



Jantal, Dominika¹ – Alpek, B. Levente² – Tésits, Róbert³

A sporttudatos magatartás és az egészségtudatosság térbeli különbségei a fitnessterembe járó sportoló lakosság körében

Geographical Patterns of Health Consciousness Among Fitness Center Users in Hungary

ABSZTRAKT

A kutatás célja annak feltárása, hogy a fitnessterembe járó női sportolók körében milyen térbeli különbségek mutathatók ki az egészségtudatosság és az egészségmagatartás különböző dimenzióiban Magyarországon. A vizsgálat kérdőíves adatfelvételen alapul, 201 fő bevonásával, kényelmi mintavétellel. A változókat településtípus szerint hasonlítottuk össze keresztábra-elemzéssel, khi-négyzet próbával és ANOVA-val. Az eredmények szerint az attitűdök terén korlátozott térbeli különbségek jelennek meg, míg a viselkedési dimenziókban (szűrővizsgálatok, edzésgyakoriság, táplálkozási szokások, kiegészítőhasználat) markáns város–vidék eltérések figyelhetők meg. A fővárosi és nagyvárosi lakosok magasabb prevenciós aktivitást, tudatosabb étrendet és diverzebb kiegészítőhasználatot mutatnak, míg a kisebb településeken élők esetében strukturális korlátok dominálnak. Az antropometriai mutatók és a testkép nem mutattak szignifikáns térbeli különbséget. Az eredmények rámutatnak, hogy a fizikai aktivitás önmagában nem szünteti meg az egészségmagatartás területi egyenlőtlenségeit.

Kulcsszavak: egészségtudatosság, egészségföldrajz, fitnesstermi sportolók, város–vidék különbség

ABSTRACT

The aim of this study is to explore spatial differences in various dimensions of health consciousness and health behaviour among female fitness gym users in Hungary. The research is based on a questionnaire survey involving 201 participants, selected through convenience sampling. Variables were compared by settlement type using cross-tabulation analysis, chi-square tests, and ANOVA. The results indicate that spatial differences are limited in terms of attitudes, whereas clear urban–rural disparities emerge in behavioural dimensions (screening participation, training frequency, dietary habits, and supplement use). Residents of the capital and larger cities show higher levels of preventive health behaviour, more conscious dietary practices, and more diversified supplement use, while structural constraints are more dominant in smaller settlements. No significant spatial differences were found in anthropometric indicators or body image. The findings suggest that physical activity alone does not eliminate territorial inequalities in health behaviour.

Keywords: health consciousness, health geography, fitness gym users, urban–rural differences

¹ PhD-student, Doctoral School of Biology and Sport Biology, University of Pécs, Email: dominikajantal@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0004-4072-4078>

² Assistant Professor, University of Pécs, Institute of Geography and Earth Sciences, Email: alpek.balazs@pte.hu; <https://orcid.org/0000-0001-9637-3693>

³ Associate Professor, University of Pécs, Institute of Geography and Earth Sciences, Email: tesitsr@gamma.ttk.pte.hu; <https://orcid.org/0000-0002-9575-3309>

BEVEZETÉS

Az egészségtudatosság és egészségmagatartás vizsgálata az utóbbi évtizedekben a társadalomtudományi és egészségtudományi kutatások egyik kiemelt területévé vált (Faragó et al., 2019; Kim et al., 2020; Shi et al., 2025). A fizikai aktivitás, a táplálkozási szokások, valamint az egészségmegőrző viselkedésformák együttesen járulnak hozzá az egyének életminőségéhez és egészségi állapotához (Eime et al., 2023; Regis et al. 2016). A fitneszterembe járó sportoló lakosság szempontjából különösen releváns célcsoportot képez, mivel esetükben feltételezhető az átlagpopulációhoz képest magasabb szintű egészségtudatosság, ugyanakkor ezen belül is jelentős különbségek mutakozhatnak.

A jelen vizsgálat kiindulópontja, hogy az egészségmagatartás nem csupán egyéni döntések eredménye, hanem szorosan összefügg a társadalmi és térbeli környezettel (Faragó et al., 2019; Shi et al., 2025). A lakóhely típusa (különösen a város–vidék dichotómia) befolyásolhatja az egészséges életmódhoz való hozzáférést, az információk elérhetőségét, a szolgáltatások színvonalát, valamint a társadalmi normákat (Kumar et al., 2015; Kim et al., 2020). A fővárosi, városi, községi környezet eltérő lehetőségeket kínál és kórlátokat szab a rendszeres testmozgás, a tudatos táplálkozás, illetve az egészségmegőrző magatartás terén. Ennek megfelelően feltételezhető, hogy a fitneszterembe járók egészségtudatossága és kapcsolódó viselkedésmintái térben differenciáltak (Zhang, 2021; Zhong et al., 2022; Waters et al., 2024).

A problémafelvetés alapját az adja, hogy bár a fizikai aktivitás növekvő népszerűsége jól dokumentált jelenség, kevesebb figyelem irányul arra, hogy e populáción belül milyen strukturális különbségek figyelhetők meg (Machado-Rodrigues et al., 2012; McCormack & Meendering, 2015; Kellstadt et al., 2021; Dong et al., 2024). Különösen hiányosak azok a vizsgálatok, amelyek a térbeli dimenziót az egészségtudatosság, a táplálkozási magatartás, az edzési szokások, vagy akár a testkép kontextusában elemzik. Így nem egyértelmű, hogy a rendszeres fitnesztermi aktivitás csökkenti-e vagy eltünteti-e a különböző térségek (pl. város–vidék, fejlettebb–elmaradottabb területek) közötti különbségeket az egészségtudatosságban és életmódban.

A vizsgálat aktualitását több tényező is indokolja. Egyrészt a modern életmódhoz kapcsolódó egészségkockázatok (elhízás, mozgásszegény életvitel, vagy nem megfelelő táplálkozás) továbbra is komoly társadalmi kihívást jelentenek (Tabak et al., 2012; Machado-Rodrigues et al., 2012; Regis et al., 2016). Másrészt a fitneszipar és az egészségtudatos életmódhoz kapcsolódó szolgáltatások gyors bővülése új térbeli mintázatokat hozhat létre az egészségmagatartásban (Newsome et al., 2024). Harmadrészt a testkép és az egészségpercepció kérdése egyre hangsúlyosabbá válik, különösen az urbanizált térségekben, ahol a társadalmi elvárások és a média által közvetített ideálok erőteljesebben érvényesülhetnek (Groesz et al., 2001; Van Den Berg et al., 2007).

A jelen vizsgálat általános célja ezért annak feltárása, hogy a fitneszterembe járó sportoló lakosság körében kimutathatóak-e a lakóhely típusa szerinti különbségek az egészségtudatosság, az edzési és táplálkozási szokások, az egészségmegőrző viselkedés, a kockázatvállalás, valamint az antropometriai és a testképpel kapcsolatos mutatók tekintetében. A kutatás hozzájárulhat annak megértéséhez, hogy a térbeli különbségek milyen módon strukturálják az alapvetően aktív és egészségtudatos populációk

viselkedését, ezáltal alapot teremthet területileg is célzott egészségfejlesztési beavatkozások kidolgozásához.

Ez az általános célkitűzés az alábbi részcélokon keresztül valósul meg. Vizsgáljuk egyrészt az egészségtudatosság és a kapcsolódó attitűdök eltéréseit, különös tekintettel az egészséges életmód fontosságának megítélésére, a táplálkozási tudatosságra és az étrendi preferenciákra. E célkitűzések fókuszába tartoznak tehát alapvetően az értékek, a motivációk és vélekedések. A vizsgálat további célja, hogy az egészségmagatartás komplexebb dimenzióinak elemzése, azaz a táplálkozási és az egészségmegőrző attitűdök (alvás, szűrővizsgálatok) valamint a táplálékkiegészítő-használat térbeli különbségeinek feltárása. Ezzel összefüggésben célunk az is, hogy feltárjuk, hogy a különböző településtípusokban élők edzési szokásai és a szakmai támogatás igénybevétele mennyiben tér el egymástól. Tehát e rész célkitűzés fókuszába a konkrét viseledések, gyakoriságok és egészségmegőrző gyakorlatok tartoznak. Végül célunk annak meghatározása, hogy a településtípus szerinti különbségek megjelennek-e az objektívebb mutatók szintjén is, így az antropometriai jellemzőkben, valamint a testkép alakulásában.

