

ONLINE MENTÁLIS EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG ÉS SEBEZHETŐSÉG

•

Szakértői elemzés

Megrendelő:

Nemzeti Média- és Hírközlési Hatóság

Szerzők:

Jármí Éva, PhD.

Várnai Dóra Eszter, PhD.

Zelena Dorina Lilla

BUDAPEST

2024

Tartalomjegyzék

1.	A tanulmány célja.....	3
2.	Elméleti bevezetés.....	3
2.1.	A mentális egészségműveltség.....	3
2.2.	Az online sebezhetőség.....	5
2.3.	Az identitásbuborék.....	5
2.4.	A Z-generáció internetes viselkedése.....	6
3.	A kutatásban használt mérőeszköz kidolgozása.....	7
3.1.	A kutatás ingeranyaga: videók kidolgozása.....	7
3.2.	A kutatás mérőeszköze: a kérdőív kidolgozása.....	7
3.2.1.	Internethasználati szokások: HBSC Online viselkedés kérdések.....	8
3.2.2.	Mentális egészségműveltség kérdőív: Mental Health Literacy Scale.....	8
3.2.3.	Identitásbuborék megerősítése: Identity Bubble Reinforcement Scale.....	8
3.2.4.	Videó megítélése és hatása: (ál)betegségtudat.....	9
4.	A kutatás módszertana.....	9
4.1.	A minta bemutatása.....	9
4.2.	Az eljárás.....	10
5.	A kvantitatív kutatás eredményei.....	12
5.1.	Képernyőidő és videónézési idő.....	12
5.2.	Közösségi platformok használata.....	13
5.3.	Cyberbullying érintettség.....	13
5.4.	Identitásbuborék megerősítése (IBR-9).....	14
5.5.	Online sebezhetőség.....	15
5.6.	Mentális egészségműveltség.....	15
5.7.	Videók és előadók megítélése.....	16
5.8.	Videók hatása: (Ál)betegségtudat.....	17
6.	A kvantitatív kutatás eredményeinek megvitatása.....	20
6.1	A minta jellemzőinek figyelembevétele az eredmények értelmezésénél.....	20
6.2.	Internethasználati szokások.....	20
6.3.	Cyberbullying érintettség.....	21
6.4.	Mentális egészségműveltség.....	23
6.5.	Identitásbuborék megerősítése.....	24
6.6.	Videók és előadók megítélése.....	25

6.7.	Videók hatása, (ál)betegségtudat.....	26
6.8.	Az (ál)betegségtudat meghatározói.....	27
7.	Kvalitatív kutatási eredmények.....	29
7.1.	Kérdőívek szöveges válaszainak tematikus tartalomelemzése.....	29
7.2.	Csoportfoglalkozások megvalósítása.....	32
7.2.1.	A csoportfoglalkozások vezérfonala.....	33
7.2.2.	Csoportfoglalkozások tapasztalatainak összefoglalása.....	33
7.3.	Szakértői fókuszcsoport tapasztalatainak összefoglalása.....	35
7.3.1.	A kutatási kérdés relevanciája.....	35
7.3.2.	A kutatás módszertanával kapcsolatos vélemények.....	36
7.3.3.	Kutatási eredmények megvitatása.....	37
7.3.4.	Prevenációs javaslatok.....	38
8.	Szakmai javaslatok.....	39
8.1.	Kitekintés az online sebezhetőség kutatásához.....	39
8.2.	Javaslataink az online sebezhetőség ill. az öndiagnózis prevenciójához.....	41
8.2.1.	Digitális nevelés.....	41
8.2.2.	A kritikus gondolkodás fejlesztése.....	42
8.2.3.	A mentális egészségműveltség fejlesztése.....	42
9.	Ábrák jegyzéke.....	44
10.	Irodalomjegyzék.....	44

