, hiszen az egyik eredményeként jelenik meg a másik. Azaz a szorongás kiválthatja az aggodást, mint pszichológiai tünet.

2.3.2.4. A spirituális egészség dimenzióval kapcsolatos állítások

A spirituális egészség dimenziójába olyan állítások kerültek, melyek tartalmazzák az alábbiakat: vallásos hit, a vallás gyakorlása, személyes hitvallás, viselkedési elvek, a lelki béke és a belső összhang elérésére való törekvés.

Állítás:

Igaz: Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.

Magyarázat:

Az egészség biopszichoszociális modellje az élettani, lelki és társadalmi tényezők együttes hatását emeli ki (Benkő, 2005, 2019). A WHO (1948) meghatározásában „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya.” A holisztikus egészségzemplélet a fizikális, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi dimenziók fontosságát és kölcsönhatását egyaránt hangsúlyozza, ezek az elemek egymással együtt kölcsönhatva működnek, ezért nem szabad külön kezelni egyik elemet sem (Benkő, 2019; Pálmai, 2017).

Állítás:

Igaz: A vallási közösséghez tartozás egyfajta társas támogatást biztosít.

Magyarázat:

Kopp és Skrabski (2003) vizsgálatai kimutatták, hogy a társas támogatásnak fontos szerepe van, védőfaktorként jelenik meg a vallásos közösségekben. Ezt az állítást Feher és Maly (1999) eredményei is alátámasztják és kiegészítik azzal, hogy az emlődaganatok felismerése után létrejövő krízis idejét csökkentik és a javítják a gyógyulás esélyét. Pósch és Schlosser (2012) szakirodalmi áttekintése nyomán a vallásos közösségbe tartozóknak gyakrabban van családjuk, többször élük meg az életüket céllal telinek, támogatják egymást az önmegvalósításban, könnyebben megbirkóznak a rettegéskezeléssel, perspektívájuk segít a megküzdésben és jellemzőbb körükben a proszociális viselkedés (163. o.).

Állítás:

Igaz: A vallás olyan hit- és értékrendszert jelent a vallást elfogadók számára, amely értelmet és irányítást ad az életnek, megkönnyíti az életesemények elfogadását.

Igaz: Az élet értelmébe vetett hit fontos szerepet játszik a betegségekkel való megküzdésben. (Ez az állítás igazolható még a következő két állításnál megfogalmazottakkal: A betegség pozitív gondolkodással és imával gyógyítható. A rendszeres vallásgyakorlás nincs hatással az egészségünkre.)

Magyarázat:

Vizsgálatok eredményei szerint a vallásosság, spiritualitás valóban megkönnyíti az életesemények elfogadását, növeli a kitartást, az önbizalmat, segíti az új célok megtalálását és az életesemények feldolgozását (Nagy, 2009). Vallásosság terén két megküzdési stratégiát különíthetünk el. A pozitív coping során egy nehéz élethelyzetre tekinthetünk úgy, mint Isten tanítására vagy megpróbálhatunk a vallási közegben keresni támogatást, mely segít átvészelni a nehéz élethelyzetet. Amennyiben passzív megküzdési stratégiát választunk, akkor várakozunk Isten beavatkozására, Isteni büntetésként vagy a Sátán műveként tekintünk a minket ért nehézségekre (Moreira-Almeida et al., 2006).

Állítás:

Igaz: A spirituális jóllét jobb mentális egészséggel jár együtt.

Magyarázat:

A spirituális jóllét fogalmába tartozik a test, a lélek és a szellem kapcsolata és az egyénnek a természettel, a transzcendenciával, önmagával és másokkal való kapcsolata (Gomez & Fisher, 2003). Jafari és munkatársai (2010) 223 egyetemi hallgatóval végzett kutatása igazolta, hogy a spirituális jóllét jobb mentális egészséggel járt együtt. A regresszióelemzésük eredményei alapján a vallási és egzisztenciális jóllét szignifikánsan előrejelzi a mentális egészséget. Kézdy és munkatársai a spirituális jóllétet, mint protektív szerepet említik a mentális egészség fenttartása kapcsán (Kézdy et al., 2010). Így elmondható, hogy a spirituális jóllét valóban jobb mentális egészséggel jár együtt.

Pósch és Schlosser (2012) összefoglalják a szubjektív jóllét és a vallásosság kapcsolatával foglalkozó szakirodalmakat, melyek mindegyike erős pozitív kapcsolatról számolt be.

Állítás:

Hamis: A spiritualitás azt jelenti, hogy vallásos vagy.

Hamis: A vallásosság és a spiritualitás egy és ugyanaz.

Magyarázat:

A spiritualitás és a vallásosság két fogalom, melyek szemantikailag közel állnak egymáshoz, azonban a spiritualitás összetettebb fogalom a vallásosságnál (Farkas & Gerevich 2005). A spiritualitás definíciója önmagunk keresésére, az élet végső kérdéseinek a megtalálására, a transzcendenciával vagy a szentséggel való kapcsolat megtalálására irányul (Koenig et al.,

2001). A vallásosság csak a transzcendenciához vagy szentséghez való közelséget keresi rituálék, vallási gyakorlatok és szimbólumok által (Nagy, 2009).

Állítások:

Hamis: A betegség pozitív gondolkodással és imával gyógyítható.

Hamis: A rendszeres vallásgyakorlás nincs hatással az egészségünkre.

Igaz: Az élet értelmébe vetett hit fontos szerepet játszik a betegségekkel való megküzdésben.

Magyarázat:

A pozitív gondolkodás valóban segíti a gyógyulási folyamatokat, de önmagában vagy imádkozással nem elégséges egy betegség leküzdésében. Bagdy (2003) megfogalmazása alapján az ima gyógyító erővel bír. Minél rendszeresebb az ima, annál biztosabban jelennek meg a testben változások, újrendeződések. Perczel Forintos (2005) megfogalmazása alátámasztja, hogy a vallás ugyan segíti az egyén lelki egészségét, növelheti a várható élettartamot és az egészségi állapotot pozitív irányba tolhatja, de önmagában kevés egy betegség leküzdéséhez.

Állítás:

Hamis: A meditáláshoz Buddhistának, de legalább is vallásosnak kell lenni.

Magyarázat:

A meditálás mindenki számára elérhető technika, nem kell ahhoz sem vallásosnak, sem Buddhistának lenni, hogy valaki gyakorolja (Vajira, 2021). A meditáció szemlélődést, elmélkedést jelent, nehezen definiálható komplex fogalom. „Walch és Saphiro (2006: 225) a következőképpen definiálja a meditációt: „a meditáció olyan önreguláló gyakorlatokat foglal magába, melyek a figyelem és tudatosság gyakorlására összpontosítanak, ami a mentális folyamatokat nagyobb akaratlagosság alá tereli, így elősegítve az egyén általános mentális jóllétét, egyben fejlesztve olyan speciális készségeket, mint a nyugodtság, éleselméjűség és koncentráció.” (In. Schlosser, 2012, 144. o.). Schlosser (2012) hangsúlyozza, hogy a meditáció hatékony módszer egészségünk és szellemi jóllétünk biztosításához, gyakorlása bizonyítottan javuló kognitív funkciókhoz vezet, és a rendszeresen gyakorlói magasabb szubjektív jóllétről számolnak be.

2.3.2.5. A társas egészség dimenzióval kapcsolatos állítások

A társas egészség dimenzió vonatkozásában megfogalmazott állítások esetében figyelembe vettük az egyén másokkal való kapcsolatának a kialakítására és fenntartására való képességét.

Állítások:

Igaz: A lelki egészségünk egyik előfeltétele, hogy legalább egy intim kapcsolattal rendelkezünk.

Igaz: A társas támogatás segít megküzdeni a stresszel.

Igaz: A társas kapcsolatok pozitívan befolyásolhatják a személy egészségmagatartását.

Magyarázat:

Már a vallásosság kapcsán is említésre került, hogy a társas támogatás segít megküzdeni a stresszel, de ezt az állítást igazolja a stresszcsökkentő modell is, mely leírja, hogy a társas kapcsolatok materiális és pszichológiai források. A segítséget kapó személynek fontos tényező az a bizonyosság, hogy tudja, számíthat valakire. Ezen felül a társas kapcsolatok segítik az egyén egészségmagatartását, pozitívan hatnak az egyén érzelmi szabályozására, növelik a pozitív érzelmek valószínűségét, és csökkentik a negatív érzelmek időtartalmát és erősségét (Cohen, 2004; Lett et al., 2005; Uchino et al., 2006).

Több kutatás is bizonyítja, hogy azok az egyének, akik rendelkeznek társas kapcsolatokkal, 50%-kal nagyobb eséllyel maradnak életben, mint a gyengébb társas kapcsolatokkal rendelkező személyek (Holt-Lunstad et al., 2010; Heffner et al., 2011; Tay et al., 2011).

Állítások:

Igaz: Nem a kapcsolataink mennyisége, hanem a minősége a fontos.

Igaz: A valahová tartozás, a szeretet és a megbecsülés olyan erőforrás, amely segít egészségesnek maradni.

Hamis: Sikereinket egyáltalán nem befolyásolja emberi kapcsolataink minősége.

Magyarázat:

Mint ahogyan arról már szó volt, a társas kapcsolatoknak pozitív hatása van az egyén egészségére. Társas támogatás kapcsán van lehetőségünk megélni azt, hogy valaki tisztel, szeret, értékkel, törődik velünk és részesei vagyunk egy oda-vissza ható, kölcsönös

segítségnyújtáson és kölcsönös kötelezettségeken alapuló társas kapcsolati rendszernek (Cohen, 2004; Cobb, 1976).

Az emberi kapcsolataink minősége jelentős mértékben befolyásolhatja sikereinket és jóllétünket. Az érzelmi és szociális támogatás, az empátia, a bizalom és a kölcsönös tisztelet mind olyan tényezők, amelyek pozitívan befolyásolhatják mindennapi életünket és céljaink elérését. Az egészséges kapcsolatok hozzájárulnak a mentális egészséghez, és a mentális jóllét is szerepet játszik a sikeres életvitelben. A támogató kapcsolatok segíthetnek a stressz csökkentésében és az érzelmi stabilitás fenntartásában.

Állítás:

Hamis: A „jó kapcsolat” sosem konfliktusos, feszültségteli viszony.

Magyarázat:

A jó kapcsolatokban is előfordulhatnak konfliktusok. A konfliktusok részei minden emberi kapcsolatnak, és azok kezelése és megoldása lehetőséget nyújthat a kapcsolat fejlődésére és mélyülésére. A konfliktusok általában a különböző véleményekből, értékekből, igényekből vagy elvárásokból eredhetnek, és mind a baráti, családi, mind a párkapcsolatokban jelen lehetnek (Birloni & Sík, 2013; Cseh-Szomathy, 1995).

Rudas a következőképpen definiálta a fogalmat: „valójában egy tényszerűen és elkerülhetetlenül létező jelenségről van szó, olyanról, ami hozzátartozik mindennapi életünkhöz. Egyszerűen azt tapasztalhatjuk, ha körülnézünk világunkban, hogy rendszeresen és folyamatosan különféle érdekek, értékek, érzelmek, meggyőződések, viselkedésmódok kerülnek szembe egymással, még hozzá oly módon, hogy ezek a sokszor rejtett ellentétek nyilvánvalóvá válnak, napvilágra kerülnek. Ekkor beszélhetünk konfliktusokról” (Rudas, 2014, 206. o.).

Állítás:

Hamis: A házasság, függetlenül attól, hogy az jó vagy rossz, pozitív hatással van a pszichés egészségre.

Magyarázat:

A házasság egyaránt lehet támogató és stresszkeltő tényező (Umberson & Karas Montez, 2010). Kutatások bizonyítják, hogy a házasságban élők egészségesebbek, boldogabbak, mint a nem házas társaik. A nőknek inkább anyagi, míg a férfiaknak egészségi téren javul az életminősége

házasság alatt (Wilson, 2001; Rankin-Esquer, Deeter & Taylor, 2000; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Carels, Sherwood & Blumenthal, 1998).

Robles és munkatársai (2014) metaanalízise azt sugallja, hogy a házasság minősége jelentős hatással van az egészségi állapotra, ami azt jelenti, hogy nem minden házasság nyújt ugyanolyan mértékű pszichológiai előnyöket. A magas minőségű házasságok jobb mentális és fizikai egészségi eredményekkel járnak, mint az alacsony minőségű házasságok.

Bármilyen kapcsolatban élés jó hatással van a pszichológiai distresszre, a házasság vagy jegyesség csökkenti az alkoholizmust, és a házas fiatal felnőttek – különösen azok, akik 22-26 éves korukban házasodnak – elégedettebbek az életükkel. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a házasság mentális egészségre gyakorolt előnyei – legalábbis sok szempontból – a viszonylag fiatalon házasodott fiatal felnőttek körében nyilvánvalóak (Uecker, 2012).

Olyan szempontból igaz ez az állítás, hogy válás vagy özvegység során az egyén pszichológiai és fizikai egészsége csökkenő tendenciát mutathat (Amato, 2010, Carr & Springer, 2010), és megvonhatja a szilárd anyagi biztonságot (Carr & Springer, 2010).

Állítás:

Hamis: A barátoktól jövő támogatás minden esetben nagyobb jelentőséggel bír, mint a szakember segítsége.

Magyarázat:

A barátok jelenléte elősegíti az érzelmi és szociális készségek fejlődését, segíti az önálló felelősségvállalás kiteljesedését. Fontos az identitásformálódás terén, az új kihívások leküzdésében és az egészség megőrzésében is (Zsíros et al., 2013). A barátoktól érkező támogatás gyakran alapul érzelmi kötődésen, megbecsülésen és bizalmon, míg a szakember általában a betegség megértésében és kezelésében tud segíteni. Gyerekek krónikus betegségei kapcsán a családi összetartás, szeretet, a rugalmasság segíti a jó pszichológiai és fizikai állapot elérését (Tripathi & Agarwal, 2003).

Engel bio-pszicho-szociális modellje kihangsúlyozza a biológiai szempontokon túl a lelki tényezők fontosságát és a társadalmi szempontokat is, amelyek már a holisztikus szemlélet részeként is megjelentek (Beke & Tömő, 2021). A modellből kiindulva a szociális támogatottság alapvető fontosságú (Repper & Carter, 2011). Sias és Bartoo (2007) kutatásából kiderült, hogy krónikus depresszióban szenvedő nők egy csoportjának mentális egészségi állapota jelentősen javult a vizsgálat 12 hónapos időszakában, amikor személyes "barátokat"

írtak fel nekik. Az eredmények összemérhetőek voltak a hagyományos gyógyszeres és pszichológiai beavatkozások eredményességével.

Bármennyire fontosak is a baráti kapcsolataink, Summers (2010) rámutat azokra a lényegi különbségekre, amelyek a szakembereket és amelyek a barátokat jellemzik. A szakembereket például azért keressük fel, mert specifikus szakértelemmel rendelkeznek egy adott kérdésben, míg a barátokat azért, mert szeretjük őket. A szakember felelősséget vállal a klienseiért, míg a barátság nem feltételez ilyen formális felelősségvállalást. A szakember kapcsolata a kliensével formális, legális és etikus, míg a barátok közt informális kapcsolat van. A szakembernél a kliens az első, a barátok mindegyike segíti egymást.

Állítás:

Hamis: A kortársbántalmazás csak az áldozat egészségére van negatív hatással.

Magyarázat:

A kortársbántalmazás az egész osztályt érinti, hiszen az áldozaton és az elkövetőn kívül a diákok többsége is szemtanúja a bántalmazásnak (Salmivalli, 1999; Gini et al., 2008). Emiatt a kortársbántalmazás direkt vagy indirekt módon kihat minden diák lelki és fizikai egészségére (Zsíros et al., 2013). Zsíros és munkatársainak kutatása bebizonyította, hogy mind az áldozatok, mint az elkövetők lelki és fizikai egészségi panaszaira – hasfájás, ingerlékenység, fejfájás stb. – fokozottan kihat a bántalmazás.

2.3.2.6. A társadalmi egészség dimenzióval kapcsolatos állítások

A társadalmi egészség dimenziója kapcsán a társadalomba való integrálódás igényét és lehetőségét vizsgáljuk.

Állítás:

Igaz: A természeti környezet állapota hatással van az egészségünkre.

Magyarázat:

A 5. ábrán Ádány és mtsai az egészséget három nagy egységre bontotta, a társadalmi- és fizikai környezetre és az egyéni sajátságokra. A természetes környezet a fizikai környezet részét képezi (Ádány et al., 2023). A természeti környezet kapcsán a légszennyezettség káros hatással van az egészségre. A légszennyezettség növekedésével nő az allergiás, asztmás és egyéb más légúti

betegségek száma (Müller et al., 2011; Jacquemin et al., 2012; Rage et al., 2009; Su et al., 2010).



5. ábra. A közösség egészségét meghatározó tényezők csoportjai (Ádány et al., 2023, 11. o.)

Lakóhelyünk, mérettől és elhelyezkedéstől függően, direkt vagy indirekt módon, lelki vagy testi folyamatokon keresztül befolyásolja egészségmagatartásunkat, illetve az egyes betegségek és pszichoszomatikus tünetek megjelenését és fennmaradását (Evans, 2003).

Állítás:

Igaz: Az egészség társadalmi meghatározóinak erősebb hatása van az egészségünkre, mint egészségmagatartásunknak.

Magyarázat:

A társadalmi meghatározók befolyásolják az egészségmagatartást, ezáltal pedig az egészséget. Társadalmi támogatottság hiányában az egészséggel való foglalkozás motiváltsága is hiányozhat. Amennyiben az egyénnek anyagi gondjai vannak, nem feltétlen fogja a pénzt például mozgásra fordítani.

A társadalmi egyenlőtlenségek, a mindennapi élethelyzet növeli a mentális zavarok kialakulásának esélyét (Koenig, 2021). „A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségnek több fajtája befolyásolja a fennálló egészségi helyzetet, így például: – az egészségi megterhelés különbözősége (munkahelyi megterhelés, lakáskörülmény, munkanélküliség, idegen lakókörnyezet, sokgyermekes család), – a „legyűrés” segítésének lehetőségei (szociális ellátás,

tanácsadó szolgálat, jogsegély), – az egészségügyi ellátás különbözőségei (orvos-beteg viszony, orvosi ellátás igénybevétele, védőoltások, szűrések szervezése, rehabilitáció), – különbözőségek az egészségi magatartás és a kockázatvállalás területén (táplálkozási szokások, dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód, személyi higiénia). Mindezek a tényezők egészségi „kiegyensúlyozatlansághoz” vezethetnek, és a megbetegedési és halálozási adatokból jól követhetők.” (Székely, 2007, 42. o.).

Állítások:

Igaz: Egy munkanélküli személy nem lehet egészséges egy olyan társadalomban, amely csak a fizetett munkával rendelkezőket becsüli meg.

Igaz: Az ember egészsége elválaszthatatlanul összefügg mindennel, ami az embert körülveszi.

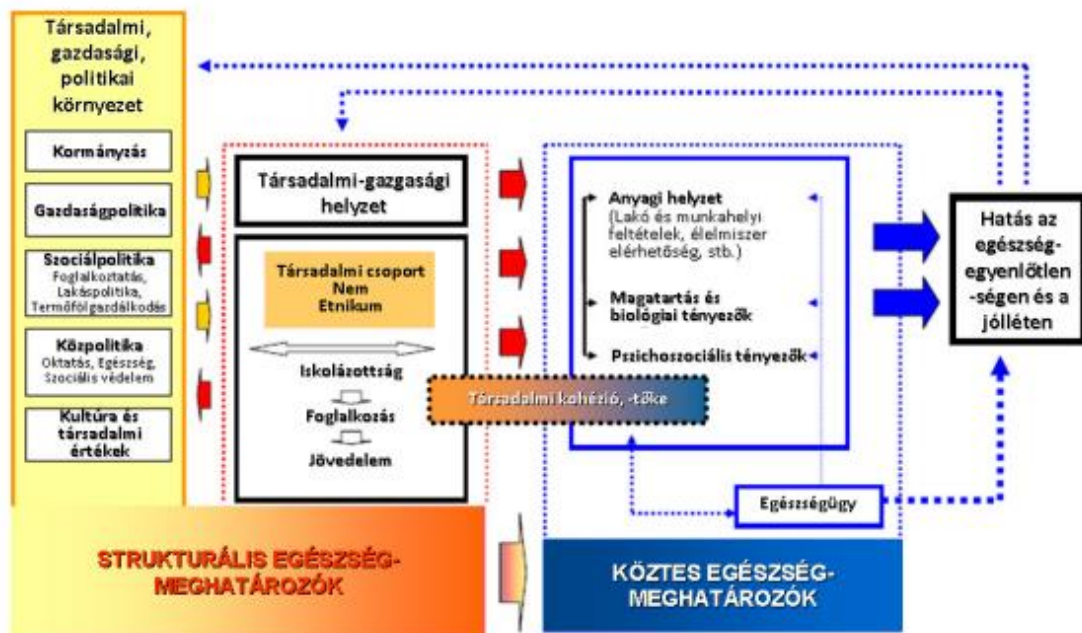
Hamis: Az, hogy milyen életmódot élek csakis rajtam múlik.

Hamis: Csak az élhet egészségesen, aki gazdag.

Magyarázat:

A 6. ábra szemlélteti azokat a befolyásoló tényezőket, melyek az egészségre hatnak. Strukturális és köztes egészség meghatározók csoportját különbözteti meg. Strukturális tényezők között szerepel a társadalmi-gazdasági helyzet és a társadalmi, gazdasági, politikai környezet. A köztes egészségmeghatározók az egyén anyagi helyzetét, magatartási és biológiai, pszichológiai tényezőit tartalmazza. Megjelenik az ábrán az egészségügy is, ami az egyéntől függetlenül szerepel, de, mint köztes determináns, az egészségegyenlőtlenségre és az egészségre közvetlen befolyásoló hatásként jelenik meg. Tehát valóban igaz az, hogy az egyén egészségét számos tényező befolyásolja (Moravcsik & R. Fedor, 2021).

Marmot és Bobak (2000) vizsgálata az egészségi állapotot komplex jelenségként írja le. Ebben a komplexitásban a társadalmi tényezők egyre nagyobb és jelentősebb szerepet játszanak a korábbi tudományos nézettel szemben, ahol a biológiai adottságok dominálnak, mint egészségmagatartáshoz kapcsolódó faktorok (például dohányzás, táplálkozás, mozgás), az epidemiológiai jelentőségű környezeti faktorok (például köztisztasági állapotok, szennyvízkezelés) mellett (Marmot & Bobak, 2000).



6. ábra. Az egészséget meghatározó strukturális és köztes tényezők és kölcsönhatásaik
(Vitrai, 2011, 17. o.)

Állítás:

Igaz: A különböző társadalmi helyzetű, etnikai csoporthoz tartozó, életkorú, nemű és lakóhelyű emberek egészségi állapotában jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak.

Magyarázat:

Az Ottawai Chartában (1986), azaz az egészségfejlesztés alapidokumentumában az egészség feltételei között az alábbiak szerepelnek: oktatás, élelem, jövedelem, lakás, fenntartható erőssorások, stabil ökológiai rendszer, társadalmi igazságosság és egyenlőség. Az egészséges egyén képes megvalósítani vágyait, kielégíteni szükségleteit, képes a környezeti változatossághoz alkalmazkodni.

A társadalmi rétegződés alapjaiban befolyásolja a társadalmi osztályokhoz tartozók egészségét. Azon országok esetében, ahol az egy főre jutó nemzeti jövedelem a legalacsonyabb, ott a legalacsonyabb az ország lakosságának születéskor várható átlagos élettartama és a legmagasabb a csecsemőhalálozások száma. A rossz szociális helyzet következtében esélyes az életmódbeli tényezők kedvezőtlen alakulása, mint például a nem megfelelő táplálkozás vagy a személyi higiéné hiányossága (Moravcsik, 2021).

„Az egészségegyenlőtlenség (health inequity vagy health inequality) terminusa viszont az egészségi állapot különböző mutatóival jellemzett azon egyenlőtlenségekre utal, melyek a biológiai adottságok okozta különbségeken túlmutatnak, társadalmi tényezőkkel hozhatók

összefüggésbe, ezáltal elméletileg elkerülhetőnek tekinthetők.” (Kósa & Kőműves, 2019, 1612. o.). A magyarországi roma lakosság születéskor várható élettartama 10 évvel kevesebb, mint a nem roma lakosságé, a kedvezőtlen életkörülményekből és életmódból fakadóan számos betegség fokozottan van jelen körükben és felülreprezentáltak a fogyatékkal élők körében is (Tarkó, 2019b). Ádány és Sándor (2019) vizsgálata kimutatta, hogy a telepszerű körülmények között élő 20–64 éves roma népesség minden korcsoportjában szignifikánsan magasabb arányban fordult elő az emelkedett éhomi vércukorszint vagy a 2. típusú cukorbetegség és a csökkent HDL-C-szint vagy kezelt lipidháztartási zavar, mint az általános magyar népességben és szignifikánsan alacsonyabb volt a centrális elhízás és a magas vérnyomás előfordulási gyakorisága, melyeket részben környezeti és egészségmagatartásbeli tényezőkkel magyaráztak.

Állítások:

Hamis: Az egészség csak az egészségügy feladata.

Magyarázat:

Lásd „Az egészség megőrzésének kulcsa, ha magunk is teszünk érte, vagyis az egészségtudatos életmód.” állítás magyarázatánál leírtak.

Állítás:

Hamis: Az, hogy egy társadalomban alábecsülik a nők munkáját nincs hatással a nők egészségi állapotára.

Magyarázat:

A nemekre rótt társadalmi szerepek fontos szerepet játszanak a nők és a férfiak azon képességének alakulásában, hogy kiaknázzák egészségpotenciáljukat (Doyal, 2001). A világon ma nincs olyan társadalom, ahol a nőket a férfiakkal egyenlően kezelnék, és ez a tény befolyásolja az egészségüket. Az egyenlőtlenségek megjelennek az iskolarendszerben, a munkaerőpiacon, az egészségügyben, a hatalom és érdekérvényesítés terén. A nők munkaterhei magasabbak, a munkavégző képesség újratermelését szolgáló szabadidő pedig kevés vagy hiányzó elem (Tarkó & Benkő, 2019; Tarkó, 2024). A munkahelyi és a családi feladatok összeegyeztetését nem támogató munkahelyek fokozott stresszhelyzetet teremtenek a munkavállalók, kiemelten a nők számára, kimutathatóan napi 29 perccel kevesebbet alszanak és kétszeres eséllyel van jelen náluk kettő vagy annál több szív-érrendszeri megbetegedésre irányuló kockázati tényező (Berkman et al., 2010). Ezek a tanulmányok együttesen

hangsúlyozzák a női munka alulértékelésének egészségre gyakorolt negatív hatását, beleértve a fizikai, mentális és szociális jóllétet is.

Állítás:

Hamis: A fogyatékoság minden esetben kizárja az egészséget.

Magyarázat:

A fogyatékoság orvosi meghatározása valamely fizikai és/vagy mentális károsodás tényéből indul ki és a fogyatékosággal élő személyre betegként tekint, fogyatékoságát pedig az egészségügyre utalja, gyógyításra. A társadalmi meghatározás szerint a testi vagy mentális károsodásból közvetlenül nem fakad társadalmi hátrány, az annak köszönhető, ahogyan a társadalmi környezete a sérült emberhez viszonyul, ahogyan őt kezeli (Bánfalvi, 2003), így a helyzet kezelésének kulcsa a társadalmi hozzáállás átalakítása és a korlátok eltávolítása volna. A fogyatékosügyi aktivisták véleménye szerint „fontos volna, hogy a fogyatékosággal élőket ne tekintsék sem egy orvosi kezelést igénylő károsodás, sem pedig a környezeti körülmények passzív áldozatának. Ehelyett úgy kellene tekinteni rájuk, mint teljes jogú és aktív cselekvőkre, akik képesek önállóan rendelkezni a saját életüket érintő dolgok felett.” (Council of Europe, 2024).

2.4. A szakirodalmi áttekintés konklúziója

A szakirodalmi áttekintés során a gyermeki megismerés és az egészséggel kapcsolatos tévképzetek kérdését vizsgáltuk. A pedagógia és a pszichológia területén bekövetkezett változások kapcsán világossá vált, hogy a gyermekek előzetes tudására épített ismeretszerzés gyakran téves elképzeléseken alapulhat. Piaget és Bruner elméleteit elemezve látható, hogy míg Piaget a kognitív fejlődés logikai aspektusaira koncentrált, Bruner kritikája rávilágít arra, hogy a társas és lélektani tényezők is jelentős szerepet játszanak a gyermekek megismerési folyamataiban. A tévképzetek kérdésköre központi szerepet kapott, hiszen ezek a tévhitek mélyen beágyazódhatnak a gyermekek gondolkodásába, és ellenállhatnak a hagyományos oktatási módszereknek. Kiemeltük, hogy az egészséggel kapcsolatos tévhitek nemcsak a gyermekek, hanem a felnőttek egészségmagatartását is befolyásolják, és hogy az oktatási rendszernek nagy felelőssége van ezek helyesbítésében. Az egészség fogalmának történeti áttekintése során bemutattuk a WHO definícióját, amely szerint az egészség nemcsak a betegség hiánya, hanem a testi, lelki és szociális jóllét állapota. Ez a holisztikus megközelítés új irányt mutat az egészségfejlesztés terén, és szükségessé teszi az oktatási rendszerek

alkalmazkodását is. Megállapítást nyert, hogy az egészségnevelés integrációja az oktatásba gyakran nem történik meg megfelelően, ami hátrányosan érinti a gyermekek egészségtudatosságát. Kutatásunkban ezért szeretnénk felhívni a figyelmet arra, hogy a pedagógusképzés és a tantervi követelmények felülvizsgálatára van szükség annak érdekében, hogy az egészségnevelés hatékonyabban beépülhessen a mindennapi oktatási gyakorlatba.

3. MÓDSZERTAN

3.1. Kutatás célja, kutatási kérdések

A kutatás célja feltárni, hogy a leendő pedagógusok egészségfogalma, valamint ezek torzításai milyen mértékben szolgálhatják vagy hátráltathatják jövőbeni egészségnevelési tevékenységeik hatékonyságát a NAT 2020 által deklarált feladataik tükrében. Kutatási célunk elérése érdekében összesen 4 kutatási kérdést állítottunk fel:

- K1. Előzménydokumentumai (NAT 1993, 1995, 2007, 2012, 2018) viszonylatában a hatályos Nemzeti Alaptanterv (NAT2020), kerettantervek és a vizsgált pedagógusképzési szakok hatályos képzési és kimeneti követelményei milyen egészségneveléssel kapcsolatos kompetenciákat (tudás, képesség, attitűd, felelősség és autonómia) írnak elő a leendő pedagógusok számára? A NAT2020 egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos megfogalmazásai milyen mértékben feleltethetők meg a komplex, holisztikus egészségfogalomnak?
- K2. Leendő pedagógusok körében milyen, az egészséggel kapcsolatos laikus elképzelések és tévképzetek azonosíthatók, és ezek hogyan változnak az életkor, valamint a vizsgálati személyek szocio-demográfiai státusza, pedagógusképzési területe és a képzés munkarendje függvényében?
- K3. A leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzetei milyen forrásból táplálkoznak?
- K4. A leendő pedagógusok milyen mértékben rendelkeznek az iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok ellátásához szükséges ismeretekkel, kiemelten az egészségfogalom és annak holisztikus összetevői tekintetében?

3.2. Hipotézisek

A kutatás tervezése során abból az elképzelésből indultunk ki, hogy a leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteit erősen befolyásolja a képzésük során szerzett elméleti tudás és az előzetes laikus elképzelések együttes hatása. Feltételeztük, hogy a holisztikus egészségdimenziókban eltérő mértékű ismeretbeli hiányosságok jelentkeznek, és ezek az eltérések összefüggést mutatnak a hallgatók képzési szakjával és szocio-demográfiai jellemzőivel is. Ezek gondolatmenet alapján – induktív módon – az alábbi hipotéziseket állítottuk fel:

H1.1. 1993 óta az egészségnevelési, egészségfejlesztési feladatok előírása növekvő hangsúllyal van jelen a köznevelésben.

H1.2. A NAT 2020 és előzménydokumentumai egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos megfogalmazásaiban a testi egészség hangsúlya érhető tetten.

H1.3. A vizsgált leendő pedagógusok NAT2020 által előírt egészségnevelési, egészségfejlesztési feladataira való felkészítés a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiben csak részelemeiben jelenik meg.

H2. A vizsgált leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzetei különbséget mutatnak az életkor, a nem, a családi háttér és a pedagógusképzés területe függvényében. A különbség a tévképzetek komplexitásában és irányultságában ragadható meg, melyek szerint a tévképzetek kategóriákba rendezhetők.

H3. A vizsgált leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek elsődleges forrása az elektronikus média és az otthonról hozott normák.

H4. A vizsgált pedagógus hallgatók nem rendelkeznek a korszerű egészségértelmezésre alapozó és gyakorlatorientált egészségnevelés alapjaival, így még nem felkészültek azok megfelelő közvetítésére, a gyerekek és fiatalok egészségmagatartása és egészségi állapota kedvező irányba történő megváltoztatására.

3.3. A vizsgálat előkészítésének bemutatása

3.3.1. A vizsgálatban felhasznált módszerek, eszközök

Első kutatási kérdésünk megválaszolásához a dokumentumelemzés módszerét alkalmaztuk. Elemzési egységeink az 1993 és 2020 között megjelent magyar Nemzeti Alaptantervek (NAT 1993, 1995, 2007, 2012, 2018, 2020) és a vizsgált pedagógusképzési szakok hatályos képzési és kimeneti követelményei voltak. A dokumentumelemzés segítségével olyan adatokat kaphatunk, amelyek nagyobb témák, kategóriák és esetek köré rendezhetők (Bowen, 2009). A Nemzeti Alaptantervek vizsgálatával az egészségfejlesztés/ egészségnevelés helyét és szerepét, valamint a holisztikus egészségfogalomnak való megfelelés mértékét vizsgáltuk az 1993-as változattól kezdődően a hatályos 2020-as változatig bezáróan, hogy így azonosítsuk a változás folyamatát. A pedagógusképzés képzési terület szakjainak hatályos képzési és kimeneti követelményei áttekintésével kontextust teremtettünk ahhoz, hogy megvizsgáljuk, a NAT2020 egészségfejlesztéssel, egészségneveléssel kapcsolatos elvárásaira milyen mértékben reflektálnak a hatályos képzési és kimeneti követelmények. Dokumentumelemző vizsgálatunkban egyrészt tartomelemzést használtunk, vagyis a kutatási kérdésünknek megfelelő kategóriákba rendeztük az információkat. Másrészt, a nemzeti alaptantervek vizsgálatában tematikus elemzést is alkalmaztunk, azaz a dokumentumok gondos átolvasásával

azonosítottuk és kódoltuk a holisztikus egészségdimenziók mentén a közölt információkat. Ez utóbbi elemzést a QDA Miner program segítségével végeztük el.

A 2.-4. kutatási kérdésünk vizsgálatához szakértői mintavételen alapuló online kérdőíves módszert alkalmaztunk, kérdőívünket a Google űrlap funkciója segítségével elkészítve. A nagymintás mérésünket pilot mérés előzte meg. A Pilot vizsgálatban alkalmazott mérőeszközünk nem tartalmazott személy azonosítására vonatkozó kérdést. A kérdőív kérdéseit szakirodalmi kutatómunkára alapozva állítottuk össze. Először a válaszadók egészségfogalmát térképeztük fel a következő nyitott, projektív kérdés segítségével: „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót? Meséld el, hogy mit látsz a képen, és írd hozzá egy rövid indoklást!” Ezek az asszociációk sokat elárulhatnak az alanyok egészséggel kapcsolatos elképzeléseiről, érzéseiről. A válaszok sokfélesége lehetővé teszi, hogy mélyebb betekintést nyerjünk az egyének egészségmeghatározásába és -értelmezésébe. Ezáltal hozzájárul a kérdezett személyek nézőpontjainak feltérképezéséhez az egészséggel kapcsolatos témában. A nyitott kérdésre megfogalmazott válaszokat a holisztikus egészségfogalom hat dimenziója alapján kategorizáltuk. A kódolást egymástól függetlenül, párhuzamosan végeztük el, majd azokat összevetve konszenzussal véglegesítettük besorolásunkat. A válaszok a holisztikus egészségdefiníció elemeinek megfeleltethető konkrétumokat tartalmaztak (pl. étkezés, orvoshoz fordulás, futás, mozgás, kirándulás, boldogság, család együtt stb.).

Második kérdésünk az egészséget meghatározó tényezők (Lalonde, 1974) százalékban kifejezett súlyát vizsgálta, ugyancsak nyitott kérdés segítségével, mely így szólt: „Van összesen 100 egészségpontod, amit szét kell osztanod az alábbi 4 tényező között aszerint, hogy mekkora hatással lehetnek az egészségedre. Hány pontot adnál nekik? Mind a 100 pontot szét kell osztanod!”

Harmadik, az egészségtévképzetek vizsgálatára irányuló kérdéscsoportunk összeállításához szakirodalmi kutatómunka alapján feltérképeztük azokat az egészséggel kapcsolatos állításokat, melyek a leggyakoribb tévképzeteket tükrözik. A szakirodalmi elemzés nyomán gyűjtött, gyakori tévképzetek fellelhető listáit áttekintve azok közül a hiteles tudományos vizsgálatokkal is egyértelműen igazolt egészségállításokat választottuk ki. Összesen 40 olyan állítást fogalmaztunk meg, melyekkel való egyetértés vagy éppen egyet nem értés foka az adott egészségállítással kapcsolatos téves elképzeléseket, tévképzeteket tükrözi. Az egyes állításokkal való egyetértés fokát ötfokozatú Likert skálán mértük, mely az egyáltalán nem igaztól (1-es érték) a tökéletesen igazig (5-ös érték) terjedt (közbülső értékek jelentése: 2-es érték – nem igaz; 3-as érték – részben igaz; 4-es érték – igaz). A kérdések Likert-skálás

értékelése lehetőséget biztosít arra, hogy az egészség dimenzióiról átfogó képet kapjunk, és mélyebben megértsük a válaszadók holisztikus egészségszemléletét és annak esetleges hiányosságait.

A kérdőívünk pilot verziójában felsorolt állítások közül 37-et elemeztünk a továbbiakban, mivel három esetben úgy láttuk, hogy a szakirodalom ellentmondásos volta miatt azok megítélését nem tudjuk megfelelően értékelni (6. Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok, 11. Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat, 22. Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.) Az egyes állításokra az összes válaszadó által adott 1-5-ig értékkel rendelkező válaszok számtani átlagát képeztük, valamint minden esetben megadtuk a móduzt is, ami azt jelöli, mely értéket választották a legtöbben az egyes állításoknál, és a mediánt, amely azt az értéket jelzi, amelyet vagy annál alacsonyabb (magasabb) értéket a válaszadók 50%-a választott. Ezzel az egyszerű, leíró statisztikai elemzéssel első körben arról szerettünk volna becslést kapni, hogy a válaszok átlagosan mennyire tükröznek téves elképzeléseket. A kapott eredményeinket SPSS statisztikai program segítségével elemeztük. A pilot kérdőívünk reliabilitását mutató Cronbach's Alpha: 0,878. Pilot kérdőívünk az 1. sz. mellékletben található.

A Pilot kérdőív tapasztalataira alapozva a nagymintás mérés kérdőívét további kérdésekkel egészítettük ki, valamint az egészségtévképzetek mérésére szolgáló kérdéscsoportunkat átalakítottuk. Változatlan formában meghagytuk a válaszadók egészségfogalmának feltérképezésére szolgáló projekciós kérdést és ezt követően az alábbi kérdéssel folytattuk: Kérlek, hogy fejezd be az alábbi mondatot minél többféleképpen! Ahhoz, hogy egészséges legyek, ... Ugyancsak meghagytuk a Lalonde jelentésben azonosított tényezők egészségre gyakorolt hatása fontosságát kifejező százalékos megoszlást kérő kérdést.

Negyedik kérdésünk zárt feleletválasztós kérdés volt. Az egészség tévképzetek vizsgálatára irányuló, a pilot vizsgálat tapasztalatai alapján átdolgozott kérdéscsoportunk valójában 60 egészség-állítássor ötfokozatú Likert skálán történő értékelését tartalmazta. A kérdéseket a holisztikus egészség szempontjából kategorizáltuk. Mindegyik egészségdimenziónál – fizikai, mentális, spirituális, társas, társadalmi, érzelmi – 5 hamis és 5 igaz állítást írtunk és ezeket kevert sorrendben tüntettük fel. A válaszadók egészség fogalmát, tényezőinek ismeretét, az egészséghez való viszonyulását térképeztük fel.

Ötödik, zárt feleletválasztós kérdésünk felsorolta azokat a leggyakoribb forrásokat, amelyeket az egészséggel kapcsolatos kérdések megválaszolására vagy információk szerzésére használnak az emberek. A válaszadókat arra kértük, hogy jelöljék be azt a három információ forrást, amelyeket a leginkább hitelesnek tartanak az egészséggel kapcsolatos információk megszerzése szempontjából. Ez a kérdéstípus lehetővé teszi számunkra, hogy megértsük a

válaszadók hitelességérzetét az egészséggel kapcsolatos információk forrásai tekintetében. Ez a megértés segíthet a hatékonyabb egészség-kommunikációs stratégiák kidolgozásában és az információk elérhetőségének javításában az oktatás során.

Hatodik nyitott kérdésünknel lehetőség volt arra, hogy a válaszadók részletesen kifejtssék, szerintük mit tehetnek leendő pedagógusként a rájuk bízott gyermekek vagy diákok egészségének megőrzése érdekében. Ez a kérdéstípus lehetővé tette számunkra, hogy jobban megértsük a válaszadók gondolkodásmódját, értékrendjét és terveit és megismerjük milyen szerepet tulajdonítanak maguknak leendő pedagógusként az egészségfejlesztés, egészségmegőrzés tekintetében.

Kérdőívünket 12 szocio-demográfiai kérdéssel zártuk, melyekből 5 nyílt, 1 eldöntendő és 6 feleletválasztós kérdés volt. A nagymintás mérés kérdőívét a 2. sz. mellékletben mutatjuk be. Az elemzéseket az IBM SPSS Statistics 25 verziójával végeztük el. Az alkalmazott statisztikai elemzéseink a következők voltak: Pilot kutatás statisztikai elemzései: leíró statisztikák (átlag, szórás, minimum, maximum értékek); reliabilitásvizsgálat (Cronbach-alfa): a kérdőív belső konzisztenciájának ellenőrzésére; itemanalízis: a gyenge vagy félreérthető tételek kiszűrésére és átfogalmazására; Spearman-féle rangkorrelációs együttható (ordinális skálán mért változók esetén); Pearson-féle lineáris korrelációs együttható (metrikus változók esetén).

Nagymintás kutatás statisztikai elemzései: leíró statisztikák (mintanagyság, átlag, szórás, minimum, maximum értékek); t-próba: a BA és MA képzési szinten tanuló hallgatók válaszainak összehasonlítására; Kolmogorov-Smirnov-féle normalitás-teszt; Levene-féle varianciaegyenlőség: képzési szintek összehasonlítása; Mann-Whitney U-próba: az egészségreleváns és a nem egészségreleváns szakos hallgatók válaszainak összehasonlítására; khi-négyszet teszt: képzési szint és a hat egészségdimenzió vizsgálata; regressziós elemzés: az egyes háttérváltozók (pl. nem, szakirány) hatásának vizsgálatára: Forward elimináció, White-féle tesztje, Breusch-Pagan teszt; Spearman korrelációs elemzés: az egészség dimenziói és a válaszadók édesanyja és édesapja legmagasabb iskolai végzettsége közötti kapcsolat vizsgálta; korrelációelemzés: az egészség dimenziók és két demográfiai változó közötti kapcsolat vizsgálatára.

3.3.2. A vizsgálati minta jellemzése és a vizsgálat menete

Mérésünkhöz könnyen elérhető alanyokat kerestünk, ezért a Google kérdőívkészítő segítségével összeállított online kérdőívünk linkjét osztottuk meg közösségi platformokon. Elsőkörben feltételként csak annyit adtunk meg, hogy a magyar felsőoktatásban tanuló hallgatók jelentkezzenek, preferáltan azok, akik a pedagógusképzésben vesznek részt.

Felhívásunkra összesen 68 fő felsőoktatásban tanuló hallgató töltötte ki a kérdőívünket a megadott kétéves periódusban és a kitöltők között nem csak pedagógiai, hanem szociológiai és egészségügyi szakterületeken tanuló hallgatók is voltak. A kitöltők között mindösszesen 5 (7,4%) férfi volt. A válaszadók átlagéletkora 27,9 év (SD: 7,93).

Nagymintás Kérdőívünket online formában osztottuk meg a Szegedi Tudományegyetemen (SZTE), a Pécsi Tudományegyetemen (PTE) és az Eötvös Loránd Tudományegyetemen (ELTE) tanuló pedagógus hallgatók körében. Kérdőívünk kitöltése önkéntesen és teljesen anonim módon történt. Felhívásunkra összesen 327 fő felsőoktatásban tanuló hallgató töltötte ki a kérdőívünket a megadott négy hónapos periódusban. A kitöltők 14,1%-a (46 fő) volt férfi. A válaszadók átlagéletkora 25,7 év. Mintánk nem tekinthető reprezentatívnak. Kutatásunk ütemezését a 6. táblázat mutatja be.