SZAKIRODALMI ELŐZMÉNYEK

Az egészségtudatosság és a sporttudatos magatartás térbeli különbségeinek vizsgálata az elmúlt évtizedekben jelentős fejlődésen ment keresztül. A kutatási fókusz a korai, egyszerű urbanizációs különbségektől fokozatosan eltolódott a komplex, több szinten értelmezhető társadalmi, környezeti és strukturális tényezők irányába. A szakirodalom alapján jól kirajzolódik egy olyan kutatástörténeti ív, amelyben a területiség szerepe egyre hangsúlyosabbá válik, és egyre árnyaltabb értelmezést nyer.

A korai kutatások elsősorban a vidéki és városi lakosság közötti egészségi különbségekre koncentráltak, gyakran normatív megközelítésben, amely a vidéki lakosság hátrányait hangsúlyozta. Már ezekben a vizsgálatokban megjelent az a felismerés, hogy a vidéki populációk egészségi állapota kedvezőtlenebb, amit az alacsonyabb egészségtudatosság, a korlátozott egészségügyi hozzáférés és a kedvezőtlenebb életmódbeli szokások magyaráznak (Townsend et al., 2002; Aljassim & Ostini, 2020). Emellett a vidéki lakosság körében gyakran magasabb a krónikus betegségek előfordulása, valamint bizonyos kontextusokban alacsonyabb a fizikai aktivitás szintje is (Aljassim & Ostini, 2020). A vidéki–városi különbségek az egészségtudatosság szintjén is megjelennek: serdülők körében például alacsonyabb egészségügyi ismeretszint és gyengébb egészségügyi szolgáltatáshasználat figyelhető meg vidéki térségekben (Kumar et al., 2015), míg a vidéki fiatalok esetében komplex, egyéni, társadalmi és egészségügyi rendszerhez kapcsolódó akadályok nehezítik az egészségtudatosság fejlődését (Wahyuningsih et al., 2024).

A 2010-es évek elején a kutatások fókusza a fizikai aktivitás és az egészség kapcsolatának részletesebb feltárására helyeződött különböző térségi kontextusokban. Az eredmények azonban nem voltak egységesek. Egyes vizsgálatok szerint a vidéki fiatalok aktívabb életmódot folytatnak és kevesebb ülő tevékenységet végeznek (Regis et al., 2016), míg más kutatások nem találtak szignifikáns különbséget a fizikai aktivitás szintjében (Tabak et al., 2012), vagy éppen a városi lakosság magasabb aktivitását

mutatták ki bizonyos csoportok esetében (Dong et al., 2024). A vidéki fiatalok körében megfigyelhető kevesebb ülással töltött idő és magasabb fizikai aktivitás háttérében ugyanakkor strukturális tényezők, például a munkavégzés is állhatnak (Regis et al., 2016). Hasonlóan vegyes eredmények születtek a sportolási részvétel és az érdeklődés tekintetében is, ahol a lakóhely szerepe mellett egyéni és társadalmi tényezők is meghatározónak bizonyultak (Chen et al., 2017). Ez az inkonzisztencia rámutatott arra, hogy a város–vidék dichotómia önmagában nem elegendő a sport- és egészségmagatartás magyarázatára.

Ezzel párhuzamosan a kutatások egyre inkább a háttértényezők feltárására irányultak. A szocioökológiai modellek alkalmazása lehetővé tette az egyéni (életkor, nem, jövedelem), a társadalmi (közösségi normák, társadalmi tőke) és a környezeti (infrastruktúra, sportlétesítmények elérhetősége) szintek együttes vizsgálatát (Hoekman et al., 2016). Az eredmények szerint a sportolási különbségek jelentős része nem pusztán a fizikai környezetből fakad, hanem a társadalmi környezet és a közösségi támogatás szerepe is meghatározó. Különösen vidéki közösségekben a sport nemcsak fizikai aktivitásként, hanem közösségépítő és mentális egészséget támogató tényezőként is megjelenik, amely erősíti a társadalmi kohéziót (Leipert et al., 2014).

A fizikai környezet szerepe ugyanakkor új értelmezést nyert a későbbi kutatásokban. A beépített környezet hatásait vizsgáló tanulmányok kimutatták, hogy az urbanisztikai struktúrák közvetlenül befolyásolják az életmódot, a közlekedési szokásokat és a fizikai aktivitást (Zhong et al., 2022). A városi terek, parkok, sportlétesítmények és közösségi helyszínek mind hozzájárulnak az egészségmagatartás alakulásához. Ezzel összhangban az informális sport jelentősége is felértékelődött, amely gyakran spontán módon, köztereken vagy újrahasznosított városi terekben valósul meg, és különösen fontos szerepet tölt be a marginalizált csoportok esetében (Neal et al., 2023). Emellett a sportprogramok egészségfejlesztési eszközként is megjelennek, amelyek akár eltérő földrajzi térségekben – városi és vidéki környezetben egyaránt – képesek javítani a mentális egészségi mutatókat, különösen megfelelő szakmai támogatás és hibrid (online–offline) megvalósítás mellett (Waters et al., 2024).

A kutatások egy másik meghatározó iránya a társadalmi egyenlőtlenségek és a területi különbségek összekapcsolása volt. Egyre több bizonyíték támasztja alá, hogy az egészségtudatosság és a sportolási szokások nemcsak földrajzi, hanem társadalmi-gazdasági tényezők mentén is differenciálódnak. A jövedelem, az iskolai végzettség és a társadalmi tőke jelentős hatással van a sportolási részvételre és az egészségtudatosságra (Shi et al., 2025; Chen et al., 2017). A vidéki térségekben gyakran alacsonyabb az egészségügyi ismeretek szintje és korlátozottabb az információhoz való hozzáférés (Yuan et al., 2015), míg a városi környezetben bizonyos csoportok magasabb egészségtudatosságot mutatnak (Kim et al., 2020). Ugyanakkor a fiatalok körében az étkezési szokások és az önszabályozási stratégiák is összefüggést mutatnak a lakóhely típusával (Gaspar et al., 2014), és a vidéki fiatalok körében az elhízás gyakorisága is magasabb lehet, amely összefügg a fizikai aktivitás és táplálkozás eltéréseivel (McCormack & Meendering, 2015).

A gyermekek és serdülők körében végzett vizsgálatok tovább árnyalták a képet, rámutatva arra, hogy a fizikai aktivitás, az ülő életmód és az egészségi állapot összefüggései szintén térben differenciálódnak. Ezeket azonban erősen befolyásolják olyan tényezők, mint a családi jövedelem, a nem és az életkor (Kellstedt et al., 2021; Machado-Rodrigues et al., 2012). A térbeli különbségek az objektív

mutatók szintjén is megjelennek: serdülők körében kimutatták, hogy a városi fiatalok alacsonyabb BMI-értékekkel rendelkeznek, míg regionális különbségek is megfigyelhetők az antropometriai jellemzőkben (Katanic et al., 2023). A vidéki fiatalok esetében például gyakran magasabb fizikai aktivitási szint, de eltérő szociális és gazdasági korlátok figyelhetők meg.

Az utóbbi évek kutatásai egyre inkább a komplex, rendszerszintű megközelítések felé mozdultak el, ahol a hangsúly nemcsak a különbségek leírásán, hanem azok magyarázatán és a beavatkozási lehetőségek azonosításán van. A közpolitikai megközelítések kiemelik az egészséget támogató környezet kialakításának fontosságát, valamint a sport és a fizikai aktivitás ösztönzésének szerepét (Zhang, 2021; Zhong et al., 2022). Emellett a sport, mint közösségi tér egyre nagyobb figyelmet kap, különösen a mentális egészség és a társadalmi kohézió szempontjából (Eime et al., 2023).