1. A tanulmány célja

A Z-generációba tartozó fiatalok (1995-2010 között születettek) az online platformokon rengeteg olyan információval is találkozhatnak – tartalomfogyasztási szokásaiktól függően kisebb-nagyobb mennyiségben és változó minőségben – ami mentális betegségekről, zavarokról (pl. tünetekről, kritériumokról, terápiákról) szól. Kérdés, hogy milyen mértékben és hogyan hatnak rájuk ezek az információk, vagyis milyen az online mentális egészségműveltségük? Fontos lenne tudni, hogy ki hajlamos magát orvosi kontroll nélkül tévesen mentálisan betegként diagnosztizálni, és hogyan tudjuk ennek szorongáskeltő hatásaitól megvédeni a veszélyeztetett csoportokat. Vajon indokolt-e kiterjeszteni az internetes veszélyek, káros tartalmak körét az álhírek, összeesküvés-elméletek, hoaxok, áltudományos tények mellett a megtévesztő edukációs videókra, és ezek felismerésére és kritikus szemlélésére is felkészíteni, védettebbé tenni a fiatalokat?

Felderítő kutatásunkban középiskolásokat és fiatal felnőtteket (egyetemistákat) egy-egy olyan rövid TikTok videó (legalábbis annak látszó) értékelésére kértünk, amelyen egy álinfluenszer egy általunk kitalált mentális betegség – a Virtuális Identitás Disszociációs Zavar (VIDZ) – tüneteiről beszél. A fiatalok véleményezték a videókat (mennyire érdekes, érthető, hasznos, megbízható) és az előadókat (mennyire szimpatikus, jó előadó, profi tiktokos, szakértő), és megkérdeztük, van-e ismerőse, aki ilyen betegséggel küzdhet, vagy ő maga mennyire ismert magára a VIDZ tüneteit hallva. Regresszióelemzés segítségével vizsgáltuk, hogy milyen tényezők (pl. életkor, nem, iskolatípus, mentális egészségműveltség, identitásbuborék, közösségi média használata) számítanak az öndiagnózisra való hajlandóság szempontjából a pszichés problémákkal nem küzdő fiatalok esetében. Az iskolában végzett kvantitatív adatgyűjtés kiegészítéseként a diákok ezután csoportfoglalkozás keretében megosztották velünk gondolataikat a vizsgálattal, a mentális betegségekkel, az öndiagnózissal és a prevenciók lehetőségeivel kapcsolatban. Pilot jellegű kutatásunk mintaelemszáma, a reprezentativitás hiánya és a pszichésen sérülékeny diákok kizárása miatt az eredményeinkből levont következtetések csak korlátozott mértékben általánosíthatók, kutatásunk utolsó fázisában azonban a szakértői fókuszcsoportos beszélgetések további értékes és hasznos gondolatokkal és iránymutatással szolgáltak jövőbeli kutatások és a prevenciók gyakorlata számára.

2. Elméleti bevezetés

2.1. A mentális egészségműveltség

A mentális egészségműveltség a mentális zavarokról, azok tüneteiről, kialakulásáról és okairól, valamint a velük kapcsolatos segítségkérésről kialakult kép az egyénekből (Jorm és mts., 1997). A mentális egészségműveltség függhet az életkortól, nemtől, társadalmi-gazdasági helyzetétől, lakóhelytől és az iskolai végzettségtől (Furnham és Hamid, 2013). Mindemellett a mentális zavar típusának is lehet szerepe: míg a fiatalabb korosztály (18–24 évesek) a depressziót, addig az legidősebbek (70 év feletti) a skizofréniát ismerik fel nagyobb valószínűséggel, továbbá a mentális zavarok kialakulásának is más-más okokat tulajdonít az

idősebb generáció, így pl. a skizofréniához a személyiség gyengeségét kapcsolják (Jorm és mts., 1997).

