

SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

EGÉSZSÉGNEVELÉS DOKTORI PROGRAM

SZABÓ KATALIN

**AZ ÉTKEZÉSI MAGATARTÁS VIZSGÁLATA SERDÜLŐK KÖRÉBEN AZ
ÉTKEZÉSI MOTIVÁCIÓK, A KOCKÁZATÉSZLELÉS ÉS KÜLÖNBÖZŐ
PSZICHOLÓGIAI VÁLTOZÓK TÜKRÉBEN**

PhD értekezés

Témavezető:

Prof. Dr. Pikó Bettina, D.Sc.
egyetemi tanár



Szeged, 2021

TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés	4
1 Az Egészség és Egészségmagatartás pszichológiai áttekintése	6
1.1 Az egészség fogalma.....	6
1.2 Egészségdeterminánsok	9
1.3 Egészségmagatartás.....	10
1.3.1 Az egészségmagatartás meghatározása és fajtái	11
1.3.2 Az egészségmagatartás nemi és életkori jellemzői	13
1.3.3 Serdülők kihívásai és egészségmagatartása	13
1.4 Az egészségmagatartást befolyásoló pszichológiai tényezők.....	15
1.4.1 Az egészségmagatartás és az optimizmus, illetve pesszimizmus	15
1.4.2 Az egészségmagatartás és az önkontroll.....	17
1.4.3 Az egészségmagatartás és az énhatékonyság.....	18
1.5 Az egészségmagatartást befolyásoló motivációs tényezők.....	19
1.6 Az egészségmagatartást vizsgáló individuális modellek	20
1.6.1 Attribúciós elméletek	20
1.6.2 Az indokolt cselekvés és a tervezett cselekvés elmélete.....	20
1.6.3 A transzteoretikus modell	21
1.6.4 Az Egészség-hit modell.....	23
1.7 Kockázatészlelés	24
1.7.1 Serdülők kockázatészlelése.....	26
2 Táplálkozás mint étkezési magatartás	28
2.1 A táplálkozás fontossága.....	28
2.2 Serdülők táplálkozással kapcsolatos egészségmagatartása.....	31
2.2.1 Serdülők táplálkozását befolyásoló tényezők	32
2.2.2 Serdülők táplálkozását vizsgáló eredmények összevetése.....	32
2.3 Az étkezési magatartást befolyásoló tényezők.....	35
2.3.1 Az étkezési magatartást befolyásoló pszichológiai tényezők	35
2.3.2 Az étkezési magatartást befolyásoló motivációk.....	37
2.3.3 Az étkezési magatartás és kockázatészlelés kapcsolata.....	38
2.4 Az étkezési magatartás vizsgálata Egészség-hit-modell segítségével.....	40

3	Az empirikus vizsgálat relevanciája, célkitűzése, kutatási kérdései, hipotézisek	42
4	Az empirikus vizsgálat módszertana	46
4.1	Első projekt - A serdülők ételválasztási preferenciájának, étkezési motivációjának, kockázatészlelésének és pszichológiai jellemzőinek feltárása kis mintán	46
4.1.1	Az első projekt adatfelvételének folyamata	46
4.1.2	Az első projekt mintájának bemutatása	46
4.1.3	Az első projekthez használt módszertan	47
4.2	Második projekt – A serdülők ételválasztási preferenciájának, étkezési motivációjának, kockázatészlelésének és pszichológiai változóinak feltárása kiegészítve az étkezési magatartással és attitűdökkel	50
4.2.1	A második projekt mintájának bemutatása	50
4.2.2	A második projekthez használt módszertan	51
4.3	Harmadik projekt – Serdülők étkezési szokásainak vizsgálata az Egészséghit-modell segítségével	52
4.3.1	A harmadik projekt mintájának bemutatása	52
4.3.2	A harmadik projekthez használt módszertan	53
5	Eredmények	56
5.1	Leíró statisztikák	56
5.1.1	Ételválasztási preferenciák megoszlása gyakoriság szerint	56
5.1.2	A különböző étkezési motivációk előfordulása serülők körében	59
5.1.3	Serdülők kockázatészlelése	60
5.1.4	A vizsgált serdülők pszichológiai jellemzői	61
5.2	A pszichológiai tényezők és a táplálkozás kapcsolata serdülőknél	63
5.2.1	Az ételválasztási preferenciák és a pszichológiai tényezők közötti kapcsolatok	63
5.2.2	Étkezési magatartás és attitűd kapcsolata a pszichológiai változókkal	64
5.2.3	Részösszefoglaló	67
5.3	A kockázatészlelés és a táplálkozás kapcsolata	68
5.3.1	A kockázatészlelés és az ételválasztási preferenciák kapcsolata	69
5.3.2	A kockázatészlelés és az étkezési magatartás és attitűdök kapcsolata	70
5.3.3	Részösszefoglaló	71
5.4	Az étkezési motivációk jellemzői serdülők körében	72
5.4.1	Étkezési motivációk és az ételválasztási preferenciák kapcsolata	72
5.4.2	Étkezési motivációk és az étkezési magatartás és attitűdök kapcsolata	74

5.4.3 Részösszefoglaló.....	75
5.5 Serdülők étkezési magatartásának összefüggése az étkezési motivációkkal, kockázatészleléssel és a pszichológiai jellemzőkkel	77
5.5.1 Serdülők egészségtudatos és nem egészségtudatos étkezési magatartásának összefüggései az étkezési motivációkkal és a kockázatészleléssel.....	77
5.5.2 Serdülők egészséges étkezéshez kapcsolódó attitűdjei az önkontroll, az étkezési motivációk és a kockázatészlelés tükrében.....	81
5.6 Az Egészség-hit-modell használata serdülők táplálkozási szokásaira vonatkozóan.....	86
5.6.1 Serdülők egészségtudatos étkezési magatartása az Egészség-hit-modell, illetve az énhatékonyság, az optimizmus és az önkontroll tükrében.....	86
5.6.2 Az egészséges táplálkozás valószínűsége serdülőknél az Egészség-hit-modell tükrében.....	91
6 Összegzés és következtetések	96
6.1 Hipotézisek ellenőrzése.....	96
6.2 Az eredmények értelmezése.....	100
6.3 A kutatás korlátai és további kutatási irányok	102
Köszönetnyilvánítás	103
Irodalomjegyzék	104
Ábrák jegyzéke	136
Táblázatok jegyzéke.....	137
Rövidítések jegyzéke	139
Mellékletek	140

BEVEZETÉS

A táplálkozás mindennapjaink egyik legfontosabb eleme, hiszen a szervezetünk megfelelő működéséhez szükséges tápanyagokat ezáltal kapjuk meg. Az ember életében az étkezések a biológiai szükséglet kielégítésén túl élvezeti értéket is képviselnek. Gondoljunk csak a finomabb ételek elfogyasztásával járó örömeztetetre vagy az édességek okozta örömeztetetre. Az élvezeti érték mellett az étkezések fontos szociális események is, akár a mindennapos családi étkezéseket tekintjük, akár a baráti összejöveteleket. Egészségünk fenntartása szempontjából is fontos, hogy mit eszünk, mennyire választunk egészséges ételeket az egészségtelenekkel szemben.

Táplálkozási szokásaink nagyban hozzájárulnak az egészségünkhöz. 2014-ben az Európai Unióban a 16 és afölötti korosztály 67%-a vélte nagyon jónak, 23%-a megfelelőnek, és 10%-a nagyon rossznak egészségi állapotát. Nemek szerint a férfiak egészségesebbnek ítélték magukat, mint a nők. Ezen kívül a fiatalabbak, az iskolázottabbak, a nagyobb bevétellel rendelkezők is jobb egészségügyi állapotról számoltak be. Régóta fennálló egészségügyi problémáról az EU polgárok 33%-a számolt be, a férfiak a nőkhöz, valamint a foglalkoztatottak a munkanélküliekhez viszonyítva kevésbé gyakran (Eurostat, 2016). Az Európai Unión belül a magyar lakosság kétharmada (58%) jónak vagy nagyon jónak tartja egészségügyi állapotát. Ez a megítélés az életkor előrehaladtával csökken. Orvostudományi kutatások igazolják, hogy az életmód jelentős szerepet játszik a krónikus betegségek kialakulásában (Manson, Hu és Rich-Edwards, 1999; Oguma, Sesso, Paffenbarger és Lee, 2002). Krónikus betegségről a magyar lakosság 55%-a számolt be. Az egyén mindennapos tevékenységeiben nyilvánul meg saját életmódja, amelyek lehetnek egészségmegőrzők vagy kockáztnövelők (Matarazzo, 1984). Napjainkban az életév-vesztés és az életminőség-romlás szempontjából a legfontosabb rizikófaktorok az inaktív életmód és az egészségtelen táplálkozás, az aktív és passzív dohányzás, valamint az alkoholfogyasztás (Lim és mtsai, 2012). Az egészségi állapotra negatívan ható tényezők közül a dohányzás a magyar felnőtt lakosság 29%-ára, az alkoholfogyasztás, azon belül is a nagyívás az 5,4%-ára, a mozgás hanyagolása a 67%-ára és az egészségtelen táplálkozás miatti túlsúly az 54%-ára jellemző. Pozitívumként elmondható, hogy egyre többen gondolják azt, hogy saját felelősségük az egészségük fenntartása, de kevesen tesznek is ennek érdekében (KSH, 2015).

A fejlődés során a serdülőkor igen jelentős életszakasz egy ember életében. Ebben az időszakban olyan fontos fizikai változások mennek végbe a fiatal szervezetben, amelyek az egész életre kihatnak. Számos kutatás bizonyítja, hogy ebben az időszakban elengedhetetlen a megfelelő egészségmagatartás kialakítása. A táplálkozás is azok közé a magatartások közé tartozik, amelyek legnagyobb mértékben befolyásolják a fiatal szervezetet. Ezzel ellentétben azt tapasztalhatjuk, hogy a serdülők táplálkozási szokásai sok esetben nem megfelelőek (Németh és Költő, 2014).

A táplálkozással kapcsolatban világszinten komoly probléma az elhízás és az ebből fakadó megbetegedések nagy száma. Az OECD (2019) tanulmánya szerint az elhízási mutatók a legtöbb

OECD országban nőttek. Ezekben az országokban a felnőtteknek átlagosan 56%-a (Magyarország: 62,3%), illetve az 5-9 éves gyerekek 31%-a (Magyarország: 31,4%) túlsúlyos vagy elhízott.

A megfelelő étkezési magatartás kialakítása nemcsak családi, hanem iskolai feladat is. Megfelelő prevenciós programok kialakításához fontos megismerünk, hogy mik azok a háttértényezők, amelyek a serdülők táplálkozását befolyásolják. Célunk, hogy olyan összefüggéseket tárjunk fel az étkezési magatartás, a motivációk, a kockázateszlelés és a pszichológiai tényezők kapcsolatában jelenleg magyar mintán, amely segíti a kutatókat és az egészségügyi szakembereket megfelelő, hosszú távon is hatásos egészségvédő programok kidolgozásában.

Az értekezés három fő részre tagolódik. Az első rész a kutatásunk elméleti hátterét foglalja össze, amelyben kitérünk az egészség fogalmának bemutatására és a különböző egészségdeterminánsok meghatározására. Ezt követi az egészségmagatartás fogalmának és jellemzőinek, az egészségmagatartást befolyásoló pszichológiai és motivációs tényezőknek, valamint az egészségmagatartást vizsgáló modellek bemutatása. Az egészségpszichológiai rész tárgyát képezi a kockázateszlelés áttekintése is. Az elméleti áttekintés másik nagy részét a táplálkozás, mint egészségmagatartás bemutatása követi. Ezek után térünk ki az empirikus vizsgálat relevanciájára és célkitűzésére. A dolgozat második részében az empirikus kutatásunkat mutatjuk be, amelynek legnagyobb részét eddig megjelent tanulmányaink adták. Végül az értekezés utolsó nagyobb részében az általunk levont következtetéseket mutatjuk be.

1 AZ EGÉSZSÉG ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS PSZICHOLÓGIAI ÁTTEKINTÉSE

1.1 Az egészség fogalma

Az ember életében az egyik legfontosabb érték az egészsége. Antropológiai és néprajzi kutatások alapján az valószínűsíthető, hogy már az ősi emberi közösségek világképében is helyet kapott az egészség holisztikus jellegű felfogása, amelyben „az egyénen belüli, emberek közötti és a környezettel kapcsolatos egyensúlyi állapot” kapott hangsúlyt (Meleg, 2002, 12. o.) Az ókorban Arisztotelész is megfogalmazta, hogy a megfelelő életmód kialakításához elengedhetetlen az ember fizikai és szellemi jóléte (Bradley, Goetz és Viswanathan, 2018). A jólléthez kapcsolódó kutatások azokat a tényezőket vizsgálják, amelyek hozzájárulnak az egészségünk fenntartásához. Az évek során számos módon definiálták az egészséget és annak formai tényezőit. Az ókori Görögországban az egészség koncepciója referál az egyén és a környezete közötti egyensúlyra, a test és a lélek egységére és a betegségek természetes eredetére. Hasonlóan gondolkoztak az ősi indiai és kínai orvoslás keretein belül is. Kr.e. az 5. században Pindaros az egészséget a „szervek harmonikus működéseként” definiálta, hangsúlyozva az egészség fizikai dimenzióját. Platón rámutatott arra, hogy a tökéletes emberi társadalom úgy jöhet létre, hogy az egyén és a közösség harmóniában van egymással, amelyet úgy érhetnek el, hogy az egyének teljes belső harmóniája érvényesül, azaz „ép testben ép lélek”. Arisztotelész szerint az ember alapvető szükséglete, hogy közösségben éljen, így szükséges szabályozni a társadalmi kapcsolatokat annak érdekében, hogy a tagjai egészségesen és harmonikusan tudjanak működni. Démokritosz az egészséget a viselkedéssel kötötte össze. Hippokratész az egészséget összekapcsolta a környezeti és életmódbeli faktorokkal, ezzel megalkotva a pozitív egészség fogalmát, amely függ az egyén genetikai adottságaitól, az étkezéstől és a testmozgástól is (Svalastog, Donev, Kristoffersen és Gajović, 2017).

A középkorban az egészség percepcióját nagy mértékben befolyásolta a vallás és az egyház. A Római Birodalom bukása után az egyház volt a birtokosa annak a tudásnak és infrastruktúrának, amellyel gondoskodni tudtak az emberekről. A reneszánsz alatt az antikvitás elfeledett tudását keretelték újra (Svalastog, Donev, Kristoffersen és Gajović, 2017). Előtérbe került a test egészségének fontossága, így az egészséges test vált az egészséges lélek feltételévé (Apáczai, 1959; idézi Kéri, 2007, 46. o.).

Az ipari forradalom során az eddigi tényezők mellett felmerült a gazdasági tényező is, annak érdekében, hogy betegség miatt az emberek ne essenek ki a munkából, azaz az egészség megléte lehetővé tette a gazdasági profit létrehozását. Egy másik elmélet szerint az egészség az egyén környezeti hatásokhoz való adaptációja. Ez azt jelenti, hogy amikor az egyén nem tud alkalmazkodni, akkor betegség lép fel. Ez a megközelítés reflektált először az adaptáció biológiai mechanizmusaira. A népegészségügyi megközelítések szerint nem csupán egyéni szinten kell egészségesnek maradnunk, hanem a csoportok és a társadalom szintjén is. Az egészség holisztikus megközelítése szerint az egészség egy relatív állapot, amelyben az egyén fizikálisan,

mentálisan, társadalmi szinten és spirituálisan is jól tud működni. Az egészség és a betegség dinamikus folyamatok, amelyek egy folytonos spektrumon helyezkednek el (Svalastog, Donev, Kristoffersen és Gajović, 2017). Egyéb elképzelések szerint az egészség egy kimeneti tényező, egy létállapot, amely nagyra értékelt a társadalmon belül (Dunlop, Swales és Trebeck, 2012).

Az egészség meghatározása nem könnyű feladat. A szakirodalomban kétféle megközelítéssel találkozhatunk, a laikus és a szakmai definiálással. A laikus, hétköznapi megközelítés szerint az egészségnek van egy pozitív és egy negatív megközelítése. Míg a pozitív megközelítés a jó erőnléttel és az élvezettel kapcsolható össze, addig a negatív megközelítés csak a betegség hiányát hangsúlyozza (Pálmai, 2017). Szántó és Susánszky (2002) hat különböző laikus egészségfelfogástípust különböztet meg: (1) a problémamentes testérzéshez kapcsolódó, azaz érzésorientált, (2) a tünetek hiányát hangsúlyozó, azaz tünetorientált, (3) a mindennapos tevékenységek végzésével kapcsolatos képességre utaló, azaz teljesítményorientált, (4) a kihívások, problémák megoldására vonatkozó képességre utaló, azaz erőforrás jellegű, (5) a saját értékrendnek megfelelő egészségi állapottal kapcsolatos, azaz norma jellegű, végül (6) a protektív egészségmagatartásra utaló, azaz egészség mint viselkedés típusú.

A szakmai meghatározások közül az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) definíciói az évtizedek során egyre változtak. 1946-ban a hivatalos WHO definíció a következő volt: „Az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, lelki, szociális jóllét állapota” (WHO, 1946; idézte Nagy és Barabás, 2011, 176. o.). Ez a meghatározás már érzékelteti, hogy attól, hogy valaki nem beteg, még nem biztos, hogy teljesen egészségesnek mondható. Az egészséghez hozzátartozik egy olyan testi-lelki harmónia is, amely túlmutat a betegségek hiányán. Ezután egyre komplexebb megfogalmazások láttak napvilágot. 1984-ben hangsúlyossá váltak az egyéni és társadalmi szempontok és az egyéni felelősség (WHO, 1984). 1986-ban újabb tartalmi kiegészítéssel megjelent az egészséggel kapcsolatos egyéni ismeret, a társadalmi tényezők és a fizikai környezet (WHO, 1986). Két év elteltével már az egészség, mint alapvető emberi jog szerepel, így a kormányok szerepvállalása is előtérbe került (WHO, 1988). 1998-ban a WHO frissítette a meghatározást, miszerint „Az egészség nem valamiféle elvont állapot, hanem eszköz valamilyen végcél eléréséhez, amely a cselekvőképesség tekintetében úgy fogható meg, mint erőforrás, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg, társadalmilag és gazdaságilag is termékeny életet éljenek.” (Nagy és Barabás, 2011, 178. o.). Láthatjuk, hogy a kezdeti, az egyént a középpontba állító definíció hogyan bővül ki a társadalmi, gazdasági és kormányzati szerepkörökkel.

Az Egészségügyi Világszervezet meghatározásán kívül egyéb definíciók is születtek az egészséggel kapcsolatban. Parsons (1951) egészségdefiníciója szerint egészséges az, aki az életben betöltött szerepeit képes megfelelő módon ellátni. Seedhouse (1986) megfogalmazása szerint az egészség, mint fogalom mindenki számára mást ír le, viszont vannak olyan alapvető tényezők, amelyeket muszáj figyelembe vennünk. Ilyen feltétel a megfelelő minőségű táplálékhoz jutás, vagy az információforrások biztosítása az egészségesebb életmód kialakításához. Antonovsky (1979, 1987) szalutogenetikus modellje szerint az egészség kulcsa az

egyén saját életstratégiájában érvényesülő ún. „koherencia érzet”-ben keresendő, amely szerint keresni kell azokat a lehetőségeket, amelyek szükségesek az egészségesség kialakításához és fenntartásához. Elméletében a koherencia érzet, azaz a saját életünk feletti kontrollérezet, erősen befolyásolja az egészségi állapotunkat. Insel és Roth (2007) Antonovskyhoz hasonlóan, az egészség és betegség fogalompárját egy kontinuum mentén helyezik el, amely mentén az egyénnek kell besorolnia magát. Borbás és munkatársai (2008) különválasztották a fizikai és a mentális egészséget: *„Az egészség az egyén biológiai működése, valamint a kora és neme szerint elérhető és/vagy a társadalom által elvárt biológiai működése közötti megfelelés. Az egészség megítélése a funkciók működésén (képességek, korlátozottságok), a fájdalom létén, jellegén, és mindennek az egyén általi mentális feldolgozásán (elfogadásán) alapul.”* (Borbás és mtsai, 2008).

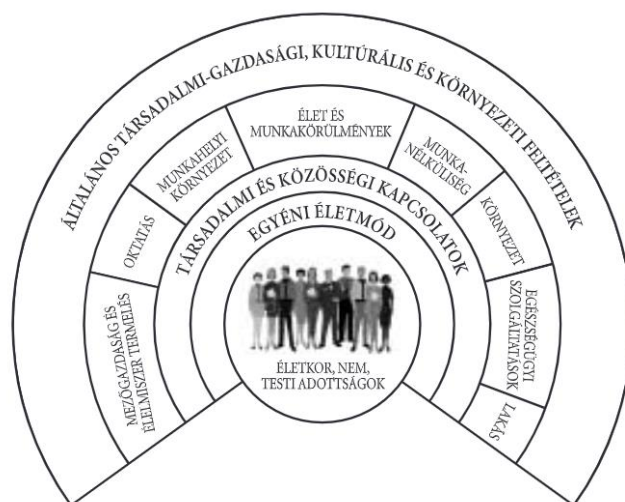
Az elmúlt időszakban megjelentek olyan elméletek is, amelyek cáfolják a komplett jól-léte alapuló WHO definíciókat, mivel a krónikus betegségek növekedésével ezek már nem felelnek meg az egészség megfelelő meghatározásának. Smith (2008) kritizálja az 1948-as WHO-definíciót, amely szerint az egészség komplett mentális, fizikai és szociális jól-lét, mivel szerinte legtöbbször ezen hármasság nincs jelen teljes egészében életünk nagy részében, így igazán sose mondható az, hogy egészségesek vagyunk. Ezt a gondolatot tovább fűzve Huber és munkatársai (2011) egy új megközelítésből definiálták az egészséget, amely szerintük az adaptáció és az önmenedzselés képessége. Mások is kritizálják a WHO egészségdefinícióját, annak vélt elavultsága miatt. Szerintük egyrészt inkább mondható utópisztikusnak, mint pragmatikusnak; másrészt pedig, mint ahogy az előbb bemutatott Smith véleményében is megjelent, a világ népességének nagy részére nem alkalmazható (Charlier és munkatársai, 2016). Napjainkban is léteznek olyan országok, amelyek népessége a WHO által definiált testi, lelki és szociális jóllét állapotára alapján egy az egyben nem egészségesek (Huber és mtsai, 2011). Ezért is szükséges a definíció megújítása, amely így sokkal relevánsabb és kevésbé diszkriminatív lehetne. A biomedikális szemlélet szerint az egészség az objektíven mérhető eltérések és tünetek hiányát jelenti, azaz a negatív orvosi leletet. Viszont ezeket a tüneteket máshogy ítélni meg az orvos és beteg, mivel a tünetmegítélésnek fontos meghatározói a beteg személyisége, társadalmi és kulturális háttere (Tarkó és Benkő, 2011). A népegészségügy funkcionális megközelítésében Parsons (2013) egészségdefiníciója játszik fő szerepet, miszerint egészséges az, aki az életben betöltött szerepeit képes megfelelően ellátni (Lampe és Füzesi, 2013).

Összefoglalóan elmondható az, hogy az egészség fogalmának meghatározása az emberiség korai időszakában is fontos szerepet töltött be, és a mai napig folyamatosan változik annak megfelelően, hogy az adott történelmi korszakban melyek azok az aspektusok, amelyek előtérbe kerülnek. A számos definíciót összehasonlítva látható, hogy manapság az egészség nem csak a betegség hiányát jelenti, hanem egy egyfajta egyéni belüli (testi és lelki egészség), valamint egy társadalmon belüli (közvetlen család és barátok, valamint tágabb társadalmi helyzet) harmonikus létformát.

1.2 Egészségdeterminánsok

Az egészségdeterminánsok azok a tényezők, amelyek befolyásolják az egészségünket. Felvetődik a kérdés, hogy az egyén mit tehet egészsége megőrzése érdekében, és melyek azok a faktorok, amelyek befolyásolóak lehetnek. Az egészséget befolyásoló tényezők számos tulajdonság mentén csoportosíthatóak. Hídvégi és Bíró (2015) elméletükben belső és külső faktorokat definiáltak. Belső faktorok főként az egyéntől függenek, ide sorolhatjuk az életmódot, a családot, a barátokat, valamint az egyéntől független genetikai tényezőket. A külső tényezők közé sorolhatók a környezeti és társadalmi hatások, mint például a levegőtisztaság, az életkörülmények és a munkahely. A múlt század második felében Marc Lalonde (1974) egészségmező elméletében kifejti, hogy az egészséget leginkább az életmód határozza meg (43%), majd a genetikai tényezők (27%), a környezeti hatások (18%) és legvégül az egészségügyi ellátás (11%). Az egészségünk egyik meghatározó bemeneti pontjának tekinthetjük szervezetünk öröklött tulajdonságait, azaz a génállományunkat. Ettől elválaszthatatlan a környezeti tényezők szerepe, amelyek jelentős része nem a génszekvenciát befolyásolja, hanem az egyes gének átíródására hat; ettől függ, hogy az adott gén által kódolt fehérje megjelenik-e a szervezetben. Ezeket a hatásokat nevezzük epigenetikának, amelyek közé soroljuk az anyai hatást a magzat kihordása során, az egyedfejlődést irányító külső faktorokat, valamint a külső és belső környezeti tényezőket. Ilyen tényezők között említhető a táplálkozás, a testmozgás, a higiénia, a patogének kölcsönhatásai, a mérgező anyagok hatásai (pl. a dohányzás), az esztétikai és kulturális hatások (pl. a zene és a tánc), a pszichológiai tényezők és a pszichoszociális környezet (Falus, 2015).

Az egészségdetermináns modellek közül érdemes megemlíteni Dahlgren és Whitehead (1991) réteges modelljét is (1. ábra). A modell öt rétegben írja le az egészségi állapot egyenlőtlenségeit befolyásoló tényezőket.



1. ábra. Dahlgren és Whitehead réteges modellje (Forrás: Dahlgren és Whitehead, 1991 alapján, Orosz, 2001, 258. o.)

A modell központjában az egyéni tényezőket láthatjuk, mint például az életkor, a nem és az alkati adottságok. Ezzel áll kapcsolatban a következő réteg, amely az egyén életmódjára referál, mint például dohányzás, táplálkozás és fizikai aktivitás, amelyek közvetlenül meghatározzák az egészségügyi állapotot. Az egyén életmódját befolyásolják a társadalmi (pl. társadalmi háló) és a közösségi kapcsolatok (pl. család, barátok) és az ezek által közvetített attitűdök és viselkedésminták. A következő réteget a szélesebb társadalmi tényezők alkotják, amelyek alapvetően hozzájárulnak az egyének egészségmegtartásához. Ezek közé a tényezők közé sorolható többek között az élelmiszertermelés, az oktatás, a munkahelyi környezet, az egészségügyi szolgáltatások, illetve a lakhatási körülmények. A legkülső és egyben a legáltalánosabb réteget az adott ország általános társadalmi-gazdasági, kulturális és környezeti feltételei alkotják. A modell hangsúlyozza az egyes rétegek közötti kölcsönös kapcsolatokat, miszerint az egyén életmódja beágyazott a társadalmi kapcsolatrendszerébe, a társadalmi-gazdasági struktúrába (Orosz, 2001).

Számos kutatás erősítette meg a külső tényezők szerepét az egészség fenntartásával kapcsolatban. Például a társadalmi rang és a munkahelyi státusz hatással van az egyén egészségügyi állapotára, konkrétan fordított arányosság áll fenn a halandóság és a munkahelyi ranglétrán elfoglalt pozíció között (Marmot és mtsai, 1991). Úgy tűnik, hogy minél magasabb beosztásban dolgozik valaki, annál hosszabb életre számíthat (Chandola, Ferrie, Sacker és Marmot, 2007). Tehát a jobb gazdasági-társadalmi helyzet hosszabb életet eredményezhet (Taylor és mtsai, 2015), az alacsonyabb társadalmi státuszú emberek körében viszont gyakoribbak az egészségkárosító magatartások (Vitrai, 2011). A rosszabb társadalmi helyzetben élők veszélyeztetettebbek, fogékonyabbak a betegségekre is (Diderchsen, Evans és Whitehead, 2001). A közvetlen környezet pedig negatívan is hathat az egyén egészségére, mint például a légszennyezettség (Szuhi, 2010).

Ádány (2006) három központi elemhez rendelte a különböző faktorokat: (1) egyéni sajátosság, (2) fizikai környezet, (3) társadalmi környezet. Az egyéni sajátosságok és viselkedés szerepét emeli ki Pikó (1998) kutatásában, miszerint az ember egészségi állapotát közvetlenül határozzák meg az öröklött tulajdonságok és az egészségmagatartás. Az utóbbiak tekintetében főleg a kockázati magatartásokra kell gondolni (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, inaktivitás), de ide sorolható az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele (szűrőprogramok), és a problémákkal való megküzdés, mint a mentális egészséget befolyásoló tényező is.

Megállapítható, hogy egészségünket számos faktor befolyásolja, amelyek közül az életmódunkra, egészségmagatartásunkra vonatkozó tényezőket mi magunk alakítjuk. Ezek alapján úgy gondolom, hogy az egészségmagatartás mélyebb megismerése elengedhetetlen az egészségmegőrzés szempontjából.

1.3 Egységmagatartás

Az egészségmagatartás kiemelten fontos szerepet tölt be az egészségmegőrzés tekintetében. Az egészségmagatartás olyan magatartásformát jelöl, amely segít megelőzni a betegségeket és

fenntartani az egészséget. Az életmódunk olyan meghatározói, mint a testmozgás és a táplálkozás járulnak hozzá a legnagyobb mértékben a morbiditáshoz és mortalitáshoz (Rizzuto és Fratiglioni, 2014).

1.3.1 Az egészségmagatartás meghatározása és fajtái

A magatartástudomány célja az emberi magatartás törvényszerűségeinek interdiszciplináris jellemzése. Tárgya közé tartozik a magatartási minták kialakulásának megismerése egyéni, gazdasági, társas, kulturális és szociális kölcsönhatások mentén (Kopp, 2001a). A magyar nyelvben és a hazai irodalomban a viselkedést és a magatartást nem egymás szinonimájaként használjuk. Míg a viselkedés a mozgásmintázatban és az ehhez kapcsolható belső világban történő változás, addig a magatartás a viselkedés egy olyan formája, amely akaratlagos, tudatos és az egyén szándékát tükrözi. Az egyén viselkedésével és magatartásával egyensúlyi állapotra törekszik. Ennek a homeosztázisnak a fenntartásában szerepet játszik, hogy az egyén elkülönül a környezetétől, amellyel állandó kölcsönhatásban van, viszont a környezetváltozással szemben igyekszik integritását fenntartani. A viselkedés és a magatartás alapvetően a környezetre irányuló eseménysorozat, illetve a környezeti információkra adott válaszreakció. A magatartás szempontjából három szintet különíthetünk el, az ingerfelvételt, az érzékelést és az észlelést (Bárdos, 2001). A magatartásváltozás mozgatórugói a késztetések (drive-ok) és a motivációk, amelyeket csak az észlelt ingerek idézhetnek elő. A késztetések valamilyen belső hiány megszüntetésére vonatkozó belső szükségletek (pl. éhségérzet). A motivációk a késztetések cselekvései, azaz olyan belső elvek, amelyek során a késztetés rendeződhet, a belső hiány megszűnhet. A motiváció nem cselekvést indító változás, csak annak a lehetősége, mint például az étvágy (Bárdos, 2001). Az ember magatartásának szabályozásában az élettani egyensúly fenntartásán kívül az életvezetést meghatározó attitűdök, különböző pszichológiai minták és az éniideál is meghatározó (Kopp, 2001b).

A tudomány szintjén Matarazzo (1980) meghatározásában az egészségmagatartás egy olyan interdiszciplináris tudományterület, amely hangsúlyozza az egyéni felelősségvállalást a viselkedés tudományos ismereteinek alkalmazásában azért, hogy az egészség fenntartható, illetve a betegségek elkerülhetőek legyenek. Ez a megközelítés kiegészült azzal, hogy a különböző egészségmagatartások célja a pozitív testkép elérése is lehet (Cockerham, 2012). Az egészségmagatartásra irányuló cselekvések lehetnek szándékosak vagy véletlenek, és támogathatják vagy akadályozhatják az egyén, vagy mások egészségmagatartását (Short és Mollborn, 2015). Az egészségmagatartások közé számos tevékenység sorolható, mint például az egészséges táplálkozás, a testmozgás, a dohányzás mellőzése, a szájápolás, a szükséges gyógyszerek rendszeres szedése, és a megfelelő mennyiségű és minőségű alvás (Cockerham, 2014). Az interdiszciplinaritás magában foglalja azt, hogy az orvosi szociológián, fiziológián, kardiológián és epidemológián túl a pszichológia is kiveszi a maga részét az egészségmagatartás kutatásában (Matarazzo, 1980). Az egészségmagatartás egy másik lehetséges definíciója Gochman (1982) nevéhez fűződik: *„Olyan személyes attribúciók, mint amilyenek a hitek/meggyőződések, várakozások/sejtések, motívumok, értékek, percepciók és más kognitív*

elemek; személyiségjegyek, magukban foglalva az érzelmi és emocionális állapotokat; továbbá bizonyos viselkedési minták, tevékenységek és szokások, amelyek az egészség fenntartására, helyreállítására és fejlesztésére vonatkoznak” (Gochman 1982, 169; idézi Gochman 1988).

A testi-lelki egészség feltétele, hogy az életvezetésünk során a fiziológiai egyensúly fennmaradjon. A modern társadalmakban, ahol a tárgyi javak felhalmozása került a középpontba, háttérbe szorultak az egészség fenntartására irányuló törekvések. A személyiségfejlődés során alakul ki az az értékrendszer, amellyel önmagunkat és a környezetet minősítjük egyes élethelyzetekben. A szocializáció során pedig a magatartásszabályozás egyéni mintái jönnek létre. Régebben a nagycsaládok és a közvetlen környezet töltötték be a szocializáció azon szerepét, amely segítette az egyén énképének és viselkedésének kialakulását. Ezzel szemben a mai tömegkommunikáció, a videojátékok egy olyan fals környezetet jelentenek, ahol az egyén ugyan társaságban érzi magát, viszont mégis izolált, és nem kap sem pozitív, sem negatív visszajelzést a viselkedéséről (Kopp, 2001b).

Az egészségmagatartást számos szempontból vizsgálják, egyéni szinten („downstream okok”), és társadalmi szinten („upstream” okok). Az orvosi és pszichológiai kutatások egyéni, downstream szinten vizsgálják az egészségmagatartásokért felelős okokat, míg a szociológiai kutatások inkább az upstream okokra fókuszálnak. A kettő között helyezkedik el egy mezo szint, amely azt vizsgálja, hogy az emberek hogyan viselkednek, milyen életmódot folytatnak a közvetlen környezetükben. Erre a szintre hat a szomszédság, a család, a munkahely és az iskola is (McKinlay, 1975; Lorenc, Petticrew, Welch és Tugwell, 2013; Schnittker és McLeod, 2005).

Az elmúlt évtizedekben jött létre az egészséges életmód, mint elméleti struktúra, amely a viselkedésekre nem különállóan tekint, hanem olyan egységként, amelyek befolyásolják egymást (Cockerham, 2005). Kasl és Cobb (1966) három magatartástípust különböztet meg az egészség – betegség kontinuum észlelése alapján: (1) egészségmagatartást, (2) betegségviselkedést és a (3) betegszerep-viselkedést. Az egészségmagatartás olyan tevékenység, amelyet azok gyakorolnak, akik egészségesnek érzik magukat, és meg akarják előzni a betegségeket. A betegségviselkedés azokra a személyekre jellemző, akikben felmerül, hogy esetleg betegek, és erre megfelelő jogorvoslatot keresnek. Ezek a személyek általában panaszkodnak az adott tüneteikre, amelyeket rokonokkal, barátokkal, illetve az egészséggel kapcsolatban jártas személyekkel beszélnek meg. Végül a betegszerep-viselkedés azokra jellemző, akik betegnek tekintik magukat, és céljuk, hogy jobban legyenek (Kasl és Cobb, 1966).

Az egyéni felelősségvállalás manapság egy társadalmi paradoxonként jelenik meg, mivel tudjuk, hogy mit kellene tenni az egészség megőrzéséért, viszont a tényleges cselekvés mégsem megy végbe. Az egyéni felelősségvállalás mellett megjelenik egy szociológiai perspektíva is az egészségmagatartással kapcsolatban, miszerint a viselkedést meghatározzák a normák, a gyakorlatok, a csoportértékek, a társadalmi osztályok is. Ezek a tényezők negatívan is befolyásolhatják az egészségmagatartást, olyan környezetben, ahol például a dohányzás, alkoholfogyasztás vagy az étkezésre való oda nem figyelés jellemző (Cockerham, 2014). Az egészség társadalmi meghatározóit számos tudományág vizsgálja, mint például az orvosi

szociológia, a társadalmi demográfia, illetve a szociológiai epidemiológia, amelyek szerint az egyén társadalmi és fizikai kontextusa, mint a család, az iskola, a munkahely, a szomszédok és a nagyobb politikai-gazdasági környezet is befolyásolja az egészségmagatartást (Short és Mollborn, 2015).

1.3.2 Az egészségmagatartás nemi és életkori jellemzői

Az egészségmagatartással kapcsolatos kutatások eredményei nemi különbségeket fogalmaztak meg. Vizsgálatokból kiderült, hogy a nők többször fordulnak orvoshoz orvosilag nem magyarázható tünetekkel (deRidder, 2000). Ezzel szemben a férfiak ritkábban, és a betegségük előrehaladottabb állapotában fordulnak orvoshoz. Ez a jelenség azzal is magyarázható, hogy társadalmilag elfogadottabb, ha egy nő panaszkodik, mintha ezt egy férfi teszi (Doyal, 2001). További kutatások is igazolták, hogy a férfiak kevesebbszer fordulnak orvoshoz, és általánosságba véve is kevesebbet foglalkoznak a betegségmegelőzéssel, mint a nők (Gijsbers van Wijk, Huisman és Kolk, 1999), így a férfiaknak várhatóan alacsonyabb az élettartama, amely szinte világszerte általános, növekedő tendenciát mutató jelenség (Lee és Owens, 2007).

Az egészségmagatartás korkülönbségeit tekintve is különböző. A betegség fogalma kisgyermekkorban alakul ki. A szülőknek nagy szerepük van ilyenkor a megfelelő higiénias tevékenységek kialakításában és a preventív egészségmagatartás megtanításában (Kulcsár, 2002). A szülők határozzák meg a gyerekek egészséghez és betegséghez kapcsolódó viszonyát is (Csabai és Molnár, 2009). A serdülőkor különös jelentőséggel bír az egészségmagatartás szempontjából, mivel ekkor alakulnak ki a felnőtt egészségmagatartás alapjai (Jessor, Donovan és Costa, 1991). A felnőttkorra jellemző, hogy az életkor előrehaladtával egyre több preventív magatartásforma jelenik meg, amit az egyre gyakoribbá váló betegségekkel hoznak összefüggésbe.

1.3.3 Serdülők kihívásai és egészségmagatartása

A fiatalok 12-14 éves korukban hatalmas változásokon mennek keresztül, amelynek köszönhetően testi és szellemi fejlődésük rohamosan megugrik (Kiefer és Ryan, 2011). A biológiai és hormonális folyamatokban történő változások mellett olyan kihívásokkal kell a serdülőknek megküzdniük, mint az identitás kialakulása, a nemi szerepek elsajátítása, valamint a kortárs kapcsolati háló előtérbe kerülése (Rice és Mulkeen, 1995). Ebben az időszakban a fiatalok életmódja drasztikusan megváltozhat a növekvő autonómia igényük miatt, amely következtében a viselkedési döntéseiket inkább a kortársak befolyásolják, mintsem a család. Ez a változás magával hozhat az egészségre vonatkozóan kockázatos viselkedési mintázatokat is, mint például a fizikai aktivitás csökkenése (Kemp, Cliff, Chong és Parrish, 2018), a szerhasználat megjelenése (Merrin, Thompson és Leadbeater, 2018), valamint az egészségtelen étkezési szokások kialakulása (Loth, MacLehose, Buccianeri, Crow és Neumark-Sztainer, 2014). Egy áttekintő tanulmány szerint (Spear és Kulbok, 2001) számos tényező befolyásolja serdülők egészségmagatartását, mint például az életkor, a nem, az etnikum, különböző gazdasági tényezők, az egyéni tényezők (mint például az ismeretek, attitűd, motiváció, problémamegoldás),

a család és a társak, illetve a különböző pszichológiai tényezők (például az énhatékonyság, az önkontroll, az önbecsülés). További egészségmagatartást befolyásoló tényezők közé sorolhatóak a megküzdési mechanizmusok is, amelyek közül a racionális megoldások elősegítik a káros szenvedélyek megelőzését, míg az érzelmközpontú módok (mint például a harmóniára való törekvés) segítik megelőzni a dohányzást, az alkohol- és drogfogyasztást (Pikó és Keresztes, 2007). Serdülők egészségmagatartását közvetett módon az internet is befolyásolja, mivel napjainkban az az elsődleges platform az információkeresést tekintve (Gray, Klein, Noyce, Sesselberg és Cantrill, 2005). Megállapították azt is, hogy akár már egyetlen egészségkockázatos magatartásforma magával vonhatja több kockázati tényező megjelenését (Hodder és mtsai, 2018). Ebben az életszakaszban a kockázatos magatartásformák gyakoribbá válnak, míg az egészségvédő magatartásformák viszont háttérbe szorulnak (Fairclough és Stratton, 2005).

Serdülőkre jellemző egészségkockázati magatartások között a dohányzás és az alkoholfogyasztás a leggyakoribb, amely 14-15 éves kör körül jellemző (Pikó, 2001). A szerfogyasztás a serdülőkori problémaviselkedés része, így pszichés problémákkal, depresszióval, szorongással, öngyilkossági gondolatokkal, tanulási és beilleszkedési nehézségekkel járhat együtt (Jessor, 1993). Vannak olyan álláspontok is a tudományban, amely szerint a kísérleti jellegű szerkipróbálás a serdülőkori lelki fejlődés optimális részének tekinthető (Shedler és Block, 1990). Ezzel ellentétben a rendszeres szerfogyasztás már serdülőkorban is negatívan befolyásolja az egészségi állapotot, valamint negatív kapcsolatban áll a szubjektív életminőséggel és az étellel való elégedettséggel (Saluja és mtsai, 2004). Az egészségvédő magatartásformák közül a sportolás és a táplálkozási szokások vizsgálata a leggyakoribb (Luszczynska és mtsai, 2004). Vizsgálatok szerint a fizikai aktivitás negatív kapcsolatban áll a serdülőkori depresszív (Camacho és mtsai, 1991) és szorongásos tünetekkel (Stephoe és mtsai, 1989).

A serdülőkorban kialakuló kockázatos és preventív magatartások a felnőttkori magatartásokat is befolyásolják, és megnövelhetik a betegségek kialakulásának esélyeit. Például az egészségtelenül táplálkozó fiatalok nagyobb eséllyel lesznek túlsúlyosak felnőttkorukban, illetve nagyobb kockázata van annak, hogy a súlyproblémák miatt megbetegszenek (Fuemmeler, Pendzich, és Tercyak, 2009; Tirosh és mtsai., 2011). Hasonló összefüggés állapítható meg az alkoholfogyasztást tekintve, miszerint a serdülők alkoholfogyasztása a felnőttkori alkoholproblémával kapcsolatos megbetegedésekkel, a mentális egészséggel kapcsolatos problémákkal és krónikus betegségekkel áll kapcsolatban (Berkey és mtsai., 2010; DeWit, Adlaf, Offord, és Ogborne, 2000; Duncan, Alpert, Duncan és Hops, 1997). Továbbá, akik serdülőkorban kezdenek el dohányozni, nagyobb valószínűséggel lesznek nikotinfüggők (Lanza és Vasilenko, 2015), valamint fokozottan ki vannak téve rákos és kardiovaszkuláris megbetegedéseknek (Marcus és mtsai., 2000; Strand és mtsai., 2004). További kutatások alapján megjegyezhető, hogy a serdülők egészségmagatartása nem teljesen egyértelműen egészséges vagy egészségtelen. Számos olyan eset van, hogy a kockázatos és a preventív magatartás kombinációja jellemző, például elköteleződik a fizikai aktivitás és az egészséges táplálkozás iránt, viszont ennek ellenére dohányzik és jelentősebb mennyiségű alkoholt is fogyaszt (Fleary, 2017).

Mindezekből megállapítható, hogy az egészségmagatartásra vonatkozó törekvést már serdülőkorban fontos kialakítani, mivel kihat a felnőttkori magatartásra és egészségre is. Kutatások alátámasztották azt is, hogy a serdülőkorban folytatott kockázatos viselkedés, mint például az alkoholfogyasztás és dohányzás determinálják a felnőttkori viselkedést is. Ezért fontos megismernünk azt, hogy hogyan lehet felmérni és befolyásolni az egészségviselkedéseket.

1.4 Az egészségmagatartást befolyásoló pszichológiai tényezők

Az egészségpszichológiai kutatások már évtizedek óta vizsgálják annak lehetőségét, hogy az egyén személyiségjegyei, egyes megküzdési formái kapcsolatban állnak az illető egészségmagatartásával. Az elsődleges életviteli szokások vizsgálata mellett a kutatók elkezdtek olyan másodlagos magatartási faktorok vizsgálatát, amelyek kapcsolatban állhatnak az egészséggel, mint például az optimizmus, reziliencia és a pozitív érzelmek (Scheier és Carver, 1992). Mivel az egészségmagatartási jellemzők meg tudják jósolni a morbiditást és a mortalitást, joggal feltételezhető, hogy az életmóddal kapcsolatos pszichológiai jellemzők segítenek abban, hogy jobban magyarázható legyen a betegségek kialakulása. Számos kutatási eredmény született arról, hogy a személyiség egyes vonásai (mint például a lelkiismeretesség, extravertizáció, ellenségesség és az élménykeresés) kapcsolatban áll az egészségmagatartással (Booth-Kewley és Vickers, 1994; Korotov, 2008; Lemos-Giráldez és Fidalgo-Aliste, 1997). A vonásjellemzőkön kívül olyan pszichoszociális faktorok – mint például a koherenciaérzés, kontrollhely, énhatékonyság, az élettel való elégedettség és az optimizmus – is szerepet játszhatnak számos egészségmagatartás kimenetelében. Vizsgálatunk során a pszichológiai változók közül az énhatékonysággal, önkontrollal és az optimizmus/pesszimizmussal foglalkoztunk.

1.4.1 Az egészségmagatartás és az optimizmus, illetve pesszimizmus

Az optimizmus, mint fogalom azt jelenti, hogy az egyénnek pozitív várakozása van a jövőt tekintve, illetve magabiztosnak érzi magát a kihívásokkal való megküzdésben. A pesszimizmus ennek ellentéte, amely a negatív jövőbeli várakozásokra utal (Scheier és Carver, 1985). Dember, Martin, Hummer, Howe és Melton (1989) kiterjesztettebb fogalma alapján az optimizmus az élet pozitív, míg a pesszimizmus az élet negatív szemlélete. Az optimizmus, mint személyiségjellemző számos kutatás során kapcsolatot mutatott a jobb egészséggel (Boehm és Kubzansky, 2012; Carver és Connor-Smith, 2010; Ylöstalo, Ek, Laitinen és Knuutilla, 2003). Az optimizmus nagyobb mértéke elősegíti a műtétek utáni jobb felépülést (Edgar, Remmer, Rosberger és Fournier, 2000; King, Rowe, Kimble és Zerwic, 1998), a preventív egészségmagatartást (Friedman, Nelson, Webb, Hoffman és Baer, 1994) és a kockázatos magatartások elkerülését (Scheier és Carver, 1985); illetve kapcsolatban áll az élettel való elégedettséggel és pszichiátriai morbiditással (Green és mtsai, 1992; Koivumaa-Honkanen, 1998), valamint a betegségek általi mortalitással (Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2000). Az optimista szemléletmód és gondolkodás az immunrendszert is mobilizálja, és segíti például a tumorok zsugorodását, ezzel növeli az egyén élettartamát (Coyne és Tennen, 2010). Az optimizmus egy önszabályozó mechanizmusként is tud működni, amely során az optimistább

egyének sokkal elköteleződöttebbek a céljaik iránt; még akkor is, amikor kihívást tartogató helyzettel találkoznak (Wrosh és Scheier, 2003). Az optimizmus biztosítja a motivációt az előrehaladás érdekében, az életmód javításában (Wrosh és Scheier, 2003), és segít a betegségekből való helyreállítás kihívásainak leküzdésében (Carver, Scheier és Segerstrom, 2010).

Chang, Maydeu-Olivares és D’Zurilla (1997) kutatása is megerősítette azt, hogy az optimizmus és a pesszimizmus is szignifikáns kapcsolatban áll az élettel való elégedettséggel, valamint a pesszimizmus a depressziós tünetekkel az egyetemisták körében. A depressziós tünetekkel való kapcsolatot tovább erősíti az az eredmény, amely szerint az optimizmus inverz módon áll kapcsolatban a reménytelenséggel, amely a depressziós tünetek kialakulásáért felelős fő kockázati tényező (Alloy és mtsai, 2006). Továbbá az optimizmus a stresszel járó életeseményekkel kapcsolatos rezilienciával is kapcsolatban áll, amely több pszichopatológiai állapot kezdetéhez vagy visszaesésének kockázatához köthető (Ellicott, Hammen, Gitlin, Brown, és Jamison, 1990; Finlay-Jones és Brown, 1981). Úgy tűnik, az optimistább emberek sokkal nagyobb figyelmet szentelnek az egészséget veszélyeztető információknak, mint a pesszimisták, feltéve, ha a veszély komoly és releváns számukra (Aspinwall és Brunhart, 1996). Az optimizmus indirekt módon kapcsolatban áll a fizikai betegségekkel a stresszorokhoz való jobb adaptáció révén (Aspinwall és Taylor, 1992). Ez azzal az eredménnyel konzisztens, miszerint a stressz kapcsolatban áll a csökkent immunválasszal (Segerstrom és Miller, 2004), és az optimizmus feltételezhetően azt a negatív hatást csökkenti, amelyet a stressz okoz az immunválaszban.

Számos egészségmagatartással kapcsolatban bizonyították az optimizmus proaktív hatásait, például kardiovaszkuláris rehabilitációs programok során (Shepperd, Maroto és Pbert, 1996), amelyekben az optimistábbak körében előre jelezhető volt a siker a telített zsírok és a teljes testzsír szintjének csökkentésében, valamint a koszorúérrel kapcsolatos kockázatok indexében. Egy másik tanulmány szerint koszorúérműtéten átesettek körében öt évvel a műtét után az optimistábbak nagyobb valószínűséggel szedtek vitamint, ettek alacsony zsírtartalmú ételeket, vagy vettek részt rehabilitációs programokon, mint a pesszimisták (Scheier és Carver, 1992). Az optimizmus segíthet a HIV-fertőzés kockázatának csökkentésében is. Az optimistább homoszexuális férfiaknak kevesebb névtelen partnerük volt, mint a pesszimistáknak, így csökkent a megfertőződés rizikója (Taylor és mtsai, 1992). Az optimizmus az alkoholfogyasztással is kapcsolatban állhat, ezt egy olyan kutatás bizonyítja, miszerint olyan nők körében, akiknek a családtörténetében előfordult alkoholizmus, a pesszimistábbak sokkal valószínűbben számoltak be saját alkoholproblémákról (Ohannessian, Hesselbrock, Tennen és Affleck, 1993). Továbbá alkoholproblémákkal kapcsolatos utógondozási programban résztvevőknél megállapították, hogy a pesszimisták inkább lépnek ki és térnek vissza az italozáshoz, mint az optimisták (Strack, Carver és Blaney, 1987). Fontos megemlíteni *Seligman* nevéhez kapcsolódó tanult optimizmus jelenségét, amely magában foglalja a különböző kimenetelre vonatkozó egyéni magyarázatokat, valamint a jövővel kapcsolatos reálisan pozitív várakozásokat (Mukund és Singh, 2015; Seligman, 1991; Seligman és mtsai, 2005; Tenney és

mtsai, 2015). Ez az a folyamat, amikor az eseményeket lokálisnak, ideiglenesnek és változékonyak érzékeljük (El Sayed és Humble, 2018).

A túlzott optimizmus mértéke azonban különböző problémákhoz is vezethet, mint például a szerencsejáték. Gibson és Sanbonmatsu (2004) mutatott rá arra, hogy a pozitív várakozások és a kitartás kontraproduktív is lehet, például a szerencsejáték terén. Vizsgálatukban nem játékfüggő résztvevők esetén azt az eredményt kapták, hogy az optimistáknak több pozitív várakozása volt a szerencsejátékokhoz kapcsolódóan, és kevésbé csökkentették a fogadásaik tétjét a rossz kimenetek után, mint a pesszimisták. Ez a viselkedésmintázat arra utalhat, hogy az optimisták körében valószínűbben alakulhat ki játékfüggőség, mint a pesszimisták körében (Gibson és Sanbonmatsu, 2004). Az optimista emberek kitartása szintén problémákat szülhet abban a tekintetben, hogy nem tudják megítélni azt, hogy mi az, amit már nem tudnak megvalósítani vagy végrehajtani (Wrosch, Scheier, Carver és Schulz, 2003). Az optimizmus és a betegségek kapcsolatára általánosságban jellemző, hogy azok, akik optimistábbak, tovább tudnak túlélni, jobb a progressziójuk és átfogóan jobb egészségi állapot jellemző rájuk (Peterson és Bossio, 1991; Scheier és Carver, 1985).

1.4.2 Az egészségmagatartás és az önkontroll

Az önkontroll egy olyan folyamat, amely során az egyén meggátolja a domináns, viszont nem megfelelő impulzusokat és válaszreakciókat a megfelelők érdekében, azaz megtestesíti a viselkedéses kontroll top-down aspektusát (Casey, 2015; Nigg, 2017; Willems és mtsai, 2018). Az önkontroll az a képesség, amely által képesek vagyunk egy azonnali jutalommal járó kísértésnek ellenállni (Mischel, Shoda és Peake, 1988). Magatartásunkat tekintve az önkontroll befolyásolhatja a viselkedés mind egészséges, mind egészségtelen aspektusát. Junger és Van Kampen (2010) azt találták, hogy a nagyobb önkontrollal rendelkezők sokkal nagyobb mértékben elköteleződnek a sportolás iránt, mint a kisebb önkontrollal rendelkezők. A magasabb önkontrollal rendelkező személyek képesek arra, hogy jobban irányítsák a gondolataikat, érzelmeiket és impulzusaikat, míg azok, akik kevésbé tudják kontrollálni a cselekvéseiket sokkal valószínűbben köteleződnek el a problémás viselkedések iránt (Baumeister, Bratslavsky, Muraven és Tice, 1998; de Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Stok és Baumeister, 2012). Kutatások rámutattak arra, hogy a kisebb mértékű önkontrollal rendelkező serdülők többet dohányoznak, több alkoholt és több zsíros ételt fogyasztanak azokhoz képest, akiknek az önkontrolljuk erősebb (Wills, Isasi, Mendoza, és AINETTE, 2007). Az önkontroll kapcsolatban áll a mentális és fizikai egészséggel is. Azt találták, hogy a magasabb szintű önkontroll alacsonyabb szintű depressziós tünetekkel, alkoholabúzással és észlelt stresszel állt kapcsolatban, valamint nagyobb mértékű étellel való elégedettséget eredményezett (Boals, vanDellen és Banks, 2011). További kutatások is reflektáltak az önkontroll fontos szerepére. A magasabb önkontrollal rendelkezőket kisebb mértékű dohányzás és az étkezési zavarok ritkább előfordulása jellemezte (de Ridder, Lensvelt-Mulders, Finkenauer, Stok, és Baumeister, 2012).

1.4.3 Az egészségmagatartás és az énhatékonyság

Az énhatékonyság Bandura által bevezetett fogalom, amely azt határozza meg, hogy egy adott dolog érdekében az egyén mennyi energiát fektet be, és ezt az energiabefektetést milyen hosszan tartja fenn akadályok és riasztó tapasztalatok fennállása esetén is. Az énhatékonyság az ember saját képességeivel kapcsolatos egyéni hiedelmekre vonatkozik, annak érdekében, hogy képes legyen különböző szituációkban megfelelően viselkedni (Adams és mtsai, 2013; Bandura, 2004). Bandura az énhatékonyságnak négy eredetét állapította meg: (1) teljesítménybeli eredmények, (2) helyettes tapasztalat, (3) verbális meggyőzés és (4) élettani állapotok. A teljesítménybeli eredmények arra reflektálnak, hogy az egyén sikeresen véghez vitte az adott cselekvést, amely egyúttal az egyéni énhatékonyság érzését is növeli. A helyettes tapasztalatok azok a példák az emberek életében, amikor tanúja annak, hogy mások elérték a kívánt viselkedést. Látva azt, hogy mások is végre tudták hajtani a kívánt viselkedést, bátorítja az embereket arra, hogy nekik is megvan a képességük erre. A verbális meggyőzés segít az önbizalmatlanság érzéseit eloszlatni, és segíti a viselkedés teljesítésére vonatkozó próbálkozások strukturálását (Bandura, 1998). Végül az egyén élettani állapota olyan információt biztosít, amely befolyásolni tudja a hatékonysági elvárásokat. Például a magas érzelmi arousal csökkenti a teljesítményt (Bandura, 1977), és az emberek ezáltal kisebb mértékű énhatékonyságot tulajdonítanak maguknak.