6. táblázat. Kutatás időrendi ütemezése

<i>Kutatási szakasz</i>	<i>Tevékenység</i>	<i>Időtartam</i>	<i>Megjegyzés</i>
Előkészítés	Szakirodalmi kutatómunka, elméleti keret kidolgozása.	6 hónap	Folyamatos frissítés a kutatás teljes ideje alatt.
Dokumentumelemzés	A NAT és a kerettantervek elemzése.	3 hónap	Kvalitatív tartalomelemzés módszerével; a cél az egészségnevelés keretrendszerének feltérképezése.
Kérdőív kidolgozása	Kérdések megfogalmazása, szakirodalmi kutatómunka.	2 hónap	Több körös finomítás.
Pilot kutatás (kvalitatív)	Online kérdőív tesztelése.	2 hét	Cél: érthetőség, itemek tesztelése.
Pilot elemzése	Megértési nehézségek, redundáns tételek kiszűrése.	1 hónap	Átfogalmazás, törlés,
Nagymintás mérés (kvantitatív)	Online kérdőív tesztelése.	4 hónap	BA és MA hallgatók, egészségreleváns vs. nem egészségreleváns szak
Adatfeldolgozás	Hiányzó értékek kiszűrése, adatbázis előkészítése, leíró statisztikák, próbák, regresszió.	3 hónap	Főleg részleges kitöltések kiszűrése, SPSS.
Eredmények értelmezése	Tévképzetek tipizálása, kutatási kérdésekhez illesztés.	3 hónap	Kvalitatív reflexió is.
Diszkusszió és lezárás	Következtetések, javaslatok megfogalmazása.	2 hónap	Szakmai reflexió, gyakorlati ajánlások.

4. KVALITATÍV KUTATÁS

4.1. Dokumentumelemzés

4.1.1. Kutatási kérdések és hipotézisek

Dokumentumelemzésünkben a következő átfogó kutatási kérdésre kerestük a választ:

K1. Előzménydokumentumai (NAT 1993, 1995, 2007, 2012, 2018) viszonylatában a hatályos Nemzeti Alaptanterv (NAT 2020), kerettantervek és a vizsgált pedagógusképzési szakok hatályos képzési és kimeneti követelményei milyen egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos kompetenciákat (tudás, képesség, attitűd, felelősség és autonómia) írnak elő a leendő pedagógusok számára? A NAT 2020 és előzménydokumentumai egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos megfogalmazásai milyen mértékben feleltethetők meg a komplex, holisztikus egészségfogalomnak?

Hipotéziseink a következők voltak:

H1.1. 1993 óta az egészségnevelési, egészségfejlesztési feladatok előírása növekvő hangsúllyal van jelen a köznevelésben.

H1.2. A NAT 2020 és előzménydokumentumai egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos megfogalmazásaiban a testi egészség hangsúlya érhető tetten.

H1.3. A vizsgált leendő pedagógusok NAT2020 által előírt egészségnevelési, egészségfejlesztési feladataira való felkészítés a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiben csak részelemeiben jelenik meg.

4.1.2. Eredmények

4.1.2.1. NAT 1993, 1995, 2007, 2012, 2018 dokumentumelemzése

Vizsgálatunk első lépéseként tartalomelemzéssel tekintettük át a NAT 2020-at és előzménydokumentumait (NAT 1993, 1995, 2007, 2012, 2018).

Megvizsgáltuk, hogy az egyes nemzeti alaptantervek milyen tantárgyak keretében tárgyalták az egészséggel kapcsolatos kérdéseket (7. táblázat).

7. táblázat. Egészséggel kapcsolatos témák tárgyalásának tantárgyi keretei a magyar Nemzeti Alaptantervekben

Tantárgyak	NAT 1995	NAT 2003	NAT 2007	NAT 2012	NAT 2018	NAT 2020
Társadalmi ismeretek	✓	-	-	-	-	-
Biológia és egészségtan	✓	✓	✓	✓	-	-
Biológia	-	-	-	-	✓	✓
Idegen nyelv	✓	-	-	-	-	-
Testnevelés és sport	✓	✓	✓	✓	-	-
Testnevelés és egészségfejlesztés	-	-	-	-	✓	✓
Életvitel és gyakorlat	-	✓	✓	✓	-	-
Technika és életvitel	-	-	-	-	✓	✓
Fizika	-	-	-	-	✓	✓
Kémia	-	-	-	-	✓	✓
Állampolgári ismeretek	-	-	-	-	-	✓
Erkölcstan	-	-	-	✓		
Etika/hit és erkölcstan	-	-	-	-	-	✓
Filozófia	-	-	-	✓	-	-
Ember és környezete	-	-	-	-	✓	-
Összes tantárgy, melynél szerepel az egészség (db)	4	3	3	5	6	7

Megj: A ferdén kiemelt részek jelzik, hogy az adott tantárgy neve többször változott az évek során

Az 1995-ös NAT-ban az egészséges életmód, a testi-lelki egészség megjelenik a biológia és egészségtan, a társadalmi ismeretek, az idegen nyelv, a testnevelés és sport tantárgy keretein belül. A 2003-as NAT-ban az egészségfejlesztés, egészségre nevelés megjelenik a biológia és egészségtan, az életvitel és gyakorlat, és a testnevelés és sport tantárgyaknál. A NAT 2007-es változatában nincs változás a műveltségi területek vonatkozásában. A biológiai és egészségtani tartalmak sem mutatnak változást az előző évhez képest. Az életvitel és gyakorlati ismeretek tárgy körében újfent megjelenik az egészségkultúra és tartalma sem változik. A testnevelés és sport kapcsán sem látható változás. A 2012-es NAT több ponton is említi az egészség ismeretének közvetítését. Az egyik kulcskompetencia a családi életre nevelés, mely során az

oktatási-nevelési intézmény feladata a diákság felé mintaértékű családi példát mutatni, támogatni azt. Feladatuk továbbá a szexuális élettel és a párkapcsolatok alakulásával kapcsolatos felvilágosítás és konfliktuskezelés. A NAT másik kulcskompetenciája - a testi és lelki egészségre nevelés – kiemeli az egészséges életmódra nevelés fontosságát. Ennek kapcsán a diákok megismerik a helyes táplálkozás elemeit, a sport fontosságát és a stressz kezelésének lehetőségeit a higiénés és a közlekedési szabályok mellett. E téren fontos a pedagógusok és a szülők együttműködése. Mindemellett a káros szenvedélyekkel kapcsolatos ismereteket is kötelesek elsajátítani a tanulók. Ehhez képest a 2018-as NAT-tervezet (Eszterházy Károly Egyetem, 2018) mélyebben részletezi az egészségismeretek közvetítését. A testnevelés köré szervezi az egészségnevelést, hiszen azt vallja, hogy a testileg és lelkileg is egészséges egyén élhet boldog életet. Ezen tanulási terület lehetőséget teremt számos kompetencia fejlesztéséhez, főleg a szocio-emocionális jóllét, a szomatikus egészség, a biztonság és az emberi kapcsolatok kérdésköreivel összefüggő kompetenciák fejlesztéséhez. A testnevelés tantárgy tanítása számos formában kívánja segíteni az egészséggel kapcsolatos ismeretek, készségek, képességek kialakulását. Például célja megtanítani azt, hogy milyen formában tudjuk egészséges keretek között kikapcsolni magunkat, továbbá hozzájárulni a munkaerőkölsi tulajdonságok kialakításához is. Csapatfeladatok során kívánja segíteni a személyes és a társas kompetencia fejlesztését. Az 5. évfolyamtól jelenik meg a prevenció, életvitel és az egészséges testi fejlődés és egészségfejlesztés, mely során elvárják a higiénés szabályok betartását, a megfelelő táplálkozási szokások és rendszeresség megjelenését, a testmozgás rendszerességét, a környezetvédelmi ismeretek betartását, valamint a másokra való odafigyelés képességének meglétét. Ezen túlmenően szorgalmazzák az uszodai ismeretek és gyakorlatok meglétét is. A 9–12. évfolyamnak kiemelt szerepet szán, ugyanis a tervezet írói úgy vélik, hogy a gyermek jövőbeni személyiségét, szokásait, egészséges élethez való hozzáállását itt, ebben az életkorban lehet megalapozni. A főbb témakörök egyikének megmaradt a prevenció és az egészséges testi fejlődés és egészségfejlesztés kiegészítve azzal, hogy ekkorra már a gyermeknek el kell sajátítania a szárazföldi és uszodai korrigáló gyakorlatokat, naponta tudatosan kell végeznie ezeket. Ezen kívül elvárandó a környezettudatosság alkalmazása mellett az, hogy társait buzdítsa a környezet tisztántartására. A technológia és tervezés tárgy feladatainak egyike az alsó évfolyamokon a gyermekek életvitellel kapcsolatos információinak a bővítése úgy, mint például a lakóhely jellemzőinek a megismertetése, a balesetvédelem, az egyszerűbb ételek, italok készítése. Ezen ismeretek tudatos alkalmazását várja el a felsőbb évfolyamon tanuló diákoktól. A legújabb NAT-ra (2020) jellemző a komplex szemlélet, a tantárgyköziség. Megjelennek a modern oktatás elemei, például a kooperatív tanulás, differenciált oktatás és a digitális

eszközökkel való munka lehetősége. Másik fontos újítása, amit az előző NAT-ban (2012) csak említene, hogy az iskolák feladata biztosítani a gyógytestnevelést; mint tárgyat, ami nem összekeverendő a gyógytornával. Az új NAT az egészségfejlesztés témakörét a testneveléssel vegyíti, közös tanulási területként. Az egészség többdimenziós felfogása megjelenik az alapvető célok között, például a testi és lelki egészség, harmónia, önmagunk elfogadása, társas és érzelmi jóllét, személyes és szociális kompetencia fejlesztése. Átfogó célként megjelenik az egészséges táplálkozásról való tudás és a higiéné elsajátítása. Ám összességében az egészségfejlesztés csupán a testneveléshez hozzáillesztett elemként van jelen, nem derül ki az, hogy a mindennapos testnevelés mekkora hányada foglalkozik a tágabb értelemben vett holisztikus egészség dimenzióinak a testi egészségen kívüli tárgyalásával. Kiemelten fontos és elsődleges szempontnak kellene lennie annak, hogy az egyén képes legyen saját egészsége megőrzésére, fejlesztésére, az egészséges életmód gyakorlatának közvetítésére az egészség minden dimenziójára kiterjedően, melyre önmagában a testnevelő tanárok képzése nem készít fel. Ebből kifolyólag a pedagógusképzés tartalmának felülvizsgálata is indokolt lehet. Bár a hatályos Nemzeti Felsőoktatási Törvény (<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100204.tv>) kimondja, hogy a felsőoktatási intézményeknek biztosítaniuk kell az egészségfejlesztést – beleértve a rendszeres testmozgás és sporttevékenység megszervezését –, ez elsősorban a hallgatók számára nyújtott szolgáltatásokra vonatkozik, nem pedig a pedagógusképzés tartalmi elemeire. Ugyanakkor uniós támogatásból (TÁMOP-6.1.1-12/1-2013-0001) kidolgozták az Egészségfejlesztő Egyetem felsőoktatási projektet (Czippán et al., 2015), amelynek széles körű bevezetése a magyar felsőoktatásban még várat magára. A Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztés (Solymosy, 2016) elve megjelenik az óvodapedagógusok és a tanítók képzési és kimeneti követelményeiben, valamint egy-egy rövid tantárgy formájában. A közismereti tárgyak oktatására felkészítő osztatlan tanárképzésben azonban jelenleg nem szerepel kötelező elemként az egészségfejlesztésre vagy az egészségnevelésre való felkészítés, noha ennek beépítése indokolt lehetne.

A hatályos Köznevelési Törvény (<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv>) kimondja, hogy azon intézménynek, mely legalább négy évfolyammal működik, biztosítani kell sportköri foglalkozást az iskolában, melynek vezetője olyan szakember vagy a sport területén képesítéshez kötött tevékenységek gyakorlásához szükséges képesítéssel rendelkező szakember lehet, aki 120 órás pedagógiai továbbképzésen vett részt. A törvény 62. paragrafusának (1) g) pontja kimondja, hogy a pedagógus: „a gyermek testi-lelki egészségének fejlesztése és megóvása érdekében tegyen meg minden lehetséges erőfeszítést: felvilágosítással, a munka- és balesetvédelmi előírások betartásával és betartatásával, a

veszélyhelyzetek feltárásával és elhárításával, a szülő - és szükség esetén más szakemberek - bevonásával...” Azaz az egészségfejlesztés nem pusztán a testnevelő- és a technika- vagy a biológia tanár feladata, hanem minden egyes pedagógusé, melyre felkészítést nem kapnak a pedagógusképzésben.

Magyarországon 1882-ben vált kötelező tantárggyá az egészségnevelés, majd 1901-ben megszüntették oktatását. Az egészségtant a következő években hol oktatták, hol nem. Nem volt stabil helyzete az oktatás területén egészen 2000-ig, amikor a 28/2000 (IX. 21.) OM Rendelet a 2004-2005-ös tanévtől kezdve kötelezővé tette újra a közoktatási intézmények számára az egészségtan oktatását. Ezen rendelet kapcsán a 6. és 8. osztályos tanulók már megkapták azt a tudást, amelynek köszönhetően tisztában lehetnek azzal, melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják egészségüket (Éger, 2005). Ám a lelki tényezők figyelmen kívül hagyása a 20. századi egészségnevelésre is jellemző maradt (Meleg, 1991). A 2012-es NAT újból mellőzte az egészségtan tantárgyasítását, a testi és lelki egészségre nevelés, mint nevelési cél elérését a teljes oktatási és nevelési folyamat egészére testálta. A 7. táblázat alapján 1995-től 2012-ig az egészségfejlesztés a Biológia és egészségfejlesztés tantárgy keretében jelent meg önálló óraszámmal, képzett egészségtantanárok, majd egészségfejlesztés tanárok közvetítésével. Az osztatlan tanárképzés 2013-tól már biológia és egészségtan szakos tanárokat, valamint testnevelő tanár – gyógytestnevelő és egészségfejlesztő tanár szakpáron tanulókat képez, és az egészségtannak nincs önálló tantárgyi kerete (Tarkó & Lippai, 2023). 2020-ban az egészséggel kapcsolatos ismeretek átadására a biológia, testnevelés és egészségfejlesztés, technika és életvitel, fizika, kémia, állampolgári ismeretek, etika/hit és erkölcstan tantárgyak keretében kerül sor. Az, hogy milyen mértékben foglalkoznak az előbb felsorolt tárgyak az egészséggel kapcsolatos ismeretek, tudás közvetítésével, eltérő. Főleg a biológia tantárgy ad lehetőséget arra, hogy széles körben ismertesse az egészség fontosságát.

A nemzeti alaptantervek időbeni tartalmi változásának elemzése alapján összefoglalóan elmondhatjuk, hogy az egészség kérdésköre egyre jobban áthatja a magyar közoktatás egészét, így a H1.1. hipotézis igazoltnak tekinthető, azonban megjegyezzük, hogy jelenleg nem látjuk az egészségfejlesztéssel, egészségneveléssel kapcsolatos irányelvek megvalósulását biztosító társadalmi, gazdasági és oktatáspolitikai környezet, valamint emberi erőforrás meglétét, így a törekvések gyakorlati megvalósulása még várat magára.

Dokumentumelemzésünk második részében adataink kvantifikálására törekedtünk. Kiindulópontunk az egészség szó megjelenése és a megjelenés szöveggörnyezetének vizsgálata volt. Mindegyik dokumentum esetében beírtuk az egészség keresőkifejezést, a találatokat önálló megjelenés és szóösszetételben történő megjelenés esetén is figyelembe vettük, majd a

találatokat összeszámolva és az egyes dokumentumok teljes szó számához viszonyítva adtuk meg az egészség szó előfordulási gyakoriságait (8. táblázat).

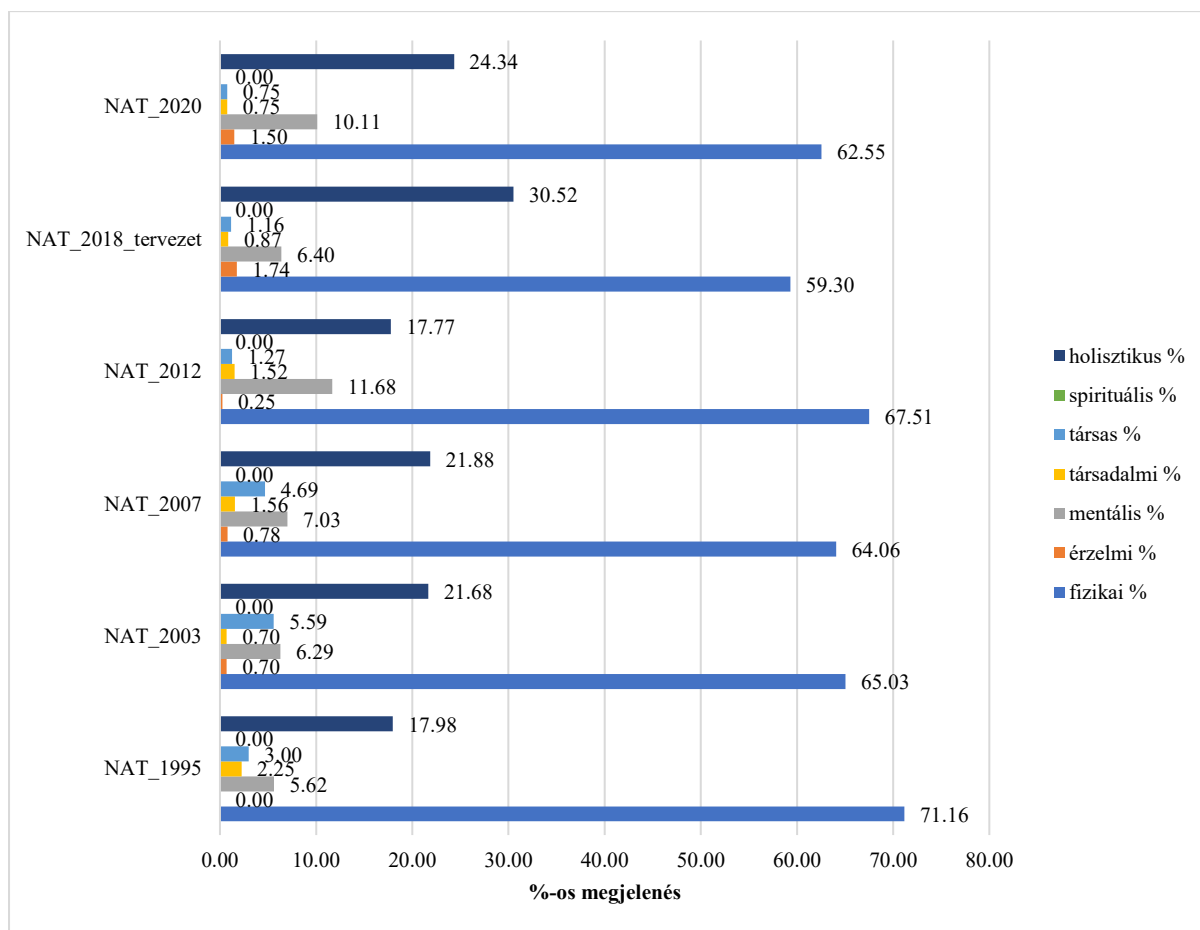
8. táblázat. Az 'egészség' szó előfordulási gyakorisága a magyar Nemzeti Alaptantervekben

	NAT1995	NAT2003	NAT2007	NAT2012	NAT2018 tervezet	NAT2020
Egészség	101	45	43	152	143	106
teljes szó szám	57608	53404	50122	90605	112375	86293
egészség szó %-os megjelenése	0,18	0,08	0,09	0,17	0,13	0,12

Következő lépésben megvizsgáltuk az egészség szó(összetétel) megjelenési helye bekezdésében olvasható információkat és tartalomelemzés segítségével azonosítottuk az egészség vonatkozásában közölt információkat és két értékelő sorolta be azokat egymástól függetlenül aszerint, hogy a holisztikus egészségfogalom hat dimenziójából melyiknek feleltethetők meg. Konkrét megnevezéseik mellett a fizikai egészségdimenzió alá soroltuk például a mozgást, a sportot, a táplálkozást vagy a higiénét, az érzelmi egészségdimenzió alá soroltuk például az egészséges versenyszellemet vagy az egészséges hangsúlyt, a mentális egészségdimenzió alá soroltuk például az egészségműveltséget vagy az egészségtudatosságot, a társas egészségdimenzió alá soroltuk például a család egészségét vagy a társas kapcsolatokat, a társadalmi egészségdimenzió alá soroltuk például a családtervezést vagy az egészségbiztosítást, végezetül holisztikus jelzővel illettük azokat a fogalmakat, amelyek egyszerre több dimenzióba is besorolhatók (pl. egészségtan, egészségfejlesztés, életmód stb.). A spirituális egészségdimenzió vonatkozásában nem találtunk kifejezést. A kódolást és az elemzést a QDA Miner 6.0.13. program segítségével végeztük el. A QDA Miner egy kvalitatív adatelemző szoftvercsomag szöveges és grafikus adatok kódolására. Eredményeinket az összes egészségreleváns szó és kifejezés viszonylatában a 9. táblázat és a 7. ábra mutatja be.

9. táblázat. Az egészség dimenzióinak %-os megjelenési aránya az egészséggel kapcsolatos összes megjelenésen belül

	NAT1995 (%)	NAT2003 (%)	NAT2007 (%)	NAT2012 (%)	NAT_2018 tervezet (%)	NAT2020 (%)
fizikai	71,16	65,03	64,06	67,51	59,30	62,55
érzelmi	0,00	0,70	0,78	0,25	1,74	1,50
mentális	5,62	6,29	7,03	11,68	6,40	10,11
társadalmi	2,25	0,70	1,56	1,52	0,87	0,75
társas	3,00	5,59	4,69	1,27	1,16	0,75
spirituális	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
holisztikus	17,98	21,68	21,88	17,77	30,52	24,34



7. ábra. Az egészség dimenzióinak %-os megjelenési aránya az egészséggel kapcsolatos összes megjelenésen belül

A 9. táblázatból és a 7. ábrából jól látszik minden NAT vonatkozásában a fizikai egészségdimenzió túlsúlya, ezért a H1.2. hipotézisünket igazoltnak tekinthetjük.

4.1.2.2. NAT2020 kibővített dokumentumelemzése

A 2020-as NAT esetében egy nemzetközi összehasonlító vizsgálatra történő előkészítés keretében elvégeztünk egy kiterjesztett vizsgálatot is, amely már nem csak az egészség szó vagy szóösszetétel környezetében található információkra alapozott, hanem a NAT 2020 teljes szövegének áttanulmányozására, melynek során minden olyan szót és kifejezést jelöltünk, amely a holisztikus értelemben vett egészség valamely aspektusának fejlesztésére utal, még akkor is, ha nem az egészségfejlesztés jelent meg deklarált célként. Az egyes kategóriák (holisztikus egészségdimenziók) alá tartozó szavak és kifejezések listáját a 3. sz. mellékletben mutatjuk be.

A 10. táblázat foglalja össze az egyes egészségdimenziók vonatkozásában az azonosított szavak és kifejezések előfordulási gyakoriságát darabszámban kifejezve, az összes egészségreleváns előfordulás %-ában és a NAT2020 teljes szószáma (86 293 db) %-ában

kifejezve. Az egészségfogalom összefoglaló elnevezés alá soroltuk mindazokat az előfordulásokat, amelyek az egészség komplex fogalmát fedik le önmagukban.

10. táblázat. Az egészség dimenzióinak %-os megjelenési arányai a NAT2020-ban

<i>kategória</i>	<i>előfordulási gyakoriság (db)</i>	<i>összes előfordulás %-a</i>	<i>NAT2020 összes szava %-a</i>
egészségfogalom összesen	273	10,55	0,32
érzelmi egészség összesen	127	4,91	0,15
fizikai egészség összesen	525	20,29	0,61
mentális egészség összesen	78	3,02	0,09
spirituális egészség összesen	179	6,92	0,21
társadalmi egészség összesen	962	37,19	1,11
társas egészség összesen	443	17,12	0,51
összes előfordulás	2587	100,00	3,00

Mivel a társadalmi kérdések minden műveltségterületet áthatnak, jelen vizsgálatban pedig az egészségre ható tényezőket jelző szavakat és kifejezéseket a legszélesebb értelemben soroltuk be, a társadalmi egészségdimenzió súlya az összes előforduláson belül megnőtt (37,19%). A második legmagasabb súllyal azonban továbbra is a fizikai egészség dimenzió (20,29%) van jelen.

4.1.2.3. A NAT2020-hoz illeszkedő testnevelés kerettanterv

A testnevelés és egészségfejlesztés tanulási terület egyik legfontosabb deklarált célja a tanulók testi, lelki, értelmi, érzelmi és szociális fejlődésének biztosítása, mely célkitűzés megfelel a holisztikus egészségfogalomnak. Megvizsgáltuk az Oktatási Hivatal honlapján (https://www.oktatas.hu/kozneveles/kerettantervek/2020_nat) feltüntetett, a 2020-as NAT-hoz illeszkedő tartalmi szabályozók közül a testnevelés kerettanterveket annak kiderítése érdekében, hogy a deklarált komplex egészségfejlesztési cél megvalósulása miként érhető tetten.

Megállapítható, hogy az általános iskolában a testnevelés keretén belül az egészségfejlesztésnek csekély szerep jutott. Az alábbi pontok azt mutatják, hogy a testnevelés és a mozgás fontos eszköz ugyan a tanulók egészségének megőrzésében és fejlesztésében, de nem kellően elégséges.

Testi-lelki egészség megőrzése: A testnevelés tantárgy célja a tanulók testi, lelki, értelmi, érzelmi és szociális fejlődésének biztosítása. Ezáltal kiemelten szolgálja a Nemzeti Alaptanterv testi-lelki egészségre nevelés célját.

Életmódbeli szokások kialakítása: A testnevelés során alapvetően fontosnak tartják az egészséges és harmonikus életvitelt megalapozó ismeretek átadását és a szokások kialakítását az alsó tagozatban, ami hozzájárul az élethosszig tartó, egészségtudatos, tevékeny, harmonikus életvitel megvalósításához.

Prevenció és tudatosság: Az egészségfejlesztés területén a rendszeres higiéniai alapok megismerése és elsajátításának igénye az egész nevelési-oktatási szakaszt végig kíséri. Emellett a rendszeres testmozgás és a környezet megismerése segít a fenntartható jelen és jövő iránti elkötelezettség kialakításában.

Személyiségfejlődés: A testnevelés és a sportágak gyakorlása során kiemelt szerepet kapnak olyan értékek és képességek fejlesztése, mint a lelkierő, a kitartás, a bátorság, a fair play, az önuralom, a tisztelet, a tolerancia és a társak iránti empátia.

Első két évfolyamon a gyermekek mozgáshoz való hozzászoktatása a fontos. Itt még nem igazán jelenik meg az egészségfejlesztés elemeinek az integrálása a tanórába. A harmadik és negyedik évfolyamon már a mozgásműveltség és a sportágak elsajátítása és a kooperativitás játékos formában való megjelenése hozzásegíti a gyermekeket az egészséges életmód és az egészséges kapcsolatok kialakításához. Ötödiktől nyolcadikig az egészséges életmódra nevelés, a stresszkezelés stratégiájának kialakítása és a természetben való mozgás egészséges életvitelre való nevelése megjelenik ugyan az alapfokú nevelés-oktatás második szakaszában, de az óratervben való megjelenésük kérdéses.

Az egészségfejlesztés az 5. évfolyamba lépő diákok testi fejlődésének csekély területén jelenik meg, figyelembe véve a fiúk és a lányok közötti különbségeket és az egyéni sajátosságokat. Az egészséges életmód és prevenció tárgykör során a tanulók megtanulják az egészséges életmód alapjait, beleértve a balesetmegelőzést, a helyes táplálkozást és a testmozgást. Emellett az önkéntes segítségnyújtás és az egészségmegőrzés terén is felelősségteljes viselkedés kialakítása is megjelenik elérendő célként. Ez hozzájárul ahhoz, hogy a tanulók egészséges életmódot alakítsanak ki, és fejlesszék testi és pszichés állapotukat az iskolai testnevelés és egészségfejlesztés keretein belül.

Az egészségfejlesztésnek a pubertáskorba lépő tanulók – hetedik és nyolcadik évfolyamon - esetében is fontos szerepet kellene játszaniuk, figyelembe véve a testi, pszichomotoros és lelki változásokat.

A középiskolai kerettantervben több ponton jelenik meg az egészségfejlesztés fontossága.

Egészségtudatos magatartás kialakítása: A testnevelés keretei között hangsúlyozzák az egészségtudatos magatartás igényét és a mindennapi életritmusba ágyazott struktúrájának kiépítését.

Primer prevenció jelentőségének hangsúlyozása: A tanulók tanulják meg a mindennapi stresszel történő megküzdés pozitív stratégiáit, valamint az egészségtudatos magatartás kialakításának módszereit, melyek részei a primer prevenciónak.

Egészséges életmódra nevelés: fontos, hogy a tanulók tudatosítsák a mozgásszegény életmód rizikóit, és kialakítsanak egy egészséges félelmet azokkal szemben.

Egészségorientált képességfejlesztés: az egészségorientált képesség-összetevők megismerése és jelentőségük hangsúlyozása az egészségmegőrzésben.

Sport és egészség kapcsolatának erősítése: A tanulók megismernek olyan mozgásformákat, amelyek pozitív hatással vannak az egészségre, ezáltal erősítve az egészségmegőrzés iránti elkötelezettségüket.

Kondicionális képességek fejlesztése: kiemelt hangsúlyt kap a teljes nevelési szakaszon átívelő aerob állóképesség-fejlesztés és a kondicionális képességek tudatos fejlesztése.

Koordinációs képességek fejlesztése: az életkori sajátosságoknak megfelelően hangsúlyozzák a differenciáló-irányító képesség fejlesztését, különös tekintettel a koordinációs képességekre.

Digitális technológia szerepe: segítségükkel erősíthető a tanulói motiváció és igény az egészségorientált fittségösszetevők fejlesztésére, további lehetőség van az elméleti ismeretek mélyítésére.

A harmadik nevelési-oktatási szakaszban az alábbi módon integrálják a tanulók tanulási és fejlődési folyamataiba az egészségfejlesztést:

Motoros tanulás és fejlődés: A testnevelés tantárgy ösztönzi a tanulókat a mély és értő tanulásra, mely a motoros készségek és képességek fejlesztésére összpontosít. Az egészségfejlesztés egyik aspektusa a testi képességek és készségek kialakítása, melynek során figyelembe veszik az egyéni sajátosságokat és az életkori tényezőket.

Kommunikációs kompetenciák: A testnevelés során fejlődik a nyelvi kommunikáció minősége, de nemcsak a verbális kommunikációra helyeznek hangsúlyt, hanem a testbeszéd, gesztusok, és más nonverbális jelek megértésére is. Ez hozzájárul az egészséges kommunikációs készségek fejlődéséhez.

Digitális kompetenciák: A digitális eszközök integrálása a testnevelés és egészségfejlesztés területére lehetővé teszi az információk gyors és hatékony feldolgozását,

valamint a teljesítmények monitorozását, ami segíti a tanulók egészségének és fittségének fejlődését.

Matematikai, gondolkodási kompetenciák: A motoros tevékenységek során a tanulók nemcsak fizikailag, hanem kognitív szempontból is fejlődnek. A gondolkodási kompetenciákra is hangsúlyt fektetnek, például a problémamegoldó gondolkodás és a tervezés terén.

Személyes és társas kapcsolati kompetenciák: A testnevelés tanítása és tanulása során a tanulók egyéni és társas kompetenciáikat is fejlesztik. Kiemelt figyelmet fordítanak a társas-érzelmi jóllétre, a közösségépítésre és az együttműködésre.

Kreativitás és kulturális tudatosság: Az egészségfejlesztés és testnevelés lehetőséget ad a kreativitás kibontakoztatására, valamint a kulturális örökség megismerésére és értékelésére.

Munkavállalói, innovációs és vállalkozói kompetenciák: A testnevelés és sport segíti a tanulókat abban, hogy kialakítsák a munkavégzéshez szükséges tulajdonságokat és kompetenciákat, például a fegyelmezettséget, a kezdeményezőkészséget és a határozottságot.

Az egészségfejlesztés és testnevelés különösen fontos az idősebb korosztály számára is, akiknek lehetőséget kell biztosítani a testi képességek és készségek fejlesztésére, valamint az egészségük megőrzésére és helyreállítására. Ennek érdekében differenciált és adaptív gyakorlatokat alkalmaznak, figyelembe véve az egyéni igényeket és korlátokat. Az értékelés során a tanulók saját fejlődésüket figyelik és értékelik, miközben fontos szerepet játszanak az érzelmi és társas tényezők is.

Gimnasztika és rendgyakorlatok - prevenció, relaxáció témakör kapcsán megjelenik az egészségfejlesztés az alábbi módon:

A tanulók megismerik és alkalmazzák az alapvető relaxációs technikákat, ami hozzájárul a stressz csökkentéséhez és az általános jólléthez. A tanulók tanulják és gyakorolják a biomechanikailag helyes testtartás kialakítását elősegítő gyakorlatokat, ami segít megelőzni a testtartási rendellenességeket és más egészségügyi problémákat. A gimnasztikai gyakorlatok során a tanulók olyan gyakorlatokat tanulnak és végeznek, amelyek erősítik és nyújtják az izmokat, elősegítve ezzel a biológiai helyes testtartást és az egészséges testmozgást. A tanulók elsajátítják a pozitív megküzdési stratégiákat, ami segíti őket abban, hogy hatékonyan kezeljék az esetleges fizikai és mentális kihívásokat. Ezenkívül a tanulási eredmények és a fejlesztési feladatok között is megjelennek olyan fogalmak és gyakorlatok, amelyek célja az egészségfejlesztés és a prevenció, például légzőgyakorlatok, relaxációs technikák, biomechanikailag helyes testtartás, stresszkezelés stb. Ezért a Gimnasztika és rendgyakorlatok - prevenció, relaxáció témakör egyértelműen hozzájárul az egészségfejlesztéshez és a tanulók általános jóllétéhez.

Az egészségfejlesztés azonban nem szerepel közvetlenül a kerettantervben, viszont a gyógytestnevelés-órák keretében említésre kerül a testmozgás pozitív hatása az egészségre. A testnevelési és népi játékok megfelelő alkalmazása elősegíti a rendszeres testedzés beépítését a mindennapi életbe, ami pozitívan befolyásolja az egészségi állapotot és a teljesítőképességet. Ez a megfogalmazás az egészségfejlesztés fontosságára utal, bár közvetve és implicit módon.

Az 'Alternatív környezetben űzhető mozgásformák' témakörben viszont megjelenik az egészségfejlesztés. A tanulási eredmények között szerepel, hogy a tanulók rendszeresen mozognak, edzenek, sportolnak a szabad levegőn, és társaikat is motiválják erre. Emellett hangsúlyozzák a környezet tisztaságára és rendjére való ügyelést is, és arra ösztönzik a tanulókat, hogy figyeljenek egymásra ebben a tekintetben. Ezért a kerettanterv kiemeli az egészségmegőrzés fontosságát, és a szabadban végzett mozgás pozitív hatásait az egészségre.

A kompetenciák és a tanulási eredmények terén a fentiekben ismertetett tényezők, megvalósulásuk esetén kívánatos scénáriót jelentenének. Azonban amikor a kerettantervekben eljutunk a témakörök szerinti lebontásra, a felsoroltak elvesznek. 1-4. évfolyamig a témakörök leírásában a mozgással kapcsolatos feladatok és ismeretek szerepelnek. Az életkornak megfelelő sporttáplálkozási alapelvekre, egészséges és egészségtelen tápanyagforrások ismeretére nem tér ki a leírás. A kerettantervben hangsúlyosak a helyzetváltoztató mozgások (például szökdelések, ugrások, kúszások) és a manipulatív tevékenységformák (például ütések, dobások, labdás gyakorlatok), a küzdősportok és az úszás. Az öltözködés és higiéniai szokások terén az úszás és a szabadtéri foglalkozások adnak teret a fejlődésre. 5-6. évfolyamon témaköri változatosság alig mutatkozik. Megmaradt a gimnasztika, atlétika, torna jellegű gyakorlatok, sportjátékok, testnevelési és népi játékok, önvédelmi és küzdősportok, alternatív környezetben űzhető mozgásformák és az úszás. Tovább folytatódik a koordinációs képesség-fejlesztés és a kondicionális képességek fejlesztése. 5-6. évfolyamon megismerik a diákok a stressz fogalmát, fajtáit és a pozitív megküzdési technikákat. Elsajátítják az egyszerűbb relaxációs technikákat a gimnasztika témakörén belül. 7-8. évfolyamon már az alternatív környezetben űzhető mozgásformák keretein belül tudatosítják a szabadban végzett mozgásformák egészségfejlesztő hatásait és szerepét, az egészségmegőrző mozgásformák kategóriáinak az intenzitását. Bár a fejlesztési feladatok és ismeretek között szerepel a sporttáplálkozás és sporttevékenység összefüggéseinek a megértése, az nem egészen érthető, hogy hova és hogyan van beépítve az óratervbe. Középiskola 9-12. évfolyamán a testnevelés tanulása során elméletileg kiemelt szerepet kellene kapjon a testi-lelki egészségre nevelés. Azonban a kerettanterv nem tartalmaz lelki egészséget hangsúlyozó témakört és fejlesztési feladatként is csak részben jelenik meg. A gimnasztika témakörén belül megmaradt a stresszfogalom, megküzdési stratégiák és a

relaxációs technikák alkalmazása, az alternatív környezetben üzhető mozgásformák témakörénél az eddig megismert mozgásformák egészségfejlesztő hatásának és szerepének a tudatosítása.

Összességében elmondható, hogy testnevelés órán a hangsúly az alapozó és sportági jellegű pszichomotoros, kognitív, affektív-emocionális irányú mozgásformák kialakításán, fejlesztésén van. Az egészségfejlesztés általában a sporttal összefüggésben jelenik meg igen csekély mértékben.

4.1.2.4. Kiemelt pedagógusképzési szakok képzési és kimeneti követelményeinek elemzése

A pedagógusképzés képzési terület alá tartozó alap- és mesterképzési szakok közül azoknak a szakoknak a képzési és kimeneti követelményeit vizsgáltuk meg részletesen, amelyek a NAT2020 értelmében egészséggel kapcsolatos témákat tárgyaló tantárgyak oktatására készítene fel. Ezek a következők: tanító alapképzési szak (63/2021. (XII. 29.) ITM rendelet a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiről), közismereti tanárszakok közül a biológiatanár, testnevelő tanár, gyógytestnevelő tanár, technika- és tervezés-tanár, fizikatanár, kémiantanár, történelemtanár, etikatanár, és a természettudomány-környezettan szakos tanár (8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről).

A történelem tanár és állampolgári ismeretek tanára, fizika-, kémia-, etika- és földrajz tanár képzési céljai és törzsanyaguk nem tartalmaz egészséggel kapcsolatos közvetlen tartalmat. A *természetismeret és környezettan tanár* (természettudomány környezettan szakos tanár) törzsanyagában megjelenik a kvalitatív modern biológia és orvostudomány: az ember szervezete és egészsége; a biotechnológiai termékek ismerete és alkalmazása, egészséges életvitel; modern hétköznapi anyagaink bio- és környezetkémiaja, egészségi hatásai; közegészségügy.

A biológiatanár képzés során a törzsanyag részét képezi az emberi szervezet felépítése, működése, szabályozása és egészségtana. A biológia tantárgy speciális tartalmainak szerepe a tanulók környezet- és egészségtudatos magatartásának kialakításában. Környezeti és egészségnevelés a biológiaórákon kívül.

A testnevelő tanár képzésnél a képzési célok között markánsan megjelenik az egészség fontossága, úgy, mint „A pedagógiai kutatási, tervezési és fejlesztési feladatok végzésére képes tanárok képzése, akik képesek a tanulók testnevelés és sport műveltségének, az egészséggel az életmóddal, a testkultúrával kapcsolatos készségek, valamint képességek kialakítására

fejlesztésére továbbá, felkészültek tanulmányaik doktori képzésben való folytatására...” Törzsanyaguk tartalmazza a medicinális-, egészségtudományi,- sporttudományi- és sportelméleti ismereteket; a sporttudomány, a nevelés- és egészségtudomány fogalmi és interdiszciplináris rendszerét, kapcsolódási pontjait, folyamatait és hatásrendszerét. A testnevelés és a sport oktatási, nevelési és egészségfejlesztési területei között megjelenik a preventív és egészséges életmód szokásrendszerének megalapozására irányuló egyéni és közösségi nevelés, egészségtudatos és fizikailag aktív életvitelhez szükséges erkölcsi és akarat tényezők megerősítése, a sport oktatási, nevelési és egészségfejlesztési feladataiban. Az iskolai, az iskolán kívüli, illetve a korosztály képességének és érdeklődésének megfelelő célirányos tervező, szervező, vezető és elemző tevékenységhez szükséges ismeretek, képességek az alábbi tevékenységekben: preventív mozgásprogramokon, melyben kiemelt szerepet kap az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés, illetve a biomechanikailag helyes testtartás kialakítása. Az egészségtudatos aktív szokásrendszer, életmód és életforma kialakítását, fejlesztését és élethosszig tartó fenntarthatóságát biztosító pozitív szemléletmód és tudás kialakításának ismeretei és azok átadása, közvetítése. A szabadidő egészségfejlesztő hatású eltöltésével, életmód-tanácsadással kapcsolatos alapismeretek megszerzése.

A *technika- és tervezés-tanár* képzés során a képzési célok között nem, de a törzsanyagban már megjelennek az egészséges táplálkozás elveinek és a diétának a témakörei. „Egészségtan, egészségvédelem: az egészség korszerű megközelítése. Az egészséget meghatározó egyéni és társadalmi tényezők. Az egészségfejlesztés lehetséges szinterei: munkahely, iskola, település. Az egészségfejlesztés tevékenységi körei, módszerei. Az egészségfejlesztés szerepe az életmódban. Az egészségpszichológia meghatározása, kialakulását segítő és akadályozó tényezők. Az egészség percepciója a mindennapi életben. Az egészség és a személyiség kapcsolata. A stressz inger-, válasz- és tranzakcionista típusú megközelítése. A stresszel való megküzdés (coping). Az evészavarok és az addiktív fogyasztás - különösen a dohányzás – megelőzésének egészségpszichológiai vonatkozásai.”

A *gyógytestnevelő tanár* képzési céljai és törzsanyaga nem tartalmaz egészségre utaló ismeretekre összpontosító anyagot. A szak módszertani és a szaktárgyi tudás területén attitűd és tudás tekintetében jelenik meg az egészség, az egészséges életmód, egészségmagatartás, egészségügyi ismeretek, egészségtudományi ismeretek, egészségfejlesztés, egészségmegőrzés, egészségtáborok.

A tanári felkészítés közös követelményei között szerepel a tudás, mely során elvárt, hogy a leendő tanár ismerje a mentális és fizikai egészséget veszélyeztető online kockázati tényezőket. Továbbá ismeretekkel kell rendelkeznie a lelki egészség megőrzésének elméleti és

gyakorlati módszereiről. Képesnek kell lennie az egészséges életvitel kialakítására. Képes a csoportok, közösségek számára olyan pedagógiai helyzetek teremtésére, mely során biztosítani tudják azok közösséggé fejlődését és egészséges működését. Törekednie kell az egészséges személyiségfejlődésre és annak feltételeinek a biztosítására. Továbbá törekedni kell saját testi-lelki egészségének megőrzésére.

A *tanító* alapképzés követelményeiben az egyes kompetenciaterületeken megjelennek egészséggel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos tartalmak, amelyek kiemelik a tanítók egészségnevelési és prevenció feladatait és a gyermekek testi-lelki egészségének a támogatását.

A tanító képzés célja a diákok testi-lelki fejlődésüket támogató ismeretek szerzésének elősegítése és az egészségtudatos magatartás kialakításának és fenntartásának a képessége. Az előbbi cél kisebb mértékben ugyan, de megjelenik a követelményekben is, úgy, mint: „...értik a 6-12 éves gyermekek általános egészséges fejlődését elősegítő iskolai tevékenységek és tanítási eljárások elméleti háttérét és gyakorlati alkalmazását”. Ezen túlmenően „megérti a biomechanikailag helyes testtartást létrehozó és fenntartó specifikus testtartási korrekciók elméleti háttérét és gyakorlati alkalmazását”. „Az iskolai oktatás szemléletét és napirendjét alakítja a 6-12 éves gyermekek általános egészséges fejlődésének elérése érdekében.”

Attitűdök tekintetében is megjelenik az egészségtudatosság, úgy, mint: „Elkötelezett a 6-12 éves gyermekek általános egészséges fejlődése mellett.” „Feladatkörében a 6-12 éves gyermekek általános egészséges fejlődéséért felelős.” Ez azt jelenti, hogy a tanítóknak felelősséget is kell vállalniuk a diákok testi-lelki egészségéért.

Összességében elmondható, hogy az egészségnevelés, egészségfejlesztés fontossága kis mértékben ugyan, de megjelenik ismeretek, készségek és attitűd szintjén a tanító alapképzési program követelményrendszerében.

A 11. táblázat szemlélteti az egyes vizsgált pedagógusképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiben megjelenő egészséggel kapcsolatos tartalmak összefoglalását.

11. táblázat. A vizsgált pedagógusképzési szakok egészséggel kapcsolatos tartalmainak összefoglaló táblázata (saját szerkesztés)

<i>Kiemelt pedagógusképzési szakok</i>	<i>Egészségre utaló tartalmak</i>
Tanító	Egyes kompetenciaterületeken jelenik meg egészséggel kapcsolatos tartalom, mely kiemeli a tanítók egészségnevelési és prevenciós feladatait, a gyermekek testi-lelki egészségének a támogatását.
Biológiatanár	<i>Törzsanyag:</i> emberi szervezet felépítése, működése, szabályozása, egészségtana; biológia tantárgy tartalma: környezet és egészségtudatos magatartás; környezeti és egészségnevelés biológiaórákon.
Testnevelő tanár	<i>Képzési célok:</i> markánsan megjelenik az egészség fontossága; <i>törzsanyag:</i> medicinális-, egészségtudományi-, sporttudomány-, sportelméleti ismeretek; sporttudomány, nevelés- és egészségtudományi fogalmi és interdiszciplináris rendszere; preventív és egészséges életmód; életmód-tanácsadással kapcsolatos alapismeretek.
Gyógytestnevelő tanár	<i>Képzési célok és törzsanyag</i> nem tartalmaz egészségre utaló tartalmat.
Technika- és tervezés-tanár	<i>Törzsanyag:</i> egészségtan, egészségvédelem.
Fizikatanár	<i>Képzési célok és törzsanyag</i> nem tartalmaz egészségre utaló tartalmat.
Kémia tanár	<i>Képzési célok és törzsanyag</i> nem tartalmaz egészségre utaló tartalmat.
Történelemtanár	<i>Képzési célok és törzsanyag</i> nem tartalmaz egészségre utaló tartalmat.
Etikatanár	<i>Képzési célok és törzsanyag</i> nem tartalmaz egészségre utaló tartalmat.
Természettudomány- környezettan szakos tanár	<i>Törzsanyagban:</i> kvalitatív modern biológia és orvostudomány.

