

# MÓDSZERTANI KÖZLÖNY



---

ISSN 2217-4540  
ETO/UDC 371.3

Újvidéki Egyetem  
Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar

Univerzitet u Novom Sadu  
Učiteljski fakultet na mađarskom nastavnom jeziku

University of Novi Sad  
Hungarian Language Teacher Training Faculty

Universität Novi Sad (Neusatz)  
Fakultat für Lehrerbildung in ungarischer Sprache

# MÓDSZERTANI KÖZLÖNY

**METODIČKI GLASNIK  
METHODOLOGICAL BULLETIN  
METHODOLOGISCHE MITTEILUNGEN**

Szabadka – Subotica  
2019

---

Felelős szerkesztő:  
Josip Ivanović

Főszerkesztő:  
Beke Ottó, Borsos Éva

A szerkesztőbizottság tagjai:

Boric Edita, Faculty of Education, Eszék, Horvátország  
Dakich Eva, College of Arts, Social Sciences and Commerce, La Trobe University, Melbourne,  
Australia  
Darvai Sarolta, Eötvös Loránd Tudományegyetem, TOK, Budapest, Magyarország  
Farkas Róbert, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka  
Fenyvesi Kristóf, University of Jyväskylä, Finnland  
Fűzéné Kószó Mária, Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Tanárképző Főiskola, Szeged,  
Magyarország  
Gajić Olivera, Újvidéki Egyetem, BTK, Pedagógia Tanszék, Újvidék  
Glušac Dragana, Újvidéki Egyetem, Műszaki Kar, Nagybecskerek  
Horváth Futó Hargita, Újvidéki Egyetem, BTK, Magyar Nyelv és Irodalom Tanszék, Újvidék  
Hózza Éva, Újvidéki Egyetem Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, BTK Magyar Nyelv és Irodalom  
Tanszék, Szabadka–Újvidék  
Josip Ivanović, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka  
Kiss Szilvia, Kaposvári Egyetem, Pedagógiai Kar, Kaposvár, Magyarország  
Gabriele Kulhanek-Wehlend, Pädagogische Hochschule Wien, Bécs, Ausztria  
Matanović Damir, J. J. Strossmayer Egyetem, Tanítóképző Kar, Eszék, Horvátország  
Matijević Milan, Zágrábi Egyetem, Tanítóképző Kar, Zágráb, Horvátország  
Németh Ferenc, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka  
Pehar Lidija, Szarajevói Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Szarajevó, Bosznia és Hercegovina  
Opić Siniša, Zágrábi Egyetem, Tanítóképző Kar, Zágráb, Horvátország  
Ősz Rita, Óbudai Egyetem, Budapest, Magyarország  
Pavlović Slavica, Mosztári Egyetem, Pedagógiai Kar, Mostar, Bosznia-Hercegovina  
Pintér Krekić Valéria, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka  
Pšenakova Ildikó, Konstantin Filozófus Egyetem, Nyitra, Szlovákia  
Rudaš Jutka, University of Maribor, Department of philosophy,  
Maribor, Szlovénia  
for Hungarian Language and Literature, Maribor, Szlovénia  
Svetlana Španović, Újvidéki Egyetem, Pedagógiai Kar, Zombor  
Vik János, Babes-Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, Románia  
Vukov Raffai Éva, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka  
Zrilić Smiljana, Zadari Egyetem, Pedagógiai Kar, Zadar, Horvátország

Tördelőszerkesztő: Harangozó Attila

Nyomda: Grafoprodukt, Szabadka

Példányszám: 200

A kiadásért felel: Josip Ivanović dékán

Recenzensek:

Banos-González Isabel, University of Murcia, Faculty of Education, Spain  
Bíró Violetta, Pécsi Tudományegyetem, Pécs, Magyarország  
Boric Edita, Faculty of Education, Eszék, Horvátország  
Csányi Erzsébet, Újvidéki Egyetem, BTK, Magyar Nyelv és Irodalom Tanszék, Újvidék, Szerbia  
Doba László, Kaposvári Egyetem, Pedagógiai Kar, Kaposvár, Magyarország  
Dávid János, Kaposvári Egyetem, Pedagógiai Kar, Kaposvár, Magyarország  
Gabrity Molnár Irén, Újvidéki Egyetem, Közgazdasági Egyetemi Kar, Szabadka  
Grabovac Beáta, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia  
Halasi Szabolcs, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia  
Hegedús Katinka, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia  
Hózsa Éva, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka  
Ivanović Josip, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia  
Kanizsai Mária, Eötvös József Főiskola, Baja, Magyarország  
Lepes Josip, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia  
Major Lenke, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia  
Németh Ferenc, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia  
Pásztor Kicsi Mária, Újvidéki Egyetem, BTK, Magyar Nyelv és Irodalom Tanszék, Újvidék, Szerbia  
Ramadanski Draginja, Újvidéki Egyetem Bölcsésztudományi Kar, Újvidék, Szerbia  
Szűts Zoltán, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Budapest, Magyarország  
Toma Viktória, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia  
Vukov Raffai Éva, Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka, Szerbia

Lektorok: Beke Ottó (magyar nyelv)

Josip Ivanović (szerb nyelv és horvát nyelv)

Toma Viktória (angol nyelv)

Az esetleges plágiumért a kiadó nem vállal felelőséget.

Izdavački odbor smatra da je svaka publikacija originalan rad autora. Pri izradi rada autori su etički i korektno koristili literaturu.

ETO-besorolás: Matica Srpska

Kiadó: Újvidéki Egyetem

Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, 24000 Szabadka, Strossmayer u. 11. [www.magister.uns.ac.rs](http://www.magister.uns.ac.rs)  
[modszertanikozlony@gmail.com](mailto:modszertanikozlony@gmail.com)

Tel.: +381 24 624 444

Fax: +381 24 624 448

ETO-besorolás:

Matica Srpska

Kiadó:

Újvidéki Egyetem

Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar,  
24000 Szabadka, Strossmayer u. 11.

[www.magister.uns.ac.rs](http://www.magister.uns.ac.rs)

[mk@magister.uns.ac.rs](mailto:mk@magister.uns.ac.rs)

Tel.: +381 24 624 444

Fax: +381 24 624 448

Támogató:

Megjelenés: évente egy szám. A kiadvány minősített munkákat tartalmaz. A recenzensek kijelölése a tudományos folyóiratok kritériumait meghatározó szabályzattal összhangban valósul meg.

A kiadványban megjelenő tanulmányok tartalmáért a szerző felelős. A kiadványban megjelenő írásokban foglalt vélemények nem feltétlenül tükrözik a Kiadó vagy a Szerkesztőbizottság álláspontját.

Аутори сносе сву одговорност за садржај и језички квалитет радова. Надаље, изјаве и ставови изражени у радовима искључиво су ставови аутора и не морају нужно представљати мишљења и ставове Уредништва и издавача.

Аutori snose svu odgovornost za sadržaj i jezičnu kvalitetu radova. Nadalje, izjave i stavovi izraženi u radovima isključivo su stavovi autora i ne moraju nužno predstavljati mišljenja i stavove Uredništva i izdavača.

The authors are solely responsible for the content and the language of the contributions. Furthermore, statements and views expressed in the contributions are those of the authors and do not necessarily represent those of the Editorial Board and the publisher.

A Szerb Köztársaság Oktatási, Tudományi és Technikai Minisztériuma a Módszertani Közlönyt M53-as értékű tudományos folyóiratnak minősítette.

A Szerb Köztársaság Oktatási, Tudományi és Technikai Minisztériuma a Módszertani Közlönyt M<sub>53</sub>-as értékű tudományos folyóiratnak minősítette.



## TARTALOMJEGYZÉK

### **Baka Vida Barbara, Baka L. Patrik:**

Az (ember)idegen természet fojtogató ölelése: Jeff Vandermeer: Déli végek-trilógia. Doboztanköny-fejezet ..... 10

### **Bencéné Fekete Andrea, Szerb György, Fodor Szabina, Zsámboki István:**

Az általános iskolai testnevelés-oktatás hatékonyságának mérése ..... 27

### **Dinyés Katalin Julianna, Pusztafalvi Henriette, Tarkó Klára**

A férfiak és nők egészségmagatartásának összefüggése a házastársi, élettársi és elvált családi állapottal ..... 36

### **Dobos Orsolya**

Pedagógusok együttműködésének fórumai a szemléletformálás szolgálatában. Egy alternatív iskola gyakorlatának bemutatása ..... 64

### **Huszka Noémi, Kinyó László:**

A pedagógus-tanuló kapcsolatának feltárása során alkalmazott módszerek 2. és 3. osztályban. A tanító és a tanulók együttes vizsgálata ..... 72

### **Káich Katalin:**

Tanítóképzés Szabadkán a 20. század elején. A Magyar Királyi Állami Tanítónőképző-intézet munkája az 1903/1904. évi értesítő tükrében ..... 86

### **Lasić Katarina:**

A tanítás szerepe az oktatásban ..... 98

### **Marić Slađana:**

Nyelvtanár a digitális korban: tanításmódszertan, kutatás, mobilitás ..... 111

### **Marinkov Jelena:**

Gyermekirodalom a tanításban ..... 122

### **Nenadić-Bilan Diana:**

Az óvodapedagógus és az osztálytanító együttműködése a gyermekek beiskolázási folyamatában ..... 134

### **Samu Veronika:**

A japán onomatopoeiák morfoszemantikai vizsgálatának alkalmazása a japánban mint idegennyelv-oktatásban ..... 150

### **Somfalvi Zita**

Az idegennyelv-oktatás jellemzői néhány közép-európai országban ..... 166

---

**Módszertani Közlöny 2019, IX. évfolyam, 1. szám**

Újvidéki Egyetem

Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar

ETO: 316.356.2:613

Eredeti tudományos munka

A leadás időpontja: 2019.11.10.

Az elfogadás időpontja: 2019.11.30.

Terjedelem: 36-63

# **A FÉRFIAK ÉS NŐK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSÁNAK ÖSSZEFÜGGÉSE A HÁZASTÁRSI, ÉLETTÁRSI ÉS ELVÁLT CSALÁDI ÁLLAPOTTAL**

**Connection between men's and women's health behaviors and material status, as well as living together and divorced marital status**

**Dinnyés Katalin Julianna<sup>1</sup>, Pusztafalvi Henriette<sup>1</sup>, Tarkó Klára<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Pécsi Tudományegyetem, Magyarország, Pécs, Magyarország

<sup>2</sup>Szegedi Tudományegyetem, Magyarország, Szeged, Magyarország

## **1. Bevezető**

A hazai felmérések eredményei alapján a párkapcsolatok és a házasságok minősége hatást gyakorol az egyén életminőségére és egészségére egyaránt (Czettele, 2011). Csapó (2000) szakirodalma alapján a nevelés megteremti a közös munka feltételeit, motivál a tanulásra, és értelmet ad a tudás célszerű felhasználására. A nevelés témakörén belül, az egészségnevelés során cél az egyén tudatos, felelősségteljes magatartásának kialakítása, és ennek a sokoldalú nevelőtevékenységnek a feladata, hogy az egyén alkalmassá váljon a saját egészségkultúráltságának kialakítására (Meleg, 2002). Az ember, a két legfontosabb szocializációs szintéren, a családban és az iskolában, sajátíthatja el az egészséghez szükséges alapvető tudást és értékeket, valamint e két szintér szoros kapcsolata szükséges az egészség értékének közvetítésében (Meleg, 2002). Az egészségre gyakorolt hatások vizsgálata nem csak egészségügyi, hanem gazdasági kérdéskör (Czettele, 2011). Az egészségkultúra kialakításának jelentőségét igazolja, hogy a rendszeres testedzés javítja a stresszel való megküzdés képességét (Pusztafalvi, 2011).