A nemzetközi trendekkel párhuzamosan a hazai kutatások is hasonló fejlődési ívet mutatnak. Az egészségmagatartás jelentőségének hangsúlyozása alapvető kiindulópontot jelentett, amely rámutatott arra, hogy az egyéni életmódbeli döntések kulcsszerepet játszanak az egészségi állapot alakulásában (Boros, 2019). Ugyanakkor ezek a döntések nem függetlenek a társadalmi és környezeti kontextustól, így az egészségmagatartás szorosan összefügg a társadalmi rétegződéssel.

A hazai empirikus vizsgálatok már korán kimutatták, hogy a lakóhely jelentős hatással van a fiatalok életmódjára és egészségmagatartására. A különböző településtípusok eltérő szabadidős mintázatokat és egészségkockázatokat eredményeznek (Keresztes et al., 2006). A regionális szintű elemzések pedig rámutattak arra, hogy Magyarországon jelentős területi egészségyenlőtlenségek figyelhetők meg, amelyek szoros kapcsolatban állnak a gazdasági fejlettséggel. A nyugat–kelet irányú különbségek, valamint az alacsonyabb jövedelmű térségek kedvezőtlenebb egészségi mutatói jól mutatják ezt az összefüggést (Uzzoli, 2016).

A vizsgálatok egyre részletesebb térleptékű elemzések felé mozdultak el, és a városi szintű kutatások feltárták, hogy a városokon belül is jelentős egészségyenlőtlenségek léteznek. Az egészségi állapot és a gazdasági fejlettség között kölcsönös, egymást erősítő kapcsolat áll fenn, amely mind egyéni, mind makroszinten érvényesül (Egri, 2017). Az egészség ebben az értelemben nemcsak következmény, hanem gazdasági erőforrás is.

A legújabb hazai kutatások az egészségtudatosság és a gazdasági tényezők kapcsolatára is rámutatnak. Magyarországon az egészségmagatartás általános szintje elmarad az európai átlagtól, és az egészségtudatosság nem minden esetben függ össze közvetlenül a gazdasági fejlettséggel (Farágó et al., 2019). Ugyanakkor az iskolai végzettség kiemelt szerepet játszik, ami alátámasztja a társadalmi tényezők meghatározó jelentőségét.

A jelen kutatás célkitűzései szervesen illeszkednek az egészségtudatosság és egészségmagatartás vizsgálatának fejlődési ívébe, amely az egyéni szintű megközelítésektől a komplex, térbeli és társadalmi meghatározottságok felé mozdult el. Az egészségmagatartás meghatározó szerepe (Boros, 2019) rámutat arra, hogy az életmódbeli tényezők alapvetően befolyásolják az egészségi állapotot, ugyanakkor ezek mintázatai társadalmi és strukturális tényezők mentén különböznek. A lakóhely szerepét hangsúlyozó kutatások igazolták, hogy a különböző településtípusok eltérő életmódmintákat eredményeznek (Keresztes et al., 2006), míg a regionális vizsgálatok az egészségi állapot és a gazdasági fejlettség térbeli összefüggéseire mutattak rá (Uzzoli, 2016; Egri, 2017). Ugyanakkor az

egészségtudatosság és gazdasági tényezők kapcsolata nem minden esetben egyértelmű (Faragó et al., 2019), ami indokolja annak vizsgálatát, hogy egy aktív, fitneszterembe járó populációban hogyan jelennek meg ezek a különbségek az életmód és az egészségmagatartás dimenzióiban.

A kutatás innovativitása abban rejlik, hogy a korábbi, általános populációra fókuszáló vizsgálatokkal szemben egy specifikus, sportoló célcsoportra koncentrál, és ezen belül vizsgálja a térbeli különbségeket. Emellett komplex megközelítést alkalmaz: az attitűdök és viselkedések mellett objektívebb mutatókat (pl. antropometria, testkép) is bevon, valamint az egészségmagatartás több dimenzióját (edzés, táplálkozás, alvás, szűrővizsgálatok, kiegészítő-használat) integráltan elemzi. Ez lehetővé teszi a mélyebb összefüggések feltárását és a területileg célzott egészségfejlesztési beavatkozások megalapozását.

MÓDSZEREK

A vizsgálat során az adatgyűjtéshez kérdőíves vizsgálatot alkalmaztunk, amely több részből állt. A vizsgálat kényelmi, önkéntes mintavételen alapult. A kutatás célcsoportja a női fitnesztermi sportolókra irányult. A vizsgálatban összesen 201 fő vett részt. Beválasztási kritériumként szerepelt, hogy a megkérdezettek minimum két éve végezzenek edzőtermi súlyzós edzést. Kizárási kritériumként pedig azt határoztuk meg, hogy a konditermi súlyzós edzéseken kívül más rendszeres fizikai aktivitást ne végezzenek. A vizsgálat során két kérdőívet alkalmaztunk, amelyet országosan Google Forms használatával online elérhetővé tettünk. A kérdőívek kitöltésére 2025. március 23-a és 2026. január 9-e között volt lehetőség.

Az adatgyűjtés több csatornán keresztül történt: egyrészt személyesen, pécsi edzőtermekben töltöttük ki a kérdőíveket a résztvevőkkel, másrészt online, a célcsoportot tömörítő közösségi médiás csoportokban is megosztottuk azokat. Emellett felvettük a kapcsolatot a Magyar Fitness és Testépítő Szakszövetséggel is, akiket megkértünk arra, hogy a kérdőívet minél szélesebb körben juttassák el tagjaikhoz a nagyobb elemszám és a reprezentatívabb minta elérése érdekében.

A felméréshez alkalmazott saját szerkesztésű nyílt, zárt és Likert-skála kérdéseket tartalmazott. A kérdőív első részében a szociodemográfiai adatokat mértük fel, a második részében az általános egészségtudatosságra és egészségmegőrzésre irányuló kérdéscsoport következett. A harmadik kérdéscsoport a kitöltők étrendi tudatosságára vonatkozott. A negyedik részben a kitöltő táplálékkiegészítő-fogyasztási szokásait vizsgáltuk.

A Likert-skálás kérdéseknél hatos beosztást alkalmaztunk, hogy elkerüljük a középérték választásának lehetőségét, így ösztönözve a válaszadókat egyértelműbb állásfoglalásra.

A testképpel kapcsolatos vizsgálatok során egy sportpszichológusok által létrehozott validált kérdőívet használtunk (BSQ-34) (Cooper et al., 1987). A 34 kérdésből álló önértékelés a testalkattal kapcsolatos elégedetlenséget méri. Minden válasz egy hatpontos Likert-skálán értékelhető. Az összpontszám a válaszok pontszámainak összege, így a lehetséges tartomány 34 és 204 között van, ahol a magasabb pontszám nagyobb mértékű testelégedetlenséget jelez. A kérdőív kiértékelése során kapott eredmények a következők lehetnek: ≤ 110 pont: nincs, vagy minimális testalkattal kapcsolatos

elégedetlenség, 111–140 pont: enyhe testalkat miatti elégedetlenség, 141–170 pont: mérsékelt testalkat miatti elégedetlenség, ≥ 171 pont: súlyos testalkat miatti elégedetlenség.

A vizsgált célcsoport szociodemográfiai adatait az 1. táblázat mutatja be. A résztvevőknek lehetőségük volt kihagyni a jövedelmükre vonatkozó kérdést. A megkérdezettek 13 %-a ($n = 26$) nem válaszolt erre a kérdésre, míg 2% ($n = 4$) eltartottként jelölte meg magát. A kitöltők településtípusonkénti térbeli megoszlását az 1. ábra mutatja. A válaszadók településtípus szerinti megoszlása alapján a minta legnagyobb részét városok és megyei jogú városok lakói adják, mellettük jelentős arányban szerepelnek a fővárosiak, valamint kisebb arányban a falvak és nagyközségek lakói.