Mindezek alapján a vonatkozó hipotézisünk – H1.3. A vizsgált leendő pedagógusok NAT2020 által előírt egészségnevelési, egészségfejlesztési feladataira való felkészítés a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiben csak részelemeiben jelenik meg. - részben igazoltnak tekintjük. Azért használjuk a részben megjelölést, mivel 5 szak esetében egyáltalán nem találtunk a képzési célok és a törzsanyag keretében megjelölt egészségre utaló tartalmakat. A Képzési és Kimeneti Követelmények vizsgálata önmagában nem elegendő a pedagógusképzés NAT2020 egészségreleváns elemeinek közvetítésére történő felkészítés vizsgálatára a képzési tervekben való szervesülés vizsgálata nélkül, mely a vizsgálatunk szempontjából egy fontos továbblépést jelenthet.

5. KVANTITATÍV KUTATÁSOK BEMUTATÁSA

A kérdőíves vizsgálat során az alábbi kutatási kérdéseket és hipotéziseket vizsgáltuk:

K2. Leendő pedagógusok körében milyen, az egészséggel kapcsolatos laikus elképzelések és tévképzetek azonosíthatók, és ezek hogyan változnak az életkor, valamint a vizsgálati személyek szocio-demográfiai státusza, pedagógusképzési területe és a képzés munkarendje függvényében?

K3. A leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzetei milyen forrásból táplálkoznak?

K4. A leendő pedagógusok milyen mértékben rendelkeznek az iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok ellátásához szükséges ismeretekkel, kiemelten az egészségfogalom és annak holisztikus összetevői tekintetében?

Igazolandó hipotézisek:

H2. A vizsgált leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzetek különbséget mutatnak az életkor, a nem, a családi háttér és a pedagógusképzés területe függvényében. A különbség a tévképzetek komplexitásában és irányultságában ragadható meg, melyek szerint a tévképzetek kategóriákba rendezhetők.

H3. A vizsgált leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek elsődleges forrása az elektronikus média és az otthonról hozott normák.

H4. A vizsgált pedagógus hallgatók nem rendelkeznek a korszerű egészségértelmezésre alapozó és gyakorlatorientált egészségnevelés alapjaival, így még nem felkészültek azok megfelelő közvetítésére, a gyerekek és fiatalok egészségmagatartása és egészségi állapota kedvező irányba történő megváltoztatására.

5.1. Pilot kutatás

A téma újszerűségének okán a nagymintás kutatásunk elvégzését megelőzően a felderítő szakaszban először pilot kutatást végeztünk a mérőeszköz megbízhatóságának vizsgálata végett. A pilot kutatásban használt mérőeszközünk kérdéseit a jelen disszertáció 3.3.1. fejezetében foglaltuk össze, a pilot kérdőív maga pedig az 1. sz. mellékletben található.

5.1.1. Pilot minta jellemzése

A pilot kutatásban felvett minta szocio-demográfiai jellemzőit a 12. táblázat mutatja be.

12. táblázat. A Pilot minta szocio-demográfiai jellemzői

	átlag (SD)	n (%)
--	------------	-------

Életkor	27,19 (7,9)
Nem (N=68 fő)	
férfi	5 (7,4)
nő	63 (92,6)
Település (N=67 fő)	
főváros	12 (17,9)
megyeszékhely	24 (35,8)
város	28 (41,8)
község	3 (4,5)
Évfolyam (N=65 fő)	
1. évfolyam	14 (21,5)
2. évfolyam	21 (32,3)
3. évfolyam	9 (13,8)
4. évfolyam	12 (18,5)
5. évfolyam	9 (13,8)
Szak (N=63 fő)	
óvodapedagógus	6 (8,8)
tanító	12 (17,6)
tanár	2 (2,9)
szociálpedagógus	1 (1,5)
gyógyypedagógus	17 (25,0)
szociológia, szociálpolitika	10 (14,7)
egészségügyi szak	12 (17,6)
marketing	2 (2,9)
gépészmérnök	1 (1,5)
Édesanya iskolai végzettsége (N=66 fő)	
általános iskola	3 (4,5)
szakiskola	9 (13,6)
szakközépiskola	7 (10,6)
gimnázium	11 (16,7)
felsőfokú szakképesítés	10 (15,2)
főiskola	17 (25,8)
egyetem	9 (13,6)
Édesapa iskolai végzettsége (N=66 fő)	
általános iskola	1 (1,5)
szakiskola	10 (15,2)
szakközépiskola	17 (25,8)
gimnázium	11 (16,7)
felsőfokú szakképesítés	9 (13,6)
főiskola	9 (13,6)
egyetem	9 (13,6)

A kutatáshoz felvett minta teljes elemszáma 68 fő volt, a legfiatalabb válaszadó 18 éves, a legidősebb 51 éves, az átlagos életkor 27,19 év, a szórás 7,9 év. A kitöltők 93%-a nő, 7%-a férfi.

Településtípus szerint a fővárosiak az országos arányhoz közeli arányban képviseltették magukat a mintában (18%), a községben, illetve falvakban (4%) élők viszont alulreprezentáltak voltak. A megyeszékhelyen élők aránya 36%, a városokban élők aránya 42% volt.

Az évfolyamok szerinti megoszlás aránylag egyenletes, egyedül a második évfolyam az, akik 32%-os aránya a többiek felett van.

A szakok szerinti megoszlás igen vegyes képet mutat, a legtöbben gyógypedagógusok, második helyen holtversenyben a tanárok, a tanítók és az egészségügyi szakos hallgatók vannak harmadik helyen pedig a szociológusok, szociálpolitikusok. Mint látható, nem csak a pedagógusképzés képzési területéhez tartozó szakokon tanuló hallgatók töltötték ki a kérdőívet, azonban kutatásunk ezen pilot fázisában az a döntés született, hogy az ő válaszaikat is figyelembe vesszük.

A szülők végzettsége szerinti megoszlás hasonló képet mutat az anya és az apa esetében, tükrözve az országos tendenciákat, mely szerint a szakközépiskola inkább az apák, a főiskola pedig inkább az anyák esetében szerepel nagyobb aránnyal.

5.1.2. Pilot vizsgálat eredményei

Feltérképeztük a válaszadók egészségfogalmát a „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót? Meséld el, hogy mit látsz a képen, és írd hozzá egy rövid indoklást!” nyitott kérdés segítségével. A minta egészségfogalmára vonatkozóan kapott eredmények egyértelműen azt jelzik, hogy a válaszadók egészségfelfogását a fizikai egészségdimenzió túlsúlya jellemzi (13. táblázat).

13. táblázat. Holisztikus Egészségfogalom dimenzióinak megjelenése a pilot mintában (pilot vizsgálat)

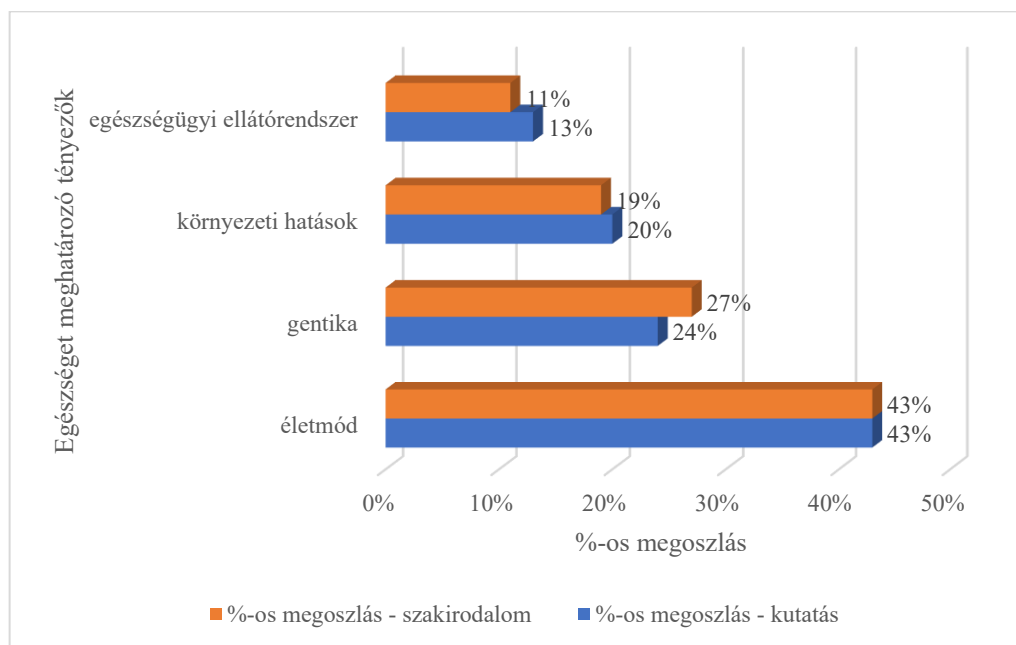
<i>Holistikus egészségdimenziók</i>	<i>Megjelenési arány a képeken (N=306) (%)</i>	<i>Említések száma (fő)</i>
fizikai	86,3	264
érzelmi	32,7	100
társadalmi	23,5	72
spirituális	22,1	68
mentális	21,9	67
társas	9,5	29

Egy-egy válaszadó az egészség több dimenzióját is megjeleníthette, így az egyes dimenziók %-os összegzése meghaladja a 100%-ot. Fizikai dimenzióba soroltuk a mozgással, táplálkozással, fizikai egészségi állapottal kapcsolatos leírásokat.¹

Az egészséget meghatározó tényezők (Lalonde, 1974) százalékban kifejezett súlyát vizsgáló nyitott kérdésünkre („Van összesen 100 egészségpontod, amit szét kell osztanod az alábbi 4 tényező között aszerint, hogy mekkora hatással lehetnek az egészségedre. Hány pontot adnál nekik? Mind a 100 pontot szét kell osztanod!”) adott válaszok összegzését a 14. táblázatban és a 8. ábrán mutatjuk be.

14. táblázat. Egészséget befolyásoló tényezők súlyozása a pilot mintában (pilot vizsgálat) és a Lalonde (1974) jelentés szerint

	%-os megoszlás (pilot kutatás)	%-os megoszlás (Lalonde, 1974)
Életmód	43% (SD: 16,6)	43%
Genetika	24% (SD: 16,0)	27%
Környezeti hatások	20% (SD: 8,9)	19%
Egészségügyi ellátórendszer	13% (SD: 7,6)	11%



8. ábra. Egészséget befolyásoló tényezők súlyozása a pilot mintában (pilot vizsgálat) és a Lalonde (1974) jelentés szerint

¹ Az egészségdimenziókba történő kategorizálást az egyes válaszok tartalmának megfelelően végeztük el, az adott válaszok alapján meghatározva, hogy melyik egészségdimenzióba sorolandóak.

Az életmódra vonatkozó átlag adatunk (43%) a szakirodalmi arányokat eredményezte, tehát a válaszadók átlagban helyesen látják az életmód fontosságát. A szakirodalmi értékekhez képest a genetika szerepét 3 százalékponttal alulbecsülték (24%), míg a környezeti hatások (20%) és az egészségügyi ellátórendszer (13%) vonatkozásában felülbecslés mutatkozott.

A szórás (SD) ebben az összefüggésben a változékonyság vagy szóródás mértékét jelenti abban, hogy a résztvevők hogyan osztották el 100 egészségpontjukat a négy egészséget meghatározó tényező között: életmód, genetika, környezeti tényezők és az egészségügyi ellátórendszer. A nagyobb szórás nagyobb különbségeket jelez abban, hogy az egyes válaszadók hogyan értékelték egy adott tényező fontosságát, ami kisebb konszenzusra vagy eltérő nézetekre utal a mintán belül.

- Átlagosan az életmódot értékelték a legfontosabb meghatározónak ($M = 43\%$), de a 16,6-es SD a válaszok jelentős változatosságára utal. Míg egyes résztvevők pontjaik több mint 50%-át az életmódra utalták, mások sokkal kevesebbet. Ez azt jelenti, hogy bár az életmódot általában a leginkább befolyásoló tényezőnek tekintik, a fontosságáról alkotott egyéni hiedelmek jelentősen eltérnek egymástól.
- A genetika 24,0%-os átlagos pontszámot kapott ($SD=16,0$). Ez a viszonylag magas SD az észlelt fontosság tekintetében is jelentős eltérést mutat. Egyes válaszadók erősen úgy vélik, hogy a genetika domináns szerepet játszik az egészséggel kapcsolatos eredményekben, míg mások viszonylag csekélynek tekintik annak hozzájárulását.
- A környezeti tényezők és az egészségügyi ellátórendszer 8,9 és 7,6 SD-vel kisebb változatosságot mutatnak az életmódhoz és a genetikához képest, bár a változatosság még mindig fennáll. Ez a mintában mérsékelt konszenzusra utal ezeken a területeken, különösen az egészségügyi ellátórendszer tekintetében, ahol kevesebb válaszadó fogalmazott meg szélsőséges értékeket.

Összefoglalva, a viszonylag magas szórás, különösen az életmód és a genetika esetében, azt jelzi, hogy a mintán belül jelentős egyéni eltérések mutatkoznak abban, hogy az emberek hogyan képzelik el az egészséghoz hozzájáruló tényezőket. Ez azt sugallja, hogy az egészséggel kapcsolatos oktatási és kommunikációs stratégiákat testre kell szabni, hogy megfeleljenek ezeknek az eltérő nézőpontoknak, és elősegítsék a többtényezős egészségmeghatározó elemek kiegyensúlyozottabb megértését.

Az egészséggel kapcsolatos tévképzetek vizsgálatához a következőkben bemutatjuk, válaszadóink hogyan értékelték az általunk felsorolt egészségállítítások igazságtartalmát (15. táblázat). A táblázatban a számtani átlag mellett megadtuk a módusz és a medián értékeket is.

15. táblázat. Egészségállítások és a teljes pilot mintára számított átlag és módusz (n=68 fő) (pilot vizsgálat)

Állítás	I/H	átlag	módusz (fő)	medián
1. Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	H	2,47	3 (41)	3
2. Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	I	4,40	5 (36)	5
3. A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	I	4,12	5 (28)	4
4. Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	H	1,94	1 (24)	2
5. A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	H	2,95	3 (52)	3
7. Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	H	3,16	3 (32)	3
8. A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	H	2,13	2 (27)	2
9. A diétás üdítő egészséges.	H	2,92	3 (40)	3
10. Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	H	3,09	3 (33)	3
12. Ha eleget mozgok, nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	H	1,88	2 (30)	2
13. Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	H	2,14	3 (22)	2
14. A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	H	2,06	2 (25)	2
15. Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	H	1,66	1 (33)	2
16. Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	H	2,84	3 (40)	3
17. A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	H	2,54	2 (25)	2
18. Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	H	3,04	3 (28)	3
19. Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	H	2,58	2 (29)	2
20. A cukor függőséget okozhat.	I	3,15	4 (30)	3
21. Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	I	1,90	2 (25)	2
23. A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	H	3,51	4 (32)	4
24. Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	I	3,00	3 (25)	3
25. A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	H	3,64	4 (32)	4
26. A stressz magas vérnyomást okoz.	I	2,97	3 (35)	3
27. A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	H	1,86	1 (30)	2
28. A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	H	2,66	3 (46)	3
29. A cukorbetegség az elhízás következménye.	H	1,32	1 (46)	1
30. A cukorbeteg nem sportolhatnak.	H	1,86	1 (31)	2
31. A dohányzásról könnyű leszokni.	H	2,42	3 (29)	3
32. A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	H	3,15	3 (39)	3

33. Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	I	1,89	1 (27)	2
34. A fejtetű az ápolatlan, koszos haját szereti.	H	3,02	4 (25)	3
35. A fejtetű át tud ugrani egyik emberről a másikra.	H	2,94	3 (56)	3
36. Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	H	2,22	2 (29)	2
37. Az egészséges ember vékony testalkatú.	H	3,11	3 (42)	3
38. A multivitaminok túladagolhatók.	I	1,52	1 (36)	1
39. A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	H	2,70	3 (47)	3
40. A dohányzás nem okoz függőséget.	H	1,41	1 (45)	1

Megjegyzés: „H” jelöli a tudomány jelenlegi állása szerint hamis állításokat, és „I” az igazakat; dőlt „H” vagy „I” jelöli azokat az állításokat, ahol az átlagok a téves, illetve az igaz választások túlsúlyát jelzik.

Ha a módusz és a medián nem egyezik egy adathalmaz adott eleménél, az a válaszok eloszlásának lehetséges aszimmetriáját vagy egyenetlenségét jelzi. Ez az eltérés tájékoztató jellegű lehet abban a tekintetben, hogy a válaszadók hogyan érzékelnek vagy értelmeznek egy adott egészséggel kapcsolatos állítást. A módusz a leggyakrabban választott válaszlehetőséget jelenti, míg a medián az eloszlás felezőpontját tükrözi, ahol a válaszok 50%-a alá, 50%-a fölé esik. Ha ez a két mérték eltér, az gyakran ferde megoszlást jelez a résztvevők között. Ha a módusz magasabb, mint a medián, ez azt jelzi, hogy a válaszadók egy jelentős alcsoportja határozottan egyetértett az állítással, de az általános eloszlás még mindig a semlegesebb vagy nem értő válaszok felé húzódik. Ezzel szemben, ha a módusz alacsonyabb, mint a medián, ez azt tükrözheti, hogy míg az egyének nagy része inkább negatív vagy semleges választ választott, jelentős részük magasabb értékeket választott, ami a mediánt felfelé tolja.

Látható, hogy a megnevezett 37 állítás közül 23 esetben (62%) megjelentek a pilot minta szintjén a téves elképzelések.

A pilot kutatásban a felsorolt egészségállítások mindegyike esetén nyitott kérdésként kértük a válaszadókat, hogy nevezzék meg, honnan, kitől hallottak az adott állításról. A válaszok forrásait kilenc fő kategóriába soroltuk: 1. Média (TV, rádió, újság, internet), 2. családtag; 3. ismerős/barát, 4. pedagógus, 5. egészségügyi szakember, 6. saját tapasztalat, 7. egyéb válasz, 8. nem tudja, 9. több forrás (kombinált kategóriák: pl. pedagógus + média). A kapott válaszok gyakorisági eloszlását és arányait vizsgáltuk (16. táblázat).

16. táblázat. Egészséggel kapcsolatos információk forrásai (pilot vizsgálat)

Információforrás	Átlagos előfordulás (%)	Megjegyzés
média	28,4%	Különösen táplálkozással és betegségekkel kapcsolatos tévhitek esetén jelent meg
családtag	15,7%	Főként életmód és egészségügyi szokások tekintetében gyakori
ismerős / barát	5,8%	Kisebb szerep, főként szubjektív tapasztalatokon alapuló információk
pedagógus	9,3%	Oktatás során kapott információk, de nem minden kérdésnél jellemző
egészségügyi szakember	7,1%	Megbízható forrás, de kevesen említették
saját tapasztalat	6,4%	Jellemzően stresszhez, mozgáshoz és életmódbeli kérdésekhez kötődően
egyéb válasz	4,9%	Egyéb nem kategorizálható válaszok
nem tudja	6,7%	Nem emlékszik, honnan származik az információ
több forrás kombinálva	15,7%	Pl. "család + média", "pedagógus + egészségügyi szakember"

Az eredmények alapján a média és a család kiemelkedő szerepet játszik az egészséggel kapcsolatos tévhitek terjesztésében. Bár az egészségügyi szakemberek és pedagógusok hiteles források lehetnének, az adatok szerint az információk nagyobb része nem tőlük származik. Az oktatás szerepe kulcsfontosságú lehet a helyes egészségismeretek átadásában és a tévhitek csökkentésében.

Pilot vizsgálatunk eredményeinek nemek szerinti elemzését nem tette lehetővé a minta összetétele, mivel a 68 kitöltő közül összesen 5 fő (7,3%) volt férfi.

Az állítások életkorral való összefüggését a Spearman-féle rangkorrelációs együtthatóval vizsgáltuk, hiszen valamennyi változó ordinális skálán mért. Az egészségpontok elosztása esetén viszont a Pearson-féle lineáris korrelációs együtthatót használtuk, hiszen mind a kor, mint ezen négy százalékos arányt mérő változó skála típusú (17. táblázat). Az egészségpontok elosztása és a holisztikus egészség kép esetében nem találtunk szignifikáns különbségeket.

17. táblázat. A megkérdezett életkorának összefüggése az egészségpontok eloszlásával és a holisztikus egészség képpel (pilot vizsgálat).

Állítás	Minta	Korrelációs együttható*	Szig
fizikai egészség	63	-0,111	0,386
mentális egészség	63	-0,123	0,337
érzelmi egészség	63	-0,087	0,500
spirituális egészség	63	-0,151	0,239
társas egészség	63	-0,140	0,275
társadalmi egészség	63	-0,081	0,530
100 egészségpont elosztása – életmód	65	-0,058	0,649
100 egészségpont elosztása - egészségügyi ellátórendszer	64	-0,139	0,273
100 egészségpont elosztása – genetika	64	0,069	0,588
100 egészségpont elosztása – környezet	65	0,111	0,378

Megj: *A holisztikus egészségkép esetén Spearman-féle rangkorrelációs együttható, az egészségpontok esetében Pearson-féle lineáris korrelációs együttható került alkalmazásra.

Az életkorral szignifikáns összefüggést mutató állítások esetében negatív kapcsolatot látunk: minél idősebb valaki annál kevésbé ért egyet azzal, hogy a dohányzásról könnyű leszokni; nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm; a tejfogak ápolás nem olyan fontos, úgyis kihullanak (18. táblázat).

18. táblázat. A megkérdezett életkorának összefüggése az egészséggel kapcsolatos állításokkal (alfa=0,05) (pilot vizsgálat)

Állítás	Minta	Spearman együttható	Szig
A dohányzásról könnyű leszokni.	65	-0,345	0,005
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	67	-0,312	0,010
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	65	-0,298	0,016
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	67	-0,236	0,055
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	67	-0,232	0,059
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	67	-0,224	0,068
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	67	-0,184	0,135
A fejtető át tud ugrani egyik emberről a másikra.	64	-0,179	0,156
Az egészséges ember vékony testalkatú.	66	-0,169	0,175
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	66	-0,164	0,189
A multivitaminok túladagolhatók.	66	-0,161	0,198
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	64	-0,162	0,2

Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	68	-0,15	0,221
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	67	-0,148	0,231
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	67	-0,146	0,237
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	65	-0,131	0,3
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	66	0,129	0,302
A dohányzás nem okoz függőséget.	66	-0,129	0,303
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	67	-0,123	0,32
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	67	-0,122	0,327
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	66	0,117	0,348
A diétás üdítő egészséges.	66	-0,107	0,392
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	65	-0,097	0,44
A stressz magas vérnyomást okoz.	66	0,097	0,441
A fejtető az ápolatlan, koszos haját szereti.	66	-0,092	0,461
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	67	-0,088	0,479
A cukorbetegség az elhízás következménye.	66	-0,087	0,49
A cukor függőséget okozhat.	62	0,088	0,494
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	67	0,081	0,513
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	65	0,074	0,558
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	67	-0,062	0,617
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	67	0,044	0,722
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	65	0,042	0,739
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	67	-0,01	0,933
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	48	-0,012	0,934
A cukorbeteg nem sportolhatnak.	64	-0,008	0,947
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	66	-0,006	0,961
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	67	0,005	0,965
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	67	0,000	0,999
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	66	0,000	0,999

A megkérdezett lakóhelyének település típusa szerint nem találtunk szignifikáns összefüggést sem az egészségpontok elosztásával, sem a holisztikus egészséggel, sem pedig az egészséggel kapcsolatos állításokkal (lásd 4. sz. melléklet: m1. és m2. táblázat).

Az édesanya és az édesapa iskolai végzettsége tipikusan ordinális változó, ezért ezen változónk összefüggéseit valamennyi célváltozóval a Spearman-féle rangkorrelációs együttható segítségével mértük. Az anya iskolai végzettsége egyedül azzal az állítással van szignifikáns negatív kapcsolatban ($\rho = -0,363$; $p = 0,003$), hogy “A stressz magas vérnyomást okoz.” Eszerint minél magasabb végzettségű a válaszadó édesanyja, annál kevésbé ért egyet ezzel az állítással. (Az édesanya iskolai végzettsége és az egészségpontok elosztása, a holisztikus egészséggel kapcsolatos változók, valamint az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései lásd 19. - 20. táblázatok).

19. táblázat. Az édesanya végzettségének összefüggése az egészségpontok eloszlásával és a holisztikus egészség képpel (pilot vizsgálat)

<i>Változó</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
fizikai egészség	62	0,015	0,908
mentális egészség	62	0,076	0,559
érzelmi egészség	62	0,093	0,473
spirituális egészség	62	-0,059	0,650
társas egészség	62	-0,074	0,566
társadalmi egészség	62	-0,054	0,674
100 egészségpont elosztása – életmód	64	0,027	0,834
100 egészségpont elosztása - egészségügyi ellátórendszer	63	0,060	0,642
100 egészségpont elosztása – genetika	63	-0,021	0,870
100 egészségpont elosztása – környezet	64	0,004	0,972

20. táblázat. Az édesanya végzettségének összefüggése az egészséggel kapcsolatos állításokkal (pilot vizsgálat)

<i>Állítás</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
<i>A stressz magas vérnyomást okoz.</i>	65	-0,363	0,003
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	66	-0,223	0,072
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	64	-0,205	0,104
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	66	0,196	0,115
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	66	0,174	0,163
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	65	-0,158	0,207
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	64	0,147	0,247
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	64	-0,139	0,274

Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	65	-0,126	0,317
A diétás üdítő egészséges.	65	0,119	0,347
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	64	0,111	0,381
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	66	0,104	0,405
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	66	-0,091	0,465
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	66	0,089	0,478
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	64	0,088	0,490
A multivitaminok túladagolhatók.	65	0,08	0,527
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	66	0,062	0,623
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	66	-0,061	0,624
A fejtetű az ápolatlan, koszos haját szereti.	65	-0,059	0,639
A fejtetű át tud ugrani egyik emberről a másikra.	63	-0,06	0,643
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	65	-0,047	0,707
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	66	0,045	0,717
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	66	0,045	0,720
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	66	-0,043	0,730
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	66	0,042	0,739
Az egészséges ember vékony testalkatú.	65	0,04	0,754
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	66	-0,036	0,775
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	63	-0,032	0,801
A cukorbetegnek nem sportolhatnak.	63	0,031	0,809
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	66	0,026	0,835
A dohányzás nem okoz függőséget.	65	-0,025	0,845
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	47	-0,023	0,876
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	66	0,019	0,879
A cukorbetegség az elhízás következménye.	65	0,014	0,915
A cukor függőséget okozhat.	61	-0,013	0,923
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	66	0,011	0,928
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	65	0,006	0,963
A dohányzásról könnyű leszokni.	64	0,005	0,971
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	65	-0,003	0,983
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	66	0,001	0,997

Az édesapa végzettsége egyetlen változóval sem mutat szignifikáns kapcsolatot (lásd 4. sz. melléklet: m3. – m4. táblázatok).

Következő lépésben megvizsgáltuk, hogy a 100 egészségpont elosztása vajon mutat-e összefüggést az egészséggel kapcsolatos állításokkal. Mivel ez utóbbi változónk ordinális skálájú, ezért a vizsgálat során a Spearman-féle rangkorrelációs együtthatót használtuk. Öt állítás esetében találtunk szignifikáns kapcsolatot az életmód esetében (21. táblázat).

21. táblázat. Az életmód egészségpontok és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

Állítás	Minta	Spearman együttható	Szig
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	65	-0,319	0,010
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	65	-0,289	0,020
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	65	0,284	0,022
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	63	-0,285	0,024
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	65	-0,251	0,044
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	65	0,242	0,052
A multivitaminok túladagolhatók.	64	-0,217	0,085
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	64	-0,178	0,159
A dohányzás nem okoz függőséget.	64	-0,17	0,180
A fejtető át tud ugrani egyik emberről a másikra.	62	-0,162	0,207
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	65	-0,148	0,238
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	63	-0,15	0,242
Az egészséges ember vékony testalkatú.	64	0,145	0,253
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	65	-0,131	0,297
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	65	0,128	0,308
A diétás üdítő egészséges.	64	-0,126	0,319
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	64	-0,123	0,333
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	65	-0,119	0,345
A stressz magas vérnyomást okoz.	64	0,11	0,388
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	65	0,106	0,403
A fejtető az ápolatlan, koszos haját szereti.	64	-0,105	0,408
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	64	-0,102	0,422

Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	63	-0,1	0,434
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	65	-0,094	0,457
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	63	0,092	0,474
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	65	0,086	0,494
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	64	0,08	0,530
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	65	-0,077	0,542
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	65	-0,076	0,548
A cukorbetegnek nem sportolhatnak.	62	-0,078	0,548
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	47	-0,083	0,578
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	65	-0,063	0,617
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	63	-0,064	0,617
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	64	-0,063	0,622
A cukorbetegség az elhízás következménye.	64	-0,055	0,667
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	63	0,049	0,704
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	65	-0,043	0,735
A cukor függőséget okozhat.	60	0,044	0,739
A dohányzásról könnyű leszokni.	63	-0,038	0,766
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	65	0,018	0,887

Az összefüggések azt mutatják, hogy valaki minél több pontot adott erre az egészség dimenzióra, annál kevésbé ért egyet azzal, hogy ha az ember megbetegszik, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul; a rostos üdítő egészségesebb a szénsavast üdítőknél; a kismamáknak kettő helyet kell enniük; ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat. Viszont pozitív összefüggés van az életmódpontok és aközött, hogy valaki egyetért azzal az állítással, hogy minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.

Az egészségügyre adott egészségpontok száma pozitív szignifikáns összefüggést mutat egy egészséggel kapcsolatos állítással, azaz valaki minél több pontot adott erre az egészségi dimenzióra, annál inkább egyetért azzal, hogy a diétás üdítő egészséges (22. táblázat).

22. táblázat. Az egészségügy egészségpontok és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

Állítás	Minta	Spearman együttható	Szig
A diétás üdítő egészséges.	63	0,269	0,033
Az egészséges ember vékony testalkatú.	63	0,215	0,090
Nincs kapcsolat között, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	64	-0,187	0,138
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	63	-0,177	0,164
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	64	0,169	0,182
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	63	0,165	0,195
A stressz magas vérnyomást okoz.	63	-0,154	0,229
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	64	0,151	0,232
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	63	-0,149	0,244
A dohányzás nem okoz függőséget.	63	0,137	0,286
A cukor függőséget okozhat.	59	-0,132	0,320
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	63	0,127	0,320
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	63	0,126	0,324
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	64	0,117	0,358
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	62	-0,111	0,389
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	64	-0,109	0,390
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	62	0,109	0,401
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	64	0,103	0,418
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	64	-0,095	0,453
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	63	-0,086	0,502
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	64	0,082	0,522
A cukorbetegség az elhízás következménye.	63	-0,08	0,532
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	64	-0,078	0,538
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	63	-0,074	0,565
A fejtető át tud ugrani egyik emberről a másikra.	62	0,073	0,572
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	64	-0,052	0,682
A fejtető az ápolatlan, koszos haját szereti.	63	-0,052	0,686

Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	64	-0,05	0,695
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	64	0,046	0,719
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	64	0,042	0,741
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	64	-0,042	0,744
A dohányzásról könnyű leszokni.	62	0,039	0,762
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	64	0,034	0,792
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	64	0,015	0,906
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	64	0,015	0,909
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	64	-0,01	0,936
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	63	-0,007	0,955
A multivitaminok túladagolhatók.	63	0,005	0,968
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	47	0,004	0,976
A cukorbetegnek nem sportolhatnak.	62	0,000	0,998

A genetika egészségpontok pozitív összefüggésben állnak azon két állítással, mely szerint a multivitaminok túladagolhatók; a rostos üdítő egészségesebb a szénsavast üdítőknél. Viszont negatív kapcsolatban áll azzal, hogy minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon (23. táblázat).

23. táblázat. A genetika egészségpontok és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

<i>Állítás</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
<i>A multivitaminok túladagolhatók.</i>	63	0,27	0,033
<i>A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.</i>	64	0,25	0,046
<i>Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.</i>	64	-0,248	0,048
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	64	0,231	0,066
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	63	-0,217	0,088
A fejtetőt át tud ugrani egyik emberről a másikra.	62	0,216	0,092
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	64	0,205	0,105
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	63	0,157	0,219
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	64	0,144	0,255
Az egészséges ember vékony testalkatú.	63	-0,131	0,307
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	62	0,127	0,325

Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	64	0,122	0,336
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	64	-0,12	0,343
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	64	-0,12	0,345
A stressz magas vérnyomást okoz.	63	0,116	0,367
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	64	0,108	0,394
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	64	0,108	0,395
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	63	0,107	0,403
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	64	-0,092	0,471
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	64	0,089	0,483
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	63	0,087	0,497
A cukorbetegség az elhízás következménye.	63	0,079	0,540
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	64	0,064	0,615
A fejtető az ápolatlan, koszos haját szereti.	63	-0,064	0,619
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	62	0,051	0,695
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	64	0,041	0,749
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	64	-0,037	0,774
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	63	0,036	0,780
A diétás üdítő egészséges.	63	0,034	0,790
A cukorbeteg nem sportolhatnak.	62	0,032	0,803
A dohányzás nem okoz függőséget.	63	0,031	0,807
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	47	-0,033	0,826
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	63	0,026	0,843
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	63	0,022	0,862
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	64	0,021	0,866
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	64	0,019	0,884
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	64	-0,009	0,942
A dohányzásról könnyű leszokni.	62	0,007	0,958
A cukor függőséget okozhat.	59	-0,004	0,973
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	63	-0,004	0,978

A környezet egészségszempontok nem mutatnak egyetlen állítással sem szignifikáns összefüggést (lásd. 4. sz. melléklet: m5. táblázat).

A holisztikus egészség változók összefüggéseit megvizsgáltuk a demográfiai változók tekintetében, azonban egyetlen esetet kivéve nem találtunk szignifikáns összefüggést (ez elsősorban az alacsony mintanagyságnak tudható be) és ez utóbbi is megkérdőjelezhető, hiszen a spirituális egészséget csupán hatan említették (lásd. 4. számú melléklet: m6. táblázat).

A holisztikus egészség hat dimenziójának összefüggését megvizsgáltuk valamennyi állítással kapcsolatban. A holisztikus egészség változója bár egy nominális változó, értéke nulla vagy egy attól függően, hogy megjelent-e, az egészséggel kapcsolatos definícióban vagy nem, az egészséggel kapcsolatos állítások pedig ordinális mérési szintű változók. Így a Spearman-féle korrelációs együttható pozitív előjele az állítással való egyetértést jelenti a holisztikus egészség dimenzió megjelenése esetén, míg negatív előjele pedig pont az ellenkezőjét, az állítással való egyet nem értést a holisztikus egészség dimenzió megjelenése esetén.

Akiknél megjelent a fizikai holisztikus definíció nagyobb mértékben értettek egyet azzal, hogy a fejtetű az ápolatlan, koszos hajat szereti; ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod; a stressz magas vérnyomást okoz. Ezekkel szemben kevésbé értett egyet azzal, hogy az elhízás hátterében genetikai okok vannak (24. táblázat).

24. táblázat. A fizikai holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

Állítás	Minta	Spearman együttható	Szig
A fejtetű az ápolatlan, koszos hajat szereti.	62	0,355	0,005
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	46	0,321	0,030
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	61	-0,258	0,044
A stressz magas vérnyomást okoz.	62	0,254	0,046
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	63	-0,236	0,063
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	63	0,21	0,099
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	63	0,207	0,104
A multivitaminok túladagolhatók.	62	0,2	0,119
Az egészséges ember vékony testalkatú.	62	0,189	0,142
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	61	0,173	0,183
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	63	0,158	0,216
A dohányzás nem okoz függőséget.	62	0,159	0,216
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	63	0,147	0,249

Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	63	-0,139	0,276
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	61	-0,136	0,297
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	62	0,128	0,321
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	61	-0,129	0,323
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	61	0,127	0,331
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	61	0,123	0,346
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	62	-0,116	0,368
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	62	0,115	0,374
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	63	0,112	0,383
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	63	0,101	0,431
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	63	0,1	0,433
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	63	-0,098	0,443
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	63	-0,098	0,446
A diétás üdítő egészséges.	62	0,092	0,478
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	63	-0,082	0,525
A cukor függőséget okozhat.	58	0,077	0,566
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	63	-0,069	0,589
A dohányzásról könnyű leszokni.	61	0,067	0,610
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	63	0,063	0,622
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	62	0,063	0,627
A cukorbeteg nem sportolhatnak.	60	0,061	0,641
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	63	-0,05	0,696
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	63	0,049	0,705
A fejtető át tud ugrani egyik emberről a másikra.	60	-0,036	0,787
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	62	0,009	0,945
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	63	-0,006	0,960
A cukorbetegség az elhízás következménye.	62	-0,003	0,984

A mentális holisztikus egészség változó egyetlen egészséggel kapcsolatos állítással sem mutatott szignifikáns összefüggést (4. számú melléklet: m7. táblázat).

Az érzelmi holisztikus változó öt állítással mutatott szignifikáns összefüggést. Akik ilyen definíciót adtak az egészségre, azok nagyobb valószínűséggel értenek egyet azzal, hogy az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk. A másik négy állítással pedig negatív összefüggésben van, azaz kevésbé értenek egyet azzal, hogy egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék; a kövér ember csakis magának köszönheti, hogy

ilyen lett; a stressz magas vérnyomást okoz; ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat (25. táblázat).

25. táblázat. Az érzelmi holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

Állítás	Minta	Spearman együttható	Szig
<i>Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.</i>	63	0,342	0,006
<i>Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.</i>	62	-0,295	0,020
<i>A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.</i>	63	-0,289	0,022
<i>A stressz magas vérnyomást okoz.</i>	62	-0,276	0,030
<i>Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.</i>	63	-0,268	0,033
<i>Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.</i>	63	-0,216	0,089
<i>Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.</i>	62	-0,216	0,092
<i>Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.</i>	61	-0,210	0,105
<i>A multivitaminok túladagolhatók.</i>	62	-0,173	0,179
<i>A dohányzás nem okoz függőséget.</i>	62	-0,173	0,179
<i>Az egészséges ember vékony testalkatú.</i>	62	-0,162	0,208
<i>A cukorbeteg nem sportolhatnak.</i>	60	-0,160	0,223
<i>A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.</i>	61	-0,148	0,254
<i>A kismamáknak kettő helyett kell enniük.</i>	61	0,139	0,285
<i>A diétás üdítő egészséges.</i>	62	-0,135	0,297
<i>A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.</i>	62	-0,131	0,309
<i>A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.</i>	62	0,128	0,323
<i>Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.</i>	63	-0,120	0,350
<i>Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.</i>	63	-0,118	0,355
<i>Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.</i>	63	0,118	0,356
<i>A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.</i>	63	-0,118	0,358
<i>A fejtető át tud ugrani egyik emberről a másikra.</i>	60	0,106	0,421
<i>Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.</i>	63	-0,100	0,435
<i>A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.</i>	62	-0,098	0,450
<i>A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.</i>	63	0,090	0,483
<i>A cukorbetegség az elhízás következménye.</i>	62	-0,090	0,486
<i>A fejtető az ápolatlan, koszos haját szereti.</i>	62	-0,089	0,493

Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	63	-0,085	0,510
A cukor függőséget okozhat.	58	0,077	0,565
A dohányzásról könnyű leszokni.	61	-0,074	0,573
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	63	-0,072	0,576
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	63	0,067	0,604
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	63	0,059	0,644
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	61	0,060	0,647
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	61	-0,054	0,681
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	63	-0,047	0,713
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	63	-0,014	0,912
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	46	-0,015	0,920
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	63	-0,011	0,933
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	61	-0,010	0,938

A spirituális dimenzióhoz tartozó definíciót adók esetében egyedül az „A stressz magas vérnyomást okoz.” állítás mutatott szignifikáns negatív összefüggést (lásd 26. táblázat), mely azt jelenti, hogy ezen típusú definiálása az egészségnek kisebb valószínűséggel fogja maga után vonni a nevezett állítással való egyetértést.

26. táblázat. A spiritualitás holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

Állítás	Minta	Spearman együttható	Szig
A stressz magas vérnyomást okoz.	62	-0,319	0,011
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	63	-0,216	0,089
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	63	0,207	0,103
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	63	-0,188	0,140
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	61	-0,184	0,156
A cukorbeteg nem sportolhatnak.	60	-0,185	0,156
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	61	-0,172	0,184
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	62	0,169	0,190
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	63	0,16	0,211
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	62	-0,157	0,222

Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	62	-0,157	0,224
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	63	-0,152	0,233
Az egészséges ember vékony testalkatú.	62	-0,151	0,241
A cukor függőséget okozhat.	58	-0,154	0,247
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	63	-0,146	0,252
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	63	-0,130	0,308
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	61	-0,124	0,341
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	63	-0,113	0,378
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	62	-0,112	0,388
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	63	-0,111	0,388
A cukorbetegség az elhízás következménye.	62	-0,111	0,392
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	61	0,084	0,521
A dohányzásról könnyű leszokni.	61	-0,073	0,576
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	61	0,069	0,598
A diétás üdítő egészséges.	62	-0,065	0,616
A fejtetőt át tud ugrani egyik emberről a másikra.	60	0,052	0,694
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	63	0,042	0,746
A multivitaminok túladagolhatók.	62	-0,042	0,749
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	63	0,029	0,82
A fejtetőt az ápolatlan, koszos hajat szereti.	62	0,025	0,844
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	46	-0,027	0,858
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	63	-0,020	0,875
A dohányzás nem okoz függőséget.	62	-0,018	0,887
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	63	-0,016	0,901
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	63	0,016	0,902
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	62	-0,013	0,921
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	63	0,013	0,922
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	63	0,010	0,941
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	61	-0,005	0,968
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	63	-0,003	0,98

Az egészség társas vonatkozású holisztikus definiálása szignifikáns összefüggést négy egészséggel kapcsolatos mondattal mutatott, melyek közül az egyik pozitív, a másik három

negatív kapcsolatban van az egészség ezen típusú definíciójával. A társas vonatkozású holisztikus definiálás nagyobb valószínűséggel vonja maga után „Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.” állítást. Ezzel szemben kisebb valószínűséggel fogják az ilyen definíciót vallók az egyetértésüket kifejezni azon állításokkal, hogy a stressz magas vérnyomást okoz; ha egy étel csomagolásán azt szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az; ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem (27. táblázat).

27. táblázat. A társas holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

<i>Állítás</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
<i>A stressz magas vérnyomást okoz.</i>	62	-0,366	0,003
<i>Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.</i>	63	-0,338	0,007
<i>Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.</i>	63	0,282	0,025
<i>Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.</i>	62	-0,254	0,046
<i>A diétás üdítő egészséges.</i>	62	-0,239	0,062
<i>A cukorbetegnek nem sportolhatnak.</i>	60	-0,229	0,078
<i>Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.</i>	63	-0,189	0,139
<i>Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.</i>	63	-0,185	0,147
<i>Az egészséges ember vékony testalkatú.</i>	62	-0,182	0,157
<i>A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.</i>	63	0,176	0,167
<i>A cukorbetegség az elhízás következménye.</i>	62	-0,142	0,27
<i>A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.</i>	63	-0,131	0,306
<i>A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.</i>	62	-0,119	0,356
<i>A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.</i>	63	-0,116	0,366
<i>Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.</i>	63	-0,104	0,418
<i>Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.</i>	46	0,122	0,421
<i>A cukor függőséget okozhat.</i>	58	-0,096	0,476
<i>A multivitaminok túladagolhatók.</i>	62	0,091	0,482
<i>Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.</i>	61	-0,089	0,494
<i>A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.</i>	63	0,087	0,500
<i>Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.</i>	63	-0,085	0,510
<i>A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.</i>	61	-0,086	0,512
<i>Az alkohol elpusztítja az agysejteket.</i>	63	-0,079	0,539

A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	61	0,071	0,587
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	63	-0,068	0,597
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	62	-0,066	0,611
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	63	0,063	0,623
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	62	0,058	0,654
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	63	-0,055	0,669
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	61	-0,051	0,695
A fejtetőt át tud ugrani egyik emberről a másikra.	60	-0,051	0,697
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	63	0,031	0,807
A fejtetőt az ápolatlan, koszos haját szereti.	62	0,030	0,820
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	61	0,026	0,841
A dohányzás nem okoz függőséget.	62	-0,024	0,856
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	62	-0,018	0,888
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	63	0,017	0,894
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	61	-0,015	0,908
A dohányzásról könnyű leszokni.	61	-0,013	0,922
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	63	-0,005	0,969

A társadalmi vonatkozású holisztikus definícióval egyetlen egészséggel kapcsolatos állítás sem mutatott szignifikáns összefüggést (lásd 4. sz. melléklet: m8. táblázat).

Leggyakrabban az „A stressz magas vérnyomást okoz.” mutatott szignifikáns összefüggést az egyes definíció típusokkal, a mondattal való egyetértést nagyobb valószínűséggel vallották a fizikai holisztikus definíciót adók, míg kevésbé értettek vele egyet az érzelmi, a spirituális és a társas holisztikus definíciót adók.

Pilot kérdőívünk összességében valid mérőeszköznek bizonyult. A belső konzisztenciát Cronbach-alfa értékekkel mértük, ahol a kapott eredmények 0,878-as értékeket mutattak. Ez a magas érték azt jelzi, hogy a kérdések között összhang van, vagyis a konzisztencia erős, és stabilan méri a tévképzetekre és egészségtudatosságra vonatkozó dimenziókat. A pilot mintaelemszám alacsony volta miatt nem tudtunk minden háttérváltozó szerinti elemzést elvégezni. A harmadik és a negyedik hipotézisünk tesztelésére alkalmasnak bizonyult a mérőeszköz. A második hipotézisünk pontosabb vizsgálatára azonban a felsorolt egészségtévképzet állítások átstrukturálását látjuk szükségesnek, a holisztikus egészségdimenziókra nézve arányosabb számú állítással.