Számos kutatás bizonyította, hogy az énhatékonyságnak nagy szerepe van a viselkedési szándékok esetében (Cohen, 1992). Ezek a vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy olyan prevenciós eljárások, amelyek az énhatékonyságra irányuló kogníciót változtatják meg, elősegítik a sikeres viselkedésváltozást (Sheeran és mtsai, 2016). A nagyobb énhatékonysággal rendelkező emberek sokkal nagyobb valószínűséggel fektetnek be megfelelő energiát annak érdekében, hogy elérjenek egy kitűzött célt a felmerülő korlátok ellenére is (Bandura, 1989; Resnick, 2004). Bandura (1997) azt is megállapította, hogy az énhatékonyság és a magatartás kapcsolata ellentétes, mivel a sikeres cselekvések növelik az egyén énhatékonyságát, míg a sikertelenek csökkentik. A dohányzással kapcsolatban megállapították, hogy az énhatékonyság napi mértéke megjósolta a következő napi absztinenciát (Perkins, Parzynski, Marcincavage, Conklin és Fonte, 2012). Egy metaanalízis szerint például bebizonyosodott, hogy a dohányzás felhagyásának dátuma előtti énhatékonyság mértéke szorosan kapcsolódott a későbbi sikeres leszokáshoz, tehát az énhatékonyság inkább reflektál, mintsem okozza a dohányzással kapcsolatos magatartást (Gwaltney, Metrik, Kahler és Shiffman, 2009). Serdülők körében pedig az énhatékonyság fluktuáló szintje kapcsolatban van a dohányzás elkezdésével (Hiemstra, Otten, de Leeuw, van Schayck és Engels, 2011). Az alkoholhasználattal kapcsolatban is számos kutatás bizonyította, hogy az énhatékonyság előre jelezte az alkoholfogyasztási mennyiséget (Maisto, Connors és Zywiak, 2000), az alkoholfogyasztás gyakoriságát (Stephens, Wertz és Roffmann, 1995), illetve az absztinencia hosszát (Allsop, Saunders és Phillips, 2000; Vielva és Iraurgi, 2001). Az énhatékonyság a testmozgás gyakoriságával (McAuley és Jacobson, 1991), illetve a súlycsökkenés mértékével (Byrne, Barry és Petry, 2012) is összefügg.

1.5 Az egészségmagatartást befolyásoló motivációs tényezők

A magatartásunkkal kapcsolatban fontos tényezőt jelentenek azok a faktorok, amelyek meghatározzák miért az adott módon viselkedünk, mi motivál minket egy adott viselkedésforma melletti elköteleződésben. A motiváció egy dinamikusan változó folyamat, amely olyan belső energiát ad, amely segíti az egyént abban, hogy a kívánt viselkedést kivitelezze, illetve a kívánt célját elérje. Ebben a fejezetben az egészségmagatartáshoz kapcsolódó motivációs tényezőket mutatom be.

A motivációs elméleteket számos módon lehet kategorizálni. Az első ilyen felosztás a pszichológiai iskola szerinti differenciálás. *Freud*, mint a pszichoanalízis megalapítója és a pszichoterápia atyja úgy gondolta, hogy az emberek agresszió és szexuális ösztönök mentén működnek (Freud, 1915). *Lewin* (1935) elméletében azt hangsúlyozta, hogy a motiváció a viselkedés speciális kimenetelének, mint elvárásnak a függvénye. *Kelly* (1962) szerint a motiváció egy személyes konstruktum, amely irányítja az egyéni cselekvéseket. *Maslow* (1970) pedig úgy vélte, hogy a motiváció a vágy megjelenésének integrációja. A motivációkat személyes akciókként is lehet értelmezni (Little, 1999), amelyek olyan személyes törekvéseket, célokat foglalnak magukban, amelyeket az egyén el akar érni (Emmons, 1986). A motiváció számos elméletben dinamikus folyamatként jelenik meg. *Murray* (1964) két fő részre osztotta: drive-ra és a célra. A drive-ok azok a belső folyamatok, amelyek az egyént cselekvésre ösztönzik, és az adott cél elérése megszünteti a motivációt. Az elmúlt évtizedekben az öndeterminációs elmélet az, amely legszélesebb körben vizsgálja az egyének motivációit (Deci és Ryan, 2008; Edmunds, Ntoumanis és Duda, 2007). Az elmélet középpontjában a motiváció autonóm és kontrollált formái jelennek meg, amelyek azokra az okokra reflektálnak, hogy az egyének mi alapján köteleződnek el egy viselkedés mellett. Kutatások igazolták, hogy az autonóm motiváció előre pozitívan jelezte egészségügyi kockázatnak kitett középiskolások fizikai aktivitását (Viering, Standage és Treasure, 2007).

Az egészségmagatartást meghatározó motivációk lehetnek belülről fakadóak (intrinzik), vagy a külső környezetből származóak (extrinzik). Amikor egy viselkedés személyes elhatározásból származik, akkor könnyebb elköteleződni mellette (Teixeira, Patrick és Mata, 2011). A dohányzással kapcsolatban például azt találták, hogy a külső jutalmazások megszerzésére irányuló motiváció fokozta a pozitív belső affektust, valamint csökkentette a negatív belső affektust, amelyek megjósolták a pozitív attitűdöt a dohányzási magatartással kapcsolatban (Chang, 2009). Az egészségmotivációnak, mint az arra vonatkozó személyes törekvéseknek, hogy az ember testmozgást végezzen, jól étkezzen, egészséges környezetben éljen, legyen nyugodt és kerülje a stresszt, közvetlen szerepe van abban, hogy meghatározza az egyének egészséggel kapcsolatos hiedelmeit és magatartását. Egy kutatás szerint azok a gyerekek, akiknek az egészség fontos tényezőként jelent meg, sokkal valószínűbben mentek el fogászati vizsgálatra, mint azok, akiknek az egészség kevésbé volt fontos (Gochman, 1972). Nemcek (1990) az Egészség-hit-modell keretein belül vizsgálta az egészségmotivációt, amely hatással volt az egészséges magatartásra irányuló kezdeményezésben. Carter és Kulbok (2002) összefoglaló

tanulmányukban azt hangsúlyozzák, hogy a különböző motivációs tényezők kevésbé tudják megjósolni az egészségmagatartást, mivel a motivációnak az általuk vizsgált kutatások több mint felében nem volt szignifikáns hatása. Ezzel szemben Sheeran (2002) arra az eredményre jutott, hogy a motiváció szükséges, de nem elegendő a viselkedésváltozáshoz. A viselkedésváltozás elérése érdekében szükségesek azok a konkrét akciótervek, amelyek hatékonyan képesek a motivációt viselkedéssé alakítani (Gollwitzer, 1999).

Összefoglalóan megállapítható, hogy nincs közös konszenzus arról, hogy a motiváció szerepe hogyan befolyásolja a viselkedést, elő tudja-e jelezni a pozitív vagy negatív magatartásformákat. Ennek a témakörnek a vizsgálata a motiváció fogalmának nem egységes meghatározása miatt valójában nem könnyű.

1.6 Az egészségmagatartást vizsgáló individuális modellek

Az egészségpszichológiában számos modellt alkottak annak érdekében, hogy az egészségmagatartásokat meg lehessen jósolni. Ezeket a modelleket jellemzőik, illetve az egészségmagatartásra vonatkozó szempontjaik alapján lehet egymástól elkülöníteni. Ebben a fejezetben ezeket a modelleket vázolom fel a teljesség igénye nélkül, majd részletesebben bemutatom és megindoklom, hogy kutatásunkban melyiket használtuk, és miért azt választottuk.

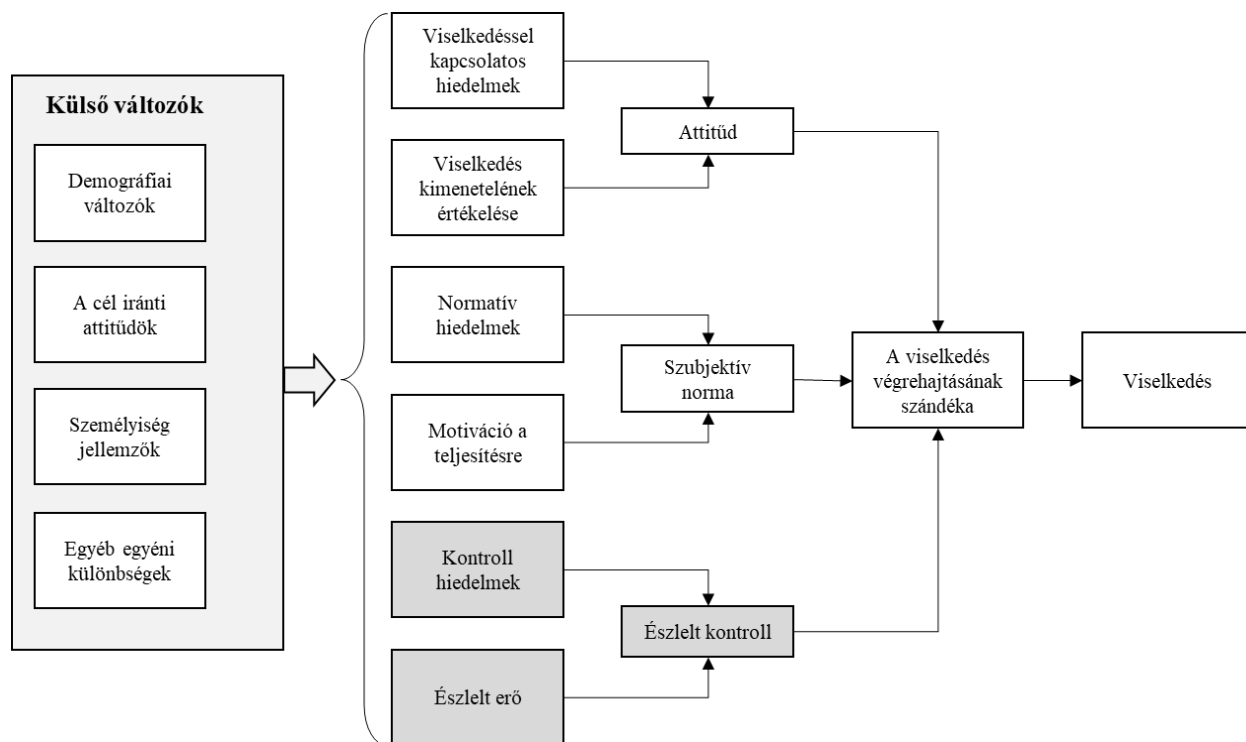
1.6.1 Attribúciós elméletek

Az attribúciós elméletek alapját az a feltevés határozza meg, hogy az emberek igyekeznek a körülöttük lévő világot, eseményeket megmagyarázni (Heider, 1958). Ezeknek a történéseknek az okait tekinthetjük belső (önmagunkból fakadó, kontrollálható) vagy külső (környezetből fakadó, kontrollálhatatlan) eredetűnek (Kelley, 1973). Az egészségmagatartás szempontjából az okok eredetének meghatározása azért fontos, mert ha valaki egy betegséget külső okokkal magyaráz és kontrollálhatatlannak vél, akkor ez csökkenti az egészségét befolyásoló magatartásokba vetett hitét (Pikó, 2005).

1.6.2 Az indokolt cselekvés és a tervezett cselekvés elmélete

Az indokolt cselekvés elmélete (Theory of Reasoned Action -TRA) és a tervezett cselekvés modellje (Theory of Planned Behavior – TPB) olyan elméleti konstrukciókra fókuszál, amelyek az egyéni motivációra vonatkoznak annak érdekében, hogy meghatározzák egy speciális viselkedés véghezvitelének valószínűségét. Mindkét elmélet feltételezi azt, hogy egy viselkedés legjobb előrejelzője a viselkedési szándék, amelyet az adott viselkedéssel kapcsolatban álló attitűd és a társadalmi normatív észlelések határoznak meg (Montano és Kasprzyk, 2015). A TPB a TRA-nak egy kiegészítése, amely olyan további konstrukciókat tartalmaz, mint az észlelt kontroll a kivitelezendő viselkedéssel kapcsolatban. Az indokolt cselekvés elméletét annak érdekében fejlesztették ki, hogy jobban meg lehessen érteni az attitűdök, a szándék és a viselkedés közötti kapcsolatokat (Fishbein, 1967). Úgy tűnik, hogy a viselkedés iránti attitűd sokkal jobban előrejelzi a viselkedést, mint egy attitűd egy olyan tárgy iránt, amelyre a viselkedés irányul (Fishbein és Ajzen, 1975). Az indokolt cselekvés elmélete

szerint egy viselkedés legfontosabb eleme a viselkedési szándék. Az egyén viselkedési szándékát a kívánt viselkedéssel kapcsolatos attitűd és az egyénnek a viselkedéssel kapcsolatos szubjektív normája határozza meg. A tervezett cselekvés modellje ehhez a modellhez adja hozzá a viselkedéssel kapcsolatos észlelt kontrollt (2. ábra).



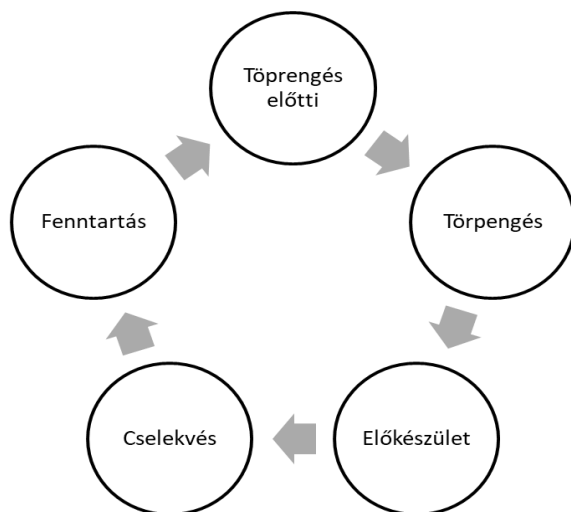
2. ábra. A tervezett cselekvés és a tervezett viselkedés modellje (Forrás: Glanz, Rimer és Viswanath, 2008, 70.o. alapján)

Az attitűdöt a viselkedés kimenetelével kapcsolatos egyéni hiedelmek határozzák meg (viselkedési hiedelmek). Tehát ha valaki úgy gondolja, hogy egy adott viselkedés kimenetele pozitív hatással van rá, akkor az attitűdje is pozitív lesz az adott viselkedésre vonatkozóan. Hasonlóan az adott személy szubjektív normáját is a saját normatív hiedelmei határozzák meg, amelyet az egyéni motivációval lehet mérni. A tervezett cselekvés modellje feltételezi azt, hogy az adott viselkedés legfontosabb meghatározója a viselkedési szándék. Az észlelt viselkedési kontroll hozzáadásával (TPB elmélet) (Ajzen, 1991) az elméletalkotók az egyéni akarat hatását is hozzáillesztették a modellhez. Az észlelt kontroll - ahogy az ábrán is látható - a kontroll hiedelmek által határozható meg, amelyek a viselkedés előfordulásának segítő és gátló tényezőinek meglétét fejezik ki.

1.6.3 A transzteoretikus modell

Az egyén egészségmagatartását meghatározzák a saját szándékai, képességei és a környezeti korlátok. Az életmód-változtatás transzteoretikus modellje (Prochaska és DiClemente, 1984)

szerint minden viselkedésváltozásnak megvannak a szakaszai (3. ábra): (1) töprengés előtti, (2) töprengés, (3) előkészület, (4) cselekvés, (5) fenntartás. Az intervencióban figyelembe kell venni, hogy az egyén épp melyik szakaszban helyezkedik el (Urbán, 2007).



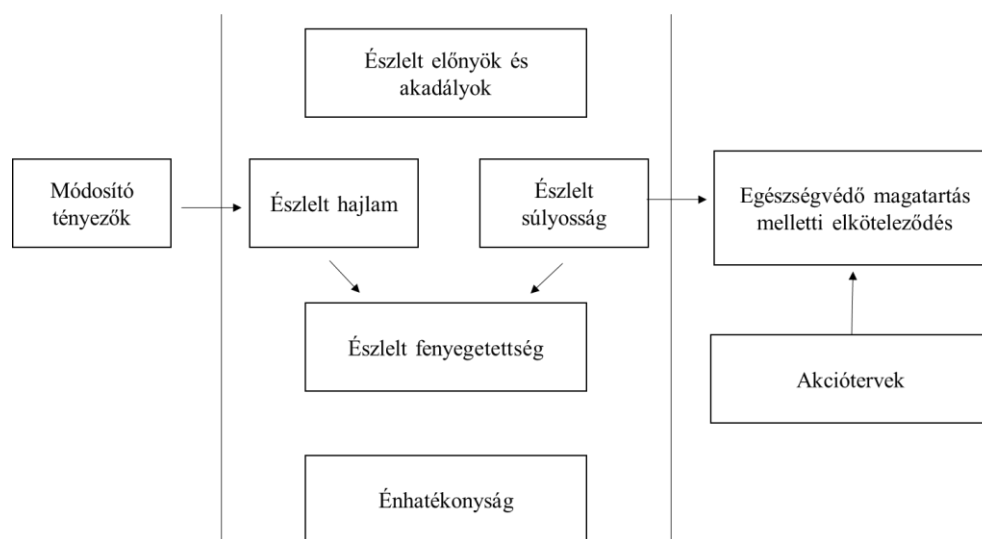
3. ábra. A transzeoretikus modell szakaszai (Forrás: saját szerkesztés)

A transzeoretikus modell bővített változata (*Transtheoretical Modell* - TTM) különböző állomásokat használ arra, hogy integrálja a változás folyamatát. Ez a modell vezető pszichoterápiás és viselkedésváltozást magyarázó elméletek analíziséből született, annak érdekében, hogy integrálja a 300 meglévő különböző elméletet (Prochaska, 1984). Az elmélet kidolgozása során a változás tíz különböző folyamatát tudták elkülöníteni (DiClemente és Prochaska, 1982). A modell a dohányzással kapcsolatos kutatások után gyorsan terjed az egészséggel kapcsolatos viselkedések (mentális és testi egyaránt) széles skáláján, mint például az alkohol- és szerhasználat, a szorongás, a pánikzavarok, a depresszió, az étkezési zavarok és elhízás, a HIV/AIDS, stb. megelőzésének témakörében. A modell összetevői a következők: (1) a változás szakaszai, (2) a változás folyamata, (3) döntési egyensúly, (4) énhatékonyság és (5) kísértés. A változás szakaszai egy időbeli dimenziót képviselnek, amely azt jelenti, hogy a régebbi elméletekkel ellentétben, amelyek a viselkedésváltozást egy diszkrét eseményként írták le, a TTM szerint a változás időben változik. A változás folyamata azokat a rejtett és nyílt tevékenységeket jelöli, amelyeket az egyén használ a szakaszok során (pl. tudatosság-növekedés, drámai megkönnyebbülés, ön-újraértékelés, stb.). A döntési egyensúly az egyén saját mérlegelését jelenti az adott viselkedésváltozás előnyeire és hátrányaira vonatkozóan (Prochaska, Redding és Evers, 2008). Az énhatékonyság az a helyzetspecifikus magabiztosság, amely során az egyén képes megküzdeni a magaskockázatú szituációkkal anélkül, hogy visszatérne egy korábbi viselkedéshez. A modell ezt az összetevőt Bandura (1982) énhatékonyság elméletéből integrálta. A kísértés az énhatékonyság ellentétje, amely arra ösztökéli az egyént, hogy elköteleződjön egy adott viselkedés mellett nehezebb helyzetekben. A modell limitációi közé tartozik, hogy kutatások során nem igazán alkalmazható gyerekek és serdülők körében.

1.6.4 Az Egészséghit modell

Az Egészséghit modellt az 1950-es években dolgozták ki az egyéni egészségmagatartás döntéshozatalának feldolgozására (Becker, 1974; Rosenstock, 1974), és azóta is széles körben használják különböző egészségmagatartások feltárására; azon belül is a testmozgás (King, Vidourek, English és Vigorous, 2014), a testsúly (McArthur, Riggs, Uribeés Spaulding, 2018), a dohányzás (Reisi, Javadzade, Shahnazi, Sharifirad, Charkazi és Moodi, 2014) és az egészséges táplálkozás (Deshpande, Basil és Basil, 2009) vonatkozásában.

A modell olyan tényezők szerepét méri fel, amelyek befolyásolják az egészséges magatartás melletti elköteleződést.



4. ábra. Az Egészséghit modell felépítése (Forrás: saját szerkesztés)

Ezek a tényezők (1) az észlelt súlyosság, (2) az észlelt hajlam – ezek együttesen határozzák meg az észlelt fenyegetettséget – a viselkedésváltozásból származó (3) észlelt haszon és (4) észlelt korlátok, (5) a viselkedésváltozás érdekében megtett akciók (akciótervek), (6) az énhatékony, illetve (7) a demográfiai és egyéb módosító tényezők (4. ábra). A modell feltételezi, hogy az egyén akkor fogja magát az egészséges viselkedés mellett elkötelezni, amikor fenyegetve érzi magát attól, hogy elkap egy betegséget. Ennek a fenyegetettségnek a mértékét az egyén által feltételezett tényezők határozzák meg, mégpedig a betegség súlyossága és az egyén saját fogékonysága, hajlama. Tehát az észlelt súlyosság az arra vonatkozó hiedelem, hogy milyen komoly az adott kockázat. Továbbá az észlelt hajlam az arra vonatkozó hiedelmek összessége, hogy az egyén mekkora kockázatot tulajdonít egy betegség kialakulásának. A modell szerint a viselkedésváltozásból következő előnyök és a változást generáló korlátok összevetése szintén előre vetítik a viselkedés bekövetkezését. Az észlelt előnyök az abban gyökerező hitre utalnak, hogy megéri cselekedni a kockázat csökkentése érdekében, míg az észlelt korlátok az egészségmagatartással járó negatív aspektusok összességére vonatkoznak. Ezeknek a tényezőknek a hatását a demográfiai változók és a viselkedés véghezviteléhez szükséges akciók

szintén moderálják. Ezek az akciótervek olyan stratégiák, amelyek aktiválják a kívánt egészségviselkedést. Ezek közé tartoznak a külső (pl. médiából származó) és a belső (pl. saját test állapota) triggererek is (Janz és Becker, 1984). A modellhez később a Bandura nevéhez kapcsolódó éhatékonyságot is hozzáadták (Bandura, 1977), amely az egyén arra vonatkozó meggyőződését jelenti, hogy véghez tudja-e vinni a tervezett viselkedést (Rosenstock, Strecher és Becker, 1988). Az Egészség-hit modell a kognitív modellekhez tartozik, így hátránya, hogy a viselkedés érzelmi komponensét nem vizsgálja (Champion és Skinner, 2008).

Magyar kutatások körében az Egészség-hit modell alkalmazása nem széleskörű. Márványkövi, Melles és Rácz (2008) elemzésükben droghasználók tú-és eszközmegosztását vizsgálták független változóként tekintve a modell egyes faktorait, amelyekhez attitűd-állításokat fogalmaztak meg. Paksy és Demetrovics (2002) egy drogprevenációs gyakorlati program felméréséhez olyan skálát alakítottak ki, amely az Egészség-hit-modell dimenzióit fedte le. Ehhez hasonlóan Simon (2013) asztmás és krónikus obstruktív légúti megbetegedésben (COPD) szenvedőket vizsgált, akik nem tartották be kezelésük előírásait. A „be nem tartás” okait egy, az Egészség-hit-modell elemeit követő kérdőívvel vizsgálták. Kincsesné (2014) az Egészség-hit-modell dimenzióihoz alakított ki és validált egy olyan mérőeszközt, amely általánosan használható (nem betegség-specifikus).

Vizsgálataim során azért választottam az Egészség-hit-modellt, mert összetetten vizsgálható vele az egészséges magatartáshoz való elköteleződés, és külön egységet alkot benne a kockázatészlelés, amelynek szerepe kiemelten fontos a serdülőkorban.

1.7 Kockázatészlelés

Az Egészség-hit-modell egyik eleme a kockázatészlelés, amely már régóta kutatott terület. Weinstein (1998) írja le, hogy szerinte az emberek hogyan gondolkoznak a kockázatról. Olyan kérdéseket vet fel, miszerint vannak-e olyan cselekvések, amelyeknek nagyobb a kockázata összehasonlítva egyéb más cselekvésekkel, vagy összehasonlítják-e az emberek a saját kockázatukat mások kockázatával.

Renner és Schwarzer (2005) kifejti, hogy a kockázatészlelésnek két aspektusa van a jelenlegi egészségmagatartással foglalkozó elméletek szerint. Ezek az észlelt súlyosság és a hajlam (sebezhetőség), ahogy az Egészség-hit-modellben is megjelent. Az észlelt súlyosság az előforduló kockázatok mennyiségére vonatkozik, míg az észlelt sebezhetőség annak a szubjektív megítélése, hogy az egyén ezeknek a kockázatoknak milyen mértékben van kitéve. A kockázatészlelés komplexitása miatt nehezen mérhető. Számos kutatás talált kapcsolatot a kockázatészlelés és a kockázatos magatartás között (Moore és Rosenthal, 1992; Sjöberg, Holm, Ullén és Brandberg, 2004). Weinstein kutatásában azt vizsgálta meg, hogy az emberek miért gondolják azt, hogy a negatív történések inkább másokkal történnek meg, a pozitívak meg velük (Weinstein, 1980). Eredményei arra világítottak rá, hogy negatív események esetén az optimizmus, az észlelt kontroll és a kognitív feltűnőség (szaliencia) erősen interkorreláltak egymással. Amikor ezt a negatív eseményt kontrollálhatónak ítélték, a vizsgálati személyek

fejében létrejött egy sztereotip áldozat képe, amelyhez önmagukat hasonlították – pontatlanul. Nem kontrollálható eseményeknél ez az áldozatkép nem alakult ki. A pozitív események esetén a nagy valószínűséggel bekövetkezők voltak azok, amelyeket a vizsgálati személyek személyes célként tűztek ki maguk elé, és úgy gondolták, hogy ezek kontrollálhatóbbak (Weinstein, 1980). A kockázatészlelés kapcsán három hipotézist különíthetünk el: az alapossági hipotézist (*accuracy hypothesis*), a viselkedés-motivációs hipotézist (*behaviour motivation hypothesis*) és a kockázat újraértékelési hipotézist (*risk reappraisal hypothesis*). Az alapossági hipotézis szerint, bármilyen időpillanatbeli kockázatészlelés megfelelően reflektál az egyén adott időpontbeli kockázati magatartására és más kockázati tényezőkre. Ez egy leíró állítás a kockázatészlelés és kockázatos viselkedés kapcsolatára, viszont semmilyen ok-okozati kapcsolat nem megfogalmazható a kettő között. A viselkedés-motivációs hipotézis azt fogalmazza meg, hogy a kockázatészlelés hogyan hat a viselkedésváltozásra, azaz milyen ok-okozati összefüggés van a kettő között. Ennek a tesztelésére longitudinális vizsgálatok szükségesek (pl. „Úgy érzem, hogy hajlamos vagyok elhízásra, ezért inkább egészségesen táplálkozom – saját példa). A kockázat újraértékelési hipotézis a viselkedésváltozás hatásait összegzi a kockázatészlelésben történt változásra vonatkozóan. Azt mondja ki, hogyha egy cselekvésről azt hiszik, hogy csökkenti a kockázatot, akkor az ehhez kapcsolódó kockázatészlelés is csökken (pl. Most, hogy egészségesen táplálkozok, kisebb annak a kockázata, hogy elhízok. – saját példa). Ennek vizsgálatára szintén longitudinális vizsgálat szükséges (Brewer, Weinstein, Cuite, és Herrington, 2004).

Az irreális optimizmust körülbelül 30 éve vizsgálják, és számos eredmény született ebben a témakörben. Viszont, ahogy egyre szélesebb körű a tudás, annál jobban aprózódik el a fogalom is. Jelen elméletek szerint az irreális optimizmusnak két fajtája létezik: az abszolút és a komparatív. Az abszolút irreális optimizmus azt a hibás hiedelmet jelenti, miszerint a személyes negatív kimenetek kisebb valószínűséggel történnek meg, mint az objektíven indokolt lenne. Az abszolút irreális optimizmusnak is két formája van, egy egyéni és egy csoport szintű. Az egyéni szintű irreális optimizmusnál az egyén egy standard egyéni szinthez méri a személyes rizikóját, míg a csoportosnál egy csoportstandardhoz viszonyít. Az irreális komparatív optimizmusnak is egyéni és csoportos formája különíthető el. Egyéni szintű az, amikor valaki helytelenül becsüli meg a személyes kockázatát mással összehasonlítva. A csoportos pedig, amikor egy csoport egy másik csoporthoz viszonyítva alulbecsüli a kockázatot (Shepperd, Klein, Waters, és Weinstein, 2013). Az irreális optimizmus akadályozhatja a reális kockázatmegítélést, és a túlzott optimizmus eltéríthet a protektív viselkedéstől (Renner és Schwarzer, 2005). Ezzel függ össze a sérthetetlenség illúziója is (Milam, Sussman, Ritt-Olson és Dent, 2000), amely szintén elősegíti a fokozott kockázatvállalást. A személyes és a társakat fenyegető kockázat megítélése közötti ellentmondás nem meglepő. Senki sem szereti bevallani magának, hogy egy kockázati magatartásból származó negatív kimenetel valószínűsége saját esetében ugyanakkora, mint egy másik személy esetében. Ezért az emberek különböző kifogásokat, magyarázatokat próbálnak találni arra vonatkozóan, hogy velük miért nem történhet meg valami negatív, azaz irreálisan optimisták a számukra pozitív kimenetelt tekintve (Weinstein, 1998). Harris és Hahn (2011) kritikusan áll hozzá az irreális optimizmus fogalmához. Szerintük ez egy nem létező

jelenség, amely statisztikai melléktermékekből ered. Az irreális optimizmussal kapcsolatos kutatások számos aspektusát megkérdőjelezik. Elsőként a sokszor emlegetett többséget, amely szerintük nem egyértelműen meghatározott (a minta több, mint 50%-a). Az összehasonlító kockázatészlelésben az “átlagos személy” fogalma sem egyértelműen meghatározható. Kifogásolják azt is, hogy az irreális optimizmus mérésére használatos direkt és indirekt módok is ki vannak téve a statisztikai hibázásnak, mégpedig a skálázás, a kisebbség alulreprezentálása és az alap statisztikai ráták csökkenésének következtében, amelyeket befolyásol az esemény gyakorisága, a kontrollálhatósága és az egyén hangulata is. A szerzők nem tagadják egyértelműen az irreális optimizmus létezését, viszont felhívják a jövőbeli kutatások figyelmét arra, hogy a fent említett statisztikai hibalehetőségekre fokozottan ügyeljenek, valamint helyezték előtérbe a longitudinális vizsgálatokat.

A kockázatészlelést az érzelmek is befolyásolhatják. A kockázat, mint érzelem az egyén veszélyre adott ösztönös és intuitív reakcióját jelenti (Loewenstein, Weber, Hsee, és Welch, 2001). Dohle, Keller és Siegrist (2010) a kockázatészlelés affektív jellemzőinek vizsgálata során implicit asszociációs tesztet alkalmaztak, mivel az érzelmi döntések gyorsan, automatikusan és tudattalanul születnek. Eredményeik megerősítették az érzelmek szerepét a kockázatészlelés során, és azt, hogy ezek implicit formában is előfordulhatnak. Finucane, Alhakami, Slovic és Johnson (2000) az észlelt kockázat és az észlelt előnyök közötti kapcsolatot vizsgálta újra. Megállapították, hogy ha az embernek egy cselekvés iránti érzelme pozitív, akkor alacsony mértékűnek ítéli a kockázatot és magasnak az előnyöket. Nem kedvező cselekvéseknél ennek az ellenkezőjét figyelték meg.

1.7.1 Serdülők kockázatészlelése

A serdülők kockázatészlelésének vizsgálata során felmerül az a kérdés, hogy annak ellenére, hogy ismerik az egyes egészségmagatartással járó kockázatokat, miért nem csökkentik azokat, vagy miért nem hagynak fel a kockázatos viselkedéssel. Slovic (1987) megállapította, hogy a serdülők az ismerős kockázatokat sokkal kontrollálhatóbbnak ítélik, míg az ismeretlen eredetűeket inkább elkerülik. Szintén vitatott állítás, hogy a serdülők nem képesek megérteni a kumulatív kockázatot, és nem számolnak a hosszú távú hatásokkal sem (Slovic, 2000). Kimutatták azt is, hogy a serdülőkor szakaszaiban más lehet a kockázatészlelés. Míg egy adott viselkedéssel kapcsolatos kockázatészlelés korai és közép serdülőkorban alakul ki, és ez késő serdülőkorban is fennmarad (Flanagan, Stout, és Galloway, 2008), addig az idősebb serdülők nagyobb mértékben észlelik a kockázatot. Továbbá a magasabb kontrollérzet alacsonyabb kockázatészleléssel jár együtt (Larsman, Eklöf és Törner, 2012). A még gyermekkorban erősebbnek tartott egészségtudatosság (Pikó és Bak, 2006) serdülőkorban negatívan változik, amelyben szerepet játszik a kockázatosabb viselkedés is (Steinberg, 2004). Ez azzal magyarázható, hogy a serdülők kockázatészlelésére tipikusan jellemző az irreális optimizmus jelensége (Weinstein, 1989), amely során az ember sérthetetlennek gondolja magát. Serdülők kockázatészlelésére is jellemző az optimista torzítás, vagyis úgy hiszik, hogy negatív kimentelek

inkább másokkal történnek meg, mint velük; mint például dependenciák, nemkívánt terhesség, AIDS, öngyilkosság, autóbaleset és rákos megbetegedések (Rác és Sajgál, 1998).

Összefoglalóan elmondható, hogy a kockázateszlelés alapvető kapcsolatban áll a viselkedéssel, de nem egyértelmű a szerepe. Serdülőkorban a kockázateszlelést torzíthatja az irracionális optimizmus, amely ebben az életszakaszban sokkal jellemzőbb. Így tehát serdülők egészségmagatartásának vizsgálata során fontos figyelembe venni mindkét tényező szerepét.

2 TÁPLÁLKOZÁS MINT ÉTKEZÉSI MAGATARTÁS

2.1 A táplálkozás fontossága

Az étkezés nem csupán táplálkozás, hanem rituálé is egyben az ember életében. Hazánkban a közös étkezéseknek meghatározó szerepe van a családi összetartozás megerősítésében. A változó életmód és környezet hatással van a táplálkozási szokásainkra is. A táplálkozással biztosítjuk a szükséges energiát olyan élettani folyamatainkhoz, mint az enzimek, a hormonok és a vér alkotóelemeinek képzése, a sejtek lebontása és képzése, az állandó testhőmérséklet biztosítása, az immun- és gyógyulási folyamatok fenntartása, a gondolkodás, a légzés és a mozgás (Antal, Schmidt és Judit-Bíró, 2015).

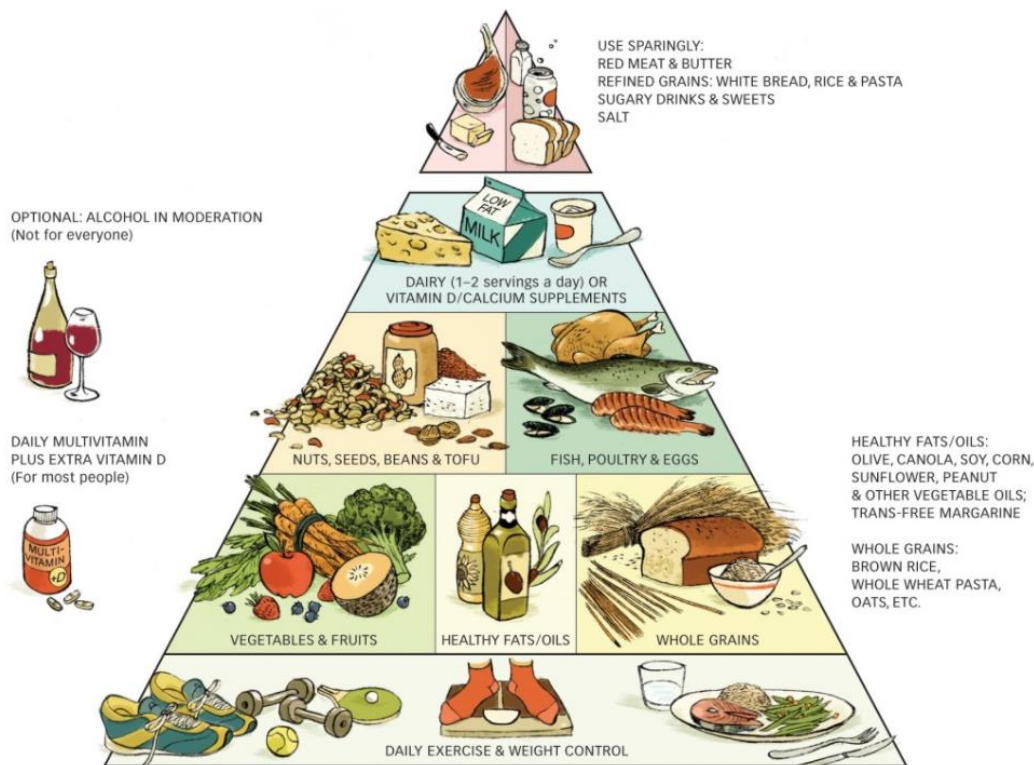
Az egészséges táplálkozás segít megelőzni a cukorbetegséget és a kardiovaszkuláris megbetegedéseket (Hu és Willet, 2002) és nélkülözhetetlen az egészség fenntartásában (Ross, Caballero, Cousins, Tucker és Ziegler, 2014). Ugyanakkor az egészségtelen étkezi szokások elhízást (Nishtar, Gluckman és Armstrong, 2016), magas vérnyomást, magas koleszterinszintet és cukorbetegséget okozhatnak (Ezzati, Rodgers, Vander és Murray, 2002). A kóros étkezési szokások igazoltan, de nem kizárólagosan járulnak hozzá az elhízáshoz (Nicklas, Yang, Baranowski, Zakeri és Berenson, 2003). Antal, Schmidt és Judit-Bíró (2015) munkájukban az egészséges táplálkozás 12 pontját ismertették, amelynek alapja, hogy az energiaszükséglet az életkorral is változik. Ha ezt nem vesszük figyelembe, akkor a többletfogyasztás súlytöbbletet fog eredményezni. Ajánlásuk szerint az egészséges táplálkozással kapcsolatban fontos ajánlások az alábbiak:

1. Nincsenek tiltott táplálékok, csak kerülendő mennyiségek!
2. Az étrendünket változatosan állítsuk össze többféle élelmiszerből!
3. Kerüljük a nagy zsírtartalmú élelmiszereket!
4. Az ételeinket kevés sóval készítsük!
5. Édességet csak főétkezés befejezőjeként fogyasszunk! Ételeinket alig cukrozzuk!
6. Naponta igyunk meg fél liter tejet, vagy fogyasszunk ehhez arányosított mennyiségű tejterméket!
7. Naponta többször együnk meg összesen kb. 400 gr gyümölcsöt és zöldséget nyersen vagy párolva!
8. Hetente 5-ször fogyasszunk teljes kiőrlésű lisztből/gabonaféléből készült termékeket!
9. Napi 4-szer vagy 5-ször étkezzünk! Kerüljük az esti kiadós evést!
10. A folyadékfogyasztásunk alapja a víz legyen! Alkoholot mértékletesen fogyasszunk! Az energiatartalommal rendelkező italokat mértékkel fogyasszuk!

11. Rendszeresen mozogjunk és mellőzzük a dohányzást!

12. Törekedjünk a megfelelő testtömeg elérésére és megtartására!

Az egészséges táplálkozás gyakorlati megvalósítását segíti a Harvard School of Public által megalkotott táplálkozási piramis alkalmazása (5. ábra).



5. ábra. A táplálkozási piramis (Forrás: <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-pyramid/>)

A táplálkozási piramison minél feljebb haladunk, annál kevesebbet érdemes fogyasztani az adott élelmiszer csoportból. Az ábrán látható, hogy a testmozgás mindennek az alapja, kulcsfontosságú az egészséges életmód kialakításában. Feljebb haladva azok az élelmiszerek következnek, amelyek a leginkább szükségesek az egészség fenntartásához, mégpedig a teljes kiőrlésű gabonák, az egészséges olajok és zsírok, valamint a zöldségek és a gyümölcsök. A teljes kiőrlésű gabonák szervezetük elsődleges energiaforrásához, a szénhidrát-bevitelhez járulnak hozzá. Különböző ásványi anyagokat és nyomelemeket tartalmaznak, illetve lassú felszívódásuk miatt a szervezet vércukor- és inzulinszintje nem ingadozik ugrásszerűen, így csökkentik az éhségérzetet. Az egészséges zsírok és olajok hozzájárulnak a koleszterinszint karbantartásához. A gyümölcsök és zöldségek rendszeres fogyasztása pedig a vérnyomás és a vércukorszint csökkentéséhez, a stroke és a szívbetegségek kockázatának csökkentéséhez és számos daganatos betegség elkerüléséhez járulnak hozzá. A következő szinten találhatóak az olajos magvak, a hüvelyesek és a tofu, valamint a csirkehús, a halak és a tojás. Az előbbieket gazdag ásványi

anyag-, rost- és fehérjeforrások. Az utóbbiak szintén fontos fehérjeforrások. A feldolgozott húsok fogyasztása csak kis mértékben ajánlott, mert telített zsírsav- és sótartalmuk magas. A következő szinten a tejtermékek, vagy az ezeket pótló tabletták formájában bevitt D-vitamin és kalcium állnak. A piramis csúcsán azok az élelmiszerek találhatóak, amelyeket ritkán kellene fogyasztani, mint például a vörös húsok, a feldolgozott készítmények, a finomított gabonák, a fehér rizs, a tészta, a burgonya, a magas cukortartalmú üdítőitalok, a különböző édességek és a só. Megjegyzésként látható az is, hogy az alkoholfogyasztás nem tiltott, csak a megfelelő mértékre kell odafigyelni, illetve figyelembe kell venni az adott egyén egészségügyi állapotát (Antal, Schmidt és Judit-Bíró, 2015).

Kutatások kimutatták azt is, hogy az „egészséges” diétát folytatóknak, vagy az arra áttérőknek, jelentősen kisebb esélye van az érlelmeszedés kialakulására, illetve amennyiben már kialakult, lassúbb progresszió remélhető. A mediterrán diéta csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek és a magas vérnyomás kialakulásának rizikóját (Bhupathiraju és Tucker, 2011). Azok, akik zöldség- és gyümölcsfogyasztásban gazdag, illetve zsír-, cukor- és só-fogyasztásban alacsony étrendet folytatnak, kevésbé vannak kitéve több kardiovaszkuláris megbetegedés és egyes rákbetegségek kockázatának (Graf és Cecchini, 2017). Az egészséges táplálkozás a túlsúly és az elhízás kockázatát is csökkenti. Az elhízásnak nem csak egészségügyi, hanem pszichológiai és szociális hatásai is vannak, mint a csökkent önbecsülés, a depressziós tünetek megjelenése, a diszkrimináció és a zaklatás (Schwimmer, Burwinkle, és Varni, 2003). Ezek a krónikus betegségek a magyar lakosság körében is fellelhetőek. A táplálkozás terén nagy gondot okoz az, hogy sokan nem ismerik a különböző ételek egészségre gyakorolt hatását.

Az OECD országokban a felmérések szerint a felnőttek kicsivel több, mint fele (57% - Magyarország: 59,1%), főként a nők, fogyasztottak gyümölcsöt legalább napi egyszer 2017-ben. A zöldségfogyasztás is hasonló volt, az OECD országok felnőtt lakosságának 60%-a fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget (Magyarország: 46,3%), szintén főként a nőkre jellemzően (OECD, 2019). A kalóriadús ételek fogyasztása világszinten növeli az elhízási rátákat, amelyek legmagasabb értékei a fiatal felnőttek körében mérhetőek, és az összes életkori csoportot befolyásolják (Afshin és mtsai, 2017). A magas BMI index a becslések szerint 4,7 millió emberéletet követelt világszerte (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2018).

Magyarországon különösen magas az egészségtelen táplálkozásból származó betegségek aránya, úgymint az elhízás és az ezzel kapcsolatos magas vérnyomás és cukorbetegség (Fülöp és Szakály, 2008). A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) felmérése (2014) szerint a 15 évnél idősebbek közel harmadának magas vérnyomása van, 13%-a szív-és érrendszeri betegségben szenved és 11%-ának magas a koleszterinszintje. Az OECD felmérése szerint 2015-ben a felnőtt lakosság 54%-a túlsúlyos (Magyarország: 62%), beleértve 19%-ot, aki elhízott (Magyarország: 30%), továbbá nemi bontásban a nők 20%-a, míg a férfiak 19%-a számít elhízottnak (OECD, 2017). Az elhízás már gyermekkorban is számottevő, az gyermekek körében felmért elhízás mértéke mindegyik OECD országban növekedett az elmúlt 10 évben. 2010-ben a gyerekek átlagosan 24,6%-a túlsúlyos vagy elhízott (Magyarország: 25,5%) (OECD, 2017). 2017-ben a

felnőtt lakosság 58%-a volt túlsúlyos, illetve elhízott az OECD 23 országa közül (Magyarország: 62,3%). Az OECD átlaga szerint 2017-ben 5-9 éves gyerekek 31%-a túlsúlyos, Magyarországon és az OECD 35 országában egyaránt (OECD, 2019). 2002-2014 között a 11-15 éves magyar serdülő lányoknál és fiúknál valamelyest csökkent az obezitás mértéke (WHO, 2017). Az elhízásból adódó egészségügyi kockázatok a halálozási rátában is megmutatkoznak: 2015-ben a nők 54,6%-a, míg a férfiak 44%-a kardiovaszkuláris megbetegedésben hunyt el, amelyek a nők 24,3%-ánál és a férfiak 31,6%-ánál korai halálozást okoztak. Végül fontos kiemelni azt is, hogy az összes elveszített egészséges életév 17%-áért az étrendi kockázatok voltak a felelősek (Vitrai és Varsányi, 2016).

Az egészséges táplálkozást nemcsak az elfogyasztott ételek minősége és mennyisége jelenti, hanem a napi ételfogyasztás gyakorisága is számottevő. Már régóta tudjuk, hogy a reggeli rendszeres kihagyása többféle egészségveszélyeztető magatartással, például a dohányzással és alkoholfogyasztással (Keski-Rahkonen, Kaprio, Rissanen, Virkkunen, és Rose, 2003), a drogfogyasztással (Affentino, 2007) és a fizikailag inaktív életmóddal (Timlin, Pereira, Story és Neumark-Sztainer, 2008) is együtt jár.

2.2 Serdülők táplálkozással kapcsolatos egészségmagatartása

A serdülőkor alapvetően egy nagyon érzékeny életszakasz, amely során az étkezéssel kapcsolatos megfelelő döntéshozás nagyon fontos a hosszútávú egészségügyi következmények miatt (Corkins és mtsai, 2016). Az ekkor lezajló testi változások miatt a megfelelő táplálkozás nagyon fontos annak érdekében, hogy egészséges felnőtté váljanak (Amine és mtsai, 2003). Manapság nemcsak a különböző táplálkozási zavarok (Loth, MacLehose, Bucchianeri, Crow és Neumark-Sztainer, 2014), de a serdülőkori elhízás is egyre gyakoribb világszerte (Güngör, 2014). Számos kutatás megállapította, hogy a serdülőkori túlsúly erős prediktora a felnőttkori elhízásnak is, amely a legsúlyosabb népegészségügyi problémákhoz tartozik, amelyekkel a fejlett országok szembeszenek (Nishtar, Gluckman és Armstrong, 2016; Simmonds, Llewellyn, Owen, és Woolcott, 2015; Verhagen és van Loveren, 2016). Az étkezésben tapasztalható egyensúlytalanság miatt a serdülők veszélyeztetettebbek az elhízás és egyéb kardiometabolikus problémák kialakulásában, mint például kardiovaszkuláris megbetegedések, sztrók és cukorbetegség (Kelsey, Zaepfel, Bjornsta és Nadeau, 2014; McCrindle, 2015; McGinnis, 2006). A serdülők étkezési szokásaira jellemző a cukros üdítőitalok, az édességek és a sós snackek gyakoribb, míg a zöldségek és gyümölcsök, valamint a tejtermékek ritkább fogyasztása (Moreno, Rodriguez, Fleta, Bueno-Lozano, Lazaro és Bueno, 2010). McKinley és munkatársai (2005) vizsgálatukban a 11-12 évesek körében megállapították, hogy ebben az életkorban nincs meg a kiegyensúlyozott táplálkozás képe, inkább dichotóm módon állnak hozzá, miszerint az egészséges jelenti a zöldséget, gyümölcsöt és salátát, míg a nem egészséges ételek a csokoládé, a chips és a gyors ételek. Egyéb vizsgálatok rámutattak arra is, hogy a serdülők gyakran járnak gyorséttermekbe vagy esznek gyorsételeket, amely elhízáshoz vezethet és hosszú távú következményei lehetnek felnőttkorban (French, Story, Fulkerson és Hannan, 2001; Neumark-Sztainer, Wall, Story és Standish, 2012). A serdülők a javasolt zöldség- és gyümölcsbevitelnek

csak a felét fogyasztják el, és az ajánlott tejfogyasztásnak kevesebb, mint a 2/3-át; viszont több húst, zsíros ételt és édességet esznek az ajánlottnál (Diethelm és mtsai, 2012). Mindezekből következik, hogy a serdülők étkezési szokásainak vizsgálata kulcsfontosságú különböző prevenció programok fejlesztéséhez.

2.2.1 Serdülők táplálkozását befolyásoló tényezők

Miközben a gyerekek étkezését főként a szülők választása befolyásolja, addig a serdülők a fokozódó autonómiaigényük miatt inkább önállóan szeretnék eldönteni, hogy mit esznek, és inkább a kortársaikra és a médiára hagyatkoznak a választás során (Ali, Amialchuk és Heiland, 2011; Robinson és mtsai, 2017). További eredmények szerint a fiúknál az otthoni minták hatnak, míg a lányoknál kerül csak jobban előtérbe a saját döntésen alapuló táplálkozás, illetve a kortárshatások (Pikó és Keresztes, 2008). A társak viselkedését azonban sokszor rosszul észlelik a serdülők, feltételezve azt, hogy társaik egészségesebb módon viselkednek, mint valójában (Perkins, Perkins és Craig, 2010). Ez a túlbecsülés a táplálkozási szokásokra is érvényes (Ball, Jeffery, Abbott, McNaughton és Crawford, 2010). A serdülők üdítő- és snackfogyasztása kapcsolatban áll a társaik fogyasztásával (Wouters, Larsen, Kremers, Dagnelie és Geenen, 2010). Lally és munkatársai (2011) azt feltételezik, hogy a serdülők túlbecsülik társaik egészségtelen ételfogyasztását, ezért úgy hiszik, hogy kortársaik sokkal szívesebben fogyasztják ezeket az ételeket, mint valójában. Az egészséges ételekkel kapcsolatban ennek ellenkezőjét gondolják. Hipotézisük szerint alábecsülik a társaik egészséges ételfogyasztásának és ehhez kapcsolódó attitűdjeinek mértékét, amely azt eredményezi, hogy ők is kevesebb ilyen ételt fogyasztanak (Lally és mtsai, 2011). Serdülők táplálkozását a család társadalmi-gazdasági helyzete is befolyásolja. Egy vizsgálat alapján az anya iskolai végzettsége gyakorolta a legnagyobb hatást (Nilsen, Krokstad, Holmen és Westin, 2010). A családok jobb anyagi helyzete a gyakoribb zöldség- és gyümölcsfogyasztással, édesség- és csokoládéfogyasztással, valamint tézta- és üdítőfogyasztással járt együtt (Zaborskis, Lagunaite, Busha és Lubiene, 2012).

2.2.2 Serdülők táplálkozását vizsgáló eredmények összevetése

A gyerekek egészségi állapotát az 1980-as évektől vizsgálják. Hazánk 1985-ban csatlakozott a WHO európai ifjúságkutatásához, így 1986-tól részt vett a Health Behavior in Schoolaged Children (HBSC) nemzetközi kutatásban. Ez a vizsgálat országosan reprezentatív képet ad a 11-15 éves korosztály egészségmagatartási mintázatáról (Barabás és Nagy, 2012). Az elhízás mára a leggyakoribb táplálkozási betegséggé vált. 2010-re tíz éves viszonylatban az 5 éves óvodáskorú elhízottak aránya megháromszorozódott, a többi korosztályban ez az arány megkétszereződött. Ezzel párhuzamosan a kórosan sovány gyermekek aránya is növekvő tendenciát mutat minden korosztályban (Barabás és Nagy, 2012).

A HBSC vizsgálatok alapján a 11-17 éves korosztály étkezési szokásai 1986-2014 között részben kedvezően, részben kedvezőtlenül alakultak. A nemeket összehasonlítva a lányok egészségesebben táplálkoznak, mint a fiúk. Ennek a fő oka a testtömeg kontrollálása, amely fokozott előfordulása ugyanakkor egészségveszélyeztető szerepet tölt be. Magyarországon a

zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága javulást mutatott az elmúlt években, de így sem éri el a nemzetközi átlagot. Látható (1. táblázat), hogy 12 év alatt megduplázódott a naponta zöldséget és gyümölcsöt fogyasztó tanulók aránya. Mindkét esetben a fogyasztás gyakorisága magasabb a lányoknál, mint a fiúknál. A különböző évfolyamok összehasonlításánál pedig egy csökkenő tendencia figyelhető meg, például 2014-ben az ötödikesek közel 40%-a fogyasztott napi rendszerességgel gyümölcsöt vagy zöldséget, ez az arány a 11. évfolyamosok körében mindössze 25-30% (Barabás és Nagy, 2012; Németh és Költő, 2014).

1. táblázat. A gyümölcsöt és zöldséget naponta fogyasztó magyar tanulók aránya (%) nem és évfolyam szerint (Forrás: Barabás és Nagy, 2012; Németh és Költő, 2014)

Évfolyam	Gyümölcsöt naponta fogyasztók aránya (%)						Zöldséget naponta fogyasztók aránya (%)					
	Fiúk			Lányok			Fiúk			Lányok		
	2002	2006	2014	2002	2006	2014	2002	2006	2014	2002	2006	2014
5.	38,1	38,4	39,9	38,8	47,8	50,4	16,3	22,1	33,8	19,7	30,4	38,5
7.	29,0	32,9	34,5	32,9	38,9	35,2	14,7	19,6	31,0	15,6	23,0	32,0
9.	21,3	22,9	25,0	29,0	28,3	32,2	11,5	16,4	25,5	13,3	19,4	30,6
11.	15,5	16,4	22,6	27,5	24,7	27,9	8,5	14,5	25,2	12,8	17,5	29,4

Nemzetközi viszonylatban a magyar serdülők gyümölcs- és zöldségfogyasztása kis mértékben, de elmaradt a HBSC országok átlagától (2. táblázat). Mind hazánkban, mind a HBSC átlagokat tekintve az életkor előrehaladtával egy csökkenő tendencia figyelhető meg a gyümölcs- és zöldségfogyasztást tekintve. A szélsőségeket tekintve az észak-európa országok átlagosan, vagy a HBSC átlag alatt végeztek, míg kiugróan magas értéket mutatott Albánia és Örményország, ahol a gyümölcs- és zöldségfogyasztás rendszerességét tekintve ez az arány 65-70%.