1. táblázat: A vizsgálati személyek megoszlása főbb szociodemográfiai jellemzőik szerint
Table 1. Distribution of Participants According to Their Main Sociodemographic Characteristics

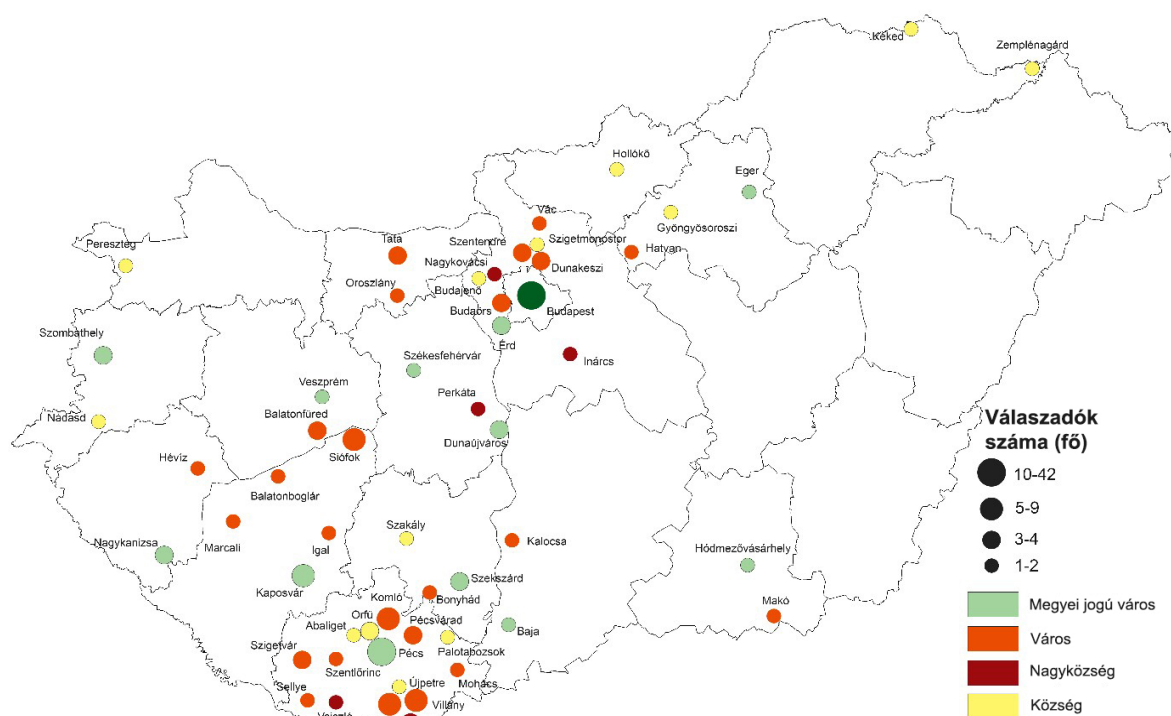
Kategória megnevezése	Csoportok	Válaszadók megoszlása (%)
Korcsoporthok (év)	21–25	44
	26–30	14
	31–35	15
	36–40	9
	40–45	18
Legmagasabb iskolai végzettség	PhD-fokozat	1
	Egyetem	49
	Gimnázium	28
	Szakközépiskola	16
	Szakiskola	3
	Általános iskola	3
Lakóhely típusa	Város	38
	Megyei jogú város	33
	Főváros	13
	Nagyközség	7
	Község	9
Havi nettó jövedelem (EUR)	0–500	13
	501–1000	26
	1001–1,500	36
	1,501–2,500	9
	2,500 felett	1
	Eltartott	2
	Nem válaszolt	13

Az adatok statisztikai elemzéséhez leíró statisztikát, keresztábra-elemzést, valamint khi-négyszet próbát alkalmaztunk. A keresztábra-elemzés a változók közötti kapcsolat irányának és mintázatának feltárására szolgált, egyúttal lehetővé tette, hogy egyidejűleg vizsgáljuk a két változó együttes eloszlását. Ennek keretében minden egyes vizsgált egészségmagatartási, egészségtudatossági és antropometriai változót a lakóhely típusával (amelyet három dimenzióban, főváros, város, község felbontásban mértünk) vetettünk össze. A keresztábra-elemzéshez kapcsolódó statisztikai szignifikancia vizsgálatához Pearson-féle khi-négyszet próbát alkalmaztunk. A jelenlegi, valamint a valaha

mért legmagasabb testtömegindex (BMI) és a lakóhely típusa közötti összefüggés vizsgálatához egy-
szempontos varianciaanalízist (one-way ANOVA) alkalmaztunk. Az ANOVA alkalmas arra, hogy
egyszerre több csoport – jelen esetben a különböző településtípusok – átlagértékei között fennálló
különbségek statisztikai szignifikanciáját meghatározza. A szignifikanciaszintet valamennyi vizs-
gálati dimenziónál $p < 0,05$ értéknél határoztuk meg. Az elemzéseket az IBM SPSS Statistics 22.0
szoftverrel végeztük el.

1. ábra: A válaszadók településtípus szerinti megoszlása

Figure 1. Distribution of Respondents by Settlement Type



Megjegyzés: A résztvevők száma esetében az osztályképzés nem egyenlő intervallum- és nem kvantilisalapú, az adatok erősen jobbra ferde eloszlásához igazított, közel logaritmikus jellegű bontás, folytonos intervallumokkal. *Note:* The classification of participants is not based on equal-interval or quantile grouping, but on a near-logarithmic categorization with continuous intervals, adjusted to the strongly right-skewed distribution of the data.

EREDMÉNYEK

Az egészségtudatossághoz kapcsolódó attitűdök

A vizsgálat központi elemét adó területi–közigazgatásföldrajzi dimenzió, illetve az egészségtudatos-
ság és a hozzá kapcsolódó attitűdök (életmód, edzésmotiváció, étrend) között egy esetben figyelhetünk
eg statisztikailag szignifikáns kapcsolatot⁴, mégpedig az egészségtudatos életmód fenntartásának

⁴ Pearson-féle Khi-négyzet: 25,731, df: 8, $p=0,001$

fontossága kapcsán. A nagyvárosi, különösen a fővárosi népesség általában magasabb jövedelmi és iskolázottsági szinttel rendelkezik (Kosztyán et al., 2021), ami szoros kapcsolatban áll többek között az egészségtudatossággal. A magasabb iskolai végzettség növeli az egészséggel kapcsolatos információk befogadásának képességét, míg a kedvezőbb jövedelmi helyzet lehetővé teszi az egészséges életmódhoz szükséges erőforrások (minőségi élelmiszerrel, sportolási lehetőségek, szűrővizsgálatok) elérését. Ezzel szemben a kisebb településeken élők körében gyakrabban jelennek meg alacsonyabb státuszú csoportok, ahol az egészségtudatos életmód fenntartása nem feltétlenül prioritás, ráadásul sokszor anyagi és időbeli korlátokba ütközik.

Településföldrajzi szempontból a szolgáltatások térbeli elérhetősége erősen differenciált, hiszen a városokban fejlettebb az egészségügyi infrastruktúra, több a precenziós program, a fitneszlehetőség, valamint az egészségtudatosságot támogató önkormányzati és civil kezdeményezés (Uzzoli, 2001, Bálint et al., 2021). A községekben ezzel szemben gyakran még az alapellátás is hiányos, a távolságok is nagyobbak, korlátozottabb a választék, amely objektív értelemben is csökkenti az egészséges életmód megvalósíthatóságát. A településtípus tehát nem csak a társadalmi–gazdasági pozíciókat és az infrastruktúra területi differenciáit határozza meg, hanem befolyásolja az egyének erőforrásait és lehetőségeit. Mindez hat az egészséggel kapcsolatos tudásra, attitűdökre és normákra is, amelyek az egészségtudatos életmód fontosságának megítélésében fejeződnek ki. Tehát többről van szó, mint egyéni preferenciákról, hiszen a lakóhely által közvetített lehetőségek és korlátok befolyásolják, hogy ki mennyire tartja reálisan elérhetőnek, és ezáltal fontosnak azt.