Pilot kutatásunk eredményei néhány egészség dimenzióban szignifikáns kapcsolatot tártak fel az egészségfelfogás és a tévképzetekhez való hozzáállás között, mint például az egészség fizikai szempontjait előtérbe helyező válaszadók gyakrabban támogatták azt az

állítást, hogy a stressz közvetlen összefüggésben áll a magas vérnyomással. Azonban azok, akik holisztikus, érzelmi és spirituális megközelítést preferáltak, kevésbé értettek egyet ezzel a nézettel. Ez a különbség azt sugallja, hogy az egyének egészséghez való viszonyát befolyásolják a tévképzetek.

Az egyének egészségfelfogása általában nem tükrözi a holisztikus megközelítést, különösen azok körében, akik az egészséget inkább fizikai vagy orvosi szempontból közelítik meg. Ezen kívül a pilot kutatás megerősítette, hogy a populáris források – például a média – jelentős szerepet játszanak a tévképzetek kialakulásában.

5.2. Nagymintás mérés

5.2.1. A nagymintás mérés mintájának jellemzése

Nagymintás mérésünk mintaösszetételét szocio-demográfiai tényezők mentén a 28. táblázat mutatja be. A mintában a nők aránya jelentősen magasabb (85,9%), mint a férfiaké (14,1%). A válaszadók többsége megyei jogú városokban lakik (37,3%), ezt követik az egyéb városok (32,4%). Csak egy kis hányaduk lakik tanyán (0,9%). A válaszadók többsége az SZTE hallgatója (73,7%). A megkérdezettek körében a BA (48,6%), majd az osztatlan tanári mesterképzés (23,9%) és az MA (22,7%) a domináns képzési szintek. A válaszadók nagy többsége nappali tagozatos hallgató (77,7%). A szülők végzettségének eloszlása az 8 általános iskolánál kevesebbet végzettektől a PhD/DLA-ig terjed. A válaszadó anyák többsége főiskolát vagy alapképzési szakot végzett (BSc, BA), 24,8%-os arányban. Az anyáktól eltérően az apák iskolai végzettsége esetén a legnagyobb csoport a szakközépiskolát jelöli 31,8%-kal.

A válaszadók életkora 18 és 59 év között mozog, az átlagéletkor 25,7 év. A standard eltérés szerint az átlag körül 9,76 év a szórás. A leggyakoribb félév, amelyben a válaszadók jelenleg tanulnak, az első félév, 99 válaszadóval, azaz a minta 30,3%-ával. A 2. leggyakoribb félév a 3. félév, 75 válaszadóval vagy 22,9%-kal. A 3. leggyakoribb félév az 5. félév, 69 válaszadóval vagy 21,1%-kal. A 6., 8., 9., 10., 12., 13. és 14. szemeszterekben feltűnően kevesebb hallgató van, mindegyik a minta kevesebb mint 3%-át teszi ki. A válaszadók több mint fele (52%) jelezte, hogy a tantervükben nem szerepelnek az egészségfejlesztéssel és egészségneveléssel kapcsolatos kötelező tantárgyak.

28. táblázat. A nagymintás mérésben résztvevő minta szocio-demográfiai jellemzői

		<i>Fő</i>	<i>Százalék</i>
Nem	Nő	281	85,9
	Férfi	46	14,1
Lakóhely	tanya	3	0,9
	falu	46	14,0
	község	26	8,0
	nagyközség	13	4,0
	egyéb város	106	32,4
	megyei jogú város	122	37,3
	Budapest	10	3,1
	NT/NV	1	0,3
Felsőoktatási intézmény	SZTE	241	73,7
	ELTE	34	10,4
	PTE	48	14,7
	Berzsenyi Tanárképző Központ	1	0,3
	NT/NV	3	0,9
Képzési szint	osztatlan tanári mesterképzés	78	23,9
	osztott részidős tanári mesterszak	7	2,1
	BA	160	48,9
	MA	74	22,7
	PhD	1	0,3
	NT/NV	7	2,1
Munkarend	nappali munkarend	254	77,7
	levelezős munkarend	72	22,0
	NT/NV	1	0,3
Édesanya iskolai végzettsége	kevesebb, mint 8 általános	1	0,3
	általános iskola	15	4,6
	szakiskola	41	12,5
	szakközépiskola	68	20,9
	gimnázium	43	13,1
	felsőfokú szakképesítés	34	10,4
	főiskola (BSC, BA)	81	24,8
	egyetem (MSc, MA)	33	10,1
	PhD/DLA	5	1,5
	NT/NV	6	1,8
Édesapa iskolai végzettsége	kevesebb, mint 8 általános	1	0,3
	általános iskola	14	4,3
	szakiskola	62	19,0
	szakközépiskola	104	31,8
	gimnázium	32	9,7
	felsőfokú szakképesítés	27	8,3
	főiskola (BSC, BA)	46	14,1
	egyetem (MSc, MA)	30	9,2
	PhD/DLA	4	1,2
	NT/NV	7	2,1

5.2.2. Egészségállítások vizsgálata

A nagymintás vizsgálat célja az egészséggel kapcsolatos tévképzetek felmérése volt hat különböző dimenzióban: érzelmi, fizikai, mentális, spirituális, társadalmi és társas. Kérdőívünk keretében kidolgoztunk egy 60 állításból álló kérdést, amelyben minden dimenziót 10 állítás képvisel, amelyek fele inverz állítás volt a válaszok torzításának csökkentése érdekében. Tekintettel a megbízhatóság kritikus szerepére a skálák konzisztenciájának és pontosságának biztosításában, a Cronbach-alfát minden dimenzióra kiszámítottuk a belső konzisztencia értékelésére.

A kezdeti számítások azt mutatták, hogy a Cronbach-alfa értéke minden dimenzióra a széles körben elfogadott 0,70-es küszöb alatt volt, ami szuboptimális megbízhatóságot jelez. A probléma megoldása érdekében egy iteratív folyamatot alkalmaztunk a skálák belső konzisztenciájának javítására. Pontosabban, a legalacsonyabb item-összeg korrelációval rendelkező négy állítást (két egyenes és kettő fordított) szisztematikusan kizártuk az egyes dimenziókból. Ezt a finomítási folyamatot a Cronbach-alfa maximalizálásának elve vezérelte, ezáltal javítva a mérleg megbízhatóságát. A következő 24 állítás került kizárásra:

ÉRZ_13. Ami nem pusztít el, az erősebbé tesz lelkileg.

ÉRZ_21. A stressz minden esetben káros az egészségünkre.

ÉRZ_54. Az egészség az a képességünk, amikor szeretni és dolgozni tudunk.

ÉRZ_60. A boldogság a lelki egészség szinonímája.

FIZ_26. Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.

FIZ_39. Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.

FIZ_4. A multivitaminok túladagolhatók.

FIZ_5. A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.

MENT_20. Az elgondolt képek és elképzelések nem ugyanúgy hatnak a testre és a közérzetre, mintha valóban átéltük volna őket.

MENT_32. Aki pozitívan gondolkodik, az egészségesebben és tovább él.

MENT_57. Az egyének egészségmagatartása automatikusan megváltozik, ha az egészségről bővebb ismereteket szereznek.

MENT_8. A feladatok halogatása és a döntésképtelenség rombolja a mentális egészséget.

SPIR_2. Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.

SPIR_46. A betegség pozitív gondolkodással és imával gyógyítható.

SPIR_6. A spirituális jóllét jobb mentális egészséggel jár együtt.

SPIR_7. A meditáláshoz Buddhistának, de legalábbis vallásosnak kell lenni.

TRSD_12. Egy munkanélküli személy nem lehet egészséges egy olyan társadalomban, amely csak a fizetett munkával rendelkezőket becsüli meg.

TRSD_14. A fogyatékoság minden esetben kizárja az egészséget.

TRSD_47. Az egészség társadalmi meghatározóinak erősebb hatása van az egészségünkre, mint egészségmagatartásunknak.

TRSD_9. Csak az élhet egészségesen, aki gazdag.

TÁRS_23. A lelki egészségünk egyik alapfeltétele, hogy legalább egy intim kapcsolattal rendelkezünk.

TÁRS_35. A házasság, függetlenül attól, hogy az jó vagy rossz, pozitív hatással van a pszichés egészségre.

TÁRS_48. A társas kapcsolatos pozitívan befolyásolják a személy egészségmagatartását.

TÁRS_56. A „jó kapcsolat” sosem konfliktusos, feszültségteli viszony.

Az azonosított problémás tételek kizárásával az újraszámított Cronbach-alfa értékek minden dimenzióban jelentős javulást mutattak, meghaladva a 0,70-es küszöböt. A hat dimenzió finomított megbízhatósági együtthatói a következők voltak: érzelmi ($\alpha = 0,739$), fizikai ($\alpha = 0,759$), mentális ($\alpha = 0,731$), spirituális ($\alpha = 0,819$), társadalmi ($\alpha = 0,719$) és társas ($\alpha = 0,760$). Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a módosított skálák elfogadható és jó belső konzisztenciával rendelkeznek, ami arra utal, hogy az egyes dimenziókon belüli tételek koherensebben mérik az egyes egészség dimenziók mögöttes konstrukcióit.

A legkevésbé konzisztens itemek kizárása valószínűleg csökkentette a mérési hibákat és javította a skálák homogenitását. A javított Cronbach-alfa értékek egy megbízhatóbb értékelési eszközt tükröznek, ami döntő fontosságú a későbbi elemzések és értelmezések érvényessége szempontjából. A belső konzisztencia fokozása erősíti a kérdőív használhatóságát az egészség dimenziók sokrétűségének megragadásában.

A 29. táblázat a leíró statisztikákat és a belső konzisztencia méréseket mutatja be a hat egészség dimenzió skálára vonatkozóan 327 résztvevő esetében (kivéve a Társas egészséget, amelynek 325 résztvevője van). Az értékelt skálák a következők: Fizikai egészség, Mentális egészség, Érzelmi egészség, Spirituális egészség, Társas egészség és Társadalmi egészség. Minden skála 6 tételből áll, amelyek a „Itemek” oszlopban jelennek meg.

29. táblázat. A 6 egészség dimenzió skála leíró statisztikái

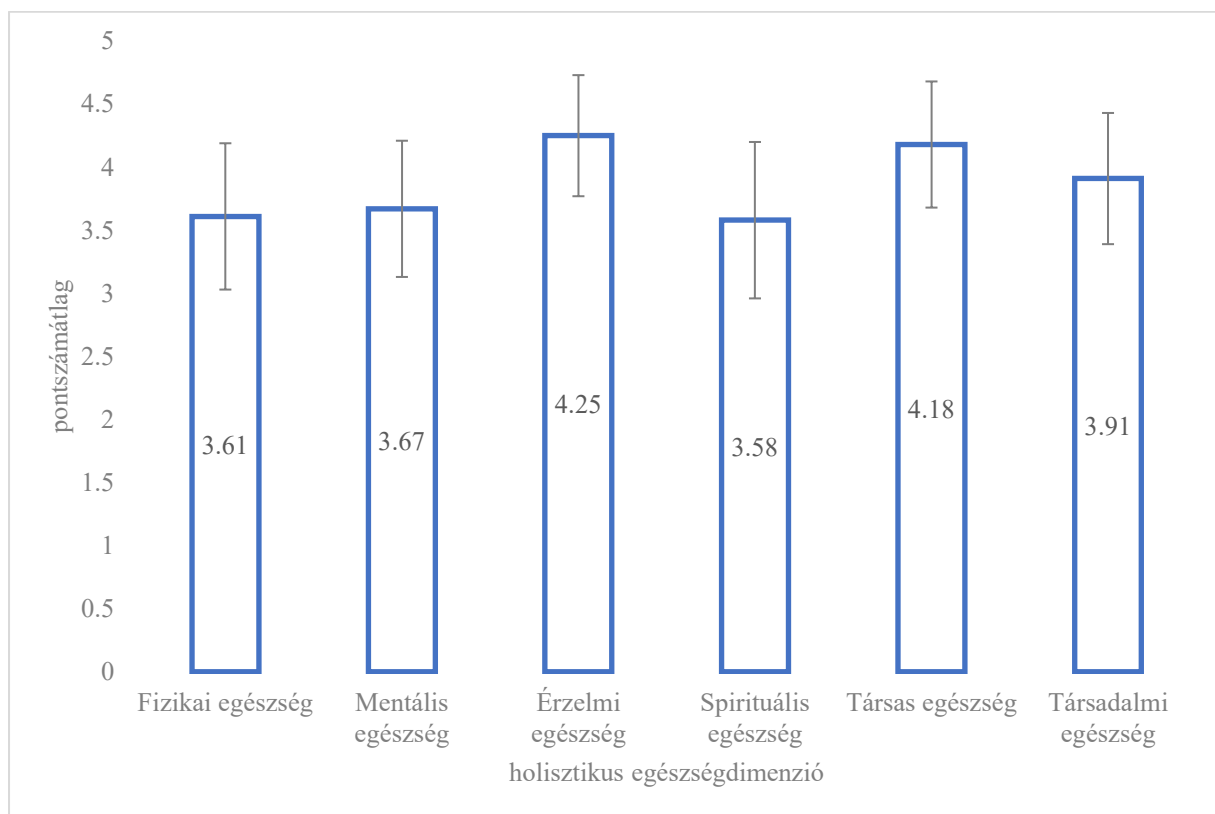
<i>Skála</i>	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Itemek</i>	<i>Cronbach alfa</i>
Fizikai egészség	327	2,00	5,00	3,61	0,58	6	0,759
Mentális egészség	327	2,17	5,00	3,67	0,54	6	0,731
Érzelmi egészség	327	2,67	5,00	4,25	0,48	6	0,739
Spirituális egészség	327	2,00	5,00	3,58	0,62	6	0,819
Társas egészség	325	1,50	5,00	4,18	0,50	6	0,760
Társadalmi egészség	327	2,00	5,00	3,91	0,52	6	0,719

Az egészség hat dimenziójára – a testi, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi egészségre – vonatkozó leíró statisztikák értékes betekintést nyújtanak a minta jellemzőibe és a használt skálák megbízhatóságába. Minden skálát alkotó itemek esetében lehetőség volt az ötfokozatú Likert skálán válaszolni (1-5).

A Fizikai egészség esetében a mintanagyság $N = 327$ fő volt, a pontszámok 2,00 és 5,00 között változtak. Az átlagos pontszám 3,61 ($SD = 0,58$), és a skála megbízhatósága a Cronbach-alfa szerint 0,759 volt, ami jó belső konzisztenciára utal. A Mentális egészség mintaelemszáma is 327 fő volt, minimum 2,17, maximum 5,00 pontszámmal. Az átlagos pontszám valamivel magasabb volt, 3,67 ($SD = 0,54$), a megbízhatóság pedig 0,731, ami elfogadható belső konzisztenciát jelez. Az Érzelmi egészség minimum 2,67, maximum 5,00 pontot mutatott a 327 résztvevő között. Az átlagos pontszám viszonylag magas volt, 4,25 ($SD = 0,48$), a Cronbach-alfa 0,739, ami jó megbízhatóságot tükröz. A Spirituális egészség azonos mintaszámmal minimum 2,00, maximum 5,00 pontot kapott. Az átlagos pontszám 3,58 ($SD = 0,62$), és ennek a dimenzióknak volt a legmagasabb a megbízhatósági együtthatója, 0,819, ami nagyon jó belső konzisztenciát jelez. A Társas egészséget valamivel kisebb mintán ($N = 325$) értékelték, 1,50 és 5,00 közötti pontszámokkal. Az átlagos pontszám 4,18 ($SD = 0,50$), a megbízhatóság 0,760 volt, ami továbbra is elfogadhatónak tekinthető. Végül a Társadalmi egészség minta mérete 327 volt, 2,00 és 5,00 közötti pontszámmal. Az átlagos pontszám 3,91 ($SD = 0,52$), a Cronbach-alfa pedig 0,719 volt, ami jó megbízhatóságot jelez.

A 29. táblázat a hat összeállított egészségdimenziós skála leíró statisztikáit és megbízhatósági becsléseit mutatja be 327 válaszadó adatai alapján. Mindegyik skála az észlelt egészség különböző aspektusait képviseli: fizikai, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi. A közölt statisztikák, beleértve a minimális és maximális megfigyelt értékeket, átlagokat, szórásokat, az elemek számát és a Cronbach-alfa-együtthatókat, betekintést nyújtanak abba, hogy a válaszadók hogyan értékelték az egészséggel kapcsolatos állításokat ezeken a területeken, és milyen következetesen mérték a tételek az egyes konstrukciókat.

A 9. ábra a hat egészségdimenzióhoz tartozó hallgatói pontszámátlagokat és szóródásokat mutatja be oszlopdiagram formájában.



9. ábra. Hallgatói pontszámátlagok eloszlása hat egészségdimenzió mentén

A hat dimenzióban az átlagos pontszámok azt mutatják, hogy a válaszadók általában pozitívan értékelték az egészségállításokat, különösen az érzelmi egészség ($M = 4,25$) és a társas egészség ($M = 4,18$) tekintetében, mindkettő a skála felső határához közelít. Ezzel szemben a spirituális ($M = 3,58$) és a fizikai egészség ($M = 3,61$) átlagpontszáma alacsonyabb volt, ami nagyobb változékonyságra vagy potenciális kihívásokra utal ezeken a területeken. A mentális egészség ($M = 3,67$) és a társadalmi egészség ($M = 3,91$) viszonylag mérsékelt pontszámokkal szerepelnek.

A szórások 0,48 és 0,62 között mozognak, ami mérsékelt változékonyságot tükröz a válaszadók egészségállításokra adott értékelései tekintetében a különböző dimenziókban. Ez a változékonyság azért fontos, mert az egészséggel kapcsolatos tapasztalatok vagy értelmezések egyéni különbségeit vonja maga után, különösen a spirituális egészség esetében, amely a legnagyobb szóródást mutatta ($SD = 0,62$), talán a spiritualitás szubjektívebb és személyre szabottabb természete miatt.

A megbízhatósági együtthatók, amint azt a Cronbach-alfa jelzi, 0,719 és 0,819 között mozognak, ami elfogadhatónak tekinthető a jó belső konzisztencia szintjéig. Ez arra utal, hogy minden hatelemes skála megbízhatóan rögzíti az egészségértékelés koherens dimenzióját. Nevezetesen, a spirituális egészség elérte a legmagasabb alfa-értéket ($\alpha = 0,819$), ami azt jelzi, hogy az e skálán belüli elemek szorosan összefüggenek egymással, és következetesen ugyanazt a mögöttes konstrukciót mérik.

Összefoglalva, az adatok azt mutatják, hogy a mintában szereplő válaszadók egészségállításkra adott értékelése általában magasabb az érzelmi és a társas egészség területén, és valamivel alacsonyabb a spirituális és a fizikai egészség területén. A konzisztencia mutatók elfogadható belső megbízhatóságot mutatnak, megerősítve a skálák szerkezetének megbízhatóságát. Ezek az eredmények alátámasztják az egészségérzékelés többdimenziós voltát.

Független mintás t-próbák segítségével összehasonlítottuk az alap- (BA) és a mesterképzésben (MA) tanuló hallgatók egyes egészség dimenziók mentén elemzett válaszait. Az egyes dimenziókban mutatott eredményeket az alábbiakban részletezzük (30. táblázat).

30. táblázat. Az egészség dimenzió skálák összehasonlító tesztstatisztikái a képzési szint szerint

<i>Egészség dimenzió skála</i>	<i>Szak</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Levene (F, szig)</i>	<i>T-próba (t, szig)</i>
Fizikai egészség	mesterképzés	101	3,554	0,585	0,082	-1,106
	alapképzés	223	3,631	0,578	0,775	0,270
Mentális egészség	mesterképzés	100	3,736	0,490	2,828	1,393
	alapképzés	223	3,646	0,559	0,094	0,165
Érzelmi egészség	mesterképzés	101	4,270	0,450	1,112	0,448
	alapképzés	223	4,245	0,484	0,292	0,654
Spirituális egészség	mesterképzés	101	3,664	0,631	0,025	1,696
	alapképzés	223	3,537	0,621	0,875	0,091
Társas egészség	mesterképzés	100	4,180	0,416	2,649	-0,167
	alapképzés	222	4,190	0,526	0,105	0,867
Társadalmi egészség	mesterképzés	100	3,936	0,502	0,221	0,668
	alapképzés	223	3,895	0,520	0,638	0,504

A testi egészség tekintetében a BA hallgatók ($N = 223$) átlagos pontszáma 3,63 ($SD = 0,58$), míg az MA hallgatók ($N = 101$) átlagos pontszáma 3,55 ($SD = 0,59$). A csoportok közötti különbség statisztikailag nem volt szignifikáns, $t(322) = -1,106$, $p = 0,270$, és az egyenlő szórások feltételezése teljesült, $F(1, 322) = 0,082$, $p = 0,775$.

A mentális egészség tekintetében a BA hallgatók ($N = 223$) átlagos pontszáma 3,65 ($SD = 0,56$), míg az MA hallgatók ($N = 100$) átlagos pontszáma 3,74 ($SD = 0,49$). Az átlagok közötti különbség statisztikailag nem volt szignifikáns, $t(321) = 1,393$, $p = 0,165$, és egyenlő szórásokat lehetett feltételezni, $F(1, 321) = 2,828$, $p = 0,094$.

Az érzelmi egészség tekintetében a BA hallgatók ($N = 223$) átlagpontszáma 4,25 ($SD = 0,48$), az MA hallgatók ($N = 101$) pedig 4,27 ($SD = 0,45$) volt. A különbség statisztikailag nem volt szignifikáns, $t(322) = 0,448$, $p = 0,654$, egyenlő szórások feltételezése mellett, $F(1, 322) = 1,112$, $p = 0,292$.

Ami a spirituális egészséget illeti, a BA hallgatók ($N = 223$) átlagos pontszáma 3,54 ($SD = 0,62$), míg az MA hallgatók ($N = 101$) átlagos pontszáma 3,66 ($SD = 0,63$). A különbség megközelítette a szignifikanciát, de statisztikailag nem volt szignifikáns, $t(322) = 1,696$, $p = 0,091$, egyenlő varianciák feltételezésével, $F(1, 322) = 0,025$, $p = 0,875$.

A társas egészségnél a BA hallgatók ($N = 222$) átlagos pontszáma 4,19 ($SD = 0,53$), míg az MA hallgatók ($N = 100$) átlagos pontszáma 4,18 ($SD = 0,42$). A csoportok közötti különbség statisztikailag nem volt szignifikáns, $t(320) = -0,167$, $p = 0,867$, egyenlő szórások feltételezése mellett, $F(1, 320) = 2,649$, $p = 0,105$.

Végül, a társadalmi egészség tekintetében a BA hallgatók ($N = 223$) átlagos pontszáma 3,90 ($SD = 0,52$), míg az MA hallgatók ($N = 100$) átlagos pontszáma 3,94 ($SD = 0,50$). A különbség statisztikailag nem volt szignifikáns, $t(321) = 0,668$, $p = 0,504$, egyenlő szórások feltételezése mellett, $F(1, 321) = 0,221$, $p = 0,638$.

Összességében az eredmények azt mutatják, hogy az egészség hat dimenziójában vizsgált állításokkal történő egyetértés fokában nem volt szignifikáns különbség a BA és MA hallgatók között. Ez arra utal, hogy a képzési szint, legyen az alap- vagy mester-, nem befolyásolja jelentősen a mintában szereplő hallgatók egészséggel kapcsolatos elképzeléseit.

A válaszadók közül 28-an járnak a NAT2020 egészségfejlesztéssel, egészségneveléssel kapcsolatos előírásainak közvetítésére felkészítő osztatlan vagy osztott tanári mesterszakra, amelyet a továbbiakban NAT2020 egészségreleváns szaknak fogunk rövidíteni, míg 49 fő nem ilyen tanári szakon tanul. Az alacsony elemszám miatt a két csoport összehasonlítása előtt elvégeztük a Kolmogorov-Smirnov-féle normalitás-tesztet (31. táblázat).

A 30. táblázat hat egészségdimenziós skála összehasonlító elemzését mutatja be a mesterképzésben és az alapképzésben részt vevő hallgatók között, független mintás t-tesztek segítségével. A leíró statisztikák (átlagok és szórások) a Levene-féle varianciaegyenlőségi teszt és a csoportkülönbségek t-próbája mellett láthatók. Ennek az elemzésnek az a célja, hogy

megállapítsa, hogy az egyes dimenziók mentén az egészségállítások szignifikánsan eltérnek-e a két képzési szint között.

Összességében a leíró statisztikák azt mutatják, hogy az átlagos pontszámok az összes dimenzióban viszonylag hasonlóak a két csoport között, és a t-teszt eredményeiből nincs lényeges vagy statisztikailag szignifikáns különbség.

- A fizikai egészség dimenzióban felsorolt állítások esetében valamivel alacsonyabb értékek születtek a mesterképzésben részt vevő hallgatók ($M = 3,554$), mint az alapképzésben részt vevő hallgatók ($M = 3,631$) esetében, de a különbség statisztikailag nem volt szignifikáns ($t = -1,106$, $p = 0,270$). A Levene-teszt eredménye ($F = 0,082$, $p = 0,775$) a varianciák homogenitását jelzi, ami indokolja a standard t-próba alkalmazását.
- A mentális egészség dimenzió állításainak értékelése marginálisan magasabb átlagot mutatott a mesterképzésben részt vevők körében ($M = 3,736$), mint az alapképzésben ($M = 3,646$) részt vevők esetében, de ez a különbség sem volt statisztikailag szignifikáns ($t = 1,393$, $p = 0,165$). A Levene-teszt ($F = 2,828$, $p = 0,094$) nem egyenlő eltéréseket javasolt, de még mindig elfogadható tartományon belül a teszt folytatásához.
- Az érzelmi egészség dimenzióban mutatkozó pontszámok szinte azonosak voltak a csoportokban, szignifikáns különbség nem volt ($t = 0,448$, $p = 0,654$). a Levene teszt egyenlő eltéréseket igazolt ($F = 1,112$, $p = 0,292$).
- A spirituális egészség dimenzió állításainak értékelése valamivel magasabb átlagot mutatott a mesterszakos hallgatók körében ($M = 3,664$) az alapképzési hallgatókhoz képest ($M = 3,537$), és bár a különbség megközelítette a konvencionális szignifikanciaszinteket, nem érte el a küszöböt ($t = 1,696$, $p = 0,091$).
- A társas egészség és a társadalmi egészség állításainak értékelése közel azonos átlagot mutatott a csoportok között, a statisztikai szignifikanciától távol eső eltérésekkel (társas egészség: $t = -0,167$, $p = 0,867$; társadalmi egészség: $t = 0,668$, $p = 0,504$), ami a társas és a társadalmi egészség közös értelmezésére utal.
- A társadalmi egészség statisztikai eredményeit tekintve a mesterszakos hallgatók átlagpontszáma ($M = 3,936$) valamivel magasabb volt, mint az alapszakos hallgatóké ($M = 3,895$), de ez a különbség statisztikailag nem volt szignifikáns ($t = 0,668$, $p = 0,504$). A Levene-teszt sem mutatott ki szignifikáns szóráskülönbséget ($F = 0,221$, $p = 0,638$), ami megerősíti, hogy a t-próba egyenlő szórásokra vonatkozó feltételezése érvényes.

Összefoglalva, az elemzés feltárja, hogy a képzési szint (alap- vs. mester) nem befolyásolja szignifikánsan az egészségállítások értékelését a hat dimenzió egyikében sem. Bár vannak kisebb eltérések az átlagokban, egyik sem érte el a statisztikai szignifikanciát, ami arra utal, hogy ebben a mintában nagyjából hasonló az egészség értelmezése az egyes képzési szinteken tanulók körében. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a képzési szint önmagában nem tesz különbséget a hallgatók között abban a tekintetben, hogy hogyan értékelik az egészségállításokat a mentális, fizikai, érzelmi, spirituális, társas vagy társadalmi dimenziókban.

31. táblázat. Az egészség dimenzió skálák normalitásteszt-eredményei annyak függvényében, hogy a kitöltő NAT2020 egészségreleváns szakra jár vagy sem

Skála	NAT2020 egészségreleváns szak			NAT2020 nem egészségreleváns szak		
	D	df	Szig	D	df	Szig
Fizikai egészség	0,163	28	0,054	0,142	49	0,015
Mentális egészség	0,123	27	0,200	0,099	49	0,200
Érzelmi egészség	0,175	28	0,027	0,200	49	<0,001
Spirituális egészség	0,125	28	0,200	0,122	49	0,068
Társas egészség	0,144	27	0,156	0,126	49	0,049
Társadalmi egészség	0,168	27	0,049	0,159	49	0,003

Mivel a normalitás csak a „Mentális egészség” és a „Spirituális egészség” skálák esetén teljesült, így azon esetekben paraméteres, míg a többi esetben nem-paraméteres próbával hajtottuk végre az összehasonlítást (31. táblázat).

A jelenlegi elemzés független mintás t-tesztok segítségével hasonlította össze a mentális és a spirituális egészség dimenzióit a NAT2020 egészség szempontjából releváns szakokra beiratkozott hallgatók és azok között, akik nem ilyen szakra járnak. Az eredményeket alább részletezzük (32. táblázat).

32. táblázat. A „Mentális egészség” és a „Spirituális egészség” skálák összehasonlító tesztstatisztikái a NAT2020 szak (egészségreleváns vagy nem) szerint

Skála	NAT2020 egészségreleváns szak				Levene (F, szig)	T-próba (t, szig)
	szak	N	M	SD		
Mentális egészség	Igen	27	3,820	0,608	5,464	0,488
	Nem	49	3,755	0,434	0,022	0,628
Spirituális egészség	Igen	28	3,858	0,604	0,029	1,885
	Nem	49	3,587	0,610	0,866	0,063

Mentális egészség esetében a NAT2020 egészségreleváns szakos hallgatók ($N = 27$) átlagpontszáma 3,82 ($SD = 0,61$), míg a nem egészségreleváns szakon tanulók ($N = 49$) átlagpontszáma 3,76 ($SD = 0,43$). A varianciaegyenlőség Levene-próbája szignifikáns volt, $F(1, 74) = 5,464$, $p = 0,022$, ami azt jelzi, hogy a két csoport közötti eltérések egyenlőtlenek. Következésképpen az egyenlőtlen varianciák t-próbáját alkalmaztuk, amely nem mutatott ki szignifikáns különbséget a csoportok között, $t(40,941) = 0,488$, $p = 0,628$.

A spirituális egészség tekintetében az egészségreleváns szakon tanulók ($N = 28$) átlagpontszáma 3,86 ($SD = 0,60$), míg a nem egészségreleváns szakokon tanulók ($N = 49$) átlagos pontszámot értek el. 3,59 ($SD = 0,61$). A varianciaegyenlőség Levene-tesztje nem volt szignifikáns, $F(1, 75) = 0,029$, $p = 0,866$, ami arra utal, hogy a szórások egyenlőek voltak a csoportok között. A t-próba olyan különbséget mutatott ki, amely megközelítette a szignifikanciát, de statisztikailag nem volt szignifikáns, $t(75) = 1,885$, $p = 0,063$.

Összefoglalva, az eredmények nem mutatnak statisztikailag szignifikáns különbséget a mentális és spirituális egészségpontszámok között a NAT2020 egészséggel kapcsolatos szakokra beiratkozott hallgatók és azok között, akik nem ilyenre járnak. A mentális egészség tekintetében a szignifikáns varianciakülönbség ellenére a t-próba nem mutatott ki szignifikáns különbséget az átlagpontszámokban. A spirituális egészség tekintetében az átlagpontszámok különbsége megközelítette a szignifikanciát, de nem érte el a hagyományos küszöböt. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a NAT2020 egészségreleváns szakokra való beiratkozás nem befolyásolja szignifikánsan a hallgatók mentális és spirituális egészség dimenziókban adott válaszait ebben a mintában. Ezen összefüggések alaposabb feltárása érdekében további kutatásokra lehet szükség nagyobb mintamérettel.

33. táblázat. A „Mentális egészség” és a „Spirituális egészség” skálák összehasonlító tesztstatisztikái a NAT2020 szak (egészségreleváns vagy nem) szerint

Skála	NAT2020 egészségreleváns					Mann-Whitney		
	szak	N	M	Me	SD	U	Z	Sig
Fizikai egészség	Igen	28	3,530	3,500	0,579	601,5	-0,900	0,368
	Nem	49	3,616	3,616	0,635			
Érzelmi egészség	Igen	28	4,206	4,333	0,483	594	-0,984	0,325
	Nem	49	4,327	4,327	0,441			
Társas egészség	Igen	27	4,264	4,200	0,417	604	-0,629	0,529
	Nem	49	4,201	4,201	0,388			
Társadalmi egészség	Igen	27	4,000	4,167	0,583	545	-1,273	0,203
	Nem	49	3,878	3,878	0,482			

Az elemzés összehasonlította a fizikai, érzelmi, társadalmi és társas egészség dimenziókat a NAT2020 egészségreleváns szakokra beiratkozott hallgatók és azok között, akik nem ilyen szakokra járnak, a Mann-Whitney U-teszt segítségével, az adateloszlások nem normálissága miatt. Az egyes dimenziók eredményeit az alábbiakban részletezzük (33. táblázat).

Fizikai egészség tekintetében a NAT2020 egészségreleváns szakon tanulók ($N = 28$) átlagpontszáma 3,53 ($Me = 3,50$, $SD = 0,58$), míg a nem egészségreleváns szakon tanulók ($N = 49$) átlagos pontszámot értek el. Az átlagos pontszám 3,62 ($Me = 3,62$, $SD = 0,64$). A Mann-Whitney U teszt azt mutatta, hogy nincs szignifikáns különbség a csoportok között ($U = 601,5$, $Z = -0,900$, $p = 0,368$).

Az érzelmi egészség tekintetében az egészségreleváns szakon tanulók ($N = 28$) átlagpontszáma 4,21 ($Me = 4,33$, $SD = 0,48$), szemben a nem egészségreleváns szakokon tanulókkal ($N = 49$), akiknek átlagos pontszáma 4,33 ($Me = 4,33$, $SD = 0,44$). A Mann-Whitney U teszt nem mutatott ki szignifikáns különbséget a csoportok között ($U = 594$, $Z = -0,984$, $p = 0,325$).

A társas egészség esetében az egészségreleváns szakon tanulók ($N = 27$) átlagpontszáma 4,26 ($Me = 4,20$, $SD = 0,42$), míg a nem egészségreleváns szakon tanulók ($N = 49$) átlagpontszámmal rendelkeztek. Az átlagos pontszám 4,20 ($Me = 4,20$, $SD = 0,39$). A Mann-Whitney U teszt nem mutatott szignifikáns különbséget a csoportok között ($U = 604$, $Z = -0,629$, $p = 0,529$).

Végül a Társadalmi egészség területén az egészségreleváns szakon tanulók ($N = 27$) átlagpontszáma 4,00 ($Me = 4,17$, $SD = 0,58$), szemben a nem egészségreleváns szakokon tanulókkal ($N = 49$), akiknek átlagos pontszáma 3,88 ($Me = 3,88$, $SD = 0,48$). A Mann-Whitney U teszt nem mutatott ki szignifikáns különbséget a csoportok között ($U = 545$, $Z = -1,273$, $p = 0,203$).

Összefoglalva, a Mann-Whitney U teszt eredményei azt mutatják, hogy nincs szignifikáns különbség a fizikai, érzelmi, társadalmi és társas egészségpontszámokban a NAT2020 egészségreleváns szakokra beiratkozott hallgatók és azok között, akik nem ilyen szakra járnak. Ez arra utal, hogy a NAT2020 egészségreleváns szakokra való beiratkozás nem befolyásolja szignifikánsan az egyes egészség dimenzióiban adott válaszokat a mintában szereplő hallgatók körében.

5.2.3. Egészségkép

A 34. táblázatban mutatjuk be a „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót?” kérdésre adott válaszok egészség dimenziókénti említési gyakoriságát képzési szintenként és az összehasonlító tesztstatisztikákat.

34. táblázat. A „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót?” kérdésre adott válaszok egészség dimenziókénti említési gyakorisága képzési szintenként és az összehasonlító tesztstatisztikák

Egészség dimenzió	MA	BA	Khi-négyzet	df	Szig.
Fizikai	88,5%	85,6%	0,495	1	0,482
Mentális	17,7%	24,0%	1,532	1	0,216
Érzelmi	32,3%	32,7%	0,005	1	0,945
Társas	11,5%	8,7%	0,599	1	0,439
Társadalmi	30,2%	20,7%	3,304	1	0,069
Spirituális	18,8%	24,2%	1,101	1	0,294

Nem volt szignifikáns összefüggés a képzési szint (MA vs. BA) és a fizikai egészségre utaló képelem említésének gyakorisága között, $\chi^2(1) = 0,495$, $p = 0,482$. Az MA hallgatók (88,5%) és a BA hallgatók (85,6%) hasonló gyakorisággal említették ezt a dimenziót.

Nem volt szignifikáns összefüggés a képzési szint és a mentális egészségre utaló képelem említésének gyakorisága között, $\chi^2(1) = 1,532$, $p = 0,216$, az MA hallgatók 17,7%-a és a BA hallgatók 24,0%-a említett ilyet.

A khi-négyzet teszt nem mutatott szignifikáns összefüggést a képzési szint és az érzelmi egészségre utaló képelem említése között, $\chi^2(1) = 0,005$, $p = 0,945$. Az MA-hallgatók (32,3%) és a BA-hallgatók (32,7%) közel azonos arányban említették az érzelmi egészséget.

Nem találtunk szignifikáns összefüggést a képzési szint és a társas egészségre utaló képelem említése között, $\chi^2(1) = 0,599$, $p = 0,439$. A társas egészséget az MA hallgatók 11,5%-a, a BA hallgatók 8,7%-a említette.

A képzési szint és a társadalmi egészségre utaló képelem említésének gyakorisága között majdnem szignifikáns összefüggés mutatkozott, $\chi^2(1) = 3,304$, $p = 0,069$. Az MA hallgatók nagyobb százaléka (30,2%) említette a társadalmi egészséget, mint a BA hallgatóké (20,7%), de ez nem érte el a statisztikai szignifikanciát.

Nem volt szignifikáns összefüggés a képzési szint és a spirituális egészségre utaló képelem említésének gyakorisága között, $\chi^2(1) = 1,101$, $p = 0,294$. A spirituális egészséget az MA hallgatók 18,8%-a, a BA hallgatók 24,2%-a említette.

Összefoglalva, a khi-négyzet teszt eredményei azt mutatták, hogy nem volt statisztikailag szignifikáns különbség az MA és a BA hallgatók között a hat egészségdimenzió bármelyike

említésének gyakoriságában, amikor az egészségre gondolnak. Az volt a tendencia, hogy a társadalmi egészséget a BA hallgatókhoz képest többet említették az MA hallgatók, de ez nem érte el a statisztikai szignifikancia konvencionális szintjeit (35. táblázat).

35. táblázat. A „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót?” kérdésre adott válaszok egészség dimenziókénti említési gyakorisága a NAT2020 szak (egészségreleváns vagy nem) szerint és az összehasonlító tesztstatisztikák

<i>Egészség dimenzió</i>	<i>NAT2020 egészségreleváns szak</i>	<i>NAT2020 nem egészségreleváns szak</i>	<i>Khi- négyzet</i>	<i>df</i>	<i>Szig.</i>
Fizikai	88,5%	91,7%	0,202	1	0,653
Mentális	26,9%	16,7%	1,098	1	0,295
Érzelmi	38,5%	31,3%	0,392	1	0,531
Társas	7,7%	10,4%	0,146	1	0,702
Társadalmi	34,6%	20,8%	1,679	1	0,195
Spirituális	30,8%	12,5%	3,670	1	0,055

Nem volt szignifikáns különbség a fizikai egészségre utaló képelem említésének gyakoriságában a NAT2020 egészségreleváns szakos (88,46%) és a nem egészségreleváns szakos hallgatók (91,67%) között, $\chi^2(1) = 0,202$, $p = 0,653$.

Nem találtunk szignifikáns különbséget a mentális egészségre utaló képelem említésének gyakoriságában a NAT2020 egészségreleváns szakosok (26,92%) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakosok (16,67%) között, $\chi^2(1) = 1,098$, $p = 0,295$.

Az érzelmi egészségre utaló képelem említésének gyakorisága nem különbözött szignifikánsan a NAT2020 egészségreleváns szakon (38,46%) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakon tanulók között (31,25%), $\chi^2(1) = 0,392$, $p = 0,531$.

Nem volt szignifikáns különbség a társas egészségre utaló képelem említésének gyakoriságában a NAT2020 egészségreleváns szakos (7,69%) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakos hallgatók (10,42%) között, $\chi^2(1) = 0,146$, $p = 0,702$.

A khi-négyzet teszt nem mutatott szignifikáns különbséget a társadalmi egészségre utaló képelem említésének gyakoriságában a NAT2020 egészségreleváns szakosok (34,62%) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakosok (20,83%) között, $\chi^2(1) = 1,679$, $p = 0,195$.

Szignifikáns különbség mutatkozott a spirituális egészségre utaló képelem említésének gyakoriságában a NAT2020 egészségreleváns szakon tanulók között (30,77%) a nem NAT2020 egészségreleváns szakos hallgatókhoz képest (12,5%), $\chi^2(1) = 3,67$, $p = 0,055$, ami azt jelzi, hogy a NAT2020 egészségreleváns szakosok hajlamosabbak lehetnek a spirituális egészségre

utaló elemek megadására is, bár ez az érték éppen a statisztikai szignifikancia hagyományos küszöbértéke felett volt.

Összefoglalva, a khi-négyzet elemzés nem mutatott statisztikailag szignifikáns különbséget a NAT2020 egészségreleváns és nem NAT2020 egészségreleváns szakos hallgatók között a legtöbb egészség dimenzió említésének gyakorisága tekintetében. Az volt a tendencia, hogy a spirituális egészséget inkább a NAT2020 egészségreleváns szakos hallgatók említették meg, ami megközelítette, de nem érte el a hagyományos statisztikai szignifikancia szinteket (35. táblázat).

36. táblázat. Az egészségfogalom megállapítások egészségdimenzióinak összehasonlítása szakok (BA/MA) szerint

<i>Egészség dimenzió</i>	<i>Képzési szint</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Levene teszt (F, p)</i>	<i>T-teszt (t, p)</i>
Fizikai	mesterképzés	96	3,49	1,609	0,445	0,313
	alapképzés	221	3,43	1,706	0,505	0,754
Mentális	mesterképzés	96	0,91	1,027	1,631	1,613
	alapképzés	221	0,73	0,841	0,202	0,108
Érzelmi	mesterképzés	96	0,63	0,785	0,836	1,158
	alapképzés	221	0,52	0,671	0,361	0,248
Társas	mesterképzés	96	0,38	0,567	6,342	1,729
	alapképzés	221	0,26	0,524	0,012	0,086
Társadalmi	mesterképzés	96	0,49	0,711	0,065	0,698
	alapképzés	221	0,43	0,695	0,799	0,485
Spirituális	mesterképzés	96	0,72	0,903	7,471	1,601
	alapképzés	221	0,55	0,722	0,007	0,112

Nem volt szignifikáns különbség a fizikai egészség figyelembevételének átlagos számában az MA hallgatók ($M = 3,49$, $SD = 1,609$) és a BA hallgatók ($M = 3,43$, $SD = 1,706$) között, $t(315) = 0,313$, $p = .754$.

Nem volt szignifikáns különbség a mentális egészség figyelembevételének átlagos számában az MA hallgatók ($M = 0,91$, $SD = 1,027$) és a BA hallgatók ($M = 0,73$, $SD = 0,841$) között, $t(315) = 1,613$, $p = .108$.

Nem volt szignifikáns különbség az érzelmi egészség figyelembevételének átlagos számában az MA hallgatók ($M = 0,63$, $SD = 0,785$) és a BA hallgatók ($M = 0,52$, $SD = 0,671$) között, $t(315) = 1,158$, $p = .248$.

A társas egészség figyelembevételének átlagszáma az MA hallgatók körében ($M = 0,38$, $SD = 0,567$) nem különbözött szignifikánsan a BA hallgatókétól ($M = 0,26$, $SD = 0,524$),

$t(168,517) = 1,729$, $p = 0,086$, annak ellenére, hogy a Levene-teszt egyenlőtlen szórásokat jelez, $F(168,517) = 6,342$, $p = 0,012$.

Nem volt szignifikáns különbség a társadalmi egészség figyelembevételének átlagos számában az MA-hallgatók ($M = 0,49$, $SD = 0,711$) és a BA hallgatók ($M = 0,43$, $SD = 0,695$) között, $t(315) = 0,698$, $p = .485$.

Nem volt szignifikáns különbség a spirituális egészség figyelembevételének átlagos számában az MA hallgatók ($M = 0,72$, $SD = 0,903$) és a BA hallgatók ($M = 0,55$, $SD = 0,722$) között, $t(150,118) = 1,601$, $p = .112$, bár a Levene-próba egyenlőtlen szórásokat jelzett, $F(150,118) = 7,471$, $p = 0,007$.

Összefoglalva, az eredmények azt mutatják, hogy nem volt statisztikailag szignifikáns különbség az MA és a BA hallgatók között az összes kategórián belül figyelembe vett egészség dimenziók átlagos számában. Míg a mentális, társadalmi és spirituális egészség dimenzióiban különbségek mutatkoztak, az MA hallgatók valamivel magasabb pontszámot értek el, mint a BA hallgatók, ezek a különbségek nem voltak statisztikailag szignifikánsak (36. táblázat).

A válaszadók közül 28-an járnak NAT2020 egészségreleváns szakra, míg 49 nem NAT2020 egészségreleváns szakra. Mivel az előbbi csoport elemszáma egyetlen kérdés esetén sem érheti el a 30-at, ezért a két csoport a „Milyen kép jut eszedbe, amikor meghallod az egészség szót?” válaszainak összehasonlítása előtt elvégeztük a Kolmogorov-Smirnov-féle normalitás-tesztet (37. táblázat).

Az egészség mind a hat dimenziójában – fizikai, mentális, érzelmi, társas, társadalmi és spirituális – az eredmények azt mutatják, hogy a válaszok eloszlása mindkét csoportban jelentősen eltér a normalitástól, mivel minden p -érték a konvencionális 0,05-ös szignifikanciaszint alatt van.