---

A tanulmány elsőként a családi állapot és az egészség kapcsolatát, a lakosság egészségi állapotát, az egészségfogalom kérdéskörét kívánja meghatározni, továbbá egy 2017-ben végzett kutatás eredményeit kívánja ismertetni.

### *1.1. A családi állapot és az egészségi állapot közötti kapcsolat*

Kovács (2006) szakirodalmi alapján az egészség és a családi állapot közötti kapcsolat régóta alátámasztott tény, hiszen az elváltak magasabb halandósága és a rosszabb egészségi állapota közötti összefüggés igazolódott. Durkheim 1982-ben kiadott Öngyilkosság című műve, az öngyilkosság és a családi állapot közötti összefüggést fogalmazza meg, ahol empirikus kutatásával alátámasztja, hogy magasabbak az elvált családi állapotú öngyilkosságot elkövetők száma. Igazolódott, hogy az özvegyek életében magasabb a stressz, és a szociális kapcsolatok gyengülése is összefüggést mutat az egészségi állapot negatív voltával (Kovács, 2006).

A család mint szocializációs színtér összefügg az egészségi állapottal, viszont Hansen vizsgálata kimutatta, hogy a gyermeknevelési problémák megjelenése is összefügg a házastársak egymás iránti kapcsolatával (Hansen, 1981). Az elmúlt évtizedben az együttélési formák jelentős változáson mentek keresztül (Czettele, 2011). A Hungarostudy 2002 és 2006 eredményei alapján elmondható, hogy a házasság minősége összefügg az egészségkárosító magatartásformák megjelenésével (dohányzás, alkoholfogyasztás), és táppénzen is több időt töltöttek a nem megfelelő házasságban élők. Kevesebb szál cigarettát fogyasztanak a jó házasságban élők (15,86 szál), mint a rosszak (17,23 szál) vagy az elvált családi állapotúak (16,81 szál). Egy 2009-es felmérés eredményei szerint a munkateljesítményük is csökkent a házastársak válása óta (Czettele, 2011). A családi szocializációs színtér mellett az iskola szerepét is elengedhetetlen megemlíteni a nevelés folyamatában, hiszen az iskola hatása és szerepe igen komplex, valamint a tanári példamutatás, az oktatási-nevelési terv, a rejtett tanterv és a taneszközök is alapvető oszlopai az oktatásnak (Molnár, Vígh, 2013). A Nemzeti Alaptanterv (2012) nevelési céljai között a „Családi életre nevelés” mellett szerepel „A testi és lelki egészségre nevelés”, ami ugyanolyan jelentőséggel bír. Az egészséges életmód alapelveinek az elsajátítása az oktatás intézményén túl a családi közegben is megvalósul. Az egészségtudatos magatartás kialakítása az egészség hosszú távú megőrzését segíti, hozzájárul az egészségben eltöltött évek számának növeléséhez, és az egészségtudatosságon belül a sportolás pozitívan járul hozzá a stressz megfelelő leküzdéséhez (Pusztafalvi, 2011).

A felsorolt elgondolkodtató adatok igazolják a családi élet szerepét az egészséges életmódban. Az egészséget befolyásoló életkörülmények és életmódelemek tekintetében is több kérdés vár megválaszolásra. A dohányzási szokások tekintetében, a család és a kortársak szerepét a szakirodalom egyértelműen igazolja. Aszmann és munkatársainak 2003-as vizsgálata kimutatta, hogy a rizikómagatartás megelőzése összefügg a család kapcsolatával. A családszerkezet, a családon belüli deviancia és a



---

családi diszharmónia megléte egyértelműen összefügg a kábítószer-fogyasztással. A szakirodalom alapján kijelenthető, hogy azok a fiatalok ritkábban fogyasztanak tiltott szereket, akik mind a két szülővel együtt élnek. A család óvó szerepe, a szülők példamutató magatartása és a szülőkkel való kapcsolattartás is preventív tényezőként hat (Hidvégi, Kopkáné, Müller, 2015).

Az egészségnevelésben az egészségfejlesztés folyamata azt segíti elő, hogy az emberek befolyásra tegyenek szert az egészségüket meghatározó tényezők felett, és önmaguk is változzanak egészségük érdekében. „Az egészségfejlesztés célja (...) egészségmagatartás egyéni döntésen múló aspektusainak fejlesztése, az egészséges életmódra való esély javítása érdekében” (Lippai, 2016 in: Tarkó, Benkő, 2016). Az egészségfejlesztők számára központi jelentőségű feladat az egyének és közösségek tekintetében a változás kezdeményezése, a családi döntések előkészítése, ami az egészségesélyt alakítja (Lippai, 2016 in: Tarkó, 2016).

A családi állapot hatásának szakirodalmi áttekintését követően, a lakosság egészségi állapot jellemzőjét kell megvizsgálnunk.

### *1.2. Az egészségi állapot*

A rohamos technikai, gyors anyagi és társadalmi változások nagymértékben befolyásolják az emberek egészségét, életmódját, valamint hatást gyakorolnak külön a férfiak és külön a nők egészségi állapotára is. A mortalitási és morbiditási adatok is mutatják a helyzet súlyosságát. A gyors léptékű változások nem csupán az egyén fizikai létét befolyásolják, hanem a társadalom pszichés egészségére is terhet rónak, ezért elengedhetetlen megemlíteni és vizsgálni a lakosság lelki egészségi állapotát.

A morbiditás az egyik leggyakrabban használt mutatója egy ország egészségi állapotának (Vitrai, Varsányi, 2015; Kopp, é.n.). Bár korábbi adatokhoz képest Magyarország idő előtti halálozási statisztikája javulást mutatott, mégis itt jelenleg is másfélszer nagyobb az idő előtti halálozás, mint az EU15 országokban. A magyar lakosság leggyakoribb halálai között jelenleg a keringési rendszer okozta és a daganatos megbetegedések állnak. Magyarországi adataink az Európai Unióhoz képest jelentős lemaradást mutatnak, és számos intézkedés, törekvés ellenére sem érzékelhető a pozitív javulás, sőt sok esetben lemaradás tapasztalható (Vitrai, Varsányi, 2015).

Az egészségi állapotot a kérdőíves felmérések során szubjektív megítélés alapján mérik. Az értékelésnek az alapja saját meggyőződésen alapul, és az egészség összetett állapotát írja le. Követéses vizsgálatok bizonyítják, hogy amikor mérték az egészségi állapotot és a későbbiekben jelentkező halálozási esélyeket, szoros összefüggés mutatkozott a két változó között (Kovács, 2012). Az egészség szubjektív megítélése nehezen hasonlítható össze a más országokban kapott eredményekkel, viszont az országon belül konzisztens képet kapunk.

A magyar lakosság rossz egészségi mutatóinak javítása érdekében számos politikai kezdeményezést indítottak: közétkeztetési szabályozások, termékadó bevezeté-

---

se, nemdohányzók védelme érdekében hozott intézkedések, transz-zsír fogyasztást érintő jogszabályok és a népegészségügyi fejlesztések és alakítások (Vitrai, Varsányi, 2015). A mutatók, a törekvések ellenére, javulást még nem mutatnak, és az Európai Unió tagországaihoz sem sikerült felzárkóznia Magyarországnak.

A betegség kialakulásában az egyén viselkedése és az életét befolyásoló környezet játszik jelentős szerepet. Az egészséges életmódot befolyásoló tényezőket Benkő (2016) négy csoportba sorolja: gazdasági/társadalmi, biológiai, kulturális, pszichológiai tényezők; miszerint az életlehetőségek a gazdasági/társadalmi tényezők: képzettség, státusz, jövedelem. Az életfeltételek a biológiai tényezők: nem, faj, egészségi állapot. Az életforma dimenziók a kulturális tényezők: nemzetiség, etnikai hovatartozás és az életészlés dimenziója pedig a pszichológiai tényezők: stresszkezelő technikák (Benkő, 2009, 46.). A szakirodalmakban felsorakoztatott pozitív változások ellenére mégis túlsúlyban vannak azok az eredmények, amelyek alapján a Magyarországon élők egészségi állapota romlást mutat. Magyarországon a dohányzással összefüggő halálozás aránya 2005 és 2012 között az európai helyzethez képest csökkenő tendenciát mutat, mégis az EU15 tagországokhoz képest másfélszerese tapasztalható itt (Vitrai, Varsányi, 2015).

Egészségmagatartásnak nevezzük azokat a cselekvéseket, amelyeket azért teszünk, hogy az egészségünket fenntartsuk, javítsuk és helyreállítsuk (Bíró és mtsai, 2008). Az egészségmagatartást a szakirodalom a dohányzási, alkoholfogyasztási, sportolási szokások és a táplálkozás tekintetében elemzi. Kutatásunkban ezeken a változókön túl vizsgáltuk a szabadidő minőségét, a pihenési szokásokat, a fáradtság érzését, az egészség értéként való kezelését is. Vitrai, Varsányi (2015) kiadott dokumentuma alapján a magyar lakosság kétharmada naponta 10 percet sem mozog a szabadidejében, 29%-ra tehető a dohányzók aránya, ami csökkenést mutat a korábbi évekhez képest, viszont a fiatal lakosság körében magasabb a dohányzók száma, mint korábban.

Ahogy az egészségi állapotban, az egészségmagatartásban is tapasztalhatóak az egyenlőtlenségek. A férfiak és nők között jelentős mértékű egyenlőtlenség figyelhető meg, és bár számos szakirodalom foglalkozik a nemek között tapasztalható egészségi egyenlőtlenséggel, egyik szakirodalom sem említi egyértelműen, melyik nemnek van nagyobb esélye egészségesen élni, vagy melyik nemet éri több olyan hatás, amely negatívan befolyásolja az életét (Csizmadia, Balku, 2016).

### *1.3. Az egészségi állapotban tapasztalható egyenlőtlenségek, különbségek*

A férfiak és nők morbiditási mutatói között jelentős különbségek tapasztalhatóak (Kovács, 2012; Vitrai és Varsányi, 2015; Kopp, é.n.). A két nem egészségi állapota közötti eltérések vizsgálata az 1980-as években került a népegészségügy figyelmébe (Csizmadia, Balku, 2016). Ez a jelenség az orosz és ukrán népegészségügyben jelenleg is tapasztalt probléma (Kopp, 2008). Az EU összes tagállamában érzékelhetők az egész-

---

ségügyben meglevő egyenlőtlenségek (European Commission, 2009; Európai Bizottság, 2010). Európa nyugati felében kimutathatók a két nem közötti, a halálozás területén mutatkozó különbségek, ezek szerint a férfiak várható élettartama alacsonyabb a nőknél (Kopp, é.n.). Az egészségi állapot alakulását az iskolai végzettség magyarázza a legerősebben (Jóna, 2014). Kovács (2012) munkájában leírta, hogy a 2009-es vizsgálatok alapján a válaszadó férfiak, nők a szubjektív megítélésük alapján nincsenek jó egészségben. A legfeljebb nyolc osztályt végzettek közül 53% vélte úgy, hogy rossz az egészségi állapota, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők 27%-a válaszolta ugyanezt. Fontos megemlíteni, hogy az egészségi állapot megítélése nemcsak az iskolai végzettségtől függ, hanem a válaszadó korától és az anyagi helyzetétől is. A vizsgálatban a leggazdagabb rétegbe tartozó válaszadó férfiak 30%-a, míg a nők 39%-a vélte úgy, hogy nem kielégítő az egészségi állapota (Kovács, 2012). Nemcsak a megbetegedésben, de születési arányok tekintetében is tapasztalhatóak a különbségek. Magyar újszülöttek körében rendszeresen megfigyelhető fiúszületési többlet, azonban ez a fiútúlsúly idővel eltűnik. Például a 2011-ben született újszülötteknél 4%-kal több fiú született, mint lány (Csizmadia, Balku, 2016). Nemzetközi viszonylatban és hazánkban is tapasztalható a férfiak idő előtti halálozása. Abban az esetben, ha az ország gazdasági fejlettsége megfelelőnek mondható, és mégis fennálló probléma a férfiak korai mortalitása, felmerül a kérdés, mi okozhatja ezt a problémát. Az egyik elfogadott magyarázat - az adatok alapján - a férfiak életkilátásainak magyarázatában van (Kopp, é.n.). 2013-ban a nőknél a leggyakrabban előforduló halálokok a keringési rendszer megbetegedései (55%), a daganatok (23%), a légzőrendszeri (5%) és az emésztőrendszeri (4%) megbetegedések okozta halálozások. A férfiak esetében előforduló első két leggyakoribb halálokok megegyezik a nőknél tapasztalhatóval. Első helyen a keringési rendszer (45%) okozta megbetegedések és a daganatok okozta (29%) betegségek vannak (Vitrai, Varsányi, 2015).