2. táblázat. Gyümölcsöt és zöldséget naponta vagy naponta többször fogyasztó fiatalok arányának összehasonlítása Magyarországon és HBSC átlagokat tekintve 2018-ban (Forrás: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbsc_3-eating-fruit/visualizations/#id=27138; https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbsc_52-eating-vegetables/visualizations/#id=27173)

Életkor	Gyümölcsöt napi legalább egyszer fogyasztó fiatalok aránya (%)				Zöldséget legalább naponta vagy naponta többször fogyasztó fiatalok aránya (%)			
	Magyarország		HBSC országok átlaga		Magyarország		HBSC országok átlaga	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
11 évesek	37	43	43	49	31	36	37	44
13 évesek	27	37	36	43	24	29	34	42
15 évesek	24	27	32	38	25	26	32	39

Az évek során kedvezően alakult, hogy nőtt a magas rost- és vitamintartalmú ételek, valamint a tejtermékek fogyasztási gyakorisága. Viszont 2001-2014 között növekedett a kávé, a cukrozott

üdítőt és az édességeket naponta fogyasztók aránya. A szénsavas üdítőitalok és az édességek tekintetében is minimális csökkenés figyelhető meg 2002 és 2014 között nemek és évfolyamok szerint is, de mindennapi fogyasztásuk még mindig gyakori. Kedvezőnek mondható az a 2014-es tendencia mind a lányok mind a fiúk körében, miszerint a 11. évfolyamosoknál kevésbé gyakori az ilyen típusú ételek/italok fogyasztása az 5. évfolyamosokkal összehasonlítva; annak ellenére, hogy 7. és 9. évfolyamban ezek népszerűbbek (3. táblázat) (Barabás és Nagy, 2012; Németh és Költő, 2014).

3. táblázat. Szénsavas üdítőitalokat és édességeket naponta fogyasztó magyar tanulók aránya (%) nem és évfolyam szerint (Forrás: Barabás és Nagy, 2012; Németh és Költő, 2014)

Évfolyam	Szénsavas üdítőitalokat naponta fogyasztók aránya (%)						Édességeket naponta fogyasztók aránya (%)					
	Fiúk			Lányok			Fiúk			Lányok		
	2002	2006	2014	2002	2006	2014	2002	2006	2014	2002	2006	2014
5.	33,6	31,4	30,3	29,8	26,9	23,5	32,3	32,2	31,7	34,5	31,9	32,5
7.	33,2	36,7	31,3	33,1	31,4	30,4	34,5	35,4	32,0	39,4	37,7	37,8
9.	35,3	37,8	27,1	33,8	34,9	28,6	30,1	30,2	27,4	34,4	35,4	33,6
11.	32,4	36,2	23,4	31,7	23,2	18,4	23,0	25,1	21,2	30,6	30,6	28,4

Nemzetközi összehasonlításban 2018-ban a magyar 11-15 évesek a HBSC országok átlagához képest több olyan fiatal volt, aki naponta fogyaszt szénsavas üdítőitalt (4. táblázat). Ez az átlag nagymértékben tér el például az észak-európai országoktól (Finnország, Észtország, Dánia, Norvégia, Svédország), ahol ez az arány kb 5-6%. Viszont ezen a téren megelőzzük például Belgiumot, Bulgáriát, Luxemburgot, Máltát és Észak-Macedóniát, ahol ez az arány átlagosan 25-30%.

4. táblázat. Szénsavas üdítőitalokat és édességet naponta vagy naponta többször fogyasztó fiatalok arányának összehasonlítása Magyarországon és HBSC átlagokat tekintve 2018-ban (Forrás: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbsc_5-drinking-soft-drinks/visualizations/#id=27139&tab=graph; https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbsc_53-eating-sweets/visualizations/#id=27174)

Életkor	Szénsavas üdítőitalokat naponta fogyasztó fiatalok aránya (%)				Édességeket naponta többször fogyasztó fiatalok aránya (%)			
	Magyarország		HBSC országok átlaga		Magyarország		HBSC országok átlaga	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
11 évesek	26	22	16	12	27	25	22	24
13 évesek	31	23	19	15	25	26	24	28
15 évesek	25	21	20	15	21	23	24	28

Az édességfogyasztást tekintve hazánkban a naponta többször édességet fogyasztó fiatalok arány megegyezik a HBSC országok átlagával (4. táblázat). Ezen a téren szintén az észak-európai országok teljesítenek a legjobban (kb. 6-8%), míg sereghajtónak mondható Albánia, Grúzia, Málta és Észak-Macedónia (kb 35-40%).

Kedvezőtlen a főétkezéseket (főleg a reggelit) kihagyó tanulók aránya. A reggelizést tekintve a serdülőknek csak a fele szokott reggelizni (51% fiú és 45% lány, HBSC átlag: 55-60%). Azoknak a serdülőknek a körében, akik rendszeresen fogyasztanak reggelit, jellemző a kisebb testzsír mértéke, magasabb kardiorespiratorikus fitness, és az egészségesebb érrendszeri felépítés (Hallström és mtsai, 2013). A magyar diákok (5-11. évfolyam) 29,4%-a soha nem fogyaszt reggelit, míg 48,3%-uk minden nap reggelizik. A reggelizés gyakorisága a legfiatalabbak között gyakoribb (5. osztályosok közel 60%-a), míg ez az arány a felsőbb évfolyamokban egyre csökken (9. osztályban 41,2%) (Barabás és Nagy, 2012; Németh és Költő, 2014).

2.3 Az étkezési magatartást befolyásoló tényezők

A táplálkozást számos tényező befolyásolja, amelyek közül vizsgálatunkban a pszichológiai tényezők, az étkezési motivációk és a kockázátészlelés szerepét vizsgáltuk.

2.3.1 Az étkezési magatartást befolyásoló pszichológiai tényezők

A pszichológiai faktoroknak fontos szerepe lehet abban, hogy megértsük a serdülők étkezési szokásait, magatartását és motivációit. Énhatékonyság alatt azokat a vélekedéseket értjük, amelyek arra vonatkoznak, hogy az egyén milyen jól tudja végrehajtani a jövőbeli helyzettel foglalkozó cselekvéseket, azaz mennyire hatékony egy cél elérése érdekében (Bandura, 1982). Vizsgálatok szerint az énhatékonyság általánosságban pozitívan befolyásolja a serdülők étkezési magatartását (Renner és Schwarzer, 2005). Azok a serdülők, akik énhatékonysága magasabb mértékű, úgy tűnik több zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak (Burg, Lechner és de Vries, 1995), és preferálják az alacsonyabb zsírtartalmú ételeket (Parcel és mtsai, 1995). A nagyobb énhatékonysággal rendelkezők sokkal nagyobb valószínűséggel köteleződtek el aktívan az egészséges táplálkozás mellett a súlycsökkentés érdekében (Linde, Rothman, Baldwin és Jeffery, 2006). Míg az étkezési magatartással kapcsolatban álló énhatékonyág növeli az ételcímkek használatát, de nincsen hatással az étkezési minőségre (Cha és mtsai, 2014).

A különböző egészségmagatartásokat gyakran befolyásolja az önkontroll, mivel korlátozza a jelenlegi nemkívánt viselkedést (Tangney, Baumeister és Boone, 2008). Kutatások az étkezési szokások és az önkontroll közötti kapcsolat vizsgálatakor megállapították, hogy azok, akik magasabb önkontrollal és alacsonyabb szintű impulzivitással rendelkeznek, inkább választanak egészséges ételeket azokkal szemben, akikre ezek ellenkezője jellemző (Verplanken, Herabadi, Perry, és Silvera, 2005). Továbbá a nagyobb önkontrollal rendelkező serdülők több egészséges nassolnivalót fogyasztanak (Galla és Duckworth, 2015), kevesebb pénzt költenek édességre és üdítőre, valamint rendszeresen reggeliznek és elkerülik az egészségtelen édességeket (Junger és van Kampen, 2010). Azonban az önkontroll szerepe az egészséges ételek fogyasztásával kapcsolatban nem teljesen egyértelmű. Adriansee, Kroese, Gillebaart és De Ridder (2014)

kutatásában az önkontroll nem állt kapcsolatban a gyümölcsfogyasztással vagy az egészséges táplálkozás más formáival, amely arra enged következtetni, hogy szerepe inkább az egészségtelen táplálkozás megakadályozásában keresendő, mint az egészséges táplálkozás elősegítésében. Ezzel ellentétben Wills és munkatársai (2007) eredményében az önkontroll magasabb gyümölcs- és zöldségfogyasztással állt kapcsolatban. Azt is meg kell jegyeznünk, hogy az önkontroll hatása az egészséges étkezésre nem mindig direkt, inkább mediáló (McCarthy, Collins, Flaherty, és McCarthy, 2017). Az alacsonyabb mértékű önkontrollal rendelkezők körében gyakrabban előfordult a rendszertelen étkezés, beleértve a krónikus soványságot, a bulimiát (Tangney, Baumeister és Boone, 2004), valamint az érzelmi evést (Konttinen, Haukkala, Sarlio-Lähteenkorva, Silventoinen és Jousilahti, 2009); viszont az anorexia nervosa a magasabb önkontrollal rendelkezők körében gyakoribb (Butler és Montgomery, 2005). Végül egy súlycsökkentésre irányuló program résztvevői közül a magasabb önkontrollal rendelkezők több ülésen vettek részt, és több kalóriát égettek el, mint alacsonyabb önkontrollal rendelkező társaik (Will és mtsai, 2011).

Végül az egészséges táplálkozás tekintetében az optimizmus szerepe sem elhanyagolható. Az optimizmus olyan jövőbeli elvárásokra vonatkozó attitűdöt jelent, amelyet az egyén kívánatosnak tart saját hasznára vagy örömeire (Tiger, 1979). Egyre több eredmény igazolja azt, hogy az optimizmus kapcsolatban áll a jobb ételválasztással, az ideális testsúllyal és az étkezési ajánlások implementációjának képességével (Kelloniemi, Ek és Laitinen, 2005). Kutatások megállapították, hogy az optimistább nőknek alacsonyabb volt a BMI indexük (Kelloniemi, Ek és Laitinen, 2005), valamint általánosságban is nagyobb mértékű optimizmus volt jellemző az egészségesebb ételeket fogyasztók körében (Renner és Schwarzer, 2003). A zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakoriságát az optimizmus növelte, míg a pesszimizmus csökkentette. Az optimizmus kapcsolatban állt több egészségtelen étel fogyasztásával is (Kopp, Schwarzer és Jerusalem, 1993). A nagyobb mértékű optimizmussal jellemezhető egyének rostban gazdagabb és alacsonyabb zsírtartalmú ételeket fogyasztottak napi vagy szinte napi rendszerességgel, viszont a gyorsételfogyasztást illetően nem volt különbség az optimistábbak és a pesszimistábbak között. Továbbá az optimistákra jellemző volt az egészséges ételek napi szintű fogyasztása is, mint például friss zöldségek, saláták, gyümölcsök, bogyós gyümölcsök és az alacsony zsírtartalmú tej. A pesszimisták, főleg férfiak, több kávé és zsíros ételt (pl. kolbászt) fogyasztottak, illetve ritkábban választottak egészséges ételeket, mint az optimistábbak (Kelloniemi, Ek és Laitinen, 2005).

Serdülőkorban azonban az optimizmus irreális is lehet, ami az egészségtelen étkezéshez kapcsolódó kockázatok alulbecsléséhez vezethet (Scheier és Carver, 1985). Fontaine és Cheskin (1999) kutatásában nem talált kapcsolatot a súlycsökkenés és az optimizmus/pesszimizmus között, viszont eredményeik szerint a pesszimizmus pozitívan korrelált egy túlsúlyosság kezelési programban való részvétel időtartamával. A pesszimistább emberek a programban való hosszabb részvételét azzal magyarázzák, hogy mivel ők nem nagyon hisznek a saját erőforrásaik sikerességében, így jobban támaszkodnak a program nyújtotta lehetőségekre. Ennek ellenére a kutatás szerint, noha tovább részt vesznek a programban, mégsem volt sikeres a súlycsökkenésük

(Fontaine és Cheskin, 1999). Tehát az optimizmus feltehetően segítő szerepet játszik a súlymegtartásban és a hosszú távú étkezési tanácsok betartásában. Ezekből következik, hogy valid egészségindikátor szerepét tölti be az egészséggel, a jólléttel, a megküzdési képességekkel és a pozitív egészségmagatartások gyakorlásával kapcsolatban (Scheier és Carver, 1992; Tinker és mtsai, 2007).

2.3.2 Az étkezési magatartást befolyásoló motivációk

Az étkezési preferenciák megismerése és a mögöttük rejlő motivációk feltérképezése nélkülözhetetlen a prevenció szempontjából. Az étkezési motivációk fontos szerepet töltenek be az ételválasztásban. Tudjuk, hogy az éhségen, mint fiziológiai faktoron kívül (Schupp és Renner, 2011) számos egyéb tényezője van az ételválasztásunknak, mint például a kellemesség érzése (Januszewska, Pieniak és Verbeke, 2011), az érzelem szabályozás (Sproesser, Strohbach, Schupp és Renner, 2011) vagy az ízélmény (Pollard, Kirk és Cade, 2002). Továbbá több motivációs tényező is szerepet játszhat, mint például az egészségre való törekvés, a kényelem, a természetes alapanyagok iránti elvárás, az ár, a súlyszabályozás, az ismerősség érzése és az etikai aggódmak (Steptoe, Pollard, és Wardle, 1995). Az étkezési szokások kapcsolatban állhatnak a társas motivációkkal, a társadalmi normákkal és a társadalmi elfogadottsággal is (Higgs és Thomas, 2016; Robinson, Tobias, Shaw, Freeman és Higgs, 2011). Azt is számításba kell vennünk, hogy az étkezéssel kapcsolatban serdülőkorban más motivációk játszanak szerepet, mint felnőttkorban. A serdülők étkezéshez kapcsolódó főbb motivációi közül gyakrabban fordul elő a szükséglet és éhségérzet, a látvány, a kellemesség érzése és az érzelemszabályozás (Renner, Sproesser, Strohbach, és Schupp, 2012). Eertmans, Victoir, Vansant és Van den Berg (2005) az étellel kapcsolatos személyiségvonások, specifikus ételválasztási motivációk és táplálékbevitel közötti kapcsolatot vizsgálták alsó tagozatosok körében. Eredményeik alapján az ízélmény mediátorszerepet töltött be az ételfogyasztás és a vonásjellemzők kapcsolatában. Az egészség és a természetesség az ételek fontos megítélésével és az egészséges ételek fogyasztásával állt kapcsolatban. A hangulat, az ár és az etikai aggályok az étkezéssel kapcsolatos fontossággal álltak kapcsolatban, míg a kényelmesség, a súlyszabályozás és az ismerősség az új ételektől való félelemmel. A zöldségbevitel negatív kapcsolatban állt az ismerősséggel azok körében, akik számára az ételek nem voltak olyan fontosak, és pozitív kapcsolatban állt a kényelemmel és a hangulattal azok körében, akik életében az ételek fontosabb szerepet töltöttek be (*high food-involved*). Kutatások kimutatták azt is, hogy a belső motiváció pozitív kapcsolatban állt az egészséges ételek fogyasztásával, míg a kontrolláló étkezésszabályozás (külső) motivációja a diszfunkcionális étkezéssel volt kapcsolatban (Pelletier, Dion, Slovinec-D'Angelo és Reid, 2004; Pelletier és Dion, 2007). A külső motivációval ellentétben a belső motiváció a zöldség- és gyümölcsfogyasztás mennyiségét is segíti (Shaikh, Vinokur, Yaroch, Williams, és Resnicow, 2011; Trudeau, Kristal, Li és Patterson, 1998). Az étkezést elsősorban az íz, a jóllakottság és a kényelem befolyásolja (Capaldi, 1996). Az egészség fenntartása egy másik igen fontos elvárás az ételválasztás során, amely az embereknek fontos (Lennernäs és mtsai, 1997), főleg amikor az egészségügyi következmények súlyosak és könnyen felismerhetők (Capaldi, 1996). A kényelem is egy nagyon fontos tényezője annak, amely az étkezéssel kapcsolatos attitűdöket meghatározza

(Glanz, Basil, Maibach, Goldberg és Snyder, 1998). Sun (2008) kutatásában azt állapította meg, hogy a megbetegedés miatt aggódó egyének étkezéssel kapcsolatos döntéseit sokkal jobban meghatározza az egészség, az ár, a természetes összetevők és az etikai szempontok, és ez jobb hozzáállást eredményez az egészséges táplálkozáshoz. Másrésztől azok, akik amiatt aggódnak, hogy túl sok kalóriát fogyasztanak, nagyobb fontosságot tulajdonítanak az egészség, a kedv, a súlykontroll és az ismerősség motivációjának, amikor az étkezésükről döntenek (Sun, 2008).

2.3.3 *Az étkezési magatartás és kockázatészlelés kapcsolata*

A fiatalok gyakran nincsenek tisztában azzal, hogy a megfelelő étkezési szokások hosszú távon is befolyásolják életminőségüket (Fülöp és Szakály, 2008), annak ellenére, hogy a betegségtől való félelem már régóta előkelő helyen szerepel félelmeik között (Simon, 2002). Renner és Schwarzer (2005) vizsgálatukban az egészségesen és egészségtelenül táplálkozni szándékozó fiatalokat hasonlították össze kockázatészlelésük, várakozásaik, énhatékonyságuk és étkezési szokásaik szempontjából. Eredményeik szerint a kockázatészlelés inkább objektív paraméterekkel állt kapcsolatban, mint például a vérnyomás és a koleszterinszint, amelyek magasabb szintje nagyobb mértékű kockázatészleléssel állt kapcsolatban. Továbbá az egészségtelen táplálkozás híveit alacsonyabb szintű kockázatészlelés jellemzi, és nem hiszik, hogy bármikor kardiovaszkuláris problémáik lennének. Az étkezési preferenciákat befolyásolhatja az egészségtudatosság, mint a kockázatészlelés egy része (Mai és Hoffman, 2012). Kockázatészleléssel kapcsolatos kutatások arra világítottak rá, hogy habár az emberek értik az egészséggel kapcsolatos kockázatokat, nem észlelik, hogy az életmódbeli döntéseikkel esetlegesen kockáznak teszik ki magukat (Cerully, Klein, és McCaul, 2006; Dickerson és Ory, 2011; Kim és mtsai, 2007). A fogyasztók viselkedéses tényezői befolyásolják a kockázatészlelésüket és a viselkedési szándékukat. Szignifikánsan negatív kapcsolat lehet ugyanis a kockázatmagatartások és a kockázatészlelés között. Azokra, akik kockázatosabban viselkednek, alacsonyabb mértékű kockázatészlelés jellemző, amikor egy snack egészségességét ítélik meg. Ezzel szemben pozitív kapcsolatot találtak a kockázatészlelés és a viselkedési szándék között, amelyben a kockázatészlelés mediáló szerepet töltött be (Lin és Lee, 2018).

Egy vizsgálatban a résztvevők saját egészséges táplálkozási viselkedését mérték fel korban és nemből hozzájuk illő személyekkel összehasonlítva magukat. A vizsgálat céljai közé tartozott, hogy (1) felmérjék, hogy vajon az emberek saját étkezési szokásaikat hasonlóan egészségesnek tekintik-e egy átlagos emberhez hasonlítva magukat; (2) megvizsgálják, hogy a személyek ön- és másokkal összehasonlított percepciója milyen kapcsolatban áll az aktuális ételfogyasztással és BMI-indexel; (3) hogy tisztázzák ezeknek a percepcióknak a szerepét az egészséges táplálkozással való elköteleződésben; végül (4) hat hónap elteltével megvizsgálják ezeknek a percepcióknak a hatásait az egészséges táplálkozásra. Az eredmények azt mutatják, hogy az összehasonlításból származó optimizmus növekedett az aktuális egészséges ételfogyasztás megítélésénél, és az alacsonyabb BMI-indexnél. Az emberek a saját étkezési szokásaikat egészségesebbnek ítélték a többiekéhez viszonyítva. Ezek az eredmények azért fontosak, mivel eddigi vizsgálatok szerint az irreális optimizmus a kockázatészlelésben az

egészségmagatartásokat tekintve hátrányosan hat a motivációra. Ezzel ellentétben ez a vizsgálat azt találta, hogy a táplálkozás optimista percepciója pozitív kapcsolatban áll az egészséges táplálkozás iránti elköteleződéssel és annak fenntartásával. Ez arra is utal, hogy az egészséges táplálkozás kapcsán nem kellene redukálni az optimista percepciókat (Sproesser, Klusmann, Schupp és Renner, 2015).

Kimutatták, hogy magasabb BMI-indexszel rendelkező tanulók a saját életmódjukat kevésbé egészségesnek értékelték, és alacsonyabb mértékű volt irreális optimizmusuk is. Az optimista elfogultság 10-25-ször volt alacsonyabb, ha a vizsgálati személyek magukat a legjobb barátjukkal hasonlították össze, mintha egy átlagos tanulóval tették ezt (Chock, 2011). A társas hatások mellett a szülői attitűdök és hozzáállás is nagyban befolyásolja a gyerekek és serdülők egészséggel kapcsolatos életminőségét. A gyermekkori elhízás kezelésének kulcstényezője a szülői bevonódás (Oude Luttikhuis és mtsai, 2009). Egy 2013-as vizsgálat szerint a szülők 60%-a rosszul észleli azt, hogy a gyermeke túlsúlyos-e (Rietmeijer-Mentink, Paulis, van Middelkoop, Bindels, és van derWouden, 2013). Nascimento és munkatársai (2016) túlsúlyos és elhízott fiatalok szüleinek hozzáállását tanulmányozták. Vizsgálatukban 9-12 éves gyerekek szüleit kérdezték a Child Health Questionnaire segítségével, amely feltérképezi a globális egészséget, a fizikai funkcionálást, a test fájdalmait, a viselkedést, a mentális egészséget, az önbecsülést, az egészségpercepciót, az egészségben bekövetkezett változásokat, a szülők érzelmi hatásait, a családi közös tevékenységeket és a család kohézióját. Vizsgálatukban azt találták, hogy a szülők fizikai és pszichoszociális gyengeséget észleltek a túlsúlyos és elhízott gyerekek egészséggel kapcsolatos életminőségében, bővebben a fizikai funkcionálás, az önbecsülés, a szülői érzelmi hatások és a család kohézióján belül. Park és munkatársai (2013) túlsúlyos gyermekek szüleinek túlsúllyal kapcsolatos egészségügyi kockázatészlelését vizsgálták. Céljuk szociodemográfiai és viselkedéses jellemzők feltárása volt. Felmérték a szülők súlyát, a szülők iskolázottságát, a család krónikus megbetegedéseit és a család általános tudását a túlsúllyal kapcsolatba hozható jövőbeli egészségügyi kockázatok terén. Eredményeik szerint a szülők $\frac{3}{4}$ -e nem észlelte, hogy a gyermeke túlsúlyos, és közel 80%-a nem gondolta azt, hogy a gyermekének súlya egészségügyi kockázatokat vonhat maga után. Azok a szülők, akik tisztában voltak azzal, hogy gyermekük túlsúlyos, nagyobb valószínűséggel tekintették ezt kockázatosnak is, de 41%-uk még így sem kezeltek kockázatként a túlsúlyosságot.

Wouters, Larsen, Kremers, Dagnelie és Geenen (2010) eredményei szerint a serdülők snack és üdítőital fogyasztása kapcsolatban állt társaik fogyasztásával. Lally és munkatársai (2011) feltételezik, hogy a serdülők rosszul becsülik meg társaik más típusú ételfogyasztását is. Szerintük túlbecsülik az egészségtelen ételfogyasztásukat, és úgy vélik, hogy társaik sokkal szívesebben fogyasztják ezeket az ételeket, mint azt valójában teszik. Az egészséges ételekkel kapcsolatban ennek ellenkezőjét tapasztalták. Hipotézisük arra vonatkozik, hogy a serdülők alábecsülik a társaik egészséges ételfogyasztásának és ehhez kapcsolódó attitűdjeinek mértékét, amely azt eredményezi, hogy ők is kevesebb ilyen ételt fogyasztanak. Vizsgálatukat 16-17 évesekkel végezték kérdőívek felhasználásával, amelyben rákérdeztek a zöldség-és gyümölcs, a cukros italok és snackekfogyasztására. Továbbá a saját és társaik viselkedésére és attitűdjére

vonatkozóan is szerepeltek kérdések. Eredményeik összhangban voltak hipotéziseikkel, miszerint a serdülők rosszul észlelik társaik étkezési attitűdjeit és viselkedését. Úgy gondolják, hogy társaik kevesebb zöldséget és gyümölcsöt, és több egészségtelen snacket fogyasztanak.

Összefoglalva elmondható, hogy a táplálkozásban fontos szerepet játszanak a pszichológiai, motivációs elemek és a kockázatészlelés. Ezek vizsgálata nagyon fontos a táplálkozástudományban azért, hogy megértsük ezen magatartás mozgatórugóit.

2.4 Az étkezési magatartás vizsgálata Egészség-hit-modell segítségével

A szakirodalomban kevés példát találhatunk az Egészség-hit-modell használatára az étkezési magatartással kapcsolatban. Garcia és Mann (2003) vizsgálatukban a fogyókúrázásnak való ellenállás szándékát vizsgálták különböző modellek, köztük az Egészség-hit-modell segítségével egyetemista lányok körében. Az Egészség-hit-modell hatását először az énhatékonyság változó nélkül elemezték, így a modelljük a variancia 27%-át magyarázta. Az észlelt hajlam, az észlelt előnyök és az észlelt korlátok kapcsolatot mutattak a fogyókúrázásnak való ellenállás terén. Utóbbiak esetében, ahogy a szerzők is várták, azok, akik több előnyt láttak, mint hátrányát, inkább köteleződtek el abban, hogy nem fogyókúráznak. Az észlelt hajlam, mint a kockázatészlelés egyik eleme viszont meglepő eredményt hozott. A megkérdezettek minél hajlamosabbnak találták magukat arra, hogy étkezési zavar alakuljon ki náluk, annál kisebb volt a szándékuk arra vonatkozóan, hogy ellenálljanak a diétázásnak. Ezt a szerzők azzal magyarázták, hogy vannak olyanok, akik elkerülhetetlennek vélik azt, hogy étkezési zavaruk legyen. Az énhatékonyság szerepét hozzáadva a modellhez a megmagyarázott variancia 55%-ra emelkedett. Ebben az esetben az észlelt előnyök és az észlelt hajlam szerepe megmaradt, míg az észlelt korlátok szerepe csökkent a fogyókúrázásra való szándék bejósolásában.

Yazdanpanah, Fourozani és Hojjati (2014) munkájukban iráni egyetemisták körében vizsgálták az organikus ételek fogyasztásának hajlandóságát az Egészség-hit-modell segítségével. Feltételezésük szerint a fogyasztók szívesebben használnak organikus eredetű alapanyagokat, ha 1) úgy érzik, hogy hajlamosak egészségtelenül étkezni, 2) az egészségtelen ételeket komoly fenyegetésként észlelik, 3) hasznot remélnek abból, hogy megváltoztatják az étkezési szokásaikat, 4) úgy észlelik, hogy kevés korlátja van ennek a változtatásnak, 5) akcióterveket (megoldásokat) kapnak a változtatáshoz, valamint az énhatékonyságuknak megfelelően bátorítva vagy akadályoztatva lesznek a változástól. Eredményeik szerint az észlelt előnyök, az általános egészségorientáció, az énhatékonyság és az észlelt akadályok változói megjósolták az organikus eredetű ételek fogyasztási hajlandóságát. Ezek a változók modelljükben a variancia 42%-át magyarázták. Mindegyik változó közül legnagyobb mértékben az észlelt előnyöknek volt hatása, amelyből arra következtettek, hogy az ételválasztási döntéseknél az egyén számításba veszi azok egészségügyi oldalát is. Ezzel szemben az észlelt korlátok változója szerintük abban nyilvánul meg, hogy a fogyasztók nem találják az organikus eredetű ételek fogyasztását idő- és költséghatékonynak, mivel nehezebb őket beszerezni és jóval drágábbak is. Eredményeik arra is referálnak, hogy az észlelt súlyosság és az észlelt hajlam, mint a kockázatészlelés elemei, nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a modelljükben. Ennek oka szerintük az, hogy amikor a

fogyasztók ételválasztási döntéseket hoznak, akkor az organikus eredetű ételek potenciális egészségügyi hasznait veszik számításba.

Orji és Mandryk (2014) az egészséges étkezési magatartást vizsgálták különböző kulturális háttérrel rendelkezők körében az Egészség-hit-modell segítségével. Munkájukban külön figyelmet szenteltek az individualista és a kollektivisták társadalmi berendezkedésből eredő különbségeknek. Eredményeik szerint az észlelt hajlam és észlelt súlyosság változók főként az individualisták körében álltak kapcsolatban az egészséges étkezési magatartással. Tehát ők inkább motiválhatóak azzal, hogy egy betegség elkerülése érdekében változtassák meg a viselkedésüket. Ellentétben a kollektivistákkal, akik úgy tekintenek a betegségekre, mint amelyeket nem az egészségtelen táplálkozás okoz, és így nem is kerülhetők el a táplálkozási szokások megváltoztatásával. A fenyegetettség, mint motiváló tényező számos csoport számára kontraproduktív lehet, mivel úgy érzik nincs megfelelő képességük ezeket kontrollálni, ezért inkább elkerülik az egészséges viselkedéseket vagy kialakítanak egy egészségtelen működést. Az észlelt kockázatokra vonatkozó eredményeik szerint ez volt az egyetlen változó, amely mind az individualista, mind a kollektivisták csoportok számára negatívan befolyásolta az egészséges táplálkozást; míg az észlelt hasznok változó úgy tűnik, minden csoportban pozitívan kapcsolódik. Ezekből az eredményekből arra következtettek, hogy az intervenció programok során fontos egy előny-korlát optimumot beállítani a várt egészségmagatartás végrehajtása érdekében. Az akciótervek változónak a legtöbb csoportban semmilyen hatása nem volt a kollektivisták férfiak és a fiatal individualisták csoportjain kívül. Ezt a szerzők azzal magyarázzák, hogy az emberek talán nem értékelik nagyra a cselekvések fontosságát a változás érdekében. Végül az énhatékonyság, ahogy várták, a legmeghatározóbb determinánsa volt az egészséges étkezésnek az individualisták körében.

Végül Desphande, Basil és Basil (2014) vizsgálatukban saját mérőeszközzel mérték az Egészség-hit-modell változóinak hatását az egészséges táplálkozásra az egyetemisták körében. Eredményeik szerint az étkezési státusz - amely arra vonatkozott, hogy megítélésük szerint az alanyok az elmúlt hetekben milyen gyakran választottak egészséges ételleket, és mennyire volt egészséges az ételválasztásuk -, az észlelt hajlam és az észlelt súlyosság, valamint az akciótervek szignifikánsan megjósolták az egészséges étkezés fontosságának megítélését. Továbbá ez a fontosságot mérő változó negatív kapcsolatban állt az egészséges étkezéssel kapcsolatos észlelt korlátokkal, és megjósolta az egészséges étkezést. Tehát akik fontosnak tartják az egészséges étkezést, azok a korlátozó tényezőket kevésbé tartják relevánsnak, és magatartásukban is az egészségre törekcsenek. Az észlelt korlátok negatívan befolyásolták az egészséges étkezés valószínűségét is, nem csak annak megítélését; viszont az észlelt előnyök változónak erre nem volt hatása. Végül az énhatékonyság szintén befolyásolta az egészséges étkezés valószínűségét.

3 AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT RELEVANCIÁJA, CÉLKITŰZÉSE, KUTATÁSI KÉRDÉSEI, HIPOTÉZISEK

Az irodalmi áttekintésből látható, hogy a megfelelő étkezési magatartás rendkívül fontos a serdülő korosztály körében. Ezt a magatartást számos faktor befolyásolja, köztük pszichológiai és motivációs tényezők, illetve a kockázateszlelés. Ezen tényezők közötti kapcsolatok átfogóbb feltárása elengedhetetlen, mélyebb megismerésük segíthet produktív prevenciós programok kialakításában.

Az elméleti kutatásunk kérdéseit és hipotéziseit (H) több részre osztottuk. Érdeklődésünk középpontjában a pszichológiai tényezők, étkezési motivációk és a kockázateszlelés összefüggései álltak a táplálkozással kapcsolatban, mind külön, mind összetett hatásukat tekintve. A táplálkozás, mint egészségmagatartás vizsgálatához szükséges elméleti modell keretét az Egészséghit-modell képezte. A disszertációt képező vizsgálat kutatási kérdései a következők:

1. A pszichológiai tényezők és a táplálkozás kapcsolata serdülőknél

A szakirodalom rámutatott arra, hogy a nagyobb énhatékonysággal rendelkezők több zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak (Burg, Lechner és de Vries, 1995) és inkább alacsonyabb zsírtartalmú ételeket választanak (Parcel és mtsai, 1995). A magasabb önkontrollal rendelkezők több egészséges nassolnivalót (Galla és Duckworth, 2015) és szintén több zöldséget és gyümölcsöt fogyasztanak (Wills és munkatársai, 2007) és rendszeresebben reggeliznek (Junger és van Kampen, 2010); míg az alacsonyabb önkontrollal rendelkezők körében gyakrabban előfordul a rendszertelenebb étkezés (Tangney, Baumeister és Boone, 2004). Végül az optimistább emberek körében jellemző az egészségesebb, a rostban gazdagabb és az alacsonyabb zsírtartalmú ételek fogyasztása (Kelloniemi, Ek és Laitinen, 2005; Renner és Schwarzer, 2003), valamint a pesszimistákhoz képest a zöldség- és gyümölcsfogyasztás nagyobb mértéke (Kopp, Schwarzer és Jerusalem, 1993). Ezek alapján a pszichológiai tényezők és a táplálkozás kapcsolatát vizsgálva a következő kérdést és a hozzájuk tartozó hipotéziseket fogalmaztuk meg:

Kérdés: Milyen kapcsolatban áll az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus/pesszimizmus a serdülők ételválasztási preferenciájával, étkezési magatartásával és az étkezéssel kapcsolatos attitűdjével?

H1: Feltételezzük, hogy az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus pozitív, míg a pesszimizmus negatív kapcsolatban áll az egészséges ételek választásának gyakoriságával, az egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel.

H2: Feltételezzük, hogy az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus negatív, míg a pesszimizmus pozitív kapcsolatban áll az egészségtelen ételek választásának gyakoriságával, a nem egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elutasító attitűddel.

2. A kockázateszlelés és a táplálkozás kapcsolata

Kutatási eredmények azt állapították meg, hogy az egészségtelen táplálkozást folytatókat alacsonyabb mértékű kockázateszlelés jellemezte (Renner és Schwarzer, 2005), illetve akkor is alacsonyabb mértékű kockázateszlelés jellemző rájuk, amikor egy egészségtelenebb ételválasztást ítélnék meg (Lin és Lee, 2018). Ezek alapján a következő kérdést tettük fel, és ezzel kapcsolatban különböző hipotéziseket állítottuk fel:

Kérdés: Milyen kapcsolatban áll a kockázateszlelés a serdülők ételválasztási preferenciájával, étkezési magatartásával és az étkezéssel kapcsolatos attitűdjével?

H3: Feltételezzük, hogy a kockázateszlelés nagyobb mértéke pozitív kapcsolatban áll az egészséges ételek választásának gyakoriságával, az egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel.

H4: Feltételezzük, hogy a kockázateszlelés nagyobb mértéke negatív kapcsolatban áll az egészségtelenebb ételek választásának gyakoriságával, a nem egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elutasító attitűddel.

H5: Feltételezzük, hogy a kockázateszlelés magasabb szintje az egészségtudatos, míg alacsonyabb szintje a nem egészségtudatos étkezést támogatja.

3. Az étkezési motivációk jellemzői serdülők körében

Az étkezési motivációkkal kapcsolatban azt találták, hogy a táplálkozást befolyásolja az egészségre való törekvés (Steptoe, Pollard és Wardle, 1995). Az egészség és a természetesség az egészséges ételek fogyasztásával áll kapcsolatban (Eertmans, Victoir, Vansant és van den Berg, 2005). Az egyéni motivációkon kívül azt is láthattuk, hogy a táplálkozási szokások kapcsolatban állnak a társas motivációval is (Higgs és Thomas, 2016). Ezek alapján arra kerestük a választ, és ezzel kapcsolatban feltételeztük:

Kérdés: Milyen kapcsolat van a különböző típusú étkezési motivációk és a serdülők ételválasztási preferenciája, étkezési magatartása és étkezéssel kapcsolatos attitűdje között?

H6: Feltételezzük, hogy az egészségmotiváció kapcsolatban áll az egészségesebb ételválasztási preferenciákkal és attitűddel.

H7: Feltételezzük, hogy az egészségmotiváció pozitív kapcsolatban áll az egészségtudatos táplálkozással, és negatív kapcsolatban a nem egészségtudatos táplálkozással.

H8: Feltételezzük, hogy a társas motivációk negatív kapcsolatban állnak az egészségesebb ételválasztási preferenciákkal és attitűddel.

H9: Feltételezzük, hogy a szociabilitás és a társak szerepe negatívan befolyásolja az egészségtudatos táplálkozást, és pozitív kapcsolatban áll a nem egészségtudatos étkezési magatartással.

4. Serdülők étkezési magatartásának összefüggése az étkezési motivációkkal, kockázatészleléssel és a pszichológiai jellemzőkkel

Az eddig vizsgált tényezők egymással összefüggő kapcsolatait végül egy saját modellben vizsgáltuk, figyelembe véve a fentebb felsorolt eddigi eredményeket. Vizsgálatunkban a következő kérdést tettük fel:

Kérdés: Hogyan függenek össze a pszichológiai tényezők, az étkezési motivációk és a kockázatészlelés a serdülők étkezésével?

H10: Feltételezzük, hogy a kockázatészlelés, az önkontroll és az étkezési motivációk direkt módon kapcsolódnak az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdhez.

H11: Feltételezzük, hogy az önkontroll kapcsolatot mutat a kockázatészleléssel és az étkezési motivációkkal.

H12: Feltételezzük, hogy a kockázatészlelés direkt módon kapcsolódik az étkezési motivációkhoz.

5. Az Egészség-hit-modell használata serdülők táplálkozási szokásaira vonatkozóan

A szakirodalom alapján az Egészség-hit-modell változói befolyásolni tudják az étkezési magatartást. Kutatások alapján a legnagyobb befolyásoló tényezők az észlelt korlátok negatív módon és észlelt hasznok, valamint az énhatékonyság változók pozitív módon. Ezek a változók eddigi eredmények alapján az organikus ételek fogyasztásával (Yazdanpanah, Fourozani és Hojjati (2014) és az egészséges étkezési magatartással (Desphande, Basil és Basil, 2014; Orji és Mandryk, 2014) álltak kapcsolatban. Az észlelt súlyosság és az észlelt hajlam változók szerepe nem egyértelmű, mivel például Yazdanpanah, Fourozani és Hojjati (2014) munkájában nem volt szignifikáns hatásuk, viszont Orji és Mandryk (2014) és Desphande, Basil és Basil (2014) vizsgálatában viszont szignifikáns hatásuk volt. Az akciótervek változó hatása egyik kutatásban sem volt kiemelkedő, egyedül Orji és Mandryk (2014) vizsgálatában volt szerepe két alcsoportnál. Végül az énhatékonyság növelte a modell validitását (Garcia és Mann, 2003), illetve kapcsolatban állt az egészséges étkezéssel és magatartással (Desphande, Basil és Basil, 2014; Orji és Mandryk, 2014). Vizsgálatunkat az énhatékonyság mellett további pszichológiai változókkal egészítettük ki, és ezek alapján a következő kutatási kérdéseket tettük fel, valamint a hozzájuk tartozó hipotéziseket fogalmaztuk meg:

Kérdés: Mi a szerepük az Egészség-hit-modell változóinak, az énhatékonyságnak, az önkontrollnak és az optimizmus/pesszimizmus változónak az egészségtudatos étkezésben?

H13: Feltételezzük, hogy az észlelt hasznok változó pozitív, míg az észlelt korlátok negatív szerepet töltenek be a serdülők egészségtudatos étkezésében.

H14: Feltételezzük, hogy az észlelt súlyosság és hajlam, mint a kockázatészlelésre vonatkozó elemek, pozitívan járulnak hozzá az egészségtudatos étkezéshez.

H15: Feltételezzük, hogy az akciótervek pozitív kapcsolatban állnak az egészségtudatos étkezéssel.

H16: Feltételezzük, hogy a pszichológiai tényezők pozitív szerepet töltenek be az egészségtudatos étkezésben.

Kérdés: Mi a valószínűsége az egészséges táplálkozásnak serdülőknél az Egészséghit-modell tükrében?

H17: Feltételezzük, hogy az észlelt haszon az észlelt korlátok változó közvetlen és közvetett szerepet is betölt az egészséges táplálkozás valószínűségében.

H18: Feltételezzük, hogy az észlelt súlyosság és hajlam direkt módon kapcsolódik az egészséges táplálkozás valószínűségéhez.

H19: Feltételezzük, hogy az akciótervek direkt kapcsolatban állnak az egészséges táplálkozás valószínűségével.

H20: Feltételezzük, hogy az énhatékonyságnak közvetlen szerepe van az egészséges táplálkozás valószínűségével kapcsolatban.

4 AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT MÓDSZERTANA

A kutatásunk három vizsgálatot ölelt fel. Az első kettő egymásra épült, egy pilot és egy nagy mintás vizsgálatból állt, a harmadik ezektől független. A fejezetben a vizsgálatokat kronológiai sorrendben ismertetjük.

4.1 Első projekt - A serdülők ételválasztási preferenciájának, étkezési motivációjának, kockázatészlelésének és pszichológiai jellemzőinek feltárása kis mintán

4.1.1 Az első projekt adatfelvételének folyamata

Az első adatfelvétel 2016-ban kezdődött és célja a mérőeszköz használatának kipróbálása, illetve a vizsgált változók jellemzőinek és a közöttük lévő kapcsolatok feltárása volt (pl. a különböző étkezési motivációk gyakoriságának feltárása, ételválasztási preferenciák és a pszichológiai tényezők közötti kapcsolatok feltárása) (Szabó és Pikó, 2017a; Szabó és Pikó, 2017b). A projekt pilot jellege miatt egy iskolát kerestünk fel, ahol mind a négy évfolyamról tudtunk serdülőket bevonni a vizsgálatba. Az adatfelvételt a Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskolájának etikai bizottsága hagyta jóvá, amelyről tájékoztattuk a résztvevő iskolák tanárait, diákjait és a szülőket is. Biztosítottuk őket arról, hogy a kutatás teljesen anonim, csakis tudományos célra használjuk a megszerzett adatokat, személyes adatokat nem gyűjtünk. A papír alapú kérdőíveket a diákok osztályfőnöki órán töltötték ki, amely körülbelül 30 percet vett igénybe.

4.1.2 Az első projekt mintájának bemutatása

A vizsgálatunkhoz szükséges adatgyűjtést egy budapesti szakgimnázium 9-12. osztályában 97 fő bevonásával végeztük. A minta életkorának átlaga 17,4 év, szórása 1,5 év volt, az életkori terjedelem 15-20 év közötti. A minta 70,1%-a lány volt. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. Az életkori és évfolyam szerinti megoszlást az 5. táblázat mutatja.

5. táblázat. Az első projekt mintájának életkor és évfolyam szerinti megoszlása

	Gyakoriság	Százalékos megoszlás (%)
<i>Kor</i>		
15 év	14 fő	14,4%
16 év	15 fő	15,5%
17 év	14 fő	14,4%
18 év	27 fő	27,8%
19 év	22 fő	22,7%
20 év	5 fő	5,2%
<i>Évfolyam</i>		
9. osztály	19 fő	19,6%
10. osztály	9 fő	9,3%
11. osztály	45 fő	46,4%
12. osztály	21 fő	21,6%

A megkérdezettek szociodemográfiai háttérét tekintve elmondható, hogy a szülők iskolai végzettségét tekintve a résztvevők 2%-ának általános iskolai, 23%-ának szakmunkás, 28%-ának szakközépiskolai, 20%-ának gimnáziumi, valamint 21%-ának felsőfokú végzettségű édesapja van. Hasonló arányok figyelhetők meg az édesanyák iskolai végzettségét tekintve. A mintában szereplők édesanyjának 4%-a általános iskolai, 11%-a szakmunkás, 31%-a szakközépiskolai, 22%-a gimnáziumi és 30%-a egyetemi végzettségű. Megállapíthatjuk azt is, hogy a résztvevő serdülők anyagi helyzetét tekintve zöme a közép- (60%) és a felső-közép osztályt (30%) képviselik. A megkérdezett serdülők 42%-a kétszülős családban él, míg majdnem ugyanennyiüknek a szülei külön élnek (17%) vagy elváltak (28%). Kis részük vegyes családban él (9%), azaz egy szülővel és egy nevelőszülővel.

4.1.3 Az első projekthez használt módszertan

Az adatgyűjtéshez papíralapú önkitöltős kérdőívet használtunk, amely kitöltése 15-20 percet vett igénybe. A kérdéscsomag szociodemográfiai és egyéb alapinformációkra, táplálkozási szokásokra és az azzal kapcsolatos kockázatszelelésre, az étkezési motivációra, valamint a személyiséggel összefüggő változók közül az élnéhátékonyaságra, az optimizmusra és pesszimizmusra, valamint az önkontrollra vonatkozott.

Szociodemográfiai adatok

A szociodemográfiai és egyéb alapinformációkat tartalmazó kérdésekhez tartozott a nem, a kor, az iskola típusa, az évfolyam, az iskolai osztályzatok, a szülők iskolai végzettsége, a szocioökonómiai státusz, a szülők családi állapota, és az, hogy a vizsgálati személy kivel él együtt, a testvérek száma, valamint a testsúly és a testmagasság a testtömegindex kiszámolásához.

Ételválasztási preferenciák

A táplálkozási szokások és magatartás felméréséhez a 2014-es HBSC felmérés (Health Behaviour in School-aged Children) releváns kérdéseit használtuk: 1) „*Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni?*”. A válaszkategóriák a következők voltak: Tanítási napokon: soha / egyszer / kétszer / háromszor / négyszer / ötször egy héten, Hétvégén: soha / csak az egyik napon / szombaton és vasárnap is. 2) „*Milyen gyakran reggelizik együtt a család?*”. Az ehhez tartozó válaszkategóriák: soha / ritkábban, mint hetente / hetente 1-2-szer / hetente 3-4-szer / hetente 5-6-szor / minden nap. 3) „*Milyen gyakran vacsorázik együtt a család?*”. Válaszkategóriák: soha / ritkábban, mint hetente / hetente 1-2-szer / hetente 3-4-szer / hetente 5-6-szor / minden nap. 4) „*Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat?*” Gyümölcs, zöldség, húsok, édességek, Cola és/vagy más üdítőital, energiaital, amelyet a péksütemény és gyorsételek, mint saját kategóriával egészítettünk ki. Az ide tartozó válaszlehetőségek: soha / ritkábban, mint hetente / hetente egyszer / hetente 2-4-szer / hetente 5-6-szor / minden nap egyszer / minden nap többször is (Németh és Költő, 2014).

Étkezési motivációk

A táplálkozási motivációk feltérképezéséhez az Étkezési Motiváció Kérdőív (továbbiakban TEMS) rövidített, adaptált változatát alkalmaztuk. A kérdőív az „Azért eszem, amit eszek...” állításhoz 45 táplálkozási motivációt sorol fel. A válaszok arra vonatkoznak, hogy a megkérdezett választásában milyen gyakran játszanak szerepet ezek a motivációk egy 7 fokú skálán bejelölve (1 = soha, 7 = mindig). A 45 válasz 15 faktorba sorolható, amely így 15 fajta motivációt foglal magában, mint például: kedvelés (3 item – pl. “..., mert szeretem”), szokások (3 item – pl. “..., mert többnyire ezt eszem”), szükség és éhség (3 item – pl. “..., mert éhes vagyok”), egészség (3 item – pl. “..., mert egészséges”), kényelem (4 item – pl. “..., mert gyorsan el lehet készíteni”), élvezet (2 item – pl. “..., mert élvezem”), tradíció (3 item – pl. “..., mert bizonyos eseményekhez hozzátartozik”), természetesség iránti igény (3 item – pl. “..., mert nem tartalmaz káros anyagokat (pl. rovarirtók, szennyezőanyagok, antibiotikumok)), szociabilitás (3 item – pl. “..., mert így időt tudok tölteni másokkal”), ár (3 item – pl. “..., mert nem drága”), látvány (3 item – pl. “..., mert csábító a kinézete”), súlyszabályozás (3 item – pl. “..., mert alacsony a kalóriatartalma”), érzelemszabályozás (3 item – pl. “..., mert szomorú vagyok”), társadalmi megítélés (3 items – pl. “..., mert trendi”) és társadalmi normák (3 item – pl. “..., mert udvariatlanság lenne nem megenni”) (Renner, Sproesser, Strohbach és Schupp, 2012). A Renner és munkatársai (2012) által létrehozott faktorokhoz tartozó saját mintánkon való megbízhatósági mutatókat a 6. táblázat mutatja.

6. táblázat. A TEMS kérdőív faktorainak megbízhatósági mutatói saját mintán

Faktorok	Itemszám	Cronbach alfa értéke
Kedvelés	3	0,56
Szokások	4	0,54
Szükség és éhség	3	0,56
Egészség	3	0,65
Kényelem	4	0,71
Élvezet	2	0,71
Tradíció	3	0,68
Természetesség iránti igény	3	0,45
Szociabilitás	3	0,73
Ár	3	0,74
Látvány	3	0,68
Súlyszabályozás	3	0,75
Érzelemszabályozás	3	0,76
Társadalmi megítélés	2	0,75
Társadalmi normák	3	0,71

TEMS: The Eating Motivation Survey

Kockázátészlelés

A kockázátészleléssel kapcsolatban Renner és Schwarzer (2005), valamint Pikó és Gibbons (2008) munkája alapján rákérdeztünk a magas vérnyomás, a magas koleszterinszint és az elhízás kockázatának megítélésére a vizsgálati személy saját magára vonatkozó véleményével kapcsolatosan (például: „*Szerinted mekkora a kockázata annak, hogy magas vérnyomásod lesz életed során?*”), illetve magát kortársaival összehasonlítva (például: „*Összehasonlítva magad kortársaiddal, szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas vérnyomásod lesz?*”) Az egyének a felmért valószínűségeket egy 7 fokú skálán tudták jelölni, ahol a saját kockázat megállapításánál 1 = szinte semmi, 7 = elég valószínű, illetve az összehasonlításoknál 1 = sokkal kevésbé valószínű, 7 = sokkal valószínűbb lehetőségek közül választhattak.

Énhatékonyság

Az Énhatékonyság Skála (SES - Self-efficacy Scale, Schwarzer és Jerusalem, 1995) segítségével került megismerésre az énhatékonyság, annak magyar, validált változatával (Kopp, Schwarzer és Jerusalem, 1993). A skála 10 állításból áll (pl. „*Mindig meg tudom oldani a nehéz problémákat, ha elég keményen próbálkozom*”), amelyekhez tartozó állítások az „egyáltalán nem jellemző” kategóriától a „teljesen jellemző” kategóriáig terjedtek egy négyfokozatú Likert-skálán. Az összesített pontérték 10 és 40 között változhatott, a megbízhatósági együttható, Cronbach alfa = 0,83 lett.

Optimizmus/pesszimizmus

A pszichológiai változók közül a Scheier és Carver (1985) által kidolgozott *Life Orientation Test (LOT)* nevű skála magyar verzióját alkalmaztuk az optimizmus és a pesszimizmus mérésére (a magyar mintán mért pszichometriai jellemzőket lásd Bérdi és Köteles 2010-es kutatásában). A mérőeszköz összesen 10 állításból épül fel, amelyek közül három pozitív („*Ha bizonytalan vagyok valamiben, akkor rend szerint a legjobb kimenetelben bízom.*”), illetve három inverz („*Az én esetemben, ha valami elromolhat, akkor valóban el is romlik.*”), valamint négy szűrő állítás („*Könnyen tudok relaxálni.*”). Ötpontos válaszadási skálán lehet megjelölni az egyetértés mértékét. Az összpontszámot a pozitív és inverz itemek összege adja. Az elérhető pontszámok 6-30 pontig terjednek. A módszer megbízhatósági mutatója a saját mintával, Cronbach alfa = 0,50 lett.

Önkontroll

Az önkontrollt Tangney, Baumeister és Boone (2004) 10 itemű Önkontroll skálájával mértük (Self-Control Scale, SCS). A válaszadáshoz 5-fokú Likert-skálán kellett megjelölni, hogy az állítás mennyire jellemző a kitöltőre (1 = egyáltalán nem jellemző rám, 5 = teljesen jellemző rám). A skála három pozitív (pl. „*Azt mondanák rólam, hogy nagyon erős az önfegyelmem.*”) és hét inverz itemből (pl. „*Az örömszerzés és a szórakozás néha megakadályoz abban, hogy befejezzem a dolgomat.*”) áll. A maximálisan szerezhető pontok értéke 5, amelyet úgy kapunk,

hogy a pozitív és inverz értékek összegét elosztjuk tízzel. A skála megbízhatósági mutatója a saját mintán: 0,77.

A kérdőívünk tartalmazott alkoholfogyasztási és dohányzási szokásokra vonatkozó kérdéseket is, amelyeket közös döntés alapján nem használtunk fel a téma tág terjedelme miatt.

4.2 Második projekt – A serdülők ételválasztási preferenciájának, étkezési motivációjának, kockázatészlelésének és pszichológiai változóinak feltárása kiegészítve az étkezési magatartással és attitűdökkel

4.2.1 A második projekt mintájának bemutatása

Az első nagymintás vizsgálatunkhoz szükséges adatgyűjtést 2017-ben kezdtük. Célunk az étkezési szokások és magatartás, valamint az étkezési motivációk, a kockázatészlelés és a pszichológiai változók közötti kapcsolatok nagymintás feltárása, és egy modellben történő vizsgálata (Szabó és Pikó, 2018a; Szabó és Pikó, 2018b; Szabó és Pikó, 2018c; Szabó és Pikó, 2018d; Szabó és Pikó, 2018e; Szabó és Pikó, 2018f; Szabó és Pikó, 2019c; Szabó és Pikó, 2020, Szabo, Piko és Fitzpatrick, 2019). Az adatgyűjtéshez papíralapú, önkitöltős kérdőívet használtunk. A vizsgálatban 277 középiskolás vett részt (55% fiú, életkor: 14-21 év, átlag=15,9 év, szórás=1,3). A minta 31%-a szakiskolába/szakközépiskolába, 27%-a szakgimnáziumba és 42%-a gimnáziumba járt Szegeden. A minta életkori, iskolatípus és évfolyam szerinti megoszlását a 7. táblázat mutatja.

7. táblázat. A második projekt mintájának életkori, iskolatípusonkénti és évfolyam szerinti megoszlása

	Gyakoriság	Százalékos megoszlás (%)
<i>Kor</i>		
14 év	19 fő	6,9%
15 év	97 fő	35%
16 év	74 fő	26,4%
17 év	52 fő	18,8%
18 év	28 fő	10,1%
19 év	4 fő	1,4%
20 év	2 fő	0,7%
21 év	1 fő	0,4%
<i>Iskola típusa</i>		
Szakközépiskola, szakiskola	86 fő	31%
Szakgimnázium	75 fő	27,1%
Gimnázium	116 fő	41,9%
<i>Évfolyam</i>		
9. osztály	124 fő	44,8%
10. osztály	71 fő	25,6%
11. osztály	52 fő	18,8%
12. osztály	30 fő	10,8%

A vizsgált tanulók szociodemográfiai háttérét tekintve elmondható, hogy édesapjuk legmagasabb iskolai végzettségét tekintve 7,2%-uk általános iskolát, 22,6%-uk szakmunkásképzőt, 36,6%-uk szakközépiskolát, 8,7%-uk gimnáziumot és 24,5%-uk egyetemet végzett. Az édesanyák legmagasabb iskolai végzettsége a következőképp alakult: 7,4% - általános iskola, 14,4% - szakmunkásképző, 30,6% - szakközépiskola, 13,7% - gimnázium, illetve 33,9% - egyetem. Az anyagi helyzetet tekintve a vizsgált serdülők 0,7%-a alsó osztályba, 96,7%-a középosztályba, míg 2,6%-a felső osztályba sorolja magát és a családját. A családi állapotot tekintve a megkérdezettek szüleinek 56,2%-a házas, 9,5%-a külön él, 21,9%-a elvált, 3,6%-a özvegy és 8,8%-a élettársként él együtt.

4.2.2 A második projekthez használt módszertan

Az első nagyobb mintás vizsgálatunkhoz a *pilot* vizsgálatban is használt kérdőív kibővített változatát használtuk.

Étkezési magatartás

Az étkezési magatartás felméréséhez a HBSC (2014) kutatás kérdéseit kibővítettük a tejtermékek fogyasztásának gyakoriságát mérő kérdéssel is. Továbbá, az étkezési magatartás, az attitűdök, valamint a táplálkozással kapcsolatos információszerzés forrásainak feltérképezését Szűcs, Szabó és Bánáti (2015) tanulmányában szereplő módszertan kérdéseivel végeztük. Az étkezési magatartás (pl. „*Főként nyersen fogyasztom a zöldségeket*”) és attitűdök (pl. „*Az egészséges táplálkozás nagyon költséges*”) meghatározásához a megkérdezetteknek 10-10 állításra kellett válaszolniuk egy 1-től 5-ig terjedő skálán (1 = egyáltalán nem jellemző rám/egyáltalán nem értek egyet, 5 = teljesen jellemző rám/teljesen egyetértek). Végül a 14 hírforrásból (pl. tévéreklámok, internet) kellett megjelölniük egy 5-fokú Likert-skálán, hogy számukra melyik mennyire fontos (1 = kevésbé fontos, 5 = meghatározó).