A NAT2020 egészségreleváns szakokra járó hallgatók esetében a normalitást minden dimenzióban elutasítottuk. A legszélsőségesebb eltérést a mentális egészség dimenziójában találtuk ($D = 0,337$, $p < 0,001$), ami kifejezett, nem normális eloszlásra utal, ami potenciálisan ferdeségre, görcsösségre vagy multimodális mintára utal abban, ahogy ezek a hallgatók a mentális egészség fogalmát értelmezik vagy hivatkoznak rá. Hasonló szignifikáns eltérések voltak megfigyelhetők a normalitástól más dimenziókban is, mint például a társadalmi ($D = 0,386$, $p < 0,001$) és a társas egészség ($D = 0,306$, $p < 0,001$) dimenzióiban, ami tovább erősíti azt az elképzelést, hogy ebben a csoportban a válaszok nem szimmetrikusan oszlanak el.

A nem NAT2020 egészségreleváns szakokra járók körében is hasonló a minta, minden p -érték szintén 0,05 alá esik. Ez azt mutatja, hogy az egészségdimenziók konceptualizálásában a nem-normalitás nem korlátozódik a NAT2020 egészségreleváns képzésben vagy oktatásban

részesülő csoportra, hanem a szélesebb résztvevői csoportban is jelen van. Érdekes módon ebben a csoportban a társas egészség dimenziója ($D = 0,466$, $p < 0,001$) mutatta a legnagyobb eltérést, ami arra utal, hogy a nem NAT2020 egészségreleváns képzésekre járó hallgatók körében a társas egészség szempontok különösen nem egységesek.

Összefoglalva, a teszteredmények azt mutatják, hogy az egészségállításokra vonatkozó koncepcióalkotási feladatra adott válaszok nem követnek normális eloszlást egyetlen egészségdimenzióban sem, függetlenül attól, hogy a válaszadó NAT2020 egészségreleváns képzésben vesz részt, vagy sem – heterogén és potenciálisan polarizált egészségfelfogást mutatnak, és bizonyos dimenziók felülreprezentáltak vagy alulreprezentáltak fogalmi kereteikben.

37. táblázat. Az egészségfogalommal kapcsolatos feladatra adott válaszok egészségdimenzió számának normalitásteszt-eredményei annak függvényében, hogy a kitöltő NAT2020 egészségreleváns szakra jár vagy sem

<i>Egészség dimenzió</i>	<i>NAT2020 egészségreleváns szak</i>	<i>D</i>	<i>df</i>	<i>Szig</i>
Fizikai	Igen	0,213	27	0,003
	Nem	0,143	47	0,017
Mentális	Igen	0,337	27	<0,001
	Nem	0,243	47	<0,001
Érzelmi	Igen	0,281	27	<0,001
	Nem	0,309	47	<0,001
Társas	Igen	0,306	27	<0,001
	Nem	0,466	47	<0,001
Társadalmi	Igen	0,386	27	<0,001
	Nem	0,400	47	<0,001
Spirituális	Igen	0,258	27	<0,001
	Nem	0,369	47	<0,001

Mivel a NAT2020 egészségreleváns szakra járó 27 hallgató válaszai nem követnek normális eloszlás a 6 egészség dimenzió egyikében sem, ezért az összehasonlítást a nem-paraméteres Mann-Whitney féle próbával végeztük el (38. táblázat).

38. táblázat. Az egészség asszociációs válaszok egészségdimenzióinak összehasonlító tesztstatisztikái a NAT2020 szak (egészségreleváns vagy nem) szerint

NAT2020								
Egészség dimenzió	egészség- releváns szak	N	M	SD	Me	M-W U	Z	Szig.
Fizikai	Igen	27	3,78	1,368	4	605,5	-0,333	0,739
	Nem	47	3,53	1,653	4			
Mentális	Igen	27	0,96	1,018	1	608,5	-0,312	0,755
	Nem	47	0,94	1,131	1			
Érzelmi	Igen	27	0,67	0,679	1	589,5	-0,561	0,575
	Nem	47	0,60	0,712	0			
Társas	Igen	27	0,59	0,636	1	450,0	-2,506	0,012
	Nem	47	0,26	0,488	0			
Társadalmi	Igen	27	0,44	0,641	0	585,5	-0,671	0,502
	Nem	47	0,38	0,739	0			
Spirituális	Igen	27	0,85	0,818	1	509,5	-1,550	0,121
	Nem	47	0,60	0,876	0			

Nem volt statisztikailag szignifikáns különbség a fizikai egészség figyelembevételének átlagos számában a NAT2020 egészségreleváns szakos hallgatók ($Me = 4$) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakos hallgatók ($Me = 4$) között, $U = 605,5$, $z = -0,333$, $p = .739$.

Nem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a NAT2020 egészségreleváns szakosok ($Me = 1$) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakosok ($Me = 1$) között a mentális egészség figyelembevétele során, $U = 608,5$, $z = -0,312$, $p = 0,755$.

Nem volt statisztikailag szignifikáns különbség abban, hogy a NAT2020 egészségreleváns szakosok átlagosan hányszor vették figyelembe az érzelmi egészséget ($Me = 1$) a nem NAT2020 egészségreleváns szakosokhoz képest ($Me = 0$), $U = 589,5$, $z = -0,561$, $p = 0,575$.

Statisztikailag szignifikáns különbség volt a társas egészség figyelembevételének átlagos számában, a NAT2020 egészségreleváns szakosok ($Me = 1$) ezt többször megtették, mint a nem NAT2020 egészségreleváns szakosok ($Me = 0$), $U = 450,0$, $z = -2,506$, $p = .012$.

Nem volt statisztikailag szignifikáns különbség a NAT2020 egészségreleváns szakosok ($Me = 0$) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakosok ($Me = 0$) között a társadalmi egészséggel kapcsolatos mérlegelésükben, $U = 585,5$, $z = -0,671$, $p = 0,502$.

Szignifikáns különbség volt megfigyelhető a NAT2020 egészségreleváns szakosok ($Me = 1$) tekintetében, ahol a spirituális egészséget jobban figyelembe vették, mint a nem NAT2020 egészségreleváns szakosok ($Me = 0$), de ez a különbség nem érte el a statisztikai szignifikanciát, $U = 509,5$, $z = -1,550$, $p = .121$.

Összefoglalva, az egyetlen szignifikáns különbség a társas egészség dimenzióban volt megfigyelhető, ahol a NAT2020 egészségreleváns szakosok nagyobb valószínűséggel vették figyelembe a társas egészséget, mint a nem NAT2020 egészségreleváns szakosok. Az összes többi egészség dimenzió esetében nem volt statisztikailag szignifikáns különbség a tekintetben, hogy a NAT2020 egészségreleváns szakok hányszor vették figyelembe őket a nem NAT2020 egészségreleváns szakosokhoz képest. A spirituális egészség tendenciája azt sugallja, hogy a NAT2020 egészségreleváns szakosok gyakrabban fontolgathatják ezt a dimenziót, de az eredmény nem volt statisztikailag szignifikáns.

5.2.4. Egészségpontok elosztása

A 39. táblázat azt mutatja be, hogy a különböző képzési szinteken – mester- és alapképzésen – tanuló hallgatók összesen 100 egészségpontot osztottak ki négy egészségmeghatározó tényező között: életmód, egészségügyi ellátórendszer, genetikai tényezők és környezeti hatások. Az elemzés leíró statisztikákat (átlag és szórás), Levene-féle varianciaegyenlőségi tesztet és független mintás t-próbákat tartalmaz a csoportkülönbségek felmérésére.

39. táblázat. Az egészségpontok szétosztásának összehasonlítása képzési szintek szerint

<i>Egészségpont</i>	<i>képzési szint</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Levene teszt (F, p)</i>	<i>T-teszt (t, p)</i>
Életmód	mesterképzés	100	40,01	16,961	0,418	1,507
	alapképzés	221	37,10	15,588	0,518	0,133
Egészségügyi ellátórendszer	mesterképzés	99	15,79	8,947	0,001	-2,476
	alapképzés	220	18,95	11,176	0,971	0,014
Genetikai adottságok	mesterképzés	100	24,02	14,938	1,222	0,02
	alapképzés	222	23,98	13,913	0,27	0,984
Környezeti hatások	mesterképzés	100	18,52	8,213	3,404	-2,957
	alapképzés	222	22,57	12,557	0,066	0,003

Az MA hallgatók átlagosan 40,0 pontot osztottak az életmódra, ami nem tért el szignifikánsan a BA hallgatók által kiosztott 37,1 ponttól, $t(319) = 1,507$, $p = ,133$.

Szignifikáns különbség volt az MA és a BA hallgatók között az egészségügyi ellátórendszer pontjainak kiosztásában, az MA hallgatók kevesebb pontot adtak ($M = 15,79$, $SD = 8,9467$), mint a BA hallgatók ($M = 18,947$, $SD = 11,1761$), $t(317) = -2,476$, $p = 0,014$.

Nem találtunk szignifikáns különbséget az MA ($M = 24,018$, $SD = 14,9383$) és a BA ($M = 23,984$, $SD = 13,9132$) hallgatók között a genetikai adottságokhoz rendelt pontok számában, $t(320) = 0,02$, $p = 0,984$.

Az MA hallgatók szignifikánsan kevesebb pontot ($M = 18,5$, $SD = 8,213$) rendeltek a környezeti hatásokhoz a BA hallgatókhoz képest ($M = 22,6$, $SD = 12,56$), $t(320) = -2,957$, $p = 0,003$.

Összefoglalva, az MA hallgatók lényegesen kevesebb pontot adtak az egészségügyi ellátórendszerre és a környezeti hatásokra, mint a BA hallgatók. Nem volt szignifikáns különbség az életmódra és a genetikai adottságokra kiosztott pontok tekintetében a két tanulócsoporthoz (39. táblázat).

A t-próbák eredményei statisztikailag szignifikáns különbségeket mutatnak a négy egészségmeghatározó közül kettőben a két képzési szint között.

Egészségügyi ellátórendszer: Az alapképzésben részt vevő hallgatók szignifikánsan több pontot adtak az egészségügyi ellátórendszerre ($M = 18,95$, $SD = 11,176$), mint a mesterképzésben résztvevők ($M = 15,79$, $SD = 8,947$), és ez a különbség statisztikailag szignifikáns ($t = -2,4076$, $p = 2,4076$). A Levene-teszt nem jelezte a variancia homogenitási feltételezésének megsértését ($F = 0,001$, $p = 0,971$). Ez az eredmény azt sugallja, hogy az alapképzésben résztvevő hallgatók az egészségügyi ellátórendszert úgy érzékelik, mint amely befolyásosabb szerepet játszik az egészséggel kapcsolatos eredményekben, ami valószínűleg az egészség multifaktoriális természetének kevésbé árnyalt megértését vagy az intézményi tényezők nagyobb hangsúlyát tükrözi.

Környezeti tényezők: Az alapszakos hallgatók itt is szignifikánsan több pontot adtak ($M = 22,57$, $SD = 12,557$) a mesterképzéshez képest ($M = 18,52$, $SD = 8,213$), a különbség elérte a statisztikai szignifikanciát ($t = -2,957$, $p = 0,03$). A Levene-teszt megközelítette a szignifikanciát ($F = 3,404$, $p = 0,066$), ami jelez az esetleges varianciaegyenlőség hiánya miatt, de nem elég ahhoz, hogy érvénytelenítse az eredményt. Ez arra utal, hogy az alapképzésben részt vevő hallgatók nagyobb valószínűséggel hangsúlyozzák az egészséget befolyásoló környezeti tényezőket, ami vagy egy külsőbb hozzárendelési stílusra, vagy az integrált egészségnevelésnek való korlátozott kitettségére utalhat.

Életmód: Bár a mesterszakos hallgatók valamivel több pontot ($M = 40,01$, $SD = 16,961$) adtak, mint az alapképzésben tanulók ($M = 37,10$, $SD = 15,588$), a különbség statisztikailag nem volt szignifikáns ($t = 1,507$, $p = 0,133$). Ez arra utal, hogy mindkét csoport általánosságban elismeri az életmód jelentős szerepét, igazodva a népegészségügyi konszenzushoz, bár a mesterszakos hallgatók valamivel nagyobb hangsúlyt fektethetnek erre.

Genetikai tényezők: Az allokációk közel azonosak voltak (mester: $M = 24,02$, alap: $M = 23,98$), statisztikailag szignifikáns különbség nélkül ($t = 0,02$, $p = 0,984$). Ez az eredmény azt jelzi, hogy a genetikai hajlamok szerepének tulajdonított érték a képzési szintek között

megosztott, ami arra utal, hogy a képzési szinttől függetlenül stabilan megértjük ezt a meghatározó tényezőt.

Összefoglalva, ezek az eredmények arra utalnak, hogy a képzési szint befolyásolja azt, hogy a hallgatók hogyan képzelik el bizonyos egészségmeghatározó tényezők relatív fontosságát, különösen az intézményi és környezeti hatások tekintetében.

A válaszadók közül 28-an járnak NAT2020 egészségreleváns szakra, míg 49 nem NAT2020 egészségreleváns szakra jár. Mivel az előbbi csoport elemszáma egyetlen kérdés esetén sem érheti el a 30-at, ezért a két csoport elosztott egészségpontjainak vizsgálata előtt elvégeztük a Kolmogorov-Smirnov-féle normalitás-tesztet (40. táblázat).

40. táblázat, Az elosztott egészségpontok normalitásteszt-eredményei annak függvényében, hogy a kitöltő NAT2020 egészségreleváns szakra jár vagy sem

NAT2020				
Egészségpont	egészségreleváns szak	D	df	Szig,
Életmód	Igen	0,127	27	0,200
	Nem	0,142	49	0,015
Egészségügyi ellátórendszer	Igen	0,158	27	0,083
	Nem	0,203	48	<0,001
Genetikai adottságok	Igen	0,168	27	0,050
	Nem	0,153	49	0,006
Környezeti hatások	Igen	0,216	27	0,002
	Nem	0,152	49	0,007

Ahol a NAT2020 egészségreleváns szakra járó 27 hallgató válaszai nem követtek normálist eloszlás ott az összehasonlítást a nem-paraméteres Mann-Whitney féle próbával végeztük el (41. táblázat).

41. táblázat. Az egészségpontok szétoztásának összehasonlítása NAT 2020 szerint (Életmód, Egészségügyi ellátórendszer)

<i>Egészségpont</i>	<i>szak NAT2020</i>				<i>Levene teszt</i> <i>(F, p)</i>	<i>T-teszt</i> <i>(t, p)</i>
	<i>egészségrelevanciája</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Életmód	NAT2020 egészségreleváns szak	27	42,78	14,763	0,578	1,285
	NAT2020 nem egészségreleváns szak	49	37,59	17,873	0,449	0,203
Egészségügyi ellátórendszer	NAT2020 egészségreleváns szak	27	16,00	8,884	0,142	0,226
	NAT2020 nem egészségreleváns szak	48	15,50	9,278	0,707	0,822

Az életmód dimenzió esetében nem volt statisztikailag szignifikáns különbség a NAT2020 egészségreleváns szakra járó hallgatók által kiosztott pontok között ($M = 42,778$, $SD = 14,7631$) a nem NAT2020 egészségreleváns szakra járó hallgatókhoz képest ($M = 37,59$, $SD = 17,8727$), $t(74) = 1,285$, $p = 0,203$. Ez arra utal, hogy mindkét csoport hasonló fontosságot tulajdonít az életmódbeli tényezőknek az egészségben.

Hasonlóan, nem volt statisztikailag szignifikáns különbség az egészségügyi ellátórendszerhez jutó pontok kiosztásában a NAT2020 egészségreleváns szakra járó hallgatók ($M = 16$, $SD = 8,8839$) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakra járó hallgatók között ($M = 15,504$, $SD = 9,278$), $t(73) = 0,226$, $p = 0,822$. Ez azt jelzi, hogy mindkét csoport diákjai hasonlóan érzékelik az egészségügyi ellátórendszer egészségre gyakorolt hatását.

Összességében az adatok nem mutatnak szignifikáns különbséget az életmód vagy az egészségügyi ellátórendszer egészséghez való hozzájárulása fontosságának megítélésében a NAT2020 egészségreleváns szakra járó és a nem ilyen szakra járó hallgatók között.

42. táblázat. Az egészségpontok szétosztásának összehasonlítása NAT 2020 szerint (Életmód, Egészségügyi ellátórendszer)

Egészség dimenzió	NAT2020 egészségreleváns szak		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Me</i>	<i>M-W U</i>	<i>Z</i>	<i>Szig.</i>
	Igen	Nem							
Genetikai adottságok	Igen		27	21,96	10,3867	20	609,0	-0,575	0,565
	Nem		49	25,02	16,3488	20			
Környezeti hatások	Igen		27	18,52	6,7674	20	649,0	-0,139	0,890
	Nem		49	19,10	8,515	20			

A Mann-Whitney U-teszt azt mutatta, hogy nem volt statisztikailag szignifikáns különbség az egészségpontok genetikai adottságokhoz való hozzárendelésében a NAT2020 egészségreleváns szakra járó tanulók ($Me = 20$) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakra járó tanulók ($M = 20$) között, $U = 609,0$, $z = -0,575$, $p = 0,565$. Ez arra utal, hogy mindkét csoport hasonló módon érzékeli a genetikai tényezők egészségben játszott szerepét.

Hasonlóan nem volt statisztikailag szignifikáns különbség az egészségpontok környezeti hatásokhoz való hozzárendelésében a NAT2020 egészségreleváns szakra járó hallgatók ($Me = 20$) és a nem NAT2020 egészségreleváns szakra járó hallgatók ($Me = 20$) között, $U = 649,0$, $z = -0,139$, $p = 0,890$. Ez a megállapítás azt jelzi, hogy mindkét csoport hallgatói hasonló fontosságot tulajdonítanak a környezeti tényezők egészségre gyakorolt hatásának.

Összefoglalva, a Mann-Whitney U-tesztek azt mutatják, hogy nincs jelentős különbség a NAT2020 egészségreleváns szakra járó és a nem ilyen szakra járó hallgatók között abban a

tekintetben, hogy mekkora jelentőséget tulajdonítanak a genetikai és környezeti tényezőknek (42. táblázat).

5.2.5. Szocio-demográfiai változók szerinti elemzések

A Spearman korrelációs elemzés (rho-mutató (ρ)) az egészség dimenziói és a válaszadók édesanyja és édesapja legmagasabb iskolai végzettsége közötti kapcsolatot vizsgálta. Ez az elemzés az oktatási változók sorrendisége miatt megfelelő. Az eredményeket alább részletezzük (43. táblázat).

43. táblázat. Az egészség dimenzió skálák és a szülők iskolai végzettségének összefüggése

Skála	Édesanya legmagasabb iskolai végzettsége			Édesapa legmagasabb iskolai végzettsége		
	N	rho	szig.	N	rho	szig.
Fizikai egészség	321	0,063	0,262	320	0,131	0,019
Mentális egészség	320	0,066	0,238	319	0,007	0,897
Érzelmi egészség	321	0,038	0,501	320	0,092	0,099
Spirituális egészség	321	0,095	0,090	320	0,055	0,329
Társas egészség	319	0,133	0,017	318	0,093	0,098
Társadalmi egészség	320	0,034	0,546	319	0,106	0,059

A fizikai egészség esetében nem volt szignifikáns a korreláció az anya legmagasabb iskolai végzettségével, $\rho(321) = 0,063$, $p = 0,262$. Az apa legmagasabb iskolai végzettségével azonban szignifikáns volt a korreláció, $\rho(320) = 0,131$, $p = 0,019$, ami gyenge pozitív kapcsolatot jelez, azaz a magasabb végzettségű édesapák gyermekeinek várhatóan magasabb a fizikai egészségszdimenzió állításai esetében kapott pontszáma.

A mentális egészség szempontjából az anya legmagasabb iskolai végzettségével való korreláció nem volt szignifikáns, $\rho(320) = 0,066$, $p = 0,238$. Hasonlóan nem volt szignifikáns az összefüggés az apa legmagasabb iskolai végzettségével, $\rho(319) = 0,007$, $p = 0,897$.

Az érzelmi egészség esetében nem volt szignifikáns a korreláció az anya legmagasabb iskolai végzettségével, $\rho(321) = 0,038$, $p = 0,501$. A korreláció az apa legmagasabb iskolai végzettségével sem volt szignifikáns, $\rho(320) = 0,093$, $p = 0,099$.

A spirituális egészség tekintetében nem volt szignifikáns az összefüggés az anya legmagasabb iskolai végzettségével, $\rho(321) = 0,095$, $p = 0,090$. Hasonlóan nem volt szignifikáns az összefüggés az apa legmagasabb iskolai végzettségével, $\rho(320) = 0,055$, $p = 0,329$.

A társas egészség esetében szignifikáns volt a korreláció az anya legmagasabb iskolai végzettségével, $\rho(319) = 0,133$, $p = 0,017$, ami gyenge pozitív kapcsolatra utal, azaz a magasabb végzettségű édesanyák gyermekeinek várhatóan magasabb a társas egészség dimenzió vonatkozásában elért pontszáma. Az apa legmagasabb iskolai végzettségével való korreláció nem volt szignifikáns, $\rho(318) = 0,0929$, $p = 0,0982$.

Végül a társadalmi egészség esetében nem volt szignifikáns az összefüggés az anya legmagasabb iskolai végzettségével, $\rho(320) = 0,034$, $p = 0,546$. A korreláció az apa legmagasabb iskolai végzettségével sem volt szignifikáns, $\rho(319) = 0,106$, $p = 0,059$.

Összefoglalva, az anya legmagasabb iskolai végzettsége szignifikáns, bár gyenge, pozitív korrelációt mutatott a társas egészség dimenzióban elért pontszámmal, míg az apa legmagasabb iskolai végzettsége szignifikáns, gyenge pozitív korrelációt mutatott a fizikai egészség dimenzióban elért pontszámmal. Az összes többi összefüggés nem volt statisztikailag szignifikáns, ami azt jelzi, hogy ebben a mintában nincs szignifikáns kapcsolat a szülők iskolai végzettsége és a fennmaradó egészség dimenziókban elért pontszámok között.

Korrelációelemzéssel vizsgáltuk az egészség dimenziók és két demográfiai változó közötti kapcsolatot: az életkor (Pearson-féle r segítségével) és a lakóhely (Spearman-féle ρ -val). Az egyes dimenziók eredményeit az alábbiakban részletezzük (44. táblázat).

44. táblázat. Az egészség dimenzió skálák, valamint a megkérdezett életkorának és a lakóhely típusának összefüggése

Skála	Életkor			Lakóhely		
	<i>N</i>	<i>r</i>	<i>szig.</i>	<i>N</i>	<i>rho</i>	<i>szig.</i>
Fizikai egészség	326	0,082	0,139	326	-0,012	0,836
Mentális egészség	325	0,070	0,210	325	0,193	<0,001
Érzelmi egészség	326	-0,049	0,379	326	0,031	0,577
Spirituális egészség	326	0,045	0,418	326	-0,014	0,797
Társas egészség	324	-0,026	0,639	324	-0,001	0,984
Társadalmi egészség	325	0,067	0,228	325	-0,010	0,858

A fizikai egészség esetében az életkorral nem volt szignifikáns a korreláció, $r(326) = 0,082$, $p = 0,139$. Hasonlóan, a lakóhellyel való korreláció sem volt szignifikáns, $\rho(326) = -0,012$, $p = 0,836$. Ez azt jelzi, hogy sem az életkor, sem a lakóhely nem függ össze a fizikai egészség pontszámok különbségeivel.

A mentális egészség szempontjából az életkorral való korreláció nem volt szignifikáns, $r(325) = 0,070$, $p = 0,210$. A lakóhellyel való korreláció azonban szignifikáns volt, $\rho(325) =$

0,193, $p < 0,001$, ami gyenge pozitív kapcsolatot jelez. Ez arra utal, hogy a lakóhely csekély, de jelentős hatással van a mentális egészségpontszámokra, mivel a városi területeken élők jobb pontszámot értek el a mentális egészség dimenzió állításai tekintetében, mint az alacsonyabb rangú településeken élők.

Az érzelmi egészség esetében az életkorral való korreláció nem volt szignifikáns, $r(326) = -0,049$, $p = 0,379$. A lakóhellyel való korreláció sem volt szignifikáns, $\rho(326) = 0,031$, $p = 0,577$. Ezek az eredmények nem mutatnak szignifikáns összefüggést az érzelmi egészségi pontszámok és az életkor vagy a lakóhely között.

A spirituális egészséget tekintve az életkorral való korreláció nem volt szignifikáns, $r(326) = 0,045$, $p = 0,418$. Hasonlóan nem volt szignifikáns a korreláció a lakóhellyel, $\rho(326) = -0,014$, $p = 0,797$. Ez arra utal, hogy nincs szignifikáns kapcsolat a spirituális egészségpontszámok és az életkor vagy a lakóhely változók között.

A társas egészség esetében az életkorral való korreláció nem volt szignifikáns, $r(324) = -0,026$, $p = 0,639$. A lakóhellyel való korreláció sem volt szignifikáns, $\rho(324) = -0,001$, $p = 0,984$. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy a társas egészségpontszámok nem függenek szignifikánsan az életkortól vagy a lakóhelytől.

Végül a Társadalmi egészség esetében az életkorral való korreláció nem volt szignifikáns, $r(325) = 0,067$, $p = 0,228$. A lakóhellyel való korreláció sem volt szignifikáns, $\rho(325) = -0,010$, $p = 0,858$. Ez arra utal, hogy a társadalmi egészségpontszámok nem függenek össze szignifikánsan az életkorral vagy a lakóhellyel.

Összefoglalva, az eredmények azt mutatják, hogy az életkornak nincs szignifikáns korrelációja az egészség egyik dimenziójában mért egészségállításokra adott válaszokkal sem. A lakóhely azonban szignifikáns, bár gyenge, pozitív korrelációt mutat a mentális egészség dimenzióban elért pontszámokkal, ami arra utal, hogy a városiasabb területeken élő egyének valamivel jobb eredményt értek el a mentális egészség dimenzióban értékelt egészségállítások tekintetében, mint a falusiasabb környezetben élők. Egyéb szignifikáns összefüggést nem találtunk a lakóhely és a többi egészség dimenzió között.

5.2.6. Regressziós elemzés

Mind a hat egészségdimenzióban vizsgált skála esetén megkíséreltük a rendelkezésre álló változók segítségével egy lineáris regressziós modell illesztését, amelynek segítségével magyarázhatóvá válnak az eltérések. Minden esetben Forward elimináció segítségével kerestük a szignifikáns változók körét az alábbiak közül: 1. nem; 2. életkor; 3. képzési szint - alap vagy mester; 4. képzés féléve; 5. képzés munkarendje (nappali vagy levelezős); 6. Jelenlegi képzésed

ajánlott tanterve tartalmaz-e egészségfejlesztéssel, egészségneveléssel kapcsolatos kötelező tantárgya(ka)t? (nem, igen); 7. Amikor valamely egészséggel kapcsolatos kérdésről kívánsz tájékozódni, melyik az a forrás, amit a leghitelesebbnek tartasz? (internet, szakkönyv, szülő, tanár, barát, csoporttárs, nagyszülő, orvos, gyógyszerész, reklám, hirdetés, testvér, védőnő).

A Forward elimináció egy lépcsős megközelítés, amelyet a regressziós modellezésben alkalmaznak a prediktív modell felépítésére változók szekvenciális hozzáadásával. A folyamat úgy kezdődik, hogy nincsenek előrejelzők a modellben. Minden lépésben hozzáadódik az a változó, amely a legjelentősebben javítja a modellt – jellemzően olyan kritériumok alapján, mint a legalacsonyabb p -érték vagy az R^2 legnagyobb növekedése –, feltéve, hogy megfelel egy előre meghatározott szignifikanciaküszöbnek (például $p < 0,05$). Ez az eljárás mindaddig folytatódik, amíg semmilyen további változó nem javítja jelentősen a modell illeszkedését. A Forward elimináció különösen hasznos egy parszimonikus modell azonosításához, mivel csak azokat a prediktorokat tartalmazza, amelyek jelentős mértékben hozzájárulnak a függő változó magyarázatához.

A hat egészségdimenzió skála közül csak két esetben – társadalmi és társas egészség – lehetett szignifikáns független változókat találni a modellben, így a továbbiakban azok részleteit közöljük.

5.2.6.1. Társas egészség

A társas egészség dimenzió skála heteroszkedaszticitási tesztjei szignifikáns eredményeket mutattak mind a négy elvégzett tesztben. A heteroszkedaszticitás White-féle tesztje 33,443 khi-négyzet értéket adott 6 szabadságfokkal, ami statisztikailag szignifikáns ($p < 0,001$). A módosított Breusch-Pagan teszt is jelezte a heteroszkedaszticitás jelenlétét, 10,449 khi-négyzet értékkel és 1 szabadságfokkal ($p = 0,001$). A standard Breusch-Pagan teszt megerősítette ezeket az eredményeket, 18,180 khi-négyzet értéket mutatott 1 szabadságfokkal ($p < 0,001$). Végül a heteroszkedaszticitás F-tesztje 10,730 F-értéket adott 1 és 323 szabadságfokkal, ami szignifikáns ($p = 0,001$). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a heteroszkedaszticitás jelen van a társas egészség dimenzió skála regressziós modelljében, ami azt jelzi, hogy a reziduumok variabilitása nem állandó a független változók minden szintjén. A homoszkedaszticitás feltételezésének ezen megsértése miatt a továbbiakban a robosztus standard hibák használatával biztosítottuk a regressziós eredmények érvényességét (45. táblázat).

A társas egészség skála lineáris regressziós modellje három független változót tartalmazott: nem, a szakkönyvek használata az egészséggel kapcsolatos kérdések hiteles

forrásaként, és a barátok használata az egészséggel kapcsolatos kérdések hiteles forrásaként. Az alanyok közötti hatások vizsgálatának eredményeit az alábbiakban részletezzük.

45. táblázat. A társas egészség skála lineáris regressziós modellje – összefoglaló statisztikák

<i>Hatás</i>	<i>Type III SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Szig.</i>	<i>Parciális Eta-négyzet</i>
Korrigált Modell	4,994	3	1,665	7,001	<0,001	0,061
Tengelymetszet	147,238	1	147,238	619,189	<0,001	0,659
Nem (1=Férfi, 2=Nő)	1,671	1	1,671	7,028	0,008	0,021
Forrás=Szakkönyv	1,721	1	1,721	7,236	0,008	0,022
Forrás=Barát	1,452	1	1,452	6,104	0,014	0,019
Hiba	76,331	321	0,238			
Teljes	5764,593	325				
Korrigált Teljes	81,325	324				

Az általános modell statisztikailag szignifikáns volt, ami azt jelzi, hogy a független változók együttesen magyarázzák a társas egészség dimenzió pontszámok varianciájának szignifikáns részét ($F(3, 321) = 7,001$, $p < 0,001$, parciális $\eta^2 = 0,061$). Ez a modell a társas egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 6,1%-át magyarázza, amint azt az R-négyzet érték is jelzi ($R^2 = 0,061$, korrigált $R^2 = 0,053$).

A nem szignifikáns előrejelzője volt a társas egészség dimenzió pontszámnak ($F(1, 321) = 7,028$, $p = 0,008$, parciális $\eta^2 = 0,021$). A társas eta négyzetes érték azt jelzi, hogy a nem magyarázza a társas egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 2,1%-át, ami kicsi, de statisztikailag szignifikáns hatás.

Szignifikáns prediktor volt a szakkönyvek hiteles forrásként való felhasználása az egészséggel kapcsolatos kérdésekben ($F(1, 321) = 7,236$, $p = 0,008$, parciális $\eta^2 = 0,022$). Ez azt sugallja, hogy azok az egyének, akik a szakmai könyveket tekintik a leghitelesebb egészséggel kapcsolatos információforrásnak, általában eltérő társas egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek, ami magyarázza a pontszámok eltérésének körülbelül 2,2%-át.

Hasonlóképpen, a barátok megkérdezése az egészséggel kapcsolatos problémák hiteles forrásaként szignifikáns előrejelző volt ($F(1, 321) = 6,104$, $p = 0,014$, parciális $\eta^2 = 0,019$). Ez a változó magyarázza a társas egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 1,9%-át, ami azt jelzi, hogy a barátokra támaszkodó egészség információk összefüggenek a társas egészség dimenzió pontszámainak különbségeivel.

Összefoglalva, a társas egészség dimenzió regressziós modellje statisztikailag szignifikáns, és azt jelzi, hogy a nem, a szakkönyvek használata és a barátok megkérdezése az egészség információk hiteles forrásaként mind-mind szignifikáns előrejelzője a társas egészség

dimenzió pontszámoknak. A statisztikai szignifikancia ellenére a megmagyarázott variancia viszonylag kicsi, ami arra utal, hogy a modellben nem szereplő egyéb tényezők is fontos szerepet játszhatnak a társas egészség dimenzió meghatározásában.

46. táblázat. A társas egészség skála lineáris regressziós modellje – paraméterek statisztikái

Paraméter	Robusztus			Parciális		
	B	SE	t	Szig.	Eta- négyzet	VIF
Tengelymetszet	3,891	0,187	20,768	<0,001	0,573	
Nem (1=Férfi, 2=Nő)	0,210	0,098	2,134	0,034	0,014	1,017
Forrás=Szakkönyv	-0,149	0,056	-2,643	0,009	0,021	1,042
Forrás=Barát	-0,195	0,092	-2,123	0,035	0,014	1,045

A társas egészség dimenziót előrejelző regressziós modell robusztus standard hibával történő paraméterbecsléseit az alábbiakban részletezzük (46. táblázat).

A nem szignifikáns előrejelzője volt a társas egészség dimenzióknak ($B = 0,210$, $t = 2,134$, $p = 0,034$, parciális $\eta^2 = 0,014$, $VIF = 1,017$). A pozitív együttható azt jelzi, hogy a nők (2-es kóddal) általában magasabb társas egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek, mint a férfiak (1-es kóddal). A parciális eta-négyzet érték arra utal, hogy a nem magyarázza a társas egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 1,4%-át, ami kicsi, de szignifikáns hatás. Az 1,017-es Variance Inflation Factor (VIF) azt jelzi, hogy a multikollinearitás nem aggályos ennél a prediktornál.

Szignifikáns prediktor volt a szakkönyvek használata, mint az egészséggel kapcsolatos kérdések leghitelesebb forrása ($B = -0,149$, $t = -2,643$, $p = 0,009$, parciális $\eta^2 = 0,021$, $VIF = 1,042$). A negatív együttható azt sugallja, hogy azok a személyek, akik a szakmai könyveket tekintik az egészség információk leghitelesebb forrásának, általában alacsonyabb társas egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek. A parciális eta négyzetes érték azt jelzi, hogy ez a változó a társas egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 2,1%-át magyarázza. Az 1,042-es VIF ismét azt jelzi, hogy nincs probléma a multikollinearitásban.

Hasonlóan szignifikáns volt a barátok megkérdezése az egészséggel kapcsolatos kérdések leghitelesebb forrásaként ($B = -0,195$, $t = -2,123$, $p = 0,035$, parciális $\eta^2 = 0,014$, $VIF = 1,045$). A negatív együttható azt sugallja, hogy azok az egyének, akik barátokra hagyatkoznak az egészséggel kapcsolatos információkért, általában alacsonyabb társas egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek. Ez a prediktor a társas egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 1,4%-át is megmagyarázza. Az 1,045-ös VIF megerősíti, hogy a multikollinearitás nem jelent problémát ennél a változónál.

Összefoglalva, a modell azt jelzi, hogy a nem és az egészséggel kapcsolatos kérdésekben a leghitelesebbnek tartott források (szakkönyvek és barátok) szignifikáns előrejelzői a társas egészség dimenzióknak. A nők általában magasabb társas egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek, míg a szakmai könyvekre és a barátokra, mint az egészséggel kapcsolatos információk hiteles forrásaira hagyatkozás alacsonyabb társas egészség dimenzió pontszámokkal jár. A statisztikai szignifikancia ellenére a hatásméretetek kicsik, ami arra utal, hogy bár ezek a tényezők relevánsak, más, a modellben nem szereplő változók is szignifikáns szerepet játszhatnak a társas egészség dimenzió meghatározásában.

5.2.6.2. Társadalmi egészség

A társadalmi egészség dimenzió skála regressziós modelljének heteroszkedaszticitási tesztjei vegyes eredményeket jeleznek a heteroszkedaszticitás jelenlétét illetően.

A heteroszkedaszticitás White tesztje 15,600 khi-négyszet értéket adott 6 szabadságfokkal, ami statisztikailag szignifikáns ($p = 0,016$). Ez a heteroszkedaszticitás jelenlétére utal a modellben, ami azt jelzi, hogy a reziduumok változékonysága nem biztos, hogy állandó a független változók minden szintjén.

A módosított Breusch-Pagan teszt is jelezte a heteroszkedaszticitás jelenlétét, a khi-négyszet értéke 4,144 és 1 szabadságfok ($p = 0,042$). Ez tovább támasztja azt a következtetést, hogy a heteroszkedaszticitás jelen van a modellben.

A standard Breusch-Pagan teszt 3,321 khi-négyszet értéket produkált 1 szabadságfokkal, ami megközelítette, de nem érte el a statisztikai szignifikanciát ($p = 0,068$). Ez az eredmény a határvonalon van, potenciális heteroszkedaszticitásra utal, de nem nyújt erős bizonyítékot.

Végül a heteroszkedaszticitás F-tesztje 4,172-es F értéket adott 1 és 313 szabadságfokkal, ami szignifikáns ($p = 0,042$). Ez a teszt is alátámasztja a heteroszkedaszticitás jelenlétét a modellben.

Összességében a White teszt, a módosított Breusch-Pagan teszt és az F teszt szignifikáns eredményei azt jelzik, hogy a heteroszkedaszticitás valószínűleg jelen van a társadalmi egészség dimenzió regressziós modelljében. Ez azt jelenti, hogy a reziduumok állandó varianciájának feltételezése sérül, ami befolyásolhatja a standard hibák érvényességét és az általános modelleredményeket. Ennek eredményeként robusztus standard hibákat használtak a modellben a probléma kiigazítására (47. táblázat).

A Társadalmi egészség dimenzió skála lineáris regressziós modellje három független változót tartalmazott: a nemet, azt, hogy az ajánlott tanterv tartalmazza-e az egészségfejlesztéssel és egészségneveléssel kapcsolatos kötelező tantárgyakat, valamint a

képzési szintet (BA vagy MA). Az alanyok közötti hatások vizsgálatának eredményeit az alábbiakban részletezzük.

47. táblázat. A társadalmi egészség skála lineáris regressziós modellje – összefoglaló statisztikák

<i>Hatás</i>	<i>Type III SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Szig.</i>	<i>Parciális Eta- négyzet</i>
Korrigált Modell	5,886	3	1,962	7,976	<0,001	0,071
Tengelymetszet	110,778	1	110,778	450,344	<0,001	0,592
Nem (1=Férfi, 2=Nő)	4,057	1	4,057	16,492	<0,001	0,050
Egészség szak	1,868	1	1,868	7,593	0,006	0,024
Szak (1=BA, 2=MA)	1,343	1	1,343	5,458	0,020	0,017
Hiba	76,501	311	0,246			
Teljes	4904,136	315				
Korrigált Teljes	82,387	314				

Az általános modell statisztikailag szignifikáns volt, ami azt jelzi, hogy a független változók együttesen magyarázzák a társadalmi egészség dimenzió pontszámok varianciájának szignifikáns részét ($F(3, 311) = 7,976$, $p < 0,001$, parciális $\eta^2 = 0,071$). Ez a modell a társadalmi egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 7,1%-át magyarázza, amint azt az R-négyzet érték is jelzi ($R^2 = 0,071$, korrigált $R^2 = 0,062$).

A nem szignifikáns előrejelzője volt a társadalmi egészség dimenzióknak ($F(1, 311) = 16,492$, $p < 0,001$, parciális $\eta^2 = 0,050$). A parciális eta négyzetes érték azt jelzi, hogy a nem magyarázza a társadalmi egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 5,0%-át, ami mérsékelt hatásméret. Ez arra utal, hogy a nők (2-es kóddal) általában magasabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek, mint a férfiak (1-es kóddal).

Szignifikáns prediktor volt az egészségfejlesztéssel és egészségneveléssel kapcsolatos kötelező tantárgyak ajánlott tantervbe foglalása is ($F(1, 311) = 7,593$, $p = 0,006$, parciális $\eta^2 = 0,024$). Ez a változó magyarázza a társadalmi egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 2,4%-át, ami azt jelzi, hogy azok a tanulók, akiknek tantervében kötelező egészséggel kapcsolatos tantárgyak szerepelnek, általában magasabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek.

A képzési szint (BA vagy MA) a társadalmi egészség dimenzió szignifikáns előrejelzője volt ($F(1, 311) = 5,458$, $p = 0,020$, parciális $\eta^2 = 0,017$). Ez a változó a társadalmi egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 1,7%-át magyarázza, ami arra utal, hogy a

mesterszakos hallgatók (MA) általában magasabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek, mint az alapszakos hallgatók (BA).

Összefoglalva, a társadalmi egészség dimenzió regressziós modellje statisztikailag szignifikáns, és azt jelzi, hogy a nem, az egészséggel kapcsolatos kötelező tantárgyak tantervbe foglalása és a tanulmányi szint szignifikáns előrejelzője a társadalmi egészség dimenzió pontszámoknak. A nők, a kötelező egészséggel kapcsolatos tantárgyakat tartalmazó képzésekre járó hallgatók és a végzős hallgatók általában magasabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek. A modell megmagyarázza a variancia szerény részét, ami arra utal, hogy a modellben nem szereplő egyéb tényezők is szerepet játszhatnak a társadalmi egészség dimenzió meghatározásában.

Az alábbiakban részletezzük a társadalmi egészség dimenziót előrejelző regressziós modell robusztus standard hibával végzett paraméterbecsléseit (48. táblázat).

48. táblázat. A társadalmi egészség skála lineáris regressziós modellje – paraméterek statisztikái

Paraméter	Robusztus			Szig.	Parciális	
	B	SE	t		Eta- négyzet	VIF
Tengelymetszet	3,453	0,193	17,886	<0,001	0,507	
Nem (1=Férfi, 2=Nő)	0,345	0,097	3,568	<0,001	0,039	1,114
Egészség szak	0,159	0,061	2,618	0,009	0,022	1,064
Szak (1=BA, 2=MA)	-0,153	0,064	-2,380	0,018	0,018	1,180

A nem szignifikáns előrejelzője volt a társadalmi egészség dimenzióknak ($B = 0,345$, $t = 3,568$, $p < 0,001$, parciális $\eta^2 = 0,039$, $VIF = 1,114$). A pozitív együttható azt jelzi, hogy a nők (2-es kóddal) általában magasabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek, mint a férfiak (1-es kóddal). A parciális eta-négyzet érték arra utal, hogy a nem magyarázza a társadalmi egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 3,9%-át, ami kicsi, de szignifikáns hatás. Az 1,114-es Variance Inflation Factor (VIF) azt jelzi, hogy a multikollinearitás nem aggályos ennél a prediktornál.

Szignifikáns prediktor volt az egészségfejlesztéssel és egészségneveléssel kapcsolatos kötelező tantárgyak ajánlott tantervbe foglalása is ($B = 0,159$, $t = 2,618$, $p = 0,009$, parciális $\eta^2 = 0,022$, $VIF = 1,064$). A pozitív együttható arra utal, hogy azok a hallgatók, akiknek tantervében kötelező egészséggel kapcsolatos tantárgyak szerepelnek, általában magasabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek. A parciális eta négyzetes érték azt jelzi, hogy ez a változó a társadalmi egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül

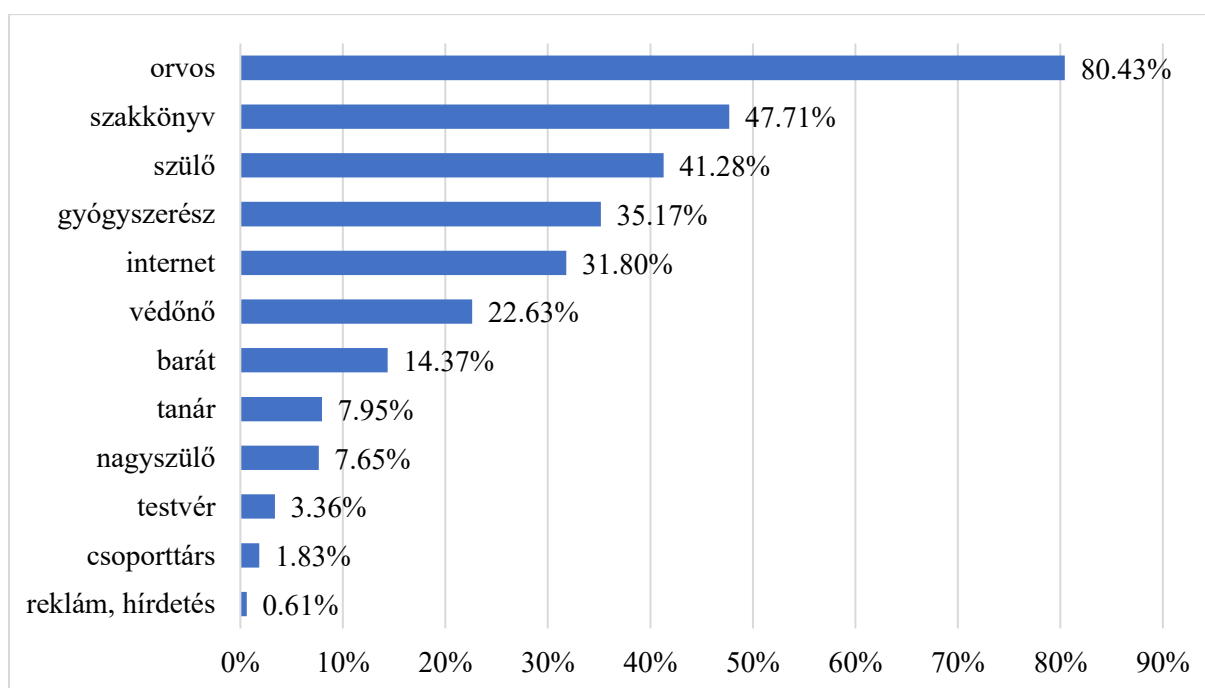
2,2%-át magyarázza. Az 1,064-es VIF ismét azt jelzi, hogy nincs probléma a multikollinearitással.