Az egészség területén tapasztalt egyenlőtlenségek megoldása nagy kihívást jelent az Európai Bizottság számára (Európai Bizottság, 2010). A European Commission az Európai Bizottság törekvéseit helyezte középpontba, amely az egészségügyben tapasztalt hézagok kitöltésére irányult. Jellemzően megnövekedett a jóllét alapján az általános egészség területén nem tapasztalható javulás. A különbségek okaként a jövedelmi viszonyokat, az oktatást, az élet- és munkakörülményeket és az egészségmagatartást említik (Európai Bizottság, 2010).

A férfiak és nők idő előtti egészségromlása és az idő előtti halálozás aránya nem csak az egészségügyi ellátás hiányosságával magyarázható. A férfínépeség körében tapasztalt idő előtti halálozás az ország gazdasági helyzetére is hatást gyakorol. Magyarországon a férfiaknál tapasztalható idő előtti halálozás az orosz és ukrán népegészségügyi mutatókhoz hasonlít (Kopp é.n.). 2009-ben publikált kutatás alapján jelentős különbségek húzódnak az egészségi állapot területén a nemeken túl a társadalmi csoportok, a végzettségek, a jövedelem és az életkor tekintetében

---

---

is (Kovács 2012). A férfiaknál tapasztalt idő előtti halálozás okaként a munkahelyi bizonytalanság, az általános értékvesztés, a társas kapcsolatok zavarai, az önkárosító magatartásformák játszanak szerepet. Jelentős mértékben meghatározó a családi állapot is (Kopp, é.n.).

#### *1.4. Egészségfogalom, egészségfejlesztés*

Benkő (2009) szakirodalmi alapján az egészséget egykor a betegség hiányaként értelmezték, ami az orvosi szemléletmódra utal. Valaki vagy egészséges vagy beteg. Ezt követően az Egészségügyi Világszervezet újraértelmezte az egészség fogalmát, hátat fordított a korábbi orvosi szemléletnek, és pozitív módon fogalmazta meg az egészséget. Az egykori egyszemélyes értelmezést felváltotta a többdimenziós értelmezés, amely széles körben elfogadott. Ez magában foglalja a testi, lelki és szociális jólétet, valamint az életkörülményeket és a spirituális szempontokat is. Az egészséget szubjektíven megközelíthetjük, hiszen a betegség nem csupán objektíven ki nyilatkoztatott jelenség, hanem „a személy saját megtapasztalása” is (Benkő, 2009, 21). Az egyén képes önmegfigyelésre, célközpontú cselekvésre, saját magatartásának megítélésére is, tehát az egészséget az organikus feltételeket követően a személyes feltételek is meghatározzák. Az egészség szituatív értelmezése azt tükrözi a számunkra, hogy az egyén egészségét a körülményei kontextusában kell tekinteni, hiszen az egyén az életkörülményeihez viszonyítva lehet egészséges. Az egészség dinamikus értelmezése azt mutatja, hogy az egészség egy dinamikus feladat, amely a személy és környezete kölcsönhatásán alapul (Benkő, 2009). A WHO (Egészségügyi Világszervezet) 1946-os egészségdefiníciója kulcsfontosságú az egészség új értelmezése szempontjából. Pozitív szempontból közelíti meg az egészséget, és nem az egészség van a középpontban, hanem az egészséges lét, mely minden ember egészségi állapotát mutatja. Ebben a definícióban a szubjektivitás is hangsúlyos, ahogyan az egyén megéli az egészséget.

Az egészség fontos meghatározója a koherencia érzet. Ez a fogalom Aaron Antonovsky nevéhez fűződik. Ez a fogalom kulcsfontosságú a betegséggel szembeni védelem és az egészségmegőrzés témakörében. A koherencia érzet, másképpen koherencia érzés három tényezőből tevődik össze. Ezek a jellemzők arra adják meg a választ, hogy mitől marad valaki egészséges. Az első jellemző, a világ megérthetőségének élménye, a második a kezelhetőség élménye, a harmadik az értelemteliség élménye. A világ megérthetőségének élménye leírja, hogy a személy miként tudja feldolgozni az ismerős és ismeretlen ingereket. A kezelhetőség élménye azt mutatja, hogy „milyen mértékben érzékeli az egyén”, hogy az erőforrások a rendelkezésére állnak. Az értelemteliség élménye pedig azt mutatja, hogy van legalább egy probléma, kihívás, amibe megéri energiát fektetni.

A WHO 1986-ban tartotta meg első egészségfejlesztési konferenciáját (Benkő, 2009; Lippai, 2016 in: Tarkó, Benkő, 2016). Az Ottawai Chartának már az első monda-

---

ta definiálja számunkra az egészségfejlesztést. Benkő (2009) egy táblázatban összegezte az egészségfejlesztés és az egészségértelmezés kapcsolatát. A Charta (1986) szerint az egészségfejlesztés „olyan folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük kézben tartására és tökéletesítésére” (Benkő, 2009, 25.). Az egészségfogalom tekintetében az életminőség társadalmi, gazdasági és személyes fejlődés. Az embert helyezik előtérbe, az egyén képességét, életkörülményét és autonómiáját. Az egészség, a Charta szerint „egy bio-pszicho-szociális-ökológiai jólét, a szükségletek kielégítése, a kívánságok és remények valóra váltása, a környezet feletti teljes ellenőrzés és a változtatás képessége” (Benkő, 2009, 25.). A Lippai (2016) által feltett kérdésre, amely úgy hangzik, hogy miként lesz az egészséges élet művészet?, azt mondhatjuk, hogy akkor válik művészetté az egészséges élet, hogyha az ember alkotó, cselekvő alanyként viszonyul az egészséges élethez (Lippai, 2016 in: Tarkó, Benkő, 2016).

## **2. A felmérés célja**

Kutatási cél, hogy átfogó képet kapjunk a férfiak és nők egészségmagatartásáról, az életmódbeli tényezőkről. Ezen belül kitérünk arra, hogy milyen rendszerességgel vesznek részt szűrővizsgálatokon, milyen káros szenvedély van jelen az életükben, mi jellemzi a pihenésüket, és milyen gyakran érzik magukat fáradtnak, mely betegség fordult elő korábban és van jelen az életükben jelenleg. Vizsgáljuk az egészségmagatartást és az egészségmagatartás, családi állapot összefüggését a lakosság körében.

## **3. Anyaggyűjtés**

Az adatgyűjtési módszere a kikérdezés volt, a felmérés önkitöltős kérdőívvel történt. A kérdőív 60 – négy főbb csoportba sorolható – kérdést tartalmazott. A kérdéscsoportok az alábbiak: az első a szocio-demográfiai adatok (kor, nem, szülők és a válaszadó iskolai végzettsége, családi állapot, keresőtevékenység, anyagi helyzet megítélése, állandó és tartózkodási lakóhely); a második az életkörülményekre vonatkozó kérdések, a harmadik az egészségkultúrára, egészségmagatartásra vonatkozó kérdések (dohányzás, alkoholfogyasztás, alvás, mozgás, sport); a negyedik az egészségi állapottal kapcsolatos kérdések (szubjektív egészség, betegség jelenlegi és korábbi megléte, lelki egészség, társas támogatottság). A kérdőívben a kérdések tartalmának megfelelően felváltva alkalmaztunk nyílt és zárt kérdéseket. A kérdések egyszeri vagy többszörös választásúak voltak.

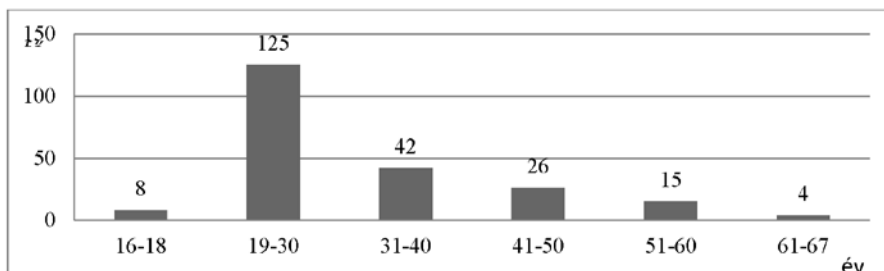
Az adatfeldolgozáshoz Microsoft Word és Excel, illetve SPSS programcsomag segítségét vettük igénybe. A leíró statisztikai módszer keretén belül gyakoriságot, szórást számoltunk, a csoportok összehasonlítására Khi-négyzet próbát alkalmaztunk, varianciaanalízist, korrelációs számítást végeztünk, az eltéréseket  $p < 0,05$  érték mellett tekintettük szignifikánsnak.

#### 4. Minta és módszer

A vizsgálat nem reprezentatív, de a magyar lakosság körében végeztük, és a korcsoportot illetően minél szélesebb kört céloztunk meg, azért, hogy minél hitelesebb képet kapjunk a vizsgált témát illetően.

A vizsgálatunkban összesen 220 fő vett részt, amelyből 42 férfi, azaz 19,09% és 178 fő, azaz 80,91% nő volt. A lakóhelyet és az állandó tartózkodási helyet nyitott kérdésként fogalmaztunk meg, így, összesen 72 helyről érkezett válasz. Három válaszadó külföldről küldött választ: Anglia, Németország, Románia. A legtöbb válaszadónak, 74 főnek az állandó helye, míg a tartózkodási helye 116 főnek Szeged. Második leggyakrabban írt válasz Budapest volt. A megkérdezettek közül 15 fő állandó lakcíme Budapest, míg 18 fő él életvitelszerűen a fővárosban.

A vizsgálatban nyílt kérdés segítségével mértük fel a válaszadók korát. A válaszadók átlagéletkora 31,05, a medián értéke, ami a nagyság sorba állított adatok közül a középsővel egyezik meg, 26. A módusz értéke 19, míg a variancia 138, 792. Az értékek minimuma 16, míg a maximuma 67 volt. Az adatok feldolgozása során a válaszokból több csoportot képeztünk. A válaszadók jelentős többsége, azaz 125 fő, 19-30 év közötti volt. 4 fő 61 feletti korcsoportba tartozott, 8 fő 16-18 éves volt, 15 fő 51-60 év közötti volt, 26-an 41-50 közöttiek, míg 42-en 31-40 év közöttiek voltak. A 1. ábrán is látható, hogy bár minden korcsoportból érkezett válasz, a válaszadók jelentős része a fiatal felnőtt korosztályba sorolható (1. ábra).