Pozitív kapcsolatot fedeztek fel az **általános (health literacy) és a mentális egészségműveltség**, valamint az azokra ható faktorok között: akik alapvetően informáltabbak voltak egészségügyi kérdésekben, magasabb pontszámot értek el a mentális egészségműveltség skáláján is (Giles és Newbold, 2011). Összességében az egészségműveltség az egészségi állapot egyik meghatározója, és sokban hozzájárul az egészség-egyenlőtlenségek magyarázatához, így fejlesztése lényeges célja kell legyen a mindenkori egészségpolitikának (Pelikan és mts., 2018; WHO, 2017, Paakkari és mts., 2019).

Az egészségműveltség tehát alapvetően egyfajta informáltságot feltételez. De nem mindegy, honnan származnak ezek az információk, és milyen megfontoltan jutunk arra a feltételezésre egy-egy betegségről, annak tüneteiről való informálódás után, hogy ez ránk is igaz: azaz mennyire vagyunk hajlamosak önmagunkat diagnosztizálni. Az általános egészségműveltség és az öndiagnózisra való hajlandóság, valamint az ezzel kapcsolatos szorongás összefüggését már két évtizede kimutatták. **Öndiagnózisnak** számít bármely olyan betegségtudat, melyet diagnózis, orvosi szakvélemény, vagy szakemberi ajánlás meg nem erősít (Ryan és Wilson, 2008), függetlenül az információszerzés módjától. A betegségekről, kórképekről való online tájékozódás igénye („Dr. Google”) pedig egy új fogalom megszületéséhez vezetett, ez pedig a **cyberchondria**, ami a hipochondria (betegség-szorongás) egyik formája. A cyberchondria tulajdonképpen egy rendellenes viselkedésmintázat, aminek fő jellemzője egészségügyi információk túlzásba vitt, ismétlődő online kutatása, ami stresszt, szorongást vált ki. Ez a fogalom együttjárást, átfedést mutat az **egészség-szorongással**, valamint az egészséggel kapcsolatos információk utáni **online tájékozódás** igényével. A cyberchondriával és öndiagnózisra való fokozott hajlammal jellemezhető egyének gyakran a digitális médiából próbálnak megoldásokat vagy kezelési módszereket keresni, ahelyett, hogy orvoshoz mennének. A vélt zavarokkal kapcsolatos információk után kutatva állandó aggodalmuk van az információhiány miatt, melyet ismételt keresésekkel próbálnak pótolni (Ceritli és Bal, 2017). Amennyiben mégis orvoshoz fordulnak és ennek során negatív eredménnyel szembesülnek, az interneten keresik tovább a betegség tüneteit, és megkönnyebbülnek, ha megtalálják azokat.

A mentális egészségekről való online tájékozódás igénye nem újkeletű: már 2006-ban is megfigyelhető volt, hogy az internet az egészségügyi információk legmegbízhatóbb forrásainak egyike a szakértők, háziorvosok mellett (Powell és Clarke, 2006). Az online mentális egészségügyi információk legnagyobb kockázata a **téves információ, a megbízhatatlan forrás**. A depresszióról (Griffiths és Christensen, 2000), vagy akár a szociális fóbiáról (Khazaal és mts., 2008) szóló online információk általános minősége alacsony. Egy, az interneten található mentális egészségügyi információk minőségét vizsgáló áttekintés szerint az általános minőség ugyan alacsony, de az affektív zavarokkal kapcsolatos információk minősége az elmúlt években javulásnak indult (Reavley és Jorm, 2011, id. Gowen, 2013, 98.o). Gowen kvalitatív kutatása során azt találta, hogy a fiatalok internethez fordulását a **plusz információ, a közösség, az anonimitás motiválta** főként, de egy szakemberhez szóló időpontjuk előtt, vagy pont **szakember elérhetősége hiányában** is online tájékozódtak (Gowen, 2013). Egy későbbi vizsgálat pedig arra az eredményre jutott, hogy az interneten található anyagok megbízhatósága, minősége nem befolyásolta annak **népszerűségét** (Chen és mts., 2020). Ez az ellentmondás csúcsosodik ki egy 2022-es, indonéz egyetemistákat vizsgáló kutatásban is, ahol ugyan alacsony volt a bizalom az internetes tartalmak szavahihetőségében, mégis ez volt magasan a

legnépszerűbb információforrás. Hiteles tartalomként általában a szakértők által készített anyagokra hivatkozunk, ám nagy népszerűségnek örvendenek a **mentális zavarok saját élményét** feltáró anyagok is (Mahmoodi és mts., 2022).