A kérdőív többi része megegyezett az első projektben használt kérdőívvel. Az étkezési motivációkra és pszichológiai változókra vonatkozó skálák megbízhatósági értékeit a 8. táblázat tartalmazza.

8. táblázat. A TEMS faktorok és pszichológiai skálák megbízhatósági mutatói

Mérőeszköz	Itemszám	Cronbach alfa értéke
TEMS faktorok		
<i>Kedvelés</i>	3	0,49
<i>Szokások</i>	4	0,55
<i>Szükség és éhség</i>	3	0,59
<i>Egészség</i>	3	0,71
<i>Kényelem</i>	4	0,57
<i>Élvezet</i>	2	0,40
<i>Tradíció</i>	3	0,64
<i>Természetesség iránti igény</i>	3	0,64
<i>Szociabilitás</i>	3	0,74
<i>Ár</i>	3	0,65
<i>Látvány</i>	3	0,66
<i>Súlyszabályozás</i>	3	0,80
<i>Érzelemszabályozás</i>	3	0,73
<i>Társadalmi megítélés</i>	2	0,65
<i>Társadalmi normák</i>	3	0,64
<i>Énhatékonyság</i>	10	0,86
<i>Optimizmus/Pesszimizmus</i>	10	0,63
<i>Önkontroll</i>	10	0,74

TEMS: The Eating Motivation Survey

4.3 Harmadik projekt – Serdülők étkezési szokásainak vizsgálata az Egészséghit-modell segítségével

4.3.1 A harmadik projekt mintájának bemutatása

Harmadik vizsgálatunkban 440 szegedi középiskolás vett részt 2018-2019-ben. A vizsgálat célja a serdülők étkezési szokásainak vizsgálata az Egészséghit-modell keretein belül (Szabó és Pikó, 2019a; Szabó és Pikó, 2019b; Szabó és Pikó, 2019d). Az adatok gyűjtését egy online kérdőívvel végeztük 2018 novembere és 2019 januárja között, informatikai vagy délutáni tanóra keretében, a kitöltés körülbelül 15-20 percet vett igénybe. A részvétel önkéntes és anonim volt.

A résztvevők 37%-a fiú volt, illetve 63%-a lány. Életkoruk 14-19 évre terjedt ki (átlag: 16,0; szórás: 1,2 év). Az életkori, évfolyamonkénti és iskola típusa szerinti megoszlásokat az 9. táblázat mutatja.

9. táblázat. A harmadik projekt mintájának életkori, évfolyamonkénti és iskola típusonkénti megoszlása

	Gyakoriság	Százalékos megoszlás (%)
<i>Kor</i>		
14 év	20 fő	5%
15 év	153 fő	35%
16 év	140 fő	32%
17 év	73 fő	17%
18 év	35 fő	7%
19 év	19 fő	4%
<i>Évfolyam</i>		
9. osztály	160 fő	36%
10. osztály	193 fő	44%
11. osztály	36 fő	8%
12. osztály	51 fő	12%
<i>Iskolatípusa</i>		
Szakiskola, szakközépiskola	31 fő	8%
Szaggimnázium	99 fő	22%
Gimnázium	310 fő	70%

A vizsgált minta 70%-a gimnáziumba, 22%-a szaggimnáziumba és 8%-a szakiskolába vagy szakközépiskolába járt. A szülők iskolai végzettsége a következők szerint alakult. Az édesapák 5%-ának általános iskola, 17%-ának szakmunkásképző, 19,8%-ának szakközépiskola, 10,7%-ának gimnázium, 45,5%-ának főiskola/egyetem és 2%-ának egyéb a legmagasabb iskolai végzettsége. Az édesanyák 3,2%-a általános iskolában, 7,3%-a szakmunkásképzőben, 17,3%-a szakközépiskolában, 15,2%-a gimnáziumban, 55%-a főiskolán/egyetemen, illetve 2%-a egyéb képzésben szerezte meg a legmagasabb iskolai végzettségét. Anyagi helyzet szempontjából a megkérdezettek 2%-a alsó osztályba, 96%-a középosztályba és 2%-a felső osztályba sorolja magát és családját az anyagi helyzetük alapján. A szülők családi állapotát tekintve az általunk vizsgált serdülők esetén a szülők 64,8%-a házas, 5,5%-a él külön, 19,3%-a vált el, 3,6%-a özvegy és 6,8%-a élettársi kapcsolatban él.

4.3.2 A harmadik projekthez használt módszertan

A kérdéscsomag szociodemográfiai és egyéb alapinformációkra, táplálkozási szokásokra és az azokkal kapcsolatos kockázateszlelésre, az Egészséghit-modell egyes tényezőinek feltérképezésére, valamint a személyiséggel összefüggő változók közül az énhatékonyságra, az optimizmusra és pesszimizmusra, valamint az önkontrollra vonatkozott.

Egészséghit-modell elemeinek feltárása

Az Egészséghit-modell elemeihez kapcsolódó kérdéseket Deshpande, Basil és Basil (2009) kutatásából adaptáltuk.

Függő változónak a tudatos étkezést választottuk, amely az egészséges ételek preferenciáján alapult. Ezzel kapcsolatban négy kérdést tettünk fel. 1) „*Véleményed szerint az elmúlt két hétben az általad fogyasztott ételek mennyire voltak tápanyagban gazdagok?*”, 2) „*Az elmúlt két hétben az általad fogyasztott ételek mennyire voltak egészségesek?*”, 3) „*Az elmúlt két hét folyamán milyen gyakran választottál egészséges ételeket?*”, 4) „*Az elmúlt két hét folyamán milyen gyakran választottál egészségtelen ételeket?*”. A válaszokat 7-fokú skálán mértük (1 = egyik étel sem, 7 = minden étel, valamint 1 = soha, 7 = mindig; az utolsó kérdésnél inverz értékelést alkalmaztunk). A megbízhatóságot mérő Cronbach-alfa értéke 0,81-nek bizonyult.

Független változókként részben az étkezéssel összefüggő faktorok (észlelt súlyosság, észlelt hajlam, észlelt hasznok és korlátok, fontosság, akciótervek, egészséges étkezés valószínűsége), részben a pszichológiai változók (énhatékonyság, optimizmus, önkontroll) szerepeltek.

Az észlelt súlyosság mérésére hét állítást használtunk, amelyet egy bevezető mondat előzött meg: „*A rossz étkezési szokásaim miatt tartok attól, hogy az életem során...*”: 1) „*... több mint két hónapot hiányozni fogok az iskolából/munkából.*”, 2) „*... hosszú távú hatásai lesznek.*”, 3) „*... hosszú ideig ágyhoz leszek kötve.*”, 4) „*... orvosi kiadásaim lesznek.*”, 5) „*... hátráltatja az előmeneteletem.*”, 6) „*... megszenvedik a társas kapcsolataim.*”, 7) „*... rossz hatása lesz a családi életemre.*”. A válaszokat hétfokú Likert-skálán mértük (1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljes mértékben egyet értek). A mérőeszköz megbízhatósága (Cronbach-alfa) jelen esetben 0,89 volt.

Az észlelt hajlamot öt kérdéssel mértük (Deshpande, Basil és Basil, 2009; Renner és Schwarzer, 2005), amelyek szintén egy bevezetővel kezdődtek: „*Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy...*”: 1) „*komolyan megbetegszel, ha nem táplálkozol egészségesen*”, 2) „*táplálkozási szokásaid miatt magas vérnyomásod lesz életed során?*”, 3) „*táplálkozási szokásaid miatt magas koleszterinszinted lesz életed során?*”, 4) „*táplálkozási szokásaid miatt rákos megbetegedésed lesz életed során?*”, valamint 5) „*táplálkozási szokásaid miatt cukorbetegséged lesz életed során?*”. A válaszokat szintén hétfokú skálán mértük (1 = szinte semmi, 7 = valószínű). A skála megbízhatónak bizonyult (Cronbach-alfa=0,85).

Az észlelt haszn változóhoz tartozó kérdésre („*Számomra az, hogy az elkövetkező két hét nagy részében egészségesen táplálkozzak ... , ... lenne.*”) öt válasz-pár tartozott: 1) káros / előnyös, 2) kellemetlen / kellemes, 3) rossz / jó, 4) értéktelen / értékes, 5) élvezhetetlen / élvezetes. Hétfokú skálán kellett eldönteni, hogy a válaszok melyik része igaz inkább a kitöltőre. A megbízhatóság mértéke (Cronbach-alfa) 0,88 volt.

Az észlelt korlátokat három állítással tártuk fel, amelyekre hétfokú Likert-skálán kellett választ adniuk (1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljes mértékben egyet értek). Az állítások a

következők voltak: 1) „Nem szeretem a legtöbb egészséges étel ízét.”, 2) „Úgy vélem túl sok időt venne igénybe az elkövetkező két hétben, hogy megváltoztassam a táplálkozási szokásaimat azért, hogy az egészségesebb legyen.”, 3) „Úgy vélem nehéz lenne az elkövetkező két hét után, hogy megváltoztassam a táplálkozási szokásaimat azért, hogy az egészségesebb legyen.”. Cronbach- alfa: 0,78.

Az akciótervek változót három állítással mértük, amelyet egy bevezető mondat előzött meg: „Jobban odafigyelnék a minőségi táplálkozásra, ha....”. A válaszlehetőségek a következők voltak: (1) „... a tömegmédiából (hírek, reklámok, más programok) kapnék információkat róla.”, (2) „... egy orvos tanácsolná.”, (3) „... a barátaim és a családom javasolná”, amelyekre egy hétfokú Likert-skálán lehetett válaszolni (1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljes mértékben egyet értek).

Az étkezési szokásokhoz kapcsolódóan továbbá arra kerestük a választ, hogy mennyire tartják fontosnak az egészséges táplálkozást. Ehhez két kérdés tartozott: 1) „Mennyire fontos számodra, hogy tápanyagban gazdag ételeket fogyassz?”, 2) „Mennyire fontos számodra a táplálkozás, amikor élelmiszert vásárolsz?”. Hétfokú Likert-skálán kellett megjelölni, hogy az állítással mennyire ért egyet a kitöltő (1 = egyáltalán nem, 7 = nagyon fontos). A Cronbach alfa értéke: 0,74 lett.

Végül felmértük azt is, hogy szándékában áll-e a kitöltőnek, hogy az elkövetkező időszakban egészségesebben táplálkozzon. Ezt három kérdéssel vizsgáltuk: (1) „Szándékomban áll, hogy az elkövetkező két hét nagy részében tápanyagban gazdag ételeket fogyasszak.”, (2) „Az elkövetkező két hét során, milyen gyakran fogsz egészségesen táplálkozni?”, (3) „Az elkövetkező két hét során, milyen gyakran fogsz egészségtelenül táplálkozni?”, amelyekre egy hétfokú Likert skálán lehetett választ adni (1=egyáltalán nem valószínű, 7=teljes mértékben valószínű).

Pszichológiai változók

A pszichológiai változókat a pilot és az első vizsgálatban is használt mérőeszközökkel mértük. Saját mintánkon az Énhatékonyság skála megbízhatósági mutatója (Cronbach-alfa) 0,86, az optimizmus/pesszimizmust mérő mérőeszköz megbízhatósága (Cronbach-alfa) 0,66, valamint az önkontroll skála megbízhatósági mutatója a saját mintán 0,79 lett.

5 EREDMÉNYEK

Eredményeinket a feltett kutatási kérdések sorrendjében ismertetjük. Mivel egyes eredmények mindhárom projektre vonatkoznak, így a résztvevők megfelelő számát mindig ismertetjük. Az elemzéseket leíró statisztikákkal kezdjük, majd a kapcsolatok feltárásánál először együttjárásokat vizsgálunk, majd hangsúlyt fektetünk az összetettebb kapcsolatok vizsgálatára. Fontos megemlíteni azt is, hogy eredményeink magyar serdülőkre vonatkoznak, és nem általánosíthatóak nemzetközi viszonylatban.

5.1 Leíró statisztikák

Ebben az alfejezetben a használt változók egyes metrikai mutatóit (átlag, szórás, illetve gyakoriság – a változók mérési szintjeinek megfelelően) írjuk le, annak érdekében, hogy átfogó képet kapjunk a használt változók vizsgálati mintánkon előforduló gyakoriságáról és átlagértékeiről. Először a táplálkozáshoz kapcsolódó jellemzők kerülnek megvitatásra. Ezután bemutatjuk, hogy a vizsgált serdülőkre mennyire jellemzőek az egyes étkezési motivációk, illetve a különböző táplálkozáshoz kapcsolódó kockázatok valószínűségének előfordulása. Végül áttekintjük az általunk mért pszichológiai változók átlagértékeit standardizált értékekkel összehasonlítva.

5.1.1 *Ételválasztási preferenciák megoszlása gyakoriság szerint*

Ebben az alfejezetben bemutatjuk, hogy mi jellemző a vizsgált serdülők ételválasztási preferenciájára, azaz a kérdőívben szereplő különböző ételeket milyen rendszerességgel fogyasztják. Továbbá kitérünk arra is, hogy a reggelizés, mint az egyik legfontosabb étkezés a tápanyag-ellátottságot (Pedersen, Meilstrup, Holstein, és Rasmussen, 2012) valamint a túlsúlyosság kialakulásának megelőzését illetően (Timlin, Pereira Story és Neumark-Sztainer, 2008), mennyire jellemző az általunk vizsgált serdülőkre (N=811).

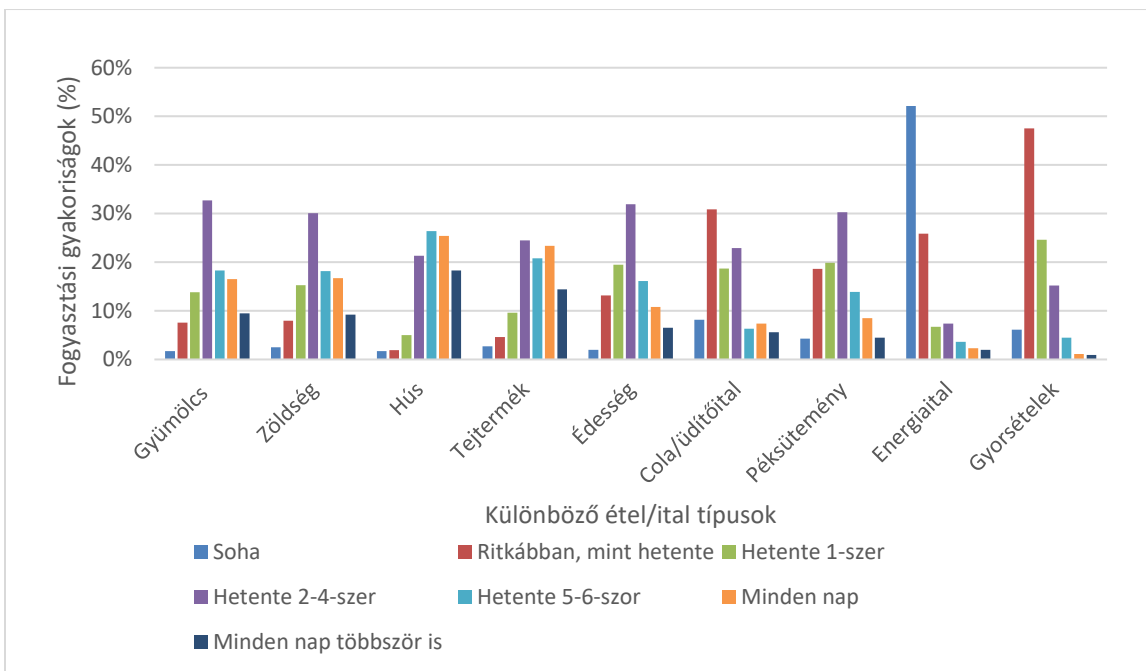
5.1.1.1 Statisztikai módszer

Az elemzéshez az SPSS 22.0 statisztikai szoftvert használtuk. Az ételválasztási preferenciák áttekintéséhez a vizsgált kilenc ételtípus fogyasztásának gyakoriságát elemeztük százalékos bontásban. Ezek után a reggelizés gyakoriságát vizsgáltuk.

5.1.1.2 Eredmények

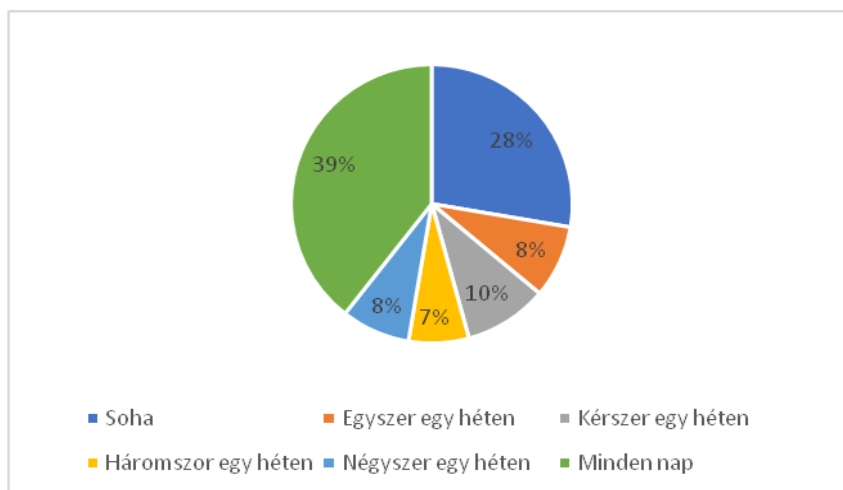
Az 6. ábra mutatja az ételválasztási preferenciákat. Látható, hogy gyümölcsöt a vizsgált személyek 33%-a, zöldséget pedig 30%-a fogyaszt hetente 2-4 alkalommal. A mindennapos gyümölcs- és zöldségfogyasztás a minta 17%-ára jellemző. A vizsgált személyek 2-3%-a viszont soha nem eszik gyümölcsöt és zöldséget. A húsfogyasztás gyakorisága más képet mutat. A vizsgált személyek kis aránya ritkán (soha: 2%, ritkábban, mint hetente: 2%, hetente 1-szer: 5%), 90%-a pedig szinte napi gyakorisággal eszik húst. Az egészségkockázatot jelentő, ezért egészségtelenként jellemezhető ételek nagy részét (kivétel: energiatartal) a minta kb. 1/3-a heti 2-4 alkalommal fogyasztja. Az energiatartal a vizsgált személyek 52%-a soha, 26%-a pedig kevesebb,

mint heti gyakorisággal választja. Gyorsételeket a vizsgálati személyek 48%-a ritkábban, mint hetente, 15%-uk hetente 2-4 alkalommal, illetve kb. 7%-uk szinte napi szinten fogyaszt.

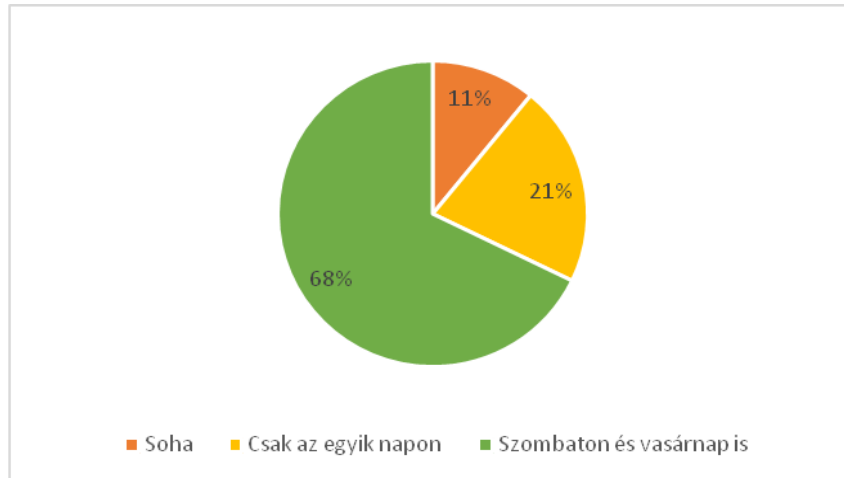


6. ábra. A vizsgált serdülők ételválasztási preferenciái

A reggeli fogyasztásával kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy hétköznaponként a fiatalok 28%-a soha, míg 39%-a minden nap reggelizik. 18%-uk 1-2-szer, míg 15%-uk 3-4-szer reggelizik egy héten (7. ábra). Hétvégén 11%-uk soha nem reggelizik, 21%-uk csak az egyik napon, míg 68%-uk reggelizik szombaton és vasárnap is (8. ábra).

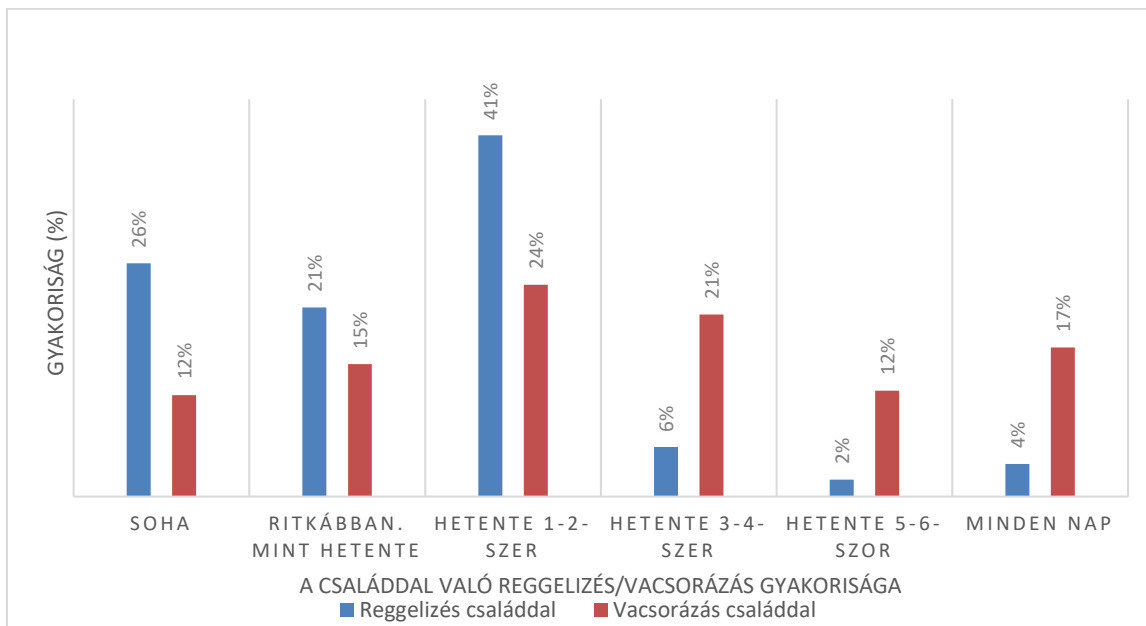


7. ábra. A serdülők reggelizési gyakorisága hétköznaponként



8. ábra. A serdülők reggelizési gyakorisága hétvégeként

A családdal töltött étkezéseket tekintve a serdülők 26%-a soha, 4%-uk mindig, 41%-uk heti egyszer-kétszer reggelizik együtt a szüleivel. A vacsorát tekintve 12%-uk soha, 17%-uk mindig, és legnagyobb arányban, 24%-uk egyszer-kétszer, valamint 21%-uk háromszor-négyszer vacsorázik együtt a családjával (9. ábra).



9. ábra. Serdülők családdal töltött étkezéseinek gyakorisága

5.1.1.3 Részösszefoglaló

Az étkezési magatartás szempontjából saját mintánkban a mindennapos zöldség- és gyümölcsfogyasztás (17%) a HBSC kutatáshoz (27,2%, 28,8%) képest sokkal kevésbé volt gyakori. Az édességfogyasztásra jellemző, hogy míg a HBSC kutatás alapján a fiatalok kevesebb, mint negyede (24,1%) fogyaszt édességet mindennap, addig a saját mintánkban ez az arány 11% volt.

A reggelizés gyakoriságának szempontjából eredményeink összhangban vannak a HBSC kutatás eredményeivel (32,3% soha, 42,7%-uk minden nap). Eltérés a hétvégekénti reggelizésben mutatkozott, a HBSC kutatásban résztvevők nagyobb aránya (72,6%-a) fogyaszt mindkét nap reggelit (Németh és Várnai, 2019).

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy vizsgálatunkban az étkezési szokások leíró adatai nagyrészt összhangban voltak az eddigi magyar fiatalokra jellemző eredményekkel. Megállapíthatjuk, hogy a magyar serdülők reggelifogyasztását és a családdal való együtt töltött étkezések számát ösztönözni kellene, mivel ezek szükségesszerűek lennének az egészséges táplálkozási magatartás és az egészséges életmód kialakításához, továbbá a társas kapcsolatok és különböző készségek fejlesztéséhez (Németh és Költő, 2014; Timlin, Pereira Story és Neumark-Sztainer, 2008). Az étkezési magatartásra vonatkozó egyes mutatók más arányban jelennek meg, mint például a HBSC kutatásban, amely a minta eltérő összetételéből is adódhat.

5.1.2 A különböző étkezési motivációk előfordulása serülők körében

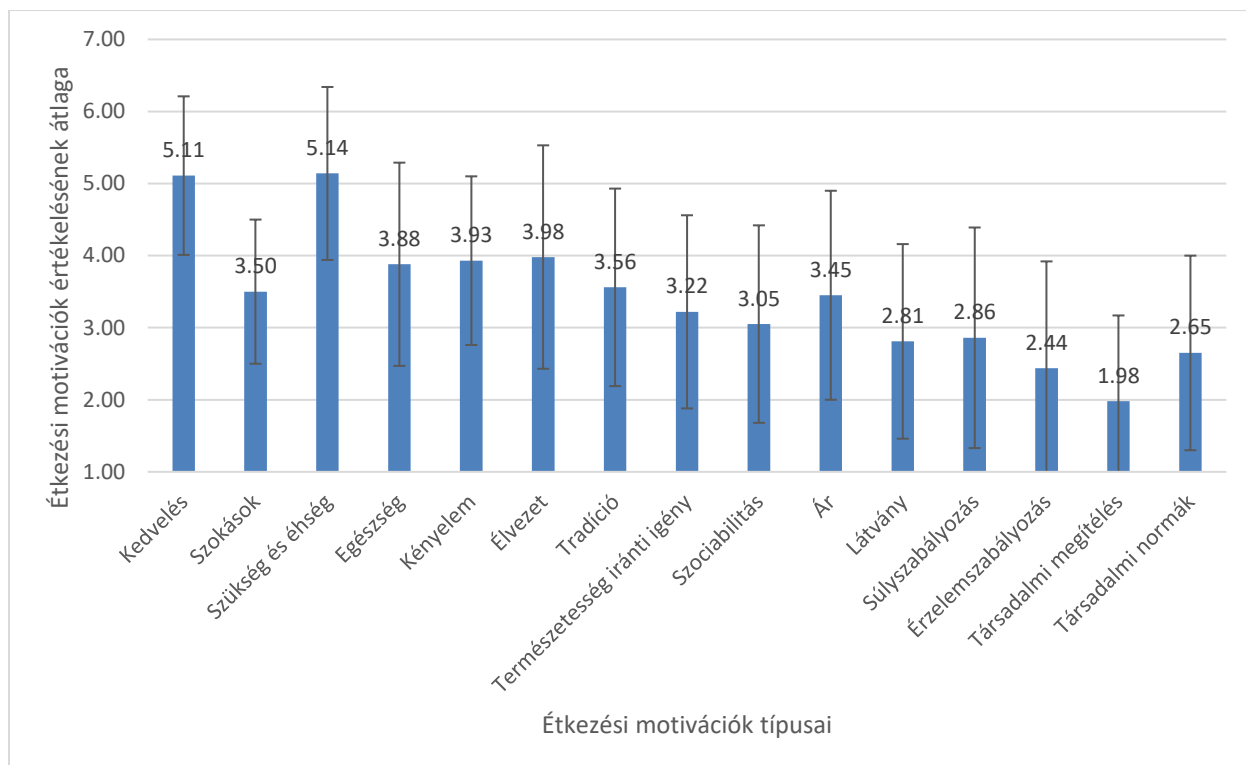
Ebben az alfejezetben célunk feltárni azt, hogy melyek azok a motivációk, amelyek az általunk vizsgált serdülők körében jellemzők, vagyis az egyének miért eszik azt, amit esznek.

5.1.2.1 Statisztikai módszer

A statisztikai elemzés során az egyes étkezési motivációk átlag és szórásértékeit számoltuk ki (N=374). Az elemzéshez ebben az esetben is az SPSS 22.0. statisztikai szoftvert használtuk.

5.1.2.2 Eredmények

A vizsgált serdülőkre jellemző különböző étkezési motivációkat a 10. ábra mutatja. Látható, hogy a vizsgált serdülők leginkább az általuk kiválasztott ételleket az adott étel kedvelése és a szükséglet / éhség miatt fogyasztják. Ezeket követi az élvezet, valamint a kényelmi szempont és az egészség figyelembevétele. A vizsgált serdülők körében közepesen erős motiváció a tradíció, a szokások, az ár, a természetesség iránti igény, valamint a szociabilitás. Legkevésbé motiváló tényezők a látvány, az érzelem- és súlyszabályozás, a társadalmi megítélés és a társadalmi normák.



10. ábra. Serdülőkre jellemző étkezési motivációk

5.1.2.3 Részösszefoglaló

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a vizsgált magyar serdülők legjellemzőbb módon azért eszik, amit esznek, mert szeretik és/vagy éhesek. Steptoe és munkatársai (1995) kutatásában felnőttek körében az ételek jó íze, kinézete vagy illata játszotta a legfontosabb szerepet az ételválasztásban. Ezt követte az egészség, az ételek ára, és az ételek elérhetőségének kényelme. Végül a legkisebb szerepet a természetesség és a súlyszabályozás töltötte be. Ez az eredmény részben megerősíti saját eredményeinket is, mivel az általunk vizsgált serdülők nagyrészt olyan ételeket választanak, amelyeket jó ízűnek vélnek (kedvelés), viszont a kinézet náluk nem volt annyira fontos tényező. Az egészség és a kényelmi szempont saját mintánkon is a főbb tényezők után következtek. A társadalmi megítélés és a társadalmi normák a vizsgált serdülők körében kevésbé voltak meghatározóak, bár a normatív információk befolyásolhatják az étkezési szándékot (Crocker, Whitaker, Cooke és Wardle, 2009).

5.1.3 Serdülők kockázatészlelése

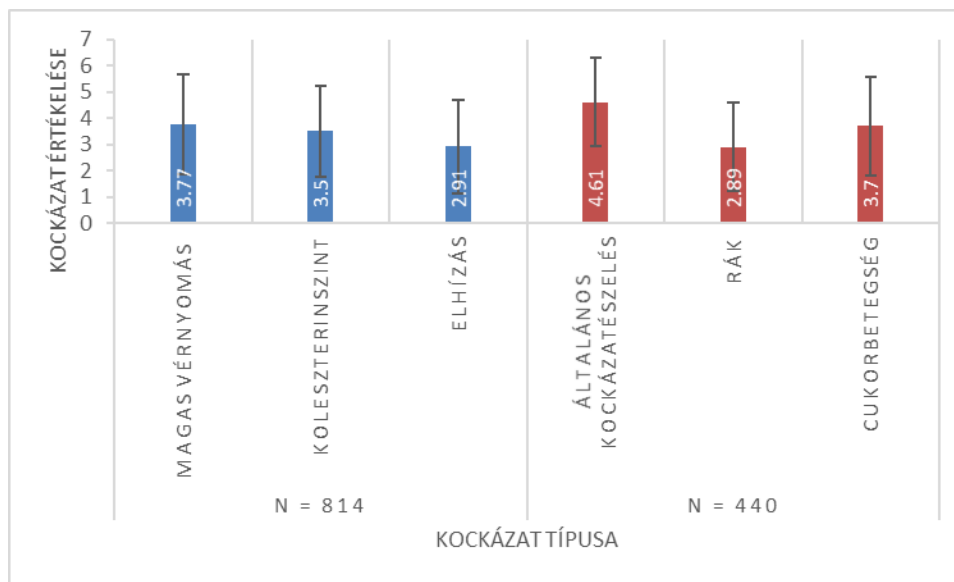
Jelen alfejezetben mutatjuk be, hogy a táplálkozásból adódó különböző egészségügyi kockázatokat a vizsgált serdülők mennyire becsülik saját magukra vonatkozóan valószínűnek. Mivel a harmadik projektben a kockázatészleléshez tartozó kérdések módosultak, így egyes kockázatokat teljes mintán (N=814), egyéb kockázatokat csak a harmadik projekt válaszai alapján (N=440) elemeztük.

5.1.3.1 Statisztikai módszer

Az elemzéshez SPSS. 22.0. statisztikai szoftvert használtunk. Az eredményekhez a különböző kockázatok becsült mértékének átlagát számoltuk ki a hozzájuk tartozó szórásértékekkel.

5.1.3.2 Eredmények

Látható, hogy a vizsgált serdülők általános kockázateszlelése közepesen erős (átlag: 4,61). Legnagyobb mértékben a magas vérnyomástól (átlag: 3,77) és a cukorbetegségtől (átlag: 3,7) félnek. Ezt követi a magas koleszterinszint (átlag: 3,5), az elhízás (átlag: 2,91) és a rákos megbetegedésektől való félelem (átlag: 2,89) (11. ábra).



11. ábra. Serdülők kockázateszlelése

5.1.3.3 Részösszefoglaló

Összefoglalva megállapítható, hogy a vizsgált serdülők kockázateszlelése a mért skálához viszonyítva nem túl magas, amely az ebben az életszakaszban jellemző irreális optimizmus jelenségével is magyarázható (Weinstein, 1989). Az eredmények alapján látható, hogy az egyéni megítélések szerint egy 7 fokú skálán közepes szinten tartanak a táplálkozásból eredeztethető megbetegedések miatt, illetve a specifikusan a kialakuló betegségek miatt kevésbé félnek.

5.1.4 A vizsgált serdülők pszichológiai jellemzői

A leíró statisztika fejezet utolsó részében a vizsgált serdülők pszichológiai jellemzőit mutatjuk be. Megnéztük, hogy az élnhatékonyság, az optimizmus, a pesszimizmus és az önkontroll mennyire jellemző ezekre a fiatalokra. Mivel ezeket a pszichológiai skálákat mindhárom projektnél felhasználtuk, így az eredményeinket bemutatjuk projektenként ($N_1=97$, $N_2=277$, $N_3=440$) és a teljes mintára ($N=814$) vonatkozóan is.

5.1.4.1 Statisztikai módszer

Az elemzést az SPSS 22.0 szoftverrel végeztük. A skálák pontértékeit átlagoltuk. Az énhatékonyság skála összpontszámát az itemek összpontszáma adta. Az optimizmus/pesszimizmus mértékét az optimizmusra vonatkozó kérdések pontszámainak és a pesszimizmusra vonatkozó kérdések inverz pontszámainak az összege adta. Az önkontroll skála pontszámát pedig Tangney, Baumeister és Boone (2004) értékelése alapján úgy kaptuk meg, hogy a pozitív és inverz itemek összegét elosztottuk tízzel.

5.1.4.2 Eredmények

A vizsgált serdülők énhatékonyságának átlagos értéke 29,6 pont lett (szórás: 5,7), a 10-től 40 pontig terjedő skálán. Az optimizmus és a pesszimizmus átlagos értéke 16 pont lett (szórás: 5,9) egy 6-30 pont közötti skálán. Az önkontroll skálán elért átlagos érték pedig 2,6 pont (szórás: 0,8) (10. táblázat).

10. táblázat. Serdülők pszichológiai jellemzői

	Teljes minta (N=814)	1. projekt (N=97)	2. projekt (N=277)	3. projekt (N= 440)
	Átlag (Szórás)	Átlag (Szórás)	Átlag (Szórás)	Átlag (Szórás)
Énhatékonyság	29,6 (5,7)	30,4 (4,8)	29,1 (5,5)	29,6 (5,2)
Optimizmus/Pesszimizmus	16,0 (5,9)	15,0 (3,7)	11,0 (4,4)	19,6 (4,4)
Önkontroll	2,6 (0,8)	1,9 (0,7)	2,0 (0,6)	3,0 (0,7)

5.1.4.3 Részösszefoglaló

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a vizsgált serdülőknek jó az énhatékonyságuk, tehát úgy vélik, hogy többségében meg tudják oldani a felmerülő nehézségeiket. Ez az eredmény összhangban volt Luszczyńska, Scholz és Schwarzer (2010) vizsgálatával is, amelyben az általuk vizsgált lengyel fiatalok (életkor átlag: 21 év, szórás: 1,5 év) 30,35 pontot értek el az általános énhatékonyság skálán (szórás: 4), viszont alacsonyabb átlagértéknek mondható egy hasonló összetételű mintával összehasonlítva. Parto (2011) 914 tanulót vizsgált, akik 15 évesek voltak és 9. osztályba jártak. Az ő átlagos énhatékonyság értékük 39,24 lett, 5,53-as szórással. Ezek alapján valószínűsíthető, hogy a fiatalabb serdülők nagyobb énhatékonysággal rendelkeznek, míg ez a mérték az évek előrehaladtával csökken.

Az optimizmust és a pesszimizmust tekintve nincsen arra vonatkozó számszaki határ, hogy mikor tekinthető az egyén optimistábbnak és mikor pesszimizistábbnak, hanem minél több pontot ér el, annál optimistább. Összehasonlítva egy 13-16 éveseket vizsgáló kutatással elmondható, hogy a magyar fiatalok pesszimizistábbak, mint az ázsiaiak (16 pont vs. 25,67 (szórás: 3,59) (Huan, Yeo, Ang és Chong, 2006). A 14-18 éves amerikai középiskolások átlagos optimizmus értéke fiúk körében 14,9 (szórás: 3,48), míg lányok körében 12,6 (szórás: 4,24) lett (Puskar és mtsai, 2010), amelyek saját eredményeinkben is tükröződnek. Továbbá olasz középiskolás mintán (12-18 évesek) az elért átlagos optimizmus mértéke 19,8 lett, 3,9-es szórással, amely nagyobb, mint a saját mintánkon mért érték (Sagone és Caroli, 2015). Végül szerb serdülők

körében (14-25 év) az optimizmus/pesszimizmus átlagos értéke 22,03 (szórás: 4,45) (Jovanović és Gavrilov-Jerković, 2013), amely szintén magasabb mértékű, mint a saját méréseink. Ezek alapján úgy tűnik, hogy az általunk vizsgált serdülők kevésbé optimisták.

Az önkontroll tekintetében az általunk vizsgált fiatalok közepes mértékű önkontrollal rendelkeznek. Ezt támasztja alá egy holland diákok körében végzett kutatás is, amely során 1232 fő 11-14 éves tanulót vizsgáltak, akik átlagosan elért pontszáma 3,5 lett (szórás 0,6) az önkontroll skálán (de Kemp és mtsai, 2008).

Összefoglalóan a nemzetközi kutatásokkal összevetve, a teljesség igénye nélkül, a magyar serdülők énhatékonysága közel megegyező, míg optimizmusuk és önkontrolljuk kissé alacsonyabb szintű, mint más országok hasonló korú tanulóinak.

5.2 A pszichológiai tényezők és a táplálkozás kapcsolata serdülőknél

Ebben a fejezetben mutatjuk be, hogy az általunk használt módszerekkel felmért táplálkozási szokások milyen kapcsolatban állnak a serdülők pszichológiai jellemzőivel. Egyrészt a HBSC kutatás alapján felmért különböző ételcsoportok fogyasztási gyakoriságát, mint ételválasztási preferenciát, másrészt az étkezési magatartás és attitűdök összefüggéseit vetettük össze az énhatékonysággal, optimizmus/pesszimizmussal és önkontrollal, mint pszichológiai változókkal.

5.2.1 Az ételválasztási preferenciák és a pszichológiai tényezők közötti kapcsolatokat

Mivel mindhárom adatfelvétel során a kérdőív tartalmazta az ide tartozó kérdéseket, így ezt az elemzést a teljes mintán végeztük el (N=814 fő).

5.2.1.1 Statisztikai módszer

Az adatokat SPSS 22.0 programmal elemeztük. Spearman-féle korreláció analízissel vizsgáltuk meg, hogy a különböző ételek és italok fogyasztásának gyakorisága milyen kapcsolatban áll az énhatékonysággal, az optimizmus/pesszimizmus változóval, valamint az önkontrollal.

5.2.1.2 Eredmények

Korreláció analízis

A különböző ételek és italok fogyasztási gyakoriságának kapcsolatát az énhatékonysággal, az optimizmus/pesszimizmus változóval, valamint az önkontrollal a 11. táblázat mutatja.

11. táblázat. A különböző ételek és italok fogyasztási gyakoriságának kapcsolata az énhatékonysággal, az optimizmus/pesszimizmussal és az önkontrollal

	Énhatékonyság	Optimizmus	Pesszimizmus	Önkontroll
Gyümölcsfogyasztás	0,20**	0,24**	-0,07*	0,23**
Zöldségfogyasztás	0,16**	0,21**	-0,03	0,20**
Húsfogyasztás	0,17**	0,14**	0,01	0,06
Tejtermékfogyasztás	0,14**	0,05	-0,08*	0,05
Édességfogyasztás	-0,02	-0,04	0,01	-0,11**
Cola- és üdítőital-fogyasztás	-0,04	-0,17**	-0,01	-0,25**
Energiaitalfogyasztás	0,01	-0,18**	-0,06	-0,33**
Péksüteményfogyasztás	0,05	0,08*	0,03	0,01
Gyorsételfogyasztás	0,02	-0,04	-0,06	-0,15**

Spearman-féle korreláció, **p<0,01, *p<0,05

Látható, hogy ugyan a korrelációs együtthatók mértéke nem túl nagy, amely gyenge kapcsolatok meglétére utal, viszont számos pszichológiai változó összefüggést mutat az ételválasztási preferenciákkal. Az énhatékonyság pozitív összefüggést mutatott a gyümölcs- ($r=0,20$, $p<0,01$), zöldség- ($r=0,16$, $p<0,01$), hús- ($r=0,17$, $p<0,01$) és tejtermék-fogyasztással ($r=0,14$, $p<0,01$). Az optimizmus pozitív kapcsolatban állt a gyümölcs- ($r=0,24$, $p<0,01$), a zöldség- ($r=0,21$, $p<0,01$) és a húsfogyasztással ($r=0,14$, $p<0,01$), valamint a péksütemények fogyasztásával ($r=0,08$, $p<0,05$). Illetve negatívan függött össze a Cola- és üdítőfogyasztással ($r=-0,17$, $p<0,01$), valamint az energiaital-fogyasztással ($r=-0,18$, $p<0,01$). A pesszimizmus negatív kapcsolatot mutatott a gyümölcs- ($r=-0,07$, $p<0,05$), illetve a tejtermékfogyasztással ($r=-0,08$, $p<0,05$). A legösszetettebb kapcsolatrendszer az önkontroll mutatta. Pozitív összefüggésben állt a gyümölcs- és zöldségfogyasztással, illetve negatív összefüggést mutatott az édesség, a Cola- és üdítőital, az energiaital- és a gyorsétel-fogyasztással.

5.2.2 Étkezési magatartás és attitűd kapcsolata a pszichológiai változókkal

5.2.2.1 Statisztikai módszer

Elemzésünkhöz az SPSS 22.0 statisztikai szoftvert használtuk. Ezen eredmények megállapításához az első nagymintás adatfelvételtől származó adatokat elemeztük ($N=277$). Az étkezési magatartás és attitűdök csoportosításához faktoranalízist használtunk varimax rotációval. A kapott faktor pontszámok és a pszichológiai változók között Pearson-féle korreláció analízissel tártuk fel a lehetséges kapcsolatokat.

5.2.2.2 Eredmények

Faktoranalízis

Az étkezési magatartáshoz kapcsolódóan három faktorváltozó különíthető el (12. táblázat): (1) az egészségtudatos magatartás, (2) a nem egészségtudatos magatartás és (3) a tudatos, nyersétel alapú táplálkozás. Az első faktorba olyan változók tartoznak, mint pl. „Hajlandó vagyok többet fizetni azért, hogy étrendem egészséges legyen”. A harmadik faktor is egészségtudatos, de kifejezetten nyers ételeket preferáló állításokat jelöl („Főként nyersen fogyasztom el a

zöldségeket.”). A második faktor ezzel szemben olyan állítást tartalmaz, mint pl. „Nem tudom pontosan, hogyan kellene egészségesen táplálkoynom, mit kellene rendszeresen ennem, illetve, hogy mit nem szabadna fogyasztanom”. A faktorok a variancia 54,7%-át magyarázzák meg összességében.

12. táblázat. Az étkezési magatartáshoz kapcsolódó változók faktorstruktúrája

	Faktorok a sajátértékekkel (N=277)		
	1. faktor (2,68)	2. faktor (1,50)	3. faktor (1,30)
Főként nyersen fogyasztom el a gyümölcsöket.	-	-	0,86
Tudom, hogy a zöldségekben/gyümölcsökben milyen egészséges összetevők vannak.	0,35	-	-
Érdekelnek az egészséges táplálkozással kapcsolatos újságcikkek, tévéműsorok.	0,70	-	-
Egészségesen táplálkozom.	0,75	-	-
Hajlandó vagyok többet fizetni azért, hogy étrendem egészséges legyen.	0,79	-	-
Főként nyersen fogyasztom el a zöldségeket.	-	-	0,58
Rendszeresen mozgok az egészségem megőrzése érdekében.	0,53	-	-
Köretként inkább zöldséget fogyasztok, mint burgonyát vagy rizst.	0,65	-	-
Nem engedhetem meg magamnak az egészséges táplálkozást, az túlságosan drága lenne.	-	0,76	-
Nem tudom pontosan, hogyan kellene egészségesen táplálkoynom, mit kellene rendszeresen ennem, illetve, hogy mit nem szabadna fogyasztanom.	-	0,65	-
%-os variancia	26,78	15,04	12,96
Faktorok elnevezése	Egészségtudatos magatartás	Nem egészségtudatos magatartás	Tudatos nyersétel alapú táplálkozás

A táplálkozáshoz kapcsolódó attitűdök alapján szintén három faktorváltozót lehet létrehozni: (1) az egészséges táplálkozást elutasító, (2) ambivalens és (3) elfogadó attitűdöt. Az elutasító attitűd kifejezetten negatívan kapcsolódott az egészséges táplálkozáshoz (pl. „Hiába mondják, hogy egészséges valami, ha nem ízlik, nem erőltetem.”). A második faktor elismeri ugyan az egészséges táplálkozás fontosságát, de kételyeinek is hangot ad, pl. az egészséges ételek ára vagy az ismeretek folyamatos változása, s így a magas bizonytalansági tényező miatt. A harmadik faktor viszont pozitív attitűdhez kapcsolódik (pl. „Az egészséges táplálkozás nem önmagunk sanyargatása, hanem ellenkezőleg: örömforrás.”) Ezek a faktorok összesen a variancia 44,5%-át magyarázzák meg (13. táblázat).

13. táblázat. Az étkezési attitűdök faktorstruktúrája

	Faktorok a sajátértékekkel (N=277)		
	1. faktor (1,83)	2. faktor (1,79)	3. faktor (1,27)
Nem lehet egységes receptet adni az egészséges táplálkozásra, mindenkinek másra kell vigyáznia.	-	0,51	-
Sokkal többet tudunk arról, hogy mit kellene megváltoztatnunk ahhoz, hogy egészségesen táplálkozzunk, de sajnos keveset teszünk érte.	-	0,72	-
Egészséges embernél elég arra figyelni, hogy változatos, kiegyensúlyozott és mértékletes legyen a táplálkozás.	-	-	0,70
Hiába mondják, hogy egészséges valami, ha nem ízlik, nem erőltetem.	0,39	-	-
Az egészséges táplálkozás nem önmagunk sanyargatása, hanem ellenkezőleg: örömforrás.	-	-	0,70
Fitoszterinek, flavonoidok, gyökfogók, probiotikumok – az ember csak kapkodja a fejét a számára ismeretlen fogalmak hallatán és egyre tanácstalanabb, hogy mit is kell tennie, ha egészségesen akar táplálkozni.	-	0,65	-
Az egészséges táplálkozás nagyon költséges.	-	0,40	-
Az egészséges táplálkozásra vonatkozó ismeretek folyamatosan változnak, bővülnek, ezért nehéz követni azokat.	-	0,47	-
Az válik igazán egészségünkre, ami ízlik is.	0,56	-	-
Már többször megpróbáltam egészségesen táplálkozni, de átmeneti önsanyargatás után visszatértem a megszokott gyakorlathoz.	0,66	-	-
Az egészséges táplálkozásról nekem mindig a fogyókúra jut eszembe.	0,75	-	-
%-os variancia	16,67	16,27	11,56
Faktorok elnevezése	Egészséges táplálkozást elutasító attitűd	Egészséges táplálkozással ambivalens attitűd	Egészséges táplálkozást elfogadó attitűd

Korreláció analízis

A 14. táblázat az étkezéssel kapcsolatos faktorok (magatartás és attitűd), valamint a pszichológiai változók közötti kétoldalú kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatókat tartalmazza. Az énhatékonyság és az önkontroll pozitív korrelációt mutat az egészségtudatos

magatartással ($r=0,28$, $p<0,01$; $r=0,31$, $p<0,001$) és attitűddel ($r=0,24$, $p<0,01$, $r=0,19$, $p<0,01$), míg negatív korrelációt a nem egészségtudatos magatartással ($r=-0,14$, $p<0,05$; $r=-0,31$, $p<0,01$) és attitűddel ($r=-0,19$, $p<0,01$; $r=-0,19$, $p<0,01$). Az optimizmus pozitív kapcsolatban áll az egészségtudatos magatartással ($r=0,18$, $p<0,01$) és attitűddel ($r=0,19$, $p<0,001$). A pesszimizmus sem a tudatos étkezéssel, sem az étkezéssel kapcsolatos attitűddel nem mutatott szignifikáns kapcsolatot.

14. Az étkezési magatartás és attitűdök kapcsolata a pszichológiai változókkal

	Énhatékonyság	Pesszimizmus	Optimizmus	Önkontroll
Egészségtudatos magatartás	0,28**	-0,11	0,18**	0,31**
Nem egészségtudatos magatartás	-0,14*	0,07	-0,12	-0,31**
Tudatos nyersétel alapú táplálkozás	0,03	0,05	0,01	-0,01
Egészséges táplálkozást elutasító attitűd	-0,19**	0,08	-0,08	-0,19**
Egészséges táplálkozással ambivalens attitűd	0,02	0,07	0,02	-0,02
Egészséges táplálkozást elfogadó attitűd	0,24**	-0,02	0,19**	0,19**

Pearson féle korreláció, ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

5.2.3 Részösszefoglaló

Ebben a fejezetben a táplálkozás és a pszichológiai változók kapcsolatát mutattuk be. Elemeztük azt, hogy a különböző ételválasztási preferenciák, az étkezési magatartás, valamint az étkezéssel kapcsolatos attitűdök milyen kapcsolatban állnak az énhatékonysággal, önkontrollal és az optimizmus/pesszimizmus mértékével.

Az ételválasztási preferenciák és a pszichológiai skálák kapcsolatát elemezve megállapítható, hogy a vizsgált mintán az énhatékonyabb fiatalok az egészségesebb ételeket preferálják (zöldségek és gyümölcsök fogyasztása), valamint többször fogyasztanak húst és tejterméket, mint a kevésbé énhatékony társaik. Az énhatékonyság táplálkozásban betöltött szerepét mások is megerősítették, miszerint (Burg, Lechner, és de Vries, 1995) a nagyobb mértékű énhatékonyság megléte pozitívan befolyásolja a zöldség- és gyümölcsfogyasztást. Az optimizmus/pesszimizmus változót tekintve látható, hogy az optimistább serdülők gyakrabban választanak egészségesebb ételeket, ahogy azt Renner és Schwarzer (2003) is kimutatta, ellentétben kevésbé optimista társaikkal. Végül az önkontrollt tekintve, hasonlóan más kutatási eredményekhez (pl. Verplanken, Herabadi, Perry, és Silvera, 2005) azt találtuk, hogy a magasabb önkontrollal rendelkezők gyakrabban fogyasztanak egészségesebb ételeket, szemben azokkal, akiknek az önkontrolljuk alacsonyabb. Rájuk az egészségtelenebb ételek gyakoribb választása jellemző, mint például a cukros üdítőitalok, édességek, péksütemények fogyasztása. Látható tehát, hogy a

vizsgált pszichológiai változók kapcsolatban állhatnak az ételválasztási preferenciákkal, és az egészségesebb ételválasztást támogathatják.

Az étkezési magatartás és attitűdök esetében három faktort sikerült azonosítani. A magatartás szintjén elkülönült az egészségtudatos és a nem egészségtudatos magatartás, valamint egy kifejezetten nyersétel-alapú étrendet preferáló táplálkozás, amely a legkisebb arányban volt jelen a mintában. Bár a legnagyobb arányban a fiatalok egészségtudatos magatartást követtek, jelen van az ellenkezője is, amely megfelel a szakirodalomban fellelhető adatoknak (Fülöp és Szakály, 2008; Moreira és mtsai, 2018; Szabó és Pikó 2017). Ez azt a kettősséget jelzi, hogy a fiatalok – bár egyre egészségtudatosabbak a táplálkozás terén – az egészségkockázatos ételekről sem mondanak le. Egy friss tanulmány, amely 11-18 évesek táplálkozási szokásairól számolt be, ezt úgy fogalmazta meg, hogy a fiatalok táplálkozására elsősorban a kiegyensúlyozatlan ételmiszerfogyasztás jellemző (Bíró, Arató, Antal és Pilling, 2017). Az attitűdök szintjén az egészséges étkezést elfogadó, illetve elutasító hozzáállás mellett egy ambivalens, szkeptikus viszonyulás is megmutatkozott.

A személyiségbeli jellemzők szintén kapcsolatban álltak az egészségtudatos étkezési magatartással és attitűdökkel: az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus különösen fontos az egészségtudatos magatartás és az elfogadó attitűd kialakulásában, ami korábbi eredményeknek felel meg (Burg, Lechner és de Vries, 1995; Kelloniemi és Laitinen, 2005; Renner és Schwarzer, 2005). Az előbbi két skála a nem egészségtudatos magatartás és attitűd elutasításában is szerepet játszik, ami szintén más eredményekhez hasonlít (Adriaanse és mtsai, 2014; Cusatis és Shannon, 1996).

Összefoglalva, az ételválasztási preferenciák és a pszichológiai tényezők kapcsolatának vizsgálatok a következő főbb eredményeink születtek: az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus magasabb szintje 1) támogatja az egészségesebb ételválasztást, 2) szerepet játszhat az egészségtudatos étkezési magatartás és az egészséges táplálkozást elfogadó attitűd kialakulásában, megerősítve előzetes feltevéseinket is (H1), ezekkel ellentétben 3) az énhatékonyság és az önkontroll alacsonyabb szintje a nem egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges ételeket elutasító attitűddel állhat kapcsolatban, amely részben felelt meg előzetes feltételezéseinknek (H2), 4) a pesszimizmus szerepe szinte elhanyagolható, amely részben fedte le előzetes hipotéziseinket (H1, H2), abban a tekintetben, hogy akik pesszimistábbak, kevesebb gyümölcsöt fogyasztanak. Összegezve ezeknek a pszichológiai változóknak a serdülők körében is szerepet játszanak a táplálkozási döntésekben.

5.3 A kockázatészlelés és a táplálkozás kapcsolata

Ebben a fejezetben a táplálkozás és az azzal kapcsolatos kockázatészlelés közötti kapcsolatokat tárjuk fel. Ez a fejezet szintén két alfejezetre tagolódik. Az elsőben bemutatjuk az ételválasztási preferenciák és a kockázatészlelés közötti összefüggéseket, míg a fejezet második felében az étkezési magatartás és attitűdök és a kockázatészlelés közötti kapcsolatokat írjuk le.

5.3.1 A kockázatészlelés és az ételválasztási preferenciák kapcsolata

Ebben a fejezetben az arra vonatkozó eredményeket tekintjük át, hogy a különböző típusú ételek fogyasztási gyakorisága, és az észlelt egészségügyi kockázatok között milyen összefüggések vannak. Mivel a kockázatészlelésre vonatkozóan a 3 projekten belül változtak a kérdések, így a különböző kockázatok felmérése eltérő elemszámban valósult meg.

5.3.1.1 Statisztikai módszer

Az itt elvégzett elemzéshez is az SPSS 22.0. szoftvert használtuk. Az ételválasztási preferenciák és a kockázatészlelés kapcsolatát Spearman-féle korrelációanalízissel elemeztük.