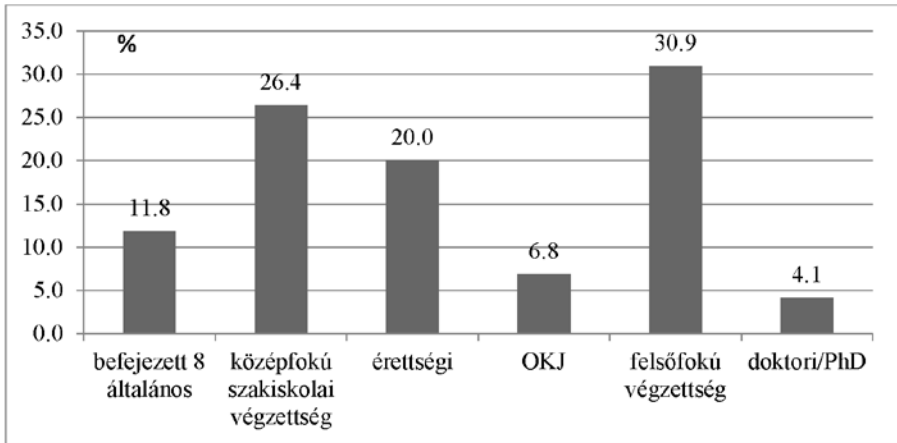


1. ábra: A válaszadók kor szerinti megoszlása (fő) (N=220)

Végzettséget tekintve, a megkérdezettek közül, 220 főből 117 fő felsőfokú végzettséggel, 64 fő érettségivel, 19 fő OKJ-s végzettséggel, 9 fő doktori vagy PhD fokozattal, 7 fő középfokú szakiskolai végzettséggel rendelkezik, és csak 4 fő rendelkezik csupán befejezett 8 általánossal. Két fő 16 és 17 éves, és ez magyarázatot adhat számunkra arra, hogy miért jelölte két fő, hogy 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezik.

A szülők végzettségét külön-külön mértük fel. A 2. ábrán látható, hogy a válaszadók 30,9%-ának édesanyja felsőfokú végzettséggel rendelkezik, míg a legke-

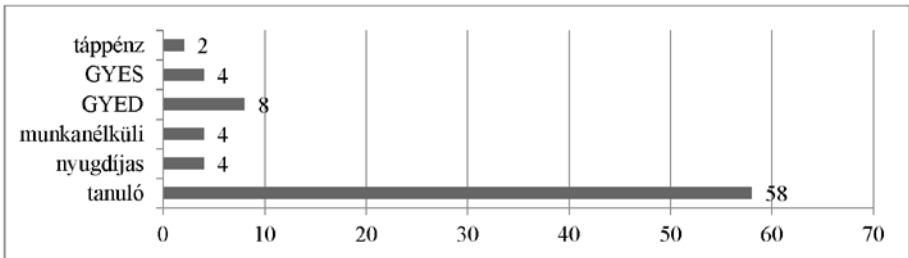
vesebbnek, 4,1%-nak doktori fokozata van. Összevetve a két változót korrelációs vizsgálat alapján *szignifikáns* kapcsolat van, tehát a válaszadó és az édesanya végzettsége között van összefüggés ( $p=0,047$ ) (2. ábra).



**2. ábra:** A megkérdezettek édesanyjának legmagasabb iskolai végzettsége (%) (N=220)

A válaszadók édesapjának végzettségét vizsgálva az eredmény közel megegyező, ám mégis figyelmet érdemel 1-2 tényező. Míg az édesanyákat tekintve a legtöbben felsőfokú végzettségűek, addig az édesapáknál a legtöbben, 32,2% középiskolai, szakiskolai végzettségű, és csak 28,6 % rendelkezik felsőfokú végzettséggel. Az édesanyák 20%-a, míg az édesapák 19%-a rendelkezik érettségivel. Összevetve a két változót korrelációs vizsgálat alapján *nincs szignifikáns* kapcsolat, tehát a válaszadó és az édesapa végzettsége között nincs összefüggés ( $p=0,106$ )

A megkérdezettek közül 76 fő válaszolta, hogy nem folytat aktív kereső tevékenységet. Az aktív keresőtevékenységet nem folytató egyének *munkaerő-piaci státuszát* az alábbi ábra mutatja be. A válaszadók közül a legtöbb, 58 fő, tanuló (3. ábra).

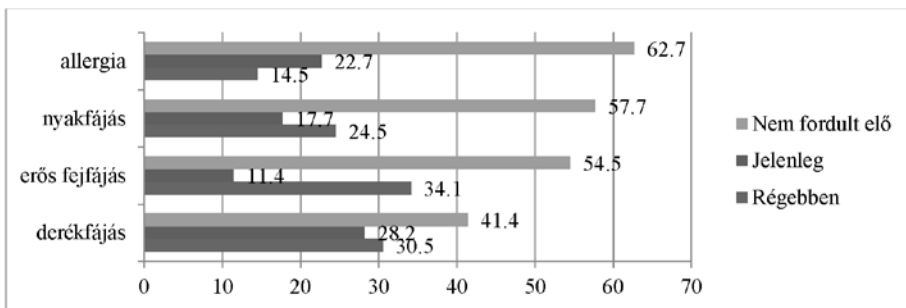


**3. ábra:** Munkaerő-piaci státusz (fő) (N=76)

Az *aktív keresőtevékenységet* folytatók közül többen: pedagógusok (14 fő), védőnők (8 fő), alkalmazottak (5 fő), ápolók (3 fő) és eladók (2 fő). Számos foglalkozást csak egy válaszadó végez, ide tartozik több foglalkozás mellett az orvosírnok, építész, PhD hallgató, minőségellenőr, könyvvizsgáló, könyvelő és villanyszerelő.

Felmértük az aktív dolgozó válaszadók *heti munkaórával* töltött idejét. Az értékek maximuma 80, ST=16,855. Az órák átlaga 36,64, míg a módusz értéke 40.

A kutatásban részt vevő 220 fő *egészségi állapota* kerül bemutatásra. A válaszadóknak 26 felsorolt betegségről kellett bejelölniük, hogy régebben, jelenleg, vagy hogy egyáltalán fenn állt-e esetükben korábban. A legtöbb betegségnél a legnagyobb arányban a „nem fordult elő” válaszlehetőség szerepelt. Az eredmények közül azokat a betegségeket emelném ki, melyeknél a „régebben” vagy a „jelenleg” válaszlehetőség közel hasonló arányban fordult elő. A válaszokat a 4. ábra szemlélteti. A két válaszlehetőség közel hasonló előfordulását az is magyarázhatja, hogy olyan egészségügyi problémákról van szó, melyek tartósan, krónikusan jelen vannak az egyén életében (4. ábra).



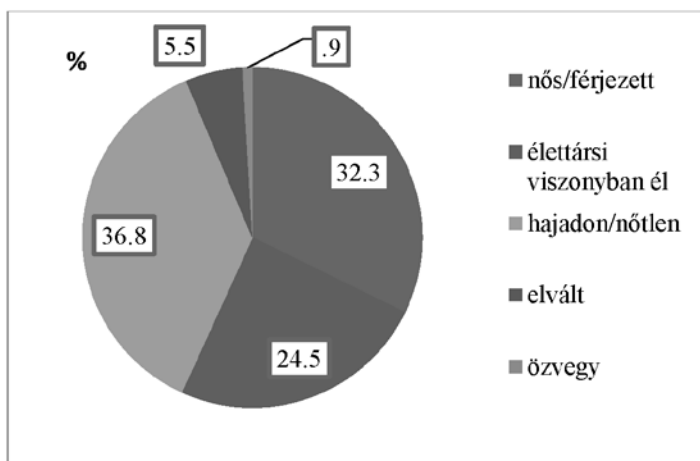
**4. ábra:** Válaszadók egészségi állapota a betegség megléte alapján (%) (N=220)

Vizsgáltuk a válaszadók *kapcsolati rendszerét*, melyet nyitott kérdés segítségével mértünk fel. A kérdésre 220 fő válaszolt: a legtöbben azt válaszolták, hogy „megbízható baráti kapcsolatrendszerrel” rendelkeznek, többen válaszolták, hogy a családjukra is tudnak támaszkodni, és örülnek, hogy a kapcsolati rendszerükre tudnak számítani a nehéz helyzetben. Közel 10 fő válaszolta, hogy nem tud egyetlen barátot sem megnevezni, és egyedül érzi magát. Többen számszerűen megjelölték, hogy hány közeli barátot tudnak maguk mellett, volt, aki 6-7 személyt, de a legtöbben a „kevés barátom van, de rájuk számíthatok” választ adták. Előfordult, hogy szerető légkörnek nevezték környezetüket, vagy többen házastársukat, párjukat nevezték a legközelebbi társuknak.



## 5. A vizsgálat eredményei

A vizsgálat alátámasztásához a kérdések egyszeres, többszörös választásúak voltak, valamint nyitott kérdések voltak. A válaszadók *családi állapotát* az 5. ábra kördiagramja szemlélteti. A kérdőívben a vizsgált személyek zárt kérdés során, öt felsorolt lehetőség közül tudták kiválasztani a számukra legmegfelelőbbet. A válaszadók jelentős többsége, 71 fő egyedülálló, tehát hajadon/nőtlen. A megkérdezettek 32,2%-a házasságban él, míg 24,5% élettársi viszonyban/kapcsolatban van, és csak kis részük elvált (5,5%) vagy özvegy (2%) (5. ábra).



5. ábra: A megkérdezettek családi állapota (%) (N=220)

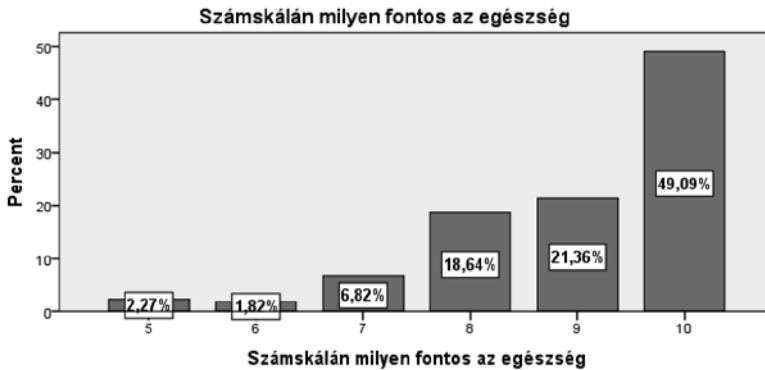
A leggyakrabban előforduló állapotnak (az értékek móduszának) a hajadon/nőtlen állapotot jelölték meg, és az élettársi viszonyt vehetjük az értékek átlagának.

A *családi állapotot* lebonthatjuk *nemenként*, és ez alapján a házasságban élő nők száma 57 fő, míg a férfiaké 14 fő. Élettársi viszonyban élőknel a nők vannak többségben: 45 fő, míg férfiak közül 9 fő. Egyedülálló nők száma: 64 fő, férfiaké: 17. 10 nő és 2 férfi elvált a válaszadók közül.

Az *egészségmagatartás* azokat a szokásokat foglalja össze, melyek segíti az egészség fenntartását, javítását, és hozzájárul a helyreállításához (Balajti és mtsai, 2008). A feltételezés alátámasztásához több kérdést is megfogalmaztunk, ezek a következőkre vonatkoztak: egészség értéként való meghatározására, dohányzási szokásra, önbevalláson alapulva a napi tevékenységi aktivitásra, szűrővizsgálatokon való részvétel rendszerességére, alkoholfogyasztásra, pihenésre, fáradtságra, táplálkozásra, folyadékfogyasztásra, napi mozgásra. A válaszadónak 1-től 10-ig terjedő Likert típusú skálán kellett bejelölnie, hogy milyen mértékben tartja fontosnak, ér-

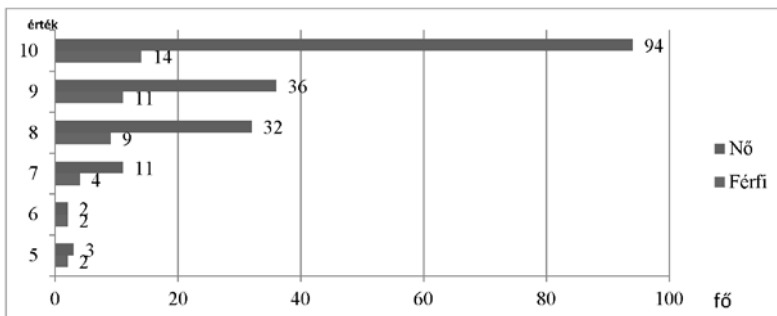
tékesnek az egészségét az életében. A számításokat elvégezve megkaptuk, hogy az érték átlaga 9,02, a medián értéke 9,00, míg a módusz, ami a legnagyobb gyakoriság az eloszlásban, 10.

