

Az egészségmagatartás hatása az oktatási rendszerben és a munkaerő-piacon¹

**Faragó Beatrix – Konczos Csaba – Pápai Zsófia – Szakály Zsolt
Széchenyi István Egyetem, Győr**

1. Bevezetés

Gazdasági nézőpontból az egészségmagatartás kiemelten jelenik meg a lakosság munkaképességének megőrzésében, az egészségügyi ellátórendszer fenntartható működtetésében, illetve a magán egészségügyi szolgáltatások piaci szerepének alakulásában. Az egészségügyi ellátás finanszírozásának problémája nem csak hazánkban jelentkezik, hanem Európában a nyugati társadalmak egyik kiemelt szegmense. Európa népességének öregedése, az átlagéletkor emelkedése az egészségügyi ellátás finanszírozása egyre nagyobb terhet jelent. Hazánkban az egészségi állapot gyenge jelenléte ezt még súlyosbítja. Az egészség a jóléti társadalom alapköve, amelyre szükséges erőteljesen figyelmet fordítanunk. A kedvező változashoz előrelépést kell tennünk az egészségtelen életmódban, az egészségkultúra fejlesztésében, az ország gazdasági fejlettségében, teljesítőképességében, a társadalmi egyenlőtlenségekben, az egészségügyi ellátás színvonalában, a megfelelő szakemberképzésben. Az egyén egészségének meghatározója az életmód, amelynek tényezői például a család, a munkahely, a szabadidő. A lakosság fejlesztése interszektorális együttműködést igényel, amelyben jelen vannak az állam, az önkormányzat, a szakmai képviselő, a társadalmi szervezetek, helyi közösségek. Hazánkban számos népegészségügyi program indult útjára (Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010, Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Program 2003, Nemzeti Stroke Program 1992-, Nemzeti Környezet-egészségügyi Program 1997-), amelyekben meghatározták a célokat és az alapvető feladatokat és a célok eléréséhez programokat kapcsoltak a végrehajtás szintjén. A célok között szerepel az egészségben eltöltött életek számának növelése, az egészség megőrzése, javítása. Az alapvető feladatok között megfogalmazták többek között, az egészséges életre való nevelés, az oktatás és a tudatformálás erősítését, a mozgáskultúra fejlesztését. A célok elérését szolgáló programok között szerepel az életminőséget befolyásoló betegségek elleni programok, az egészséget befolyásoló tényezőkre irányuló cselekvési tervek, amelyek az oktatás, nevelés, táplálkozás, mozgás területén várnak javulást, és amely tervek végrehajtásával az egészség fejleszhető, a betegségek kialakulása csökkenthető (Mikola 2004). A kormányzati politikában egyik kiemelt területet, a sportstratégiai cél elérését, a sportoló nemzet kialakítását csak képzett emberek segítségével lehet elérni (Gósi 2018), amely az életszínvonal javítását segíti elő.

A hazai népesség egészségi állapotával kapcsolatos adatokat, a rendszeres fizikai aktivitás kedvező élettani hatásait, továbbá az Eurobarometer 2010 adatait elemezve látható, hogy a jelenlegi 23%-os értékről történő a magyar lakosság számára életbevágó fontosságú lenne az aktivitási szint növelése. Vizsgálati adatok alátámasztják, hogy azokból lesz fizikailag aktív életmódot folytató felnőtt, akivel gyermekkorban megszerették a testmozgást, sportolást (Szakály és mtsai 2003). Az egészségdimenziók megjelenésével foglalkozó kutatásokban jelentős arányban (79%) csak a fizikai dimenziót vizsgálták (Hawks és mtsai 2008). Az egészségdimenziók komplex kezelésének lényege, hogy az egyes tényezők hatással vannak egymásra, az egyik területen végrehajtott beavatkozás a többi területen is

¹ A kutatás a „Sport-, Rekreációs- és Egészséggazdasági Kooperációs Kutatóhálózat létrehozása” című, EFOP-3.6.2-16-2017-00003 projekt keretében jött létre.

megjelenik. Ezek az összefüggések láthatók az érzelmi jólét és a szív-és érrendszer állapotával kapcsolatban (Williams és mtsai 1999). Továbbá a szociális dimenzió hozzájárulása a betegségek várható egészségügyi következményeire, mint a rák, a szív-és érrendszeri betegségek esetében (Callaghan–Morrisey 1993; Uchino és mtsai 1996). fontos elemként jelenik meg a társas támogatás pozitív hatása az egészségmagatartásra, optimizmusra, önértékelésre (McNicholas 2002). Negatív összefüggések fedezhetők fel a spiritualitás és a depresszió vonatkozásában (Nelson és mtsai 2002) és az evészavaros betegségekkel (Hawks és mtsai 2003).