A képzési szint (BA vagy MA) a társadalmi egészség dimenzió szignifikáns előrejelzője volt ($B = -0,153$, $t = -2,380$, $p = 0,018$, parciális $\eta^2 = 0,018$, $VIF = 1,180$). A negatív együttható azt sugallja, hogy a mesterszakos hallgatók (MA) általában alacsonyabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek, mint az alapszakos hallgatók (BA). Ez a prediktor a társadalmi egészség dimenzió pontszámok varianciájának körülbelül 1,8%-át magyarázza. Az 1,180-as VIF megerősíti, hogy a multikollinearitás nem jelent problémát ennél a változónál.

Összefoglalva, a modell azt jelzi, hogy a nem, az egészséggel kapcsolatos kötelező tantárgyak tantervbe foglalása és a képzési szint szignifikáns előrejelzője a társadalmi egészség dimenzióknak. A nők és azok a hallgatók, akiknek a tantervében kötelező egészséggel kapcsolatos tárgyak szerepelnek, általában magasabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek, míg a végzős hallgatók általában alacsonyabb társadalmi egészség dimenzió pontszámmal rendelkeznek. A statisztikai szignifikancia ellenére a hatásméretek kicsik, ami arra utal, hogy bár ezek a tényezők relevánsak, más, a modellben nem szereplő változók is szignifikáns szerepet játszhatnak a társadalmi egészség dimenzió meghatározásában (48. táblázat).

5.2.7. Egészséggel kapcsolatos információk hitelesnek tartott forrásai

H3-as hipotézisünk igazolására, miszerint „A vizsgált leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek elsődleges forrása az elektronikus média és az otthonról hozott normák.” a nagymintás mérés során a válaszadókat arra kértük, hogy az általunk felsorolt lehetőségek közül jelöljék be azt a 3 információforrást, amelyet a legmegbízhatóbbnak tartanak az egészséggel kapcsolatos ismereteik megszerzésében. A válaszadóknak nem volt lehetőségük a válaszaik rangsorolására, így az egyes források választási aránya azt mutatja, hogy a felkínált lehetőségek közül melyeket tartották hitelesnek, de nem tükrözi azok fontossági sorrendjét. Eredményeinket a 10. ábrán mutatjuk be.



10. ábra. A válaszadók által hitelesnek tartott egészséggel kapcsolatos információforrások

A választási gyakoriságot ábrázoló rangsorban az otthonról hozott normák (szülő, nagyszülő, testvér) összesítve 52,5%-os (171 fő) arányt tesznek ki, ami így az orvos megkérdezése után a második helyet foglalja el. Az elektronikus média (internet) azonban csekélyebb, 31,8%-os választási aránnyal szerepel. Ahogyan a fentiekben is jeleztük, ezekben a választási arányokban nem tükröződik az, hogy a kiválasztott információforrások közül melyeket tartják a megkérdezettek elsődlegesnek, ezért adatainkból csoportokat képeztünk.

Az adatok csoportosítása során három fő kategóriát különítettünk el: 1. szakmai információforrás (szakkönyv, szakfolyóirat, tanár, orvos, gyógyszerész, védőnő, edző), 2. nem szakmai információforrás (internet, szülő, barát, csoporttárs, nagyszülő, reklám, hirdetés, testvér, közösségi média), 3. vegyes (szakmai és nem szakmai is) információforrás. Eredményeinket a 49. táblázat mutatja be.

49. táblázat. A válaszadók által hitelesnek tartott egészséggel kapcsolatos csoportosított információforrások

	fő (%)
1. szakmai információforrás	123 (38,0)
2. nem szakmai információforrás	15 (4,6)
3. vegyes (szakmai és nem szakmai is) információforrás	186 (57,4)

Az eredmények szerint a válaszadók 38,0%-a kizárólag szakmai információforrásokra támaszkodik, 4,6%-uk kizárólag nem szakmai forrásokat használ, míg a többség (57,4%) mindkét típusú forrást egyaránt hitelesnek tartja. Ez az eredmény arra utal, hogy bár a szakmai források jelentős szerepet játszanak, a válaszadók körében szélesebb körben elfogadott a nem szakmai jellegű (a vegyes forrásokat is ideértve) információszerzés is (62,0%). Mivel kutatásunk nem vizsgálta, hogy a felkínált források közül melyek számítanak a válaszadók számára a legfontosabbnak, a csoportosított eredményeink, miszerint a nem szakmai források (ideértve az otthonról hozott normákat és az elektronikus médiát is) választása domináns (62,0%) azt sugallják, hogy a kapcsolódó H3-as hipotézis igazságtartalma magas, ám a fentiek alapján nem igazolható egyértelműen. Ez a kutatásunk egyik módszertani korlátjaként értelmezhető.

5.2.8. Nagymintás mérés összefoglalása

A nagymintás vizsgálat célja az egészség hat különböző dimenziójában – érzelmi, fizikai, mentális, spirituális, társadalmi és társas – az egészséggel kapcsolatos tévképzetek felmérése volt. Minden dimenzióhoz tíz állítást dolgoztunk ki, amelyek közül öt inverz volt, hogy csökkentsék a válaszadók torzítását. A kérdőív eredetileg hatvan állítást tartalmazott, azonban az iteratív finomítás során kizártuk azokat az állításokat, amelyek alacsonyabb korrelációt mutattak az összegzett skálákkal. Ezzel a belső konzisztencia javítása volt a cél, hogy a kérdőív pontosabban mérje a különböző dimenziókat.

A belső konzisztencia megbízhatóságának értékelésére Cronbach-alfa értékeket használtunk. Az egyes dimenziókhoz tartozó értékek a következők voltak: fizikai egészség 0,759, mentális egészség 0,731, érzelmi egészség 0,739, spirituális egészség 0,819, társas egészség 0,760, társadalmi egészség 0,719. Ezek az értékek mind meghaladták a 0,70-es küszöböt, ami azt jelzi, hogy a kérdőív megfelelő belső konzisztenciával rendelkezik, így megbízható mérőeszköznek tekinthető.

Az elemzés részeként leíró statisztikákat is készítettünk, amelyek összefoglalták a hat egészség dimenzió eredményeit. Az egyes dimenziókban a mintanagyság, az átlag, a szórás, valamint a minimum és maximum értékek alapján megállapítható volt, hogy az érzelmi egészség dimenziójában volt a legmagasabb az átlagpontszám ($M = 4,25$), míg a fizikai egészség esetében a legalacsonyabb ($M = 3,61$). Ez azt mutatja, hogy a résztvevők egészséggel kapcsolatos elképzelései általában jól közelítettek a szakirodalmi tényekhez, bár a fizikai egészség dimenzió esetében ez a megfelelés gyengébb volt. Az összehasonlító elemzések során t-próbákat és Mann-Whitney U-teszteket alkalmaztunk a BA és MA hallgatók, valamint a

NAT2020 egészségreleváns és nem egészségreleváns szakos hallgatók között. Az eredmények alapján nem találtunk statisztikailag szignifikáns különbségeket a BA és MA hallgatók között az egyes egészség dimenziókban megfogalmazott állítások értékelése tekintetében. A NAT2020 egészségreleváns szakon tanuló hallgatók esetében sem volt szignifikáns különbség az egészségreleváns és nem egészségreleváns szakosok között a legtöbb dimenzióban.

A regressziós elemzések során két dimenzióban – társadalmi és társas egészség – találtunk szignifikáns független változókat. A társas egészség dimenziójában kiderült, hogy a nők általában magasabb pontszámot értek el, mint a férfiak. Emellett azok az egyének, akik a szakkönyveket és a barátokat tartják a leghitelesebb egészséggel kapcsolatos információforrásnak, jobb pontszámokat értek el a társas egészség dimenzióban. A társadalmi egészség dimenziójában a regressziós modellek vegyes eredményeket mutattak a heteroszkedaszticitás tesztek során, ami arra utal, hogy a modell reziduumainak variabilitása nem állandó, így további robusztus tesztelésre lehet szükség a pontosabb eredmények érdekében.

A nagymintás mérés eredményei alapján megállapítható, hogy az egészség különböző dimenziói közül a spirituális dimenzió mutatkozott a legmagasabb Cronbach-alfa értékkel ($\alpha = 0,819$), ami az egyik legerősebb konzisztenciát jelzi a mért dimenziók között. A válaszadók számára a spirituális egészség dimenzió fontosnak bizonyult, és a mérések szerint e dimenzió iránti érdeklődés erőteljesebb, mint más kategóriák esetében, mint például a társadalmi vagy érzelmi egészség. Az ismeretek forrásai kapcsán a vizsgálat kimutatta, hogy a pedagógusjelöltek magas arányban szerzik nem szakmai információforrásokból (ideértve az elektronikus médiát és az otthonról hozott normákat is) az egészséggel kapcsolatos ismereteiket és vélekedéseiket. Ez arra utal, hogy a családi háttér és a média egyaránt befolyásolja a résztvevők egészségfelfogását, és potenciálisan hozzájárul a tévképzetek kialakulásához, azonban az ennek kapcsán megfogalmazott hipotézisünk egyértelmű alátámasztására nem volt alkalmas a mérőeszközünk.

A vizsgált leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek hátterét a nem, az életkor, a családi háttér és a pedagógusképzés területe szerint is vizsgáltuk. Az eredmények alapján a H2-es hipotézisünk csak részben teljesült. A nemi különbségek tekintetében a társas és a társadalmi egészség dimenziókban a női hallgatók szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, más dimenziókban azonban nem mutatkozott szisztematikus eltérés. Azonban mintánk ezen a téren nem tekinthető reprezentatívnak, mert a kitöltők 14,1%-a volt csak férfi. Az életkorral való összefüggések vizsgálata többnyire nem hozott szignifikáns eredményt. Egyedül a lakóhelynél jelent meg szignifikancia, ami bár gyenge, de pozitív korrelációt mutat a mentális

egészség dimenzióban elért pontszámokkal, ami arra utal, hogy a városiasabb területeken élő egyének valamivel jobb eredményt értek el a mentális egészség dimenzióban értékelt egészségállítások tekintetében, mint a falusiasabb környezetben élők. A családi háttér vonatkozásában az anya legmagasabb iskolai végzettsége gyenge pozitív kapcsolatot mutatott a társas egészség dimenzióval, míg az apa végzettsége a fizikai egészséggel korrelált szignifikánsan, de szintén gyenge mértékben. A pedagógusképzés területének hatása szintén korlátozott volt: az egészségreleváns szakos hallgatók a társas egészség dimenzióban értek el magasabb pontszámot, más dimenziókban azonban nem mutatkozott szignifikáns különbség. Összességében tehát elmondható, hogy bár bizonyos háttérváltozók (különösen a nem, illetve a szülői iskolai végzettség) hatása részben kimutatható volt, az eredmények nem igazolták egyértelműen és átfogóan, hogy a tévképzetek minden vizsgált tényező mentén különbséget mutatnának. Ezért a H2 hipotézis részben teljesült.

H3. A vizsgált leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek elsődleges forrása az elektronikus média és az otthonról hozott normák. Ezt a hipotézisünket a vizsgálat részben igazolta.

6. DISZKUSSZIÓ ÉS ÖSSZEGZÉS

6.1. A kutatás jelentősége

Az egészséggel kapcsolatos tévhitek jelentős hatást gyakorolnak mind az egyének életminőségére, mind az egészségügyi ellátó rendszer működésére. Ezek a tévhitek nemcsak az egyéni döntéshozatalt befolyásolják – például az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét vagy az életmódválasztást –, hanem a társadalmi kommunikáció révén szélesebb körben is hatással vannak a közösségi egészségtudatra. Annak ellenére, hogy külföldi vizsgálatok számos összefüggést feltártak e téren, a magyar kontextusban ilyen irányú kutatások hiányoznak, így a téma feltárása egy jelentős tudományos hiányt pótolhat.

A disszertáció az egészséggel kapcsolatos téves elképzelések természetének megértésére koncentrált, nevezetesen, hogy ezek a hétköznapi tévhitek hogyan formálják az emberek gondolkodását és döntéseit, különösen azokat, akik a jövőben pedagógusként fognak dolgozni. Fontos kérdés, hogy honnan származnak ezek a félreértések, miért maradnak fent hosszú ideig és hogyan hatnak a pedagógusjelöltek szemléletére, amikor majd a gyerekek egészségnevelésével foglalkoznak. Az utóbbi évtizedekben maga az egészség fogalma is nagyot változott, hiszen már nem csak a fizikai jóllét számít, hanem a lelki állapot, az érzelmi stabilitás, a társas és társadalmi kapcsolataink minősége, sőt még a spirituális jóllétünk is, ezért fontos volt annak feltárása, hogy ez a tágabb, holisztikusabb felfogás mennyire épült be a pedagógusképzésbe.

6.2. Kutatási módszerek és eredmények

Többféle kutatási módszer alkalmazására került sor. Egyrészt dokumentumelemzést végeztünk, másrészt pilot- és nagymintás kérdőíves felméréssel vizsgáltuk meg, hogy a pedagógushallgatók milyen tévhiteket tartanak valósnak. A kérdőívek segítségével azt is sikerült megérteni, hogy ezek a tévhitek mennyire jellemzőek általánosan a pedagógushallgatókra. Bár a kutatás során néha nehézségekbe ütköztünk- például nem volt egyszerű pontosan összeállítani a mintát -, végül ezeket a problémákat a kérdőív aprólékos finomhangolásával és a statisztikai módszerek átgondolásával sikerült kiküszöbölni.

Áttekintettük a Magyarországon 2005 óta életbe lépett Nemzeti Alaptantervek szövegeit, illetve megvizsgáltuk azt is, hogy a pedagógusképzés jelenleg mennyire foglalkozik a hallgatók felkészítésével a diákjaik egészségtudatos nevelésére.

A szakirodalom áttekintése során kiderült, hogy az egészséggel kapcsolatos félreértések mögött mélyebb társadalmi, pszichológiai és kulturális okok húzódnak meg. Ezek a tévhitek hétköznapi tapasztalatokból, családi szokásokból és médiából vett információkból épülhetnek

fel, és nagyon sokszor észrevétlenül rögzülnek az emberek gondolkodásában. Részletezésre került az is, hogy ezek a laikus egészségfogalmak milyen közegben jönnek létre és milyen módon maradnak fenn hosszú távon.

A NAT 2020 és vonatkozó dokumentumait elemezve azt tapasztaltuk, hogy az egészségnevelés még mindig főleg a testi egészségre fókuszál, tehát elsősorban a testmozgásra és az egészséges étkezésre. Sokkal kevésbé kap figyelmet a mentális egészség, az érzelmek fejlesztése, vagy éppen a társas kapcsolatok kezelése. Ez a torz szemlélet azt eredményezheti, hogy a tanárok és diákok fejében leegyszerűsödik az egészség képe, így nehezebben alakulhat ki egy valóban tudatos egészségfelfogás.

Az empirikus eredmények alapján az első kutatási kérdésre adott válasz szerint a vizsgált dokumentumok (pl. NAT2020, kerettantervek) tartalmazzanak ugyan egészséggel kapcsolatos célkitűzéseket, de ezek túlnyomórészt a fizikai dimenzióra koncentrálnak. A hallgatók egészségképe szintén dominánsan fizikai jellegű, míg a holisztikus szemlélet más komponensei (spirituális, társadalmi, társas) alul reprezentáltak. A tévképzetek azonosítása szempontjából eredményeink megerősítették, hogy a hallgatók sokszor egyoldalúan, leegyszerűsítve értelmezik az egészség fogalmát. A második kutatási kérdésre adott válasz alapján megállapítható, hogy bár egyes szocio-demográfiai tényezők (pl. nem, szak) hatással vannak az egészségkép részleteire, ezek a hatások jellemzően csak kismértékűek. Az eredmények tehát alátámasztják azt a feltevést, hogy a pedagógusképzés jelenlegi képzési programja nem elégséges a komplex egészségszemlélet kialakításához. A harmadik kutatási kérdésünk kapcsán a válaszadók legfőbb egészséggel kapcsolatos információforrásai körében mind szakmai és nem szakmai információk vegyesen jelentek meg. A negyedik kérdésünk vizsgálata során beigazolódott, hogy a hallgatók nem rendelkeznek ismeretekkel az egészségnevelési feladatok ellátásához szükséges komplex ismeretekkel, főleg gyakorlati szempontból.

6.3. Következtetések

Az eredmények rámutattak, hogy az egészséggel kapcsolatos tévhitek mélyen befolyásolják a leendő pedagógusok gondolkodását és azt is, ahogyan majd a gyerekekkel foglalkoznak az iskolákban. A vizsgálatainkból jól látszik, hogy jelenleg a pedagógushallgatók nem kapják meg azt a megfelelő segítséget a képzés alatt, amivel könnyedén felismerhetnék és korrigálhatnák ezeket a hibás elképzeléseket. Ez azt jelenti, hogy a jövő pedagógusai sokszor úgy kezdenek el dolgozni az iskolákban, hogy ők maguk sem rendelkeznek pontos, átfogó egészségfelfogással. Ezek az eredmények egyértelműen arra mutatnak, hogy szükséges lenne az egészségtan-tanárok/egészségfejlesztés tanárok képzésének felélesztésére, valamint erőteljesebben

hangsúlyozni az egészségneveléssel, egészségfejlesztéssel kapcsolatos kérdésköröket a pedagógusképzésben, hogy a jövő pedagógusai hatékonyabban közvetítsék a valódi, holisztikus egészségfogalmat. Nagyon fontos lenne, hogy ez a témakör valódi, gyakorlati formában is bekerüljön a pedagógusképzésbe, ne csak elméletként. Így nemcsak abban segíthetne a hallgatóknak, hogy felismerjék és kijavítsák a saját téves elképzeléseiket, hanem abban is, hogy pedagógusként majd hogyan kezeljék ugyanezeket a félreértéseket a gyerekek között.

Kutatásunk sikeresen feltárta az egészséggel kapcsolatos tévképzetek meglétét, és azoknak a pedagógushallgatók egészségtudatosságára gyakorolt hatását, ezzel bizonyítva, hogy a tévhitek jelentős szerepet játszanak a pedagógiai nevelés és az egészségnevelés terén. Az eredmények azt mutatták, hogy a jelenlegi pedagógusképzés hiányosságai hozzájárulhatnak a tévképzetek fennmaradásához és tovább terjedéséhez. Ezért kutatásunk rávilágított arra, hogy elengedhetetlen lenne egy dedikált egészségfejlesztés/egészségnevelés tantárgy bevezetése a pedagógusképzésbe, amely a jövő pedagógusait felkészítené az egészséges életmód és egészségtudatosság hiteles közvetítésére a tanulók számára.

Az eredmények több ponton megerősítik a hazai és nemzetközi szakirodalomban leírtakat. A hallgatók egészségfogalma dominánsan fizikai, ami Pikó (2020) vagy Ádány (2023) vizsgálataival megegyező eredményt mutat. Azonban az olyan dimenziók, mint a spirituális vagy a társadalmi egészség háttérbe szorulása ellentétben áll a Sørensen-féle egészségműveltség modell komplexitásával (Sorensen et al., 2012). Ez azt jelzi, hogy bár az elméleti modellek iránymutatóak, azok megjelenése nem egyenletes a hallgatók válaszaiban. A gyermeki megismerés során kialakult séma-alapú ismeretstruktúrák sok esetben nem módosulnak jelentősen felnőttkorra sem, különösen akkor, ha a fogalmi váltást nem kísérte tudatos reflektív nevelési folyamat. A pedagógusképzésben részt vevő hallgatók körében megjelenő tévképzetek háttérében ezek a stabil, gyermekkori tapasztalatokon alapuló struktúrák is meghúzódhatnak, amelyek tovább élnek a felnőttkori tudásban is.

6.4. Limitációk és a továbblépés lehetőségei

A kutatás fókuszában a pedagógushallgatók egészségfelfogása állt, ezért elsődlegesen a jövőbeni pedagógushallgatók szemléleti alapjait kívántuk feltárni. A gyermekek bevonása etikai, engedélyezési és módszertani szempontból is egy önálló kutatási projektet igényelne, amely túlnőtt volna a disszertáció keretein. A gyermekek közvetlen vizsgálata nem zárult volna le időben, és a jelen kutatás céljától részben el is vitte volna a fókuszt. Miután a kutatás nem terjedt ki gyermekek közvetlen megfigyelésére vagy kérdezésére, így az egészségkép alakulásáról csak közvetetten, a hallgatók reflexiói alapján tudunk következtetni. A tanulságok

azonban így is értékesek, különösen az egészségnevelés pedagógusképzési fókuszában. Az eredmények értelmezése így csak közvetetten utalhat arra, hogy a pedagógusok milyen egészségszemléletet közvetítenek a tanulók felé. A gyermekek tényleges befogadói attitűdjéről, fogalmi struktúráiról és értelmezési sémáiról nem rendelkezünk elsődleges adatokkal. Ez korlátozza a kutatás általánosíthatóságát az iskolai gyakorlatra nézve, de nem vonja kétségbe a feltárt szemléleti hiányosságok jelentőségét a pedagógusképzés szempontjából. A következő logikus kutatási irány egy komparatív vizsgálat lenne, amely összeveti a pedagógushallgatók egészségképét a tanulók nézeteivel. Ez kvalitatív és kvantitatív módszerekkel, például tanulói interjúkkal, fogalomtérképekkel, egészségpedagógiai szituációk értelmezésével valósulhatna meg. Így feltérképezhető lenne, hogy a pedagógusjelöltek egészségszemlélete hogyan jelenik meg a tanulók befogadói oldalán, és milyen pontokon torzul, illetve milyen elemei működnek hatékonyan.

A téma további kutatásokat igényelne, mert sok kérdés maradt még nyitottan. Bár a kérdőívünk megbízhatónak és validnak bizonyult, látunk benne még további fejlődési lehetőséget. A kérdőív zárt kérdései és állításai nem közvetlenül a tévképzetek feltárására irányultak, ugyanakkor a válaszmintázatok, mint például a dominánsan fizikai egészségfelfogás, a spirituális és társadalmi dimenziók háttérbe szorulása, alkalmasak arra, hogy az ezek mögött rejlő sémák és ismerettorzulások következtethetőek legyenek. A jövőbeni kutatásokban a kvalitatív megközelítések, például interjúk vagy fogalomtérképes módszerek alkalmasabbak lehetnek a tévképzetek konkrét feltérképezésére. A kérdőíves mérés és a kvantitatív elemzés lehetővé tette a hallgatók egészséggel kapcsolatos állításaival való egyetértés vagy egyet nem értés feltárását, azonban nem adott közvetlen betekintést a tényleges tévképzeteik tartalmába. Ez azt jelenti, hogy elsősorban azt tudtuk azonosítani, mivel nem értettek egyet a résztvevők, de nem tudtunk részletes képet kapni arról, milyen alternatív elképzelések húzódnak meg e mögött. Fontos azonban kihangsúlyozni, hogy nem hiányosságról van szó, hanem a választott módszerből fakadó jellegzetességről. A tévképzetek mélyebb elemzése kvalitatív módszereket igényelne (pl. interjúk, nyílt kérdések elemzése), amelyek a jövőbeni kutatások irányát képezhetik. A jelen vizsgálat eredményei így is rávilágítanak azokra a tartalmakra, amelyeknél magas fokú bizonytalanság vagy eltérő vélekedés mutatkozik a pedagógusjelöltek körében.

H3-as hipotézisünk igazolására, miszerint „A vizsgált leendő pedagógusok egészséggel kapcsolatos tévképzeteinek elsődleges forrása az elektronikus média és az otthonról hozott normák.” A nagymintás mérés során a válaszadókat arra kértük, hogy az általunk felsorolt lehetőségek közül jelöljék be azt a 3 információforrást, amelyet a legmegbízhatóbbnak tartanak

az egészséggel kapcsolatos ismereteik megszerzésében, a válaszadóknak azonban nem volt lehetőségük a válaszaik rangsorolására, így az egyes források választási aránya azt mutatja, hogy a felkínált lehetőségek közül melyeket tartották hitelesnek, de nem tükrözi azok fontossági sorrendjét. Ez a kutatásunk egyik módszertani korlátjaként értelmezhető, melynek kiküszöbölésére minden további vizsgálatban törekedni szükséges.

További kutatások során érdemes lenne megnézni, hogy különböző csoportok (például eltérő kulturális háttérrel rendelkező pedagógushallgatók) vajon ugyanúgy értik-e a kérdéseket. Ez nagyon informatív irány lehetne, mert sokkal jobban értenénk, hogy egy-egy téves elképzelés pontosan miért és hogyan alakul ki az emberekben. További kutatási lehetőségként érdemes lenne megvizsgálni, hogy hogyan kezelik ezeket a problémákat más országokban. Ha a jövőben olyan kutatásokat is végeznének, amelyekben összehasonlítanák a magyar pedagógusképzésben folyó egészségnevelést más országok tapasztalataival, sok hasznos dolgot lehetne megtudni. Ebből kiderülhetne, hogy más országokban milyen megoldások működnek jól, amiket itthon is érdemes lenne kipróbálni.

Kutatásunk nemcsak az egészségtudatos oktatás szempontjából releváns, hanem alapot biztosít jövőbeni vizsgálatok számára is. Célszerű lenne longitudinális kutatással vizsgálni a pedagógusjelöltek egészségtudatosságának fejlődését a képzés különböző szakaszaiban. Ez segíthetne feltárni, hogy milyen hatással van a képzés a tévképzetek csökkentésére és a helyes egészségnevelési, egészségfejlesztési ismeretek elsajátítására. Emellett hasznos lehet kvalitatív módszerekkel is – mélyinterjúk, esettanulmányok – kiegészíteni a kutatást, hogy alaposabban megértsük a pedagógushallgatók egészséggel kapcsolatos tévképzeteit. A további validációs tesztek, mint például a konstrukciós érvényesség, mélyebben rávilágíthatnak a kérdőív dimenzióinak összefüggéseire, és egyértelműen megmutathatják a mérőszám érvényességét. Végezetül, kritikai reflexióra is szükség lehet bizonyos dimenziókban, ahol kisebb hatásméretek vagy nem szignifikáns eredmények mutatkoztak, például a nem és a társas egészség dimenzió közötti kapcsolat vizsgálatakor. Az ilyen területek további elemzése és a kérdőív finomítása hozzájárulhat a mérőeszköz pontosságának további növeléséhez.

6.5. Gyakorlati implikációk

A kutatás eredményei több szinten is gyakorlati következtetéseket vonnak maguk után. Elsősorban arra mutatnak rá, hogy a pedagógusképzésben jelen lévő egészségnevelési, egészségfejlesztési tartalmak nem elegendőek a hallgatók holisztikus egészségszemléletének kialakításához. Ennek hiányában a jövő pedagógusai nem lesznek képesek árnyalt, többdimenziós egészségfelfogást közvetíteni a tanulók felé. A hallgatói tévképzetek magas

aránya indokoltá teszi, hogy a pedagógusképzés során az egészség témaköre ne csak biológiai vagy testnevelési kontextusban jelenjen meg, hanem önálló nevelési célként, integrált pedagógiai tartalomként is. Ennek érdekében javasolt a képzések egészségfejlesztési, egészségpedagógiai tematikájú bővítése, valamint a leendő pedagógusok egészség-szemléletének tudatos formálása.

A kutatás eredményei alapján megállapítható továbbá, hogy a pedagógusjelöltek egészségműveltsége, különösen a holisztikus egészségdimenziók terén csak részben fejlődik a képzésük során. Bár a képzési és kimeneti követelmények, valamint a NAT2020 dokumentumai tartalmazznak egészségfejlesztési és egészségnevelési elemeket, ezek integrációja a pedagógusképzés tantervébe nem teljes körű, és jelentős eltérések mutatkoznak a különböző szakok között. Az egészségműveltség jelenlegi lefedettsége inkább fragmentált, elsősorban a fizikai egészség és az életmódbeli tényezők hangsúlyosak, míg a társadalmi, társas, érzelmi és spirituális dimenziók háttérbe szorulnak. A hallgatók válaszaiból megállapítható, hogy ezeknél a területeknél gyakran jelennek meg tévképzetek. Mindez arra utal, hogy az egészségműveltség fejlesztendő terület a pedagógusképzésben. Az elvárt ismeret mélysége nem csupán alapfogalmak ismeretét jelentené, hanem a hat egészségdimenzió közötti összefüggések megértését, a kritikai gondolkodást és az egészségfejlesztési kompetenciák tudatos alkalmazását is. Eredményeink alapján megfontolandó, hogy a pedagógusképzésben milyen tantárgyi és módszertani keretek biztosíthatják az egészségműveltség holisztikus fejlesztését: több interdiszciplináris tartalom beépítése, gyakorlati egészségfejlesztési projektek, reflektív önértékelési lehetőségek a hallgatók számára. Ezáltal a pedagógusok képesek lennének tudatosabban közvetíteni az egészséggel kapcsolatos ismereteket a tanulók felé, ami hosszú távon az iskolai egészségfejlesztési programok hatékonyságát is növelhetné.

Összességében kutatásunk hozzájárul a magyar pedagógusképzés egészségfejlesztési irányvonalainak megerősítéséhez. Az eredmények alátámasztják az egészségtan/egészségfejlesztés tematikájú önálló kurzus bevezetésének szükségességét, amely segíthet a pedagógusok megfelelő felkészítésében a tanulók egészségtudatosságának megerősítése érdekében. A disszertáció eredményei hozzájárulhatnak a pedagógusképzési programok korszerűsítéséhez. A javasolt egészségnevelési/egészségfejlesztési tantárgy bevezetése fontos lépés lenne a tévképzetek kezelésében, hiszen a pedagógusok jelentős hatással vannak a diákok egészségtudatosságára. Kutatásunk nemcsak az oktatási rendszerre, hanem a társadalom egészére nézve is jelentőséggel bírhat, hozzájárulva az egészségnevelés és az egészséges életmód hangsúlyának erősítéséhez a magyar oktatási rendszerben.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Nehéz szavakat találni arra, hogy milyen sokat jelent nekem azoknak a támogatása, akik az elmúlt években végig mellettem álltak és hittek bennem.

Nagyon sok köszönettel tartozom a témavezetőmnek, Dr. habil Tarkó Klárának, aki a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet intézetvezetője és az Egészségszociológia és Életmód Tanszék tanszékvezetője, dékán, főiskolai tanár. Rengeteg bátorítást, szakmai tanácsot kaptam tőle és a legnehezebb pillanatokban is ott volt, hogy támogasson. Az ő embersége, segítőkészsége nélkül nehezebb lett volna végigcsinálni ezt az utat.

Őszintén köszönöm Prof. Dr. Csapó Benőnek, a Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskolája korábbi vezetőjének és Prof. Dr. Molnár Gyöngyvérnek, az iskola jelenlegi vezetőjének, hogy befogadtak és lehetőséget adtak, hogy egy ilyen kiváló és támogató közösségben tanulhassak. Hálás vagyok azért, hogy bizalmat szavaztak nekem és végig segítettek a fejlődésemet.

Végül szeretném megköszönni szüleimnek, akik számomra az első pillanattól kezdve támaszt jelentettek. Nem tudom eléggé kifejezni, mennyire hálás vagyok nekik a feltétel nélküli szeretetükért, azért a sok türelemért, amivel minden nehézségen átsegítettek. Nélkülük most biztosan nem tartanék itt.

Nyilatkozat

Alulírott, Lipták Mónika Zoé, nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy nem használtam generatív MI eszközöket a disszertációm elkészítéséhez.

Szeged, 2025. 08. 27.


Lipták Mónika Zoé

IRODALOMJEGYZÉK

- Abraham, C., Clift, S., & Grabowski, P. (1999a). Cognitive predictors of adherence to malaria prophylaxis regimens on return from a malarious region: A prospective study. *Social Science & Medicine*, 48, 1641–1654.
- Ackermanné Kelő, K. (2006). Iskola-egészségügyi törekvések a XIX–XX. század fordulóján: Az egészségtan beépülése a hazai tantárgyi rendszerbe. *Studia Caroliensia*, (2), 5–20.
- Adams, J., & Kirkby, R. J. (2001). Exercise dependence and overtraining: The physiological and psychological consequences of excessive exercise. *Sports Medicine, Training and Rehabilitation*, 10, 199–222. <https://doi.org/10.1080/10578310210395>
- Alagna, S. W., & Reddy, D. M. (1984). Predictors of proficient technique and successful lesion detection in breast self-examination. *Health Psychology*, 3, 113–127.
- Amato, P. R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650–666.
- Armstrong, P. W., & Naylor, C. D. (2019). Counteracting health misinformation: A role for medical journals? *JAMA*, 321(19), 1863–1864. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.5168>
- Artiga, S., & Hinton, E. (2018). Beyond health care: The role of social determinants in promoting health and health equity. *Kaiser Family Foundation*.
- Aspinwall, L. G. (1998). Rethinking the role of positive affect in self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22, 1–32.
- Aszmann, A., & Brunner, P. (2011). Hátrányos helyzet és egészségi állapot egy ifjúságkutatás tükrében. *Egészségtudomány*, XLV(3), 266–272.
- Avena, N. M., Rada, P., & Hoebel, B. G. (2008). Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(1), 20–39. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.04.019>
- Ádány, R., & Sándor, J. (2019). Az északkelet-magyarországi telepszerű körülmények között élő cigány lakosság egészség-magatartása és egészségi állapota. *Magyar Tudomány*, 180(11), 1596–1611. <https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.11.2>
- Ádány, R., Kiss, I., Paulik, E., Sándor, J. & Ungvári, Z. (2023. szerk.). *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Bagdy, E. (2003, április 7). Az ima ereje. *Reformátusok Lapja*.
- Bagshaw, K., Barham, H., Betts, R., Felton, A., & Knatt, J. (2014). “Vegecating” children. *Primary Science*, 133(5–6), 30–32.
- Bajtai, M. (2005). Az egészség fogalma és annak társadalmi kontextusa Magyarországon. *Társadalmi Szemle*, 56(4), 52–63.

- Balog, P., Janszky, I., Leineweber, C., Blom, M., Wamala, S. P., & Orth-Gomé, K. (2003). Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease: The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2), 113–119.
- Balog, P., Dégi, L. C., Szabó, G., Susánszky, A., Stauder, A., Székely, A., ... & Kopp, M. (2010). Magas vérnyomás vagy depresszió? Rossz házasságban másképp betegek a férfiak és másképp a nők. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(4), 313–333.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bast, E. S., & Berry, E. M. (2014). Laugh away the fat? Therapeutic humor in the control of stress-induced emotional eating. *Rambam Maimonides Medical Journal*, 5(1). <https://doi.org/10.5041/RMMJ.10141>
- Bánfalvi, Cs. (2003). *Gyógypedagógiai szociológia*. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. <http://mek.oszk.hu/09500/09523/09523.pdf>
- Bársonyné, K., & Kis-György, R. (2020). *Orális egészség fejlesztése I*. Medicina Kiadó.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10–24.
- Becker, M. H., Haefner, D. P., & Maiman, L. A. (1977). The health belief model in the prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 348–366.
- Beke, S., & Tömö, Z. (2021). Az egészség, mint fogalom és érték alakulása a járványügyi időszak tükrében. *Deliberationes: A Gál Ferenc Egyetem Tudományos Folyóirata*, 14(2), 5–13.
- Benkő, Zs. (2000). A családok életmódját meghatározó társadalmi tényezők. *Szenvedélybetegségek*, 8(1), 54–57.
- Benkő, Zs. (2005). Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In Zs. Benkő & K. Tarkó (szerk.), *Iskolai egészségfejlesztés: Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez* (pp. 13–27). JGYF Kiadó.
- Benkő, Zs. (2009). Különböző kulturális és vallási értékek befolyása. In Zs. Benkő (szerk.), *Egészségfejlesztés: Módszertani kézikönyv* (pp. 45–48). Mozaik Kiadó.
- Benkő, Zs. (2011). Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban: A felsőoktatás válasza. *Egészségfejlesztés*, 52(3).
- Benkő, Zs. (2016). Homo Sanus: Az egészséggel megáldott ember. In K. Tarkó & Zs. Benkő (szerk.), *„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”: Szemelvények*

- egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból (pp. 25–31). Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szegedi Egyetemi Kiadó.
- Benkő, Zs. (2019). Az egészség történeti és modern megközelítése: Az egészségfejlesztés fogalma, szemléletmódja. In Zs. Benkő, L. Lippai, & K. Tarkó (Szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére: Egészségtanácsadási kézikönyv* (pp. 15–49). JGYF Kiadó.
- Berkman, L. F., Buxton, O., Ertel, K., & Okechukwu, C. (2010). Managers' practices related to work–family balance predict employee cardiovascular risk and sleep duration in extended care settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15(3), 316–329. <https://doi.org/10.1037/a0019721>
- Bertók, L. (2007). Újabb szempontok a stressz kórélettanában. *Magyar Tudomány*, 167(5), 607–613. <https://epa.oszk.hu/00600/00691/00041/pdf/607-613.pdf>
- Bessell, T. L., Silagy, C. A., Anderson, J. N., Hiller, J. E., & Sansom, L. N. (2002). Measuring prevalence: Prevalence of South Australia's online health seekers. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(2), 170–173.
- Birloni, Sz., & Sík, E. (2013). *Iskolai konfliktusok: Az alternatív konfliktuskezelés keretrendszerének kialakítása.* Human Profess Kft. https://ofi.oh.gov.hu/sites/default/files/ofipast/2013/05/AVP_keretrendszer.pdf
- Bíró, S. (1995). *Életünk válsághelyzetei: A depresszió és a stressz megelőzés, felismerés, rehabilitálás.* SubRosa Kiadó.
- Bíró, S. (1997). *A depresszió és a stressz.* Magyar Honvédség Egészségügyi Csoportfőnökség Kiadványa.
- Bisquerra Alzina, R., & Pérez Escoda, N. (2012). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61–82. <https://doi.org/10.5944/educxx1.1.10.297>
- Boehm, J. K., & Kubzansky, L. D. (2012). The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4), 655–691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>
- Bognár, J. (2019). A testnevelés értékorientációja. *Új Pedagógiai Szemle*, 69(3–4), 100–108.
- Böhm, G. (2003). Emotional reactions to environmental risks: Consequentialist versus ethical evaluation. *Journal of Environmental Psychology*, 23(2), 199–212.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Bradley, C., Gamsu, D. S., & Moses, S. L. (1987). The use of diabetes-specific perceived control and health belief measures to predict treatment choice and efficacy in a feasibility

- study of continuous subcutaneous insulin infusion pumps. *Psychology and Health*, 1, 133–146.
- Brown, G. W., & Harris, T. (2012). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Routledge.
- Bruner, J. (1974). *Új utak az oktatás elméletéhez*. Gondolat.
- Brunstein, J. C., Maier, G. W., & Dargel, A. (2007). Persönliche Ziele und Lebenspläne: Subjektives Wohlbefinden und proaktive Entwicklung im Lebenslauf. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (szerk.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Ein Lehrbuch* (pp. 270–304). Kohlhammer.
- Buchowski, M. S., Majchrzak, K. M., Blomquist, K., Chen, K. Y., Byrne, D. W., & Bachorowski, J. A. (2007). Energy expenditure of genuine laughter. *International Journal of Obesity*, 31(1), 131–137. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803353>
- Bunton, R., & Macdonald, G. (1992). *Health Promotion: Disciplines and Diversity*. Routledge.
- Carels, R. A., Sherwood, A., & Blumenthal, J. A. (1998). Psychosocial influences on blood pressure during daily life. *International Journal of Psychophysiology*, 28(2), 117–129.
- Carr, D., & Springer, K. W. (2010). Advances in families and health research in the 21st century. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 743–761.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: Issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245–266.
- Chakraborty, S., Sarkar, A. K., Bhattacharya, C., Krishnan, P., & Chakraborty, S. (2015). A nontoxic case of vitamin D toxicity. *Laboratory Medicine*, 46(2), 146–e31. <https://doi.org/10.1309/LM5URN1QIR7QBLXK>
- Champion, V. L. (1984). Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*, 6, 73–85.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741–756. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Cockerham, W. C. (2013). *Medical sociology* (10 kiadás.). Pearson.

- Collins, M. A., Zou, J. Y., & Neafsey, E. J. (1998). Brain damage due to episodic alcohol exposure in vivo and in vitro: Furosemide neuroprotection implicates edema-based mechanism. *The FASEB Journal*, 12(2), 221–230.
- Council of Europe. (2024). Fogytékosság és fogyatékos-ság-alapú társadalmi megkülönböztetés. <https://www.coe.int/hu/web/compass/disability-and-disablism>
- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20(2), 200–207.
- Cuffe, S. P., McKeown, R. E., Addy, C. L., & Garrison, C. Z. (2005). Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 121–129.
- Cummings, K. M., Becker, M. H., & Kirscht, J. P. (1982). Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of haemodialysis patients. *Medical Care*, 20, 567–579.
- Czeizel, E., Dezséry, J., & Péterfia, É. (1997). Felkészülés a családi életre, egy új tantárgy oktatása. *Iskolakultúra*, 97(9), 88–92.
- Czippán, K., Drahos, P., Gilly, Gy., Koós, T., & Székely, M. (2015). *Egészségfejlesztő Egyetem: Alapelvek, célok, koncepciók*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, TÁMOP-6.1.1-12/1-2013-0001 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” kiemelt projekt, felsőoktatási alprojekt keretében.
- Csabai, M. (2001). *Egészség, betegség és a pszichológia*. Akadémiai Kiadó.
- Csapó, B. (1992). *Kognitív pedagógia*. Akadémiai Kiadó.
- Csapó, B. (1998). *Az iskolai tudás*. Osiris Kiadó.
- Csapó, B. (2000). Az oktatás és a nevelés egysége a demokratikus gondolkodás fejlesztésében. *Új Pedagógiai Szemle*, 2, 24–34.
- Cseh-Szombathy, L. (1995). Konfliktusok az iskolában – A konfliktus fogalma. In Z. Vastagh (Szerk.), *Értéktadási folyamatok és konfliktusok a pedagógiában* (pp. 158–171). JPTE Tanárképző Intézet Pedagógia Tanszéke.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., ... & Odin Group. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression: A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 444–451.

- Dalhgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Institute for Future Studies, Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2007:14, Stockholm.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561–574.
- Decety, J., & Michel, F. (1989). Comparative analysis of actual and mental movement times in two graphic tasks. *Brain and Cognition*, 11(1), 87–97. [https://doi.org/10.1016/0278-2626\(89\)90007-9](https://doi.org/10.1016/0278-2626(89)90007-9)
- Decety, J., Jeannerod, M., Germain, M., & Pastene, J. (1991). Vegetative response during imagined movement is proportional to mental effort. *Behavioural Brain Research*, 42(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/S0166-4328\(05\)80033-6](https://doi.org/10.1016/S0166-4328(05)80033-6)
- Demetrovics, Z., & Kurimay, T. (2008). Exercise addiction: A literature review. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, 23(2), 129–141.
- De Walque, D. (2007). Does education affect smoking behaviors? Evidence using the Vietnam draft as an instrument for college education. *Journal of Health Economics*, 26(5), 877–895. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2006.12.005>
- Diefenthaler, E. C., Wagner, M. B., Poli-de-Figueiredo, C. E., Zimmermann, P. R., & Saitovitch, D. (2008). Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, 99–103.
- Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1–43. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
- Dobbels, F., Skeans, M. A., Snyder, J. J., Tuomari, A. V., Maclean, J. R., & Kasiske, B. L. (2008). Depressive disorder in renal transplantation: An analysis of Medicare claims. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(5), 819–828.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *BMJ*, 323(7320), 1061–1063. <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7320.1061>
- Ducher, M., Cerutti, C., Chatellier, G., & Fauvel, J. P. (2006). Is high job strain associated with hypertension genesis? *American Journal of Hypertension*, 19(7), 694–700. <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2005.12.016>
- Eggen, P., & Kauchak, D. (2004). *Educational Psychology: Windows, Classrooms*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.

- Elliott-Sale, K. J., Tenforde, A. S., Parziale, A. L., Holtzman, B., & Ackerman, K. E. (2018). Endocrine effects of relative energy deficiency in sport. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 28(4), 335–349. <https://doi.org/10.1123/ijsnem.2018-0127>
- Erdogan, B. Z. (1999). Celebrity endorsement: A literature review. *Journal of Marketing Management*, 15(4), 291–314.
- Eszterházy Károly Egyetem (2018). *A Nemzeti alaptanterv tervezete*. Oktatás 2030 Program. https://www.oktatas2030.hu/wp-content/uploads/2018/08/a-nemzeti-alaptanterv-tervezete_2018.08.31.pdf
- Evans, G. W. (2003). The built environment and mental health. *Journal of Urban Health*, 80, 536–555.
- Ewles, L., & Simnett, I. (2013). *Egészségfejlesztés – Gyakorlati útmutató*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Éger, I. (2005). A közoktatás szerepe az egészségfejlesztésben. http://doktori.nyme.hu/224/1/de_2897.pdf Letöltés dátuma: 2018. 03. 27.
- Faravelli, C., Catena, M., Scarpato, A., & Ricca, V. (2007). Epidemiology of life events: Life events and psychiatric disorders in the Sesto Fiorentino study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 361–368.
- Farkas, L., & Gerevich, J. (2005). Vallásosság és egészség kapcsolatának kutatása: Elméleti kontextus. *Egészségfejlesztés*, 46(3), 23–27.
- Fedor, A., & Fónai, M. (2017). A magasan kvalifikált fiatal munkavállalói csoportok elemzésének új megközelítési lehetősége: A prekariátus. *Különleges bánásmód*, 3(4), 7–17. <https://doi.org/10.18458/KB.2017.4.7>
- Feher, S., & Maly, R. C. (1999). Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 408–416.
- Fehér, K. (2008). Reklámhatás, problémamegoldás, intencionalitás. *Médiakutató*, 9(3), 7–28.
- Fehér, P., Annár, D., Zsákai, A., & Bodzsár, É. (2019). Pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakorisága 8–17 éves magyar gyermekek körében. *Orvosi Hetilap*, 160(12), 464–472. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31366>
- Ferrari, J. R., & Díaz-Morales, J. F. (2014). Procrastination and mental health coping: A brief report related to students. *Individual Differences Research*, 12(1), 8–11.