A 6. ábra jól szemlélteti a gyakorisági eloszlást, láthatjuk, hogy a válaszadók jelentős mértékben fontosnak tartják a saját egészségüket az életükben.



**6. ábra:** Az egészség fontosságának mértéke a válaszadók körében (%) (n=220)

Az *egészség értéként való kezelését nemeként lebontva* láthatjuk, hogy a kutatásban részt vett férfi és női lakosság miként értékeli az egészségét. A Likert skálán adott legkevesebb pontszám a 7. ábrán az eredmények férfi és női elosztásban láthatóak, hogy az egyes számértéket hány férfi és hány nő jelölte. 10-es értékűnek 94 nő jelölte az egészséget, és e között és a 9-es értékűre adott válaszok száma között nagyobb a különbség, mint a férfiaknál.



**7. ábra:** Megkérdezett férfi és női lakosság értékelése az egészségről (fő) (N=220)

---

A következőkben *a családi állapot és az egészség értéként való kezelése* változót kívánjuk bemutatni. Először a nemenkénti bontást még nem végeztük el. Összevettük a korábban említett egészségi számskálán kapott eredményeket a *családi állapottal*, annak érdekében, hogy kiderüljön, van-e összefüggés. Egyszempontos varianciaanalízis alapján a nő/s/férjzett, élettársi viszonyban élő, hajadon/nőtlen válaszadók válaszainak a szórása csaknem megegyezik (1,153; 1,127 és 1,324). Az elvált családi állapotú egyének értékesebbnek vélik az egészségüket az életükben (9,50), mint például a házasságban élők (9,01). Az ANOVA F próbája szerint a szignifikancia szint szerint a nullhipotézist megtartjuk, hiszen a szignifikancia értéke nagyobb, mint 0,05 (szignifikancia 0,038 ,0,426 és 0,023). A kettő közötti kapcsolat sem erős, mert az  $n_2$  értéke 0,46.

További számításokat végezve a két változó kapcsolatáról a variancia homogenitási teszt segítségével megállapítható, hogy a Levene statisztika értéke 1,103, a szignifikancia magas (0,356), a nullhipotézist megtartjuk.

A két változó közötti szorosságot és előjelet méri a nem metrikus korreláció elemzése, és ez alapján a szignifikancia szint 0,526, tehát *nincs a két változó között szorosság*.

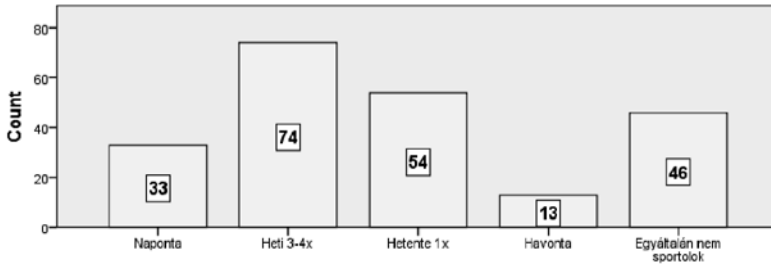
Összegezve az összes számítást és eredményt, a két változó összefügg, hiszen ahogy az első számításnál, a második számítás alapján is a szignifikancia értéke 0,038. Kapcsolat van a családi állapot és az egészség értéként való kezelése között: minél biztosabb családi háttérrel rendelkezik az egyén, annál fontosabbnak véli az egészségét.

Az egészség értékelésének vizsgálata során, eddig nem bontottuk le, hogyan vélekednek külön a férfiak és külön a nők. Többszempontos varianciaanalízis vizsgálattal összevethetjük *a családi állapotot, nemeket*, és, hogy az egyén számskálán milyen mértékben tartja *fontosnak az egészségét*. A kapott eredmények alapján mind a 220 válasz értékelhető. A variancia homogenitási teszt alapján a Levene statisztika értéke alacsony (0,002), a szignifikancia magas (0,964), a nullhipotézist megtartjuk, tehát a csoporton belüli szórás megegyezik. Mivel megegyezik a szórás, így értékelhetőek a további eredmények. Az ANOVA teszt alapján és egy korábban végzett többszempontos varianciaanalízis alapján a szignifikancia értéke 0,011, tehát a változók között *van összefüggés*. A családi állapot hatást gyakorol a nők és férfiak egészségmagatartására.

Korrelációs vizsgálat alapján *nincs szoros kapcsolat* a családi állapot és az egészség fontosságérzete között, az  $r$  érték  $-0,043$ , és a szignifikancia 0,526. A *nemek* és a Likert skálán mért *egészség között* erős kapcsolat van, az  $r$  érték 0,164, és a szignifikancia 0,015.

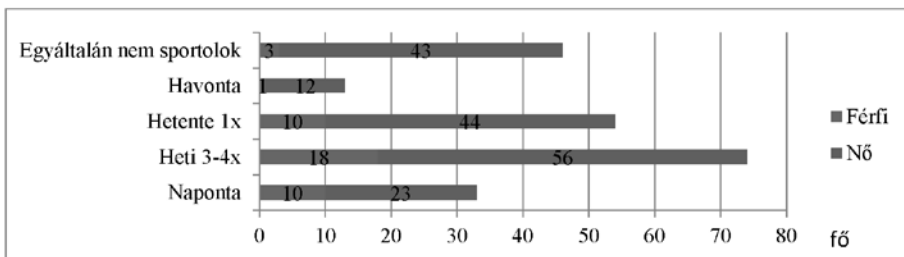
A következőkben *a mozgással, sportolással* kapcsolatos eredményeket összegeznénk. A kérdésre, hogy „Milyen rendszerességgel van jelen a sport, a mozgás az életében?”, öt válaszlehetőség volt: naponta, heti 3-4x, hetente egyszer, havonta,

egyáltalán nem sportolok. A válaszadók 220 válasza alapján az átlag a „heti 3-4-szer” és a „hetente egyszer” közé tehető. A módusz, a legnagyobb gyakorisággal az eloszlásban a „hetente 3-4x” válasz volt. A gyakoriságot szemléltető táblázat alapján készítettük el az alábbi ábrát. Amikor korábban említettük, a legtöbben, a válaszadók 33,6%-a, 74 fő, hetente többször sportol vagy mozog, viszont a második leggyakoribb válasz az egyáltalán nem sportolok volt: 46 fő, 20,9%. Összességében levonható a következtetés, hogy mozgás területén jellemző rendszeresség a válaszadóknál.



**8. ábra:** A válaszadók sportolási szokása (fő) (N=220)

A mozgás rendszerességét lebonthatjuk, hogy hány férfi és hány nő sportol a megjelölt alapján, és ezeket az eredményeket a 9. ábra szemlélteti. Komplexen, arányában vizsgálva szükséges elemezni a válaszokat: kiemelkedően több nő jelölte (43 fő), hogy egyáltalán nem sportol, mint férfi (3 fő), tehát a kettő közötti különbség aránya nagyobb, mint például azok között, akik naponta mozognak (férfi 10 fő, nő 23 fő). Összességében levonható a következtetés, hogy a férfiak legnagyobb (18 fő) arányban hetente 3-4x mozognak, és csak elenyésző részük (3 fő) nem sportol, míg a nőknél a harmadik legtöbb pontszámot (43 fő) a sportolás teljes hiánya kapta. Az eredmények alapján a két változó között *szignifikáns kapcsolat* van ( $p=0,044$ ). A férfiak rendszeresebben mozognak, mint a nők.



**9. ábra:** Férfi és női válaszadók sportolási szokása (fő) (n=220)

---

Keresztábra segítségével összevetettük, hogy a családi állapot és a mozgás között van-e összefüggés, és először nemenkénti bontást nem végeztük el. Az eredmények alapján egyedül a házasságban élőknel (71 fő) fordul elő nagyobb arányban, hogy egyáltalán nem sportolnak (23 fő, 32,4%). Ebben a csoportban a második legnagyobb arányban a heti 3-4x sportolók voltak (20 fő, 28,2%). Mind az élettársi viszonyban élőknel (18 fő, 33,3%), az egyedülállóknál (26 fő, 32,1%) és az elváltaknál (10 fő, 83,3%) a legtöbb választ a „heti 3-4x” válaszlehetőség kapta. Az eredmények alapján a két változó között a szignifikancia szintje 0,014, a nullhipotézist elvethetjük, tehát van közöttük *szignifikáns kapcsolat*.

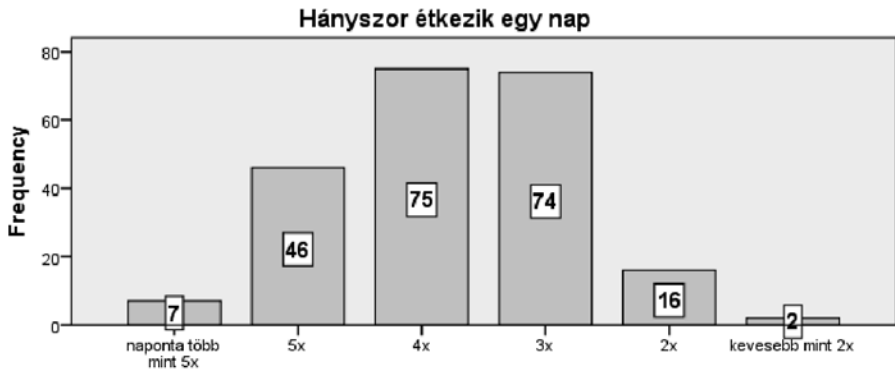
Egyszempontos varianciaanalízis alapján a házasságban élők, élettársi viszonyban élők és az egyedülállók válaszainak szórása csaknem megegyezik (1,440, 1,309 és 1,235), és a házasságban élők (3,20) átlagosan rendszeresebben mozognak, mint az egyedülállók (2,56). Az ANOVA tábla alapján a szignifikancia szintje 0,001, tehát a családi állapot és a mozgás rendszeressége között van *szignifikáns kapcsolat*. További számításokat végezve a nem metrikus korreláció elemzés alapján a két változó között szorossági kapcsolat áll fenn (0,001). Összegezve, a családi állapot meghatározó tényező a mozgás tekintetében.

Variancianalízis alapján összevetettük a három változót: *a mozgást, a nemeket és a családi állapotot*. Az eredmények alapján a házasságban, a kapcsolatban élők és az egyedülállók válaszainak szórása megegyezik (1,440, 1,309 és 1,235), és a házasságban élők (3,20) rendszeresebben sportolnak, mint az egyedülállók (2,56). A szignifikancia érték alapján a nullhipotézist el kell utasítani (szignifikancia 0,016), vagyis összevetve a szórások értékeivel, *beigazolódott az összefüggés*, és rendszeresebben mozognak az egyedülállók, mint a házasságban élők.