5.3.1.2 Eredmények

Az étkezési preferenciák és a kockázatészlelés közötti kapcsolatok korrelációs együtthatóit az 15. táblázat mutatja.

15. táblázat. Az étkezési preferenciák és a kockázatészlelés közötti kapcsolatok korrelációs együtthatói

Mekkora annak a kockázata, hogy...	Komolyan megbetegszik (N=440)	Rákos megbetegedés (N=440)	Cukorbetegség (N=440)	Magas vérnyomás (N=811)	Magas koleszterinszint (N=810)	Elhízol életed során (N=369)
Gyümölcs-fogyasztás	0,15**	-0,10*	-0,05	-0,04	-0,03	-0,06
Zöldség-fogyasztás	0,11*	-0,07	-0,11*	-0,05	-0,05	-0,09
Hús-fogyasztás	0,03	-0,08	-0,02	0,02	0,01	-0,10
Tejtermék-fogyasztás	0,00	-0,07	-0,01	-0,06	-0,07	-0,13*
Édesség-fogyasztás	-0,04	0,05	0,15**	0,02	0,08	0,03
Cola- és üdítőital-fogyasztás	-0,09*	0,01	0,08	0,06	0,05	0,03
Energiaital-fogyasztás	-0,22	0,05	0,03	0,10**	0,07	0,10
Péksütemény-fogyasztás	0,01	0,02	0,08	0,08*	0,08*	0,01
Gyorsétel-fogyasztás	-0,12	0,06	0,14**	0,05	0,07	0,04

Spearman-féle korreláció, ** p <0,01; * p <0,05

A gyümölcs- ($r=0,15$, $p<0,01$) és a zöldségfogyasztás ($r=0,11$, $p<0,05$) pozitív irányú, míg a Cola és más típusú üdítők fogyasztása ($r=-0,09$, $p<0,05$) negatív irányú kapcsolatot mutatott az általános, táplálkozáshoz kapcsolódó kockázatészleléssel. A rákos megbetegedéssel kapcsolatos kockázat észlelése negatív kapcsolatban állt a gyümölcsfogyasztással ($r=-0,10$, $p<0,05$). A

cukorbetegség kialakulásához kapcsolódó fenyegetettség érzése pozitívan az édesség- ($r=0,15$, $p<0,01$) és gyorsételfogyasztással ($r=0,14$, $p<0,01$), negatívan pedig a zöldségfogyasztással ($r=-0,11$, $p<0,05$) függött össze. Az energiaital-fogyasztás pozitív kapcsolatban állt a magas vérnyomástól való félelemmel ($r=0,10$, $p<0,01$). Továbbá a magas vérnyomás és magas koleszterinszint pozitívan korrelált a péksütemény-fogyasztással is, mindkét esetben: $r=0,08$, $p<0,05$. Végül az elhízástól való félelem a tejtermékfogyasztással függött össze, méghozzá negatívan ($r=-0,13$, $p<0,05$).

5.3.2 A kockázatészlelés és az étkezési magatartás és attitűdök kapcsolata

Ebben a fejezetben a már bemutatott étkezési magatartás és attitűdök különböző faktorai (ld. 5.2.2. fejezet) és a kockázatészlelés közötti kapcsolatokat tárjuk fel. Ezen eredményeink megállapításához az első nagymintás adatfelvételtől származó adatokat elemeztük ($N=277$).

5.3.2.1 Statisztikai módszer

Az elemzéshez SPSS 22.0. statisztikai elemzőszoftvert használtunk. A két változó között felmerülő kapcsolatok feltárásához Pearson-féle korrelációelemzést végeztünk.

5.3.2.2 Eredmények

A 16. táblázat mutatja be a korrelációanalízis eredményeit reprezentáló korrelációs együtthatókat.

16. táblázat. Az étkezési magatartás és attitűdök, valamint a kockázatészlelés közötti kapcsolatok

	Magas vérnyomás kockázata	Magas koleszterinszint kockázata	Elhízás kockázata
Egészségtudatos magatartás	-0,08	-0,12	-0,21**
Nem egészségtudatos magatartás	0,13*	0,23**	0,19**
Tudatos nyersétel alapú táplálkozás	-0,04	-0,04	-0,01
Egészséges táplálkozást elutasító attitűd	0,12	0,14*	0,19**
Egészséges táplálkozással ambivalens attitűd	0,08	0,12	0,07
Egészséges táplálkozást elfogadó attitűd	-0,05	-0,16*	-0,14*

Pearson féle korreláció, ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Eredményeinkből látható, hogy a viselkedésre vonatkozóan a nem egészségtudatos táplálkozási magatartás szignifikánsan pozitív kapcsolatban állt az egészségügyi kockázatok megítélésével, mind a magas vérnyomás ($r=0,13$, $p<0,05$), magas koleszterinszint ($r=0,23$, $p<0,01$) és az elhízás ($r=0,19$, $p<0,01$) kockázatészlelése terén. Továbbá az egészségtudatos táplálkozási magatartás negatív kapcsolatot mutatott az elhízás kockázatészlelésével ($r=-0,22$ $p<0,01$). Az attitűdök

szintjén az egészséges táplálkozást elutasító attitűd pozitívan (1), míg az elfogadó attitűd negatívan (2) korrelált a magas vérnyomástól (1: $r=0,14$, $p<0,01$; 2: $r=-0,16$, $p<0,01$) és az elhízástól (1: $r=0,19$, $p<0,01$; 2: $r=-0,14$, $p<0,05$) való félelemmel.

5.3.3 *Részösszefoglaló*

Az ételválasztási preferenciákat tekintve eredményeink arra reflektálnak, hogy aki több zöldséget és gyümölcsöt fogyaszt, annak a táplálkozással kapcsolatos általános kockázatészlelése nagyobb, azaz valószínűbbnek tartja, illetve jobban aggódik amiatt, hogy a táplálkozási szokásai miatt megbetegszik. Ezzel ellentétben, a zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága alacsonyabb kockázatészleléssel járt együtt, specifikusan a rákos megbetegedésekkel és a cukorbetegséggel kapcsolatos kockázatészlelés terén. A korrelációelemzés alapján ok-okozati összefüggést nem lehet megállapítani, viszont további elemzések alátámaszthatják azt, hogy azok, akik így vélekednek, azért választanak egészségesebb ételeket, hogy ezt a kockázatot csökkentsék, illetve akik nem aggódnak annyira, hogy megbetegszenek, azok nem is fordítanak kellő figyelmet a megfelelő zöldség- és gyümölcsbevitelre. Hasonló eredmény született az üdítőitalok és a Cola fogyasztását tekintve is, miszerint negatív kapcsolat áll fenn az üdítőitalok és Cola fogyasztás gyakorisága és a táplálkozással kapcsolatos általános kockázatészlelés között. Ezek szerint, akinek nagyobb a kockázatészlelése, az kevesebb egészségtelen innivalót iszik, akinek pedig alacsonyabb mértékű a kockázatészlelése, az többet. Korábbi kutatások is alátámasztják ezeket az eredményeinket, miszerint azok, akik sebezhetőbbnek érzik magukat az egészségügyi kockázatok tekintetében, nagyobb valószínűséggel köteleződnek el az egészségvédő magatartás mellett (Yan és mtsai, 2018). További eredményeink alapján az egészségtelenebb ételek választása pozitív kapcsolatot mutatott a kockázatészlelés egyéb formáival (pl. cukorbetegség vs. édességfogyasztás, magas vérnyomás vs. energiatartal-fogyasztás), amely arra enged következtetni, hogy a vizsgált serdülők tisztában vannak azzal, hogy kockázatosabb ételeket választanak, és nagyobbra becsülik az így kialakuló betegségek kockázatát az életükben. Hasonló eredményt kapott Simonds, Omidpanah és Buchwald (2017) is kutatásukban, miszerint azok, akik életmódjukból adódóan nagy valószínűséggel lehetnek cukorbeteg, hiába ismerik ezt a kockázatot, akkor sem áll szándékukban cselekedni ez ellen sem diétával, sem sporttal.

Hasonló eredményeket kaptunk az étkezési magatartás és attitűdök vizsgálatánál. Azok a fiatalok, akik egészségtudatosan étkeznek, illetve elfogadják attitűd szinten az egészségesebb táplálkozást, azok kevésbé valószínűsítik, hogy a táplálkozási szokásaik miatt megbetegszenek, ellenben azokkal, akik nem étkeznek egészségtudatosan, illetve elutasítják az egészséges magatartást. Eredményeink ellentétben állnak Renner és Schwarzer (2005) kutatási eredményeivel, miszerint az egészségtelenül táplálkozókat kisebb kockázatészlelés jellemzi. Ennek a diszkrepanciának az lehet az oka, hogy 15 év alatt már a serdülők is olyan ismereteket szereztek a táplálkozást tekintve – köszönhetően a különböző intervenciós programoknak, az iskolai oktatásnak és az internetnek –, hogy tudják, milyen kockázata van annak, ha nem megfelelően étkeznek. Kiss és Szakály (2015) vizsgálatából is kiderült, hogy a mai serdülők

különösen fogékonyak és érdeklődőek a táplálkozással kapcsolatban, és aktívan keresnek információt a témában.

A serdülők kockázateszlelése mind az ételválasztási preferenciákkal, mind az étkezési magatartással és attitűddel kapcsolatban számos összefüggést mutatott. Elmondható, hogy 1) az általános kockázateszlelés magasabb szintje egészségesebb, míg az alacsonyabb szintje egészségtelenebb ételválasztással járt együtt, 2) a rákos megbetegedés, a cukorbetegség és az elhízás kockázata, negatív kapcsolatban állt az egészséges ételek választásával, 3) a cukorbetegségtől, a magas vérnyomástól és koleszterinszinttől való félelem pozitívan korrelált az egészségtelenebb ételek választásával, 4) az egészséges táplálkozást elfogadó attitűd és az egészségtudatos étkezési magatartás alacsonyabb kockázateszleléssel állt kapcsolatban, végül 5) az egészséges táplálkozást elutasító attitűd és a nem egészségtudatos táplálkozás pedig magasabb kockázateszleléssel járt együtt. Eredményeink alapján az előzetes feltételezéseink részben helytállóak, vagy egyáltalán nem helytállóak (H3, H4). Az ételválasztási preferenciák tekintetében pont ellentétes eredmény született a feltételezésünkhöz képest, mivel az egészségesebb ételeket választók körében magasabb volt a kockázateszlelés is, valamint a magasabb kockázateszlelés együtt járt az egészségtelenebb táplálkozással. Összefoglalásként megállapítható, hogy a serdülők körében az, hogy mennyire tartják valószínűnek bizonyos betegségek kialakulásának valószínűségét, különböző kapcsolatot mutat az egészséges és az egészségtelen ételek választásának gyakoriságával.

5.4 Az étkezési motivációk jellemzői serdülők körében

Ebben a fejezetben a serdülőkre jellemző étkezési motivációk kerülnek bemutatásra. Áttekintjük, hogy melyek azok a motivációk, amelyek leggyakrabban megjelennek a serdülők étkezésére vonatkoztatva, illetve, hogy ezek a motivációk milyen kapcsolatban állnak az ételválasztási preferenciákkal, magatartással és attitűdökkel.

5.4.1 Étkezési motivációk és az ételválasztási preferenciák kapcsolata

Ebben az alfejezetben célunk azt megvizsgálni, hogy milyen kapcsolatban állnak egymással az étkezési motivációk és az étkezési preferenciák (N=374), azaz, hogy van-e a kapcsolat aközött, hogy milyen ételeket fogyasztanak gyakrabban, és hogy ezt milyen motivációs szándékkal teszik.

5.4.1.1 Statisztikai módszer

A statisztikai elemzéshez az ételválasztási preferenciákhoz és motivációkhoz kapcsolódó itemeket faktoranalízisnek vetettük alá varimax rotációval, amelybe az 1-nél nagyobb faktorsúlyú változókat vontuk be a végső faktorstruktúrába. Az ételválasztási preferenciák és motivációk közötti kapcsolatot Pearson-féle korrelációanalízissel vizsgáltuk.

5.4.1.2 Eredmények

Faktoranalízis

Az étkezési preferenciákhoz kapcsolódóan három faktorváltozót különítettünk el (17. táblázat): (1) „junk” ételek/italok fogyasztása, (2) egészségorientált táplálkozás és (3) nassolás és szokáson alapuló táplálkozás.

17. táblázat. Az étkezési preferenciákhoz kapcsolódó faktorok

1. „Junk” ételek és italok fogyasztása		2. Egységorientálttáplálkozás		3. Nassolás és szokáson alapuló táplálkozás	
Saját érték	1,786	Saját érték	1,733	Saját érték	1,662,
%-os variancia	19,84%	%-os variancia	19,25%	%-os variancia	18,47%
<i>Elemek (faktorsúlyok)</i>		<i>Elemek (faktorsúlyok)</i>		<i>Elemek (faktorsúlyok)</i>	
Energiaital	0,841	Zöldség	0,861	Péksütemény	0,673
Cola/üdítő	0,761	Gyümölcs	0,844	Édesség	0,673
Gyorsételek	0,578	Hús	0,456	Tejtermék	0,660

Az első faktorba a Cola és cukros üdítők, az energiaitalok, valamint a gyorsételek kerültek. Az egészségorientált táplálkozáshoz tartozott a gyümölcs-, a zöldség- valamint a húsfogyasztás. A harmadik faktor elemei nem határozhatók meg egyértelműen egészségesként vagy egészségtelenként, ide tartozik a tejtermékek és péksütemények fogyasztása, valamint az édességek fogyasztása, mint nassolás. A faktorok összesen a variancia 58%-át magyarázzák meg.

Az étkezési motivációkhoz kapcsolódóan szintén három faktorváltozót tudunk létrehozni (18. táblázat): (1) társas, érzelmi és külső motiváció, (2) tradíciók és belső motiváció és (3) egészségmotiváció.

18. táblázat. Az étkezési motivációkhoz kapcsolódó faktorok

1. Társas, érzelmi és külső motiváció		2. Tradíciók és belső motiváció		3. Egységmotiváció	
Saját érték	3,314	Saját érték	3,084	Saját érték	2,142
%-os variancia	22,1%	%-os variancia	20,1%	%-os variancia	14,3%
<i>Elemek (faktorsúlyok)</i>		<i>Elemek (faktorsúlyok)</i>		<i>Elemek (faktorsúlyok)</i>	
Társadalmi megítélés	0,738	Kedvelés	0,838	Egység	0,833
Társadalmi normák	0,729	Szükséglet	0,795	Természetesség	0,798
Érzelemszabályozás	0,699	Élvezet	0,709	Súlykontroll	0,726
Látvány	0,681	Kényelem	0,662		
Közösség	0,640	Hagyomány	0,472		
Ár	0,483				
Szokások	0,467				

Az első faktorba a társas/társadalmi kapcsolatok (pl. társadalmi normák: „mert elvárják tőlem, hogy megegyem”), külső jellemzők (pl. ár: „mert olcsó”, látvány: „mert csábító a kinézete”) és az érzelemszabályozás motivációja (pl. mert szomorú vagyok) tartoztak. A második faktor elemei közé sorolható a hagyomány motivációja (pl. azért, mert bizonyos eseményekhez hozzátartozik), mint tradíció, illetve olyan belső motivációs elemek, mint például a szükséglet és az élvezet (pl. mert energiára van szükségem; azért, hogy kényeztessem magam). Az egészségmotiváció az egészséges táplálkozásra való törekvést, a természetességet (pl. GMO-mentesség), és a súly kontrollálásának igényét foglalja magában. A faktorok összesen a variancia 57%-át magyarázták meg.

Korrelációelemzés

Végül a fenti, az ételválasztási preferenciák és étkezési motivációkhoz tartozó faktorváltozók között korrelációelemzést végeztünk (19. táblázat).

19. táblázat. Az ételválasztási preferenciák és étkezési motivációk közötti korrelációs kapcsolatok

	Társas, érzelmi és külső motiváció	Tradíciók és belső motiváció	Egészségmotiváció
„Junk” ételek és italok fogyasztása	0,23**	0,03	-0,18*
Egészségorientált táplálkozás	-0,17	0,15	0,41**
Nassolás és szokáson alapuló táplálkozás	0,06	0,25**	-0,18*

Pearson-féle korreláció, **p<0,01, *p<0,05

Megállapítható, hogy a “junk” ételek és italok fogyasztása pozitív kapcsolatban állt a társas, érzelmi és külső motivációkkal ($r=0,23$, $p<0,01$), illetve negatívan korrelált az egészségmotivációval ($r=-0,18$, $p<0,05$). Utóbbi szignifikánsan pozitív összefüggést mutatott az egészségorientált táplálkozással ($r=0,41$, $p<0,01$). Végül a nassolás és szokáson alapuló táplálkozás pozitív kapcsolatban állt a tradíciókkal és a belső motivációkkal ($r=0,25$, $p<0,01$), illetve negatívan függött össze az egészségmotivációval ($r=-0,18$, $p<0,05$).

5.4.2 Étkezési motivációk és az étkezési magatartás és attitűdök kapcsolata

Az ételválasztási preferenciák után az étkezési magatartást és a táplálkozáshoz kapcsolódó attitűdök és az étkezési motivációk kapcsolatát vizsgáltuk meg. A cél az volt, hogy feltérképezzük, hogy bizonyos étkezési motivációk kapcsolatban állhatnak-e az egészséges, illetve az egészségtelen táplálkozással, vagy az ehhez kapcsolódó attitűddel.

5.4.2.1 Statisztikai módszer

Az étkezési magatartást, attitűdöt és motivációt a már az 5.2.2. fejezetben bemutatott faktorelemzésből származó csoportokkal vizsgáltuk. A változók közötti kapcsolatok feltárásához Pearson-féle korrelációelemzést használtunk.

5.4.2.2 Eredmények

Eredményeink azt mutatják, hogy a táplálkozási magatartást tekintve az egészségtudatos magatartás erős kapcsolatban állt az egészségmotivációval ($r=0,71$, $p<0,01$), illetve a nem

egészségtudatos magatartás a társas, érzelmi és külső motivációkkal korrelált ($r=0,41$, $p<0,01$) (20. táblázat).

20. táblázat. Az étkezési magatartás és motivációk közötti korrelációs kapcsolatok

	Társas, érzelmi és külső motiváció	Tradíciók és belső motiváció	Egészségmotiváció
Egészségtudatos magatartás	-0,06	0,09	0,71**
Nem egészségtudatos magatartás	0,41**	0,03	-0,13
Tudatos nyersétel alapú táplálkozás	0,07	0,27**	0,16*
Egészséges táplálkozást elutasító attitűd	0,36**	0,12	-0,16*
Egészséges táplálkozással ambivalens attitűd	-0,04	0,24**	0,03
Egészséges táplálkozást elfogadó attitűd	-0,17*	0,29**	0,31**

Pearson-féle korreláció, ** $p<0,01$, * $p<0,05$

A tudatos nyersétel-alapú táplálkozás szintén a tradíciókkal és belső motivációval ($r=0,27$, $p<0,01$), valamint az egészségmotivációval ($r=0,16$, $p<0,05$) állt kapcsolatban. A táplálkozási attitűdök szempontjából az egészséges táplálkozást elutasító attitűd negatívan függött össze az egészségmotivációval ($r=-0,16$, $p<0,05$). Az egészséges táplálkozással ambivalens attitűd pedig a tradíciókkal és belső motivációval ($r=0,24$, $p<0,01$) állt kapcsolatban. Végül az egészséges táplálkozást elfogadó attitűd szintén pozitívan korrelált a tradíciókkal és a belső motivációkkal ($r=0,29$, $p<0,01$) valamint az egészségmotivációval ($r=0,31$, $p<0,01$).

5.4.3 Részösszefoglaló

Eredményeink azt mutatják, hogy a gyorsételek fogyasztása speciális étrendként különült el. Ez arra utal, hogy azon serdülők számára, akik ezeket fogyasztják, a gyorsételek, energiatartalok és üdítők jelentik az étkezési preferencia alapját. Továbbá a zöldség-, a gyümölcs- és a húsfogyasztás az egészséges táplálkozás mutatójaként írhatók le, más kutatásokhoz hasonlóan (McKinley és mtsai, 2005). Ebben a faktorban szintén megmutatkozik a hús kiemelt szerepe az ételválasztásban. Végül a péksütemény- és tejtermékfogyasztás egyfajta hagyományként jellemezhető; mint alapélelmiszerek a mindennapi rutinétkezés szokásrendjébe illeszkednek, könnyen elérhetők, sok helyen megvásárolhatók, mindenféle további ételkészítés nélkül fogyaszthatók.

Szintén lényeges kiemelni, hogy az étkezési magatartás háttérében álló motivációk esetében elválnak egymástól a külső és a belső motivációk. A társas és társadalmi normákkal kapcsolatos, valamint a külső motivációk sokkal jellemzőbbek voltak a serdülőknél, mint az egészségre törekvés motivációja, amely a legkisebb mértékben jelent meg. Ez az eredményünk összhangban van egyéb kutatások eredményeivel is (Sproesser, 2016). Nem véletlen, hogy az

egészségmotiváció serdülőkorban igen csekély: gyermekeknél még a szülők hatására természetes, felnőttkorban pedig a szaporodó egészségügyi problémák ráirányítják a figyelmet a prevencióra, serdülőknél viszont a sérthetlenség illúziója gyakran csökkenti az egészségtudatosságot (Milam, Sussman, Ritt-Olson és Dent, 2000).

Az ételválasztási preferenciák és az étkezési motivációk kapcsolatának feltárása során megállapítható, hogy hasonlóan más eredményekhez (Bruening és mtsai, 2014), a társak szerepe meghatározó lehet a gyorsételek fogyasztásában. Ez abban is megnyilvánul, hogy a fiatalok sokszor együtt töltik az idejüket a gyorséttermekben (Ali, Amialchuk és Heiland, 2011). Ezzel szemben a tradíciók, illetve olyan motivációk, mint az éhség és az étel kedvelése a szokáson alapuló táplálkozást támogatják, mint például a péksütemények, az édességek és tejtermékek fogyasztása. Gyermekek körében Divert és munkatársai (2017) az édes íz kedvelése és az édességfogyasztás közötti kapcsolatot tárta fel. Eredményeik részben megegyeznek az általunk talált összefüggésekkel, miszerint az édes íz szeretete kapcsolatban állt az édességek fogyasztásával (mint például a cukorkák); abban viszont különbözött, hogy ez a kedvelés nem állt kapcsolatban az üdítő-, müzli-, tejtermék- és gyümölcsfogyasztással. Végül az általunk vizsgált serdülők körében az, hogy egészséges ételeket egyenek és vigyázzanak a súlyukra, kapcsolatban áll az egészségesebb ételek gyakori választásával, azaz a gyümölcs-, zöldség- és húsfogyasztással, még ha az egészségmotiváció nem is áll az ételválasztási preferenciák középpontjában a serdülők körében (Santos és mtsai, 2020).

Összefoglalva az egészségmotiváció, az egészségtudatos magatartás, valamint az egészséges táplálkozást elfogadó attitűd között pozitív kapcsolat állt fenn. Ez megerősítette előzetes feltételezésünket is (H6, H7) és hangsúlyozza azt, hogy az általunk vizsgált serdülők egy része fontosnak tartja a megfelelő táplálkozást. A társak hatása kapcsolatban áll a nem egészségtudatos táplálkozással és az egészséges táplálkozás elutasításával is. Tehát, ahogy azt a gyorsételek választásánál is láttuk, a társakhoz kapcsolódó motivációk gátolhatják az egészségesebb ételválasztást, amely szintén megerősíti előzetes feltételezésünket (H8). A tradíciók és a belülről fakadó motivációk, mint az éhség vagy a kényelem, kedvezhetnek mind az egészségesebb étkezési magatartásnak, mind az ehhez kapcsolódó attitűd kialakulásának. Ez az eredmény nem szerepelt előzetes hipotéziseink között.

5.5 Serdülők étkezési magatartásának összefüggése az étkezési motivációkkal, kockázatészleléssel és a pszichológiai jellemzőkkel

Ebben a fejezetben mutatjuk be az előzőekben mért változók egymással való mélyebb összefüggéseit, illetve a második vizsgálatunkban használt Egészség-hit-modellre alapozott kérdőívünk eredményeit.

5.5.1 *Serdülők egészségtudatos és nem egészségtudatos étkezési magatartásának összefüggései az étkezési motivációkkal és a kockázatészleléssel*

Ebben az alfejezetben azt tűztem ki célul, hogy rávilágítsak arra, hogy az egyes étkezési motivációk és a kockázatészlelés különböző aspektusai (a vérnyomás, a koleszterinszint és az elhízás) milyen kapcsolatban állnak az egészségtudatos és nem egészségtudatos táplálkozással.

5.5.1.1 Statisztikai módszer

Az elemzéshez a már faktoranalízissel differenciált egészségtudatos és nem egészségtudatos étkezési magatartást (5.2.2. fejezet), mint függő változót használtuk az étkezési motiváció 15 alkálójával, és a kockázatészlelésre vonatkozó kérdésekkel, mint független változókkal (N=277). A közöttük lévő kapcsolatok feltárásához lineáris regresszióelemzést alkalmaztunk stepwise módszerrel az egész mintán és nemek szerinti bontásban külön-külön. A kapott modellek reliabilitását, azaz a változók közötti kollinearitást VIF (Variance Inflation Factor) pontszámmal ellenőriztük, amelynek elfogadható értéke <2.

5.5.1.2 Eredmények

Egészségtudatos étkezési magatartás

A 21. táblázatban az egészségtudatos étkezési magatartás és az étkezési motivációk, valamint a kockázatészlelés kapcsolatát feltáró regresszióanalízis eredményei láthatók. Az egész mintát tekintve az egészségtudatos étkezési magatartás pozitív kapcsolatban állt az egészség ($\beta=0,41$, $p<0,01$) és a súlykontroll motivációkkal ($\beta=0,16$, $p<0,01$) és negatív kapcsolatot mutatott az ételek árával ($\beta=-0,10$, $p=0,004$) és a társadalmi normákkal ($\beta=-0,08$, $p=0,029$). A fiúkat és a lányokat külön vizsgálva az eredmények azt mutatták, hogy mindkét nemnél fontos motiváció az egészség (fiúk: $\beta=0,38$, $p<0,01$; lányok: $\beta=0,49$, $p<0,01$) és a súlykontroll (fiúk: $\beta=0,18$, $p=0,001$; lányok: $\beta=0,12$, $p=0,01$) az egészségtudatos táplálkozást tekintve. A különbségeket tekintve, míg a fiúk egészségtudatos étkezését negatívan jósolta előre az ételek ára ($\beta=-0,13$, $p=0,012$), addig a lányok magatartása negatív kapcsolatot mutatott a magas koleszterinszint miatti kockázat észlelésével ($\beta=-0,11$, $p=0,02$) és az ételek kedvelésével ($\beta=-0,15$, $p=0,04$). Az egész mintán a modell a variancia 56%-át magyarázta, míg fiúknál 52%-ot, lányoknál pedig 62%-ot. A modellek reliabilitása megfelelő volt a VIF mutatók alapján (22. táblázat).

21. táblázat. Az étkezési motivációk és a kockázatészlelés szerepe az egészségtudatos étkezésben

Független változók	Standardizált regressziós együttható értékei (β)		
	Egész minta	Fiúk	Lányok
Egészségmotiváció	0,41**	0,38**	0,49**
Súlykontroll	0,16**	0,18**	0,12*
Ár	-0,10**	-0,13*	-
Társadalmi normák	-0,08*	-	-
Magas koleszterinszint kockázata	-	-	-0,11*
Az adott étel szeretete	-	-	-0,15*

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

22. táblázat. A lineáris regressziós modellek kollinearitás vizsgálata

Független változók	Egész minta		Fiúk		Lányok	
	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia
Egészségmotiváció	1,37	0,73	1,33	0,75	1,49	0,67
Súlykontroll	1,42	0,70	1,41	0,71	1,38	0,72
Ár	1,06	0,94	1,07	0,94	-	-
Társadalmi normák	1,06	0,95	-	-	-	-
Magas koleszterinszint kockázata	-	-	-	-	1,01	0,99
Az adott étel szeretete	-	-	-	-	1,10	0,91

Nem egészségtudatos étkezési magatartás

A következőkben a nem egészségtudatos étkezési magatartásra vonatkozó eredményeket láthatjuk (23. táblázat). Az egész mintát tekintve az étel ára ($\beta=0,18$, $p < 0,01$), a társadalmi normák ($\beta=0,18$, $p=0,004$), az ételek látványa ($\beta=0,12$, $p=0,02$) és a magasabb koleszterinszint ($\beta=0,11$, $p=0,001$) kockázata pozitív kapcsolatot, míg az egészségmotiváció ($\beta=-0,12$, $p=0,004$) negatív kapcsolatot mutatott a nem egészségtudatos étkezési magatartással. Nemi bontást tekintve az ételek ára a fiúknál és a lányoknál is pozitív kapcsolatban állt a nem egészségtudatos étkezéssel (fiúk: $\beta=0,18$, $p < 0,007$; lányok: $\beta=0,19$, $p < 0,001$). Ezen kívül a fiúkat tekintve a társadalmi normák ($\beta=0,20$, $p=0,02$), a látvány ($\beta=0,16$, $p=0,04$) és az egészségmotiváció ($\beta=-0,17$, $p=0,005$) állt kapcsolatban a nem tudatos étkezési magatartással, míg a lányoknál az érzelemszabályozás ($\beta=0,22$, $p < 0,001$). A modellek az egész mintán a variancia 28%-át

magyarázták, a fiúknál 27%-ot, lányoknál pedig 24%-ot. A modellek reliabilitása megfelelő volt a VIF mutatók alapján (24. táblázat).

23. táblázat. Az étkezési motivációk és a kockázatészlelés szerepe a nem egészségtudatos étkezésben

Független változók	Standardizált regressziós együttható értékei (β)		
	Egész minta	Fiúk	Lányok
Ár	0,18	0,18	0,19
Koleszterin kockázat	0,11	-	-
Társadalmi megítélés	0,18	0,20	-
Egészségmotiváció	-0,12	-0,17	-
Látvány	0,12	0,16	-
Érzelemszabályozás	-	-	0,22

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

24. táblázat. A lineáris regressziós modellek kollinearitás vizsgálata

Független változók	Egész minta		Fiúk		Lányok	
	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia
Ár	1,12	0,90	1,24	0,81	1,04	0,97
Koleszterin kockázat	1,12	0,90	-	-	-	-
Társadalmi megítélés	1,21	0,83	1,31	0,77	-	-
Egészségmotiváció	1,10	0,93	1,02	0,98	-	-
Látvány	1,31	0,76	1,35	0,74	-	-
Érzelemszabályozás	-	-	-	-	1,04	0,97

5.5.1.3 Részösszefoglaló

Célunk annak feltárása volt, hogy a különböző típusú étkezési motivációk hogyan befolyásolják az egészségtudatos és a nem egészségtudatos étkezési magatartást a serdülők körében.

Az egész mintát tekintve megállapítható, hogy az egészségtudatos étkezési magatartás pozitív kapcsolatban állt az egészség és súlykontroll motivációval, míg a nem egészségtudatos étkezési magatartás az étel árával, a társadalmi normákkal, az ételek látványával és a magasabb koleszterinszinttől való kockázattal. Tehát a vizsgálat mintán azoknak a fiataloknak, akik figyelnek az egészségükre és a súlyukra, az étkezési magatartása mindkét nemnél sokkal egészségtudatosabbnak mondható. Egyéb kutatások is megerősítették ezt az eredményt. Egyrészt a súlyukra figyelő serdülők kevesebb zsírban gazdag és magas cukortartalmú ételt fogyasztottak, mint például kenyeret, tejtermékeket, krumplit vagy édességeket (Nowak, 1998). Másrészt az egészségmotiváció meghatározó szerepet játszott az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdök meglétében, amelyek egészségtudatosabb étkezéshez vezethetnek (Szabo, Piko és Fitzpatrick, 2019). Ezzel szemben az ételek ára az egészségtudatosság csökkenéséhez vezetett, mivel az ár,

mint motiváció negatív kapcsolatban állt az egészségtudatos étkezési magatartással. Ezzel az eredménnyel kapcsolatban valószínűsíthető az, hogy a fiatalok drágábbnak találják az egészségesnek mondott ételeket, így az ételek ára meghatározó motivációs tényező lehet a serdülők körében (Share és Stewart-Knox, 2012). Úgy véljük, hogy ez a hozzáállás nem a szocioökonómiai státusból eredeztethető, mivel a saját mintánk mindössze 6%-a volt középosztály alatti, még akkor is, ha az egészséges táplálkozással kapcsolatos hiedelmek a szocioökonómiai csoportok jelzőjeként szolgálnak (Fielding-Singh, 2019). A szociális normák, mint például a „*udvariatlanság lenne nem megenni*”, vagy „*elvárják tőlem, hogy megegyem*”, is negatívan kapcsolódnak az egészségtudatos étkezéshez, illetve megerősítették a nem egészségtudatos étkezési magatartást. A normáknak nagyon erőteljes hatásuk van a magatartásra vonatkozóan, mert a normák követése kapcsolatban áll a társadalmi megítéléssel is; mivel a normák egyértelműsítik, hogy mit lehet megenni és mit nem, ezzel változtatva/befolyásolva az önképünket. Tehát ha az egyén elhatározza, hogy egészséges ételeket fog enni, viszont ez a magatartás nincs elfogadva közösségi szinten, azaz nem kapcsolódik a normához, akkor ez a magatartás nem lesz hosszan tartó (Higgs, 2015). Eredményeink tükrözik azt is, hogy az ételek látványa erősítheti a nem egészséges ételek fogyasztását is, amely abban nyilvánulhat meg, hogy a vizsgált serdülők a gyorsételek, illetve az édességek látványának nem bírnak ellenállni. Kutatások igazolták, hogy már az ételek látványa is drámai fiziológiai és neurofiziológiai változásokat indukál az agyunkban (Spence, Okajima, Cheok, Petit és Michel, 2015).

A nemeket külön vizsgálva eredményeink különbözőségekre hívják fel a figyelmet. Míg a súlykontroll és az egészségmotiváció mindkét nemnél megjelent az egészségtudatos étkezési magatartásra jellemzően, addig az ár, mint motivációs tényező csak a fiúkra volt jellemző az egészségtudatos étkezés vonatkozásában, viszont mindkét nemnél a nem egészségtudatos étkezés esetében. Továbbá a kockázatészlelés szerepe mind a fiúknál, mind a lányoknál megjelent olyan módon, hogy az étkezési magatartás kapcsolatban állt a magas koleszterinszint kockázatának észlelésével. Ez az eredményünk magyarázható az irreális optimizmussal is, amely e korosztály jellemzője (Millstein és Halpern-Felscher, 2002; Nowak, 1998; Weinstein, 1989). Az adott étel kedvelése szintén a lányokra volt jellemző. Korábbi tanulmányok ugyancsak megállapították, hogy az étel kedvelése erősebb befolyásolója az étkezési magatartásnak, mint például az Egészséghit (Tuorila és Pangborn, 1988; Woodward és mtsai, 1996). Végül a nem egészségtudatos étkezési magatartást elősegítette az érzelemszabályozás a lányoknál, amely súlyosabb étkezési problémákhoz vezethet. Kutatások igazolták, hogy az érzelmek okozta hatások miatti kényszeres evés különböző patológiás problémákhoz vezethet (Prebit, Candeia és Tatar, 2019).

Összefoglalva, az egészségtudatosság az étkezési magatartás viszonylatában fontos tényezőnek tekinthető a magyar serdülők körében, sérthetlenségük és elfogult kockázatészlelésük ellenére (Millstein and Halpern-Felscher, 2002). A legrelevánsabb eredményeink az egészségtudatos magatartással kapcsolatban a következők: 1) az egészség és súlykontroll motivációk döntő szerepet töltek be az egészségtudatosság szerinti étkezési magatartás terén, amely megerősítette előzetes felvetéseinket is (H7), 2) az ételek ára negatívan befolyásolhatja az

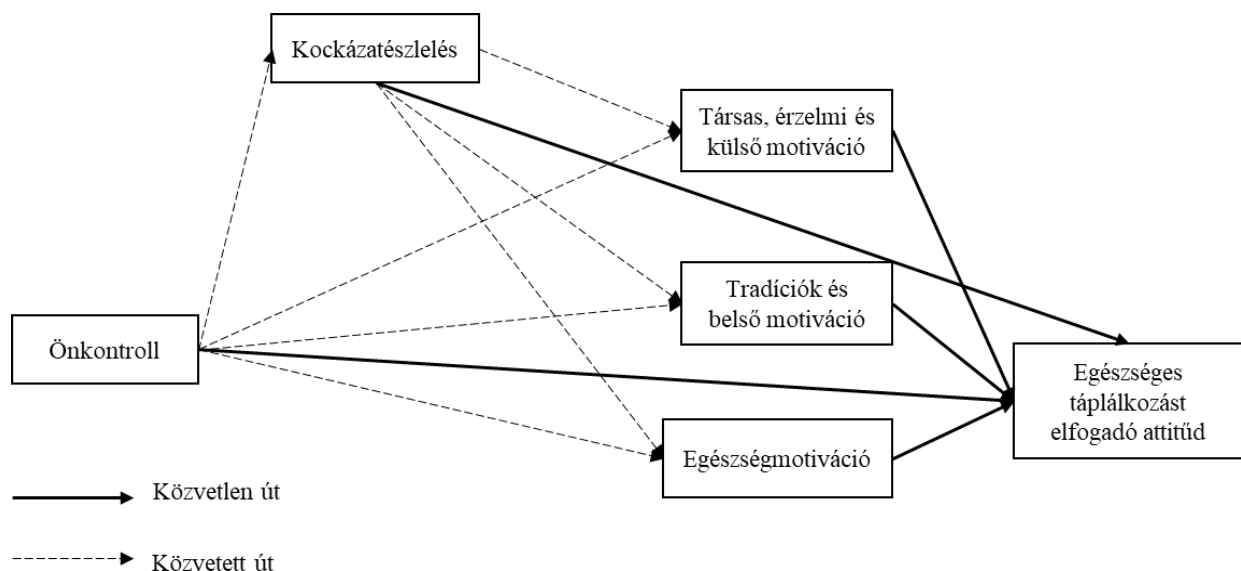
egészségtudatos étkezési magatartást, 3) a szociális normáknak szintén negatív hatásuk van az egészségtudatos étkezési magatartásra, 4) a kockázateszlelés szerepet játszott a nem egészségtudatos étkezési magatartás terén, ez részben erősítette meg előzetes hipotézisünket (H5), miszerint a kockázateszlelés az egészségtudatos és a nem egészségtudatos étkezési magatartás terén is szerepet játszik, 5) az egészség és súlykontroll motivációk mindkét nemnél megjelentek az egészségtudatos étkezési magatartással kapcsolatban, 6) az ételek szeretete és a magas koleszterinszint kockázatától való félelem a lányoknál játszott szerepet, végül 7) az érzelemszabályozás szerepe szintén a lányoknál jelent meg a nem egészségtudatos étkezési magatartással kapcsolatban. Végül eredményeink egyáltalán nem erősítették meg a társak befolyásoló szerepét betöltő hipotézisünket (H9).

5.5.2 Serdülők egészséges étkezéshez kapcsolódó attitűdjei az önkontroll, az étkezési motivációk és a kockázateszlelés tükrében

Ebben a részben az a célunk, hogy bemutassuk, hogy az önkontroll, a kockázateszlelés és az étkezési motivációk milyen hatást gyakorolnak az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdre. Az étkezési attitűd vizsgálata jelen esetben azért fontos, mert ha az adott serdülőnek nincs is meg a lehetősége arra, hogy egészségesen táplálkozzon, attól még az erre való fogékonysága rendelkezésre állhat.

5.5.2.1 Statisztikai módszer

Statisztikai elemzéshez SPSS Amos 24.0 szoftver használtunk. A változók közötti ok-okozati kapcsolatokat útelemzéssel tártuk fel (N=274). A hozzá tartozó hipotetikus modell a 12. ábrán látható.



12. ábra. Az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdöt meghatározó hipotetikus modell

A hipotetikus modell felállításához elsőként azt feltételeztük, hogy az önkontroll direkt és indirekt módon is (kockázateszlelés és az étkezési motivációk által) befolyásolni tudja az

egészséges táplálkozást elfogadó attitűdöt. Másodszor azt feltételeztük, hogy a kockázatészlelésnek közvetlen és mediáló hatása is van az étkezési motivációkon keresztül. Harmadjára arra számítottunk, hogy az étkezési motivációk direkt módon kapcsolódnak az étkezési attitűdökhöz.

Statisztikai elemzésünk során a $p < 0,05$ értéket fogadtuk el szignifikánsnak. A hiányzó értékek átlagosan 12% alatt voltak minden változó esetén ($SD=0,97$). EM (expectation maximization) algoritmust (Gold és Bentler, 2000) használtunk a hiányzó adatok feldolgozásához. Feltáró faktoranalízissel az étkezési motivációkat különböző faktorokba soroltuk ($KMO=0,80$) (5.4.2. fejezet), amely során főkomponens-elemzést használtunk varimax rotációval annak érdekében, hogy a kezdeti korrelációs mátrix reprodukálhatósága megbízhatóbb legyen (Costello és Osborne, 2005; Thompson, 2004). A kockázatészlelés értékeit szintén főkomponens elemzéssel (Shaw, 2003) egyesítettük egy értékke (Saját érték=2,12, %-os variancia=70,73%). Végül annak érdekében, hogy az egészséges táplálkozás iránti attitűd összpontszámait megkapjuk, összegeztük az itemszkórokat (inverz szkórokat használtunk a negatív állításoknál). A hipotetikus modell tesztelésénél elfogadható modellilleszkedést is definiáltunk: az átlagos négyzetes hiba gyöke (*Root Mean Square Errors of Approximation*, RMSEA) $< 0,05$; az összehasonlító illeszkedési mutató (*Comparative Fit Index*, CFI) $\geq 0,90$ és a sztenderdizált átlagos reziduális (*Standardized Root Mean Square Residual*, SRMR) $< 0,05$ (Hooper, Coughlan és Mullen, 2008).

5.5.2.2 Eredmények

Az étkezési motivációk faktorelemzését az 5.4.2. fejezetben részleteztem. Ebben az elemzésben is ezeket a faktorokat használtuk. A minta elemszámcsökkenés által okozott (a hiányzó adatokkal rendelkezők kivétele miatt) factorsúlyok és %-os variancia értékeit a 25. táblázat mutatja.

25. táblázat. Az étkezési motivációk faktorstruktúrája

1. Társas, érzelmi és külső motiváció		2. Tradíciók és belső motiváció		3. Egészségmotiváció	
Saját érték	2,61	Saját érték	2,60	Saját érték	1,60
%-os variancia	17,4%	%-os variancia	17,4%	%-os variancia	10,7%
<i>Elemek (factorsúlyok)</i>		<i>Elemek (factorsúlyok)</i>		<i>Elemek (factorsúlyok)</i>	
Társadalmi megítélés	0,75	Kedvelés	0,73	Egészség	0,92
Társadalmi normák	0,72	Szükséglet	0,73	Természetesség	0,56
Érzelemszabályozás	0,64	Élvezet	0,56	Súlykontroll	0,54
Látvány	0,67	Kényelem	0,59		
Közösség	0,56	Hagyomány	0,42		
Ár	0,36				
Szokások	0,55				

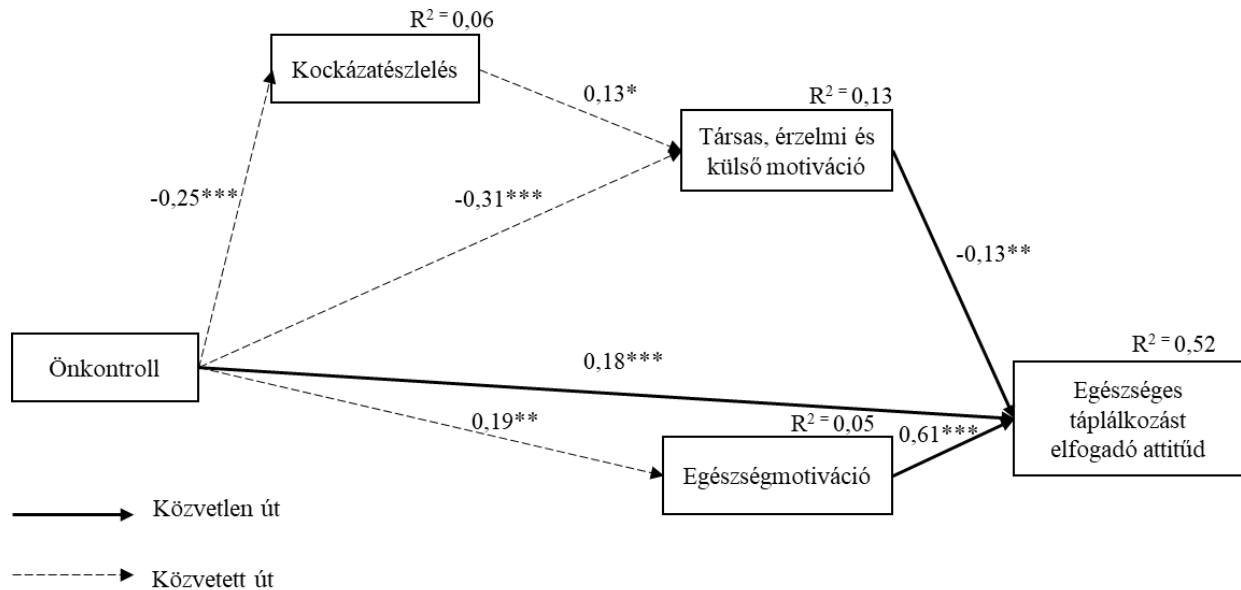
Ezután a változók közötti interkorrelációs kapcsolatokat vizsgáltuk (26. táblázat). Eredményeink alapján az önkontroll negatívan korrelált a kockázateszleléssel ($r=-0,25$, $p<0,001$) és a társas, érzelmi és külső motivációkkal ($r=-0,34$, $p<0,001$), valamint pozitív kapcsolatban állt az egészségmotivációval és az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel ($r=0,37$, $p<0,001$). A kockázateszlelés pozitívan korrelált a társas, érzelmi és külső motivációkkal ($r=0,20$, $p=0,001$) és negatív kapcsolatban állt az egészségmotivációval ($r=-0,14$, $p=0,02$) és az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel ($r=-0,21$, $p<0,001$). Az egészségmotiváció pozitívan ($r=0,66$, $p<0,01$), míg a társas, érzelmi és külső motivációk negatívan ($r=-0,20$, $p<0,001$) korreláltak az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel. A tradíciók és belső motivációk egyik változóval sem korreláltak szignifikánsan, így ezt a változót az útelemzés során nem vettük figyelembe.

26. táblázat. A mért változók közötti interkorrelációs kapcsolatok

	1	2	3	4	5
1. Önkontroll	-				
2. Kockázateszlelés	-0,25***	-			
3. Társas, érzelmi és külső motivációk	-0,34***	0,20**	-		
4. Tradíció és belső motivációk	0,00	0,07	0,05	-	
5. Egészségmotiváció	0,22***	-0,14*	0,01	0,06	-
6. Egészséges táplálkozást elfogadó attitűd	0,37***	-0,21***	-0,20**	0,10	0,66***

Pearson-féle korreláció, * $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Végül megvizsgáltuk azt, hogy az önkontroll, a kockázateszlelés és az étkezési motivációk hogyan befolyásolják az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdöt. A kornak, a nemnek, a szocioökonomiai státusznak és az iskolai végzettségnek az előzetes elemzések alapján nem volt szignifikáns hatása, így ezek nem kerültek bele a végső modellbe. Ugyanez mondható el a pszichológiai faktorok közül az énhatékonyságról és az optimizmus/pesszimizmus változóról. A végső modell (13. ábra) az RMSEA érték ($=0,07$) kivételével jó illeszkedésű volt ($\chi^2(1, n) = 274 = 2,85$, $p=0,10$; CFI=0,03; SRMR=0,03).



13. ábra. Az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdhez kapcsolódó végső modell a szignifikáns utakkal, standardizált becslésekkel, és a megmagyarázott varianciával, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Ebben a standardizált becsléssel létrehozott modellben két, a hipotetikus modellben szereplő út nem volt szignifikáns. Az egyik a kockázatészlelés és az egészségmotiváció közötti ($\beta = -0,09$, $p = 0,14$), a másik pedig szintén a kockázatészlelés, valamint az egészséges táplálkozást elfogadó attitűd közötti ($\beta = -0,60$, $p = 0,18$) út. Az önkontroll szignifikáns és pozitív hatású volt mind közvetlen ($\beta = 0,18$, $p < 0,001$) mind indirekt módon az egészségmotivációval közvetve ($\beta = 0,19$, $p = 0,002$). Továbbá az önkontroll közvetlen módon, de negatívan kapcsolódott a kockázatészleléshez ($\beta = -0,25$, $p < 0,001$) és a társas, érzelmi és külső motivációkhoz is ($\beta = -0,31$, $p < 0,001$). A kockázatészlelésnek direkt hatása volt társas, érzelmi és külső motivációkra ($\beta = 0,13$, $p = 0,03$), és így szintén közvetett módon kapcsolódott az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdhez. Az egészségmotivációnak pozitív ($\beta = 0,61$, $p < 0,001$), míg a társas, érzelmi és külső motivációnak negatív ($\beta = -0,13$, $p = 0,004$) közvetlen hatásuk volt az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdre nézve. Összességében tekintve az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdöt ezen pszichológiai és társas prediktorok 52%-os varianciával jelezték előre.

5.5.2.3 Részösszefoglaló

Ebben a fejezetben fő célom az volt, hogy bemutassam az önkontroll, az étkezési motivációk és a kockázatészlelés szerepét az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdre vonatkozóan. Míg korábbi kutatások interkorrelációs kapcsolatokat tártak fel ezen változók között (pl. Higgs és Thomas, 2016; Renner és Schwarzer, 2005; Verplanken és mtsai, 2005), eredményeinkben nem minden kapcsolat volt ezekkel teljesen összefüggő. Saját eredményeink szerint a kockázatészlelésnek nem volt közvetlen hatása a motivációra. Az önkontroll viszont közvetlen és közvetett módon is kapcsolatban állt az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel. Ez az

eredmény megerősíti az önkontroll szerepét (Adriaanse és mtsai, 2014; Wills és mtsai, 2007). Azonban további kutatások szükségesek, hogy meg tudjuk különböztetni a közvetlen és közvetett hatásait, mivel ahogy McCarthy és munkatársai (2017) is felhívták rá a figyelmet, az önkontroll facilitáló és gátló szerepet is betölthet.

A kockázátészlelésnek mediáló szerepe volt a társas és külső motivációkkal, valamint az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel kapcsolatban. Ellentétben más eredményekkel (Renner és Schwarzer, 2005) a kockázátészlelés kevésbé tölt be kulcsszerepet az egészséges étkezési magatartás kapcsán. Végül mindkét vizsgált étkezési motiváció kapcsolatban állt az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel. A társas és külső motivációk negatívan járultak hozzá az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdhöz, utalva arra, hogy ezek a motivációk (társas normák, ár, vagy az ételek látványa) gátolják az egészséges étkezéshez való hozzáállást. Valóban a társas tényezők elősegítik olyan ételek fogyasztását, amelyek nehezek vagy zsírosak, és negatívan hatnak az egészségre. Ellenben olyan motivációk, amelyek segítik az egészségesebb ételválasztást (pl. a súlykontroll, az egészséges táplálkozás fenntartása, vagy a természetes alapanyagokat tartalmazó ételek választása) pozitív előrejelzői voltak az egészséges étkezést elfogadó attitűdnek. Ez az eredményünk szokatlan a serdülők körében, mivel eddig ilyen hatást csak felnőtteknél állapítottak meg (Steptoe és mtsai, 1995). Fiatalabbaknál inkább a szükségletet és éhségérzetet, a kényelmet, a látványt, a kellemességet, az érzelemszabályozást, a társadalmi normákat és megítélést találták fontosabbnak (Renner és mtsai, 2012). Ezen eredményeink arra utalnak, hogy a serdülők sokkal egészség tudatosabbak, mint ahogy eddig véltük, az alacsonyabb kockázátészlelésük ellenére is.

Összefoglalóan megállapítható az általunk felállított útmodell alapján, hogy 1) az önkontroll fontos szerepet játszik közvetett és közvetlen módon is az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel kapcsolatban, 2) a kockázátészlelés kisebb mértékű mediátor szerepet tölt be, 3) az étkezési motivációk kapcsolódtak az étkezési attitűdhöz, de különböző módon, mégpedig az egészségmotiváció pozitívan, míg a társas és egyéb külső motivációk negatívan. Az általunk felállított előfeltételezések közül részben teljesült, hogy a kockázátészlelés, az önkontroll és az étkezési motivációk direkt módon kapcsolódnak az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdhöz (H10), mivel a kockázátészlelésnek csak indirekt szerepét igazoltuk. Továbbá feltételeztük, hogy az önkontroll kapcsolatot mutat a kockázátészleléssel és az étkezési motivációkkal (H11), amely teljesült. Végül hipotézisünk szerint a kockázátészlelés direkt módon kapcsolódik az étkezési motivációkhoz (H12), amely részben teljesült, mivel a társas, érzelmi és külső motivációkkal kapcsolatban állt a kockázátészlelés, míg az egészségmotivációval nem.

5.6 Az Egészséghit-modell használata serdülők táplálkozási szokásaira vonatkozóan

5.6.1 Serdülők egészségtudatos étkezési magatartása az Egészséghit-modell, illetve az énhatékonyság, az optimizmus és az önkontroll tükrében

Ebben a fejezetben célunk, hogy az Egészséghit-modell elemeinek segítségével és az énhatékonyság, optimizmus és önkontroll, mint pszichológiai változók felhasználásával bemutassuk a vizsgált fiatalok jelenlegi étkezési szokásait (N=440). Vizsgálatunk során arra a kérdésre kerestük a választ, hogy ezek a tényezők milyen mértékben befolyásolják az étkezési szokásaikat, milyen kapcsolat állapítható meg a változók között. További célkitűzésünk volt, hogy feltérképezzük, hogy tapasztalhatók-e nemi különbségek a vizsgált területen.

5.6.1.1 Statisztikai módszer

A statisztikai elemzés során, amelyet az SPSS statisztikai szoftver 22.0. verziójával végeztünk, először korrelációanalízissel a változók közötti kétoldalú kapcsolatokat, illetve független mintás t-próbával a változók közötti nemi különbségeket vizsgáltuk meg. Majd a tudatos étkezést használtuk függő változóként. Többváltozós lineáris regresszióelemzéssel tártuk fel az egész mintára, valamint nemekre vonatkozóan külön-külön, hogy az Egészséghit-modell elemei, valamint a pszichológiai faktorok mekkora mértékben befolyásolják a jelenlegi étkezési státuszra jellemző tudatos étkezést.

5.6.1.2 Eredmények

Elemzésünk során először a vizsgált változók közötti kétoldalú kapcsolatokat tártuk fel. Az 27. táblázat tartalmazza a korrelációs együtthatókat. Az Egészséghit-modell elemei a következőképpen álltak kapcsolatban egymással: az észlelt hajlam és az észlelt súlyosság erős, szignifikánsan pozitív kapcsolatot mutatott egymással ($r=0,44$, $p<0,01$). Az észlelt haszon és az észlelt korlátok közepesen erős, szignifikánsan negatív kapcsolatban álltak ($r=-0,36$, $p<0,01$). Ezen kívül az észlelt korlátok változója az észlelt súlyossággal ($r=0,10$, $p<0,05$) és az észlelt hajlammal ($r=0,12$, $p<0,05$) mutatott kismértékű szignifikáns kapcsolatot. A pszichológiai változók közepesen erős, szignifikánsan pozitív kapcsolatban álltak egymással. Az optimizmus nagyobb mértéke együtt járt a magasabb fokú énhatékonysággal ($r=0,31$, $p<0,01$) és önkontrollal ($r=0,30$, $p<0,01$). Továbbá az önkontroll magasabb mértéke nagyobb fokú énhatékonysággal állt kapcsolatban ($r=0,29$, $p<0,01$). A pszichológiai változók és az Egészséghit-modell egyes elemei között is együttjárás tapasztalható. Az énhatékonyság és az észlelt haszon között szignifikáns pozitív kapcsolatot tártunk fel ($r=0,21$, $p<0,01$). Az optimizmus az észlelt haszonnal ($r=0,26$, $p<0,01$) pozitív, míg az észlelt súlyossággal ($r=-0,16$, $p<0,01$), az észlelt hajlammal ($r=-0,12$, $p<0,05$) és az észlelt korlátokkal ($r=-0,19$, $p<0,01$) negatív kapcsolatban állt. Az önkontroll és az észlelt haszon között pozitív ($r=0,22$, $p<0,01$), valamint az önkontroll és az észlelt súlyosság ($r=-0,11$, $p<0,05$) és észlelt korlátok között negatív ($r=-0,23$, $p<0,01$) kapcsolat állapítható meg. Végül az egészséges étkezés fontossága pozitívan korrelált az énhatékonysággal ($r=0,24$, $p<0,01$), az optimizmussal ($r=0,29$, $p<0,01$), az önkontrollal ($r=0,23$, $p<0,01$), az észlelt

haszonnal ($r=0,41$, $p<0,01$), valamint negatív kapcsolatban állt az észlelt korlátokkal ($r=-0,37$, $p<0,01$).