2.2. Az online sebezhetőség

Az online vulnerabilitás, vagy más néven online sebezhetőség (Davidson és Martellozzo, 2013) azt a potenciális kockázatot jelenti, hogy az egyén **online tevékenységek miatt kedvezőtlen pszichológiai, társas vagy egyéb következményekkel néz szembe** (Buglass és mts., 2017). Az online sebezhetőség rokon fogalom általában a pszichológiai sebezhetőséggel (Livingstone és Smith, 2014). Az online rizikófaktorok **összefügghetnek** egyéni tényezőkkel (pl. önértékelési problémákkal), lehetnek közösségi eredetűek (pl. online bántalmazás), társadalmi faktorokkal (pl. online stílus) és eredhetnek a közösségi platformok rendszerszintű működéséből (Boyd, 2007). Ilyen **rendszerszintű probléma** például a TikTok videómegosztó platform időlimitjének mesterséges csökkentése más videómegosztó platformokhoz (a korábban szinte monopóliumhelyzetben lévő Youtube-hoz) képest. Ez nem csupán az átadni kívánt tartalmak idejét és mennyiségét csökkenti, de negatív hatással van a felhasználók figyelmi folyamatainak működésére is. Hasonló manipulációk az alkalmazásokba beépített incentive is, mint például a reklámok és a platformra készített organikus tartalmak azonos kinézete és ezáltal összetéveszthetősége (McCashin és Murphy, 2023).

Az internetes veszélyek pszichológiai hatásaival foglalkozó hazai kutatások száma emelkedő tendenciát mutat, ugyanakkor az jellemző, hogy külön adatgyűjtések foglalkoznak az egyes online veszélytípusokkal (pl. problémás közösségi média használat, online bántalmazás) és ritkábban ezek együttjárásával. Az online sebezhetőség, mint **ernyőfogalom** lehetőséget adhat, hogy a veszélyek hatásait, hátterét és kölcsönhatásait összességében vizsgáljuk. Kérdés, hogy ez alá az ernyőfogalom alá tegyük-e a téves (mentális) egészséginformációknak való kitettséget is.

2.3. Az identitásbuborék

Az identitásbuborék (identity bubble) szociálpszichológiai fogalma azt a jelenséget írja le, hogy az **egyének a közösségi média platformokon aktívan keresnek olyan kapcsolatokat, közösségeket, amelyek megerősítik identitásukat** (Kaakinen és mts., 2018). A közösségi médiában az identitásbuborék egy virtuális tér, ahol az egyének hozzájuk hasonló gondolkodásúakkal interakcióba lépnek, megosztják hasonló véleményüket és értékeiket, és azonos nézőponttal rendelkező információkra támaszkodnak. Az így kialakult identitásbuborékban az egyének egyfajta **szociális azonosulást** tapasztalhatnak meg, úgy érezve, hogy kapcsolódnak és részei valamely specifikus online közösségnek. Az emberek – persze különböző mértékben – hajlamosak **homofiliára** (homophily) (Hocevar és mts., 2014), vagyis inkább olyan személyekkel lépnek kapcsolatba, akik hasonló érdeklődési körrel, hitrendszerrel vagy jellemzőkkel rendelkeznek, ezzel tovább erősítve az identitásbuborékukat. Emellett **információs elfogultságot** is mutathatnak, azaz kifejezetten azokra az online közösségük által nyújtott információkra támaszkodnak, amelyek megerősítik meglévő hitüket és nézőpontjukat.