Az emberiség egyik meghatározó törekvése az egészség megtartása, a betegségek megelőzése, az életminőség javítása, az életévek számának növelése. A gyors és tökéletes alkalmazkodási mechanizmus alapja a minél fejlettebb biológiai szerkezet, amellyel a belső állandóságát megőrzi szemben a külvilág változásaival. A tanult feltételes, feltétlen reflexek a szerkezet prevencióját látja el, amellyel jelez az esetleges problémák bekövetkezéséről. A kedvezőtlen hatású esemény bekövetkezésében tehát szerepe van a biológiai és a társadalmi prevenciónak. A gazdasági-társadalmi hatások vizsgálatában a „Public Health” elméleteiben találunk hiteles háttérrel, amelyben megjelenik a jóléti társadalmak egészségügyi problémája: Az iparilag fejlett, gazdag országok sokat költenek az egészségügyre, orvostudományi kutatásokra, oktatásra, ennek ellenére az egészséghez való lehetőségekben jelentős esélyegyenlőtlenség van (Forgács 2004). Az életminőséget meghatározó tényezők szintén erősen befolyásolják az egészséget. Ide tartozik a kultúra, a testkultúra, a sport. Linton (1936) megfogalmazásában a kultúra gondolkodásmódok, értékteremtés, normák összessége, amelyeket megosztunk egymással, generációkon át örökítünk egymásra. A társadalom által befogadott magatartási normatívák tartoznak a kultúra meghatározásába. Az egészségmagatartás ebben a tekintetben a kultúra része, az életminőség meghatározója. Az egészséggel összefüggő életminőség, „Health-Related Quality of Life” mérése több szegmensből áll. A fizikális dimenzió a mozgásos aktivitással függ össze, a mentális dimenzió a belső érzelmi-hangulati állapotot tükröz és a szociális dimenzió, amely a társas integrációt foglalja magába. Az egyén és környezete határozza meg az életminőséget, ennek viszonyrendszere, a megbirkózás, adaptáció, kultúra egyensúlyával, amelyben a kultúra segíthet a populáció szintű egészséghez és akár meg is akadályozhatja a sikeres átvitelt. A sikeres adaptációban az egészségmagatartás pozitívan nyilvánul meg és az életminőségre is kedvező hatással bír (Kopp–Pikó 2004).

Az egészséget fenyegető új kihívások új szemléletű válaszokat várnak, amelyben a megváltozott család szerepe, az urbánus életmód nem alkalmas. Az egészségkultúra kialakítása, fejlesztése a közösségi tanulást is indokolják. Az egészséghez való viszony a közösségi terekben egyre nagyobb jelentőséggel bír, amely a társadalom életvezetési technikájában, egészségi állapotában jelenik meg. A társadalmi szerepek kibővülnek az értékátadás, a képzés szervezésével, generálásával, finanszírozásával. Az egészségfejlesztés útjai a tömegkommunikációs eszközök térhódításával új irányt képvisel. Az egészségnevelés, mint társadalmi feladat fontosságát a gazdasági igény fogalmazta meg. Az egészségfejlesztés közoktatási szinten jelent meg, már az alap közoktatásban, amely a felsőfokú tanulmányokig kíséri az egyént, akár életmód fejlesztő szakemberré válva, a társadalom életminőségének javítására. Az egészségpolitika elve alapján olcsóbb a betegség kialakulását megakadályozni, mint a beteget meggyógyítani. Ebben az értelemben a prevenciónak kiemelt szerepe van. Ebben az egészségtudatos magatartásra való nevelésnek, az egészségfejlesztő szakmai képzéseknek meghatározó szerepük van. Az iskola ideáalteremtő képességét befolyásolja a kortárs csoportok magatartása, a média világa, erre kevésbé van hatása (Benyhe 2004). Az egészségmagatartás kialakításának alapjait a családi szocializáció adja, fejlesztésében a következő szint a közoktatás, majd a társadalmi közeg jelenik meg.