2. táblázat: Az egészségtudatosság változóinak legkedvezőbb kategóriájába tartozó válaszok aránya településtípusonként

Table 2. Proportion of Responses in the Most Favorable Category of Health Awareness Variables by Settlement Type

Egészségtudatossági változók	Szignifikáns összefüggés	Község	Város	Főváros
Az egészségtudatos életmód fontossága	+	33%	52%	69%
Az egészség mint a testmozgás elsődleges motivációja	-	16%	17%	19%
A kiegyensúlyozott étrend fontossága	-	75%	88%	92%
Az egészségtelen zsírok és az üres kalóriák kerülése	-	75%	66%	78%
Gyümölcs- és zöldségfogyasztás	-	95%	97%	97%
Az ártalmas adalékanyagok miatti aggodalom	-	45%	51%	30%
Az étrend-kiegészítők kiválasztásának szempontjai	-	41%	39%	40%
A negatív mellékhatások elfogadása	-	70%	62%	54%

Az egészségmagatartás komplex dimenziói

A településtípus és az egészségmagatartás, fentieknél komplexebb dimenziói (alvásminőség és -mennyiség, szűrővizsgálatok, étrendi kockázatok, diéta, táplálékkiegészítők-használatának gyakorisága és gyakorlata) kapcsán több esetben találtunk statisztikailag szignifikáns kapcsolatot. Ezek közül kiemelendő az egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvétel gyakorisága, az egyén fizikai

állapotának folyamatos figyelemmel kísérése⁵. Ez a változó kiemelten erős fővárosi dominanciát mutat. Azok a társadalmi–gazdasági különbségek, amelyek többek között az iskolázottsági szint és a jövedelmi viszonyok különbségeiből adódnak és együtt járnak az egészségmegőrzés iránti nagyobb tudatossággal hasonló módon hatnak a preventív szolgáltatások igénybevételének gyakoribb megjelenésével (Horzsa et al. 2024; Markos et al., 2025; Katona et al., 2021). A magasabb státuszú csoportok nem csak jobban ismerik a szűrővizsgálatok jelentőségét, hanem nagyobb valószínűséggel rendelkeznek olyan erőforrásokkal (kiegészítő egészségbiztosítások, szélesebb körű magánegészségügyi szolgáltatások), amelyek lehetővé teszik a rendszeres részvételt. Ezzel szemben a kisebb településeken gyakoribb az alacsonyabb jövedelmű, fizikai munkát végző, vagy bizonytalan foglalkoztatású csoportok jelenléte. Számukra a mindennapi kiadások elsődlegesek és még az ingyenes szűrővizsgálatok is az utazás, a kieső munkanap a várakozási idő miatt közvetett költségekkel jár (a prevenció halasztható tevékenységként jelenik meg). Ezt erősíthetik az időgazdálkodás és a munkaszervezés nehézségei. A kistelepüléseken élők gyakran ingáznak, ami napi több órát is igénybe vehet. A rugalmatlan munkaidő, a több műszakos foglalkoztatás, vagy az alkalmi munka, kiegészülve a háztartási és családi kötelezettségekkel, szűkítik a lehetőségeket. A szubjektív szempontok mellett az objektív tényezők is fontos magyarázó rövel bírnak, mivel a diagnosztikai központok és a szervezett szűrőprogramok is a nagyobb városokban koncentrálódnak.

Szignifikáns statisztikai kapcsolat volt kimutatható továbbá a településtípus és a fitneszterembe járó lakosság edzésgyakorisága között, ennek egyik legkézzelfoghatóbb alapja a helyben elérhető sportolási infrastruktúra megléte vagy hiánya⁶. A nagyobb városokban nem csak a fitnesztermek sűrű megjelenése, hanem a szervezett mozgásformák a csoportos órák, a személyi edzők elérhetősége is rugalmas kínálatot biztosít. Ez nem csak több választási lehetőséget jelent, hanem azt is, hogy az edzés könnyebben illeszthető a napi rutinba. A falvakban ezzel szemben vagy hiányzik a szervezett kínálat, vagy csak korlátozott formában érhető el (egyetlen terem, szűk nyitvatartással). Így az edzés inkább egyéni döntés és szervezés kérdése, ami alacsonyabb rendszerességet eredményez.

A településtípus szignifikás összefüggést mutatott a kevésbé szigorú étrendi periódusok gyakoriságával⁷. A csalónapok gyakorisága mögött elsőként az étkezési környezet struktúrális és területi különbségei ragadhatóak meg. A nagyvárosi térben jóval sűrűbb az éttermi, streetfood és a házhozszállítási kínálat, amely folyamatos ingerterhelést jelent, megkönnyítve a diétától való alkalmi eltérést. Ugyanakkor erősebb a „tisztá étkezés” normája, így a lazítás sok esetben tudatosan időzített. Kevésbé esetleges. A kisebb településeken a választék szűkössége miatt az étkezések inkább háztartási keretek között zajlanak, ami ritkább, bár sokszor nagyobb kalóriájú kilengéseket eredményezhet.

A különbségekhez hozzájárul még a társas környezet és a napi időrend szerkezete is. A városokban gyakoribbak a munka utáni közös sok esetben kivételes étkezések. Ezek ismétlődése szintén növelheti a gyakoriságot. Mivel a fitneszkultúra legitimálja a tervezett eltéréseket, így a válaszadók nagyobb valószínűséggel azonosítják őket csaló napként. A falvakban a közös étkezések ritmusa eltérő (családi alkalmak, ünnepek) és kevésbé jelenik meg az a fogalmi keret, amely a diétát és a kivételt explicit módon szétválasztja.

⁵ Pearson-féle Khi-négyzet: 12,953, df: 6, p=0,044

⁶ Pearson-féle Khi-négyzet: 18,530, df: 8, p=0,018

⁷ Pearson-féle Khi-négyzet: 11,030, df: 4, p=0,026

A különbségekhez hozzájárul a mindennapi mobilitási mintázat is. A városban élők esetében az edzés gyakran „út közben” történik (munka után, munkahely, lakóhely közelében), míg a falvakban élőknel az ingázás időigénye beszűkíti a szabadon felhasználható időablakokat. Ha az edzéshez külön utazás is szükséges, az jelentősen csökkentheti a heti alkalmak számát. Fontos megemlíteni, hogy a fizikai aktivitás nem azonos az edzéssel, a falvakban élők körében a mindennapi mozgás akár gyakoribb is lehet, de ez nem feltétlenül jelenik meg strukturált, heti rendszerességű edzésként.

A diétakövetés és a településtípusok között szintén szignifikáns kapcsolat volt kimutatható⁸. Az eltérések részben abból adódhatnak, hogy mennyire hozzáférhetőek a speciális étrendekhez szükséges feltételek. A nagyvárosokban szélesebb a kínálat a funkcionális élelmiszerekből (gluténmentes, laktózmentes, paleo, ketogén, vegán) több a dietetikai tanácsadás, vagy az edzéshez kapcsolódó táplálkozási szolgáltatás. Egyrészt megkönnyíti egy adott diéta kivitelezését, másrészt stabil utánpótlást tesz lehetővé (személyre szabott étrend, rendszeres kontrol). Kisebb településeken a választék szűkebb, a beszerzés időigényesebb, ami növeli a diéták fenntartási költségét is. Így az inkább eseti, vagy rövid ideig tartó.

Légyeges különbség adódik a szakmai és információs környezetből is. A városi terekben könnyebb a kapcsolódás akár a dietetikushoz, vagy az online fitneszközösségekhez, amelyek révén konkrét portokollok és visszajelzések állnak rendelkezésre. A kisebb településeken gyakrabban jellemzőbb a hagyományos étkezési rend. Kevesebb a külső kontrol. Így a válaszadók egy része nem feltétlenül azonosítja a saját gyakorlatát diétaként, még akkor sem, ha bizonyos korlátozásokat alkalmaz.