Az identitásbuborék fogalmának megértése kritikus fontosságú abból a szempontból, hogy az egyének hogyan érzékelik az online társaikat, hogyan vesznek részt az online közösségekben, valamint, hogy ezek az interakciók hogyan alakítják meggyőződéseiket, viselkedésüket és információfogyasztási mintázataikat.

2.4. A Z-generáció internetes viselkedése

A **generációkutatás** célkitűzése az azonos kohorszba tartozó egyének viselkedésének, személyiségének, értékrendjének jellemzése, a közös elemek kiemelése. Tanulmányunk szempontjából kiemelkedő a Z-generáció bemutatása, amely az 1995 és 2010 között született fiatalokat foglalja magában (Howe és Strauss, 2000; Prensky, 2001, Lénárd, 2015). Tagjai az ún. **digitális bennszülöttek** (Prensky, 2001), mivel gyermekkoruk óta természetes számukra a digitális technológiák (pl. okostelefon) használata. Seemiller és Grace kutatásai (2015, 2017) is megerősítik, hogy a Z-generáció sajátos döntési mintázatokkal és online viselkedéssel rendelkezik.

A Z-generáció jellemzői közé tartozik, hogy a hagyományos eszközöknél szívesebben használnak okostelefonokat, és inkább **multimédiás tartalmakat preferálnak** a szövegekkel szemben: például a lasagna sütést is inkább videóból tanulják meg, mint receptből (Seemiller és Grace, 2015). Az **egyéni kutatási tevékenységeket** is előnyben részesítik, mivel ezek nagyobb szabadságot nyújtanak számukra a saját ütemben való haladáshoz és az anyag megértéséhez, majd később ezek megosztásához társaikkal (Seemiller és Grace, 2015, 2017).

Az internetes viselkedésükre jellemző az **érzelmi bevonódás** a közösségi platformokon, ahol vigasztalást, együttérzést, közösséghez való tartozást és hozzájuk hasonlókat keresnek. Ez az érzelmi bevonódás magasabb szinten jelenik meg a 1995 után születettek viselkedésében, mint az őket megelőző generációknál (Prakash Yadav és Rai, 2017). A nyitottabb szemlélet mellett jellemző rájuk a **kitárulkozás** is, beleértve a saját életükről és problémáikról – akár vélt vagy valós mentális zavarokról – való őszinte kommunikációt. Azonban előfordul, hogy a negatív életeseményekről manipulatív céllal, mások sajnálatára és figyelmére vadászva posztolnak, ez a jelenség a **sadfishing** (magyarul sajnálathalászat) (Petrofes és mts., 2022). A fenti tulajdonságok általánosíthatóságát a hazai fiatalokra több **magyar kutatás** is alátámasztja (Tari, 2011; Ságvári, 2008).

Ezek után nem meglepő, ha mind a mentális zavarokkal kapcsolatos (ál)információk, mind a cyberbullying agresszorai nagyobb eséllyel megtalálhatják ezt a “privát szférát kevésbé ismerő” generációt (Ramadhani és mts., 2022), ennek eredményeképp **online sebezhetőségük különösen nagy** lehet.

Egy 2022-es Reuters Intézet jelentés szerint a közösségi médián felnőtt 25 év alatti fiatalok egyre kevésbé kötődnek a hagyományos hírforrásokhoz, és nagy részük a közösségi médián, hírgyűjtők vagy keresőprogramok segítségével jut el a hírekhez. Kiemelkedően nőtt a TikTok használata, melyet világszerte már a fiatalok 40 százaléka használt 2022-ben, 15 százalékuk pedig hírfogyasztásra is ezt az alkalmazást preferálta (Reuters News Report, 2022 id. Bereczki, 2024).