- Ferreira, A. V., Generoso, S. V., & Teixeira, A. L. (2014). Do low-calorie drinks ‘cheat’ the enteral-brain axis? *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 17(5), 465–470. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000082>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fitzgibbon, M. L., & Stolley, M. (2006). Promoting health in an unhealthful environment: Lifestyle challenges for children and adolescents. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(4), 518–522. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.02.029>
- Fockhart, M., Nilsson, L. C., Tais, S., Ekblom, B., Apró, W., & Larsen, F. J. (2021). Excessive exercise training causes mitochondrial functional impairment and decreases glucose tolerance in healthy volunteers. *Cell Metabolism*, 33(5), 957–970. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2021.02.017>
- Fodor, J. (1881). *Egészségtani kutatások a levegőt, talajt és vizet illetőleg*. Matematikai és Természettudományi Közlemények, 17, 1–62.
- Frank, V. E. (2005). *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Jel Kiadó.
- Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., Brown, K. M., Barton, B. A., McMahon, R. P., Schreiber, G. B., ... & Daniels, S. R. (2004). Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychological Medicine*, 34(7), 1319–1330.
- Funakubo, N., Eguchi, E., Hayashi, R., Hirosaki, M., Shirai, K., Okazaki, K., ... & Ohira, T. (2022). Effects of a laughter program on body weight and mental health among Japanese people with metabolic syndrome risk factors: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 22(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03038-y>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gallagher, S., & Doherty, D. T. (2009). Searching for health information online: Characteristics of online health seekers. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2(2), 99–106. <https://doi.org/10.1111/j.1756-5391.2009.01021.x>
- Garaulet, M., Sánchez-Moreno, C., Smith, C. E., Lee, Y. C., Nicolás, F., & Ordovás, J. M. (2011). Ghrelin, sleep reduction and evening preference: Relationships to CLOCK 3111 T/C SNP and weight loss. *PLOS One*, 6(2), e17435. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017435>

- Geil, C. R., Hayes, D. M., McClain, J. A., Liput, D. J., Marshall, S. A., Chen, K. Y., & Nixon, K. (2014). Alcohol and adult hippocampal neurogenesis: Promiscuous drug, wanton effects. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 54, 103–113. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2014.05.003>
- Giltay, E. J., Kamphuis, M. H., Kalmijn, S., Zitman, F. G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166(4), 431–436. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.4.431>
- Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., & Altoe, G. (2008). Determinants of adolescents' active defending and passive bystanding behavior in bullying. *Journal of Adolescence*, 31(1), 93–105.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1975–1991.
- Grady, K. E., Kegeles, S. S., Lund, A. K., Wolk, C. H., & Farber, N. J. (1983). Who volunteers for a breast self-examination program? Evaluating the bases for self-selection. *Health Education Quarterly*, 10, 79–94.
- Guerra-Reyes, F., Guerra-Dávila, E., Naranjo-Toro, M., Basantes-Andrade, A., & Guevara-Betancourt, S. (2024). Misconceptions in the learning of natural sciences: A systematic review. *Education Sciences*, 14(5), 497. <https://doi.org/10.3390/educsci14050497>
- Györffy, Zs., & Szántó, Zs. (Szerk.). (2020). Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó.
- Hajnal, Á. (2006). A szülők válásának hatása a gyermekek életminőségére serdülőkorban. In M. Kopp & M. E. Kovács (Szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 245–252). Semmelweis Kiadó.
- Halmos, T., & Suba, I. (2009). A depresszió kapcsolata a 2-es típusú diabétesszel és a metabolikus szindrómával. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 14(3), 112–118.
- Halpern-Felsher, B. L., Millstein, S. G., Ellen, J. M., Adler, N. E., Tschann, J. M., & Biehl, M. (2001). The role of behavioral experience in judging risks. *Health Psychology*, 20, 120–126.
- Hansen, W. B. (2001). The future of health behavior and prevention research: What will change in the next 25 years? *American Journal of Health Behavior*, 25, 228–233.
- Hargitai, Zs. Á. (2012). *Áltudományos állítások és módszerek kémiai és biológiai elemzése*. http://phys.chem.elte.hu/test/szakedolok/2012/2012_HargitaiZsófiaÁgotaTanáriSzakdolgozat.pdf (Letöltve: 2018. március 27.)

- Härkänen, T., Kuulasmaa, K., Sares-Jäske, L., Jousilahti, P., Peltonen, M., Borodulin, K., ... & Koskinen, S. (2020). Estimating expected life-years and risk factor associations with mortality in Finland: Cohort study. *BMJ Open*, 10(3), e033741. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033741>
- Harsányi, A. (2022). Szexuális bűncselekmények, mint nemzetközi bűncselekmények az egyes nemzetközi büntetőtörvényszékek gyakorlatában–különös tekintettel a Nemzetközi Büntetőbíróság ítéleteire. *Állam- és Jogtudomány: A Magyar Tudományos Akadémia Társadalomtudományi Kutatóközpont Jogtudományi Intézetének Folyóirata*, 63(4), 47-63.
- Hay, J. L., Ford, J. S., Klein, D., Primavera, L. H., Buckley, T. R., Stein, T. R., és mtsai. (2003). Adherence to colorectal cancer screening in mammography-adherent older women. *Journal of Behavioral Medicine*, 26, 553–576.
- Heffner, K. L., Waring, M. E., Roberts, M. B., Eaton, C. B., & Gramling, R. (2011). Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1482–1488.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Horkai, A., Nagy, É., Pálvölgyi, M., & Vingender, I. (2021). *Egészség és társadalom*. Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/9789634546443>
- Hu, F. B., & Malik, V. S. (2010). Sugar-sweetened beverages and risk of obesity and type 2 diabetes: Epidemiologic evidence. *Physiology & Behavior*, 100(1), 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2010.01.036>
- Ike, C. (2023). Celebrity endorsements in public health campaigns. *International Journal of Public Relation and Communication*, 1(1), 1–13.
- Jacquemin, B., Kauffmann, F., Pin, I., Le Moual, N., Bousquet, J., Gormand, F., ... & Siroux, V. (2012). Air pollution and asthma control in the Epidemiological study on the Genetics and Environment of Asthma. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 796–802.
- Jafari, E., Dehshiri, G. R., Eskandari, H., Najafi, M., Heshmati, R., & Hoseinifar, J. (2010). Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1477–1481.
- Jaminet, P., & Jaminet, S. C. (2012). *Tökéletes egészség diéta*. Jaffa Kiadó.

- Járomi, É., Szilágyi, K., & Vitrai, J. (2016). Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban. *Egészségfejlesztés*, 57(1), 2–40.
- Jensen, G. B., & Pakkenberg, B. (1993). Do alcoholics drink their neurons away? *The Lancet*, 342(8881), 1201–1204.
- Juhász, A. (2022). A modern kori egészségtudatosság és annak fejlesztése. In I. Piskóti & L. Molnár (Szerk.), *Marketingkaleidoszkóp: Tanulmányok a Marketing és Turizmus Intézet kutatási eredményeiből* (pp. 133–141). Miskolci Egyetem, Gazdaságtudományi Kar, Marketing és Turizmus Intézet.
- Kapronczay, K. (2004). Az egészségügyi felvilágosítás útjai a 19. és 20. században. In *Tudomány társadalmi megértése - A természettudományok, a technika és az orvoslás eredményeinek népszerűsítése Magyarországon az elmúlt évszázadokban* (a 2003. évi ankét anyaga) = *Social Understanding of Science: Studies into the History of Science, Technology and Medicine* (pp. 91–97). Országos Műszaki Múzeum és a Műszaki és Természettudományi Egyesületek Szövetsége Tudomány- és Technikatörténeti Bizottsága.
- Karmacsi, L., & Bánki, M. Cs. (2009). Fóbiák és egyéb szorongásos zavarok. In J. Füredi, A. Németh, & P. Tariska (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Kádár, A., & Farsang, A. (2018). A láva a Föld magjából származik, vagy mégsem? [Lava originates from the Earth's core, doesn't it?]. *Geometodika: Földrajz Szakmódszertani Folyóirat*, 2(1), 5–24.
- Keller, K. L. (2003). *Strategic brand management: Building, measuring, and managing brand equity* (2nd ed.). Prentice Hall.
- Kendler, K. S., Thornton, L. M., & Prescott, C. A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 587–593.
- Kenkel, D. S. (1991). Health behavior, health knowledge, and schooling. *Journal of Political Economy*, 99(2), 287–305.
- Keselman, A., Arnott Smith, C., Murcko, A. C., & Kaufman, D. R. (2019). Evaluating the quality of health information in a changing digital ecosystem. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2), e11129. <https://doi.org/10.2196/11129>
- Kézdy, A., Martos, T., Urbán, S., & Horváth-Szabó, K. (2010). A vallásos attitűdök, a megküzdési módok és a lelki egészség összefüggései serdülő- és fiatal felnőttkorban.

<https://doi.org/10.1556/Mental.11.2010.1.1>

- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), 472–503.
- Kim, E. S., Smith, J., & Kubzansky, L. D. (2014). Prospective study of the association between dispositional optimism and incident heart failure. *Circulation: Heart Failure*, 7(3), 394–400. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.000644>
- Kis, B. (2019). Lelki egészségfejlesztés, mentálhigiéné és közösségi mentálhigiéné az iskolában. In B. Zs. Benkő, L. Lippai, & K. Tarkó (Szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére* (p. 121). Szegedi Egyetemi Kiadó & Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring “spirituality” in research. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(5), 349–355. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31816ff796>
- Konkoly Thege, B. (2008). A szalutogenikus megközelítés lehetőségei az esélyteremtésben. In *Magyar Lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1995). *Magyar lelkiállapot*. Végeken Kiadó.
- Kopp, M. (2007). Selye János 1907–1982: Mit jelent Selye János munkássága a mai magyar társadalom számára? *Magyar Tudomány*, 167(5), 614–617.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (2003). Vallásosság és lelki egészség. *Távlatok*, 1(59), 8–17.
- Korom, E., & Csapó, B. (1997). A természettudományos fogalmak megértésének problémái. *Iskolakultúra*, 2, 12–20.
- Korom, E. (1997). Naiv elméletek és tévképzetek a természettudományos fogalmak tanulásakor. *Magyar Pedagógia*, 97(1), 19–40.
- Korom, E. (1999). A naiv elméletektől a tudományos nézetekig. *Iskolakultúra*, 10, 60–71.
- Korom, E. (2002). Az iskolai tudás és a hétköznapi tapasztalat ellentmondásai. In B. Csapó (Szerk.), *Az iskolai tudás* (pp. 149–175). Osiris Kiadó.
- Korom, E. (2003). A fogalmi váltás kutatása. *Iskolakultúra*, 8, 84–94.
- Korom, E. (2022). A tanulói tévképzetektől a gondolkodási képességekig: A természettudományos gondolkodás szerepe a fogalmi váltásban. *Iskolakultúra*, 32 (11), 98–112.
- Kósa, K., & Kőműves, S. (2019). Egészségegyenlőtlenségek az egyenlőtlenségek globális kontextusában. *Magyar Tudomány*, 180(11), 1612–1625.
- Kuczmann, I. (2019). Tanulói tévképzetek a fizikában. *Doktori értekezés*. ELTE

- Kutzner, I. (1965). Health and safety misconceptions: A study of health and safety misconceptions among high school girls in Porterville High School, Porterville, California. In J. Dzenowagis és mtsai. (Szerk.), *Harmful health and safety misconceptions of a group of tenth grade girls*. Journal of School Health, 24(4), 24–28.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Minister of Supply and Services.
- Lee, G. M., Friedman, J. F., Ross-Degnan, D., Hibberd, P. L., & Goldmann, D. A. (2003). Misconceptions about colds and predictors of health service utilization. *Pediatrics*, 111(2).
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 869–878.
- Leventhal, E., Leventhal, H., & Robitaille, C. (1998). Enhancing self-care research: Exploring the theoretical underpinnings of self-care. In M. G. Ory & G. H. DeFries (Szerk.), *Self-care in later life* (pp. 118–141). Springer.
- Levy, B. R., Slade, M. D., May, J., & Caracciolo, E. A. (2006). Physical recovery after acute myocardial infarction: Positive age self-stereotypes as a resource. *The International Journal of Aging and Human Development*, 62(4), 285–301.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21(3), 238–244.
- Lippai, L. L., & Erdei, K. (2014). Lelki egészségfejlesztő programok előkészítése városi szinten: A hódmezővásárhelyi lelki egészségfelmérés elemzésének tanulságai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(4), 351–371. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.4.3>
- Lippai, L. (2019a). A boldogság jelentősége a lelki egészség fejlesztésében. In Zs. Benkő, L. Lippai, & K. Tarkó (Szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére: Egészségtanácsadási kézikönyv* (pp. 101–109). Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Lippai, L. (2019b). A stressz és a holisztikus egészség: Mindennapi terhek, jóleső izgalmak és megküzdési módok. In Zs. Benkő, L. Lippai, & K. Tarkó (Szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére: Egészségtanácsadási kézikönyv* (pp. 91–100). Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Lopez, A. D., & Mathers, C. D. (2006). Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002–2030. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, 100(5-6), 481–499.

- Makaremnia, S., Dehghan Manshadi, M., & Khademian, Z. (2021). Effects of a positive thinking program on hope and sleep quality in Iranian patients with thalassemia: A randomized clinical trial. *BMC Psychology*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00547-0>
- Malaterre, C., Javaux, E. J., & López-García, P. (2023). Misconceptions in science. *Perspectives on Science*, 31(6), 717–743. https://doi.org/10.1162/posc_a_00590
- Malmos, E. & Revákné Markóczi, I. (2015). Biológia fogalmakhoz kapcsolódó tévképzetek vizsgálata szóasszociációs módszerrel. *Iskolakultúra*, 5-6, 190–199.
- Marmot, M., & Bobak, M. (2000). International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ*, 321(7269), 1124–1128. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7269.1124>
- Martin, R., Sexton, C., & Gerlovich, J. (2002). *Teaching science for all children: Methods for constructing understanding*. Allyn and Bacon.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73(4), 985–1014.
- Mastorci, F., Lazzeri, M. F. L., Vassalle, C., & Pingitore, A. (2024). The transition from childhood to adolescence: Between health and vulnerability. *Children*, 11(8), 989. <https://doi.org/10.3390/children11080989>
- Mato-Juhász, A., Kiss-Toth, E., & Szegedi, K. (2016). Holistic health model of sustainable development. *European Scientific Journal*, 12(21), 227. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n21p227>
- Mády, R., & Hegedűs, R. (2023). Hogyan befolyásolja a biológiával kapcsolatos tévképzeteket a tantárgyi eredményesség és az eszközhasználat?: Tévképzetek vizsgálata a tanulásban akadályozott és a tipikus fejlődésmentű tanulók körében. *Gyógypedagógiai Szemle*, 51(4), 305-324.
- Márványkövi, F., Melles, K., & Rácz, J. (2008). Az „egészség-hit-modell” magyarországi vizsgálata intravénás droghasználók körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63(2).
- McCall, L. M., & Ackerman, K. E. (2019). Endocrine and metabolic repercussions of relative energy deficiency in sport. *Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research*, 9, 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.coemr.2019.07.005>
- Meara, E. R., Richards, S., & Cutler, D. M. (2008). The gap gets bigger: Changes in mortality and life expectancy, by education, 1981–2000. *Health Affairs*, 27(2), 350–360.
- Meleg, Cs. (1991). Egészségérték és intézményi befolyásolás. *Társadalomkutatás*, 2–3, 81–89.
- Meleg, Cs. (2002). Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102(1), 11–29.

- Micha, R., Peñalvo, J. L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, C. D., & Mozaffarian, D. (2017). Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *JAMA*, 317(9), 912–924.
- Molnár, I. (2010). A tartós stressz hatása a szervezet védekezőképességére, a krónikus gyulladások és a daganatok kialakulására. *LAM*, 20(1), 31–37.
- Moorman, C., & Matulich, E. (1993). A model of consumers' preventive health behaviors: The role of health motivation and health ability. *Journal of Consumer Research*, 20, 208–228.
- Montez, J. K., & Zajacova, A. (2013). Trends in mortality risk by education level and cause of death among US white women from 1986 to 2006. *American Journal of Public Health*, 103(3), 473–479.
- Moravcsik-Kornyicki, Á., & Fedor, A. R. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 12(32), 24–49.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 242–250.
- Mulholland, C. A., & Benford, D. J. (2007). What is known about the safety of multivitamin-multimineral supplements for the generally healthy population? Theoretical basis for harm. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85(1), 318–322
<https://doi.org/10.1093/ajcn/85.1.318S>
- Mullan, E., & Currie, C. (2000). Socioeconomic inequalities in adolescent health. In C. Currie, K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith, & J. Todd (Szerk.), *Health and health behaviour among young people* (WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents, Issue 1, pp. 65–72). WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Mullen, P. D., Hersey, J. C., & Iversen, D. C. (1987). Health behaviour compared. *Social Science and Medicine*, 24, 973–978.
- Muller, A., Kerényi, E., & Konyves, E. (2011). Effect of climate therapy and rehabilitation in Mátra Medical Institute. *APSTRACT: Applied Studies in Agribusiness and Commerce*, 5, 39–42.
- Nagy, B. M. (2009). A spiritualitás szerepe a krónikus betegségekkel való megküzdésben. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(1), 21–46.
<https://doi.org/10.1556/Mental.10.2009.1.2>
- Nagy, J. (2005). Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*, 105(4), 263–382.

- Nagy, L., & Nagy, M. T. (2016). Kutatásalapú tanítás-tanulás a biológiaoktatásban és a biológiatanár-képzésben. *Iskolakultúra*, 26(3), 57-69.
- Nagy, L. (2017). A prevenció és az egészség fogalmának alakulása Magyarországon. *Közegészségügyi és Társadalomtudományi Folyóirat*, 45(3), 89-101.
- Nahalka, I. (1997). Konstruktív pedagógia: Egy új paradigma a láthatáron (III.). *Iskolakultúra*, 7(4), 3–20.
- Naidoo, J., & Wills, J. (1999). *Egészségmegőrzés*. Medicina Kiadó.
- Németh, A., Lobánov-Budai, É., & Bársonyné Kis, K. (2014). Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogás-változásának vizsgálata. *Egészségfejlesztés*, 55(4), 28–35.
- Noh, J. (2018). The effect of circadian and sleep disruptions on obesity risk. *Journal of Obesity & Metabolic Syndrome*, 27(2), 78–83. <https://doi.org/10.7570/jomes.2018.27.2.78>
- O’Hearn, M., Lara-Castor, L., Cudhea, F., Miller, V., Reedy, J., Shi, P., ... & Mozaffarian, D. (2023). Incident type 2 diabetes attributable to suboptimal diet in 184 countries. *Nature Medicine*, 29(4), 982–995. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02278-8>
- Oktatási Hivatal https://www.oktatas.hu/koznevelas/kerettantervek/2020_nat
- Oláh, A., Nagy, H., Magyaródi, T., Török, R., & Vargha, A. (2018). Egy új mentális egészséget mérő kérdőív, a MET kidolgozása. In E. Lippai (Szerk.), *Változás az állandóságban: A Magyar Pszichológiai Társaság XXVII. Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkiötet* (pp. 80–81). Magyar Pszichológiai Társaság.
- Ogionwo, W. (1973). Socio-psychological factors in health behaviour: An experimental study of methods and attitude change. *International Journal of Health Education*, 16, 1–14.
- Orbell, S., Crombie, I., & Johnston, G. (1995). Social cognition and social structure in the prediction of cervical screening uptake. *British Journal of Health Psychology*, 1, 35–50.
- Orosz, É. (2001). Félúton vagy tévúton? *Egészséges Magyarorszáért Egyesület*, 257.
- Paulus, P., & Petzel, T. (2009). Egészségnevelés: Az egészségfejlesztés alapelvei és értékei. In Zs. Benkő (Szerk.), *Egészségfejlesztés* (pp. 32–44). Mozaik Kiadó.
- Páez-Gallego, J., & Gallardo-López, J. A. (2020). Analysis of the relationship between psychological well-being and decision making in adolescent students. *Frontiers in Psychology*, 11, 535716. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01195>
- Pálmai, J. (2017). A holisztikus egészségfogalom felé, In L. Lippai (Szerk.), I. kötet: *Holisztikus egészség, egészségmagatartás és egészségfejlesztés*, 36–37. Szeged: Szegedi Tudományegyetem.
- Pelchat, M. L. (2009). Food addiction in humans. *The Journal of Nutrition*, 139(3), 620–622.

- Perczel Forintos, D. (2005). Az imádkozás lélektani (gyógyító) hatása. In *Lélektan és spiritualitás: Sapientia Füzetek* (22-41)-Vigilia Kiadó.
- Pikó, B. (2002). *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Osiris Kiadó.
- Pikó B. (2020). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó.
<https://doi.org/10.1556/9789634544623>
- Pikó, B., & Bak, J. (2004). A gyermekek egészség- és környezet-tudatosságának alakítása. *Iskolakultúra*, 15(5), 54–60.
- Piskóti, I., & Nagy, L. (2020). Neuromarketing: Attitűdök, módszerek és hatások a stratégiai és operatív döntésekre. *Vezetéstudomány*, 51(3), 67–78.
<https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2020.03.07>
- Pösch, K., & Schlosser, K. (2012). Izolált vallási közösségek pszichológiája. In G. Mikonya (Szerk.), *Vallásos mozgalmak nézetei a családi életéről és az oktatásról* (pp. 157–173). ELTE Eötvös Kiadó, Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Radák, Zs. (2007). Testedzés és agyműködés. In *Az Eszterházy Károly Főiskola tudományos közleményei* (Új sorozat 34. köt., pp. 5–10). Vizsgálatok a sporttudomány és az egészségturizmus területén = *Acta Academiae Pedagogicae Agriensis*.
- Rage, E., Siroux, V., Künzli, N., Pin, I., & Kauffmann, F. (2009). Air pollution and asthma severity in adults. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(3), 182–188.
<https://doi.org/10.1136/oem.2007.038349>
- Rankin-Esquer, L. A., Deeter, A., & Taylor, C. B. (2000). Coronary heart disease and couples. In K. B. Schmaling & T. G. Sher (Szerk.), *The psychology of couples and illness: Theory, research and practice* (pp. 43–70). American Psychological Association.
- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256.
<https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>
- Raimundo, M., Cerqueira, A., Gaspar, T., & Gaspar de Matos, M. (2024). An overview of health-promoting programs and healthy lifestyles for adolescents and young people: A scoping review. *Healthcare*, 12(20), 2094. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202094>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). The physiology of marriage: Pathways to health. *Physiology & Behavior*, 79(3), 409–416.

- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 140–187. <https://doi.org/10.1037/a0031859>
- Rotenberg, M. W., & Rotenberg, M. (2010). *Laugh yourself thin: Making happiness, fun, and pleasure the keys to permanent weight loss*. Bloomsbury Publishing USA.
- Rudas, J. (2014). A konfliktusról. In I. Dávid, M. Fülöp, N. Pataky, & J. Rudas (Szerk.), *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok* (pp. 205–265). Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166.
- Salmivalli, C. (1999). Participant role approach to school bullying: Implications for interventions. *Journal of Adolescence*, 22(4), 453–459.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.67.6.1063>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American Psychologist*, 73(9), 1082. <https://doi.org/10.1037/amp0000384>
- Schlosser, K. (2012). Mindfulness, meditáció és klinikai hatékonyság – Áttekintés. In Gy. Mikonya (Szerk.), *Vallásos mozgalmak nézetei a családi életéről és az oktatásról* (pp. 143–156). ELTE Eötvös Kiadó, Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: Theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (Szerk.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217–242). Hemisphere.
- Scriven, A. (2010). *Promoting Health: A Practical Guide*. 6th edition. Elsevier - Health Sciences Division.
- Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1025–1041. <https://doi.org/10.1037/a0021344>
- Selye, J. (1965). *Életük és a stressz*. Akadémiai Kiadó.
- Selye, J. (Szerk.). (1976). *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó.

- Shiels, M. S., Chernyavskiy, P., Anderson, W. F., Best, A. F., Haozous, E. A., és mtsai. (2017). Diverging trends in premature mortality in the U.S. by sex, race, and ethnicity in the 21st century. *Lancet*, 389, 1043–1054.
- Sias, P. M., & Bartoo, H. (2007). Friendship, social support, and health. In *Low-cost approaches to promote physical and mental health: Theory, research, and practice* (pp. 455-472), NY: Springer New York. https://doi.org/10.1007/0-387-36899-X_23
- Singleton, M. (2009). Hogyan legyünk kritikus felhasználók. In Zs. Benkő (Szerk.), *Egészségfejlesztés. Módszertani kézikönyv* (pp. 191-196), Mozaik Kiadó.
- Sirois, F. M. (2007). “I’ll look after my health, later”: A replication and extension of the procrastination–health model with community-dwelling adults. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 15-26. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.003>
- Sohn, E. (2024). *Untangling dyslexia myths and misconceptions: Persistent misunderstandings about reading struggles have impeded progress in diagnosis and treatment. American Psychological Association*, 55(6), 40. <https://www.apa.org/monitor/2024/09/dyslexia-myths>
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization.
- Song, C. F., Tay, P. K. C., Gwee, X., Wee, S. L., & Ng, T. P. (2023). Happy people live longer because they are healthy people. *BMC Geriatrics*, 23(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04030-w>
- Solymosy, J. B. (2016). Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció. *Egészségfejlesztés*, 57(1), 53–54.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & Consortium Health Literacy Project European (HLS-EU). (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Spiegler-Kutasi, N., & Ködmön, J. (2018). Megbízható egészségügyi információk forrása az interneten. *Könyv, könyvtár, könyvtáros*, 27(6), 11–21.
- Stevens, J. A. (2005). Interference effects demonstrate distinct roles for visual and motor imagery during the mental representation of human action. *Cognition*, 95(3), 329–350. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2004.02.008>
- Su, M., Fath, B. D., & Yang, Z. (2010). Urban ecosystem health assessment: A review. *Science of the Total Environment*, 408(12), 2425–2434. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2010.03.009>

- Summers, N. (2011). *Managing social service staff for excellence: Five keys to exceptional supervision*. John Wiley & Sons.
- Swift, S. L., Sotres-Alvarez, D., Raij, L., Wassertheil-Smoller, S., Schneiderman, N., Llabre, M., Zeki Al Hazzouri, A., Rundek, T., Van Horn, L., Daviglus, M., Castaneda, S., Youngblood, M., Mossavar-Rahmani, Y., & Elfassy, T. (2024). Associations between sodium, potassium, and blood pressure: Results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos, a prospective cohort study. *The American Journal of Clinical Nutrition*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2024.02.032>
- Szántó, Z., Susánszky, É., Berényi, Z., Sipos, F., & Murányi, I. (2016). A jól-lét fogalmának értelmezése az európai szakirodalomban (2009–2014). *Metszetek - Társadalomtudományi folyóirat*, 5(1), 16–47. <https://doi.org/10.18392/metsz/2016/1/6>
- Székely, L. P. D. (2007). Az „egészség” fogalmának újraértelmezése I. rész. *Egészségfejlesztés*, 48(5–6), 37–50.
- Szendrei, K., & Háznagy-Radnai, E. (2013). Újabb „szupergyümölcs” a haza termékekben, az akai. *Gyógyszerészet*, 57(4), 218–228.
- Szilágyi, I., Kovács, E., & Székely, A. (2011). A laikus egészségfogalom a magyar társadalomban. *Képzőművészeti és Társadalomtudományi Közlemények*, 25(2), 57–73.
- Taherkhani, Z., Kaveh, M. H., Mani, A., Ghahremani, L., & Khademi, K. (2023). The effect of positive thinking on resilience and life satisfaction of older adults: A randomized controlled trial. *Scientific Reports*, 13(1), 3478. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-30684-y>
- Tahin, T., Jeges, S., & Lampek, K. (2000). Iskolai végzettség és egészségi állapot. *Demográfia*, 43(1), 70–93.
- Takahashi, P. Y., Cha, S. S., & Kiemele, L. J. (2008). Six-month mortality risks in long-term care residents with chronic ulcers. *International Wound Journal*, 5(5), 625–631.
- Takács, G., Fittler, A., & Botz, L. (2013). El vagyunk savasodva? Tények és tévhitek a lúgosítással kapcsolatban II. rész: A lúgosítás hatékonysága a klinikai vizsgálatok tükrében. *Gyógyszerészet*, 57(3), 136–142.
- Tarkó, K. & Benkő, Zs. (2019). Unequal leisure opportunities across genders – overwhelmed women. *International Journal of the Sociology of Leisure*, 2, 7–26. <https://doi.org/10.1007/s41978-018-00025-9>
- Tarkó, K. (2019a). Életmódról tudományosan a mindennapokban. In Zs. Benkő, L. L. Lippai, & K. Tarkó (Szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére*. Egészségtanácsadási kézikönyv. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.

- Tarkó, K. (2019b). Társadalmi környezet és kisebbségek. In Zs. Benkő, L. Lippai, & K. Tarkó (Szerk.), *Az egészség az életünk tartópillére* (pp. 67–77). Egészségtanácsadási kézikönyv. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Tarkó, K. (2024). *Életmód és szabadidő ismeretek: Tankönyv*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Tarkó, K., & Lippai, L. L. (2023). Iskolai egészségfejlesztő szakemberképzés az 1990-es évektől napjainkig. *Népegészségügy*, 100(1), 20–27.
- Tay, L., Tan, K., Diener, E., & Gonzalez, E. (2013). Social relations, health behaviors, and health outcomes: A survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(1), 28–78.
- Thompson, F., & Logue, S. (2006). An exploration of common student misconceptions in science. *International Education Journal*, 7(4), 553–559.
- Thorogood, A., Mottillo, S., Shimony, A., Filion, K. B., Joseph, L., Genest, J., ... & Eisenberg, M. J. (2011). Isolated aerobic exercise and weight loss: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*, 124(8), 747–755.
- Tindle, H., Belnap, B. H., Houck, P. R., Mazumdar, S., Scheier, M. F., Matthews, K. A., ... & Rollman, B. L. (2012). Optimism, response to treatment of depression, and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosomatic Medicine*, 74(2), 200–207. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318244903f>
- Tobe, S. W., Kiss, A., Szalai, J. P., Perkins, N., Tsigoulis, M., & Baker, B. (2005). Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure: Results from the double exposure study. *American Journal of Hypertension*, 18(8), 1046–1051. <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2005.03.734>
- Tompai, A. (2003). A környezeti ártalmak és a daganatos betegségek megelőzése. *Magyar Tudomány*, 11(109), 1413.
- Torzsa, P., Szeifert, L., Dunai, K., Kalabay, L., & Novák, M. (2009). A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban = Diagnosis and therapy of depression in primary care. *Orvosi Hetilap*, 150(36), 1684–1693.
- Tófalvy, T. (2005). Szüntelen tanulás. *Iskolakultúra*, 4, 134–137.
- Tóth, Z. (2009). Kémiai tévképzés. *Természet Világa*, 140(1).
- Tóth, Z. (2011). A természettudományos tévképzések kialakulása, feltárása és korrekciójának módszerei. In R. Markóczi I., & N. Juhász K. (Szerk.), *A természettudományok tanításának elméleti alapjai* (pp. 23–36). Debreceni Egyetem Tudományegyetemi Karok.

- Tóth, Z. (2015). *Korszerű kémia tantárgy-pedagógia: Híd a pedagógiai kutatás és a kémiaoktatás között*. Debrecen: Debreceni Egyetemi Kiadó, ISBN 978 963 473 872 5
- Tringer, L. (2009). Viselkedés- és kognitív terápiák. In J. Füredi, A. Németh, & P. Tariska (Szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Tripathi, I., & Agarwal, A. (2003). Coping with chronic illness by the growing child. In A. Agarwal & A.K. Saxena (Szerk.), *Psychological Perspectives in Environmental and Developmental Issues* (pp. 267–282). Concept Publishing Company.
- Tsutsumi, A., & Kawakami, N. (2004). A review of empirical studies on the model of effort–reward imbalance at work: Reducing occupational stress by implementing a new theory. *Social Science & Medicine*, 59(11), 2335–2359. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.030>
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 377–387.
- Uecker, J. E. (2012). Marriage and mental health among young adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 67–83. <https://doi.org/10.1177/0022146511419206>
- Umberson, D., & Karas Montez, J. (2010). Social relationships and health: A flashpoint for health policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), 54–66. <https://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Umeh, K., & Rogan-Gibson, J. (2001). Perceptions of threat, benefits, and barriers in breast self-examination amongst young asymptomatic women. *British Journal of Health Psychology*, 6, 361–372.
- Urbán, P. (2021). A konstruktivista tanuláselmélet és a társadalomtudományi tantárgyak tanítása. In: *Kihívások és megoldások a XXI. század pedagógiájában*. Eger, Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Líceum Kiadó. 159-169.
- Vajira, V. (2021). A study of misconceptions in approaching meditation as a mind practice, in present context of the world. *International Buddhist Conference on Pāli and Buddhist Studies*, Department of Pāli & Buddhist Studies, University of Kelaniya, 41–45.
- Vargha, A., Zábó, V., Török, R., & Oláh, A. (2020). A jóllét és a mentális egészség mérése: a Mentális Egészség Teszt. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 21(3), 281–322. <https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.014>
- Vass, V. (1997). Történelmi tévképzetek a tanulók gondolkozásában. *Iskolakultúra*, 10, 99–105.
- Vitrai, J. (2011). Az egészség és az egészség-egyenlőtlenségek egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői *Doktori értekezés*, Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola. Pécsi Tudományegyetem.

- Vitrai, J. (2017). Hazai egészség-pillanatkép, *Egészségfejlesztés*, 58(4), 59–75.
- Volk, J. E., & Koopman, C. (2001). Factors associated with condom use in Kenya: A test of the health belief model. *AIDS Education and Prevention*, 13, 495–508.
- Wang, G. J., Volkow, N. D., Telang, F., Jayne, M., Ma, Y., Pradhan, K., ... & Fowler, J. S. (2009). Evidence of gender differences in the ability to inhibit brain activation elicited by food stimulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(4), 1249–1254.
- Weber, M. (1967). *Gazdaság és társadalom*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Whooley, M. A., De Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R., Carney, R. M., ... & Browner, W. S. (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA*, 300(20), 2379–2388.
- Williamson, D. L., & Carr, J. (2009). Health as a resource for everyday life: Advancing the conceptualization. *Critical Public Health*, 19(1), 107–122. <https://doi.org/10.1080/09581590802376234>
- Wilfred, C., & Sutton, E. D. D. (1962). Misconceptions about health among children and youth. *School Health*, 32(9), 347–351.
- Wills, J., Backett-Milburn, K., & Roberts, M. (2009). *Health and society: A critical perspective*. Sage Publications.
- Wilson, S. E. (2001). Socioeconomic status and the prevalence of health problems among married couples in late midlife. *American Journal of Public Health*, 91(1), 131.
- Wing, R. R. (1999). Physical activity in the treatment of the adulthood overweight and obesity: Current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(11), 547–552.
- World Health Organization (1948). Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June – 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- World Health Organization (1986). Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Ottawa, 1986. november 17–21. In *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai* (pp. 9–14). Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- World Health Organization (2005). Ottawai Charta. In Zs. Benkő & K. Tarkó (Szerk.), *Iskolai egészségfejlesztés: Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez* (pp. 163–170). JGYF Kiadó.

- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization.
- World Health Organization (2010). Mental health: Strengthening our response (Fact sheet No. 220). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Yang, F., Knobe, J., & Dunham, Y. (2021). A boldogság a lélekből fakad: boldogságfogalmunk természete és eredete. *Journal of Experimental Psychology: General*, 150(2), 276–288. <https://doi.org/10.1037/xge0000790>
- You, S., & Conner, K. R. (2009). Stressful life events and depressive symptoms: Influences of gender, event severity, and depression history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 829–833.
- Yu, J., Bekerian, D. A., & Osback, C. (2024). Navigating the digital landscape: Challenges and barriers to effective information use on the internet. *Encyclopedia*, 4(4), 1665-1680. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia4040109>
- Zajacova, A., & Montez, J. K. (2017). Physical functioning trends among US women and men age 45–64 by education level. *Biodemography and Social Biology*, 63(1), 21–30.
- Zsiros, E., Arnold, P., Huhn, Zs., Költő, A., Simon, D., & Németh, Á. (2013). Egészség és társas kapcsolatok kamaszkorban: Az iskola, a kortársak és a család szerepe a magyar serdülők életmódjában. *Kapocs*, 12(4).

JOGSZABÁLYOK

- NAT. (2012). *Magyar Közlöny*, 2012. június 4., 66. szám. <http://ofi.hu/nemzeti-alaptanterv>
2011. évi CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1100204.TV>
1993. évi LXXIX törvény A közoktatásról
- 130/1995. (X. 26.) Korm.rendelet a Nemzeti alaptanterv kiadásáról. In: Nemzeti alaptanterv. Budapest, Művelődési és Közoktatási Minisztérium. (NAT 1995)
- 202/2007. (VII. 31.) Korm.rendelet a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 243/2003. (XII. 17.) Korm.rendelet módosításáról. (NAT 2007)
- 110/2012. (VI. 4.) Korm.rendelet a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról (NAT 2012)
- 5/2020. (I. 31.) Korm.rendelet A Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelet módosításáról (NAT 2020)
- 28/2000. (IX. 21.) OM rendelet a kerettantervek kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról.
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A0000028.OM&txtreferer=99700026.MKM>

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. A tanulás információfeldolgozási modellje Johnstone (2000) nyomán (Tóth, 2009, 25. o.).....	13
2. ábra. A konstruktivista tanulásmodell blokkdiagramja (Nahalka, 1997, 4. o.)	14
3. ábra. A tévképzetek kialakulására ható tényezők szerkezete (Vass, 1997, 101. o.)	15
4. ábra. Az egészséget meghatározó tényezők (Orosz, 2001, 257.o.)	17
5. ábra. A közösség egészségét meghatározó tényezők csoportjai (Ádány et al., 2023, 11. o.)	54
6. ábra. Az egészséget meghatározó strukturális és köztes tényezők és kölcsönhatásaik (Vitrai, 2011, 17. o.).....	56
7. ábra. Az egészség dimenzióinak %-os megjelenési aránya az egészséggel kapcsolatos összes megjelenésen belül	72
8. ábra. Egészséget befolyásoló tényezők súlyozása a pilot mintában (pilot vizsgálat) és a Lalonde (1974) jelentés szerint.....	85
9. ábra. Hallgatói pontszámok eloszlása a hat egészségdimenzió mentén	111
10. ábra. A válaszadók által hitelesnek tartott egészséggel kapcsolatos információforrások	138

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. Kutatási célok és kutatási kérdések összevetése (Saját szerkesztés)	7
2. táblázat. Kádár és Farsang (2018) a tévképzet fogalmának értelmezéseit bemutató összesítő táblázata (Kádár & Farsang, 2018, 8. o.)	9
3. táblázat. Holisztikus egészségdimenziókhoz tartozó példa állítások (saját szerkesztés)	21
4. táblázat. A holisztikus egészségdimenziókhoz kapcsolódó igaz állítások (Saját szerkesztés)	29
5. táblázat. A holisztikus egészségdimenziókhoz kapcsolódó hamis állítások (Saját szerkesztés)	30
6. táblázat. Kutatás időrendi ütemezése	65
7. táblázat. Egészséggel kapcsolatos témák tárgyalásának tantárgyi keretei a magyar Nemzeti Alaptantervekben	67
8. táblázat. Az 'egészség' szó előfordulási gyakorisága a magyar Nemzeti Alaptantervekben	71
9. táblázat. Az egészség dimenzióinak %-os megjelenési aránya az egészséggel kapcsolatos összes megjelenésen belül	71
10. táblázat. Az egészség dimenzióinak %-os megjelenési arányai a NAT2020-ban	73
11. táblázat. A vizsgált pedagógusképzési szakok egészséggel kapcsolatos tartalmainak összefoglaló táblázata (saját szerkesztés)	81
12. táblázat. A Pilot minta szocio-demográfiai jellemzői.....	82
13. táblázat. Holisztikus Egészségfogalom dimenzióinak megjelenése a pilot mintában (pilot vizsgálat).....	84
14. táblázat. Egészséget befolyásoló tényezők súlyozása a pilot mintában (pilot vizsgálat) és a Lalonde (1974) jelentés szerint.....	85
15. táblázat. Egészségállítások és a teljes pilot mintára számított átlag és módusz (n=68 fő) (pilot vizsgálat)	87
16. táblázat. Egészséggel kapcsolatos információk forrásai (pilot vizsgálat)	89
17. táblázat. A megkérdezett életkorának összefüggése az egészségpontok eloszlásával és a holisztikus egészség képpel (pilot vizsgálat).	90
18. táblázat. A megkérdezett életkorának összefüggése az egészséggel kapcsolatos állításokkal (alfa=0,05) (pilot vizsgálat)	90
19. táblázat. Az édesanya végzettségének összefüggése az egészségpontok eloszlásával és a holisztikus egészség képpel (pilot vizsgálat)	92
20. táblázat. Az édesanya végzettségének összefüggése az egészséggel kapcsolatos állításokkal (pilot vizsgálat)	92

21. táblázat. Az életmód egészségpontok és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	94
22. táblázat. Az egészségügy egészségpontok és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	96
23. táblázat. A genetika egészségpontok és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	97
24. táblázat. A fizikai holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	99
25. táblázat. Az érzelmi holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	101
26. táblázat. A spiritualitás holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	102
27. táblázat. A társas holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	104
28. táblázat. A nagymintás mérésben résztvevő minta szocio-demográfiai jellemzői	107
29. táblázat. A 6 egészség dimenzió skála leíró statisztikái	110
30. táblázat. Az egészség dimenzió skálák összehasonlító tesztstatisztikái a képzési szint szerint	112
31. táblázat. Az egészség dimenzió skálák normalitásteszt-eredményei annyak függvényében, hogy a kitöltő NAT2020 egészségreleváns szakra jár vagy sem	115
32. táblázat. A „Mentális egészség” és a „Spirituális egészség” skálák összehasonlító tesztstatisztikái a NAT2020 szak (egészségreleváns vagy nem) szerint.....	115
33. táblázat. A „Mentális egészség” és a „Spirituális egészség” skálák összehasonlító tesztstatisztikái a NAT2020 szak (egészségreleváns vagy nem) szerint.....	116
34. táblázat. A „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót?” kérdésre adott válaszok egészség dimenziókénti említési gyakorisága képzési szintenként és az összehasonlító tesztstatisztikák.....	118
35. táblázat. A „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót?” kérdésre adott válaszok egészség dimenziókénti említési gyakorisága a NAT2020 szak (egészségreleváns vagy nem) szerint és az összehasonlító tesztstatisztikák	119
36. táblázat. Az egészségfogalom megállapítások egészségdimenzióinak összehasonlítása szakok (BA/MA) szerint.....	120

37. táblázat. Az egészségfogalommal kapcsolatos feladatra adott válaszok egészségdimenzió számának normalitásteszt-eredményei annak függvényében, hogy a kitöltő NAT2020 egészségreleváns szakra jár vagy sem	122
38. táblázat. Az egészség asszociációs válaszok egészségdimenzióinak összehasonlító tesztstatisztikái a NAT2020 szak (egészségreleváns vagy nem) szerint.....	123
39. táblázat. Az egészségpontok szétosztásának összehasonlítása képzési szintek szerint....	124
40. táblázat, Az elosztott egészségpontok normalitásteszt-eredményei annak függvényében, hogy a kitöltő NAT2020 egészségreleváns szakra jár vagy sem	126
41. táblázat. Az egészségpontok szétosztásának összehasonlítása NAT 2020 szerint (Életmód, Egészségügyi ellátórendszer).....	126
42. táblázat. Az egészségpontok szétosztásának összehasonlítása NAT 2020 szerint (Életmód, Egészségügyi ellátórendszer).....	127
43. táblázat. Az egészség dimenzió skálák és a szülők iskolai végzettségének összefüggése	128
44. táblázat. Az egészség dimenzió skálák, valamint a megkérdezett életkorának és a lakóhely típusának összefüggése	129
45. táblázat. A társas egészség skála lineáris regressziós modellje – összefoglaló statisztikák	132
46. táblázat. A társas egészség skála lineáris regressziós modellje – paraméterek statisztikái	133
47. táblázat. A társadalmi egészség skála lineáris regressziós modellje – összefoglaló statisztikák	135
48. táblázat. A társadalmi egészség skála lineáris regressziós modellje – paraméterek statisztikái	136
49. táblázat. A válaszadók által hitelesnek tartott egészséggel kapcsolatos csoportosított információforrások.....	138
m1. táblázat. A településtípus összefüggése az egészségpontok eloszlásával és a holisztikus egészség képpel (pilot vizsgálat)	204
m2. táblázat. A településtípus összefüggése az egészséggel kapcsolatos állításokkal (pilot vizsgálat).....	204
m3. táblázat. Az édesapa végzettségének összefüggése az egészségpontok eloszlásával és a holisztikus egészség képpel (pilot vizsgálat)	206
m4. táblázat. Az édesapa végzettségének összefüggése az egészséggel kapcsolatos állításokkal (pilot vizsgálat)	206

m5. táblázat. A környezet egészségpontok és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	207
m6. táblázat. A demográfiai változók és a holisztikus egészség változók összefüggései (pilot vizsgálat).....	209
m7. táblázat. A mentális holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	210
m8. táblázat. A társadalmi vonatkozású holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)	211

RÖVIDÍTÉSEK

ARE: általános rezisztencia erőforrás

BA: alapképzés

BMI: testtömegindexszel

CLOCK: Circadian Locomotor Output Cycles Kaput

ELTE: Eötvös Loránd Tudományegyetem

KE: koherencia-érzet

KKK: Képzési és Kimeneti Követelmények

MA: mesterképzés

NAT: Nemzeti Alaptanterv

NSC: új neuronsejt

PTE: Pécsi Tudományegyetem

SZTE: Szegedi Tudományegyetem

WHO: World Health Organization

MELLÉKLETEK

1. sz. melléklet – Pilot kutatás kérdőíve

A kitöltés sorszáma:

--	--	--

Kedves Kitöltő!

Szeretném, ha megosztanád velem, mit tudsz, gondolsz az egészségről. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim jellegű, tehát válaszaidat a neved említése nélkül fogom feldolgozni. Kérlek, hogy válaszaiddal segítsd a munkámat! Nincsenek jó és rossz válaszok. A Segítségedet köszönöm!