A sport és egészség összefüggéseiben megnyilvánul a sportolói környezet, abban szerzett előnyök hozzájárulnak a fiatalok helyes önértékeléséhez, megítéléséhez, amely hozzásegítheti az egyént tevékenysége fenntartásához. A korai szakaszban elkezdett sportban való szocializáció hozzásegít az egészségtudatos életmód megszilárdításához (Fragó 2015). A sport hatása a nemzet egészséges életmódjára a társadalmi megjelenésében, a nemzeti identitásban is megmutatkozik, hiszen egy nemzet sporteredménye növeli a nemzeti identitást, hatással van a sportolói létszámra, a sportolói életmód példakép funkciójára (Győri Szabó 2012). A sportolás, a szabadidősport előnyeként, annak egészségfejlesztő hatása közé sorolható: az egyéni egészség és jólét („jól vagyok” érzés); kiegyensúlyozott személyiség kialakítása, megőrzése; minőségi élet megélése; kevesebb önromboló vagy antiszociális viselkedés; a szociális kohézió erősítése; az egészségügyi, a rendfenntartási és a szociális kiadások csökkenése; hozzájárul a gazdasági fejlődéshez (munkavégzés jobb minősége, kevesebb betegállományi nap); továbbá hozzájárul a környezetvédelmi feladatok ellátásához (Béki 2016). A gazdasági fejlődés egyik meghatározója a vállalati szektor meghatározó jelenléte, amely a munkaerő-piaci bázist nyújtja. A vállalati beágyazódás vizsgálatánál (Konczosné Szombathelyi 2014) a vállalatok régiók iránti elkötelezettségében az életminőség kiemelt értéket képvisel, amelynek komponense az egészségkultúra és annak szakemberei.

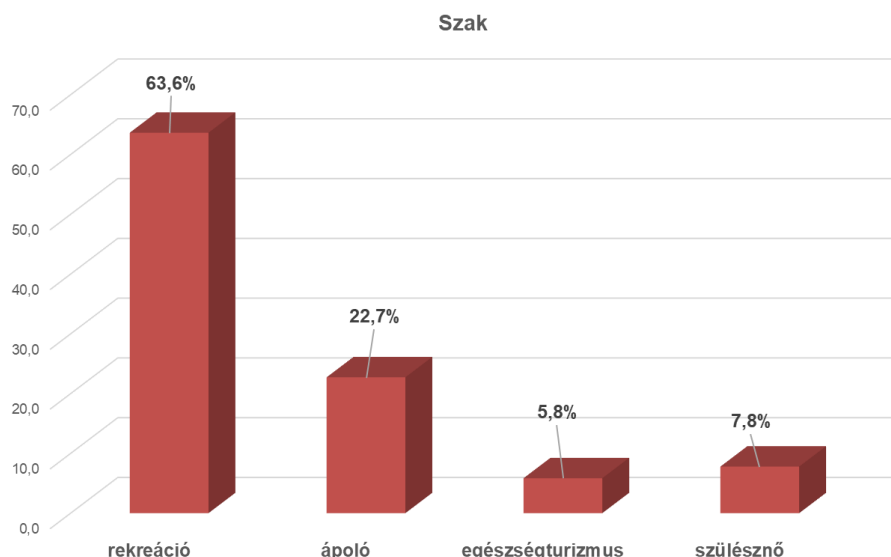
2. Az egészségmagatartás vizsgálata a szakember-képzésben

Az egészség társadalmi-gazdasági megjelenése egyre növekvő jelentőségű. Problémáinak kezelésére szükséges feltárni hátterét, amiben a javítás megfelelő iránya mutatkozik meg. Ebben a hatásmechanizmusban része van a köz-és felsőoktatásnak, mint szakemberbázis képző helyszín, és a munkaerőpiacnak, mint a keresőképes, nemzetgazdasági termelést végző populáció egészségét hosszútávon elősegítő közegnek. Tanulmányunk az egészségfejlesztésben, rekreációban felsőfokú tanulmányokat folytató, leendő szakemberek egészségmagatartását vizsgálta. A kutatásunk célja jellemezni az egészség-és sporttudományi szakos hallgatók egészségmagatartását, annak mértékét. Hiszen a szakemberek életmódja és egészségképe jelentős hatású az egészségfejlesztésben, továbbá meghatározó szerepet tölt be a munkaerő-piacon. A kutatási mintát az egészség és sporttudományi tanulmányokat folytató hallgatók körében készült Pilot Study vizsgálat adta. A vizsgálat módszere kérdőíves felmérés volt, az elemszám 154 fő.