3. A kutatásban használt mérőeszköz kidolgozása

3.1. A kutatás ingeranyaga: videók kidolgozása

Kutatásunk előkészítéseként olyan videók kidolgozására volt szükség, amelyek a lehető legjobban leképezik a TikTokon található pszichológiai témájú edukációs videókat. Az ingeranyag kidolgozásához módszertant keresve először egészségügyi tematikájú edukációs videókat és a hatásukról írt nemzetközi szakirodalmat vizsgáltunk meg, ezután egy fókuszcsoportot szerveztünk a célcsoport tagjaiból, akik fontos szempontokat adtak az előadóhoz és a videó tartalmához kapcsolódóan is. Az **ingeranyag háttérkutatásának összefoglalóját** az *1.sz. melléklet* tartalmazza.

Három videót készítettünk a háttérkutatás alapján, melyek szövege, feliratozása, beállítása megegyezik, ám a beszélő személye eltér: egy fiatal nő (#pszicholány), egy fiatal férfi (#pszichosrác), vagy egy idősebb doktorként megnevezett férfi (#dr.andrasikaroly). Az előadókat ismerősi körből toboroztuk, fő célunk pedig az volt, hogy magabiztosan beszéljenek a kamera előtt. Két pszichológus hallgató és egy színész játszotta a karaktereket, melyekhez nem létező felhasználóneveket kötöttünk. A vágás és a feliratozás egységesen történt egy hozzáértő videós bevonásával.

Az ingeranyagon kívül “Lehullik a lepel” címmel egy **magyarázó videót** is készítettünk, melyben az egyik kutató (Zelena Dorina) bemutatta röviden a kutatást, a három előadó pedig megköszönte a részvételt és egy-egy rövid tanácsot adott a kitöltőknek.

Az álbetegséget kifejezetten erre a kutatásra találtuk ki, egy videó erejéig patologizálva a vizsgált generáció internetes szokásait. Olyan mindennapinak mondható érzéseket, tapasztalatokat akartunk tünetként megcímkézni, amiket célcsoportunk tagjai magukénak érezhetnek. Ehhez a mesterséges intelligenciát is segítségül hívtuk, hogy TikTok videónak megfelelően készítsen szövegeket, ezekről pedig kikértük az előkutatás fókuszcsoportjának véleményét.

Így született meg az álbetegség, melynek neve végül VIDZ, azaz Virtuális Identitás Disszociációs Zavar lett. A VIDZ fő tünetei: túlzott bevonódás a közösségi médián zajló folyamatokba, fokozott érzelmi reakciók az interneten történetekre, az online és offline identitás keveredése. Ezek a szakirodalom szerint is jellemzőek a Z-generációra, és (egyelőre) nem számítanak patológiakusnak. A videók szövegét az *1. sz. melléklet* tartalmazza.

A videók elérhetőek az alábbi linkeken: #pszicholány: <https://youtu.be/t9uQ3ZrdevQ>
#pszichosrác: <https://youtu.be/jXk3eIzV8Ww>#drandrasikaroly: <https://youtu.be/jDmC8Iaq054>

3.2. A kutatás mérőeszköze: a kérdőív kidolgozása

Az online kérdőív kidolgozása során fontos szempont volt a **kérdőív hosszúsága**: igyekeztünk a háttérváltozók körét és a mérésekre szolgáló tételek számát és formáját a célcsoport igen korlátozott figyelmi kapacitásához illeszteni. A próba-mérések után még tovább rövidítettük a kérdőívet, lecsökkentettük az internethasználati szokásokra vonatkozó kérdéseket ill. a mentális

egészségműveltség kérdőív tételszámát is megfeleztük. A végső kérdőívet a 2. sz. melléklet tartalmazza.