Korrelációs vizsgálat segítségével összevethető a nemek közötti sportolás rendszeressége, és a családi állapot és e vizsgálat alapján közepesen erős pozitív kapcsolat mutatható ki a *nemek és a sportolás rendszeressége között*, az *r* érték: 0,207, és a kapott eredmények alapján *szignifikáns kapcsolat* van a két változó között (szignifikancia 0,002). A családi állapot és a sportolás rendszeressége között közepesen erős negatív kapcsolat van -0,219, és a szignifikancia értéke 0,001.

A következőkben a táplálkozással kapcsolatos hozzáállást, szokásokat szeretnénk bemutatni a kapott eredmények tükrében. Elsőként a táplálkozás rendszerességét: a kérdés a *napi étkezés gyakoriságát* mérte fel, melyre hat válaszlehetőség közül tudtak válaszolni: naponta több mint 5x, 5x, 4x, 3x, 2x és kevesebb mint 2x. Az értékek átlaga 3,24, mediánja 3,00, és az elosztásban a leggyakoribb érték a 3, mely a naponta 4x-i étkezésnek felel meg.

Ahogy a 10. ábra is mutatja, pozitív eredménynek mondható, hogy a legtöbben 75 fő (34,1%) naponta 4x, míg naponta 3x 74 fő (33,6%) táplálkozik. Nem sokkal kevesebben, 46 fő (20,9%) naponta 5x étkezik, és a válaszadók elenyésző része eszik naponta 2x (16 fő, 7,3%) vagy ritkábban (2fő, 0,9%).



**10. ábra:** Megkérdezettek táplálkozási rendszeressége egy nap (fő) (N=220)

Egyszempontos varianciaanalízis alapján 81 főnek, aki hajadon/nőtlen és 12 főnek, aki elvált, válaszainak a szórása közel megegyező (1,101 és 1,087), és az elvált (3,50) egyének átlagosan gyakrabban esznek, mint az egyedülállók (3,16). Az ANOVA tábla alapján *nincs szignifikáns* kapcsolat a két változó között ( $p=0,920$ ). Nincs összefüggés a családi állapot és a táplálkozás rendszeressége között. Másik varianciaanalízis számítás alapján a szignifikancia szintje 0,811, tehát nem állapítható meg a kettő között összefüggés. Nem parametrikus korrelációszámítás alapján a családi állapot és az étkezés rendszeressége között nem állapítható meg szorosság ( $p=0,651$ ).

Adatfeldolgozó program segítségével lebontottuk, hogy a *családi állapotr*a adott válasz alapján *naponta hányszor étkezek a férfiak és nők*. A kiválasztható öt családi állapot közül a szemléletes eredményeket diagramon is ábrázoltuk. A 11. ábra a házasságban élő férfiak és nők eredményeit tartalmazza. Az eredmények alapján a házasságban élő férfiak közül senki nem étkezik naponta kétszer vagy annál kevesebbszer, ami pozitívnak mondható. A házasságban élő nők közül többen étkeznek naponta 3x-4x vagy 5x. Számítások alapján a között, hogy házasságban él, és hogy hányszor étkezik egy nap, *szignifikáns kapcsolat* van, hiszen a szignifikancia értéke 0,039.

Korábban a házasságban élők eredményei kerültek bemutatásra az étkezés rendszeressége és neme alapján. Most az *egyedülállók* eredményei következnek: figyelemre méltó az ábrán látottak alapján is, hogy az egyedülálló nők sokkal rendszeresebben, mondhatni, tudatosabban táplálkoznak, mint férfi társaik. Míg a megkérdezett nők közül naponta 4x táplálkoznak a legtöbben (20 fő), addig a férfiak naponta 3x. Pozitívnak mondható, hogy a válaszadó nők közül csak egy fő jelölte, hogy naponta egyszer táplálkozna. Összevetve a két értéket, átlagosan nagyobb az arány a napi 5x-i étkezés gyakoriságában a férfiak és nők között: míg a megkérdezett nők

---

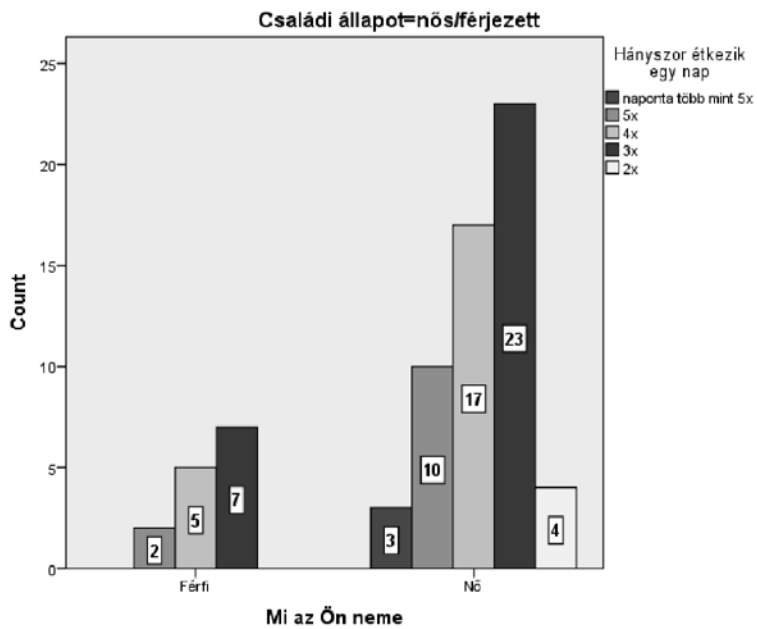
közül 17 fő étkezik naponta 5x, addig a férfiaknál ez csak a harmadik leggyakrabban adott válasz (4 fő). A között, hogy egyedülálló, és hogy milyen rendszeresen táplálkozik egy nap, *szignifikáns kapcsolat* van ( $p=0,035$ ).

Varianciaanalízis alapján az étkezés gyakoriságát vizsgálva a *férfiak és nők* válaszai szórása nem egyezik meg (0,936 és 1,010), és szignifikáns kapcsolat sincs közöttük (0,297). További számításokkal vizsgálva a variancia analízis homogenitási teszt alapján a Levene statisztika 0,002 és a szignifikancia magas 0,964, ezért a nullhipotézist megtarthatjuk. Mindezek eredmények alapján szintén látható, hogy a két változó (étkezés rendszeressége – nemek) között nincs szignifikáns kapcsolat ( $p=0,297$ ). A családi állapot, és hogy milyen gyakran táplálkozik egy nap, *nincs szignifikáns kapcsolat* ( $p=0,912$ ).

2008-ban az orvostanhallgatók körében végzett egészségmagatartási vizsgálat alapján a válaszadók 55%-a reggelizik minden nap, naponta friss zöldséget, gyümölcsöt 33% fogyaszt (Bíró és mtsai, 2008; Balajti és mtsai, 2008)

A következőkben a válaszadók *bevitt táplálékkal* kapcsolatos eredmények kerülnek bemutatásra. Összesen nyolc felsorolt állítást kellett a válaszadónak bejelölni, hogy naponta többször, kétszer-háromszor naponta, egyszer naponta, hetente, havonta, nagyon ritkán vagy egyáltalán nem fogyasztja az adott táplálékot. Pozitívnak mondható, hogy az eredmények alapján a felsorolt táplálékcsoportok közül a megkérdezettek átlagosan zöldséget, gyümölcsöt (2,48) kétszer-háromszor naponta vagy naponta egyszer, fehérjét (2,60) és szénhidrátot (2,42) szintén ugyanennyiszor fogyasztanak a válaszadók, míg édességet ennél kevesebbszer (3,71), majdnem hetente egyszer fogyasztanak. Az egyik legritkábban fogyasztott az energiatartalmú (6,33) volt, melyre válaszként átlagosan a „nagyon ritkán” és a „nem fogyasztom” válaszlehetőség volt.

Az 1. táblázat a kutatásban megkérdezettek válaszainak százalékos megoszlását tartalmazza. Vastag jelöléssel a legnagyobb értékek láthatók. Összességében elmondható, hogy naponta egyszer zöldséget/gyümölcsöt, fehérjét és teljes kiőrlésű terméket fogyasztanak a megkérdezettek.



**12. ábra:** Egyedülálló férfi és női lakosság étkezési rendszeressége (fő) (N=220)

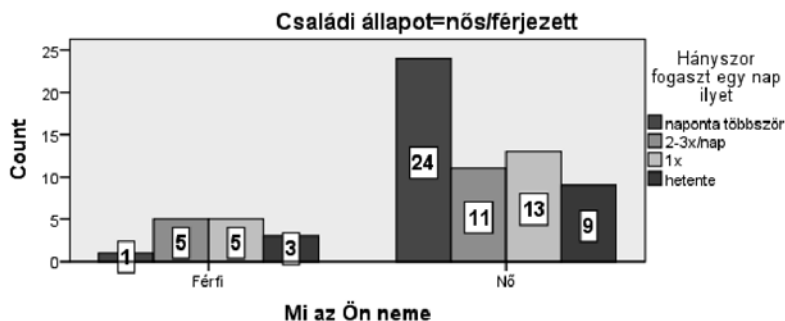


**1. táblázat:** Válaszadók bevitt tápanyagai (%) (N=220)

%	<b>zöld- ség/ gyü- mölcs</b>	<b>fe- hérje</b>	<b>szén- hid- rát</b>	édesség	<b>teljes kiőr- lésű</b>	<b>koffe- intar- talmú</b>	<b>ener- gialtal</b>	<b>ma- gas zsír- tar- tal- mú</b>
<b>naponta többször</b>	25,5	15,5	25,0	2,7	8,6	21,8	0,0	1
<b>2-3x/nap</b>	21,8	27,7	34,5	8,2	19,5	24,5	,9	4
<b>1x</b>	35,0	44,1	26,8	29,1	28,2	22,3	2,7	29
<b>hetente</b>	15,5	10,0	8,2	45,5	20,9	10,0	5,9	55
<b>havonta</b>	1,8	,9	,5	6,4	5,9	2,3	5,5	36
<b>nagyon ritkán</b>	,5	,5	2,3	6,4	12,3	7,3	22,7	57
<b>Nem fogyasz- tom</b>	0,0	1,4	2,7	1,8	4,5	11,8	62,3	38
<b>Total</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100

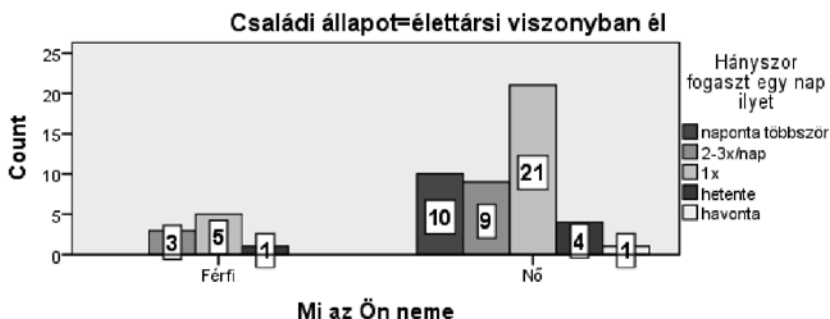
Számítások segítségével lebontottuk, hogy az a *férfi/nő*, aki naponta *zöldség/gyümölcsöt* fogyaszt, milyen *családi állapotban* van. Az eredmények bemutatásakor a figyelemre méltó összefüggéseket mutatjuk be, tehát a rendelkezésre álló nagy adathalmazból a *zöldség/gyümölcs-, koffein- és energiatartal-fogyasztást* bontjuk le.

Elsőként a *házasságban élők* válaszait mutatnánk be a *zöldség/gyümölcsfogyasztás* tekintetében, mely a 16. ábrán látható. A megkérdezett férjezett nők közül a legtöbben, 24 fő, naponta többször eszik *zöldséget/gyümölcsöt*, míg ez az arány a nős férfiaknál jóval kevesebb (1 fő). Pozitívnak mondható, hogy a válaszok között nem jelent meg, hogy havonta vagy nagyon ritkán fogyasztanak *zöldséget, gyümölcsöt*. A változók között *nincs szignifikáns* kapcsolat ( $p=0,102$ ). Nem állapítható meg, hogy azért fogyaszt több *zöldséget* vagy *gyümölcsöt*, mert házasságban él.