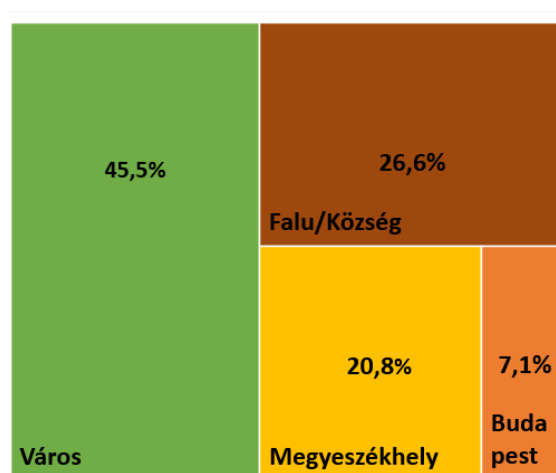
2.1. Az egészségmagatartás-vizsgálat eredménye

A kutatásunk demográfiai adatai alapján a nemek aránya a női kitöltők felé (a nők aránya minden szakon nagyobb) tolódott el (71,4%), míg a férfiak 28,6%-ban vettek részt a felmérésben. Négy évfolyamon töltöttük ki a kérdőívet, amelyben az 1. és a 3. évfolyamos hallgatók nagyobb számban voltak jelen (1. évf. 40,3%, 2. évf. 11,7%, 3. évf. 40,3%, 4. évf. 7,7%).

Az Egyetem Egészség- és Sporttudományi Karán tanuló hallgatók felmérésében karonként vettek részt, amely alapján a legnagyobb számú kitöltés a rekreáció szakos hallgatóktól érkezett, 63,6%-ban, majd az ápoló szakos hallgatók 22,7%, egészségturizmus 5,8%, szülésznő 7,8%-os arányban vettek részt az egészségmagatartás kérdőív kitöltésében (1. sz. ábra). Lakóhelyi megoszlásban a városban élnek legtöbben a válaszadók közül (45,5%), 20,8% megyeszékhelyen, 7,1% Budapesten, és a falu vagy községben élők aránya 26,6%. A területiség megoszlása lényeges kérdéskör, hiszen a városi lakosság egészségképe magasabb, mint a falvakban, községekben élőké (2. sz. ábra).