A **demográfiai adatok** (nem, életkor, iskola) után először az **internethasználati szokásokra** kérdeztünk (platformok, képernyőidő, videónézési idő, a később VIDZ tünetnek címkézett online viselkedések, cyberbullying elszenvedése), majd az **mentális egészségműveltségre** (önmegítélés ill. 10 tételes kérdőív) és végül az **identitásbuborék megerősítésére** vonatkozó (9 tételes) kérdőív következett. A **videó** megtekintése után annak tartalmára vonatkozóan tettünk fel két **ellenőrző** kérdést, majd 8 szempont mentén kellett **értékelni** a videót és az előadót. Végül a **VIDZ betegséggel** kapcsolatosan fogalmaztunk meg állításokat (betegség azonosítása, VIDZ tünetek önmagán, korábban hallott-e róla, segítségkérési hajlandóság) valamint lehetőség volt a videóról és a VIDZ-ről **szövegesen** is kifejezni véleményüket.

3.2.1. Internethasználati szokások: HBSC Online viselkedés kérdések

Az WHO által szervezett nemzetközi HBSC (Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása) kérdőív (Németh és Költő, 2014) az egészség szempontjából fontos viselkedéseket monitorozza az általunk is vizsgált korosztályban, ezért innen vettük át az online viselkedéseket célzó kérdések egy részét.

Kérdést tettünk fel **képernyőidővel**, **videónézési idővel** és a használt **platformokkal** kapcsolatban, mint például *„Naponta általában hány órát töltesz a szabadidődben elektronikus eszközök, mint számítógép, táblagép (pl. iPad) vagy okostelefon használatával játékon kívüli célokra?”*, és két formában kérdeztünk a **cyberbullying áldozatává** válással kapcsolatban, mint például *„Valaki bántó, gúnyos üzenetet küldött nekem chatprogramon keresztül, e-mailben vagy SMS-ben; ilyen üzenetet tett ki a falamra egy közösségi oldalon; vagy egy olyan weboldalt hozott létre, ami engem gúnyol”*.

3.2.2. Mentális egészségműveltség kérdőív: Mental Health Literacy Scale

Az eredeti 20 tételes (Furnham és Swami, 2018), magyarra fordított, középiskolás mintán kipróbált kérdőív (Zelena, 2023) rövidített változatával dolgoztunk. Tíz mentális betegség-definícióról kellett dönteni, hogy létezik-e, valós-e adott betegség, melyek közül hét valós, három pedig valótlan mentális zavar volt, mint például *„Diszlexia: Olyan tanulási zavar, amelyet a szavak dekódolásának, a helyesírásnak és a pontos és folyékony olvasás megtanulásának nehézségei jellemeznek, intellektuális deficit nélkül”* vagy *„Kék égbolt komplexus: Ha az egyén a naposabb éghajlaton nyaralva traumatikus eseményt él át, akkor a jó időt társítja a traumával, és elkerüli a kellemesebb éghajlatot”*.

A zavarokat 1-7 fokú Likert skálán értékelték a kitöltők, ahol 1=nagyon valószínű vs. 7=nagyon valószínűtlen, hogy létezik ilyen zavar. Az **összesített mutatót a valós ill. valótlan betegségekre adott válaszok átlagának különbsége** jelenti, de a valós és a valótlan betegségek elfogadásának átlagpontszámát külön-külön is bevontuk az elemzésekbe.

3.2.3. Identitásbuborék megerősítése: Identity Bubble Reinforcement Scale

Az IBRS-9 skálát finn és angol nyelven fejlesztették ki és validálták az identitásbuborék jelenségének vizsgálatához (Kaakinen és mts., 2020). A 9 tételes kérdőívet jelen kutatás kedvéért fordítottuk magyarra, majd próbamérésen teszteltük a megfogalmazásokat, például:

„A közösségi médiában inkább olyanokkal tartom a kapcsolatot, akiknek olyan értékrendje van, mint nekem.” és „A közösségi médiában szerintem az emberek hozzám hasonlóan gondolkodnak.”