Lipták Zoé (SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola hallgatója)

A Tőled kapott információkat a személyiségi jogok védelme érdekében a személyes felismerhetőség jegyeinek titokban tartásával dolgozom fel. Az adatokat statisztikai célokra, általános összefüggések feltérképezésére használom. Kérlek, hogy az alábbi kódkocka bejelölésével jelezd, hogy tudomásul veszed és elfogadod a fenti tájékoztatást!

☐

1. Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót? Meséld el, hogy mit látsz a képen és írd hozzá egy rövid indoklást!

.....

.....

.....

.....

.....

2. Van összesen 100 egészség-pontod, amit szét kell osztanod az alábbi 4 tényező között aszerint, hogy mekkora hatással lehetnek az egészségedre. Hány pontot adnál nekik? Mind a 100 pontot szét kell osztanod!

1. Életmód	
2. Egészségügyi ellátó rendszer	
3. Genetikai adottságok	
4. Környezeti hatások	

3. A következőkben néhány állítást olvashatsz. Kérlek, hogy minden sorban karikázd be azt az egyetlen számot, ami kifejezi, mennyire tartod igaznak a felsorolt állításokat! Az utolsó oszlopba, kérlek, írd be, hogy honnan, kitől hallottad, tanultad, tudod a választ! (pl. szülők, nagyszülők, testvér, barátok, óvoda, iskola, TV, Internet, könyv, újság, orvos, védőnő). Ha a példák között nem szerepel, amit beírnál, nyugodtan fogalmazd meg a saját szavaiddal.)

	egyáltalán nem igaz	nem igaz	részben igaz	igaz	tökéletesen igaz	Honnan, kitől hallottad?
1. Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	1	2	3	4	5	
2. Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	1	2	3	4	5	
3. A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	1	2	3	4	5	
4. Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	1	2	3	4	5	
5. A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	1	2	3	4	5	
6. Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	1	2	3	4	5	
7. Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	1	2	3	4	5	
8. A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	1	2	3	4	5	
9. A diétás üdítő egészséges.	1	2	3	4	5	
10. Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	1	2	3	4	5	
11. Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	1	2	3	4	5	
12. Ha eleget mozgok, nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	1	2	3	4	5	
13. Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	1	2	3	4	5	
14. A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	1	2	3	4	5	
15. Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	1	2	3	4	5	

16. Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	1	2	3	4	5	
17. A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	1	2	3	4	5	
18. Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	1	2	3	4	5	
19. Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	1	2	3	4	5	
20. A cukor függőséget okozhat.	1	2	3	4	5	
21. Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	1	2	3	4	5	
22. Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	1	2	3	4	5	
23. A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	1	2	3	4	5	
24. Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	1	2	3	4	5	
25. A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	1	2	3	4	5	
26. A stressz magas vérnyomást okoz.	1	2	3	4	5	
27. A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	1	2	3	4	5	
28. A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	1	2	3	4	5	
29. A cukorbetegség az elhízás következménye.	1	2	3	4	5	
30. A cukorbetegnek nem sportolhatnak.	1	2	3	4	5	
31. A dohányzásról könnyű leszokni.	1	2	3	4	5	
32. A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	1	2	3	4	5	
33. Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	1	2	3	4	5	
34. A fejtetű az ápolatlan, koszos haját szereti.	1	2	3	4	5	
35. A fejtetű át tud ugrani egyik emberről a másikra.	1	2	3	4	5	
36. Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	1	2	3	4	5	
37. Az egészséges ember vékony testalkatú.	1	2	3	4	5	
38. A multivitaminok túladagolhatók.	1	2	3	4	5	
39. A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	1	2	3	4	5	
40. A dohányzás nem okoz függőséget.	1	2	3	4	5	

A következő néhány kérdés ahhoz szükséges, hogy a kérdőív eredményeit a különböző csoportok (nem, kor, lakóhely típusa, iskolázottság) alapján tudjuk rendszerezni.

6. Kérlek, karikázd be a nemedet!

- 1. férfi
- 2. nő

7. Kérlek, add meg az életkorod! év

8. Kérlek, írd a vonalra melyik településen van az állandó bejelentett lakhelyed!

.....

9. A tanév során hét közben hol laksz? Kérlek, karikázd be!

- 1. az állandó bejelentett lakhelyemen
- 2. kollégiumban
- 3. albérletben
- 4. rokonoknál
- 5. egyéb:

10. Hányadik évfolyamra jársz?

..... évfolyam

11. Milyen szakon/szakpáron tanulsz?

.....

12. Mi édesanyád legmagasabb iskolai végzettsége? Kérlek, karikázd be!

- 1. kevesebb, mint 8 általános
- 2. általános iskola
- 3. szakiskola
- 4. szakközépiskola
- 5. gimnázium
- 6. felsőfokú szakképesítés
- 7. főiskola
- 8. egyetem

13. Mi édesapád legmagasabb iskolai végzettsége? Kérlek, karikázd be!

- 1. kevesebb, mint 8 általános
- 2. általános iskola
- 3. szakiskola
- 4. szakközépiskola
- 5. gimnázium
- 6. felsőfokú szakképesítés
- 7. főiskola
- 8. egyetem

Válaszaidat nagyon köszönöm!

2. sz. melléklet – A nagymintás kutatás kérdőíve

Kedves Kitöltő!

Lipták Mónika Zoé, az SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola PhD hallgatója vagyok. A kérdőív a PhD kutatásom részét képezi, melyet a kutatásetikai bizottság engedélyezett (14/2018). Szeretném, ha megosztanád velem, mit tudsz, gondolsz az egészségről. A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim jellegű. Kérlek, hogy válaszaiddal segítsd a munkámat! Nincsenek jó és rossz válaszok.

A Tőled kapott információkat a személyiségi jogok védelme érdekében a személyes felismerhetőség jegyeinek titokban tartásával dolgozom fel. Az adatokat statisztikai célokra, általános összefüggések feltérképezésére használom.

A segítségedet köszönöm!

Amennyiben hozzájárulsz válaszaid kutatási célú felhasználásához és a teljes minta statisztikai összesítésében történő publikálásához, kérlek, jelöld be az igen választ és töltsd ki a kérdőívet!

1. igen, hozzájárulok
2. nem, nem járulok hozzá

1. Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót? Meséld el, hogy mit látsz a képen és írd hozzá egy rövid indoklást!

2. Kérlek, hogy fejezd be az alábbi mondatot minél többféleképpen! Ahhoz, hogy egészséges legyek, ...

1.

2.

3.

4.

5.

3. Van összesen 100 egészség-pontod, amit szét kell osztanod az alábbi 4 tényező között aszerint, hogy mekkora hatással lehetnek az egészségedre. Hány pontot adnál nekik? Mind a 100 pontot szét kell osztanod!

A 4 tényező: életmód, egészségügyi ellátórendszer, genetikai adottságok és a környezeti hatások.

Életmód	
Egészségügyi ellátórendszer	
Genetikai	
Környezeti hatások	

adottságok

4. A következőkben néhány állítást olvashatsz. Kérlek, hogy minden sorban jelöld be azt, ami kifejezi, mennyire tartod igaznak az adott állítást.

1. Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

2. Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

3. A sok idegeskedéstől megbetegedhet az ember.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

4. A multivitaminok túladagolhatók.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

5. A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

6. A spirituális jóllét jobb mentális egészséggel jár együtt.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

7. A meditáláshoz Buddhistának, de legalábbis vallásosnak kell lenni.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
8. A feladatok halogatása és a döntésképtelenség rombolja a mentális egészséget.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
9. Csak az élhet egészségesen, aki gazdag.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
10. A spiritualitás azt jelenti, hogy vallásos vagy.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
11. A cukor függőséget okozhat.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
12. Egy munkanélküli személy nem lehet egészséges egy olyan társadalomban, amely csak a fizetett munkával rendelkezőket becsüli meg.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
13. Ami nem pusztít el, az erősebbé tesz lelkileg.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz

14. A fogyatékoság minden esetben kizárja az egészséget.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
15. A depresszió csak a hangulatra van hatással.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
16. Ha eleget mozgok, nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
17. A természeti környezet állapota hatással van az egészségünkre.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
18. Kapcsolat van aközött, hogy mennyit alszom és mekkora a súlyom.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
19. Az egészség megőrzésének a kulcsa, ha magunk is teszünk érte, vagyis az egészségtudatos életmód.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
20. Az elgondolt képek és elképzelések nem ugyanúgy hatnak a testre és a közérzetre, mintha valóban átéltük volna őket.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz

21. A stressz minden esetben káros az egészségünkre.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

22. A vallási közösséghez tartozás egyfajta társas támogatást biztosít.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

23. A lelki egészségünk egyik alapfeltétele, hogy legalább egy intim kapcsolattal rendelkezünk.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

24. Az internet minden esetben megbízható információforrás az egészséggel kapcsolatos témákban.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

25. Az, hogy egy társadalomban alábecsülik a nők munkáját nincs hatással a nők egészségi állapotára.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

26. Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

27. Sikereinket egyáltalán nem befolyásolja emberi kapcsolataink minősége.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

28. A különböző társadalmi helyzetű, etnikai csoporthoz tartozó, életkorú, nemű és lakóhelyű emberek egészségi állapotában jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

29. Az alkohol elpusztítja az agysejteket.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

30. Az aggodalom és a szorongás ugyanaz.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

31. Az élet értelmébe vetett hit fontos szerepet játszik a betegségekkel való megküzdésben.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

32. Aki pozitívan gondolkozik, az egészségesebben és tovább él.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

33. A vallás olyan hit- és értékrendszert jelent a vallást elfogadók számára, amely értelmet és irányítást ad az életnek, megkönnyíti az életesemények elfogadását.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

34. Az egészség csak az egészségügy feladata.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

35. A házasság, függetlenül attól, hogy az jó vagy rossz, pozitív hatással van a pszichés egészségre.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

36. A valahová tartozás, a szeretet és a megbecsülés olyan erőforrás, amely segít egészségesnek maradni.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

37. Az ember egészsége elválaszthatatlanul összefügg mindennel, ami az embert körülveszi.

1. o egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

38. A mentális egészség kizárólag azt jelenti, hogy nem szenvedünk pszichés betegségben.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

39. Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

40. A nevetés hízlal.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

41. A kortársbántalmazás csak az áldozat egészségére van negatív hatással.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
42. A stressz magas vérnyomást okozhat.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
43. A vallásosság és a spiritualitás egy és ugyanaz.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
44. Az, hogy milyen életmódot élek csakis rajtam múlik.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
45. A magasabb iskolázottságú csoportoknak és egyéneknek jobbak az egészségi állapot mutatóik, mint az alacsony iskolázottságúaknak.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
46. A betegség pozitív gondolkodással és imával gyógyítható.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
47. Az egészség társadalmi meghatározóinak erősebb hatása van az egészségünkre, mint egészségmagatartásunknak.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz

48. A társas kapcsolatos pozitívan befolyásolják a személy egészségmagatartását.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
49. A társas támogatás segít megküzdeni a stresszel.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
50. A rendszeres vallásgyakorlás nincs hatással az egészségünkre.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
51. Mindig hihetünk abban az egészséges termékben, amit egy ismert személy reklámoz.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
52. A diétás üdítő egészséges.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
53. Nem a kapcsolataink mennyisége, hanem a minősége a fontos.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz
54. Az egészség az a képességünk, amikor szeretni és dolgozni tudunk.
1. egyáltalán nem igaz
 2. nem igaz
 3. részben igaz
 4. igaz
 5. tökéletesen igaz

55. Az iskolai végzettség és az egészségmagatartás között pozitív kapcsolat van.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

56. A „jó kapcsolat” sosem konfliktusos, feszültségteli viszony.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

57. Az egyének egészségmagatartása automatikusan megváltozik, ha az egészségről bővebb ismereteket szereznek.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

58. A barátoktól jövő támogatás minden esetben nagyobb jelentőséggel bír, mint a szakember segítsége.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

59. Az egészség erőforrás.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

60. A boldogság a lelki egészség szinonímája.

1. egyáltalán nem igaz
2. nem igaz
3. részben igaz
4. igaz
5. tökéletesen igaz

5. Amikor valamely egészséggel kapcsolatos kérdésről kívánsz tájékozódni, az alábbiak közül melyik az a 3 forrás, amit a leghitelesebbnek tartasz? (Kérlek, csak 3-at jelölj be!)

1. internet
2. szakkönyv
3. szülő
4. tanár
5. szakfolyóirat
6. barát
7. csoporttárs
8. nagyszülő
9. orvos
10. gyógyszerész
11. reklám, hirdetés
12. közösségi média
13. TV műsor
14. testvér
15. védőnő
16. influenzszer
17. egyéb _____

6. Szerinted, leendő pedagógusként mit tehetsz a rád bízott gyermekek, diákok egészségéért? Kérlek, hogy fejtssd ki a válaszodat!

A következő néhány kérdés ahhoz szükséges, hogy a kérdőív eredményeit a különböző csoportok (nem, kor, lakóhely típusa, iskolázottság) alapján tudjuk rendszerezni.

7. Kérlek, jelöld be a nemedet!

1. nő
2. férfi

8. Kérlek, add meg az életkorod! _____

9. Milyen településen van az állandó lakóhelyed?

1. Budapest
2. megyei jogú város
3. nagyközség
4. község
5. falu
6. tanya
7. egyéb város

10. Melyik egyetem, főiskola hallgatója vagy?

11. Jelenleg melyik szakon tanulsz?

1. óvodapedagógus
2. tanító/nemzetiségi tanító BA
3. gyógypedagógus
4. szakoktató BA
5. szociálpedagógus
6. csecsemő- és gyermeknevelő BA
7. konduktor BA
8. gyógypedagógia MA
9. logopédia MA
10. osztott részidős tanári mesterszak
11. osztatlan tanári mesterképzés
12. egyéb _____

12. Amennyiben részidős tanári mesterszakon vagy kétszakos osztatlan tanárképzésben tanulsz, kérlek írd ide a szakod, szakpárod nevét!

13. Jelenlegi képzésedben hányadik félévedet végzed?

14. Milyen munkarendben tanulsz?

1. nappali munkarend
2. levelező munkarend

15. Jelenlegi képzésed ajánlott tanterve tartalmaz-e egészségfejlesztéssel, egészségneveléssel kapcsolatos kötelező tantárgya(ka)t?

1. igen
2. nem

16. Amennyiben a 9. kérdésre igennel válaszoltál, kérlek írd le, mely tantárgyak azok.

17. Mi édesanyád legmagasabb iskolai végzettsége? Kérlek, jelöld be!

1. kevesebb, mint 8 általános
2. általános iskola
3. szakiskola
4. szakközépiskola
5. gimnázium
6. felsőfokú szakképesítés
7. főiskola (BSc)
8. egyetem (MsC)
9. PHD/DLA

18. Mi édesapád legmagasabb iskolai végzettsége? Kérlek, jelöld be!

1. kevesebb, mint 8 általános
2. általános iskola
3. szakiskola
4. szakközépiskola
5. gimnázium
6. felsőfokú szakképesítés
7. főiskola (BSc)
8. egyetem (MsC)
9. PHD/DLA

Válaszaidat nagyon köszönöm!

3. sz. melléklet. A NAT2020 dokumentumelemzésében az egyes kategóriák (holisztikus egészségdimenziók) alá tartozó szavak és kifejezések listája

<i>kategória</i>	<i>kód</i>	<i>előfordulási gyakoriság (db)</i>
érzelmi egészség	konfliktushelyzetekben cselekszik	1
érzelmi egészség	krízishelyzetekben cselekszik	1
érzelmi egészség	függőségek	4
érzelmi egészség	alkohol	1
érzelmi egészség	együttérzés, részvét	3
érzelmi egészség	megküzdési készségek	2
érzelmi egészség	drogok	5
érzelmi egészség	érzelmi fejlődés	7
érzelmi egészség	érmek	37
érzelmi egészség	empátia	9
érzelmi egészség	kifejezi az érzéseit	5
érzelmi egészség	kifejezőkészségek	1
érzelmi egészség	boldogság	2
érzelmi egészség	azonosítja az érmeket	1
érzelmi egészség	öröm	17
érzelmi egészség	szeretet, szerelem	10
érzelmi egészség	érmek felismerése	5
érzelmi egészség	érzelemszabályozás	1
érzelmi egészség	relaxáció	5
érzelmi egészség	biztonság	1
érzelmi egészség	önbizalom	2
érzelmi egészség	önkifejező készségek, képességek	1
érzelmi egészség	stressz	6
egészségfogalom	családtervezés	4
egészségfogalom	egészséges életvitel	1
egészségfogalom	egészséget veszélyeztető tényezők	2
egészségfogalom	egészségkárosító tényezők	6
egészségfogalom	betegségmegelőző tényezők	1
egészségfogalom	egészségmegőrzés	9
egészségfogalom	szabadidő	3
egészségfogalom	egészségtudatosság	3
egészségfogalom	egészségnevelés	2
egészségfogalom	egészségműveltség	2
egészségfogalom	egészségfejlesztés	14
egészségfogalom	egészségvédelem	4
egészségfogalom	Egészség	106
egészségfogalom	egészséges fejlődés	1
egészségfogalom	egészséges életmód	9
egészségfogalom	lelki egyensúly	1
egészségfogalom	lelki egészség	11
egészségfogalom	életvezetés	5
egészségfogalom	életmód	32
egészségfogalom	mentális egészség	2

egészségfogalom	nyitott	12
egészségfogalom	balesetek megelőzése	10
egészségfogalom	krízisprevenció	1
egészségfogalom	betegségek megelőzése	5
egészségfogalom	gyógyító intézkedések	2
egészségfogalom	gyógypedagógia	5
egészségfogalom	életvitel	16
egészségfogalom	jóllét	4
mentális egészség	tanulás képessége	2
mentális egészség	kritikus cselekvés	13
mentális egészség	veszélyes helyzetek elkerülése	4
mentális egészség	kognitív készségek, képességek	2
mentális egészség	kritikai gondolkodás	2
mentális egészség	az egészségre vonatkozó információ kritikus értékelése	2
mentális egészség	egészséggel kapcsolatos döntések	1
mentális egészség	gondolkodást fejlesztő	1
mentális egészség	szokások értékelése	1
mentális egészség	információ kritikus értékelése	10
mentális egészség	az információ megbízhatóságának és jelentőségének értékelése	1
mentális egészség	ismeri az élelmiszer- és tápanyagcsoportokat	2
mentális egészség	mentális fejlődés	1
mentális egészség	pozitív testkép	3
mentális egészség	az információ megbízhatósága	4
mentális egészség	önfejlesztés	2
mentális egészség	önismeret	23
mentális egészség	tanulmányi látogatások, -kirándulások	1
mentális egészség	gondolkodási készségek	2
mentális egészség	időgazdálkodás, időszervezés	1
fizikális egészség	az ízületek és a testtartás rendellenességei	1
fizikális egészség	baleset	7
fizikális egészség	antibiotikumok	1
fizikális egészség	atlétika	3
fizikális egészség	baktérium	4
fizikális egészség	egyensúly	2
fizikális egészség	labdajátékok	2
fizikális egészség	alapvető életfeltételek	2
fizikális egészség	testtudatosság	1
fizikális egészség	testrészek	4
fizikális egészség	test	19
fizikális egészség	CPR	2
fizikális egészség	klímaváltozás	1
fizikális egészség	mászás	1
fizikális egészség	főzés	1
fizikális egészség	koordináció	9
fizikális egészség	tánc mozgás	2
fizikális egészség	fogyatékoság	5

fizikális egészség	betegség	7
fizikális egészség	dopping	2
fizikális egészség	ivóvíz	2
fizikális egészség	étkezés	3
fizikális egészség	kitartás	1
fizikális egészség	ergonómia	1
fizikális egészség	edzés	7
fizikális egészség	elsősegély	7
fizikális egészség	testi egészség	12
fizikális egészség	fogamzásgátlás	2
fizikális egészség	étkezési szokások	2
fizikális egészség	ételkészítés	2
fizikális egészség	étel	3
fizikális egészség	alapvető mozgás	8
fizikális egészség	játékok	48
fizikális egészség	genetikai tényezők	6
fizikális egészség	helyes testtartás	8
fizikális egészség	növekedés	2
fizikális egészség	gimnasztika	7
fizikális egészség	kockázatok	5
fizikális egészség	halláskárosodás	1
fizikális egészség	kórház	1
fizikális egészség	emberi anatómia	1
fizikális egészség	emberi szervek	18
fizikális egészség	emberi reprodukció	5
fizikális egészség	higiéné	2
fizikális egészség	fertőző betegségek	5
fizikális egészség	ugrás	3
fizikális egészség	mozgási képességek	2
fizikális egészség	orvosi ellátás	6
fizikális egészség	gyógyszer	6
fizikális egészség	mozgáskészség	3
fizikális egészség	mozgás	79
fizikális egészség	motoros készségek	2
fizikális egészség	táplálkozás	11
fizikális egészség	beteg	1
fizikális egészség	fizikai aktivitás, fizikailag aktív életmód	1
fizikális egészség	fizikai fejlődés	1
fizikális egészség	testnevelés	40
fizikális egészség	fizikai környezet	10
fizikális egészség	mozgás	1
fizikális egészség	fizikai biztonság	1
fizikális egészség	fizikailag aktív életmód	3
fizikális egészség	játékos tevékenységek	1
fizikális egészség	mérgeзések	4
fizikális egészség	rehabilitáció	1
fizikális egészség	gyógytestnevelés	10
fizikális egészség	pihenés	1

fizikális egészség	ritmus	4
fizikális egészség	szabályjáték	2
fizikális egészség	futás	3
fizikális egészség	biztonságos tanulási környezet	1
fizikális egészség	biztonság	16
fizikális egészség	szexualitás	4
fizikális egészség	speciális szükségletek, különleges bánásmódot igénylő	15
fizikális egészség	sebesség	2
fizikális egészség	sport	30
fizikális egészség	erő	3
fizikális egészség	az emberi test felépítése	3
fizikális egészség	úszás	11
fizikális egészség	dobás	2
fizikális egészség	dohány	1
fizikális egészség	kezelés	2
fizikális egészség	vírus	2
fizikális egészség	vízi sportok	1
fizikális egészség	víz	1
társas egészség	csoportban tevékenykedik	16
társas egészség	csoporttag	1
társas egészség	törődés másokkal	1
társas egészség	ünneplések	1
társas egészség	együttműködési készségek	8
társas egészség	együttműködés	75
társas egészség	közösségi cselekvés	2
társas egészség	közösségi interakció	1
társas egészség	közösségi élet	1
társas egészség	kommunikációs kultúra	2
társas egészség	kommunikációs készségek	7
társas egészség	közösség	101
társas egészség	konfliktusmegoldás	2
társas egészség	kooperáció	18
társas egészség	család	92
társas egészség	barátság	2
társas egészség	csoportmunka készségek	4
társas egészség	zaklatás	4
társas egészség	emberi kapcsolatok	1
társas egészség	interakció	42
társas egészség	személyközi készségek	2
társas egészség	másokkal való együttélés	3
társas egészség	konfliktuskezelés	1
társas egészség	problémahelyzetek kezelése	2
társas egészség	kortárskapcsolatok	4
társas egészség	játékosság	4
társas egészség	kölcsönösség	1
társas egészség	vallási közösségek	2
társas egészség	tisztelettel meghallgatni másokat	8

társas egészség	iskolai tábor	1
társas egészség	szociális tudatosság	2
társas egészség	társas érintkezés	1
társas egészség	szociális fejlődés	1
társas egészség	szociális tényezők	1
társas egészség	szociális tanulási környezet	2
társas egészség	szociális tanulás	1
társas egészség	társas kapcsolatok	6
társas egészség	társas helyzet	3
társas egészség	szociális készségek	4
társas egészség	szocio-emócionális készségek	1
társas egészség	mások figyelembevétele	6
társas egészség	összetartozás	1
társas egészség	együttműködés másokkal	5
társadalmi egészség	elfogadás	6
társadalmi egészség	hozzáférhetőség	4
társadalmi egészség	esztétika	16
társadalmi egészség	takarékos	8
társadalmi egészség	épített környezet	9
társadalmi egészség	fogyasztói készségek	11
társadalmi egészség	kulturális tudatosság	1
társadalmi egészség	kulturális sokszínűség	1
társadalmi egészség	kulturális környezet	1
társadalmi egészség	kulturális identitás	2
társadalmi egészség	kulturális jelenségek	2
társadalmi egészség	kulturális gyökerek	3
társadalmi egészség	kultúra	120
társadalmi egészség	demokrácia	24
társadalmi egészség	ökológiai nézőpont	1
társadalmi egészség	ökológiai	7
társadalmi egészség	környezet	172
társadalmi egészség	környezetvédelmi tevékenységek	16
társadalmi egészség	környezeti tudatosság	1
társadalmi egészség	környezeti változások	1
társadalmi egészség	környezettudatosság	18
társadalmi egészség	környezeti ismeretek	20
társadalmi egészség	környezeti szempont	7
társadalmi egészség	környezeti fenntarthatóság	7
társadalmi egészség	környezettudatos	2
társadalmi egészség	környezetért érzett felelősség	3
társadalmi egészség	egyenlőség	2
társadalmi egészség	méltányosság	3
társadalmi egészség	etnicitás	2
társadalmi egészség	fair play	1
társadalmi egészség	néptánc	1
társadalmi egészség	a hit szabadsága	1
társadalmi egészség	alapvető jogok	2
társadalmi egészség	nemi különbözőség	1

társadalmi egészség	nemi szerepek	1
társadalmi egészség	egészségügy	2
társadalmi egészség	emberi méltóság	3
társadalmi egészség	emberi jogok	5
társadalmi egészség	nehéz élethelyzetben	3
társadalmi egészség	inklúzió	1
társadalmi egészség	integráció	5
társadalmi egészség	interkulturális	15
társadalmi egészség	nemzetközi együttműködés	3
társadalmi egészség	nemzetköziesítés	1
társadalmi egészség	nemzetköziség	2
társadalmi egészség	bevonás	6
társadalmi egészség	igazság	12
társadalmi egészség	tanulási környezet	10
társadalmi egészség	szabadság	13
társadalmi egészség	világítás	2
társadalmi egészség	életkörülmények	1
társadalmi egészség	lakókörnyezet	4
társadalmi egészség	különböző közösségek tagja	2
társadalmi egészség	kölcsönös tisztelet	1
társadalmi egészség	természeti környezet	18
társadalmi egészség	természeti erőforrások	6
társadalmi egészség	természetvédelem	5
társadalmi egészség	természet	34
társadalmi egészség	részvétel	15
társadalmi egészség	hazafiasság	8
társadalmi egészség	előítélet	1
társadalmi egészség	egyenlőtlenség megelőzése	2
társadalmi egészség	projekt munka	38
társadalmi egészség	természetvédelem	7
társadalmi egészség	környezetvédelem	11
társadalmi egészség	pszichológus	2
társadalmi egészség	rassz	1
társadalmi egészség	újrahasznosítás	2
társadalmi egészség	hulladék csökkentése	1
társadalmi egészség	természethez fűződő kapcsolat	1
társadalmi egészség	vallási tolerancia	1
társadalmi egészség	mások megbecsülése	1
társadalmi egészség	felelősség	63
társadalmi egészség	felelős fogyasztók	1
társadalmi egészség	gyermeki jogok	4
társadalmi egészség	szerepjáték	3
társadalmi egészség	iskolai szociális munkás	1
társadalmi egészség	szociális kompetencia	3
társadalmi egészség	társadalmi környezet	5
társadalmi egészség	társadalmi kérdések	9
társadalmi egészség	társadalmi jelenség	5
társadalmi egészség	társadalmi tevékenység	1

társadalmi egészség	társadalmi szereplők	1
társadalmi egészség	társadalmi fontosság	7
társadalmi egészség	társadalmi szerepvállalás	1
társadalmi egészség	társadalmi témák	18
társadalmi egészség	társadalmi jelenségek	2
társadalmi egészség	társadalmi kérdések	3
társadalmi egészség	társadalmi státusz	1
társadalmi egészség	társadalmi struktúra	1
társadalmi egészség	társadalom	60
társadalmi egészség	szolidaritás	2
társadalmi egészség	fenntartható fejlődés	5
társadalmi egészség	fenntartható jövő	5
társadalmi egészség	fenntartható életmód	1
társadalmi egészség	fenntartható életvitel	1
társadalmi egészség	fenntartható	33
társadalmi egészség	tolerancia	4
spirituális egészség	hit, hiedelem, meggyőződés	16
spirituális egészség	katolikus vallás	1
spirituális egészség	kereszténység	17
spirituális egészség	etikai kérdések	7
spirituális egészség	etika	38
spirituális egészség	hit	1
spirituális egészség	identitás	19
spirituális egészség	iszlám	1
spirituális egészség	zsidó	6
spirituális egészség	morális fejlődés	7
spirituális egészség	moralitás	33
spirituális egészség	pozitív életszemlélet	1
spirituális egészség	vallás	17
spirituális egészség	az élet tisztelete	2
spirituális egészség	önértékelés	3
spirituális egészség	öngondoskodás	1
spirituális egészség	világnézet	9

4. sz. melléklet - táblázatok

m1. táblázat. A településtípus összefüggése az egészségpontok eloszlásával és a holisztikus egészség képpel (pilot vizsgálat)

<i>Változó</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
fizikai egészség	62	-0.088	0.498
mentális egészség	62	-0.140	0.278
érzelmi egészség	62	0.004	0.975
spirituális egészség	62	-0.134	0.300
társas egészség	62	0.080	0.539
társadalmi egészség	62	-0.195	0.128
100 egészségpont elosztása – életmód	64	-0.058	0.647
100 egészségpont elosztása - egészségügyi ellátórendszer	63	0.004	0.975
100 egészségpont elosztása – genetika	63	0.101	0.431
100 egészségpont elosztása – környezet	64	-0.020	0.876

m2. táblázat. A településtípus összefüggése az egészséggel kapcsolatos állításokkal (pilot vizsgálat)

<i>Állítás</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
A cukorbetegség az elhízás következménye.	65	0.243	0.051
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	66	-0.240	0.052
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	66	-0.227	0.067
A multivitaminok túladagolhatók.	65	0.215	0.085
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	65	-0.208	0.096
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	63	-0.180	0.158
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	66	0.163	0.191
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	65	-0.143	0.257
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	66	0.136	0.277
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	64	0.134	0.292
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	66	-0.131	0.293
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	65	-0.129	0.306
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	64	-0.129	0.309
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	66	-0.127	0.310
A fejtető az ápolatlan, koszos haját szereti.	65	-0.127	0.314
Az egészséges ember vékony testalkatú.	65	-0.113	0.369

A dohányzásról könnyű leszokni.	64	0.114	0.371
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	65	-0.111	0.381
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	67	0.106	0.393
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	66	-0.105	0.399
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	66	0.097	0.437
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	64	0.095	0.455
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	66	-0.092	0.464
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	66	0.084	0.501
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	47	0.095	0.525
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	66	0.077	0.538
A dohányzás nem okoz függőséget.	65	-0.078	0.538
A cukor függőséget okozhat.	61	-0.078	0.550
A fejtető át tud ugrani egyik emberről a másikra.	63	0.070	0.584
A stressz magas vérnyomást okoz.	65	-0.068	0.590
A cukorbeteg nem sportolhatnak.	63	0.067	0.600
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	66	0.065	0.604
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	66	-0.037	0.766
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	64	-0.035	0.781
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	66	0.028	0.823
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	65	-0.027	0.829
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	66	-0.026	0.834
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	66	-0.021	0.869
A diétás üdítő egészséges.	65	0.016	0.898
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	64	0.005	0.969

m3. táblázat. Az édesapa végzettségének összefüggése az egészségpontok eloszlásával és a holisztikus egészség képpel (pilot vizsgálat)

<i>Változó</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
fizikai egészség	62	-0.102	0.428
mentális egészség	62	0.027	0.836
érzelmi egészség	62	0.001	0.994
spirituális egészség	62	-0.136	0.291
társas egészség	62	-0.058	0.657
társadalmi egészség	62	0.000	1.000
100 egészségpont elosztása – életmód	64	0.008	0.953
100 egészségpont elosztása - egészségügyi ellátórendszer	63	0.137	0.286
100 egészségpont elosztása – genetika	63	-0.044	0.732
100 egészségpont elosztása – környezet	64	-0.008	0.947

m4. táblázat. Az édesapa végzettségének összefüggése az egészséggel kapcsolatos állításokkal (pilot vizsgálat)

<i>Állítás</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	64	-0.236	0.060
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	66	-0.232	0.061
A stressz magas vérnyomást okoz.	65	-0.229	0.066
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	65	-0.194	0.122
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	65	-0.185	0.139
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	66	-0.167	0.179
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	64	-0.168	0.184
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	66	0.164	0.187
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	66	-0.160	0.199
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	64	0.156	0.219
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	65	-0.145	0.248
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	64	0.139	0.273
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	65	-0.111	0.380
A diétás üdítő egészséges.	65	0.109	0.386
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	66	0.108	0.389
A dohányzás nem okoz függőséget.	65	0.105	0.405
A fejtető át tud ugrani egyik emberről a másikra.	63	-0.105	0.412
A fejtető az ápolatlan, koszos haját szereti.	65	-0.091	0.470

Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	66	-0.088	0.481
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	66	0.087	0.486
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	66	0.084	0.503
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	64	0.084	0.507
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	66	0.080	0.521
A cukorbetegnek nem sportolhatnak.	63	0.081	0.527
A cukor függőséget okozhat.	61	-0.074	0.569
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	66	-0.066	0.597
A dohányzásról könnyű leszokni.	64	-0.065	0.607
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	66	0.062	0.621
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	66	0.058	0.642
A multivitaminok túladagolhatók.	65	-0.055	0.662
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	47	-0.064	0.668
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	66	-0.053	0.675
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	66	-0.053	0.675
Az egészséges ember vékony testalkatú.	65	-0.034	0.787
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	66	0.027	0.829
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	66	-0.019	0.882
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	63	-0.007	0.958
A cukorbetegség az elhízás következménye.	65	0.006	0.965
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	66	0.003	0.979
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	65	0.001	0.991

m5. táblázat. A környezet egészségpontok és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

<i>Állítás</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	63	0,246	0,052
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	63	0,244	0,054
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	65	-0,235	0,060
A stressz magas vérnyomást okoz.	64	-0,228	0,070
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	65	0,22	0,078
A cukorbetegség az elhízás következménye.	64	0,21	0,096
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	65	0,207	0,098
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	47	0,224	0,131

Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	65	0,169	0,179
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	63	0,171	0,180
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	65	0,165	0,189
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	65	0,142	0,261
A cukor függőséget okozhat.	60	-0,142	0,279
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	63	-0,12	0,350
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	65	-0,109	0,389
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	65	0,107	0,394
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	65	0,107	0,395
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	64	0,088	0,489
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	64	-0,088	0,490
A dohányzás nem okoz függőséget.	64	0,086	0,499
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	64	0,085	0,502
Az egészséges ember vékony testalkatú.	64	-0,081	0,523
A fejtetű az ápolatlan, koszos haját szereti.	64	0,078	0,538
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	65	0,077	0,544
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	65	-0,071	0,572
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	65	0,07	0,578
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	64	0,063	0,623
A dohányzásról könnyű leszokni.	63	-0,052	0,685
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	65	-0,049	0,70
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	64	0,046	0,717
A diétás üdítő egészséges.	64	0,046	0,720
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	65	0,035	0,784
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	65	0,025	0,843
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	63	0,023	0,855
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	65	-0,019	0,880
A fejtetű át tud ugrani egyik emberről a másikra.	62	-0,014	0,914
A cukorbeteg nem sportolhatnak.	62	-0,012	0,925
A multivitaminok túl adagolhatók.	64	0,011	0,928
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	63	-0,011	0,932
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	65	-0,007	0,959

m6. táblázat. A demográfiai változók és a holisztikus egészség változók összefüggései (pilot vizsgálat)

Demográfiai változó	Holisztikus egészség	Khi-négyzet	szf	Szig.
Hányadik évfolyamra jársz?	fizikai egészség	3.029	4	0.553
	mentális egészség	2.756	4	0.599
	érzelmi egészség	6.730	4	0.151
	spirituális egészség	1.837	4	0.766
	társas egészség	2.730	4	0.604
	társadalmi egészség	4.068	4	0.397
kategORIZÁLVA - Milyen szakon/szakpáron tanulsz?	fizikai egészség	4.200	9	0.898
	mentális egészség	9.168	9	0.422
	érzelmi egészség	7.234	9	0.613
	spirituális egészség	9.229	9	0.416
	társas egészség	8.183	9	0.516
	társadalmi egészség	5.385	9	0.799
Mi édesanyád legmagasabb iskolai végzettsége?	fizikai egészség	7.948	6	0.242
	mentális egészség	8.477	6	0.205
	érzelmi egészség	6.773	6	0.342
	spirituális egészség	16.601	6	0.011
	társas egészség	12.198	6	0.058
	társadalmi egészség	5.985	6	0.425
Mi édesapád legmagasabb iskolai végzettsége?	fizikai egészség	3.423	6	0.754
	mentális egészség	1.343	6	0.969
	érzelmi egészség	0.984	6	0.986
	spirituális egészség	3.781	6	0.706
	társas egészség	3.834	6	0.699
	társadalmi egészség	5.285	6	0.508
település típusa	fizikai egészség	1.099	3	0.777
	mentális egészség	2.068	3	0.559
	érzelmi egészség	1.847	3	0.605
	spirituális egészség	1.391	3	0.708
	társas egészség	2.859	3	0.414
	társadalmi egészség	4.712	3	0.194

m7. táblázat. A mentális holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

<i>Állítás</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	62	-0,243	0,058
A stressz magas vérnyomást okoz.	62	-0,219	0,088
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	61	-0,22	0,089
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	63	-0,205	0,107
A cukorbetegség az elhízás következménye.	62	-0,204	0,112
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	63	-0,196	0,123
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	63	-0,188	0,141
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	63	-0,18	0,158
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	63	-0,18	0,159
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	63	0,172	0,179
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	61	-0,163	0,209
A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	62	0,153	0,236
Az egészséges ember vékony testalkatú.	62	-0,147	0,255
A cukorbeteg nem sportolhatnak.	60	-0,142	0,280
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	46	0,155	0,303
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	62	-0,133	0,304
A dohányzásról könnyű leszokni.	61	-0,119	0,362
Egészséges vagyok, szóval azt ehetek, amit csak szeretnék.	62	-0,112	0,386
A diétás üdítő egészséges.	62	-0,105	0,418
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	63	-0,1	0,433
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	62	-0,094	0,466
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	63	0,09	0,484
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	63	-0,085	0,508
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	63	-0,084	0,511
A fejtetű az ápolatlan, koszos hajat szereti.	62	0,074	0,566
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	63	-0,065	0,614
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	63	0,062	0,629
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	63	-0,06	0,641
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	63	0,057	0,657
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	61	0,057	0,662
A cukor függőséget okozhat.	58	-0,058	0,663

Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	61	-0,048	0,715
A fejtetőt át tud ugrani egyik emberről a másikra.	60	0,047	0,722
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	63	-0,045	0,728
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	63	-0,045	0,728
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	61	-0,042	0,748
A dohányzás nem okoz függőséget.	62	0,022	0,866
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	63	0,014	0,916
A multivitaminok túladagolhatók.	62	0,008	0,954
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	61	-0,004	0,975

m8. táblázat. A társadalmi vonatkozású holisztikus változó és az egészséggel kapcsolatos állítások összefüggései (pilot vizsgálat)

<i>Állítás</i>	<i>Minta</i>	<i>Spearman együttható</i>	<i>Szig</i>
Minél nagyobb súlyú valaki, annál több ételre van szüksége ahhoz, hogy egészséges maradjon.	63	-0,218	0,086
Az egészséges ember vékony testalkatú.	62	0,192	0,135
Ha eleget mozgok nem kell odafigyelnem arra, hogy mit eszek.	63	0,180	0,159
A rostos üdítő egészségesebb a szénsavas üdítőknél.	63	-0,179	0,162
A dohányzás nem okoz függőséget.	62	0,159	0,216
Ha egy étel csomagolásán az szerepel, hogy egészséges, akkor biztosan az.	63	0,145	0,258
Fittebb leszek, ha pár étkezést kihagyok.	63	-0,142	0,268
A tejfogak ápolása nem olyan fontos, úgyis kihullanak.	61	-0,129	0,320
Nem baj, ha gyerekként nagyobb a súlyom, majd kinövöm.	63	-0,126	0,325
A cukorbeteg nem sportolhatnak.	60	-0,129	0,327
A multivitaminok túladagolhatók.	62	0,122	0,346
Ha rossz napom van, jobban fogom érezni magamat, ha eszek valami finomat.	63	-0,119	0,352
Az elme, a test és a lélek összhangja szükséges ahhoz, hogy egészségesek legyünk.	63	0,116	0,366
A másnaposság legjobb ellenszere, ha iszunk egy kis alkoholt.	61	-0,114	0,383
Minden nap 8 pohár vizet kell meginni.	61	0,096	0,464
Ha véletlenül leesett egy falat a padlóra, semmi bajom sem lesz, ha felveszem és megeszem.	62	0,092	0,477
A cukorbetegség az elhízás következménye.	62	-0,088	0,496
Az emberi test olyan, mint egy gép. Ha elromlik, az orvos megjavítja.	63	0,086	0,504
A dohányzásról könnyű leszokni.	61	0,086	0,512
A cukorbetegséget a túl sok cukros étel fogyasztása okozza.	63	0,080	0,533
A fittség azt jelenti, hogy vékony vagyok, és jól nézek ki.	63	-0,077	0,549
A kismamáknak kettő helyett kell enniük.	61	0,073	0,576

A kövér emberek azért túlsúlyosak, mert túl sokat esznek.	62	0,066	0,610
Ha sok répát eszel, jobb lesz a látásod.	46	0,075	0,620
Egy adott étel utáni sóvárgással a testünk jelzi, hogy szüksége van egy bizonyos tápanyagra.	61	0,059	0,651
Az elhízás hátterében genetikai okok vannak.	61	-0,052	0,693
A cukor függőséget okozhat.	58	-0,046	0,730
A sok idegeskedéstől megbetegszik az ember.	63	-0,037	0,772
A palackozott víz egészségesebb, mint a csapvíz.	62	-0,036	0,783
Minél keményebben edzek, annál többet teszek az egészségemért.	63	-0,030	0,818
A fejtetű az ápolatlan, koszos haját szereti.	62	-0,026	0,840
A fejtetű át tud ugrani egyik emberről a másikra.	60	0,020	0,878
A kövér ember csakis magának köszönheti, hogy ilyen lett.	63	-0,019	0,885
Nincs kapcsolat aközött, hogy hány órát alszom és mennyi a súlyom.	63	-0,015	0,907
Ha megbetegszik az ember, csak bekap egy gyógyszert és meggyógyul.	63	0,007	0,954
A betegségekért főként a vírusok és a baktériumok felelősek.	62	-0,005	0,969
A stressz magas vérnyomást okoz.	62	0,004	0,976
Az alkohol elpusztítja az agysejteket.	63	-0,004	0,977
A diétás üdítő egészséges.	62	NA	NA
Egészséges vagyok, szóval azt ehettek, amit csak szeretnék.	62	NA	NA

RELEVÁNS PUBLIKÁCIÓK

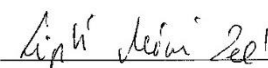
- Lipták, Z M & Tarkó, K (2025). Az egészséggel kapcsolatos téves elképzelések vizsgálatának alapjai leendő pedagógusok körében. In K. Tarkó, M. Radács, Zs. I. Benkő, & L. L. Lippai (Szerk.), *Arany metszetben az egészség: Interdiszciplináris tanulmányok az Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet tudományos műhelyeiből* (pp. 28–68). Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Lipták, Z M & Tarkó, K (2021). Leisure and Tourism in the Health Concept of Women and Their Health Misconceptions In: Anantdeep, Singh; Bob, Barrett; Gabriela, Gui; Elisabete, Vieira; Valentina, Chkoniya; Ahmet, Ecirli (szerk.) *ICMS XXV Book of Proceedings: 25th International Conference on Multidisciplinary Studies 17-18 September 2021 California Los Angeles (CA), Amerikai Egyesült Államok: European Center for Science Education and Research (EUSER)* pp.286-298., 13.p.
- Lipták, Z. M., & Tarkó, K. (2021). *Leisure and Tourism in the Health Concept of Women and Their Health Misconceptions* [Előadás]. 25th International Conference on Multidisciplinary Studies (ICMS XXV), Book of Proceedings. Doctoral School of Education, University of Szeged.
- Lipták, Z M & Tarkó, K (2020). Health Education- Health Misconceptions- Teacher Training Lessons Learnt from a Hungarioan Pilot Study, *European Journal of Education (EJED)* 3(2) pp. 90-97. DOI <https://doi.org/10.26417/917xrg61z>
- Lipták, Z M & Tarkó, K (2020). Hétköznapi egészségfogalom- Tévhitek, naiv elméletek, mítoszok vagy laikus értelmezések, *Magyar Pedagógia* 120(1), 33-46. DOI <https://doi.org/10.17670/MPed.2020.1.33>
- Lipták, Z M & Tarkó, K (2020). Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján, *Egészségfejlesztés*, 61(2), 74-81. DOI <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v61i2.590>
- Lipták, Z M & Tarkó, K (2018). Az egészséggel kapcsolatos tévképzetek evolúciója a közneveléstől a felsőoktatásig In: Fehérvári, Anikó; Széll, Krisztián; Miskey, Helga (szerk.) *Kutatási sokszínűség, oktatási gyakorlat és együttműködések: XVIII. Országos Neveléstudományi Konferencia: Absztrakt kötet*, Budapest, Magyarország: ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar (ELTE PPK), MTA Pedagógiai Tudományos Bizottság 541 pp. 489., 1.p.
- Lipták, Z M (2015). *Értékek és példaképek a 7. és 8. osztályban* In: Pete, Balázs (szerk.) XXXII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia Pedagógiai, Pszichológiai, Andragógiai és

Könyvtártudományi Szekció: Rezümékötet, Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetem, 240 pp. 3016527

Nyilatkozat

Alulírott, Lipták Mónika Zoé, nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy „Az egészséggel kapcsolatos tévképzetek feltérképezése leendő pedagógusok körében” című doktori értekezés saját, önálló munkám, valamint az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak megfelelően történt.

Szeged, 2025. 08. 27.


Lipták Mónika Zoé