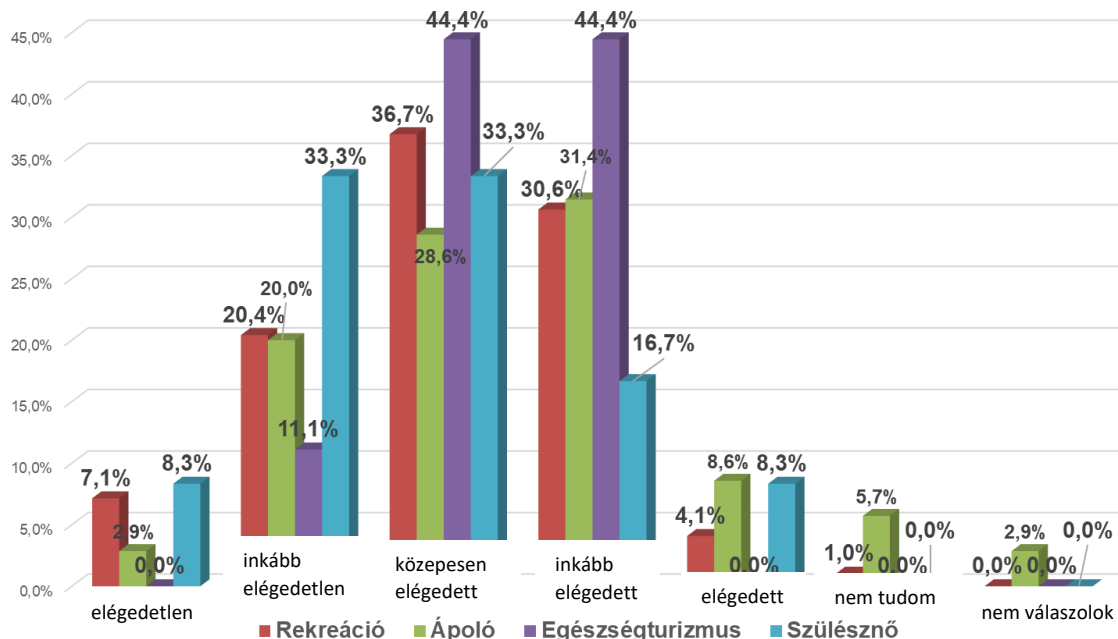


1. sz. ábra: A felmérésben résztvevő hallgatók szakonkénti megoszlása Forrás: saját szerkesztés



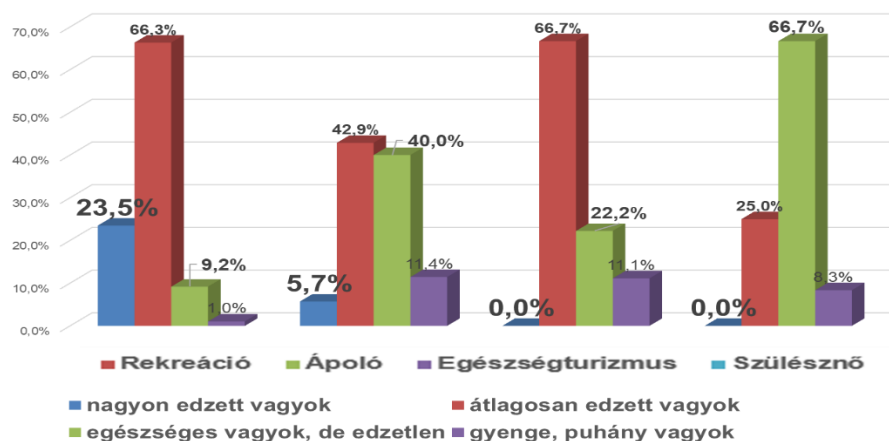
2. sz. ábra: Lakóhely megoszlása. Forrás: saját szerkesztés

Az egészségtudatosság egyik lényeges eleme az egészségügyi ellátás szintje a lakóhelyi környezetben. Ezért tartottuk fontosnak az egészségügyi ellátás megítélését a lakókörnyezetben. A válaszokat szakonként értékeltük. A válaszadók az összesített értékelésben a közepes és inkább elégedett megítélést jelölték meg főként (44,4%, 36,7%, 33,3%) az egészségügyi ellátásra vonatkozó válaszok közül. Szakonként, szakirányonkénti válasznál nagyobb eltérések láthatók. A közepesen és inkább elégedett értékelést az egészségturizmus szakon jelölték meg (44,4%), míg a rekreáció szakosok az inkább a közepesen elégedett válaszokat adták (36,7%). Az ápolók az elégedett jelölést választották legnagyobb arányban (30,6%), míg a szülésznői szakon a közepesen elégedett és az inkább elégedetlen megítélésben (33,3%) részesítették a választ (3. sz. ábra).



3. sz. ábra: Mennyire elégedett lakóhelyének jellemzőivel az egészségügyi ellátás területén?
1: elégedetlen ... 4: elégedett. Forrás: saját szerkesztés