Az egészségmagatartáshoz kapcsolódó komplex attitűdök statisztikai elemzése során további szignifikáns kapcsolat volt kimutatható a településtípus és a vitaminok, illetve ásványianyag-készítmények használata között⁹. Bár e készítmények a leggyakrabban használt és legszélesebb körben elfogadott táplálékkiegészítők, fogyasztási mintázatukban élesen kirajzolódik a területi egyenlőtlenség. A nagyvárosban élő, edzőterembe járó sportoló lakosság körében tapasztalt magasabb használati arány összefüggésben áll a fentebb már említett preventív szemléletmóddal. A készítményeket nem csak csupán hiányállapotok kezelésére, hanem a városi életmóddal járó negatív hatások ellensúlyozására is használják. A városi válaszokban megjelenő, sokszor célzott és kombinált készítmények (pl. D3–K2, Q10, ashwagandha, omega-3, shilajit, berberin, inozitol, ginkgo, kollagén, különféle ásványi anyagok és funkcionális kiegészítők) arra utalnak, hogy a használat differenciáltabb, és gyakran konkrét élettani funkciókhoz vagy teljesítménycélokhoz igazodik. Ezzel szemben a falusi mintázat inkább az alapvitaminokra (C-, B-, D-vitamin) és néhány általános ásványi anyagra (vas, magnézium) koncentrált, ami egy kevésbé specializált, inkább általános egészségmegőrzésre irányuló megközelítést jelez. Itt is fontos szempont az iskolázottság, amely magasabb szintű egészségműveltséget eredményez. Ez képessé teszi az egyént a különböző mikrotápanyagok felismerésére.

Már kisvárosi környezetben is jól kirajzolódik a beszerzési források nagyobb sűrűsége (drogériák, bioboltok, gyógyszertárak), amely ösztönzően hat a rendszeres fogyasztásra. Ezzel szemben a kisebb településen élő sportoló lakosság körében a vitaminhasználat esetlegesebb, többek között a kedvezőtlenebb jövedelmi viszonyok miatt e készítmények vásárlása háttérbe szorulhat a halaszthatatlan napi

⁸ Pearson-féle Khi-négyzet: 7,549, df: 2, p=0,023

⁹ Pearson-féle Khi-négyzet: 6,151, df: 2, p=0,046

kiadások mögött, és sokszor csak szezonálisan (influenzaszezon) jelenik meg. A falvakban kevésbé vannak jelen, vagy teljesen hiányoznak azok a lokális marketingingerek, amelyek a nagyvárosi fogyasztói kultúrában általánosak, megszokottak. A lakóhely tehát meghatározza azt az anyagi és információs mozgásteret, amelyben az egyén a mikrotápanyag-pótlást mint az egészségmegőrzés eszközét alkalmazni tudja.

A településtípus szignifikás összefüggést mutatott továbbá a vitamin- és ásványianyagkiegészítő használat spektrumának szélességével¹⁰. A különbségek mögött elsőként a kínálati környezet szerkezete jelenik meg. A városi terekben jóval szélesebb a termékpaletta, ami nem csak többféle készítményhez biztosít hozzáférést, hanem több termék kombinált használatát is megkönnyíti, ezzel szemben a kisebb településeken a beszerzés gyakran online rendeléshez, vagy utazáshoz kötött, ami a használatot az alapvető készítményekre szűkítheti. Ehhez társul az információs és szakmai közeg különbsége.

Az eltérő minták a városi terekben a kiegészítők funkcionális szétbontásához is vezethetnek (külön termék immunerősítésre, alvásra, ízületvédelemre, regenerációra, fiatalításra), ami a szedett készítmények számát növeli. A kisebb településeken ugyanakkor gyakrabban az általános megközelítés. Részben, mert kevesebb a személyre szabott iránymutatás, illetve a komplexebb rendszerek fenntartása több szervezést igényel. Itt szükséges megemlíteni a költség- és kockázatszelés. Többféle készítmény párhuzamos használata nem csak drágább, hanem nagyobb figyelmet is igényel (adagolás, hatóanyagkölsönhatások). Ahol ezek a kompetenciák korlátozottabbak ott a fogyasztás néhány biztos termékre szűkül.

3. táblázat: Az egészségmagatartás változóinak legkedvezőbb kategóriájába tartozó válaszok aránya településtípusonként

Table 3. Proportion of Responses in the Most Favorable Category of Health Behaviour Variables by Settlement Type

Egészségmagatartási változók	Szignifikáns összefüggés	Község	Város	Főváros
Edzésgyakorlás	+	66%	89%	88%
Az alvás időtartama és minősége	-	91%	80%	88%
Konzultáció sportszakemberrel	-	50%	51%	61%
Egészségügyi szűrővizsgálatok gyakorisága	+	66%	63%	88%
„Csaló étkezések” gyakorisága	+	16%	30%	47%
Élvezeti érték miatt választott, egészségtelen ételek fogyasztása	-	33%	44%	45%
Alkoholfogyasztás gyakorisága	-	83%	88%	88%
Egészségtelen teljesítményfokozó készítmények használata	-	29%	37%	35%
Édesítőszer fogyasztása	-	8%	20%	26%
Diéta követése	+	50%	47%	69%
Étrend-kiegészítők használata	-	58%	78%	78%
Az étrend-kiegészítők használatának gyakorisága	-	58%	70%	76%
Vitaminok és ásványi anyagok használata	+	62%	70%	78%
A vitamin- és ásványianyag-bevitel komplexitása	+	37%	55%	73%

¹⁰ Pearson-féle Khi-négyzet: 11,938, df: 4, p=0,018

Antropometriai jellemzők

A településtípus és az antropometriai jellemzők között (jelenlegi¹¹ és valaha mért legmagasabb¹² testtömegindex, testkép¹³) a statisztikai számítás nem mutatott szignifikáns kapcsolatot. Ez arra utal, hogy ezek a mutatók kevésbé kötődnek a klasszikus településhierarchiához, mint más egészségmagatartási dimenziókhoz. A testkép alakulását és a testsúlyhoz kapcsolódó mutatókat erősen befolyásolják olyan tértől kevésbé függő tényezők, mint a globális médiatartalmak, a közösségi platformok és az egységesülő szépség- és testideálok. Ezek a hatások ma már a falusi és városi populációkban egyaránt jelen vannak, csökkentve a lakóhely szerinti különbségek kialakulásának esélyét.

A testtömegindex esetében további magyarázat lehet, hogy az energia-egyensúlyt meghatározó tényezők (táplálkozás, fizikai aktivitás, életkor, genetikai háttér) a célcsoport specifikus jellege miatt (különösen a viszonylag homogén, fitneszterembe járó mintában) nem mutatnak egyértelmű, településtípushoz köthető mintázatot. Feltételezhető, hogy ez esetben a mintavétel maga is kiegyenlíti a különbségeket, hiszen a vizsgálatba azok kerültek be, akik eleve nagyobb figyelmet fordítanak a testükre. Az igazsághoz hozzá tartozik, hogy a testtömegindex (BMI) nem kellően szenzitív indikátor, amely nem tesz különbséget az izomtömeg és a zsírtömeg között (Rothman, 2008), ebből adódóan a sportoló populációban korlátozott a differenciáló képessége.

A testkép alakulásában ugyanakkor meghatározó szerepet játszanak pszichológiai és életúttal összefüggő tényezők is (önértékelés, korábbi testsúlyváltozások, sportolási motivációk). Ezek a tényezők egyénenként erősen eltérnek, és gyakran felülírják a markosintű területi hatásokat. A logikai kapcsolat tehát kevésbé a térbeli struktúrákon, sokkal inkább az individualizált életmódon és a globálisan egységesülő kulturális mintákon értelmezhető.