**13. ábra:** Megkérdezett házas női és férfi lakosság zöldség/gyümölcsfogyasztása (fő) (N=220)

A megkérdezett férfiak és nők közül, akik élettársi viszonyban élnek, a legtöbben csak naponta egyszer fogyasztanak zöldséget/gyümölcsöt. A változók között *nincs szignifikáns* kapcsolat ( $p=0,564$ ).



**14. ábra:** Megkérdezett házas női és férfi lakosság zöldség/gyümölcsfogyasztása (fő) (N=220)

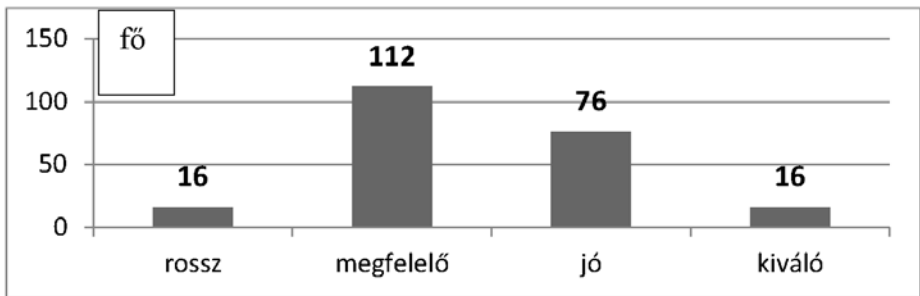
Az *egyedülálló* férfiak és nők eredményei: 24 fő nő, naponta egyszer, 1 fő nő nagyon ritkán fogyaszt zöldséget, gyümölcsöt, míg az egyedülálló férfiak közül naponta egyszer 4 fő eszik, és egy fő sem eszik nagyon ritkán zöldséget, gyümölcsöt. A változók között *nincs szignifikáns* kapcsolat:  $p=0,764$ .

Több szempontos varianciaanalízis alapján, melyben a Levene statisztika 0,002 és a szignifikancia magas, 0,964, megállapítható, hogy a családi állapot, a nem és a zöldség/gyümölcsfogyasztás között *van szignifikáns* kapcsolat ( $p=0,065$ ).

Az *energiailal-fogyasztást vizsgálva*, minden családi állapotban és mind a két nemnél a leggyakrabban jelölt válasz a „nem fogyasztom” volt. Egy *szignifikáns kapcsolat* mutatható ki: az energiailal és az élettársi viszonyban élők között ( $p=0,040$ ). Minél biztosabb családi háttérrel rendelkezik az egyén, annál ritkábban fogyaszt energiailalt. Varianciaanalízis alapján, melyben a Levene statisztika 0,002 és a szignifikancia magas, 0,964, megállapítható, hogy a *családi állapot, a nem és az energiailal* fogyasztás között *nincs szignifikáns kapcsolat* ( $p=0,747$ ).

Naponta többszöri *koffeinfogyasztás* a házasságban élő nőknél (15fő) a gyakoribb, mint a férfiaknál (3 fő) és ugyanekkora különbség látszik az egyedülálló nők (14 fő) és férfiak (3fő) között. Varianciaanalízis alapján a *koffeinfogyasztás, a nem és a családi állapot* között *nincs szignifikáns kapcsolat* ( $p=0,965$ ).

Kutatásunkban szubjektív megítélés alapján mértük fel, hogy a válaszadók milyenek vélik a saját táplálkozásukat. A válaszadók jelentős részre megfelelőnek, jónak vagy kiválónak ítéli a saját *táplálkozását*. Összevetve a családi állapotot a táplálkozás megítélésével *nincs szignifikáns kapcsolat* ( $p=0,589$ ).



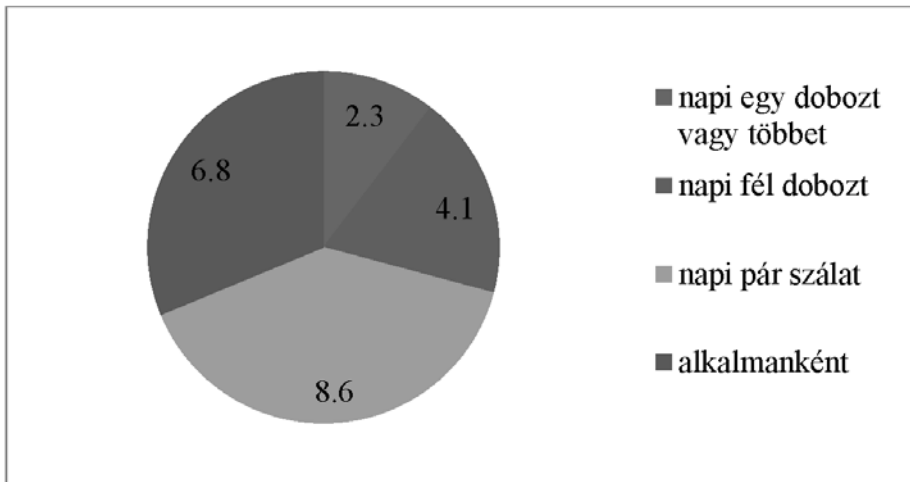
**15. ábra:** Táplálkozás szubjektív megítélése (fő) (N=220)

Az egészségmagatartást vizsgálva, a következőkben a *dohányzási szokások* arányát, megoszlását vizsgáljuk és mutatjuk be a *nemek* függvényében. A vizsgált lakosság 20%-a dohányzik. Elsőként a családi állapot változója nélkül szerepelnek az eredmények. Adatbázisban alkalmazott számítások alapján *nincs szignifikáns kapcsolat* a dohányzás és a nem között ( $p=0,528$ ).

Lebontva a válaszadók dohányzási szokását, egyenlő arányban dohányzik élettársi viszonyban (3fő) és házasságban élő (3fő) férfi, míg a nőknél a házasságban élők (11fő) sokkal nagyobb arányban dohányoznak, mint az élettársi viszonyban élő nők (3 fő). Kiemelkedő arányban fordul elő az egyedülálló nőknél (19 fő) a dohányzás, mint a férfiaknál (2 fő). Varianciaanalízis alapján a *dohányzó férfi és nő* válaszaik szórása közel megegyezik (0,397 és 0,403), és a nők gyakrabban (0,20) dohányoz-

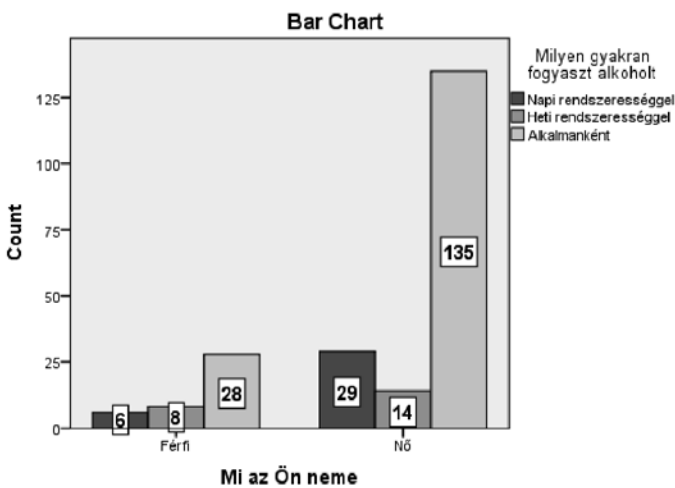
nak, mint a férfiak (0,19). A dohányzás és a nemek között *nincs szignifikáns* kapcsolat ( $p=0,865$ ). Korrelációs vizsgálattal vizsgálható a családi állapot, a nem és a dohányzási szokás közötti kapcsolat. A dohányzás és a családi állapot vizsgálatoknál az  $r$  érték 0,069, és a szignifikancia értéke a 0,312, ami szintén igazolja, hogy e kettő között *nincs* szoros összefüggés. Varianciaanalízissel elvégezve hasonló eredményt kapunk a szignifikáns összefüggésről:  $p=0,229$ . Hasonló eredményt kapunk – ahogy korábban is bemutatásra került - a nem és a dohányzási szokás között:  $r$  érték 0,012 és a szignifikancia 0,865, ami tehát szintén igazolja, hogy *nincs összefüggés* a két változó között. Nem vonható le az a következtetés, hogy a férfiak vagy a nők többször dohányoznának.

Kutatásunkban vizsgáltuk a dohányzók *cigaretta* szokásait. 48 fő válaszolt az erre vonatkozó kérdésre, és négy válaszlehetőség közül tudtak választani: napi egy dobozt vagy többet, napi fél dobozt, napi pár szálát és alkalmanként. Átlagosan napi fél doboz és napi pár szál közé tehető a megkérdezettek dohányzása. Az eloszlásban legnagyobb gyakorisággal a napi pár szál válaszlehetőség fordult elő. Az alábbi diagram a dohányzó válaszadóknak a szokását mutatja. Pozitív eredménynek mondható, hogy 48 főből csak 5 fő, vagyis 2,3% szív el naponta egy dobozt vagy többet. Összevetve a két változót: *a dohányzó válaszadók szokását és a nemeket*, *nincs szignifikáns kapcsolat* ( $p=0,069$ ). Lényegesen *többen dohányoznak a nőknél*, mint a férfiaknál, és a nők sokkal gyakrabban (5 fő) szívnek el naponta egy vagy több dobozt mind a férfitársaik (0 fő).



**16. ábra:** Dohányzó lakosság dohányzási szokása (%) (N=48)

Az egészségmagatartás vizsgálatához a következőkben az alkoholfogyasztást fogjuk vizsgálni és elemezni, ahogy korábban, jelenleg is a nemek és családi állapot függvényében. 220 értékelhető válaszból 0% válaszolta, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholt, 10% heti rendszerességgel, 15,9%-a napi rendszerességgel és 74% alkalmanként fogyaszt alkoholtartalmú italt. Keresztábra segítségével felmértük, hogy az alkoholfogyasztás miként oszlik meg a nőknél és a férfiaknál. Összességében vizsgálva a megkérdezettek nők és férfiak válaszát, átlagosan magasabb a nők (135 fő, 75,8%) alkalmankénti alkoholfogyasztása a nőkhöz képest, mint a férfiaké (28 fő, 66,7%) a férfiakhoz képest.



**17. ábra:** A férfiak és nők alkoholfogyasztási szokása (fő) (N=220)

Összevetve az alkoholfogyasztást és a nemenkénti lebontást, a két változó között nincs szignifikáns kapcsolat ( $p=0,094$ ). A nők gyakrabban fogyasztanak alkoholt, mint a férfiak.

Az alábbi három változót együtt vizsgálva: a családi állapotot, a nemeket és az alkoholfogyasztást a következő eredményeket kapjuk. Legnagyobb arányban a házasságban élőknel fordul elő, hogy napi rendszerességgel isznak alkoholt. Míg az élettársi viszonyban élőknel összesen 5 fő, az egyedülállóknál 6 fő, az özvegnél 0 fő, addig a házasságban élők közül 18 fő válaszolta, hogy naponta fogyaszt alkoholtartalmú folyadékot, és ezek közül 15 fő volt nő. Varianciaanalízis alapján nincs összefüggés a családi állapot és az alkoholfogyasztás között (szignifikancia 0,088), tehát felmerül a kérdés, hogy a házasságban élők rendszeresebben fogyasztanak-e alkoholt.