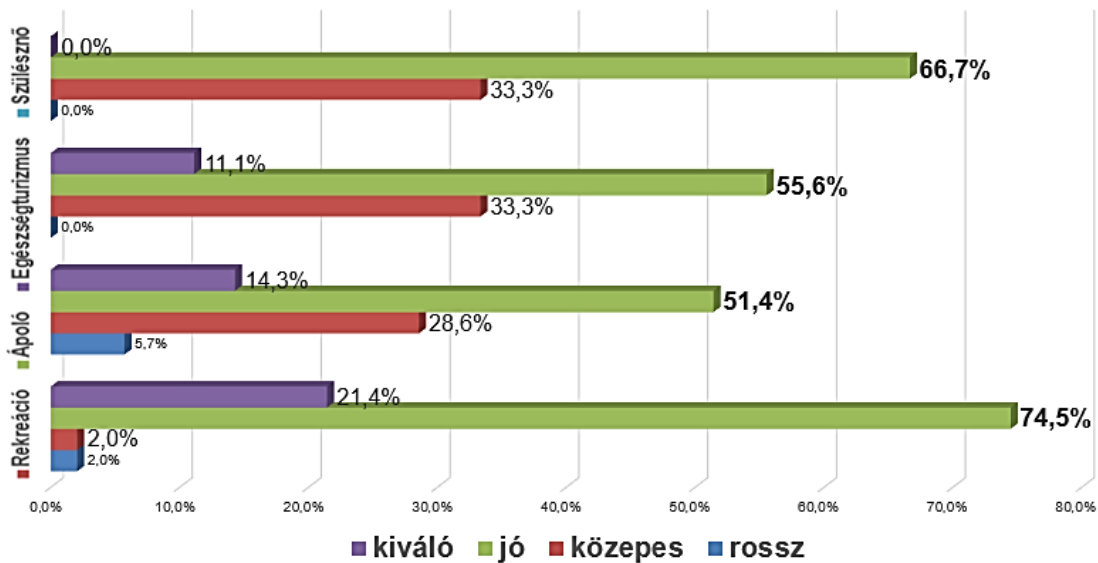
Az egészségmagatartásban az egyéni tudatosság jelenik meg. A szakemberképzés területén az egészségkép a szakmai bázis kiemelt területe, hiszen a későbbi szakemberek a saját egészség tudatosságuk alapján tudják fejleszteni a társadalmi egészségkultúrát. Az átlagosan edzett jelölést a rekreáció és egészségturizmus szakosok jelölték be legnagyobb mértékben, az ápoló szakosok az átlagosan edzett és az egészséges vagyok, de edzetlen választ adták nagyobb arányban, míg a szülésznők edzetlennek ítélték meg magukat. A felmérés egészség és sport területén jellemző edzettség kérdéskörében csak a rekreáció szakon tanuló hallgatók 23,5%-a(!) ítélte magát nagyon edzettnek, amely az egészségmagatartás ideáljában nem mutat pozitív képet (4. sz. ábra).



4. sz. ábra: Hogyan érzi magát az edzettségi állapotának tükrében? Forrás: saját szerkesztés

Az egészség tudatosság az egyén életminőségében is megmutatkozik. Kérdéskörünk ennek alapján kiterjedt az egészségi állapot megítélésére. A válaszokban a kiváló egészségi állapot nem jelenik meg első helyen, ami az egészség tudatosság, az egészségmagatartás hiányos voltára utal. Az összes vizsgált szakon a jó egészségi állapot jelenik meg, míg a kiváló csak a rekreáció szakon mutatkozik a második, míg az ápoló és egészségturizmus szakon csak a harmadik helyen jelenik meg és a szülésznőknél egyáltalán nem kapott jelölést. Az

egészségkép vonatkozásában az egészséges életmód fejlesztésének területére kilépő szakemberek nem tartják egészségi állapotukat kiválónak (5. sz. ábra).



5. sz. ábra: Milyennek ítéli meg az egészségi állapotát? Forrás: saját szerkesztés