4. táblázat: Az antropometriai változók legkedvezőbb kategóriájába tartozó válaszainak aránya településtípusonként

Table 4. Proportion of Responses in the Most Favorable Category of Anthropometric Variables by Settlement Type

Antropometriai változók	Szignifikáns összefüggés	Község	Város	Főváros
BSQ_34	-	50%	51%	52%
Jelenlegi BMI	-	70%	86%	85%
Valaha mért legmagasabb BMI	-	70%	62%	52%

KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálat legfontosabb eredménye, hogy a fitneszterembe járó, alapvetően aktív és feltételezetten egészségtudatos populáción belül is kimutathatók a településtípushoz köthető különbségek, azonban ezek nem minden dimenzióban jelennek meg azonos erősséggel. Az egészségtudatossághoz kapcsos-

¹¹ F-próba értéke: 0,575, df: 2, p=0,564

¹² F-próba értéke: 0,433, df: 2, p=0,649

¹⁰ Pearson-féle Khi-négyzet: 19,832, df: 16, p=0,228

lódó attitűdök szintjén a térbeli különbségek viszonylag korlátozottan érvényesülnek: mindössze az egészségtudatos életmód fontosságának megítélésében mutatkozott szignifikáns eltérés. Ez arra utal, hogy az alapvető értékek és attitűdök részben homogenizálódnak ebben a speciális mintában, ugyanakkor a lakóhely által közvetített társadalmi–gazdasági és infrastrukturális feltételek még ebben az esetben is befolyásolják az egészséghez való viszonyulást.

Ezzel szemben az egészségmagatartás komplexebb, konkrét viselkedésekben megnyilvánuló dimenziói már markánsabb térbeli differenciáltságot mutatnak. A preventív egészségmagatartás (különösen a szűrővizsgálatokon való részvétel) erőteljesen a nagyvárosi, fővárosi térhez kötődik, ami egyértelműen visszavezethető a kedvezőbb társadalmi státuszra, az egészségügyi szolgáltatások jobb hozzáférhetőségére és az erősebb prevenciók kultúrára. Hasonló logika mentén az edzésgyakorlás is szignifikánsan összefügg a településtípussal, ahol a városi infrastruktúra, a szolgáltatási kínálat és az időbeli rugalmasság támogatja a rendszeresebb aktivitást. A kisebb települések esetében ezzel szemben a strukturális korlátok (utazási idő, korlátozott kínálat) csökkentik a formalizált edzés rendszerességét, még akkor is, ha az általános fizikai aktivitás nem feltétlenül alacsonyabb.

A táplálkozási magatartás és a kiegészítőhasználat területén szintén kirajzolódik a térbeli különbségek komplex rendszere. A városi környezet egyrészt növeli az étrendi kilengések (pl. „csalónapok”) gyakoriságát a szélesebb kínálat és az intenzívebb ingerkörnyezet miatt, másrészt ugyanitt jelenik meg erőteljesebben a tudatos diétakövetés és annak szakmai támogatottsága is. A vitamin- és ásványi anyag-kiegészítők használata nemcsak gyakoribb, hanem diverzifikáltabb is a városi térben, ami az információs és piaci környezet fejlettségével, valamint a magasabb egészségműveltséggel magyarázható. Ezzel szemben a kisebb települések mintázata inkább az alapvető, általános egészségmegőrzésre korlátozódik, amelyben a költségek, a hozzáférés és az információhiány egyaránt szerepet játszik. Összességében ezek az eredmények azt jelzik, hogy míg az attitűdök szintjén részleges kiegyenlítődés figyelhető meg, addig a tényleges viselkedések továbbra is erősen strukturáltak térben.

Az antropometriai mutatók és a testkép esetében nem volt kimutatható szignifikáns kapcsolat a településtípussal, ami fontos kiegészítő következtetés. Ez arra utal, hogy a testtel kapcsolatos objektív és szubjektív jellemzők kevésbé kötődnek a lokális térbeli struktúrákhoz, és sokkal inkább globális, kulturális és egyéni tényezők alakítják őket. A fitneszterembe járó minta homogenizáló hatása, valamint a testideálok médian keresztül egységesülése csökkenti a térbeli különbségek megjelenésének valószínűségét ezen a területen.

A kutatás egyik legfontosabb általános következtetése tehát az, hogy a rendszeres fizikai aktivitás önmagában nem szünteti meg a térbeli egyenlőtlenségeket az egészségmagatartásban. Bár bizonyos dimenziókban (pl. testkép, alapattitűdök) kiegyenlítő hatás érvényesül, a mindennapi egészségmegőrző gyakorlatok továbbra is erősen függnak a lakóhely által meghatározott lehetőségektől és korlátoktól. A településtípus így közvetett módon, az erőforrásokhoz való hozzáféréseken, az infrastruktúrán és az információs környezeten keresztül strukturálja az egészségmagatartást.

Az eredmények gyakorlati hasznosíthatósága több szinten is megjelenik. Egyrészt alátámasztják a területileg differenciált egészségfejlesztési beavatkozások szükségességét: a kisebb településeken különösen fontos a prevenciók szolgáltatások elérhetőségének javítása, a mobil szűrőprogramok bővítése, valamint a helyi sportinfrastruktúra fejlesztése. Másrészt indokolt az egészségműveltség

erősítése és a célzott kommunikáció, különösen a táplálkozás és a kiegészítőhasználat területén. Harmadrészt a városi térben a túlzott fogyasztás és a fragmentált egészségmegőrzési gyakorlatok (pl. túlzott kiegészítőhasználat) tudatosabb szabályozása és szakmai keretek közé terelése lehet releváns.

IRODALOMJEGYZÉK

- Aljassim, N., & Ostini, R. (2020). Health literacy in rural and urban populations: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(10), 2142–2154. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.007>
- Bálint, M., Földes, D., & Munkácsy, A. (2021). Mobilitási szolgáltatások szükségessége kis és közepes városokban. In Horváth B. & Horváth, G. (szerk.), *XI. Nemzetközi Közlekedéstudományi Konferencia: Közlekedés a járvány után: folytatás vagy újrakezdés* (pp. 375–387). Széchenyi István Egyetem.
- Boros, J. (2019). *A felnőtt magyar lakosság egészségmagatartása* [PhD disszertáció tézisei, Pécsi Tudományegyetem, Demográfia és Szociológia Doktori Iskola].
- Chen, C., Tsai, L., Lin, C., Huang, C., Chang, Y., Chen, R., & Lyu, S. (2017). Factors influencing interest in recreational sports participation and its rural-urban disparity. *PLoS ONE*, 12(5), e0178052. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178052>
- Dong, B., Chen, D., Zhao, Y., & Guo, X. (2024). Urban-rural disparity and economic geography variation in the likelihood of meeting physical activity recommendation—Results from the Study of Community Sports in China. *Health & Social Care in the Community*, 2024(1). <https://doi.org/10.1155/2024/9967988>
- Egri, Z. (2017). Magyarország városai közötti egészségszennyezőtlenségek. *Területi Statisztika*, 57(5), 537–575. <https://real.mtak.hu/194836/1/ts570504.pdf>
- Eime, R., Harvey, J., Charity, M., & Westerbeek, H. (2023). A comparison of health-related quality of life in rural and metropolitan areas of Australia. In *Manchester University Press eBooks*. <https://doi.org/10.7765/9781526161642.00029>
- Faragó, B., Kovácsné Tóth, Á., Konczos, Cs., Pápai, Zs., & Szakály, Zs. (2019). Regional health and economy in relation to health consciousness. In J Šimurina, I. Načinović Braje, I. Pavić (Eds.), *Proceedings of FEB Zagreb 10th International Odyssey Conference on Economics and Business* (pp. 128–135). University of Zagreb
- Gaspar, T., De Matos, M. G., Luszczynska, A., Baban, A., & Wit, J. (2014). The impact of a rural or urban context in eating awareness and self-regulation strategies in children and adolescents from eight European countries. *International Journal of Psychology*, 49(3), n/a. <https://doi.org/10.1002/ijop.12046>
- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2001). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1–16. <https://doi.org/10.1002/eat.10005>