A tudatos étkezés szignifikánsan pozitív kapcsolatot mutatott az énhatékonysággal ($r=0,26$, $p<0,01$), az optimizmussal ($r=0,28$, $p<0,01$), az önkontrollal ($r=0,33$, $p<0,01$) és az egészséges táplálkozás fontosságával ($r=0,54$, $p<0,01$), valamint negatívan korrelált az észlelt korlátokkal ($r=-0,42$, $p<0,01$). Nemi különbséget találtunk az észlelt súlyosság [$t(378)=-2,02$, $p=0,04$], és az észlelt előnyök [$t(438)=-3,70$, $p<0,01$] tekintetében: mindkét esetben a lányok értékei voltak nagyobbak (27. táblázat).

27. táblázat. A változók leíró statisztikája és korrelációelemzése ($N=440$)

	Átlag (Szórás)	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Észlelt súlyosság	15,6 (9,3)	-							
2. Észlelt hajlam	19,0 (7,1)	0,44**	-						
3. Észlelt haszon	28,3 (5,9)	0,01	0,03	-					
4. Észlelt korlátok	8,7 (4,5)	0,10*	0,12*	-0,36**	-				
5. Énhatékonyság	29,6 (5,2)	-0,05	-0,72	0,21**	-0,08	-			
6. Optimizmus	19,6 (4,4)	-0,16**	-0,12*	0,26**	-0,19**	0,31**	-		
7. Önkontroll	3,0 (0,7)	-0,11*	-0,08	0,22**	-0,23**	0,29**	0,30**	-	
8. Fontosság	10,4 (2,5)	-0,17	0,07	0,41**	-0,37**	0,24**	0,29**	0,23**	-
9. Tudatos étkezés	18,4 (3,8)	-0,08	-0,08	0,41	-0,42**	0,26**	0,28**	0,33**	0,54**

Pearson-féle korreláció, * $p<0,05$, ** $p<0,01$

A 28. táblázat a többváltozós lineáris regresszióelemzés eredményeit mutatja a tudatos étkezés (mint függő változó) és a többi (független) változó között. Látható, hogy a teljes mintát tekintve a jelenlegi tudatos étkezést pozitív irányban legnagyobb mértékben a fontosság ($\beta=0,36$, $p<0,01$) jelezte előre, továbbá az észlelt haszon ($\beta=0,15$, $p<0,01$), az önkontroll ($\beta=0,13$, $p<0,05$), és kismértékben az énhatékonyság ($\beta=0,07$, $p<0,1$). Ezzel szemben negatív irányú prediktornak mondható az észlelt korlátok változója ($\beta=-0,19$, $p<0,01$). A nemeket külön vizsgálva is hasonló összefüggéseket állapíthatunk meg, azzal a különbséggel, hogy a fiúknál szignifikáns bejósoló erővel rendelkezett az észlelt hajlamot mérő változó ($\beta=-0,14$, $p<0,1$), valamint az énhatékonyság ($\beta=0,14$, $p<0,05$), míg a lányoknál ezek a változók nem szerepeltek prediktorként. Mindkét nemnél az egészséges ételek fogyasztásának fontossága volt a legerősebb tényező. Ezek a változók az egész mintán a variancia 41%-át, a fiúknál 39%-át, a lányoknál

pedig 44%-át magyarázták meg. A modellek megbízhatóságát a VIF-mutatóval (Variance Inflation Factor) is megvizsgáltuk, amely alapján a VIF értékek az elfogadható tartományon belül maradtak (< 2) (29. táblázat).

28. táblázat. Az Egészséghit-modell változóinak és egyéb pszichológiai változók szerepe a tudatos étkezésben

Független változók	Standardizált regressziós együttható (β)		
	Összesen	Fiúk	Lányok
Észlelt súlyosság	-0,01	0,09	-0,05
Észlelt hajlam	-0,06	-0,14*	-0,02
Észlelt haszon	0,15***	0,15**	0,15**
Észlelt korlátok	-0,19***	-0,18**	-0,21***
Énhatékonyosság	0,07*	0,14**	0,05
Optimizmus	0,03	-0,01	0,05
Önkontroll	0,13**	0,18**	0,11**
Fontosság	0,36***	0,29***	0,38***
R ²	0,41	0,39	0,44

*p<0,05, **p<0,01

29. táblázat. Kollinearitás-vizsgálat a többváltozós regresszióelemzéshez

Független változók	Összesen		Fiúk		Lányok	
	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia	VIF	Tolerancia
Észlelt súlyosság	1,27	0,79	1,32	0,76	1,28	0,78
Észlelt hajlam	1,29	0,78	1,33	0,75	1,28	0,78
Észlelt haszon	1,33	0,75	1,17	0,86	1,57	0,64
Észlelt korlátok	1,28	0,78	1,35	0,74	1,30	0,77
Énhatékonyosság	1,20	0,84	1,31	0,77	1,21	0,82
Optimizmus	1,26	0,79	1,34	0,75	1,25	0,80
Önkontroll	1,21	0,83	1,15	0,83	1,29	0,77
Fontosság	1,39	0,72	1,48	0,68	1,50	0,67

Tolerancia és VIF (Variance Inflation Factor), a kollinearitás mérőszámai

5.6.1.3 Részösszefoglaló

Jelen vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a serdülők tudatos étkezését hogyan befolyásolják az Egészség-hit-modell elemei, kiegészítve egyes pszichológiai változókkal.

A vizsgált változók közötti korrelációs kapcsolatok feltárása során megállapítható, hogy a fenyegetettséget meghatározó észlelt hajlam és súlyosság pozitív kapcsolatban álltak egymással. Az egyén tehát minél nagyobb mértékben gondolja, hogy ki van téve egy betegségnek, valamint minél nagyobb mértékben tartja ezt a betegséget súlyosnak, annál nagyobb mértékben észleli saját fenyegetettségét (Deshpande, Basil és Basil, 2009; Rosenstock, 1974). Ez azért lényeges, mert intervenció vizsgálatokban, pl. hipertóniás betegek körében végzett étkezési tanácsadás során a betegek életmódbeli változtatására nagyobb az esély, ha felismerik saját veszélyeztetettségüket (Shojaei, Farhadloo, Aein és Vahedian, 2016). Serdülők esetében ezt azért nehezebb megvalósítani, mert ők még kevésbé érzik érintettnek magukat, a jövőbeli kockázatokat hajlamosak alulértékelni. Jelen vizsgálatban az optimizmus mindkét változóval negatív kapcsolatban állt, azonban az utóbbi pszichológiai változó a tudatos étkezéssel is pozitív összefüggést mutatott; ennek alapján arra következtethetünk, hogy ez az optimizmus reális, és azért érzik magukat kevésbé fenyegetettnek a negatív következményektől, mert valóban törekszenek az egészséges étkezésre. Korábbi vizsgálatok szintén arra engednek következtetni, hogy a serdülők kockázateszlelése sokkal reálisabb, mint azt korábban feltételezték (Pikó és Gibbons, 2008).

A betegség megelőzésére irányuló viselkedésváltozásból származó észlelt hasznok és korlátok ellentétesen viszonyultak egymáshoz. Ezek alapján valószínűsíthető, hogy az, aki a viselkedésváltozás pozitívumait részesíti előnyben, kevésbé veszi számításba a változást akadályozó korlátokat. Ezek a korlátok eredményeink szerint az észlelt fenyegetettséggel is pozitív kapcsolatban állnak. Ráadásul a korlátokat jellemző változó mind a tudatos étkezéssel, mind pedig az egészséges étkezés fontosságával negatív kapcsolatot mutat, ugyanakkor a haszon nevű változóval ezek az összefüggések pozitívak. Mivel keresztmetszeti vizsgálatról van szó, ok-okozati viszonyt nem tudunk igazolni; ám feltételezhető, hogy azok, akik a korlátokat észlelik, kevésbé hajlandók tudatosan egészségesen étkezni, míg a haszonra figyelők számára ez fontosabb, és törekednek is rá. Hasonló eredmények alátámasztják jelen megállapításunkat, miszerint az észlelt haszon pozitívan, míg az észlelt korlátok negatívan befolyásolják az egészségviselkedést (Jones és mtsai, 2013; Von Ah, Ebert, Ngamvitroj, Park és Kang, 2004; Wang és Li, 2015).

A pszichológiai változókat tekintve elsőként érdemes kiemelni, hogy azok, akik úgy vélik, hogy sikeresebben megbirkóznak a problémákkal, képesek jobban uralkodni a cselekvéseiken, valamint optimistábbak is. Az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus magasabb szintje a vizsgált serdülők körében az adott viselkedés iránti előnyök/hasznok preferenciáját eredményezheti. Továbbá azok a serdülők, akik optimistábbak, kevésbé gondolják azt, hogy hajlamosak megbetegedni. Szintén jellemző, hogy a nagyobb önkontrollal rendelkező serdülők kevésbé észlelik a viselkedésváltozás által okozott korlátokat. Ezek az eredmények megerősítik a korábbi kutatások megállapításait. (Kelloniemi, Ek és Laitinen, 2005; Renner és Schwarzer, 2005; Verplanken és mtsai, 2005; Von Ah, Ebert, Ngamvitroj, Park és Kang, 2004).

A tudatos étkezés többváltozós regresszió-elemzésének eredményei alapján megállapítható, hogy serdülők körében az egészséges táplálkozásra törekvést legerősebben az jelzi előre, ha a serdülő fontosnak tartja az egészséges táplálkozást. Emellett az önkontrollnak és az énhatékonyság magasabb szintjének lehet meghatározó szerepe, amit korábbi vizsgálatok is megerősítenek (Adriaanse, Kroese, Gillebaart és de Ridder, 2014; Burg, Lechner és de Vries, 1995; Junger és van Kampen, 2010; Parcel és mtsai, 1995). Az optimizmus nem játszik szerepet a többváltozós elemzésben; úgy tűnik, jelentősége inkább az észlelt fenyegetettség szintjének kalibrálásában mutatkozik meg.

A nemek szerinti elemzésből megállapítható, hogy a fiúk egészséges táplálkozásában szerepet játszhat az, hogy az egészségtelen táplálkozásból eredő megbetegedésekkel kapcsolatban mekkora hajlamot tulajdonítanak önmaguknak. Itt szintén utalni kell arra, hogy ok-okozati viszony jelen adatokból nem erősíthető meg, azonban feltételezhető, hogy a tudatos étkezés hiánya összefüggést mutat a nagyobb észlelt fenyegetettséggel (negatív előjel). Ez reális kockázatészlelésre utal, azaz tudatában vannak annak, hogy amennyiben nem étkeznek tudatosan, megnövekedett betegségkockázatnak vannak kitéve a későbbiekben. Lányoknál ez a jelenség nem igazolható. Ez korábbi kutatási eredményeknek is megfelel; a lányok kedvezőbb egészségmagatartása kisebb egészségkockázatot jelent, s ezzel tisztában is vannak (Bérdi és Köteles, 2010). Szintén a fiúkra jellemző, hogy az énhatékonyság, és az általános problémamegoldó készség meghatározó számukra a tudatos étkezés preferálásában; a lányoknál ez a változó nem befolyásolja az étkezést. Annak ellenére, hogy az énhatékonyság pontszámaiban nem volt jelentős nemi eltérés, úgy tűnik, a fiúknak nagyobb szükségük van arra, hogy bízzanak önmagukban a tudatos ételválasztáshoz. Első helyen azonban mindkét nem esetében a fontosság állt.

Összegezve elmondható, hogy eredményeink alapján a vizsgált magyar serdülők többnyire reálisan látják saját fenyegetettségüket az étkezésük egészséges vagy egészségtelen jellege alapján; ugyanakkor ez még nem elég ahhoz, hogy hosszabb távon gondolkodjanak, és változtassanak étkezési szokásaikon. Azok a serdülők, akik fontosnak tartják az egészséges táplálkozást, tudatosan törekednek is arra, hogy egészséges ételeket fogyasszanak, ennek hasznát is látják, ráadásul rendelkeznek megfelelő önkontrollal, optimizmussal és énhatékonysággal, hogy ezt fenntartsák. Azok azonban, akik nem tartják ezt fontosnak, nem is törekszenek rá, és inkább a korlátokat tartják szem előtt, ami megakadályozza őket a változtatásban. A serdülő fiúk különösen veszélyeztetettek, hiszen ha nem rendelkeznek megfelelő énhatékonysággal, nem bíznak eléggé saját döntési képességeikben, kevésbé törekszenek egészséges táplálkozásra; még akkor sem, ha egyébként reálisan látják a jövőbeli kockázatokat. Előzetes feltételezéseink megoszlóak az eredményekkel kapcsolatban. Az észlelt hasznok és korlátok feltételezett szerepe (H13) megerősítésre került eredményeink által is. Úgy tűnik, hogy előzetes feltételezéseinkkel ellentétben az észlelt súlyosság és hajlam, mint a kockázatészlelés elemei, valamint az akciótervek nem befolyásolták az egészségtudatos étkezést (H14, H15). Végül a pszichológiai változók szerepével kapcsolatban eredményeink, miszerint az énhatékonyság és az önkontroll játszik inkább szerepet az egészségtudatos táplálkozásban, részben erősítik meg hipotézisünket (H16).

Mindezek alapján arra következtetünk, hogy az Egészség-hit-modell megfelelő elméleti háttér lehet a serdülők étkezési magatartásának megismerésére. Továbbá hasznos lehet a modellt egyéb pszichológiai tényezőkkel is kiegészíteni, amelyek szintén szerepet játszhatnak az egészséges ételválasztásban.

5.6.2 Az egészséges táplálkozás valószínűsége serdülőknél az Egészség-hit-modell tükrében

A vizsgálat ezen részének fő célja, hogy általa bemutassuk az Egészség-hit-modell hatásait az egészséges étkezés valószínűségére vonatkozóan a már a 4.3.2. fejezetben bemutatott Deshpande, Basil és Basil (2009) kérdőívre alapozva. Úgy feltételezzük, hogy a modell hasznos eszköz lehet abban, hogy feltárjuk a serdülők egészséges táplálkozásának valószínűségét.

5.6.2.1 Statisztikai módszer

A statisztikai elemzéshez az SPSS 22.0. statisztikai szoftvert használtuk. Először az Egészség-hit-modell elemeit meghatározó kérdések pontszámait összeadtuk (a negatív állításokat inverz pontszámoknak tekintve). A statisztikai elemzés során először Pearson-féle korrelációval meghatároztuk a változók közötti kapcsolatokat, annak érdekében, hogy a hipotetikus modell alapját nyújtsák. Ezután útelemzéssel *maximum likelihood* módszerrel teszteltük a modellt, amely során elfogadható modellilleszkedést is definiáltunk: az átlagos négyzetes hiba gyöke (*Root Mean Square Errors of Approximation, RMSEA*) < 0,05; az összehasonlító illeszkedési mutató (*Comparative Fit Index, CFI*) \geq 0,90 és a sztenderdizált átlagos reziduális (*Standardized Root Mean Square Residual, SRMR*) < 0,05 (Hooper, Coughlan és Mullen, 2008). Az útelemzést az SPSS Amos 24.0. verziójával végeztük.

5.6.2.2 Eredmények

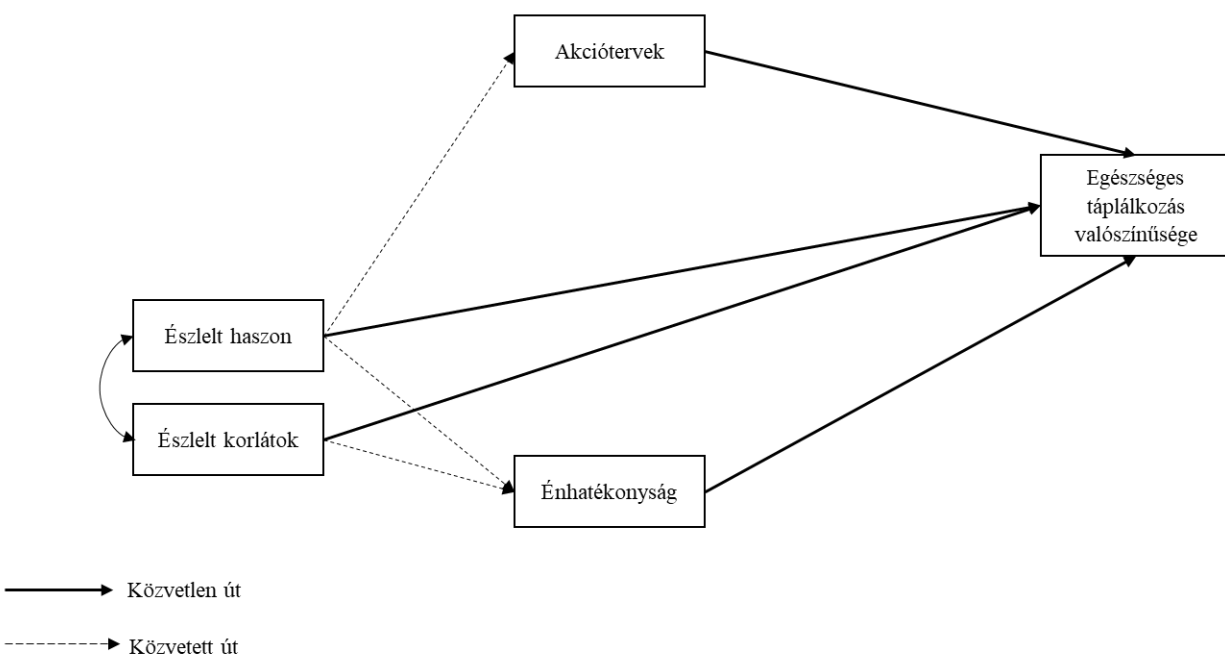
A korrelációs koefficiensek kiszámolásánál számos interkorrelációt találtunk (30. táblázat). Az észlelt súlyosság és az észlelt hajlam pozitívan korrelált egymással ($r=0,44$, $p<0,01$), és kapcsolatban álltak az akciótervek változóval ($r=0,19$, $p<0,01$). Az észlelt előnyök és korlátok változó negatív kapcsolatban voltak egymással ($r=-0,36$, $p<0,01$). Tovább az észlelt előnyök kapcsolódott az akciótervekhez ($r=0,32$, $p<0,01$), az éhhatékonyasághoz ($r=0,51$, $p<0,01$) és az egészséges táplálkozás valószínűségéhez is ($r=0,57$, $p<0,01$). Az észlelt korlátok negatívan korreláltak az éhhatékonyasággal ($r=-0,40$, $p<0,01$) és az egészséges táplálkozás valószínűségével ($r=-0,54$, $p<0,01$). Végül az éhhatékonyaság pozitívan kapcsolatban állt az egészséges táplálkozás valószínűségével ($r=0,64$, $p <0,01$).

30. táblázat. A mért változók közötti interkorrelációs kapcsolatok

	1	2	3	4	5	6
1. Észlelt súlyosság	-					
2. Észlelt hajlam	0,44**	-				
3. Akciótervek	0,19**	0,19**	-			
4. Előnyök	0,01	0,03	0,32**	-		
5. Hátrányok	0,10	0,12	-0,03	-0,36**	-	
6. Énhatékonyság	-0,04	-0,02	0,24**	0,51**	-0,40**	-
7. Egészséges táplálkozás valószínűsége	0,02	0,00	0,32**	0,57**	-0,54**	0,64**

Pearson-féle korreláció, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Ezekre az eredményekre alapozva állítottuk fel a hipotetikus modellünket (14. ábra). Az összes változót, amelynek a korrelációs együtthatója 0,30 alatt volt kizártuk a modelltől, konkrétan az észlelt súlyosságot és az észlelt hajlamot. A modell megalkotása során közvetlen és közvetett kapcsolatokat is feltételeztünk a változók között.

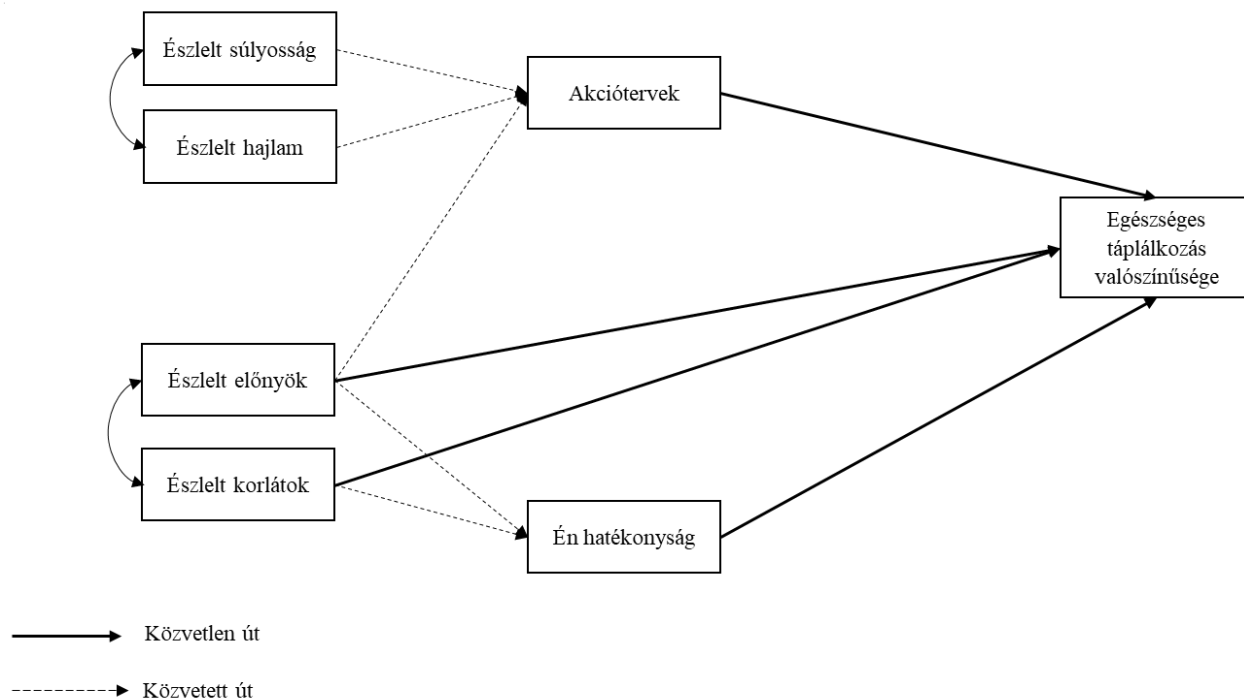


14. ábra. Az egészséges táplálkozás valószínűségének hipotetikus modellje

Elsőként úgy véltük, hogy az észlelt előnyök/korlátok és az énhatékonyság, mint egyéni hiedelmek közvetlen hatással lesznek az egészséges táplálkozás valószínűségére. Másodszor további közvetlen kapcsolatot feltételeztünk az egészséges táplálkozás valószínűsége és az akciótervek között, mint az Egészség-hit-modell cselekvésre vonatkozó változója. Végül,

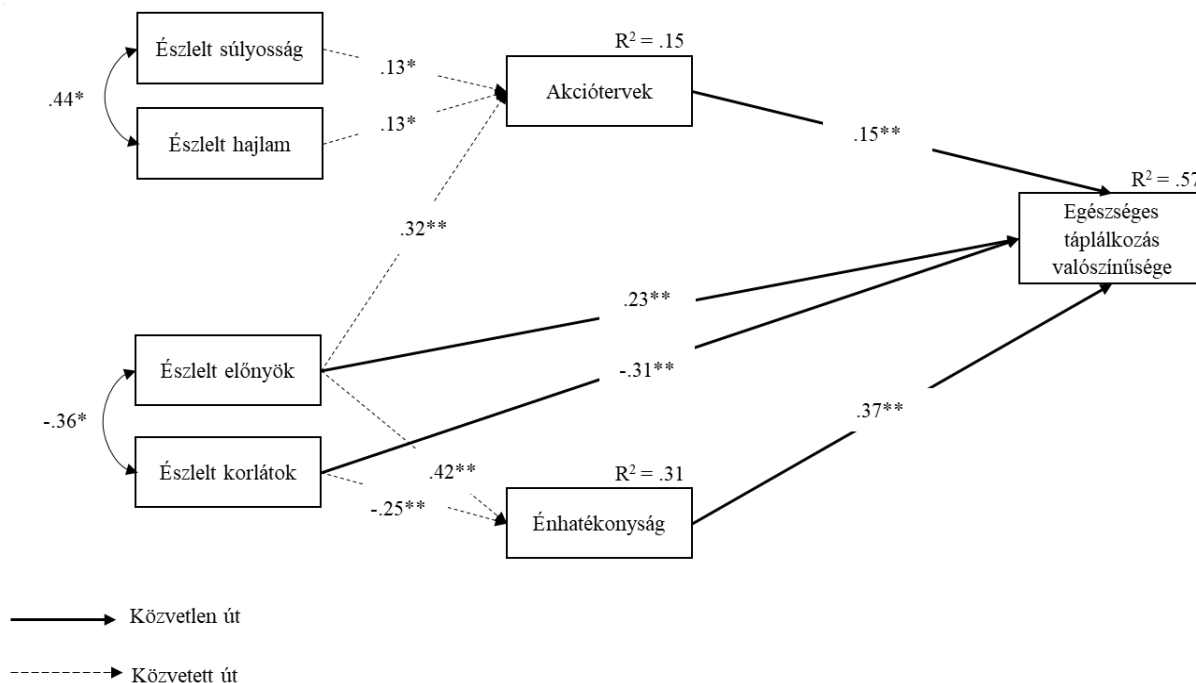
közvetlen kapcsolatot állítottunk fel az észlelt haszon és az akciótervek, az észlelt haszon és az énhatékonyság, valamint az észlelt korlátok és az énhatékonyság között.

A modell lefuttatása során nem mindegyik illeszkedési mutató volt az elfogadható tartományban (RMSEA=0,10, CFI=0,98, SRMR=0,03). Ezért az eredeti hipotetikus modellt módosítottuk úgy, hogy hozzáadtuk az észlelt súlyosság és hajlam változókat, feltételezve a kockázateszlelés szignifikáns hatásait, annak ellenére, hogy a korrelációs koefficienseknek alacsonyabb értékei voltak (15. ábra).



15. ábra. Az egészséges táplálkozás valószínűségének módosított hipotetikus modellje

A végső modell illeszkedési mutatói elfogadhatóak voltak (RMSEA=0,05, CFI=0,99 és SRMR=0,04) (16. ábra).



16. ábra. A végső modell a szignifikáns utakkal és a megmagyarázott varianciával, * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$

Az akciótervek változó ($\beta=0,15$, $p < 0,001$), az észlelt haszon ($\beta=0,23$, $p < 0,001$), az észlelt korlátok ($\beta=-0,31$, $p < 0,001$) és az énhatékonyság ($\beta=0,37$, $p < 0,001$) közvetlen hatással voltak az egészséges táplálkozás valószínűségére. Az észlelt súlyosság ($\beta=0,13$, $p=0,01$) és az észlelt hajlam ($\beta=0,13$, $p=0,001$) közvetett módon állt kapcsolatban az egészséges táplálkozás valószínűségével az akciótervek változón keresztül. Hasonlóan az észlelt előnyök az akciótervek ($\beta=0,32$, $p < 0,001$) és az énhatékonyság ($\beta=0,42$, $p < 0,001$) által közvetett módon is befolyásolja az egészséges táplálkozás valószínűségét. Továbbá az észlelt korlátoknak is van közvetett hatása az egészséges táplálkozás valószínűségére, mégpedig az énhatékonyság által ($\beta=-0,25$, $p < 0,001$). Mindent összegezve az egészséges táplálkozás valószínűségének varianciáját 58%-ban magyarázták az Egészség-hit-modell változói.

5.6.2.3 Részösszefoglaló

A célunk az volt, hogy leteszteljük az Egészség-hit-modellt annak érdekében, hogy megvizsgáljuk az elemeit a vizsgált magyar serdülők egészséges étkezésére vonatkozóan. Mivel korábbi tanulmányok (Jones és mtsai, 2013; Park, 2011) nem adtak átfogó eredményt arról, hogy az Egészség-hit-modell hogyan működik serdülők étkezésével kapcsolatban, így a hipotetikus modellünk elemeit az Egészség-hit-modell elemeinek kétirányú kapcsolataira alapoztuk.

Eredményeink szerint az egészséges étkezés valószínűségét direkt módon határozzák meg az észlelt korlátok és előnyök, az énhatékonyság, valamint a cselekvésre irányuló akciótervek. A korlátok és hasznok tükrében az eredményeink azt mutatják, hogy amikor egy serdülő meg tudja határozni az egészséges étkezés előnyeit, és csökkenteni tudja ebből a magatartásból származó költségek arányát, akkor valószínűbb, hogy elköteleződik az egészséges táplálkozás mellett. Más kutatások is megerősítették ezt az eredményt, pozitív kapcsolatot találva az egészséges táplálkozás és az előnyök között, valamint negatív kapcsolatot találva a korlátokkal (Von Ah, Ebert, Ngamvitroj, Park és Kang, 2004; Wang és Li, 2015). Az énhatékonyság nézőpontjából eredményeink szerint a serdülők sokkal magabiztosabbnak érzik magukat a táplálkozásukat tekintve, mint ahogy azt más kutatások igazolták (Garcia és Mann, 2003, Von Ah és mstai, 2004). Továbbá eredményeink szerint az akciótervek szintén fontos szerepet játszanak az egészséges táplálkozásról való információgyűjtésben, hasonlóan Park (2011) munkájához.

A modellünkben közvetett kapcsolatokat is detektáltunk. Az észlelt súlyosság és az észlelt hajlam közvetlen kapcsolatban állt az akciótervekkel és közvetlenül az egészséges étkezés valószínűségéhez is társult. Ez arra enged következtetni, hogy az észlelt fenyegetettség, azaz a kockázatészlelés, amelyet a serdülők detektálnak az egészséges étkezéssel kapcsolatban, hatással lehet arra, hogy erőfeszítést tegyenek annak érdekében, hogy egészségesen táplálkozzanak. Más kutatások közvetlen kapcsolatokat tártak fel a becsült viselkedés és az észlelt kockázat között (Wang és Li, 2015; Garcia és Mann, 2003). Azonban a kockázatészlelés eltér serdülőkorban az irreális optimizmus és a sérthetlenség illúziója miatt (Milam, Sussman, Ritt-Olson és Dent, 2000).

Az észlelt kockázat és haszn az énhatékonysággal is közvetlen kapcsolatban állt, amely arra enged következtetni, hogy az egészséges étkezéssel kapcsolatos elvárt pozitív és negatív hatások befolyásolják az egyén önmagába vetett hitét. Végül az észlelt haszn és az akciótervek pozitív kapcsolatban álltak egymással, amely azt támasztja alá, hogy az észlelt hasznok befolyásolhatják azokat a stratégiákat, amelyeket az egyén bevet annak érdekében, hogy egészségesebben étkezzon.

Összefoglalásként megállapítható, hogy 1) az észlelt hasznok és korlátok, az énhatékonyság és az akciótervek fontos szerepet töltenek be annak érdekében, hogy meg lehessen becsülni a serdülők egészséges étkezési magatartását, ezzel is alátámasztva hipotéziseinket (H17, H19, H20), 2) az észlelt súlyosság és hajlam, mint kockázatészlelés, csak közvetett kapcsolatban áll serdülők egészséges étkezési magatartásával, így elvethető az előzetes feltételezésünk ezek közvetlen kapcsolatáról (H18). Úgy gondoljuk, hogy ezek az eredmények további kutatásokat alapozhatnak meg a témában. Szükségszerű lehet egy olyan vizsgálat kivitelezése is, amely azt tárja fel, hogy az egészségtelen étkezés milyen tényezőkkel áll kapcsolatban, annak érdekében, hogy teljes képet kapjunk erről a viselkedésről.

6 ÖSSZEGZÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

6.1 Hipotézisek ellenőrzése

A 31. táblázat tartalmazza a 20 hipotézisünket, és azt, hogy melyik az, amelyik megvalósult, melyik nem, vagy csak részben valósult meg.

31. táblázat. Az empirikus kutatás hipotéziseinek összegzése

Hipotézisek	
H1: Feltételezzük, hogy az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus pozitív, míg a pesszimizmus negatív kapcsolatban áll az egészséges ételek választásának gyakoriságával, az egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel.	I
H2: Feltételezzük, hogy az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus negatív, míg a pesszimizmus pozitív kapcsolatban áll az egészségtelen ételek választásának gyakoriságával, a nem egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elutasító attitűddel.	R
H3: Feltételezzük, hogy a kockázateszlelés nagyobb mértéke pozitív kapcsolatban áll az egészséges ételek választásának gyakoriságával, az egészségtudatos étkezési magatartással és egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel.	R
H4: Feltételezzük, hogy a kockázateszlelés nagyobb mértéke negatív kapcsolatban áll az egészségtelenebb ételek választásának gyakoriságával, a nem egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elutasító attitűddel.	R
H5: Feltételezzük, hogy a kockázateszlelés magasabb szintje az egészségtudatos, míg alacsonyabb szintje a nem egészségtudatos étkezést támogatja.	R
H6: Feltételezzük, hogy az egészségmotiváció kapcsolatban áll az egészségesebb ételválasztási preferenciákkal és attitűddel.	I
H7: Feltételezzük, hogy az egészségmotiváció pozitív kapcsolatban áll az egészségtudatos táplálkozással, és negatív kapcsolatban a nem egészségtudatos táplálkozással.	I
H8: Feltételezzük, hogy a társas motivációk negatív kapcsolatban állnak az egészségesebb ételválasztási preferenciákkal.	I
H9: Feltételezzük, hogy a szociabilitás és a társak szerepe negatívan befolyásolja az egészségtudatos táplálkozást, és pozitív kapcsolatban áll a nem egészségtudatos étkezési magatartással.	H
H10: Feltételezzük, hogy a kockázateszlelés, az önkontroll és az étkezési motivációk direkt módon kapcsolódnak az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdhez.	R
H11: Feltételezzük, hogy az önkontroll kapcsolatot mutat a kockázateszleléssel és az étkezési motivációkkal.	I
H12: Feltételezzük, hogy a kockázateszlelés direkt módon kapcsolódik az étkezési motivációkhoz.	R
H13: Feltételezzük, hogy az észlelt haszon változó pozitív, míg az észlelt korlátok negatív szerepet töltenek be a serdülők egészségtudatos étkezésében.	I
H14: Feltételezzük, hogy az észlelt súlyosság és hajlam, mint a kockázateszlelésre vonatkozó elemek, pozitívan járulnak hozzá az egészségtudatos étkezéshez.	H
H15: Feltételezzük, hogy az akciótervek pozitív kapcsolatban állnak az egészségtudatos étkezéssel.	H
H16: Feltételezzük, hogy a pszichológiai tényezők pozitív szerepet töltenek be az egészségtudatos étkezésben.	R
H17: Feltételezzük, hogy az észlelt haszon az észlelt korlátok változó közvetlen és közvetett szerepet is betölt az egészséges táplálkozás valószínűségében.	I
H18: Feltételezzük, hogy az észlelt súlyosság és hajlam direkt módon kapcsolódik az egészséges táplálkozás valószínűségéhez.	H

H19: Feltételezzük, hogy az akciótervek direkt kapcsolatban állnak az egészséges táplálkozás valószínűségével.	I
H20: Feltételezzük, hogy az énhatékonyságnak közvetlen szerepe van az egészséges táplálkozás valószínűségével kapcsolatban.	I

I: igaz, H: hamis, R: részben teljesült

Látható, hogy a felállított előfeltételezéseink közül kilenc teljes mértékben, illetve hat részben igazolódott be. Öt hipotézis pedig nem bizonyult helyesnek. A következőkben a hipotéziseinkre adott következtéseinket foglalom össze

H1: Feltételezzük, hogy az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus pozitív, míg a pesszimizmus negatív kapcsolatban áll az egészséges ételek választásának gyakoriságával, az egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel.

Az egészséges táplálkozás különböző aspektusai és a pszichológiai tényezők közötti kapcsolatra vonatkozó előzetes feltételezéseink teljes mértékben teljesültek. Eredményeink reflektáltak arra, hogy az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus magasabb, illetve a pesszimizmus alacsonyabb szintje együtt járt az egészségesebb ételek választásának gyakoriságával, az egészségtudatosabb étkezési magatartással, valamint az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel.

H2: Feltételezzük, hogy az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus negatív, míg a pesszimizmus pozitív kapcsolatban áll az egészségtelen ételek választásának gyakoriságával, a nem egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elutasító attitűddel.

Az egészségtelen táplálkozás és a pszichológiai változók feltételezett kapcsolatát részben támasztották alá az eredményeink. Az önkontroll alacsonyabb szintje együtt járt az egészségtelenebb ételek választásának gyakoriságával, az egészséges táplálkozást elutasító attitűddel és a nem egészségtudatos táplálkozási magatartással. Az énhatékonyság hasonló szerepe csak az attitűdök és a magatartás szintjén igazolódott, az ételválasztási preferenciák esetében nem. Az optimizmus alacsonyabb szintje pedig csak az egészségtelenebb ételek választásával állt kapcsolatban. Végül a pesszimizmus szerepe elhanyagolható volt az egészségtelenebb táplálkozás tekintetében.

H3: Feltételezzük, hogy a kockázátészlelés nagyobb mértéke pozitív kapcsolatban áll az egészséges ételek választásának gyakoriságával, az egészségtudatos étkezési magatartással és egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel.

A kockázátészlelés és az egészséges táplálkozás kapcsolatára vonatkozó előzetes feltételezéseink részben állták meg a helyüket. Míg a kockázátészlelés magasabb szintje pozitív kapcsolatban állt az ételválasztási preferenciákkal, addig negatívan korrelált az egészséges táplálkozást elfogadó attitűddel és az egészségtudatos táplálkozási magatartással.

H4: Feltételezzük, hogy a kockázatészlelés nagyobb mértéke negatív kapcsolatban áll az egészségtelenebb ételek választásának gyakoriságával, a nem egészségtudatos étkezési magatartással és az egészséges táplálkozást elutasító attitűddel.

A kockázatészlelés és az egészségtelen táplálkozás kapcsolata nem a hipotézisünknek megfelelően igazolódott. A kockázatészlelés magasabb szintje számos esetben pozitív kapcsolatban állt az egészségtelen ételválasztási preferenciákkal, az egészséges táplálkozást elutasító attitűddel és a nem egészségtudatos étkezési magatartással.

H5: Feltételezzük, hogy a kockázatészlelés magasabb szintje az egészségtudatos, míg alacsonyabb szintje a nem egészségtudatos étkezést támogatja

A kockázatészlelés egészségtudatos étkezést befolyásoló hatása részben igazolódott. Eredményeink szerint a kockázatészlelés szerepet játszott a nem egészségtudatos étkezési magatartással kapcsolatban, míg nem volt hatása az egészségtudatos étkezésre.

H6: Feltételezzük, hogy az egészségmotiváció kapcsolatban áll az egészségesebb ételválasztási preferenciákkal és attitűddel.

Az egészségre való törekvés és az egészségesebb ételválasztás közötti feltételezett kapcsolat beigazolódott.

H7: Feltételezzük, hogy az egészségmotiváció pozitív kapcsolatban áll az egészségtudatos táplálkozással, és negatív kapcsolatban a nem egészségtudatos táplálkozással.

Az egészségmotiváció és a táplálkozási magatartás kapcsolatával kapcsolatos hipotézisünk szintén beigazolódott. Eredményeink megerősítették, hogy az egészségmotiváció megléte kapcsolatban áll az egészségtudatos magatartással, illetve ennek hiánya a nem egészségtudatos magatartást támogatja.

H8: Feltételezzük, hogy a társas motivációk negatív kapcsolatban állnak az egészségesebb ételválasztási preferenciákkal és attitűddel.

A társas motivációk és az egészségesebb ételválasztás, az egészségtudatos étkezés és az egészséges táplálkozást elfogadó attitűd között feltételezett negatív kapcsolat szintén beigazolódott.

H9: Feltételezzük, hogy a szociabilitás és a társak szerepe negatívan befolyásolja az egészségtudatos táplálkozást, és pozitív kapcsolatban áll a nem egészségtudatos étkezési magatartással.

Tévesnek bizonyult az a feltételezésünk, miszerint a szociabilitás és a társak szerepe negatívan befolyásolja az egészségtudatos táplálkozást, és facilitálja a nem egészségtudatos étkezési magatartást.

H10: Feltételezzük, hogy a kockázatészlelés, az önkontroll és az étkezési motivációk direkt módon kapcsolódnak az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdhöz.

A kockázatészlelés, az önkontroll és az étkezési motivációk direkt szerepével kapcsolatos hipotézisünk részben teljesült, mivel a kockázatészlelésnek csak az indirekt szerepét igazoltuk.

H11: Feltételezzük, hogy az önkontroll kapcsolatot mutat a kockázatészleléssel és az étkezési motivációkkal.

Feltételezésünk, miszerint az önkontroll kapcsolatot mutat a kockázatészleléssel és az étkezési motivációkkal is, beigazolódott.

H12: Feltételezzük, hogy a kockázatészlelés direkt módon kapcsolódik az étkezési motivációkhoz.

A kockázatészlelés és az étkezési magatartás direkt kapcsolatát nem sikerült eredményeinkkel alátámasztani.

H13: Feltételezzük, hogy az észlelt haszon változó pozitív, míg az észlelt korlátok negatív szerepet töltenek be serdülők egészségtudatos étkezésében.

Az észlelt hasznok és észlelt korlátok serdülők egészségtudatos étkezésében betöltő szerepe hipotézisünk szerint alakult.

H14: Feltételezzük, hogy az észlelt súlyosság és hajlam, mint a kockázatészlelésre vonatkozó elemek, pozitívan járulnak hozzá az egészségtudatos étkezéshez.

Az észlelt súlyosság és hajlam, mint kockázatészlelés, az egészségtudatos étkezést facilitáló szerepe kutatásunkban nem igazolódott. Eredményeink szerint ezek a változók nem befolyásolták ezt a magatartásformát.

H15: Feltételezzük, hogy az akciótervek pozitív kapcsolatban állnak az egészségtudatos étkezéssel.

Előzetes feltevésünkkel ellentétben az egészséges táplálkozáshoz kialakított akciótervek sem jelezték előre a magatartás kimenetelét.

H16: Feltételezzük, hogy a pszichológiai tényezők pozitív szerepet töltenek be az egészségtudatos étkezésben.

A pszichológia tényezők szerepével kapcsolatos hipotézisünk esetén csak az énhatékonyság és az önkontroll szerepe igazolódott kutatásunkban, az optimizmusé nem.

H17: Feltételezzük, hogy az észlelt haszon az észlelt korlátok változó közvetlen és közvetett szerepet is betölt az egészséges táplálkozás valószínűségében.

Az egészséges táplálkozás valószínűségére vonatkoztatva hipotézisünk beigazolódott, miszerint az észlelt korlátok és hasznok direkt és indirekt módon is kapcsolatban állnak vele.

H18: Feltételezzük, hogy az észlelt súlyosság és hajlam direkt módon kapcsolódik az egészséges táplálkozás valószínűségéhez.

Az egészséges táplálkozás valószínűségére vonatkoztatva az észlelt súlyosság és hajlam direkt szerepe nem igazolódott, így az ezzel kapcsolatos hipotézisünk elvetésre került.

H19: Feltételezzük, hogy az akciótervek direkt kapcsolatban állnak az egészséges táplálkozás valószínűségével.

Az egészséges táplálkozás valószínűségében az akciótervek fontos szerepet töltek be, ezzel is alátámasztva az erre vonatkozó hipotézisünket.

H20: Feltételezzük, hogy az énhatékonyságnak közvetlen szerepe lesz az egészséges táplálkozás valószínűségével kapcsolatban.

Eredményeink alapján az énhatékonyság közvetlen kapcsolatban állt az egészséges táplálkozás valószínűségével, ezzel alátámasztva előzetes feltevésünket is.

6.2 Az eredmények értelmezése

Jelen értekezésben képet kaphattunk arról, hogy az étkezési motivációk, a táplálkozással kapcsolatos kockázatészlelés és a pszichológiai tényezők közül az énhatékonyság, az önkontroll és az optimizmus/pesszimizmus milyen kapcsolatban áll a serdülők étkezési magatartásával. Adatainkat igyekeztünk nemcsak együttjárások szintjén vizsgálni, hanem olyan statisztikai módszerek felhasználásával is, amelyek mélyebb ok-okozati összefüggéseket is képesek alátámasztani. Eredményeink így segíthetnek abban, hogy jobban megértsük a magyar serdülők táplálkozási szokásait, felhasználva ezeket különböző intervenciós programokban, valamint nemzetközi összehasonlításokban. Kutatásunk értéke közé tartozik, hogy eddig nem született más hasonló vizsgálat, amely serdülők táplálkozását vizsgálná ezen változók mentén, így alapot nyújthat további kutatások számára hazánkban és külföldön egyaránt.

A vizsgált pszichológiai változók közül főként az énhatékonyságnak és az önkontrollnak volt szerepe a magyar serdülők étkezési magatartásában. Úgy véljük, hogy ez a két tulajdonság nagyon fontos szerepet tölt be abban, hogy egyrészt a serdülők kontrollálni tudják a magatartásukat, másrészt, ha elköteleződnek egy cél mellett, el tudják hinni, hogy azt meg tudják valósítani. Az optimizmus mértékének szerepe kisebb mértékű, amely azonban nem jelenti azt, hogy teljes mértékben elhanyagolhatjuk. Ezeknek a pszichológiai tényezőknek az erősítése elősegítheti a megfelelő táplálkozási szokások fenntartását.

A kockázatészleléssel kapcsolatban számos nem várt eredmény született. Megállapítható, hogy a szerepe nem egyértelmű. Mivel eddig a kockázatészlelés és a táplálkozás kapcsolatát nem vizsgálták magyar serdülők körében, így nem tudom eredményeinket összevetni egyéb eredményekkel, ezáltal a következtetések levonása is részleges lehet. Eredményeink alátámasztják, hogy a magyar serdülők általánosságban tisztában vannak azzal, hogy az egészségtelen táplálkozás számos negatív hatással jár együtt, de véleményünk szerint nem tekintik ezeket a kockázatokat veszélyesnek saját magukra vonatkozóan. Ezt a torzítást alátámaszthatja az irreális optimizmus jelensége is, amely nagyon jellemző erre a korosztályra. A kockázatészleléssel kapcsolatban fontos, hogy a serdülők átfogó tudást szerezzenek arról, hogy a

táplálkozással kapcsolatos betegségek nemcsak később veszélyeztetik őket, hanem már fiatal korukban is. Fontos megállapítás az is, hogy egyes esetekben hiába tudják és észlelik az egészségtelegebb táplálkozással kapcsolatos kockázatokat, ennek ellenére mégis fogyasztanak ilyen típusú ételeket.

Kutatásunk kiterjedt a táplálkozással kapcsolatos motivációk vizsgálatára is. Ebben az esetben a motiváció kifejezés félreérthető lehet, mert nem a mainstream pszichológiai motivációelmélet állt a kutatásunk háttérében, hanem inkább azok a tényezők, amelyek az egyén étkezési magatartását befolyásolhatják. A motivációk közül kiemelt szerepet kapott az egészségre való törekvés, amely mind attitűd, mind magatartás szinten kapcsolatot mutatott az egészségtudatos étkezéssel. A motivációk egy másik típusa volt a társas motiváció, mivel serdülőkorban a szülői példa követése mellett erőteljesen megjelenik a társas hatások szerepe is számos viselkedés terén. Eredményeink ebből a szempontból meglepőek lehetnek, mivel a társak szerepe nem mutatott ok-okozati kapcsolatot az egészségtudatos étkezési magatartással és attitűddel, csak együttjárás szinten. Véleményünk szerint az étkezési motivációk feltárása és szerepük további kutatásokat alapozhatnak meg, mivel fontos szerepet játszanak az étkezési magatartásban.

Kutatásunkban, ahogy már említettem, nemcsak együttjárásokat vizsgáltunk, hanem különböző modelleket állítottunk fel annak érdekében, hogy a mélyebb kapcsolati viszonyokat is feltérképezhessük. Ezek a modellek kétféleképp jelentek meg a vizsgálatunkban. Egyrészt a változókat lineáris regresszióval elemeztük, és az alapján vált megismerhetővé, hogy melyek azok a változók, amelyek együttesen meg tudják magyarázni az étkezési magatartást. Ezek a modellek megerősítették az éhhatékonyaság és az önkontroll, valamint az egészségmotiváció szerepét az egészséges táplálkozással kapcsolatban, illetve láthatóvá vált, hogy a kockázateszlelésnek elhanyagolható szerep jutott. A másik módszer az útelemzés volt, amely során egy egyéni modellt állítottunk fel a szakirodalomra és előzetes eredményekre alapozva, illetve az Egészséghit-modellt alapul véve ellenőriztük hipotéziseinket. Az Egészséghit-modell segítségével elméleti alapot tudtunk biztosítani feltételezéseinknek. Az Egészséghit-modell változói közül megbizonyosodhattunk arról, hogy a viselkedésváltozás következményeként észlelt hasznok és a változást megakadályozó korlátok a serdülők körében is szerepet játszottak abban, hogy egészségesebben étkezzenek. A kockázateszlelés szerepe az Egészséghit-modellben vizsgált módon is korlátozott volt.

Vizsgálatunkban csak egyetlen esetben nem tértünk ki a nemi különbségek szerepére, mivel általánosságban szerettünk volna képet kapni arról, hogy melyek azok a tényezők, amelyek szerepet játszanak a serdülők táplálkozási szokásaiban. A motivációk szintjén eredményeink szerint a fiúkat inkább az ételek ára, míg a lányokat az ételek kedvelése és az érzelemszabályozás motiválta. A nemek közötti különbségek további feltárása számos új kutatási témát alapozhat meg.

Elemzéseink során számos esetben számoltunk a szocioökonómiai változókkal, viszont meglepő módon főleg az útelemzésnél sem az anyagi helyzetnek, sem a családi állapotnak, sem a lakóhelynek nem volt sem közvetett, sem közvetlen hatása.

6.3 A kutatás korlátai és további kutatási irányok

Kutatásunk során számos olyan eredmény született, amely felhasználható mind elméleti alapként, mind a gyakorlatban. Azonban vizsgálatunknak számos olyan korlátja van, amely az eredmények értelmezésének óvatosságára hívja fel a figyelmet. Először is meg kell említenünk, hogy a vizsgálati mintánk nem reprezentálja a teljes hazai serdülő populációt, amely az eredmények általánosítását így nem teszi lehetővé. Túlsúlyban vannak a gimnazisták, amely torzító lehet. Továbbá, mivel adatfelvételünk keresztmetszeti jellegű, teljes mértékű ok-okozati összefüggés igazolására nem alkalmas. Jelenleg önbevalláson alapuló módszerrel mértük fel az étkezési magatartást, amelyet a jövőben a validitás fokozása érdekében bővíteni lehetne interjúkkal vagy táplálkozási napló alkalmazásával. Fontos azt is megjegyezni, hogy bár az Egészséghit-modell hasznosnak bizonyult, a modell egyik alapvető kritikája, hogy kizárólag az egyéni, és szinte kizárólag a kognitív tényezőket veszi figyelembe, miközben a legtöbb esetben nem ezek, vagy nem csupán ezek befolyásolják táplálkozási szokásainkat. Serdülőket vizsgálva ez különösen fontos lehet, hiszen más hatás (pl. szülői befolyás vagy az iskolai étkeztetés jellege) is meghatározó lehet az ételválasztásukban, mint ahogy a motivációk széles skálája vagy egyéb környezeti tényezők is, amit korábbi vizsgálatok igazoltak (Glanz, Sallis, Saelens és Frank, 2005; Story, Neumann-Sztainer és French, 2002; Szabó és Pikó, 2017).

Vizsgálatunk eredményei a későbbiekben iskolai prevenció programokban is felhasználhatók, mivel igazolják, hogy az Egészséghit-modell elemei, valamint az önkontroll és az énhatékonyság szerepet játszanak az egészséges táplálkozásban. Iskolapszichológus vagy mentálhigiénikus bevonásával indokolt lehet a fiatalok énhatékonyságának és önkontrolljának a fejlesztése. Fontos lenne továbbá ezen programok keretében az észlelt fenyegetettség megismerésének érdekében az egészségkockázatok megbeszélése, valamint az észlelt hasznok és korlátok közös feltárása. Ezentúl eredményes lehet az egészséges táplálkozásról való beszélgetés is, főként az egyéni motivációkat előtérbe helyezve, amely során megismerhetnénk, hogy ki mi alapján választja ki az ételeit, és mit tesz azért, hogy egészségesen táplálkozzon, valamint ennek esetleges akadályait is. Ilyen programok lehetnek csoportos foglalkozások, ahol akár a pszihodráma elemeit is fel lehetne használni az önismeret fejlesztése érdekében. Az ételválasztás követésére akár telefonos applikációt is lehetne használni. Az önkontroll és az énhatékonyság fejlesztésére szintén lehetne csoportos foglalkozásokat tartani. Az önkontroll fejlesztésére például Berkman (2016) önkontroll tréning módszerét alapul véve, - amely szerint két hétre előre kell kijelölni, hogy mit szeretne az adott egyén kontrollálni, amelyeket utána közösen beszélnek meg - , lehetne a táplálkozással kapcsolatban is célokat megfogalmazni.

Jövőbeli kutatásokban az étkezési magatartás részletesebb és sokoldalúbb feltárása is célszerű lenne, hiszen a hiedelmek, a meggyőződések és a motivációk, valamint a korlátok megismerése ugyanolyan fontos, mint a tényleges ételválasztás elemzése. Mivel a serdülők táplálkozási szokásainak alakulása hosszú távon is meghatározó az egészségi állapotuk alakulásában, vizsgálatuk prioritást kell, hogy élvezzen.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsőként szeretném megköszönni témavezetőmnek, dr. Pikó Bettinának közös munkánkat. Az elmúlt években nyújtott támogatása, szakmai iránymutatása és útmutatása nagyban hozzájárult a kutatás sikeréhez, és az ebből születő számos tanulmány megszületéséhez. Továbbá szeretném megköszönni az SZTE Neveléstudományi Doktori Iskola összes oktatójának, hogy szakmai tapasztalataikkal segítséget nyújtottak.

Szeretném megköszönni hallgatótársaimnak a sok biztatást és támogatást, amit kaptam tőlük.

Köszönöm a kutatásban részt vett iskoláknak is, akik segítségével nélkül a vizsgálat nem készülhetett volna el. Öröm volt velük dolgozni, és köszönöm, hogy időt szakítottak rám.

És végül köszönöm férjemnek és barátaimnak a sok türelmet, támogatást és segítséget, amelyet biztosítottak kutatómunkám alatt.

IRODALOMJEGYZÉK

- Adams, R. J., Piantadosi, C., Ettridge, K., Miller, C., Wilson, C., Tucker, G., és Hill, C. L. (2013). Functional health literacy mediates the relationship between socio-economic status, perceptions and lifestyle behaviors related to cancer risk in an Australian population. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.001>
- Ádány, R. (2006): A megelőző orvostan és népegészség tárgya. In: Ádány Róza (szerk.): *Megelőző orvostan és népegészségügy*, 13-34. Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Adriaanse, M. A., Kroese, F. M., Gillebaart, M., és De Ridder, D. T. D. (2014). Effortless inhibition: Habit mediates the relation between self-control and unhealthy snack consumption. *Frontiers in Psychology*, 5(444). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00444>
- Affenito, S. G. (2007). Breakfast: A Missed Opportunity. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(4), 565–569. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.01.011>
- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., és Murray, C. J. L. (2017). Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ali, M. M., Amialchuk, A., és Heiland, F. W. (2011). Weight-Related Behavior among Adolescents: The Role of Peer Effects. *PLoS ONE*, 6(6), e21179. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021179>
- Allsop, S., Saunders, B., és Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95(1), 95–106. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.9519510.x>
- Amine, E. K., Baba, N. H., Belhadj, M., Deurenberg-Yap, M., Djazayery, A., Forrestre, T. és Yach, D. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organization - Technical Report Series. [https://doi.org/10.1016/S0031-3025\(16\)36541-2](https://doi.org/10.1016/S0031-3025(16)36541-2)
- Antal, E., Schmidt, J. és Judit-Bíró, L. (2015). Mennyit? Miért? Hogyan? Táplálkozás és folyadékfogyasztás. In Falus András és Melicher Dóra (szerk.): *Sokszínű egészségtudatosság*. SpringMed Kiadó, Budapest, 23-36.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Apáczai Csere János (1959): *Magyar Encyclopaedia*. Budapest: Szépirodalmi Kiadó.