2.2. Összegzés

Egészségmagatartás vizsgálatunkat egyetemünk Egészség- és Sporttudományi Karának hallgatói körében végeztük. Az egészség- és sporttudomány területén tanulmányokat folytató, későbbi szakemberek egészségmagatartása, egészségképe az átlagos és jó megítélés alá esett. Az eredmény a szakterületi illetőség okán nem mondható pozitívnak, az egészségtudatosság fejlesztése a szakemberek körében is szükségesnek mutatkozik. A későbbi egészségfejlesztők, életmód alakítók edzettsége, egészségképe elvárhatóan magasan kiemelt szintet követel, amelyben példát mutat a populáció többi tagjának. Az ellátórendszer megítélése nem tükröz negatív környezetet a válaszadók körében, így ennek hiányára nem fogható a kevésbé erős egészségmagatartás. Az edzettségi állapot és az egészségi állapot megítélésében az idea funkció nem érvényesül, aminek erősítésében a közoktatásnak is szerepet kell vállalnia. Kutatásunk eredménye egybeesik korábbi vizsgálatok tapasztalataival, amelyben az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók és a magyar egészségügyi viszonyok között dolgozók számára az egészség nem jelenik meg számottevő értéként, egészségmegőrző magatartásuk kifejezetten alacsony szintű, életmódjukban nem követik az egészséges életvitelt. Egészségmegőrző társadalmi szerepük hatékonysága egyértelműen megkérdőjelezhető (Feith és mtsai 2008). Ezzel ellentétben néhány kutatás ellenpéldaként szolgál, amelyben az orvostanhallgatók egészségmagatartása az átlagnépesség hasonló korosztályával összehasonlítva jobbnak bizonyult, viszont mentálhigiénés állapotuk gyenge szinten áll (Bíró és mtsai 2008, Rosta és mtsai 2012). A fiatal korcsoport egészségmagatartás vizsgálatában (Kontor és mtsai 2016) szintén megjelennek hiányosságok, amelyben az életkori csoportok szegmentálásával eltérően szükséges kezelni az egészségtudatosság kialakítását, mivel annak motivációs tényezői eltérőek. Az előzőekben említett egészségmagatartás kutatások többségében megegyeztek eredményeinkkel, néhány pozitív példa kivételével. Jobban örültünk volna, ha pozitív irányú változást tapasztalunk a jelenlegi vizsgálatunkkal vagy esetleg egyedi esetről számolhattunk volna be. Kutatásunk eredménye rámutatott számos fejlesztendő területre, amely az életminőség, életmód növeléséhez elengedhetetlen, és a szakember-képzésben jelentősebb szerepet kell, hogy kapjon. A szakemberek motiváltsága, egészségmagatartása meghatározó a népesség egészségkultúrájának növelésében. Ehhez egészséges önértékeléssel, szaktudással,

egészségtudatossággal bíró szakemberek szükségesek, akik a munkaerőpiacon a nemzetgazdasági termelésben résztvevő személyek egészségmagatartását növelni tudják, ezzel az egészségügyi finanszírozást a preventív egészségmagatartásra váltják. Ennek eredményeként gazdasági fellendülés érhető el, csökkentve a betegellátásba fordítandó költségeket.

3. Következtetés

A vizsgálat eredményei hatást gyakorolnak a munkaerő-piaci egészségkultúrára, az életmód szakemberek egészségképe az átadott értékek, információk, szakmai integráció révén megjelenik a társadalom egészségtudatosságában. A felmérés eredményei rámutattak arra, hogy az életmód szakemberek egészségképének növeléséhez szükséges erősíteni az egészségmagatartás szintjét az oktatásban is. Az egészségtudatos magatartás, az egészségkultúra ismerete a fizikai aktivitást növeli (Szakály és mtsai 2016), amely meghatározó az életminőség növelésében, az egészség megtartásában. Az egészségmagatartás vizsgálatot követően a további kutatási területünk a preventív, diagnosztikai és rehabilitációs eljárások hatásvizsgálata, az egészségmagatartásra, az életmódra az egészségpiaci termékek vonatkozásában, amely az egészséggazdaság preventív ágazatát erősíti.