- Hoekman, R., Breedveld, K., & Kraaykamp, G. (2016). Sport participation and the social and physical environment: explaining differences between urban and rural areas in the Netherlands. *Leisure Studies*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/02614367.2016.1182201>
- Horzsa, G., Kovách, I., & Megyesi, B. (2024). A városi és a vidéki társadalom. In Kovách, I. (szerk.), *Integráció, egyenlőtlenség, polgárosodás. A magyar társadalom a 2020-as évek elején* (2. kötet) (pp. 105–140). HUN-REN Társadalomtudományi Kutatóközpont.
- Katanic, B., Bjelica, D., Stankovic, M., Milosevic, Z., Vukovic, J., & Mekic, A. (2023). Anthropometric characteristics and weight status of early adolescents (Aged 12–14) in Montenegro; Urban–Rural and regional differences. *Children*, 10(10), 1664. <https://doi.org/10.3390/children10101664>
- Katona, Z., Petrovszki, Z., Domokos, M., Hézsóné Böröcz, A., Pósa, A., Magyariné Berkó, A., & Győri, F. J. (2021). *Antropometriai és társadalmi mutatók néhány összefüggése a Dél-Alföld felnőtt lakosságának példája alapján*. In Szász, A., Alattyányi, I., Katona Z., & Győri, F. (szerk.), *Testmozgás a fittségért és egészségért* (pp. 125–138). László Ferenc Sporttudományi Kutatóműhely.
- Kellstedt, D. K., Schenkelberg, M. A., Essay, A. M., Von Seggern, M. J., Rosenkranz, R. R., Welk, G. J., High, R., & Dzewaltowski, D. A. (2021). Youth sport participation and physical activity in rural communities. *Archives of Public Health*, 79(1), 46. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00570-y>
- Keresztes, N., Pluhár F. Zs., & Pikó, B. (2006). Fiatalok életmódja és egészsége lakóhelyük tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*, 9(6). <https://folyoiratok.oh.gov.hu/uj-pedagogiai-szemle/fiatalok-életmodja-es-egeszsege-lakohelyuk-tukreben>
- Kim, D-J., Kim, J-H, & Cho, I-J. (2020). Difference of health consciousness according to living environment and economic level of the elderly in the urban- rural complex area. *Medico Legal Update*, 20(1), 2002–2007.
- Koszttyán, Z. T., Csányi, V. V., Banász, Z., Jakobi, Á., Neumanné-Virág, I., & Telcs, A. (2021). The role of higher education in spatial mobility. *Applied Network Science*, 6(1). <https://doi.org/10.1007/s41109-021-00428-w>
- Kumar, T., Pal, P., & Kaur, P. (2015). Health seeking behaviour and health awareness among rural and urban adolescents in Dehradun District, Uttarakhand, India. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 29(2). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2015-0046>
- Leipert, B. D., Scruby, L., & Meagher-Stewart, D. (2014). *Sport, health, and rural community: Curling and rural women: A national photovoice study*. <https://journals.brandonu.ca/jrcd/article/view/880>
- Machado-Rodrigues, A. M., Coelho-E-Silva, M. J., Mota, J., Padez, C., Martins, R. A., Cumming, S. P., Riddoch, C., & Malina, R. M. (2012). Urban-rural contrasts in fitness, physical activity, and sedentary behaviour in adolescents. *Health Promotion International*, 29(1), 118–129. <https://doi.org/10.1093/heapro/das054>
- Markos, V., Bukovszki, P., Wágner, T., & Pári, A. (2025). A jövedelem és életszínvonal alakulásának vizsgálata 2020 novembere és 2025 júniusa között Magyarországon. *Kapocs*, 8(3–4), 29–49. <https://doi.org/10.63582/kapocs.2025.3-4.2>

- McCormack, L. A., & Meendering, J. (2015). Diet and physical activity in rural vs urban children and adolescents in the United States: A narrative review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(3), 467–480. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.10.024>
- Neal, S., Pang, B., Parry, K., & Rishbeth, C. (2023). Informal sport and leisure, urban space and social inequalities: Editors' Introduction. *Leisure Studies*, 43(6), 875–886. <https://doi.org/10.1080/02614367.2022.216210>
- Newsome, A. M., Batrakoulis, A., Camhi, S. M., McAvoy, C., Sansone, J., Reed, R., & Contributors. (2024). 2025 ACSM Worldwide Fitness Trends: Future directions of the health and fitness industry. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 28(6), 11–25. <https://doi.org/10.1249/fit.0000000000001017>
- Regis, M. F., De Oliveira, L. M. F. T., Santos, A. R. M. D., Da Conceição Reubens Leonidio, A., Diniz, P. R. B., De Freitas, C. M. S. M., Brazil, C. U. A., & Brazil, F. B. V. (2016). Urban versus rural lifestyle in adolescents: Associations between environment, physical activity levels and sedentary behavior. *Einstein (São Paulo)*, 14(4), 461–467. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3788>
- Rothman, K. J. (2008). BMI-related errors in the measurement of obesity. *International Journal of Obesity*, 32(S3), S56–S59. <https://doi.org/10.1038/ijo.2008.87>
- Shi, Z., Du, X., Wang, D., Paek, S. C., Kitcharoen, P., Li, J., & Marohabutr, T. (2025). Social capital and health consciousness based on regional differences in China: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 13, 1598121. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1598121>
- Tabak, I., Oblacińska, A., & Jodkowska, M. (2012). Physical activity and sedentary behaviour as predictors of adolescent health in rural and urban environments in Poland. *Physical Culture and Sport Studies and Research*, 54(1), 68–77. <https://doi.org/10.2478/v10141-012-0008-1>
- Townsend, M., Moore, J., & Mahoney, M. (2002). Playing their part: The role of physical activity and sport in sustaining the health and well being of small rural communities. *Rural Remote Health*, 2(1), 109.
- Uzzoli, A. (2001). *Társadalmi konfliktusok bizonyítása az egészségföldrajz eredményeinek felhasználásával* [előadás]. Földrajzi Konferencia, Szeged 2001.
- Uzzoli, A. (2016). Health inequalities regarding territorial differences in Hungary by discussing life expectancy. *Regional Statistics*, 6(1), 139–163. <https://doi.org/10.15196/rs06108>
- Van Den Berg, P., Paxton, S. J., Keery, H., Wall, M., Guo, J., & Neumark-Sztainer, D. (2007). Body dissatisfaction and body comparison with media images in males and females. *Body Image*, 4(3), 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2007.04.003>
- Wahyuningsih, S., Widati, S., Praveena, S. M., & Azkiya, M. W. (2024). Unveiling barriers to reproductive health awareness among rural adolescents: A systematic review. *Frontiers in Reproductive Health*, 6, 1444111. <https://doi.org/10.3389/frph.2024.1444111>
- Waters, A. M., Sluis, R. A., Usher, W., Farrell, L. J., Donovan, C. L., Modecki, K. L., Zimmer-Gembeck, M. J., Castle, M., & Hinchey, J. (2024). Reaching young people in urban and rural communities with mental health and wellbeing support within a youth sports development program: Integrating

in-person and remote modes of service delivery. *Child Psychiatry & Human Development*, 56(5), 1446–1456. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01647-1>

Yuan, F., Qian, D., Huang, C., Tian, M., Xiang, Y., He, Z., & Feng, Z. (2015). Analysis of awareness of health knowledge among rural residents in Western China. *BMC Public Health*, 15(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1393-2>

Zhang, X. (2021). The construction of urban public sports service from the perspective of public health. *Revista Brasileira De Medicina Do Esporte*, 27(spe), 69–72. https://doi.org/10.1590/1517-8692202127012020_0104

Zhong, J., Liu, W., Niu, B., Lin, X., & Deng, Y. (2022). Role of built environments on physical activity and health promotion: A review and policy insights. *Front. Public Health*, 10, 950348. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.950348>

Ez a mű a Creative Commons Nevezd meg! – Ne add el! – Ne változtasd! 4.0 nemzetközi licence-feltételeinek megfelelően felhasználható. (CC BY-NC-ND 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

This open access article may be used under the international license terms of Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 (CC BY-NC-ND 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