- Aspinwall, L. G., és Brunhart, S. M. (1996). Distinguishing Optimism from Denial: Optimistic Beliefs Predict Attention to Health Threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(10), 993–1003. <https://doi.org/10.1177/01461672962210002>
- Aspinwall, L. G., és Taylor, S. E. (1992). Modeling Cognitive Adaptation: A Longitudinal Investigation of the Impact of Individual Differences and Coping on College Adjustment and Performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 989–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.989>
- Ball, K., Jeffery, R. W., Abbott, G., McNaughton, S. A., és Crawford, D. (2010). Is healthy behavior contagious: Associations of social norms with physical activity and healthy eating. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 86. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-86>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, 44(9), 1175–1184. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: Freeman.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, 13(4), 623–649. <https://doi.org/10.1080/08870449808407422>
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Barabás K. és Nagy L. (2012). Egészségi állapot, egészségmagatartás. In Csapó Benő (szerk.): *Mérlegen a magyar iskola*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 477-511.
- Bárdos, Gy. (2001). Magatartás-élettan. In Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 67-90.
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Muraven, M., és Tice, D. M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1252–1265. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1252>
- Becker, M. H. (1974): The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324–508.

- Bérdi, M., és Köteles, F. (2010). Az optimizmus mérése: Az Életszemlélet Teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65(2), 273-294. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.65.2010.2.7>
- Berkey, C. S., Willett, W. C., Frazier, A. L., Rosner, B., Tamimi, R. M., Rockett, H. R. H., és Colditz, G. A. (2010). Prospective study of adolescent alcohol consumption and risk of benign breast disease in young women. *Pediatrics*, 125(5), e1081. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-2347>
- Berkman, E. T. (2016). *Self-regulation training*. In K. D. Vohs és R. F. Baumeister (Szerk.), *Handbook of self-regulation: research, theory and applications* (3rd ed.) (pp. 440–457). New York: Guilford.
- Bhupathiraju, S. N., és Tucker, K. L. (2011). Coronary heart disease prevention: Nutrients, foods, and dietary patterns. *Clinica Chimica Acta*, 412(17-18), 1493-1514. <https://doi.org/10.1016/j.cca.2011.04.038>
- Bíró L, Arató Gy, Antal E, Pilling R. (2017). National representative study of nutrition among 11-18-year-olds. [11-18 évesek országos reprezentatív táplálkozási felmérése.? A Magyar Táplálkozástudományi Társaság XLII. Vándorgyűlésén elhangzott előadás, Siófok, 2017. október 12-14. p. 21.
https://www.doki.net/tarsasag/taplalkozas/upload/taplalkozas/document/xlii_vandorgyules_programja_20171030.pdf?web_id= (Elérve: 2018.06.06)
- Boals, A., vanDellen, M. R., és Banks, J. B. (2011). The relationship between self-control and health: The mediating effect of avoidant coping. *Psychology and Health*, 26(8), 1049–1062. <https://doi.org/10.1080/08870446.2010.529139>
- Boehm, J. K., és 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>
- Booth - Kewley, S., és Vickers, R. R. (1994). Associations between Major Domains of Personality and Health Behavior. *Journal of Personality*, 62(3), 281–298. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00298.x>
- Borbála, P., Zsolt, D., Adrienn, N., Eszter, N., Béla, B., és Katalin, F. (2006). A magyarországi iskolai drogprevenciós programok jellemzői. *Addiktológia*, 5(1-2), 5-36.
- Borbás, I., Gödeny, S., Juhász, J., Kincses, Gy., Mihalicza, P., Pekli, M. és mtsai. (2008): Egészségtudományi fogalomtár. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság. <https://fogalomtar.aeek.hu>. 2020.05.19-ei megtekintés.

- Bradley, K. L., Goetz, T., és Viswanathan, S. (2018). Toward a contemporary definition of health. *Military Medicine*, 183(3), 204-207. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy213>
- Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L., és Herrington, J. E. (2004). Risk Perceptions and Their Relation to Risk Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 125–130. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2702_7
- Brug, J., Lechner, L., és De Vries, H. (1995). Psychosocial determinants of fruit and vegetable consumption. *Appetite*, 25(3), 285–296. <https://doi.org/10.1006/appe.1995.0062>
- Butler, G. K. L., és Montgomery, A. M. J. (2005). Subjective self-control and behavioural impulsivity coexist in anorexia nervosa. *Eating Behaviors*, 6(3), 221–227. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.11.002>
- Byrne, S., Barry, D., és Petry, N. M. (2012). Predictors of weight loss success. Exercise vs. dietary self-efficacy and treatment attendance. *Appetite*, 58(2), 695–698. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.005>
- Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A., és Cohen, R. D. (1991): Physical activity and depression: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 134, 220-231.
- Carter, K. F., és Kulbok, P. A. (2002). Motivation for health behaviours: a systematic review of the nursing literature. *Journal of advanced nursing*, 40(3), 316–330. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02373.x>
- Carver, C., Scheier, M. és Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.
- Casey, B. J. (2015). Beyond Simple Models of Self-Control to Circuit-Based Accounts of Adolescent Behavior. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 295–319. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015156>
- Cerully, J. L., Klein, W. M. P., és McCaul, K. D. (2006). Lack of acknowledgment of fruit and vegetable recommendations among nonadherent individuals: Associations with information processing and cancer cognitions. *Journal of Health Communication*, 11(1), 103–115. <https://doi.org/10.1080/10810730600637491>
- Cha, E. S., Kim, K. H., Lerner, H. M., Dawkins, C. R., Bello, M. K., Umpierrez, G., és Dunbar, S. B. (2014). Health literacy, self-efficacy, food label use, and diet in young adults. *American Journal of Health Behavior*, 38(3), 331–339. <https://doi.org/10.5993/AJHB.38.3.2>
- Champion, V. L., és Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, és K. Viswanath (Szerk.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (p. 45–65). San Francisco: Jossey-Bass.

- Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, A., és Marmot, M. (2007). Social inequalities in self reported health in early old age: Follow-up of prospective cohort study. *British Medical Journal*, 334(7601), 990–993. <https://doi.org/10.1136/bmj.39167.439792.55>
- Chang, C. (2009). Psychological motives versus health concerns: Predicting smoking attitudes and promoting antismoking attitudes. *Health Communication*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/10410230802465241>
- Chang, E. C., Maydeu-Olivares, A., és D’Zurilla, T. J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relationship to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23(3), 433–440. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)80009-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)80009-8)
- Charlier, P., Coppens, Y., Malaurie, J., Brun, L., Kepanga, M., Hoang-Opermann, V., Hervé, C. (2017). A new definition of health? An open letter of autochthonous peoples and medical anthropologists to the WHO. *European Journal of Internal Medicine*, 37, 33–37. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.06.027>
- Chock, T. M. (2011). The Influence of Body Mass Index, Sex, and Race on College Students’ Optimistic Bias for Lifestyle Healthfulness. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 43(5), 331–338. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2010.09.016>
- Cockerham, W.C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67.
- Cockerham, W. C. (2012). *Medical Sociology*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice-Hall.
- Cockerham, W. C. (2014). *Health Behavior*. In *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior and Society*, 764-766. doi:10.1002/9781118410868.wbehibs296
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Corkins, M. R., Daniels, S. R., de Ferranti, S. D., Golden, N. H., Kim, J. H., Magge, S. N., és Schwarzenberg, S. J. (2016). Nutrition in Children and Adolescents. *Medical Clinics of North America*, 100(6), 1217-1235. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.06.005>
- Costa, P. T. és McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costello, A. B., és Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 10(10), 1-9.
- Croker, H., Whitaker, K. L., Cooke, L., és Wardle, J. (2009). Do social norms affect intended food choice? *Preventive Medicine*, 49(2–3), 190–193. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2009.07.006>

- Cusatis, D. C., és Shannon, B. M. (1996). Influences on adolescent eating behavior. *Journal of Adolescent Health*, 18(1), 27–34. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(95\)00125-C](https://doi.org/10.1016/1054-139X(95)00125-C)
- Csabai, M. (2001). Az egészségpszichológia mint diszciplína. In Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 161-175.
- Csabai M. és Molnár P. (2009): *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest: Medicina.
- Dunlop S, Swales K, Trebeck K. (2012). *Oxfam Humankind Index: the new measure of Scotland's prosperity*. United Kingdom: Oxfam GB.
- de Kemp, R. A. T., Vermulst, A. A., Finkenauer, C., Scholte, R. H. J., Overbeek, G., Rommes, E. W. M., és Engels, R. C. M. E. (2009). Self-Control and Early Adolescent Antisocial Behavior. *The Journal of Early Adolescence*, 29(4), 497–517. <https://doi.org/10.1177/0272431608324474>
- deRidder, D. (2000): *Gender, sex and coping: do women handle stressful situations differently from men*. In: Sherr, L. és Lawrence, J. St. (szerk.): *Women, health and the mind*. Chichester: Wiley.
- de Ridder, D., Lensvelt-Mulders, G., Finkenauer, C., Stok, F. M., és Baumeister, R. F. (2012). Taking Stock of Self-Control: A Meta-Analysis of How Trait Self-Control Relates to a Wide Range of Behaviors. *Personality and Social Psychology Review*, 16(1), 76–99. <https://doi.org/10.1177/1088868311418749>
- Deci, E. L., és Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology* 49, 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>
- Dember, W. N., Martin, S. H., Hummer, M. K., Howe, S. R., és Melton, R. S. (1989). The measurement of optimism and pessimism. *Current Psychology*, 8(2), 102–119. <https://doi.org/10.1007/BF02686675>
- Deshpande, S., Basil, M. D., és Basil, D. Z. (2009). Factors influencing healthy eating habits among college students: An application of the health belief model. *Health Marketing Quarterly*, 26(2), 145–164. <https://doi.org/10.1080/07359680802619834>
- DeWit, D. J., Adlaf, E. M., Offord, D. R., és Ogborne, A. C. (2000). Age at first alcohol use: A risk factor for the development of alcohol disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 745–750. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.745>
- Dickerson, J. B., Smith, M. L., Sosa, E., McKyer, E. L., és Ory, M. G. (2012). Perceived risk of developing diabetes in early adulthood: Beliefs about inherited and behavioral risk factors across the life course. *Journal of Health Psychology*, 17(2), 285–296. <https://doi.org/10.1177/1359105311412840>

- DiClemente, C. C., és Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7(2), 133–142. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7)
- Diderchsen, F., Evans, T., és Whitehead, M. (2001): *The Social Basis of Disparities in Health*. In: Evans, T., Whitehead, M., Diderchsen, F., Bhuiya, A. és Wirth, M. (szerk.): Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press.
- Diethelm, K., Jankovic, N., Moreno, L. A., Huybrechts, I., De Henauw, S., De Vriendt, T., ... Kersting, M. (2012). Food intake of European adolescents in the light of different food-based dietary guidelines: Results of the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutrition*, 15(3), 386–398. <https://doi.org/10.1017/S1368980011001935>
- Dohle, S., Keller, C., és Siegrist, M. (2010). Examining the Relationship Between Affect and Implicit Associations: Implications for Risk Perception. *Risk Analysis*, 30(7), 1116–1128. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2010.01404.x>
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *British Medical Journal*, 323(1061). <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7320.1061>
- Duncan, S. C., Alpert, A., Duncan, T. E., és Hops, H. (1997). Adolescent alcohol use development and young adult outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(1), 39–48. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(97\)00137-3](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(97)00137-3)
- Edgar, L., Remmer, J., Rosberger, Z., és Fournier, M. A. (2000). Resource use in women completing treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9(5), 428–438. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200009/10\)9:5<428::AID-PON481>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200009/10)9:5<428::AID-PON481>3.0.CO;2-L)
- Edmunds, J., Ntoumanis, N., és Duda, J. L. (2007). Adherence and well-being in overweight and obese patients referred to an exercise on prescription scheme: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(5), 722–740. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.07.006>
- Eertmans, A., Victoir, A., Vansant, G., és Van den Bergh, O. (2005). Food-related personality traits, food choice motives and food intake: Mediator and moderator relationships. *Food Quality and Preference*, 16(8), 714–726. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2005.04.007>
- Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G., és Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(9), 1194–1198. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.9.1194>
- El Sayed, S., és Humble, S. (2018). Learned optimism: An alternative approach to the half empty glass. *Bulletin (Law Society of South Australia)*. 40(7). 33-35.
- Emmons, R. A. (1999). *The Psychology of ultimate concerns*. New York: Guilford.

- EUROSTAT. (2016). Self-perceived health statistics. Elérhető: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics.
- Ezzati, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., és Murray, C. J. L. (2002). Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360(9343), 1347–1360. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11403-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11403-6)
- Fairclough, S., és Stratton, G. (2005). Improving health-enhancing physical activity in girls' physical education. *Health education research*, 20(4), 448–457. <https://doi.org/10.1093/her/cyg137>
- Falus, A. (2015). Egészséges életmód: Tudatos epigenetika. In Falus András és Melicher Dóra (szerk.): *Sokszínű egészségtudatosság*. SpringMed Kiadó, Budapest, 17-22.
- Feith, H. J. és Falus, A. (2019). *Egészségfejlesztés és nevelés. A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Fielding-Singh, P. (2019). You're worth what you eat: Adolescent beliefs about healthy eating, morality and socioeconomic status. *Social Science and Medicine*, 220, 41–48. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.022>
- Finlay-Jones, R., és Brown, G. W. (1981). Types of Stressful Life Event and the Onset of Anxiety and Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, 11(4), 803–815. <https://doi.org/10.1017/S0033291700041301>
- Fishbein, M. (1967) (szerk.). *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M., and Ajzen I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading: Addison-Wesley.
- Finucane, M. L., Alhakami, A., Slovic, P., és Johnson, S. M. (2000). The affect heuristic in judgments of risks and benefits. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13(1), 1–17. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0771\(200001/03\)13:1<1::AID-BDM333>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0771(200001/03)13:1<1::AID-BDM333>3.0.CO;2-S)
- Flanagan, C. A., Stout, M., és Gallay, L. S. (2008). It's my body and none of your business: Developmental changes in adolescents' perceptions of rights concerning health. *Journal of Social Issues*, 64(4), 815–834. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2008.00590.x>
- Fleary, S. A. (2017). Combined Patterns of Risk for Problem and Obesogenic Behaviors in Adolescents: A Latent Class Analysis Approach. *Journal of School Health*, 87(3), 182–193. <https://doi.org/10.1111/josh.12481>
- Fontaine, K. R., és Cheskin, L. J. (1999). Optimism and obesity treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 141–143. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199901\)55:1<141::AID-JCLP15>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1<141::AID-JCLP15>3.0.CO;2-G)

- French, S. A., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Fulkerson, J. A., és Hannan, P. (2001). Fast food restaurant use among adolescents: Associations with nutrient intake, food choices and behavioral and psychosocial variables. *International Journal of Obesity*, 25(12), 1823–1833. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801820>
- Freud, S. (1915). *Instincts and their vicissitudes*. In P. Rieff (Ed.), *General psychological theory: Papers on metapsychology* (C. M. Baines, Trans.). New York: Macmillan Publishing.
- Friedman LC, Nelson DV, Webb JA, Hoffman LP, Baer PE (1994). Dispositional optimism, self-efficacy, and health beliefs as predictors of breast self-examination. *American Journal of Preventive Medicine*, 10(3), 130-135. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(18\)30607-X](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)30607-X)
- Fuemmeler, B. F., Pendzich, M. K., és Tercyak, K. P. (2009). Weight, Dietary Behavior, and Physical Activity in Childhood and Adolescence: Implications for Adult Cancer Risk. *Obesity Facts*, 2(3), 179–186. <https://doi.org/10.1159/000220605>
- Fülöp, N., és Szakály, Z. (2008). Fiatalok táplálkozási szokásai, egészségmagatartása – szekunder kutatás. *Élelmiszer, Táplálkozás És Marketing*, 5(1), 81–86.
- Galla, B. M., és Duckworth, A. L. (2015). More than resisting temptation: Beneficial habits mediate the relationship between self-control and positive life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(3), 508–525. <https://doi.org/10.1037/pspp0000026>
- Garcia, K., és Mann, T. (2003). From “I Wish” to “I Will”: Social-Cognitive Predictors of Behavioral Intentions. *Journal of Health Psychology*, 8(3), 347–360. <https://doi.org/10.1177/13591053030083005>
- Gibson, B., és Sanbonmatsu, D. M. (2004). Optimism, Pessimism, and Gambling: The Downside of Optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(2), 149–160. <https://doi.org/10.1177/0146167203259929>
- Gijsbers Van Wijk, C. M. T., Huisman, H., és Kolk, A. M. (1999). Gender differences in physical symptoms and illness behavior: A health diary study. *Social Science and Medicine*, 49(8), 1061–1074. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00196-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00196-3)
- Glanz, K., Basil, M., Maibach, E., Goldberg, J., és Snyder, D. (1998). Why Americans eat what they do: Taste, nutrition, cost, convenience, and weight control concerns as influences on food consumption. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(10), 1118–1126. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00260-0](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00260-0)
- Glanz, K., Sallis, J. F., Saelens, B. E., és Frank, L. D. (2005). Healthy nutrition environments: Concepts and measures. *American Journal of Health Promotion*, 19(5), 330-333. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-19.5.330>

- Gochman, D. S. (1972). The organizing role of motivation in health beliefs and intentions. *Journal of Health and Social Behavior*, 13(3), 285–293. <https://doi.org/10.2307/2136765>
- Gochman D. S. (1988). *Health behavior: Plural perspectives*. In: Gochman D. S. (szerk.): Health behavior. Emerging research perspectives. Plenum Press, New York, 3-4.
- Gold, M. S., és Bentler, P. M. (2000). Treatments of missing data: A Monte carlo comparison of RBHDI, iterative stochastic regression imputation, and expectation-maximization. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 7(3), 319-355. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0703_1
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>
- Graf, S. és M. Cecchini (2017), "Diet, physical activity and sedentary behaviours: Analysis of trends, inequalities and clustering in selected oecd countries", OECD Health Working Papers, No. 100, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/54464f80-en>.
- Gray, N. J., Klein, J. D., Noyce, P. R., Sesselberg, T. S., és Cantrill, J. A. (2005). Health information-seeking behaviour in adolescence: the place of the internet. *Social science & medicine*, 60(7), 1467–1478. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.010>
- Green, B. H., Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Sharma, V., Saunders, P. A., Davidson, I. A., ... McWilliam, C. (1992). Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(3), 213–217. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03254.x>
- Güngör, N. K. (2014). Overweight and obesity in children and adolescents. *JCRPE Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, 6(3), 129–143. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.1471>
- Gwaltney, C. J., Metrik, J., Kahler, C. W., és Shiffman, S. (2009). Self-Efficacy and Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 56–66. <https://doi.org/10.1037/a0013529>
- Hallström, L., Labayen, I., Ruiz, J. R., Patterson, E., Vereecken, C. A., Breidenassel, C., ... Sjöström, M. (2013). Breakfast consumption and CVD risk factors in European adolescents: The HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study. *Public Health Nutrition*, 16(7), 1296–1305. <https://doi.org/10.1017/S1368980012000973>
- Harris, A. J. L., és Hahn, U. (2011). Unrealistic Optimism About Future Life Events: A Cautionary Note. *Psychological Review*, 118(1), 135–154. <https://doi.org/10.1037/a0020997>
- Heider, F. (1958): *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.

- Hídvégi P. és Bíró M. (2015): Egészségfejlesztés. Eger: EKF Líceum Kiadó.
- Hiemstra, M., Otten, R., De Leeuw, R. N. H., Van Schayck, O. C. P., és Engels, R. C. M. E. (2011). The changing role of self-efficacy in adolescent smoking initiation. *Journal of Adolescent Health*, 48(6), 597–603. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.09.011>
- Higgs, S. (2015). Social norms and their influence on eating behaviours. *Appetite*, 86, 38-44. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.10.021>
- Higgs, S., és Thomas, J. (2016). Social influences on eating. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 9, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2015.10.005>
- Hodder, R., Campbell, E., Gilligan, C., Lee, H., Lecathelinaisi, C., Green, S., Macdonald, M. és Wiggers, J. (2018). Associations between adolescent tobacco and alcohol use, and tobacco and alcohol use risk and protective factors. *BMJ Open*, 6(11), doi: 10.1136/bmjopen-2016-012688
- Hooper, D., Coughlan, J. and Mullen, M.R. (2008). ‘Evaluating Model Fit: A Synthesis of the Structural Equation Modelling Literature’ presented at the 7th European Conference on Research Methodology for Business and Management Studies, Regent’s College, London, United Kingdom. <https://doi.org/10.21427/D79B73>
- Huan, V. S., Yeo, L. S., Ang, R. P., és Chong, W. H. (2006). The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of academic stress. *Adolescence*, 41(163), 533–546.
- Huber, M., André Knottnerus, J., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., ... Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, :d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Insel, P. és Roth, W. (2007): *Core Concepts in Health. Brief Update*. New York: McGraw-Hill Humanities.
- Januszewska, R., Pieniak, Z., és Verbeke, W. (2011). Food choice questionnaire revisited in four countries. Does it still measure the same? *Appetite*, 57(1), 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.03.014>
- Janz, N. K., és Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education és Behavior*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Jessor, R. (1993): Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jessor, R., Donovan, J. E. és Costa, F. M. (1991): *Beyond adolescence*. New York: Cambridge University Press.

- Jones, C. J., Smith, H. E., Frew, A. J., Toit, G. Du, Mukhopadhyay, S., és Llewellyn, C. D. (2014). Explaining adherence to self-care behaviours amongst adolescents with food allergy: A comparison of the health belief model and the common sense self-regulation model. *British Journal of Health Psychology*, 19(1), 65–82. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12033>
- Jovanović, V., és Gavrilov-Jerković, V. (2013). Dimensionality and Validity of the Serbian Version of the Life Orientation Test-Revised in a Sample of Youths. *Journal of Happiness Studies*, 14(3), 771–782. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9354-2>
- Junger, M., és van Kampen, M. (2010). Cognitive ability and self-control in relation to dietary habits, physical activity and bodyweight in adolescents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 22. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-22>
- Kasl, S. V., és Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior. I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12(2), 246-266. <https://doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365>
- Kelley, H. H. (1973). The Processes of Causal Attribution. *American Psychologist*, 28(2), 107–128. <https://doi.org/10.1037/h0034225>.
- Kelloniemi, H., Ek, E., és Laitinen, J. (2005). Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite*, 45(2), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.05.001>
- Kelly, G. A. (1962). Europe's matrix of decision. Nebraska Symposium on Motivation (Vol. 10). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Kelsey, M. M., Zaepfel, A., Bjornstad, P., és Nadeau, K. J. (2014). Age-Related Consequences of Childhood Obesity. *Gerontology*, 60(3), 222–228. <https://doi.org/10.1159/000356023>
- Kemp, B. J., Cliff, D. P., Chong, K. H., és Parrish, A. M. (2019). Longitudinal changes in domains of physical activity during childhood and adolescence: A systematic review. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 22(6), 695-701. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2018.12.012>
- Kéri, K. (2007): Az egészség kultúrtörténeti megközelítése. In: Kállai János, Varga József, Oláh Attila (szerk.): Egészségpszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 35-51.
- Keski-Rahkonen, A., Kaprio, J., Rissanen, A., Virkkunen, M., és Rose, R. J. (2003). Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(7), 842–853. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601618>

- Khoramabadi, M., Dolatian, M., Hajian, S., Zamanian, M., Taheripanah, R., Sheikhan, Z., ... Seyedi-Moghadam, A. (2015). Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Behaviors of Iranian Pregnant Women. *Global Journal of Health Science*, 8(2), 230–239. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n2p230>
- Kiefer, S. M., és Ryan, A. M. (2011). Students' perceptions of characteristics associated with social success: Changes during early adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32(4), 218-226. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.05.002>
- Kim, C., McEwen, L. N., Piette, J. D., Goewey, J., Ferrara, A., és Walker, E. A. (2007). Risk perception for diabetes among women with histories of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 30(9), 2281–2286. <https://doi.org/10.2337/dc07-0618>
- Kincsesné Vajda, B. (2014). Általános egészséghit skála validálása, valamint szegmentálás annak dimenziói és a koherenciaérzet alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 69(3), 469–493. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.69.2014.3.1>
- King, K. A., Vidourek, R. A., English, L., és Merianos, A. L. (2014). Vigorous physical activity among college students: Using the health belief model to assess involvement and social support. *Archives of Exercise in Health and Disease*, 4(2), 267-279. <https://doi.org/10.5628/aeht.v4i2.153>
- King, K. B., Rowe, M. A., Kimble, L. P., és Zerwic, J. J. (1998). Optimism, Coping, and Long-Term Recovery from Coronary Artery Surgery in Women. *Research in Nursing and Health*, 21(1), 15–26. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199802\)21:1<15::AID-NUR3>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199802)21:1<15::AID-NUR3>3.0.CO;2-W)
- Koivumaa-Honkanen, H.-T. (1998). Life satisfaction as a health predictor. Retrieved from <https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/life-satisfaction-as-a-health-predictor>
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., és Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152(10), 983–991. <https://doi.org/10.1093/aje/152.10.983>
- Konttinen, H., Haukkala, A., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., és Jousilahti, P. (2009). Eating styles, self-control and obesity indicators. The moderating role of obesity status and dieting history on restrained eating. *Appetite*, 53(1), 131–134. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.05.001>
- Korotkov, D. (2008). Does personality moderate the relationship between stress and health behavior? Expanding the nomological network of the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1418–1426. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.06.003>
- Kopp M, Schwarzer R, Jerusalem M. (1993). Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research. Zentrale Universitas Druckerei der FU Berlin.

- Kraak, V., Gootman, J., és McGinnis, J. (2006). *Food marketing to children and youth: threat or opportunity?*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11514>.
- Kulcsár Zsuzsa: (2002): *Egészségpszichológia*, ELTE, Eötvös Kiadó. Budapest.
- Lalonde, M. (1974): A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa. Government of Canada.
- Lally, P., Bartle, N., és Wardle, J. (2011). Social norms and diet in adolescents. *Appetite*, 57(3), 623–627. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.07.015>
- Lampek Kinga és Füzesi Zsuzsanna (2013): *Az egészség fogalmának alakulása*. In: Tarkó Klára és Lippai László (szerk.) „Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért.” Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára. SZTE Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szeged, 37-41.
- Lanza, S. T., és Vasilenko, S. A. (2015). New methods shed light on age of onset as a risk factor for nicotine dependence. *Addictive Behaviors*, 50, 161–164. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.024>
- Larsman, P., Eklöf, M., és Törner, M. (2012). Adolescents' risk perceptions in relation to risk behavior with long-term health consequences; antecedents and outcomes: A literature review. *Safety Science*, 50(9), 1740-1748. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2012.04.009>
- Lee, C., és Owens, R. G. (2002). Issues for a Psychology of Men's Health. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 209–217. <https://doi.org/10.1177/1359105302007003215>
- Lennernäs, M., Fjellström, C., Becker, W., Giachetti, I., Schmitt, A., Remaut de Winter, A., és Kearney, M. (1997). Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *European Journal of Clinical Nutrition*, 51(2), S8–S15.
- Lemos-Giráldez, S., és Fidalgo-Aliste, A. M. (1997). Personality dispositions and health-related habits and attitudes: A cross-sectional study. *European Journal of Personality*, 11(3), 197–209. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0984\(199709\)11:3<197::AID-PER283>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0984(199709)11:3<197::AID-PER283>3.0.CO;2-H)
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224–2260. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)

- Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S., és Jeffery, R. W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 25(3), 282–291. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.25.3.282>
- Little, B. R. (1999). *Personality and motivation: Personal action and the conative evolution*. In Pervin, L. A. és John, O. P. (szerk.), *Handbook of personality*. New York: The Guilford Press, 501- 524.
- Loewenstein, G. F., Hsee, C. K., Weber, E. U., és Welch, N. (2001). Risk as Feelings. *Psychological Bulletin*, 127(2), 267–286. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.2.267>
- Lorenc, T., Petticrew, M., Welch, V., és Tugwell, P. (2013). What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(2), 190–193. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201257>
- Loth, K. A., Maclehose, R., Bucchianeri, M., Crow, S., és Neumark-Sztainer, D. (2014). Predictors of dieting and disordered eating behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 705–712. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.04.016>
- Luszczynska, A., Gibbons, F. X., Piko, B., és Teközel, M. (2004): Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19, 577-593.
- Luszczynska, A., Scholz, U., és Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 139(5), 439–457. <https://doi.org/10.3200/JRLP.139.5.439-457>
- Luttikhuis, H. O., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P., és Summerbell, C. D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001872.pub2>
- Kiss, V. és Szakály, Z. (2015). A fiatalok egészségtudatossága a táplálkozási szokásaikat illetően. Konferencia előadás: EMOK 2015 XXI. Országos Konferenciája At: Budapest Volume: 21. https://www.researchgate.net/publication/292576408_A_fiatalok_egeszsegtudatossaga_a_taplalkozasi_szokasaikat_illetoen
[The health consciousness of youngsters regarding their nutrition habits](https://www.researchgate.net/publication/292576408_A_fiatalok_egeszsegtudatossaga_a_taplalkozasi_szokasaikat_illetoen)
- Kopp, M. (2001a). A magatartástudomány alapkérdései. In Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 15-21.

- Kopp, M. (2001b). Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell. In Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 25-46.
- KSH (2014): A 2014-ben végrehajtott európai lakossági egészségfelmérés eredményei. ELEF Műhelytanulmány 1., Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2018 http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf
- KSH (2015). Európai lakossági egészségfelmérés, 2014, Statisztikai Tükör, 29.
- Mai, R., és Hoffmann, S. (2012). Taste lovers versus nutrition fact seekers: How health consciousness and self-efficacy determine the way consumers choose food products. *Journal of Consumer Behaviour*, 11(4), 316–328. <https://doi.org/10.1002/cb.1390>
- Maisto, S. A., Connors, G. J., és Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 257–266. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.14.3.257>
- Manson, J. A. E., Hu, F. B., Rich-Edwards, J. W., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., Willett, W. C., ... Hennekens, C. H. (1999). A prospective study of walking as compared with vigorous exercise in the prevention of coronary heart disease in women. *New England Journal of Medicine*, 341(9), 650–658. <https://doi.org/10.1056/NEJM199908263410904>
- Marcus, P. M., Newman, B., Millikan, R. C., Moorman, P. G., Baird, D. D., és Qaqish, B. (2000). The associations of adolescent cigarette smoking, alcoholic beverage consumption, environmental tobacco smoke, and ionizing radiation with subsequent breast cancer risk (United States). *Cancer Causes and Control*, 11, 271-278. <https://doi.org/10.1023/A:1008911902994>
- Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., ... Smith, G. D. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)93068-K](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)93068-K)
- Márványkövi, F., Melles, K., és Rácz, J. (2008). Az „egészség-hit-modell” magyarországi vizsgálata intravénás droghasználók körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63(2), 311-336.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality*. New York, NY, US: Harper és Row Publishers.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807–817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>

- Matarazzo, J. D. (1984): *Behavioral health: A 1990 challenge for the healthsciences professions*. In Matarazzo, J. D., Millner, N. E., Weis, S. M. és Herd, J. A. *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York, John Wiley, 3-40.
- McArthur, L. H., Riggs, A., Uribe, F., és Spaulding, T. J. (2018). Health Belief Model Offers Opportunities for Designing Weight Management Interventions for College Students. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 50(5), 485-493. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2017.09.010>
- McAuley, E., és Jacobson, L. (1991). Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females. *American Journal of Health Promotion*, 5(3), 185–207. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-5.3.185>
- McCarthy, M. B., Collins, A. M., Flaherty, S. J., és McCarthy, S. N. (2017). Healthy eating habit: A role for goals, identity, and self-control? *Psychology and Marketing*, 34(8), 772–785. <https://doi.org/10.1002/mar.21021>
- McCordle, B. W. (2015). Cardiovascular Consequences of Childhood Obesity. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(2), 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.08.017>
- McGinnis, J. (2006). Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 30(2), 183. <https://doi.org/10.1097/01.DBP.0000349916.04784.91>
- McKinley, M. C., Lowis, C., Robson, P. J., Wallace, J. M. W., Morrissey, M., Moran, A., és Livingstone, M. B. E. (2005). It's good to talk: Children's views on food and nutrition. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(4), 542–551. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602113>
- Meleg, Cs. (2002). Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102(1), 11–29.
- Merrin, G. J., Thompson, K., és Leadbeater, B. J. (2018). Transitions in the use of multiple substances from adolescence to young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 189(1), 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.05.015>
- Milam, J. E., Sussman, S., Ritt-Olson, A., és Dent, C. W. (2000). Perceived invulnerability and cigarette smoking among adolescents. *Addictive Behaviors*, 25(1), 71–80. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(99\)00034-9](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(99)00034-9)
- Millstein, S. G., és Halpern-Felsher, B. L. (2002). Judgments about risk and perceived invulnerability in adolescents and young adults. *Journal of Research on Adolescence*, 12(4), 399–422. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00039>

- Mischel, W., Shoda, Y., és Peake, P. K. (1988). The nature of adolescent competencies predicted by preschool delay of gratification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(4), 687–696. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.4.687>
- Montaño, D. E. és Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer, és K. Viswanath (Szerk.), *Health behavior: Theory, research, and practice*. John Wiley és Sons Inc, New York. 95-124.
- Moore, S. M., és Rosenthal, D. A. (1992). Australian Adolescents' Perceptions of Health-Related Risks. *Journal of Adolescent Research*, 7(2), 177–191. <https://doi.org/10.1177/074355489272004>
- Moreira, N. F., da Veiga, G. V., Santaliestra-Pasías, A. M., Androutsos, O., Cuenca-García, M., de Oliveira, A. S. D., ... Moreno, L. A. (2018). Clustering of multiple energy balance related behaviors is associated with body fat composition indicators in adolescents: Results from the HELENA and ELANA studies. *Appetite*, 120, 505–513. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.10.008>
- Moreno, L. A., Rodríguez, G., Fleta, J., Bueno-Lozano, M., Lázaro, A., és Bueno, G. (2010). Trends of dietary habits in adolescents. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 50(2), 106–112. <https://doi.org/10.1080/10408390903467480>
- Mukund, B., és Singh. T.B. (2015). Positive psychology and mental health. *Indian Association of Health, Research, and Welfare*, 6(2), 197-202.
- Murray, E. J. (1964). *Motivation and emotion*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Nagy, L. és Barabás, K. (2011). Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. In: Csapó Benő és Zsolnai Anikó (szerk.): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 173-224.
- Nascimento, M. M. R., Melo, T. R., Pinto, R. M. C., Morales, N. M. O., Mendonça, T. M. S., Da Silva Paro, H. B. M., és Silva, C. H. M. (2016). Parents' perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight. *Jornal de Pediatria*, 92(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.04.006>
- Nemcek, M. A. (1990). Health Beliefs and Preventive Behavior a Review of Research Literature. *AAOHN Journal*, 38(3), 127–138. <https://doi.org/10.1177/216507999003800306>
- Németh Á., és Költő A. (2014). Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2014. <http://mek.oszk.hu/16100/16119/16119.pdf> (Elérve: 2017.05.05)

- Németh, Á. és Román, N. (2019). Táplálkozási szokások és fogápolás. In: Németh Ágnes és Várnai Dóra (szerk.): *Kamaszéletmód Magyarországon*. L'Harmattan Kft., Budapest, 43–53.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., és Standish, A. R. (2012). Dieting and unhealthy weight control behaviors during adolescence: Associations with 10-year changes in body mass index. *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.05.010>
- Nicklas, T. A., Yang, S. J., Baranowski, T., Zakeri, I., és Berenson, G. (2003). Eating patterns and obesity in children - The Bogalusa Heart Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 9–16. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00098-9](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00098-9)
- Nilsen, S. M., Krokstad, S., Holmen, T. L. és Westin, S. (2010): Adolescents' health-related dietary patterns by parental socio-economic position, the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *European Journal of Public Health*, 20(3), 299-305.
- Nigg J. T. (2017). Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 58(4), 361–383. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12675>
- Nishtar, S., Gluckman, P., és Armstrong, T. (2016). Ending childhood obesity: A time for action. *The Lancet*, 387(10021), 825-827. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00140-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00140-9)
- Nowak, M. (1998). The weight-conscious adolescent: Body image, food intake, and weight-related behavior. *Journal of Adolescent Health*, 23(6), 389–398. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(97\)00263-2](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(97)00263-2)
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 2017 http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en
- OECD. (2019). *OECD Health at a Glance 2019*. OECD iLibrary. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Oguma, Y., Sesso, H. D., Paffenbarger, R. S., és Lee, I. M. (2002). Physical activity and all cause mortality in women: A review of the evidence. *British Journal of Sports Medicine*, 36(3), 162-172. <https://doi.org/10.1136/bjism.36.3.162>
- Ohannessian, C. M., Hesselbrock, V. M., Tennen, H., és Affleck, G. (1994). Hassles and uplifts and generalized outcome expectancies as moderators on the relation between a family history of alcoholism and drinking behaviors. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(6), 754–763. <https://doi.org/10.15288/jsa.1994.55.754>

- Orji, R. és Mandryk, R. L. (2014). Developing culturally relevant design guidelines for encouraging healthy eating behavior. *International Journal of Human-Computer Studies*, 72(2), 207–223. doi:10.1016/j.ijhcs.2013.08.012
- Orosz, É. (2001). *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület Budapest.
- Pálmai, J. (2017): A holisztikus egészségfogalom felé. In: Lippai László (szerk.): *Testmozgásfókuszú egészségnevelés kortárs csoportban: Holisztikus egészség, egészségmagatartás és egészségfejlesztés*, Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szeged, 33-36.
- Parcel, G. S., Edmundson, E., Perry, C. L., Feldman, H. A., O'Hara - Tompkins, N., Nader, P. R., ... Stone, E. J. (1995). Measurement of Self - Efficacy for Diet - Related Behaviors Among Elementary School Children. *Journal of School Health*, 65(1), 23–27. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.1995.tb03335.x>
- Park, D. Y. (2011). Utilizing the health belief model to predicting female middle school students' behavioral intention of weight reduction by weight status. *Nutrition Research and Practice*, 5(4), 337–348. <https://doi.org/10.4162/nrp.2011.5.4.337>
- Park, M. H., Falconer, C. L., Saxena, S., Kessel, A. S., Croker, H., Skow, Á., és Kinra, S. (2013). Perceptions of health risk among parents of overweight children: A cross-sectional study within a cohort. *Preventive Medicine*, 57(1), 55–59. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.04.002>
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Free Press, New York.
- Parto, M. (2011). Problem solving, self-efficacy, and mental health in adolescents: Assessing the mediating role of assertiveness. In *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (Vol. 30, pp. 644–648). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.125>
- Pedersen, T. P., Meilstrup, C., Holstein, B. E., és Rasmussen, M. (2012). Fruit and vegetable intake is associated with frequency of breakfast, lunch and evening meal: Cross-sectional study of 11-, 13-, and 15-year-olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-9>
- Pelletier, L. G., és Dion, S. C. (2007). An examination of general and specific motivational mechanisms for the relations between body dissatisfaction and eating behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 303–333. <https://doi.org/10.1521/jscp.2007.26.3.303>
- Pelletier, L. G., Dion, S. C., Slovinec-D'Angelo, M., és Reid, R. (2004). Why do you regulate what you eat? Relationships between forms of regulation, eating behaviors, sustained

- dietary behavior change, and psychological adjustment. *Motivation and Emotion*, 28(3), 245–277. <https://doi.org/10.1023/B:MOEM.0000040154.40922.14>
- Perkins, J. M., Perkins, H. W., és Craig, D. W. (2010). Misperceptions of peer norms as a risk factor for sugar-sweetened beverage consumption among secondary school students. *Journal of the American Dietetic Association*, 110(12), 1916–1921. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2010.09.008>
- Perkins, K. A., Parzynski, C., Mercincavage, M., Conklin, C. A., és Fonte, C. A. (2012). Is self-efficacy for smoking abstinence a cause of, or a reflection on, smoking behavior change?. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 56–62. <https://doi.org/10.1037/a0025482>
- Peterson C, Bossio L. *Health and Optimism*. New York: The Free Press; 1991
- Pikó, B. (1998): Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban. *Századvég*, 2(11), 94–108.
- Pikó B. (2001): Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: Újabb kockák a “kirakós játékhöz”. *Addictologia Hungarica*, 9, 195-203.
- Pikó, B. (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Piko, B. F., és Bak, J. (2006). Children’s perceptions of health and illness: Images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research*, 21(5), 643–653. <https://doi.org/10.1093/her/cyl034>
- Piko, B. F., és Gibbons, F. X. (2008). Behavioral and psychosocial influences of risk perception among Hungarian adolescents. *International Journal of Public Health*, 53, 131–138. <https://doi.org/10.1007/s00038-008-7054-9>
- Pikó, B., és Keresztes, N. (2007). Serdülők egészségmagatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62(2), 203–214. doi:10.1556/mpszle.62.2007.2.4
- Pikó, B., és Keresztes, N. (2008). Táplálkozáskontroll középiskolások körében: Az étkezési magatartás társas összefüggéseinek nemek szerinti jellegzetességei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(2), 149–164. <https://doi.org/10.1556/Mental.9.2008.2.4>
- Pollard, J., Kirk, S. F. L., és Cade, J. E. (2002). Factors affecting food choice in relation to fruit and vegetable intake: a review. *Nutrition Research Reviews*, 15(2), 373–387. <https://doi.org/10.1079/nrr200244>
- Prefit, A. B., Câdea, D. M., és Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: A meta-analysis. *Appetite*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104438>
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. Pacific Grove, Calif.: BrooksCole.

- Prochaska, J., O. és DiClemente, C., C. (1984): *The transtheoretical approach. Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, Dow Jones-Irvin.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A. és Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer, és K. Viswanath (szerk.): *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*, John Wiley és Sons Inc, New York, USA, 97–121.
- Puskar, K. R., Bernardo, L. M., Ren, D., Haley, T. M., Tark, K. H., Switala, J., és Siemon, L. (2010). Self-esteem and optimism in rural youth: Gender differences. *Contemporary Nurse*, 34(2), 190–198. <https://doi.org/10.5172/conu.2010.34.2.190>
- Rácz, J. és Sajgál, K. (1998). Kockázatbecslés serdülőkorban. *Educatio*, 2, 273-281.
- Renner, B., és Schwarzer, R. (2005). The motivation to eat a healthy diet: How intenders and nonintenders differ in terms of risk perception, outcome expectancies, self-efficacy, and nutrition behavior. *Polish Psychological Bulletin*, 36(1), 7–15.
- Renner, B., és Schwarzer, R. (2009). Social-Cognitive Factors in Health Behavior Change. In *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Blackwell Publishing Ltd. 169–196. <https://doi.org/10.1002/9780470753552.ch7>
- Renner, B., Sproesser, G., Strohbach, S., és Schupp, H. T. (2012). Why we eat what we eat. The Eating Motivation Survey (TEMS). *Appetite*, 59(1), 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.04.004>
- Resnick B. (2004). *Self-efficacy*. In Peterson SJ, Bredow TS, (Eds). *Middle Range Theories*. New York: Lippincott Williams és Wilkins.
- Rice, K. G., és Mulkeen, P. (1995). Relationships with Parents and Peers: A Longitudinal Study of Adolescent Intimacy. *Journal of Adolescent Research*, 10(3), 338–357. <https://doi.org/10.1177/0743554895103003>
- Rietmeijer-Mentink, M., Paulis, W. D., van Middelkoop, M., Bindels, P. J., és van der Wouden, J. C. (2013). Difference between parental perception and actual weight status of children: a systematic review. *Maternal and Child Nutrition*, 9(1), 3–22. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00462.x>
- Rizzuto, D., és Fratiglioni, L. (2014). Lifestyle factors related to mortality and survival: A mini-review. *Gerontology*, 60, 327-335. <https://doi.org/10.1159/000356771>
- Robinson, E., Tobias, T., Shaw, L., Freeman, E., és Higgs, S. (2011). Social matching of food intake and the need for social acceptance. *Appetite*, 56(3), 747–752. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.03.001>

- Robinson, T. N., Banda, J. A., Hale, L., Lu, A. S., Fleming-Milici, F., Calvert, S. L., és Wartella, E. (2017). Screen media exposure and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*, *140*(2), 97–101. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758K>
- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs. <https://doi.org/10.1177/014572178501100108>
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., és Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education és Behavior*, *15*(2), 175–183. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
- Ross, A., Caballero, B., Cousins, R., Tucker, K. és Ziegler, T. (2014). *Modern nutrition in health and disease*. Philadelphia: Lippincott Williams és Wilkins.
- Sagone, E., és Caroli, M. E. De. (2015). Positive Personality as a Predictor of High Resilience in Adolescence. *Journal of Psychology and Behavioral Science*, *3*(2). <https://doi.org/10.15640/jpbs.v3n2a6>
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P. C., Overpeck, M. D. (2004): Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *158*, 760-766.
- Santiago, S., Zazpe, I., Gea, A., de la Rosa, P. A., Ruiz-Canela, M., és Martínez-González, M. A. (2017). Healthy-eating attitudes and the incidence of cardiovascular disease: the SUN cohort. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, *68*(5), 595–604. <https://doi.org/10.1080/09637486.2016.1265100>
- Santos, T. S. S., Julián, C., Vincenzi, S. L., De Andrade, D. F., Slater, B., De Assis, M. A. A., ... Moreno, L. A. (2020). A new measure of health motivation influencing food choices and its association with food intakes and nutritional biomarkers in European adolescents. *Public Health Nutrition*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/S1368980019004658>
- Scheier, Michael F., és Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*(3), 219–247. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.4.3.219>
- Scheier, Michael F., és Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, *16*(2), 201–228. <https://doi.org/10.1007/BF01173489>
- Scheier, Michael F., Carver, C. S., és 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>

- Schnittker, J., és McLeod, J. (2005). The Social Psychology of Health Disparities. *Annual Review of Sociology*, 31, 75-103. Retrieved March 2, 2021, from <http://www.jstor.org/stable/29737712>
- Schupp, H. T., és Renner, B. (2011). *Food Deprivation: A neuroscientific perspective*. In *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*. Springer, New York, 2239–2257. https://doi.org/10.1007/978-0-387-92271-3_142
- Schwarzer, R. és Jerusalem, M. (1995). Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs. *Causal and Control Beliefs*, 1, 35-37.
- Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., és Varni, J. W. (2003). Health-Related Quality of Life of Severely Obese Children and Adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 289(14), 1813–1819. <https://doi.org/10.1001/jama.289.14.1813>
- Seedhouse, D. (1986): *Health: The Foundations for Achievement*. Chichester: John Wiley.
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned optimism*. New York, NY: Knopf.
- Seligman, M. E. P., Steen, T.A., Park, N., és Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi: 10.1037/003-066X.60.5.410
- Segerstrom, S. C., és Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601–630. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
- Shaikh, A. R., Vinokur, A. D., Yaroch, A. L., Williams, G. C., és Resnicow, K. (2011). Direct and mediated effects of two theoretically based interventions to increase consumption of fruits and vegetables in the healthy body healthy spirit trial. *Health Education and Behavior*, 38(5), 492–501. <https://doi.org/10.1177/1090198110384468>
- Share, M., és Stewart-Knox, B. (2012). Determinants of food choice in Irish adolescents. *Food Quality and Preference*, 25(1), 57–62. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2011.12.005>
- Sharifirad, G., Charkazi, A., Moodi, M., Reisi, M., Javadzade, S., és Shahnazi, H. (2014). Factors affecting cigarette smoking based on health-belief model structures in pre-university students in Isfahan, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(1), 23. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.127614>
- Shaw, P. J. A. (2003). *Multivariate statistics for the Environmental Sciences*. New York: Wiley. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1177/1010428317709990>
- Shedler, J., Block, J. (1990): Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.

- Sheeran, P. (2002). Intention—Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. *European Review of Social Psychology*, 12(1), 1–36. <https://doi.org/10.1080/14792772143000003>
- Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., ... Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1178–1188. <https://doi.org/10.1037/hea0000387>
- Shepperd, J. A., Klein, W. M. P., Waters, E. A., és Weinstein, N. D. (2013). Taking Stock of Unrealistic Optimism. *Perspectives on Psychological Science*, 8(4), 395–411. <https://doi.org/10.1177/1745691613485247>
- Shepperd, J. A., Maroto, J. A. J., és Pbert, L. A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30(4), 517–534. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1996.0038>
- Short, S. E., és Mollborn, S. (2015). Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current Opinion in Psychology*, 5, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.05.002>
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G., és Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Simon T. (2002) Fiatalok életminőségét befolyásoló közérzete kívánságaik és félelmeik alapján 1989–2000 között Magyarországon. *Egészségnevelés*, 43,104–108.
- Simonds, V. W., Omidpanah, A., és Buchwald, D. (2017). Diabetes prevention among American Indians: The role of self-efficacy, risk perception, numeracy and cultural identity. *BMC Public Health*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4766-x>
- Sjöberg, L., Holm, L. E., Ullén, H., és Brandberg, Y. (2004). Tanning and risk perception in adolescents. *Health, Risk and Society*, 6(1), 81–94. <https://doi.org/10.1080/1369857042000193020>
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236(4799), 280–285. <https://doi.org/10.1126/science.3563507>
- Slovic, P. (2000). What does it mean to know a cumulative risk? Adolescents' perceptions of short-term and long-term consequences of smoking. *Journal of Behavioral Decision Making*, 13(2), 259–266. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0771\(200004/06\)13:2<259::AID-BDM336>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0771(200004/06)13:2<259::AID-BDM336>3.0.CO;2-6)
- Slovic, P., és Peters, E. (2006). Risk Perception and Affect. *Current Directions in Psychological Science*, 15(6), 322–325. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2006.00461.x>

- Smith, R. (2008). *The end of disease and the beginning of health*. BMJ Group Blogs.
- Spear, H. J., és Kulbok, P. A. (2001). Adolescent Health Behaviors and Related Factors: A Review. *Public Health Nursing*, 18(2), 82–93. doi:10.1046/j.1525-1446.2001.00082.x
- Spence, C., Okajima, K., Cheok, A. D., Petit, O., és Michel, C. (2016). Eating with our eyes: From visual hunger to digital satiation. *Brain and Cognition*, 110, 53–63. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2015.08.006>
- Sproesser G. Why we eat what we eat: Psychological influences on eating behavior. Dissertation. Konstanz, Germany: Universität Konstanz, Mathematisch-Naturwissenschaftliche Sektion, Fachbereich Psychologie; 2016. Elérhető: <https://pdfs.semanticscholar.org/0ccc/3b0c0b1e83f7f22515dcf49690fa75edbfef.pdf> (letöltve: 2017.05.05).
- Sproesser, G., Klusmann, V., Schupp, H. T., és Renner, B. (2015). Comparative optimism about healthy eating. *Appetite*, 90, 212–218. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.008>
- Sproesser, G., Strohbach, S., Schupp, H., és Renner, B. (2011). Candy or apple? How self-control resources and motives impact dietary healthiness in women. *Appetite*, 56(3), 784–787. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.01.028>
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes, and why?. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 51–58. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.005>
- Steinberg, L., és Cauffman, E. (1996). Maturity of judgment in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decision making. *Law and Human Behavior*, 20(3), 249–272. <https://doi.org/10.1007/BF01499023>
- Stephens, R. S., Wertz, J. S., és Roffman, R. A. (1995). Self-Efficacy and Marijuana Cessation: A Construct Validity Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1022–1031. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.6.1022>
- Stephoe, A., Edwards, S., Moses, J., és Mathews, A. (1989): The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 537-547.
- Stephoe, A., Pollard, T. M., és Wardle, J. (1995). Development of a measure of the motives underlying the selection of food: The food choice questionnaire. *Appetite*, 25(3), 267–284. <https://doi.org/10.1006/appe.1995.0061>
- Story, M., Neumark-Sztainer, D., és French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), 40–51. [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(02\)90421-9](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90421-9)
- Strack, S., Carver, C. S., és Blaney, P. H. (1987). Predicting Successful Completion of an Aftercare Program Following Treatment for Alcoholism: The Role of Dispositional

- Optimism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 579–584.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.3.579>
- Strand, T. E., Malayeri, C., Eskonsipo, P. K. J., Grimsrud, T. K., Norstein, J., és Grotmol, T. (2004). Adolescent smoking and trends in lung cancer incidence among young adults in Norway 1954-1998. *Cancer Causes and Control*, 15(1), 27–33.
<https://doi.org/10.1023/B:CACO.0000016575.31651.b0>
- Sun, Y. H. C. (2008). Health concern, food choice motives, and attitudes toward healthy eating: The mediating role of food choice motives. *Appetite*, 51(1), 42–49.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.11.004>
- Svalastog, A. L., Donev, D., Kristoffersen, N. J., és Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), 431–435. <https://doi.org/10.3325/cmj.2017.58.431>
- Szabó, K., és Pikó, B. (2017a). High school students' eating behavior in the light of their food preference motivations and psychological variables. *Népegészségügy*, 95(2), 164–165.
- Szabó, K., és Pikó, B. (2017b). Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és egyes személyiségbeli jellemzőkkel középiskolások körében. *Egészségfejlesztés*, 58(2), 5–16.
- Szabó, K., és Pikó, B. (2018a). The Role of Self-Efficacy, Self-Control and Optimism/Pessimism in Adolescents' Health Protective and Health Risk Behaviors. In *9st European Conference on Positive Psychology*, Budapest (pp. 746–747).
- Szabó, K., és Pikó, B. (2018b). Az én-kontroll szerepe serdülők étkezési magatartásában, étkezési motivációik tükrében. In *Változás az állandóságban, A Magyar Pszichológiai Társaság XXVII. Országos Tudományos Nagygyűlése*, Budapest, 221.
- Szabó, K., és Pikó, B. (2018c). Étkezési motivációk mérése és nemi különbségei serdülők körében. In *PÉK 2018 [CEA 2018] XVI. Pedagógiai Értékelési Konferencia [16th Conference on Educational Assessment]: Program és összefoglalók [Programme and abstracts]*, Szeged, 91.
- Szabó, K., és Pikó, B. (2018d). A táplálkozással kapcsolatos attitűdök, magatartás és információkeresés vizsgálata és összefüggése szociodemográfiai és pszichológiai változókkal serdülők körében. *Orvosi Hetilap*, 159(51), 2183–2192.
<http://doi.org/10.1556/650.2018.31194>
- Szabó, K., és Pikó, B. (2018e). Serdülők étkezési magatartására ható motivációk. In *Magyar Táplálkozástudományi Társaság XLIII. Vándorgyűlése*, Mezőkövesd, 46.
- Szabó, K., és Pikó, B. (2018f). The role of eating motivations in dietary habits of adolescents with different bodyweight. In *32nd Conference of the EHPS (European Health*

- Psychology Society): Health Psychology across the Lifespan: Uniting Research, Practice and Policy*, Galway, 785–785.
- Szabó, K., és Pikó, B. (2019a). Likelihood of healthy eating among adolescents based on the health belief model. *Developments in Health Sciences*, 2(1), 22–27. <http://doi.org/10.1556/2066.2.2019.004>
- Szabó, K., és Pikó, B. (2019b). Serdülők étkezési szokásai az „egészség-hit-modell”, illetve az énhatékonyság, az optimizmus és az önkontroll tükrében [Adolescents’ dietary habits in light of the Health Belief Model, self-efficacy, optimism and self-control]. *Egészségfejlesztés*, 60(5), 111–121. <http://doi.org/10.24365/ef.v60i6.497>
- Szabó, K., és Pikó, B. (2019c). Adolescents’ eating motivations and behaviour: A path model. In *Division of Health Psychology Annual Conference program and book of abstracts*, Manchester, 118–119.
- Szabó, K., és Pikó, B. (2019d). The likelihood of healthy eating among adolescents. In *PÉK 2019 [CEA 2019] XVII. Pedagógiai Értékelési Konferencia [17th Conference on Educational Assessment]*, Szeged, 90–90.
- Szabo, K. és Piko, B. (2020). Health-Conscious Eating: The Role of Eating Motives and Risk Perception in Adolescents’ Healthy Dietary Behavior. In: Lena Wilson (szerk.): *Healthy Lifestyles and Healthy Eating*, NOVA Science Publishers, 183-199.
- Szabo, K., Piko, B. F., és Fitzpatrick, K. M. (2019). Adolescents’ attitudes towards healthy eating. *Appetite*, 143. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104416>
- Szántó, Zs. és Susánszky, É. (2002): *Orvosi Szociológia*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Szuhi Attila (2010): A szálló por okozta járulékos halálozás 22 hazai városban. *Tájökológiai Lapok*, 8(3), 411–420.
- Szücs, V., Szabó, E., és Bánáti, D. (2015). Az egészséges táplálkozással kapcsolatos attitűdök feltárása kérdőíves megkérdezés alapján. *Orvosi Hetilap*, 156(16), 636-643. <https://doi.org/10.1556/OH.2015.30129>
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., és Boone, A. L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72(2), 271–324. <https://doi.org/10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x>
- Tarkó K., és Benkő Zs. (2011): Felsőoktatási kezdeményezések a kisebbségek egészségeseélyeinek növelése érdekében. *Egészségfejlesztés*, 52(4), 14-19.
- Taylor, L. C., Burke, B., Donohue, J. E., Yu, S., Hirsch-Romano, J. C., Ohye, R. G., és Goldberg, C. S. (2016). Risk Factors for Interstage Mortality Following the Norwood Procedure: Impact of Sociodemographic Factors. *Pediatric Cardiology*, 37(1), 68–75. <https://doi.org/10.1007/s00246-015-1241-2>

- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., és et al. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 460–473. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.63.3.460>
- Teixeira, P. J., Patrick, H., és Mata, J. (2011). Why we eat what we eat: the role of autonomous motivation in eating behaviour regulation. *Nutrition Bulletin*, 36(1), 102–107. <https://doi.org/10.1111/j.1467-3010.2010.01876.x>
- Tenney, E. R., Logg, J.M., és Moore, D.A. (2015). (Too) optimistic about optimism: The belief that optimism improves performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108(3), 377-399
- Thompson, B. (2006). Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10694-000>
- Tiger L. (1979). *Optimism: The biology of hope*. New York: Simon and Schuster.
- Timlin, M. T., Pereira, M. A., Story, M., és Neumark-Sztainer, D. (2008). Breakfast eating and eeight change in a 5-year prospective analysis of adolescents: Project EAT (eating among teens). *Pediatrics*, 121(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1035>
- Tinker, L. F., Rosal, M. C., Young, A. F., Perri, M. G., Patterson, R. E., Van Horn, L., és Wu, L. (2007). Predictors of Dietary Change and Maintenance in the Women’s Health Initiative Dietary Modification Trial. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(7), 1155–1165. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.04.010>
- Tirosh, A., Shai, I., Afek, A., Dubnov-Raz, G., Ayalon, N., Gordon, B., és Rudich, A. (2011). Adolescent BMI Trajectory and Risk of Diabetes versus Coronary Disease. *New England Journal of Medicine*, 364(14), 1315–1325. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1006992>
- Trudeau, E., Kristal, A. R., Li, S., és Patterson, R. E. (1998). Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: Implications for dietary interventions. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(12), 1412–1417. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00319-8](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00319-8)
- Tuorila, H., és Pangborn, R. M. (1988). Prediction of reported consumption of selected fat-containing foods. *Appetite*, 11(2), 81–95. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(88\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(88)80008-4)
- Urbán Róbert (2007): Az egészségkárosító viselkedések klinikai pszichológiai megközelítése. In: Kállai, J., Varga, J., Oláh A.: *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 279-303.
- Verhagen, H., és van Loveren, H. (2016). Status of nutrition and health claims in Europe by mid 2015. *Trends in Food Science and Technology*, 56, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2016.07.005>

- Verplanken, B., Herabadi, A. G., Perry, J. A., és Silvera, D. H. (2005). *Consumer style and health: The role of impulsive buying in unhealthy eating*. *Psychology and Health*, 20(4), 429–441. <https://doi.org/10.1080/08870440412331337084>
- Vielva, I., és Iraurgi, I. (2001). Cognitive and behavioural factors as predictors of abstinence following treatment for alcohol dependence. *Addiction*, 96(2), 297–303. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.96229713.x>
- Vierling, K. K., Standage, M., és Treasure, D. C. (2007). Predicting attitudes and physical activity in an “at-risk” minority youth sample: A test of self-determination theory. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(5), 795–817. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.12.006>
- Vitrai József (2011): Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői. Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi kar Egészségtudományi Doktori Iskola.
- Vitrai, J., Varsányi, P.: Egészségjelentés, 2016. Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2017 http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/assets/cikkek/17-05/egeszsegjelentes-2016.pdf
- Von Ah, D., Ebert, S., Ngamvitroj, A., Park, N., és Kang, D. H. (2004). Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 463–474. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03229.x>
- Wang, E. S. T., és Li, Y. L. (2015). The effect of stress and visible health problems on the intent to continue health food consumption. *British Food Journal*, 117(1), 302–317. <https://doi.org/10.1108/BFJ-09-2013-0275>
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806–820. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.5.806>
- Weinstein, N. D. (1989). Optimistic biases about personal risks. *Science*, 246(4935), 1232–1233. <https://doi.org/10.1126/science.2686031>
- Weinstein, N. D. (1998). Accuracy of smokers’ risk perceptions. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(2), 135–140. <https://doi.org/10.1007/BF02884459>
- Will Crescioni, A., Ehrlinger, J., Alquist, J. L., Conlon, K. E., Baumeister, R. F., Schatschneider, C., és Dutton, G. R. (2011). High trait self-control predicts positive health behaviors and success in weight loss. *Journal of Health Psychology*, 16(5), 750–759. <https://doi.org/10.1177/1359105310390247>
- Willems, Y. E., Dolan, C. V., van Beijsterveldt, C. E. M., de Zeeuw, E. L., Boomsma, D. I., Bartels, M., és Finkenauer, C. (2018). Genetic and Environmental Influences on Self-

- Control: Assessing Self-Control with the ASEBA Self-Control Scale. *Behavior Genetics*, 48(2), 135–146. <https://doi.org/10.1007/s10519-018-9887-1>
- Wills, T. A., Isasi, C. R., Mendoza, D., és Ainette, M. G. (2007). Self-Control Constructs Related to Measures of Dietary Intake and Physical Activity in Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), 551–558. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.06.013>
- Woodward, D. R., Boon, J. A., Cumming, F. J., Ball, P. J., Williams, H. M., és Hornsby, H. (1996). Adolescents' reported usage of selected foods in relation to their perceptions and social norms for those foods. *Appetite*, 27(2), 109–117. <https://doi.org/10.1006/appe.1996.0039>
- World Health Organisation (1946): Constitution. Genova.
- World Health Organisation (1984): Health Promotion: A Discussion Document on the Concept and Principles. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- World Health Organisation (1986): Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. Ottawa, 1986. november 17-21 In: Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 9-14.
- World Health Organisation (1988): Adelaide-i ajánlások az egészséget támogató közpolitikáról. Második Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Adelaide. In: Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 15-22
- World Health Organisation (2017). Adolescent obesity and related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. WHO Regional Office for Europe, United Kingdom (Scotland), http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/339211/WHO_ObesityReport_2017_v3.pdf
- Wouters, E. J., Larsen, J. K., Kremers, S. P., Dagnelie, P. C., és Geenen, R. (2010). Peer influence on snacking behavior in adolescence. *Appetite*, 55(1), 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.03.002>
- Wrosch, C., és Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59–72. <https://doi.org/10.1023/A:1023529606137>
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Carver, C. S., és Schulz, R. (2003). The Importance of Goal Disengagement in Adaptive Self-Regulation: When Giving Up is Beneficial. *Self and Identity*, 2, 1-20.