Irodalom

- Béki P. 2016. *Rekreáció-menedzsment*. Debrecen: Campus Kiadó.
- Benyhe I. 2004. Egészségkultúra a közoktatásban és nevelésben. In: Bácsy E.–Mikola I. (szerk.): *Civilizáció és egészség*. Budapest: MTA Társadalomkutató Központ.
- Bíró É.–Balajti I.–Ádány R.–Kósa K. 2008. Health behaviour survey among medical students. *Orvosi Hetilap* 149: 46. <https://doi.org/10.1556/OH.2008.28427>
- Callaghan, P.–Morrissey, J. 1993. Social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing* 18(2): 203–210.
- Dulavics D.–Petrika H. 2016. Elsőéves egyetemi hallgatók életmódbeli szokásainak kérdőíves felmérése. *Különleges Bánásmód* 2(4): 49–57.
- Faragó B. 2015. *Élsportolók életpálya modelljei*. Budapest: Campus Kiadó.
- Feith H. J.–Kovácsné Tóth Á.–Balázs P. 2008. Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében = Health and health-related behaviour of future and graduated professional female nurses and doctors. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 9(4): 289–304.
- Forgács I. 2004. A változások hatása az egészségre. In: Bácsy E.–Mikola I. (szerk.): *Civilizáció és egészség*. Budapest: MTA Társadalomkutató Központ.
- Győri Szabó R. 2012. Identity and Soccer in Corsica. *Soccer & Society* 1(13): 36–55.
- Hawks, S. R.–Goudy, M. B.–Gast, J. A. 2003. Emotional eating and spiritual well-being: A possible connection? *American Journal of Health Education* 34(1): 30–33.
- Hawks, S. R.–Smith, T. S.–Thomas, H. G.–Christley, H. S.–Meinzer, N.–Pyne, A. 2008. The forgotten dimensions in health education research. *Health Education Research* 23(2): 319–324.
- Konczosné Szombathelyi M. 2014. A regionális és a vállalati kultúra kölcsönhatásának vizsgálata. A study of the interaction between corporate and regional culture. *Tér és Társadalom / Space and Society* 28(1)
- Kontor E.–Szakály Z.–Soós M.–Kiss M. 2016. Egészségtudatos Magatartás a 14–25 Év Közötti Fiatalok Körében (Health Conscious Behaviour of Youth between the Ages of 14–25) Az Egyesület a Marketing Oktatásért és Kutatásért XXII. Országos Konferenciája – Értékorientáció és hitelesség a marketingben, Tanulmánykötet. Debrecen: Debreceni Egyetem Gazdaságtudományi Kar, 640–649.

- Kopp M.–Pikó B. 2004. A kultúra és az életminőség kapcsolata. In: Bácsy E.–Mikola I. (szerk.): *Civilizáció és egészség*. Budapest: MTA Társadalomkutató Központ.
- Linton, R. 1936. *The study of man*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- McNicholas, S. L. 2002. Social Support and Positive Health Practices. *West J Nurs Res* 2002 Nov; 24(7):772–787.
- Mikola I. 2004. Az egészség mint a jóléti társadalom alapköve. In: Bácsy E.–Mikola I. (szerk.): *Civilizáció és egészség*. Budapest: MTA Társadalomkutató Központ.
- Nelson C. J.–Rosenfeld, B.–Breitbart, W.–Galiotta, M. 2002. Spirituality, religion, and depression in the terminally ill. *Psychosomatics* 43(3): 213–220.
- Rosta E.–Almási Zs.–Karácsony I.–Konkolý Thege B.–Hegedűs K. 2012. Health behavior of medical students. Introduction of mental hygienic skills in the medical education in Hungary. *Orvosi Hetilap* 153: 29. <https://doi.org/10.1556/OH.2012.29374>
- Szakály Zs.–Ihász F.–Király T.–Murai B.–Konczos Cs. 2003. Testalkat, testösszetétel és az aerob teljesítmény hosszmetzeti vizsgálatának tapasztalatai női főiskolai hallgatóknál: Observations of the Longitudinal Section Examination of the Physique, Body Composition and Aerobic Performance in College Female Students. *Magyar Sporttudományi Szemle* 4(1): 30–32.
- Szakály Zs.–Liszkai Zs.–Lengvári B.–Jankov I.–Bognár J.–Fügedi B. 2016. Physique, Body Composition and Aerobic Performance of Male Teacher Education Students. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai Educatio Artis Gymnasticae* 61(2) June: 59–71.
- Uchino, B. N.–Cacioppo, J. T.–Kiecolt-Glaser, J.K. 1996. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin* 119(3): 488–531.
- Williams, R.–Kiecolt-Glaser, J.–Legato, M. J.–Ornish, D.–Powell, L. H.–Syme, S. L.–Williams, V. 1999. The impact of emotions on cardiovascular health. *The Journal of Gender-Specific Medicine* 2(5): 52–58.
- Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program 2001-2010 1066/2001. (VII. 10.) Korm. határozat a 2001–2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program.*
- Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.*
- Nemzeti Környezet-egészségügyi Program.*
<http://www.parlament.hu/irom38/04944/04944.pdf>
- Eurobarometer 2010.*
<http://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/806/>