---

Az élettársi viszonyban élők és az egyedülállók alkoholfogyasztási válaszaik szórása közel megegyező (0,668 és 0,612), és – ahogy korábban is megállapításra került – van közöttük *szignifikáns kapcsolat* (szignifikancia 0,037). A nemek megoszlásában a válaszaik szórása a férfiak (0,740) és nőknél (0,755) megegyező, és átlagosan több alkoholt fogyasztanak a nők (3,60), mint a férfiak (3,52). A családi állapot, az alkoholfogyasztás és a nemek között *nincs szignifikáns kapcsolat* (szignifikancia 0,579 és 0,346). Nem metrikus korrelációs vizsgálat alapján szintén ezeket az eredményeket kapjuk.

A hipotézist több változó segítségével mértük fel: az egészségmagatartás jellemzőit vizsgáltuk a családi állapot és a nemek függvényében. Az egészségmagatartást vizsgáltuk az egészség értéként való szubjektív véleménye által, a mozgás, a sportolás rendszeressége, a táplálkozás, a bevitt táplálék, az energiatartalom és koffeintartalmú ital fogyasztása által és az alkohol és a dohányzás függvényében.

## **6. Összegzés és szakmai javaslat**

A családi állapot és az egészségmagatartás kapcsolatának vizsgálata volt a célunk, több szakirodalom által vizsgált tényező mentén, ezek a dohányzás, a sportolás, mozgás megléte, a táplálkozás, az alkohol- és koffeinfogyasztás.

Vizsgáltuk, hogy az egészségmagatartás és a családi állapot miként függ össze: az egészség értéként való kezelésével, a mozgás rendszerességével, a táplálkozással, a bevitt tápanyagokkal, energiatartalommal, alkohol- és koffeinfogyasztással és dohányzással. Az eredmények alapján nem lehet egyértelmű következtetést levonni: nincs összefüggés az energiatartalom-fogyasztás ( $p=0,747$ ), az alkoholfogyasztás ( $p=0,576$ ), a koffeinfogyasztás ( $p=0,965$ ) között a családi állapotról és a nemekre vonatkoztatva. A nők (0,755) átlagosan több *alkoholt* fogyasztanak, mint a férfiak (0,740) és a házasság megléte negatívan befolyásolja az alkoholfogyasztást. A családi állapot és az alkoholfogyasztás között *nincs szignifikáns kapcsolat* ( $p=0,088$ ), de az eredmények alapján a házasságban, élettársi viszonyban élők ( $p=0,037$ ) rendszeresebben fogyasztanak alkoholt. A nők rendszeresebb, magasabb alkoholfogyasztása befolyásolja az egészségesélyüket, és jelző értékű, hogy változtatásra van szükség.

Az *egészség értéként* való kezelése összefügg a nemekkel ( $p=0,011$ ) és a családi állapottal ( $p=0,038$ ). A nők fontosabbnak vélték az egészséget, mint a férfiak, és érdekes, hogy az elvált (9,50) férfiak és nők is magasabb értékűnek tekintették az egészséget, mint a házasságban élők (9,01). A házasságban élők ritkábban végeznek *rendszeres testmozgást*, mint az egyedülállók, és közöttük *szignifikáns kapcsolat* van ( $p=0,014$ ). A házasságban élőkénél gyakrabban fordul elő, hogy egyáltalán nem végeznek testmozgást, mint az egyedülállóknál. Statisztikai számítások alá vettük a bevitt táplálék típusát, a táplálkozás rendszerességét és a dohányzást is. A *táplálkozás rendszeressége* összességében nem függ össze a családi állapottal ( $p=0,920$ ), viszont a házasság megléte ( $p=0,039$ ) kedvezően befolyásolja a táplálkozás gyakori-

---

---

ságát. A zöldség- és gyümölcsfogyasztást sem befolyásolja a házasság léte ( $p=0,102$ ) vagy az egyedülállóság ténye ( $p=0,764$ ). Összegezve megállapítható, hogy voltak megfelelésre utaló eredmények, de a részletes vizsgálat azt mutatja, hogy nem minden kétséget kizáróan igazolódik be a két változó kapcsolata. Jelen adatok tükrében a következő időszakban ezeknek a tényezőknek a további vizsgálatára helyeznénk a hangsúlyt.

Az általunk vizsgált terület sok szakmát érintő terület: orvos, pszichológus, gyógytornász, edző, dietetikus, mentálhigiénikus, védőnő, szociális munkás, pedagógus és még számos jelentős szakember idesorolható. Kutatási eredményeink alapján nagy hangsúlyt kell fektetni a prevencióra. Az információátadással, a tudás bővítésével, gyakorlatias feldolgozással pozitív eredményt lehet elérni. Az ismeretek csoportos feldolgozása hatékony változást eredményezne az egészségmagatartásban. Továbbá, a megelőzés egy kardinális pontja lenne, ha az ismeretek átadását minél fiatalabb korban, minél választékosabb, módszertanilag gazdagabb eszközöket felhasználva, például iskolában, egészségnap keretein belül kezdenék el, és az idősebb korosztály számára pedig főzőklubban, nagy-klubban folyta. Az előadást mint oktatási módszertant mellőzve, egy nyitottabb, nyugodtabb légkörben zajló csoportfoglalkozás segíthet az ismeretek elmélyítésében. Véleményünk szerint az iskolavédőnőnek szülői értekezleteken belül lenne lehetősége felmérni a szülők igényét egy ilyen foglalkozásra, és népszerűsíteni azt. A szülői értekezlet alkalmas egy előre elkészített szórólap átadására, amire a válaszok alapján szükség lenne.

Kiemeltnek tekintendő az egészség fogalmának holisztikus elfogadása, melyre az egészségfejlesztő szakemberek munkájuk során képesek lehetnének, akár iskolai kereteken belül, vagy ezen kívül egy klubfoglalkozás segítségével. Az oktatásban eltöltött évek a legmeghatározóbbak egy ember életében: itt kell maradandót alkotni, és nagy hatást gyakorolni rájuk. A hatékony segédeszközökön és klubokon túl egy egészségfejlesztési-projekt létrehozásával még jelentősebb eredményt lehetne elérni. Az egészségghéten pszichológus, gyógytornász, edző, szociális munkás, orvos, védőnő segítené az érdeklődőket. A pszichológus számos pszichés, mentális problémát felölelve foglalkozna az érdeklődőkkel. Az egészségfejlesztési projekt kardinális része lenne a sport, a mozgás és táplálkozás. A táplálkozási szakember az étkezésben, a gyógytornász a megfelelő mozgásban segítené a résztvevőket.

Véleményünk szerint nem kampányszerű változásokra, hanem folyamatos, komplex, egymásra épülő egészségfejlesztési lépések megtételére van szükség, ami által a családi életre nevelés és az egészséges életmód kialakítása megvalósulhat.

---

## Felhasznált irodalom:

Balajti, I., Vokó, Z., Ádány, R., & Kósa, K. (2008). A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 8, 10-13.

Benkő, Zs. (2009, szerk.): *Egészségfejlesztés Módszertani kézikönyv*. Mozaik Kiadó, Szeged, Magyarország.

Benkő, Zs., & Tarkó, K. (2005, szerk.). *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged, Magyarország.

Bíró, É., Balajti, I., Ádány, R., & Kósa, K. (2008). Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap* 149, 2165-2171.

Czettele, Gy. (2011). A családi életre nevelés szükségessége az iskolai oktatásban – a hazai felmérések tükrében, *Új Pedagógiai Szemle*, 61, 162-168.

Csapó, B. (2000). Az oktatás és a nevelés egysége a demokratikus gondolkodás fejlesztésében. *Új Pedagógiai Szemle*, 2, 24-34.

Csizmadia, P. (2016). Az erősebb a gyengébb nem? *Egészségfejlesztés folyóirat*, 57. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegefejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=28&path%5B%5D=pdf> (Letöltve: 2019.11.09.)

Durkeim, E. (1982). *Az öngyilkosság*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.

Európai Bizottság (2010). Az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése az Európai Unióban. [ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6265&langId=h](http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6265&langId=h) (Letöltve: 2019.11.09.)

European Commission (2009). Commission takes steps to tackle health inequalities in the EU. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&wslid=619&furt> (Letöltve: 2019.11.09.)

Hansen, C. (1981). Living with Normal Families. *Family Process*, 20, 53-75.

Hidvégi, P., Kopkáné Plachy, J., & Müller, A. (2015). Az egészséges életmód. 22-27 [https://uni-eszterhazy.hu/public/uploads/az-egeszseges-eletmod\\_55bf8f5ac2847.pdf](https://uni-eszterhazy.hu/public/uploads/az-egeszseges-eletmod_55bf8f5ac2847.pdf) (Letöltve: 2019.11.09.)

Kovács, K. (2012). Az egészségi állapot egyenlőtlenségei. *Demográfiai portré*, 4, 73-88.

Lippai, L. (2016). Előszó helyett... Bevezetés az egészségfejlesztésbe, avagy miként járul hozzá a tudomány az egészséges élet művészetéhez. In: Tarkó Klára, Benkő Zsuzsanna (2016, szerk.): *„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”: Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból*. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 9-22.

Meleg, Cs. (2002). Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*. 102(1), 11–29.

Molnár, E. K., & Víg, T. (2013). „Mentor(h)áló 2.0 Program” TÁMOP-4.1.2.B.2-13/1-2013-0008 projekt A tantervelmélet és a pedagógiai értékelés alapjai.

---



---

[http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Tantervelmlet\\_s\\_a\\_pedagogiai\\_rtkels\\_alapjai/](http://www.jgypk.hu/mentorhalo/tananyag/Tantervelmlet_s_a_pedagogiai_rtkels_alapjai/) (Letöltve: 2019.11.09.)

Nemzeti Alaptanterv 2012 [http://folyoiratok.ofi.hu/sites/default/files/article\\_attachments/upsz\\_2012\\_1-2-3\\_04.pdf](http://folyoiratok.ofi.hu/sites/default/files/article_attachments/upsz_2012_1-2-3_04.pdf) (Letöltve: 2019.11.09.)

Pusztafalvi, H. (2013). Egészségtan tankönyvek a 19. század oktatásában. [https://www.researchgate.net/publication/316976386\\_Egeszsegtan\\_tankonyvek\\_a\\_19\\_szazad\\_oktatasaban](https://www.researchgate.net/publication/316976386_Egeszsegtan_tankonyvek_a_19_szazad_oktatasaban) 2019.04.13.

Pusztafalvi, H., & Keller, J. (2011). A sportolás szerepe lelki egészségünk megőrzésében. *Egészségfejlesztés*, 52(5-6), 2-10.

Tarkó, K., & Benkő, Zs. (2016. szerk.): „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”: *Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból*. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.

Vitrai, J., & Varsányi, P. (2015). *Egészségjelentés 2015*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. <https://docplayer.hu/12769735-Egeszsejelentés-2015.html> (Letöltve: 2019.11.09.)

## Rezümé

Rapid technical development affects the health of the individual and their way of life. The development also affects the health of men and women. Based on local results the quality of relationships and marriages and has an impact on the quality of life and health of individuals. In the subject of education, the aim of health education is to develop conscious, responsible behaviour and the educational function is to enable the individual to develop his or her own health culture. The two most important areas of socialization are family and school and the students can learn the basic knowledge for health in the school. The aim of my study was to analyze correlations between marital status and gender and health behaviours. We interviewed 220 people in an online questionnaire, which contained 60 questions. This area of research involves many professions. According to our research, we have to pay attention to prevention. Collaborative processing of knowledge would result in effective change.

**Keywords:** family, health, nutrition, education, health education

### Kapcsolattartó:

Dinnyés Katalin Julianna  
Pécsi Tudományegyetem  
48-as tér 1, 7622. Pécs, Magyarország  
[dinnyes.kato@gmail.com](mailto:dinnyes.kato@gmail.com)