- Yang Chu, L., Chia-Ko, L. és Yi Chih, L. (2018). Affects of Dietary Behavior and Risk Perception on Internet Foods. *International Journal of Organizational Innovation*, 10(4), 166-173.
- Yan, J., Wei, J., Zhao, D., Vinnikova, A., Li, L., és Wang, S. (2018). Communicating Online Diet-Nutrition Information and Influencing Health Behavioral Intention: The Role of Risk Perceptions, Problem Recognition, and Situational Motivation. *Journal of Health Communication*, 23(7), 624–633.
- Yazdanpanah, M., Fourozani, M. és Hojjati, M. (2014). Willingness of Iranian young adults to eat organic foods: Application of the Health Belief Model. *Food Quality and Preference*, 41, 75-83. doi: <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2014.11.012>
- Ylöstalo, P. V., Ek, E., Laitinen, J., és Knuuttila, M. L. (2003). Optimism and life satisfaction as determinants for dental and general health behavior - Oral health habits linked to cardiovascular risk factors. *Journal of Dental Research*, 82(3), 194–199. <https://doi.org/10.1177/154405910308200309>
- Zaborskis, A., Lagunaite, R., Busha, R. és Lubiene, J. (2012): Trend in eating habits among Lithuanian school-aged children in context of social inequality: three cross-sectional surveys 2002, 2006 and 2010. *BMC Public Health*. 12(12), 52.

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra. Dahlgren és Whitehead réteges modellje.....	9
2. ábra. A tervezett cselekvés és a tervezett viselkedés modellje	21
3. ábra. A transzeoretikus modell szakaszai (Forrás: saját szerkesztés)	22
4. ábra. Az Egészséghit modell felépítése (Forrás: saját szerkesztés)	23
5. ábra. A táplálkozási piramis.....	29
6. ábra. A vizsgált serdülők ételválasztási preferenciái	57
7. ábra. A serdülők reggelizési gyakorisága hétköznaponként	57
8. ábra. A serdülők reggelizési gyakorisága hétvégenként	58
9. ábra. Serdülők családdal töltött étkezéseinek gyakorisága	58
10. ábra. Serdülőkre jellemző étkezési motivációk	60
11. ábra. Serdülők kockázatészlelése.....	61
12. ábra. Az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdöt meghatározó hipotetikus modell	81
13. ábra. Az egészséges táplálkozást elfogadó attitűdhez kapcsolódó végső modell a szignifikáns utakkal, standardizált becslésekkel, és a megmagyarázott varianciával, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$	84
14. ábra. Az egészséges táplálkozás valószínűségének hipotetikus modellje	92
15. ábra. Az egészséges táplálkozás valószínűségének módosított hipotetikus modellje	93
16. ábra. A végső modell a szignifikáns utakkal és a megmagyarázott varianciával, * $p < 0,01$, ** $p < 0,001$	94

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. táblázat. A gyümölcsöt és zöldséget naponta fogyasztó magyar tanulók aránya (%) nem és évfolyam szerint (Forrás: Barabás és Nagy, 2012; Németh és Költő, 2014).....	33
2. táblázat. Gyümölcsöt és zöldséget naponta vagy naponta többször fogyasztó fiatalok arányának összehasonlítása Magyarországon és HBSC átlagokat tekintve 2018-ban	33
3. táblázat. Szénsavas üdítőitalokat és édességeket naponta fogyasztó magyar tanulók aránya (%) nem és évfolyam szerint (Forrás: Barabás és Nagy, 2012; Németh és Költő, 2014)	34
4. táblázat. Szénsavas üdítőitalokat és édességet naponta vagy naponta többször fogyasztó fiatalok arányának összehasonlítása Magyarországon és HBSC átlagokat tekintve 2018-ban	34
5. táblázat. Az első projekt mintájának életkor és évfolyam szerinti megoszlása	46
6. táblázat. A TEMS kérdőív faktorainak megbízhatósági mutatói saját mintán	48
7. táblázat. A második projekt mintájának életkori, iskolatípusonkénti és évfolyam szerinti megoszlása	50
8. táblázat. A TEMS faktorok és pszichológiai skálák megbízhatósági mutatói.....	52
9. táblázat. A harmadik projekt mintájának életkori, évfolyamonkénti és iskola típusonkénti megoszlása	53
10. táblázat. Serdülők pszichológiai jellemzői	62
11. táblázat. A különböző ételek és italok fogyasztási gyakoriságának kapcsolata az énhatékonysággal, az optimizmus/pesszimizmussal és az önkontrollal	64
12. táblázat. Az étkezési magatartáshoz kapcsolódó változók faktorstruktúrája.....	65
13. táblázat. Az étkezési attitűdők faktorstruktúrája.....	66
14. Az étkezési magatartás és attitűdők kapcsolata a pszichológiai változókkal	67
15. táblázat. Az étkezési preferenciák és a kockázatészlelés közötti kapcsolatok korrelációs együttthatói.....	69
16. táblázat. Az étkezési magatartás és attitűdők, valamint a kockázatészlelés közötti kapcsolatok	70
17. táblázat. Az étkezési preferenciákhoz kapcsolódó faktorok	73
18. táblázat. Az étkezési motivációkhoz kapcsolódó faktorok	73
19. táblázat. Az ételválasztási preferenciák és étkezési motivációk közötti korrelációs kapcsolatok	74
20. táblázat. Az étkezési magatartás és motivációk közötti korrelációs kapcsolatok	75
21. táblázat. Az étkezési motivációk és a kockázatészlelés szerepe az egészségtudatos étkezésben	78
22. táblázat. A lineáris regressziós modellek kollinearitás vizsgálata	78
23. táblázat. Az étkezési motivációk és a kockázatészlelés szerepe a nem egészségtudatos étkezésben	79
24. táblázat. A lineáris regressziós modellek kollinearitás vizsgálata	79
25. táblázat. Az étkezési motivációk faktorstruktúrája	82
26. táblázat. A mért változók közötti interkorrelációs kapcsolatok	83
27. táblázat. A változók leíró statisztikája és korrelációelemzése (N=440)	87

28. táblázat. Az Egészséghit-modell változóinak és egyéb pszichológiai változók szerepe a tudatos étkezésben	88
29. táblázat. Kollinearitás-vizsgálat a többváltozós regresszióelemzéshez	88
30. táblázat. A mért változók közötti interkorrelációs kapcsolatok.....	92
31. táblázat. Az empirikus kutatás hipotéziseinek összegzése	96

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

HBSC- Health Behavior in School-aged Children

LOT- Life Orientation Test

TEMS: The Eating Motivation Survey

TRA- Theory of Reasoned Action

TPB- Theory of Planned Behavior

TTM- Transtheoretical Model

SCS- Self-Control Scale

SES- Self-Efficacy Scale

MELLÉKLETEK

1. számú melléklet: Az első projekt kérdőív csomagja

Kedves Résztvevő!

Szabó Katalin vagyok a Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Neveléstudományi Intézetének doktorandusz hallgatója. A következő kérdőívvel szeretném felmérni serdülők táplálkozási, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásait, illetve az ezekkel kapcsolatos kockázateszlelésüket. Jelen kérdőív kitöltése önkéntes, körülbelül 20 percet vesz igénybe. A kutatásban való közreműködés során sem nevet, sem bármilyen más, azonosításra alkalmas információt nem kérdezek. A kitöltés során kapott eredmények titkosak, és csakis tudományos célra használom fel.

Előre is köszönöm közreműködésedet és a munkám segítségét. Bármilyen felmerülő kérdésre a következő e-mail- címen szívesen válaszolok: **katalinszabo@edu.u-szeged.hu**

1. Kérlek, karikázd be vagy írd le a Rád jellemző állítást!

1a) Nemed: 1- Fiú 2- Lány

1b) Korod: _____ év

1c) Milyen típusú iskolába jársz?

1. Szakközépiskola
2. Szakgimnázium
3. Gimnázium

1d) Hányadik osztályba jársz? _____

1e) Az iskolában általában milyen jegyeket kapsz?

1. 5-öst
2. 4-est, 5-öst
3. 4-est
4. 3-ast, 4-est
5. 3-ast
6. 2-est, 3-ast
7. 1-est, 2-est

1f) Mi szüleid legmagasabb iskolai végzettsége?

APA:

1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Szakközépiskola
4. Gimnázium
5. Főiskola/Egyetem
6. Egyéb: _____

ANYA:

1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Szakközépiskola
4. Gimnázium
5. Főiskola/Egyetem
6. Egyéb: _____

1g) Családodat anyaqi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

1. Alsó osztály
2. Alsó-közép osztály
3. Közép osztály
4. Felső-közép osztály
5. Felső osztály

1h) Mi a szüleid tényleges családi állapota?

1. Házas
2. Külön élnek
3. Elvált
4. Özvegy
5. Élettársak

1i) Kivel élsz együtt?

1. Mindkét szülővel
2. Egyik szülővel és nevelőszülővel
3. Csak édesanyáddal
4. Csak édesapáddal
5. Egyéb, éspedig: _____

1j) Hány testvéred van? _____

1k) Testsúlyod: _____ kg

1l) Testmagasságod: _____ cm

2. A továbbiakban táplálkozási, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásaiddal kapcsolatos kérdések következnek. Kérlek, a legőszintebben válaszolj ezekre!

2a) Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni?

Tanítási napokon:

1. Soha
2. Egyszer egy héten
3. Kétszer egy héten
4. Háromszor egy héten
5. Négyyszer egy héten
6. Minden nap

Hétvégén:

1. Soha
2. Csak az egyik napon
3. Szombaton és vasárnap is

2b) Milyen gyakran reggelizik együtt a család?

1. Soha
2. Ritkábban, mint hetente
3. Hetente 1-2-szer
4. Hetente 3-4-szer
5. Hetente 5-6-szor
6. Minden nap

2c) Milyen gyakran vacsorázik együtt a család?

1. Soha
2. Ritkábban, mint hetente
3. Hetente 1-2-szer
4. Hetente 3-4-szer
5. Hetente 5-6-szor
6. Minden nap

2d) Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat? (Tegyél X-et a megfelelő rublikába!)

	1. Soha	2. Ritkábban, mint hetente	3. Hetente 1-szer	4. Hetente 2-4-szer	5. Hetente 5-6-szor	6. Minden nap	7. Minden nap többször is
Gyümölcs							
Zöldség							
Húsok							
Édességek							
Cola és/vagy más üdítőital							
Energiaital							
Péksütemény							
Gyorsételek (pl. pizza, gyros, hamburger)							

2e) Az alábbiakban az étkezéssel kapcsolatos állításokat találsz. Kérlek, mindegyik esetében karikázd be, hogy mennyire jellemző Rád!

Azért eszem, amit eszek...

1 = soha, 7 = mindig

1. ... mert megszoktam, hogy ezt eszem	1	2	3	4	5	6	7
2. ... mert egészséges	1	2	3	4	5	6	7
3. ... mert gyorsan el lehet készíteni	1	2	3	4	5	6	7
4. ... mert jó íze van	1	2	3	4	5	6	7

5.	... azért, hogy kényeztessem magam	1	2	3	4	5	6	7
6.	... mert természetes (pl. genetikailag nem módosított)	1	2	3	4	5	6	7
7.	... mert nem akarok több pénzt költeni	1	2	3	4	5	6	7
8.	... mert alacsony a kalóriatartalma	1	2	3	4	5	6	7
9.	... mert ideges vagyok	1	2	3	4	5	6	7
10.	... mert mások előtt jó benyomást tesz rám	1	2	3	4	5	6	7
11.	... mert udvariatlanság lenne nem megenni	1	2	3	4	5	6	7
12.	... mert csábító a kinézete (pl. csomagolás)	1	2	3	4	5	6	7
13.	... mert így időt tudok tölteni másokkal	1	2	3	4	5	6	7
14.	... mert organikus	1	2	3	4	5	6	7
15.	... mert ezen nőttem fel	1	2	3	4	5	6	7
16.	... mert élvezem	1	2	3	4	5	6	7
17.	... mert éhes vagyok	1	2	3	4	5	6	7
18.	... mert többnyire ezt eszem	1	2	3	4	5	6	7
19.	... mert gerjeszti az étvágyamat	1	2	3	4	5	6	7
20.	... mert könnyű elkészíteni	1	2	3	4	5	6	7
21.	... mert szomorú vagyok	1	2	3	4	5	6	7
22.	... mert zsírszegény	1	2	3	4	5	6	7
23.	... mert felismerem a hirdetésekben, vagy már láttam a TV-ben	1	2	3	4	5	6	7
24.	... mert a társas összejöveteleket kényelmesebbé teszi	1	2	3	4	5	6	7
25.	... mert elvárják tőlem, hogy megegyem	1	2	3	4	5	6	7
26.	... mert mások szeretik	1	2	3	4	5	6	7
27.	... mert egyedül érzem magam	1	2	3	4	5	6	7
28.	... mert figyelek a súlyomra	1	2	3	4	5	6	7
29.	... mert nem tartalmaz káros anyagokat (pl. rovarirtók, szennyezőanyagok, antibiotikumok)	1	2	3	4	5	6	7
30.	... mert ez a legkényelmesebb	1	2	3	4	5	6	7
31.	... mert energiára van szükségem	1	2	3	4	5	6	7
32.	... mert ismerem	1	2	3	4	5	6	7
33.	... mert szeretem	1	2	3	4	5	6	7
34.	... mert kellemesen eltelt	1	2	3	4	5	6	7
35.	... azért, hogy megjutalmazzam magam	1	2	3	4	5	6	7
36.	... hagyományból (pl. családi hagyományok, különleges alkalmak)	1	2	3	4	5	6	7
37.	... azért mert bizonyos eseményekhez hozzátartozik	1	2	3	4	5	6	7
38.	... azért, hogy egy kiegyensúlyozott étrendet tartsak fenn	1	2	3	4	5	6	7
39.	... mert illik a társas összejövetelekhez	1	2	3	4	5	6	7

40. ... mert nem drága	1	2	3	4	5	6	7
41. ... mert akaratlanul is elcsábít (pl. szemmagasságban van, szép a színe)	1	2	3	4	5	6	7
42. ... hogy ne bántsak meg olyan valakit, aki boldoggá akar tenni	1	2	3	4	5	6	7
43. ... mert trendi	1	2	3	4	5	6	7
44. ... mert akciós	1	2	3	4	5	6	7
45. ... mert formában tart (pl. energikusan, motiváltan)	1	2	3	4	5	6	7

2f) Fogyasztottál-e már valaha alkoholt? 1- Igen 2- Nem

2g) Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt? **2h) Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál egyszerre nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?**

1. Egyszer sem
2. 1-2- szer
3. 3-9- szer
4. 10-19- szer
5. 20-39- szer
6. Több, mint 40- szer

1. Egyszer sem
2. 1- szer
3. 2- szer
4. 3-5- ször
5. 6-9- szer
6. 10- szer vagy ennél többször

2i) Dohányoztál-e már valaha? 1- Igen 2- Nem

2j) Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?

1. Egyszer sem
2. Csak néha egyet-egyed
3. 1-5 szálat naponta
4. 6-10 szálat naponta
5. 11-20 szálat naponta
6. 20 szálnál többet naponta

2k) Tervezed-e, hogy le akarsz szokni a közeljövőben? 1- Igen 2- Nem

2l) Mit gondolsz felnőttként dohányozni fogsz-e? 1- Igen 2- Nem

3. A következő kérdések arra vonatkoznak, hogy szerinted táplálkozási, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásaidnak milyen következményei lehetnek életed során. Kérlek, karikázd be azt, amely véleményedet tükrözi!

3/1) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas vérnyomásod lesz életed során?

Szinte semmi Elég valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3/2) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas koleszterinszinted lesz életed során?

Szinte semmi Elég valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3/3) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy elhízol életed során?

Szinte semmi Elég valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3/4) Szerinted mennyire valószínű, hogy dohányzással kapcsolatos betegséged alakul ki a jövőben?

Szinte semmi Elég valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3/5) Szerinted mennyire valószínű, hogy alkoholfogyasztással kapcsolatos betegséged alakul ki a jövőben?

Szinte semmi Elég valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3/6) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas vérnyomásod lesz?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb

1 2 3 4 5 6 7

3/7) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas koleszterinszinted lesz?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb

1 2 3 4 5 6 7

3/8) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mekkora annak a kockázata, hogy elhízol?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb

1 2 3 4 5 6 7

3/9) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mennyire valószínű, hogy dohányzással kapcsolatos betegséged alakul ki?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb

1 2 3 4 5 6 7

3/10) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mennyire valószínű, hogy alkoholfogyasztással kapcsolatos betegséged alakul ki?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb

1 2 3 4 5 6 7

4. A következőkben különböző pszichológiai tényezők feltárására törekszünk. Kérlek, karikázd be a Rád legjobban jellemzőt!

4a)

	1- Egyáltalán nem jellemző	2- Alig jellemző	3- Jellemző	4- Teljesen jellemző
1. Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom.	1	2	3	4
2. Ha valaki szembeszegül velem, megtalálom a módját, hogy elérjem, amit szeretnék.	1	2	3	4
3. Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és elérjem a céljaimat.	1	2	3	4
4. Ötletességemnek köszönhetően tudom, miként kezeljem a váratlan helyzeteket.	1	2	3	4
5. Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben.	1	2	3	4
6. Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást.	1	2	3	4
7. Meg tudom őrizni nyugalmamat a nehézségekkel szemben, mert támaszkodni tudok a megoldóképességemre.	1	2	3	4
8. Ha szembesülök egy problémával, általában több ötletem támad a megoldásra.	1	2	3	4
9. Ha sarokba szorítanak, rendszerint kitalálom, hogy mitévő legyek.	1	2	3	4
10. Bármilyen történet, általában kezelni tudom a helyzetet.	1	2	3	4

4b)

	1- Egyáltalán nem értek egyet	2	3	4	5- Teljesen egyetértek
1. Ha bizonytalan vagyok valamiben, akkor rendszerint a legjobb kimenetelben bízom.	1	2	3	4	5
2. Könnyen tudok relaxálni.	1	2	3	4	5
3. Az én esetemben, ha valami elromolhat, akkor valóban el is romlik.	1	2	3	4	5
4. Mindig optimista vagyok a jövővel kapcsolatban.	1	2	3	4	5
5. Nagyon szeretek a barátaimmal lenni.	1	2	3	4	5
6. Fontos, hogy találjak magamnak elfoglaltságot.	1	2	3	4	5
7. Szinte soha nem várom azt, hogy rendben menjenek a dolgok.	1	2	3	4	5
8. Nem egykönnyen izgatom fel magam.	1	2	3	4	5
9. Ritkán számítok arra, hogy jó dolgok történhetnek velem.	1	2	3	4	5
10. Összességében inkább jó, mint rossz dolgokra számítok.	1	2	3	4	5

4c)

	1- Egyáltalán nem jellemző rám	2	3	4	5- Teljesen jellemző rám
1. Nehezemre esik felhagyni a rossz szokásokkal.	1	2	3	4	5
2. Könnyen felzaklatom magam.	1	2	3	4	5
3. Hajlamos vagyok helytelen dolgokat mondani.	1	2	3	4	5
4. Visszautasítom a számomra rossz dolgokat, még ha szórakoztatóak is.	1	2	3	4	5
5. Ellent tudok állni a kísértésnek.	1	2	3	4	5
6. Azt mondanák rólam, hogy nagyon erős az önfegyelmem.	1	2	3	4	5
7. Az örömszerzés és a szórakozás néha megakadályoz abban, hogy befejezzem a dolgomat.	1	2	3	4	5
8. Olyan pillanatnyi örömmel járó dolgokat teszek, amelyeket később megbánok.	1	2	3	4	5
9. Néha nem tudom megállni, hogy megtegyek valamit, még akkor sem, ha tudom, hogy az rossz.	1	2	3	4	5
10. Gyakran anélkül cselekszem, hogy végiggondolnám az összes lehetőséget.	1	2	3	4	5

2. számú melléklet: A második projekt kérdőív csomagja (szerkesztett változat)

Kedves Résztvevő!

Szabó Katalin vagyok a Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Intézetének PhD hallgatója. A következő kérdőívvel szeretném felmérni táplálkozási, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásaidat, illetve az ezekkel kapcsolatos kockázatészleléseidet. Jelen kérdőív kitöltése önkéntes, körülbelül 20 percet vesz igénybe. A kutatásban való közreműködés során sem nevet, sem bármilyen más, azonosításra alkalmas információt nem kérdezek. A kitöltés során kapott eredmények titkosak, és csakis tudományos célra használok fel.

Előre is köszönöm közreműködésedet, és a munkám segítségét. Bármilyen felmerülő kérdésre a következő e-mail- címen szívesen válaszolok: **katalinszabo@edu.u-szeged.hu**

1. Kérlek, karikázd be vagy írd le a Rád jellemző állítást!

1a) Nemed: 1- Fiú

2- Lány

1b) Korod: _____ év

1c) Milyen típusú iskolába jársz?

1. Szakközépiskola
2. Szakgimnázium
3. Gimnázium

1d) Hányadik osztályba jársz? _____

1e) Az iskolában általában milyen jegyeket kapsz?

1. 5-öst
2. 4-est, 5-öst
3. 4-est
4. 3-ast, 4-est
5. 3-ast
6. 2-est, 3-ast
7. 1-est, 2-est

1f) Mi szüleid legmagasabb iskolai végzettsége?

APA:

1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Szakközépiskola
4. Gimnázium
5. Főiskola/Egyetem
6. Egyéb: _____

ANYA:

1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Szakközépiskola
4. Gimnázium
5. Főiskola/Egyetem
6. Egyéb: _____

1g) Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

1. Alsó osztály
2. Alsó-közép osztály
3. Közép osztály
4. Felső-közép osztály
5. Felső osztály

1h) Mi a szüleid tényleges családi állapota?

1. Házas
2. Külön élnek
3. Elvált
4. Özvegy
5. Élettársak

1i) Kivel élsz együtt?

1. Mindkét szülővel
2. Egyik szülővel és nevelőszülővel
3. Csak édesanyáddal
4. Csak édesapáddal
5. Egyéb, éspedig: _____

1j) Hány testvéred van? _____

1k) Testsúlyod: _____ kg

1l) Testmagasságod: _____ cm

2. A továbbiakban táplálkozási, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásaiddal kapcsolatos kérdések következnek. Kérlek, a legőszintebben válaszolj ezekre!

2a) Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni?

Tanítási napokon:

1. Soha
2. Egyszer egy héten
3. Kétszer egy héten
4. Háromszor egy héten
5. Négyyszer egy héten
6. Minden nap

Hétvégén:

1. Soha
2. Csak az egyik napon
3. Szombaton és vasárnap is

2b) Milyen gyakran reggelizik együtt a család?

1. Soha
2. Ritkábban, mint hetente
3. Hetente 1-2-szer
4. Hetente 3-4-szer
5. Hetente 5-6-szor
6. Minden nap

2c) Milyen gyakran vacsorázik együtt a család?

1. Soha
2. Ritkábban, mint hetente
3. Hetente 1-2-szer
4. Hetente 3-4-szer
5. Hetente 5-6-szor
6. Minden nap

2d) Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat? (Tegyél X-et a megfelelő rublikába!)

	1. Soha	2. Ritkábban, mint hetente	3. Hetente 1-szer	4. Hetente 2-4-szer	5. Hetente 5-6-szor	6. Minden nap	7. Minden nap többször is
Gyümölcs							
Zöldség							
Húsok							
Édességek							
Cola és/vagy más üdítőital							
Energiaital							
Péksütemény							
Gyorsételek (pl. pizza, gyros, hamburger)							

2e) Az alábbiakban az étkezéssel kapcsolatos állításokat találsz. Kérlek, mindegyik esetében karikázd be, hogy mennyire jellemző Rád!

Azért eszem, amit eszek...

1 = soha, 7 = mindig

1. ... mert megszoktam, hogy ezt eszem	1	2	3	4	5	6	7
2. ... mert egészséges	1	2	3	4	5	6	7
3. ... mert gyorsan el lehet készíteni	1	2	3	4	5	6	7
4. ... mert jó íze van	1	2	3	4	5	6	7
5. ... azért, hogy kényeztessen magam	1	2	3	4	5	6	7

6.	... mert természetes (pl. genetikailag nem módosított)	1	2	3	4	5	6	7
7.	... mert nem akarok több pénzt költeni	1	2	3	4	5	6	7
8.	... mert alacsony a kalóriatartalma	1	2	3	4	5	6	7
9.	... mert ideges vagyok	1	2	3	4	5	6	7
10.	... mert mások előtt jó benyomást tesz rám	1	2	3	4	5	6	7
11.	... mert udvariatlanság lenne nem megenni	1	2	3	4	5	6	7
12.	... mert csábító a kinézete (pl. csomagolás)	1	2	3	4	5	6	7
13.	... mert így időt tudok tölteni másokkal	1	2	3	4	5	6	7
14.	... mert organikus	1	2	3	4	5	6	7
15.	... mert ezen nőttem fel	1	2	3	4	5	6	7
16.	... mert élvezem	1	2	3	4	5	6	7
17.	... mert éhes vagyok	1	2	3	4	5	6	7
18.	... mert többnyire ezt eszem	1	2	3	4	5	6	7
19.	... mert gerjeszti az étvágyamat	1	2	3	4	5	6	7
20.	... mert könnyű elkészíteni	1	2	3	4	5	6	7
21.	... mert szomorú vagyok	1	2	3	4	5	6	7
22.	... mert zsírszegény	1	2	3	4	5	6	7
23.	... mert felismerem a hirdetésekben, vagy már láttam a TV-ben	1	2	3	4	5	6	7
24.	... mert a társas összejöveteleket kényelmesebbé teszi	1	2	3	4	5	6	7
25.	... mert elvárják tőlem, hogy megegyem	1	2	3	4	5	6	7
26.	... mert mások szeretik	1	2	3	4	5	6	7
27.	... mert egyedül érzem magam	1	2	3	4	5	6	7
28.	... mert figyelek a súlyomra	1	2	3	4	5	6	7
29.	... mert nem tartalmaz káros anyagokat (pl. rovarirtók, szennyezőanyagok, antibiotikumok)	1	2	3	4	5	6	7
30.	... mert ez a legkényelmesebb	1	2	3	4	5	6	7
31.	... mert energiára van szükségem	1	2	3	4	5	6	7
32.	... mert ismerem	1	2	3	4	5	6	7
33.	... mert szeretem	1	2	3	4	5	6	7
34.	... mert kellemesen eltelt	1	2	3	4	5	6	7
35.	... azért, hogy megjutalmazzam magam	1	2	3	4	5	6	7
36.	... hagyományból (pl. családi hagyományok, különleges alkalmak)	1	2	3	4	5	6	7
37.	... azért mert bizonyos eseményekhez hozzátartozik	1	2	3	4	5	6	7
38.	... azért, hogy egy kiegyensúlyozott étrendet tartsak fenn	1	2	3	4	5	6	7
39.	... mert illik a társas összejövetelekhez	1	2	3	4	5	6	7

40. ... mert nem drága	1	2	3	4	5	6	7
41. ... mert akaratlanul is elcsábít (pl. szemmagasságban van, szép a színe)	1	2	3	4	5	6	7
42. ... hogy ne bántsak meg olyan valakit, aki boldoggá akar tenni	1	2	3	4	5	6	7
43. ... mert trendi	1	2	3	4	5	6	7
44. ... mert akciós	1	2	3	4	5	6	7
45. ... mert formában tart (pl. energikusan, motiváltan)	1	2	3	4	5	6	7

2f) A következő állítások az étkezési szokásaidra vonatkoznak. Kérlek karikázd be, hogy mennyire jellemző Rád!

1- Egyáltalán nem jellemző rám 5- Teljesen jellemző rám

1. Főként nyersen fogyasztom el a gyümölcsöket.	1	2	3	4	5
2. Tudom, hogy a zöldségekben/gyümölcsökben milyen egészséges összetevők vannak.	1	2	3	4	5
3. Érdekelnek az egészséges táplálkozással kapcsolatos újságcikkek, tévéműsorok.	1	2	3	4	5
4. Egészségesen táplálkozom.	1	2	3	4	5
5. Hajlandó vagyok többet fizetni azért, hogy étrendem egészséges legyen.	1	2	3	4	5
6. Főként nyersen fogyasztom el a zöldségeket.	1	2	3	4	5
7. Rendszeresen mozgok az egészségem megőrzése érdekében.	1	2	3	4	5
8. Köretként inkább zöldséget fogyasztok, mint burgonyát vagy rizst.	1	2	3	4	5
9. Nem engedhetem meg magamnak az egészséges táplálkozást, az túlságosan drága lenne.	1	2	3	4	5
10. Nem tudom pontosan, hogyan kellene egészségesen táplálkoynom, mit kellene rendszeresen ennem, illetve, hogy mit nem szabadna fogyasztanom.	1	2	3	4	5

2g) Mennyire értesz egyet a következő állításokkal? 1- Egyáltalán nem értek egyet 5- Teljesen egyetértek

1. Nem lehet egységes receptet adni az egészséges táplálkozásra, mindenkinek másra kell vigyáznia.	1	2	3	4	5
2. Sokkal többet tudunk arról, hogy mit kellene megváltoztatnunk ahhoz, hogy egészségesen táplálkozzunk, de sajnos keveset teszünk érte.	1	2	3	4	5
3. Egészséges embernél elég arra figyelni, hogy változatos, kiegyensúlyozott és mértékletes legyen a táplálkozás.	1	2	3	4	5
4. Hiába mondják, hogy egészséges valami, ha nem ízlik, nem erőltetem.	1	2	3	4	5
5. Az egészséges táplálkozás nem önmagunk sanyargatása, hanem ellenkezőleg: örömforrás.	1	2	3	4	5
6. Fitoszterinek, flavonoidok, gyökfogyók, probiotikumok – az ember csak kapkodja a fejét a számára ismeretlen fogalmak hallatán és egyre tanácstalanabb, hogy mit is kell tennie, ha egészségesen akar táplálkozni.	1	2	3	4	5
7. Az egészséges táplálkozás nagyon költséges.	1	2	3	4	5
8. Az egészséges táplálkozásra vonatkozó ismeretek folyamatosan változnak, bővülnek, ezért nehéz követni azokat.	1	2	3	4	5
9. Az válik igazán egészségünkre, ami ízlik is.	1	2	3	4	5
10. Már többször megpróbáltam egészségesen táplálkozni, de átmeneti önsanyargatás után visszatértem a megszokott gyakorlathoz.	1	2	3	4	5
11. Az egészséges táplálkozásról nekem mindig a fogyókúra jut eszembe.	1	2	3	4	5

2h) Mit gondolsz mennyire fontos információk az alábbiak a táplálkozással kapcsolatban?

1- kevésbé fontos információforrás 5- fontos, meghatározó információforrás

1. Internet	1	2	3	4	5
2. Iskolában tanultak	1	2	3	4	5
3. Élelmiszerek jelölése, címkeinformációk	1	2	3	4	5
4. Egészségügyi kiadványok, kézikönyvek	1	2	3	4	5
5. Termékismertető, szórólapok	1	2	3	4	5
6. Szomszéd, ismerőssel, barátal való tapasztalatsere	1	2	3	4	5
7. Egészségügyi ellátás során kapott személyes tájékoztatás (orvos, dietetikus, gyógyszerész stb.)	1	2	3	4	5
8. Televízióműsorok	1	2	3	4	5
9. Szakboltokban (például biobolt, fitotéka) szakképzett eladó felvilágosítása	1	2	3	4	5
10. Női magazinok életmóddal, egészséges táplálkozással kapcsolatos cikkei	1	2	3	4	5
11. Ingyenes kiadványok témába vágó írásai (például <i>Patikátükör</i> , ételt házhoz szállító cégek kiadványai stb.)	1	2	3	4	5
12. Rádióműsorok	1	2	3	4	5
13. Reklámok újságokban, plakátokon	1	2	3	4	5
14. Tévéreklámok	1	2	3	4	5

2i) Mennyire igazak a következő állítások?

Sok barátom figyel arra, hogy egészségesen táplálkozzon. 1) egyáltalán nem 2) kicsit 3) eléggé 4) nagyon

A szüleim figyelnek arra, hogy egészségesen táplálkozzanak. 1) egyáltalán nem 2) kicsit 3) eléggé 4) nagyon

2j) Fogyasztottál-e már valaha alkoholt?

1- Igen

2- Nem

2k) Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?**2l) Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál egyszerre nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?**

1. Egyszer sem
2. 1-2- szer
3. 3-9- szer
4. 10-19- szer
5. 20-39- szer
6. Több, mint 40- szer

1. Egyszer sem
2. 1- szer
3. 2- szer
4. 3-5- ször
5. 6-9- szer
6. 10- szer vagy ennél többször

2m) Dohányoztál-e már valaha?

1- Igen

2- Nem

2n) Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?

1. Egyszer sem
2. Csak néha egyet-egyed
3. 1-5 szálat naponta
4. 6-10 szálat naponta
5. 11-20 szálat naponta
6. 20 szálnál többet naponta

2k) Tervezed-e, hogy le akarsz szokni a közeljövőben?

1- Igen

2- Nem

2l) Mit gondolsz felnőttként dohányozni fogsz-e?

1- Igen

2- Nem

3. A következő kérdések arra vonatkoznak, hogy szerinted táplálkozási, alkoholfogyasztási és dohányzási szokásaidnak milyen következményei lehetnek életed során. Kérlek, karikázd be azt, amely véleményedet tükrözi!

3/1) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas vérnyomásod lesz életed során?

Szinte semmi Elég valószínű
1 2 3 4 5 6 7

3/2) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas koleszterinszinted lesz életed során?

Szinte semmi Elég valószínű
1 2 3 4 5 6 7

3/3) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy elhízol életed során?

Szinte semmi Elég valószínű
1 2 3 4 5 6 7

3/4) Szerinted mennyire valószínű, hogy dohányzással kapcsolatos betegséged alakul ki a jövőben?

Szinte semmi Elég valószínű
1 2 3 4 5 6 7

3/5) Szerinted mennyire valószínű, hogy alkoholfogyasztással kapcsolatos betegséged alakul ki a jövőben?

Szinte semmi Elég valószínű
1 2 3 4 5 6 7

3/6) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas vérnyomásod lesz?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb
1 2 3 4 5 6 7

3/7) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mekkora annak a kockázata, hogy magas koleszterinszinted lesz?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb
1 2 3 4 5 6 7

3/8) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mekkora annak a kockázata, hogy elhízol?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb
1 2 3 4 5 6 7

3/9) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mennyire valószínű, hogy dohányzással kapcsolatos betegséged alakul ki?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb
1 2 3 4 5 6 7

3/10) Összehasonlítva magad a kortársaiddal, szerinted mennyire valószínű, hogy alkoholfogyasztással kapcsolatos betegséged alakul ki?

Sokkal kevésbé valószínű Sokkal valószínűbb
1 2 3 4 5 6 7

4. A következőkben különböző pszichológiai tényezők feltárására törekszünk. Kérlek, karikázd be a Rád legjobban jellemzőt!

4a)

1- Egyáltalán nem jellemző 2- Alig jellemző 3- Jellemző 4- Teljesen jellemző

1.	Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom.	1	2	3	4
2.	Ha valaki szembeszegül velem, megtalálom a módját, hogy elérjem, amit szeretnék.	1	2	3	4
3.	Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és elérjem a céljaimat.	1	2	3	4
4.	Ötletességemnek köszönhetően tudom, miként kezeljem a váratlan helyzeteket.	1	2	3	4
5.	Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben.	1	2	3	4
6.	Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást.	1	2	3	4
7.	Meg tudom őrizni nyugalmamat a nehézségekkel szemben, mert támaszkodni tudok a megoldóképességemre.	1	2	3	4
8.	Ha szembesülök egy problémával, általában több ötletem támad a megoldásra.	1	2	3	4
9.	Ha sarokba szorítanak, rendszerint kitalálom, hogy mitévő legyek.	1	2	3	4
10.	Bármilyen történik, általában kezelni tudom a helyzetet.	1	2	3	4

4b)

1- Egyáltalán nem értek egyet 5- Teljesen egyetértek

1.	Ha bizonytalan vagyok valamiben, akkor rendszerint a legjobb kimenetelben bízom.	1	2	3	4	5
2.	Könnyen tudok relaxálni.	1	2	3	4	5
3.	Az én esetemben, ha valami elromolhat, akkor valóban el is romlik.	1	2	3	4	5
4.	Mindig optimista vagyok a jövővel kapcsolatban.	1	2	3	4	5
5.	Nagyon szeretek a barátaimmal lenni.	1	2	3	4	5
6.	Fontos, hogy találjak magamnak elfoglaltságot.	1	2	3	4	5
7.	Szinte soha nem várom azt, hogy rendben menjenek a dolgok.	1	2	3	4	5
8.	Nem egykönnyen izgatok fel magam.	1	2	3	4	5
9.	Ritkán számítok arra, hogy jó dolgok történhetnek velem.	1	2	3	4	5
10.	Összességében inkább jó, mint rossz dolgokra számítok.	1	2	3	4	5

4c)

1- Egyáltalán nem jellemző rám 5- Teljesen jellemző rám

1.	Nehezemre esik felhagyni a rossz szokásokkal.	1	2	3	4	5
2.	Könnyen felzaklatom magam.	1	2	3	4	5
3.	Hajlamos vagyok helytelen dolgokat mondani.	1	2	3	4	5
4.	Visszautasítom a számomra rossz dolgokat, még ha szórakoztatóak is.	1	2	3	4	5
5.	Ellent tudok állni a kísértésnek.	1	2	3	4	5
6.	Azt mondanák rólam, hogy nagyon erős az önfegyelmem.	1	2	3	4	5
7.	Az örömszerzés és a szórakozás néha megakadályoz abban, hogy befejezzem a dolgomat.	1	2	3	4	5
8.	Olyan pillanatnyi örömmel járó dolgokat teszek, amelyeket később megbánok.	1	2	3	4	5
9.	Néha nem tudom megállni, hogy megtegyek valamit, még akkor sem, ha tudom, hogy az rossz.	1	2	3	4	5
10.	Gyakran anélkül cselekszem, hogy végiggondolnám az összes lehetőséget.	1	2	3	4	5

3. számú melléklet: A harmadik projekt kérdőívcsomagja (online verzió szerkesztett változata)

Kedves Résztvevő!

Szabó Katalin vagyok a Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Intézetének PhD hallgatója. A következő kérdőívvel szeretném felmérni táplálkozási szokásaidat, illetve az ezekkel kapcsolatos véleményedet és kockázátészleléseidet. Jelen kérdőív kitöltése önkéntes, körülbelül 15 percet vesz igénybe. A kutatásban való közreműködés során sem nevet, sem bármilyen más, azonosításra alkalmas információt nem kérdezek. A kitöltés során kapott eredmények titkosak, és csakis tudományos célra használom fel.

Előre is köszönöm közreműködésedet, és a munkám segítségét. Bármilyen felmerülő kérdésre a következő e-mail- címen szívesen válaszolok: katalinszabo@edu.u-szeged.hu

1. Kérlek, karikázd be vagy írd le a Rád jellemző állítást!

1a) Nemed: 1- Fiú 2- Lány

1b) Korod: _____ év

1c) Lakóhelyed: 1- város 2- község, falu

1d) Milyen típusú iskolába jársz?

1. Szakközépiskola, szakiskola
2. Szakgimnázium
3. Gimnázium

1e) Hányadik évfolyamra jársz? _____

1f) Az iskolában általában milyen jegyeket kapsz?

1. 5-öst
2. 4-est, 5-öst
3. 4-est
4. 3-ast, 4-est
5. 3-ast
6. 2-est, 3-ast
7. 1-est, 2-est

1g) Mi szüleid legmagasabb iskolai végzettsége?

APA:

1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Szakközépiskola
4. Gimnázium
5. Főiskola/Egyetem
6. Egyéb: _____

ANYA:

1. Általános iskola
2. Szakmunkásképző
3. Szakközépiskola
4. Gimnázium
5. Főiskola/Egyetem
6. Egyéb: _____

1h) Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

1. Alsó osztály
2. Alsó-közép osztály
3. Közép osztály
4. Felső-közép osztály
5. Felső osztály

1i) Mi a szüleid tényleges családi állapota?

1. Házas
2. Külön élnek
3. Elvált
4. Özvegy
5. Élettársak

1j) Kivel élsz együtt?

1. Mindkét szülővel
2. Egyik szülővel és nevelőszülővel
3. Csak édesanyáddal
4. Csak édesapáddal
5. Egyéb, éspedig: _____

1k) Hány testvéred van? _____

1l) Testsúlyod: _____ kg

1m) Testmagasságod: _____ cm

2. A továbbiakban táplálkozási szokásaiddal kapcsolatos kérdések következnek.

2a) Milyen gyakran szoktál rendszeren reggelizni?

Tanítási napokon: 1) soha 2) egyszer egy héten 3) kétszer egy héten 4) háromszor egy héten 5) négyszer egy héten 6) minden nap

Hétféven: 1) soha 2) csak az egyik napon 3) szombaton és vasárnap is

2b) Milyen gyakran reggelizik együtt a család?

1) soha 2) ritkábban, mint hetente 3) hetente 1-2-szer 4) hetente 3-4-szer 5) hetente 5-6-szor 6) minden nap

2c) Milyen gyakran vacsorázik együtt a család?

1) soha 2) ritkábban, mint hetente 3) hetente 1-2-szer 4) hetente 3-4-szer 5) hetente 5-6-szor 6) minden nap

2d) Hetente hány alkalommal fogyasztod a következő ételeket, italokat? (Tegyél X-et a megfelelő rublikába!)

	1. Soha	2. Ritkábban, mint hetente	3. Hetente 1-szer	4. Hetente 2-4-szer	5. Hetente 5-6-szor	6. Minden nap	7. Minden nap többször is
Gyümölcs							
Zöldség							
Húsok							
Tejtermékek							
Édességek							
Cola és/vagy más üdítőital							
Energiaital							
Péksütemény							
Gyorsételek (pl. pizza, gyros, hamburger)							

2e) Véleményed szerint az elmúlt két hétben az általad fogyasztott ételek mennyire voltak tápanyagban gazdagok?

Egyik étel sem Minden étel

1 2 3 4 5 6 7

2f) Az elmúlt két hétben az általad fogyasztott ételek mennyire voltak egészségesek?

Egyik étel sem Minden étel

1 2 3 4 5 6 7

2g) Az elmúlt két hét folyamán milyen gyakran választottál egészséges ételeket?

Soha Mindig

1 2 3 4 5 6 7

2h) Az elmúlt két hét folyamán milyen gyakran választottál egészségtelen ételeket?

Soha Mindig

1 2 3 4 5 6 7

3. A következőkben a táplálkozással kapcsolatos hozzáállásodra vagyunk kíváncsiak. Kérlek figyelmesen olvasd el az állításokat, és a véleményedet leginkább tükröző választ jelöld be!

3a) Mennyire igazak a következő állítások?

Sok barátom figyel arra, hogy egészségesen táplálkozzon. 1) egyáltalán nem 2) kicsit 3) eléggé 4) nagyon

A szüleim figyelnek arra, hogy egészségesen táplálkozzanak. 1) egyáltalán nem 2) kicsit 3) eléggé 4) nagyon

3b) A rossz étkezési szokásaim miatt tartok attól, hogy az életem során...

1- Egyáltalán nem értek egyet

7- Teljesen egyetértek

1. ... több mint két hónapot hiányozni fogok az iskolából/munkából.	1	2	3	4	5	6	7
2. ... hosszú távú hatásai lesznek.	1	2	3	4	5	6	7
3. ... hosszú ideig ágyhoz leszek kötve.	1	2	3	4	5	6	7
4. ... orvosi kiadásaim lesznek.	1	2	3	4	5	6	7
5. ... hátráltatja az előmeneteletem.	1	2	3	4	5	6	7
6. ... megszenvedik a társas kapcsolataim.	1	2	3	4	5	6	7
7. ... rossz hatása lesz a családi életemre	1	2	3	4	5	6	7

3c) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy komolyan megbetegszel, ha nem táplálkozol egészségesen?

Szinte semmi

Valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3d) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy táplálkozási szokásaid miatt magas vérnyomásod lesz életed során?

Szinte semmi

Valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3e) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy táplálkozási szokásaid miatt magas koleszterinszinted lesz életed során?

Szinte semmi

Valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3f) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy táplálkozási szokásaid miatt rákos megbetegedésed lesz életed során?

Szinte semmi

Valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3g) Szerinted mekkora annak a kockázata, hogy táplálkozási szokásaid miatt cukorbetegséged lesz életed során?

Szinte semmi

Valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3h) Mennyire fontos számodra, hogy tápanyagban gazdag ételeket fogyassz?

Egyáltalán nem Nagyon fontos

1 2 3 4 5 6 7

3i) Mennyire fontos számodra a táplálkozás, amikor élelmiszert vásárolsz?

Egyáltalán nem Nagyon fontos

1 2 3 4 5 6 7

3j) Jobban odafigyelnék a minőségi táplálkozásra, ha....

1- Egyáltalán nem értek egyet 7- Teljesen egyetértek

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. ... a tömegmédiából (hírek, reklámok, más programok) kapnék információkat róla. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. ... egy orvos tanácsolná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. ... a barátaim és a családom javasolná. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3k) Számomra az, hogy az elkövetkező két hét nagy részében egészségesen táplálkozzak....

káros								előnyös
	1	2	3	4	5	6	7	
kellemetlen	1	2	3	4	5	6	7	kellemes
rossz	1	2	3	4	5	6	7	jó
értéktelen	1	2	3	4	5	6	7	értékes
élvezhetetlen	1	2	3	4	5	6	7	élvezetes

.... lenne.

3l) Amikor élelmiszert vásárolok, fontos számomra...

1- Egyáltalán nem értek egyet 7- Teljesen egyetértek

- | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ár | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Íz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Az elkészítés módja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Kényelem | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3m) Mennyire értesz egyet a következő állításokkal?

1- Egyáltalán nem értek egyet 7- Teljesen egyetértek

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Nem szeretem a legtöbb egészséges étel ízét | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Úgy vélem túl sok időt venne igénybe az elkövetkező két hétben, hogy megváltoztassam a táplálkozási szokásaimat azért, hogy az egészségesebb legyen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

3. Úgy vélem nehéz lenne az elkövetkező két hét után, hogy megváltoztassam a táplálkozási szokásaimat azért, hogy az egészségesebb legyek. 1 2 3 4 5 6 7

3n) Biztos vagyok abban, hogy meg tudnám próbálni, hogy az elkövetkező két hétben legtöbbször tápanyagokban gazdag, egészséges ételeket fogyasszak.

Egyáltalán nem értek egyet egyetértek Teljes mértékben

1 2 3 4 5 6 7

3o) Ha igazán akarnám, képes lennék az elkövetkező két hétben legtöbbször tápanyagokban gazdag, egészséges ételeket fogyasztani.

Egyáltalán nem értek egyet Teljes mértékben egyetértek

1 2 3 4 5 6 7

3p) Szándékomban áll, hogy az elkövetkező két hét nagy részében tápanyagban gazdag ételeket fogyasszak.

Egyáltalán nem valószínű Teljes mértékben valószínű

1 2 3 4 5 6 7

3q) Az elkövetkező két hét során, milyen gyakran fogsz egészségesen táplálkozni?

Soha Minden alkalommal

1 2 3 4 5 6 7

3r) Az elkövetkező két hét során, milyen gyakran fogsz egészségtelenül táplálkozni?

Soha Minden alkalommal

1 2 3 4 5 6 7

4. A következőkben különböző pszichológiai tényezők feltárására törekszünk. Kérlek, karikázd be a Rád legjobban jellemzőt!

4a)	1- Egyáltalán nem jellemző	2- Alig jellemző	3- Jellemző	4- Teljesen jellemző
1. Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom.				
2. Ha valaki szembeszegül velem, megtalálom a módját, hogy elérjem, amit szeretnék.				
3. Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és elérjem a céljaimat.				
4. Ötlelességemnek köszönhetően tudom, miként kezeljem a váratlan helyzeteket.				
5. Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben.				
6. Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást.				
7. Meg tudom őrizni nyugalmamat a nehézségekkel szemben, mert támaszkodni tudok a megoldóképességemre.				
8. Ha szembesülök egy problémával, általában több ötletem támad a megoldásra.				
9. Ha sarokba szorítanak, rendszerint kitalálom, hogy mitévő legyek.				
10. Bármilyen történik, általában kezelni tudom a helyzetet.				

4b)	1- Egyáltalán nem értek egyet	5- Teljesen egyetértek
1. Ha bizonytalan vagyok valamiben, akkor rendszerint a legjobb kimenetelben bízom.		
2. Könnyen tudok relaxálni.		
3. Az én esetemben, ha valami elromolhat, akkor valóban el is romlik.		
4. Mindig optimista vagyok a jövővel kapcsolatban.		
5. Nagyon szeretek a barátaimmal lenni.		
6. Fontos, hogy találjak magamnak elfoglaltságot.		
7. Szinte soha nem várom azt, hogy rendben menjenek a dolgok.		
8. Nem egykönnyen izgatom fel magam.		
9. Ritkán számítok arra, hogy jó dolgok történhetnek velem.		
10. Összességében inkább jó, mint rossz dolgokra számítok.		

4c)	1- Egyáltalán nem jellemző rám	5- Teljesen jellemző rám
1. Nehezemre esik felhagyni a rossz szokásokkal.		
2. Könnyen felzaklatom magam.		
3. Hajlamos vagyok helytelen dolgokat mondani.		
4. Visszautasítom a számomra rossz dolgokat, még ha szórakoztatóak is.		
5. Ellent tudok állni a kísértésnek.		
6. Azt mondanák rólam, hogy nagyon erős az önfegyelmem.		
7. Az örömszerzés és a szórakozás néha megakadályoz abban, hogy befejezzem a dolgomat.		
8. Olyan pillanatnyi örömmel járó dolgokat teszek, amelyeket később megbánok.		
9. Néha nem tudom megállni, hogy megtegyek valamit, még akkor sem, ha tudom, hogy az rossz.		
10. Gyakran anélkül cselekszem, hogy végiggondolnám az összes lehetőséget.		