1-10 skálán azt kell megítélni, mennyire jellemző a kitöltőre az adott állítás, ahol 1=egyáltalán nem; vs.10-teljesen jellemez engem. Az összesített mutató a 9 tétel pontszámának átlaga, illetve három (3 tételes) alskála pontszáma is számítható: **szociális azonosulás** (IB1, IB2, IB7), **homofília** (IB3, IB4, IB8) és **információs torzítás/elfogultság** (IB5, IB6, IB9).

3.2.4. Videó megítélése és hatása: (ál)betegségtudat

A videó megtekintése után két ellenőrző kérdést tettünk fel: ki készítette a videót ill. melyek a VIDZ tünetei, utóbbi alapján képeztük a **tartalom** változót, ahol 0-2 pontot lehetett elérni a jól azonosított tünetek pontosságá alapján.

A videó (1-7 skálán) értékelésének szempontjai: **érdekesség, érthetőség, hasznosság, megbízhatóság**. Az előadó (1-7 skálán) értékelésének szempontjai: **szimpatikusság, előadókészség, TikTok profizmus, szakértelem**.

A videó hatásának megragadására szolgáló kérdések során szöveges válaszlehetőségeket adtunk, majd ezeket kódoltuk át 0-3 skálára aszerint, hogy mennyire utal adott válasz a **(ál)betegségtudat** kialakulására: az egyén másokat (1pont) vagy magát (2pont) **betegként azonosítja**, a tüneteket magára nézve némileg (1pont) vagy nagyon **igaznak** (2pont) ítéli, ha nem okoz neki gondot (1pont) ha ismerőshöz (2pont) vagy szakértőhöz (3pont) fordulna **segítségért**, ha bizonytalan (1 pont) vagy biztos (2 pont), hogy már **korábban is hallott** erről a betegségről.

4. A kutatás módszertana

4.1. A minta bemutatása

A kutatásban **Z-generációs**, vagyis 14-30 év közötti fiatalok vettek részt. A 14-18 évesek körében **iskolai osztályfoglalkozás** keretében történt az adatfelvétel, a 18 év felettieket kezdetben közösségi média felületeken toboroztuk, de az igen alacsony kitöltési ráta miatt végül **egyetemi kurzusokon** (nem pszichológia szakosokkal) történt adatfelvétel egyetemi oktatók bevonásával. Az adatfelvétel **2024. február – május** között zajlott négy olyan intézményben, akikkel aktuális együttműködésünk volt internetbiztonsági témában.

A kérdőív májusi lezárását követően 31 érvénytelen volt, mert nem a célcsoportba tartozott a kitöltő, vagy a videó megtekintése előtt megszakította a válaszadást, illetve előfordult néhány adatrögzítési hiba is. Összesen **127 fő (82 lány és 45 fiú) adatait** elemezhettünk.

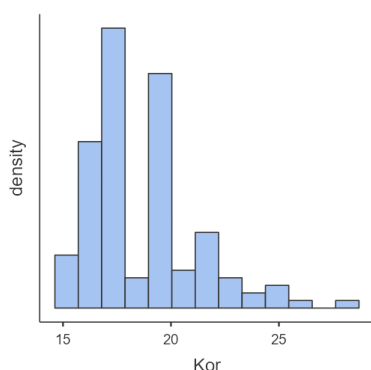
A teljes mintát négy almintára bontottuk az **iskola típusa** mentén: 1. két intézmény egy-egy osztályából került ki a 39 fős **gimnázium** csoport; 2. a **technikum** almintába három osztályból került 30 diák. Az egyetemistákat pedig kettéválasztottuk annak mentén, hogy osztálytermi helyzetben, csoportfoglalkozással kiegészítve történt-e az adatfelvétel (ez a 3. csoport: két kurzus jogász hallgatói alkotják a 32 fős **jogi egyetem** almintát), vagy intézményen kívüli

kérdőíves adatgyűjtés történt 26 fő (művészeti, bölcsész, műszaki) **más egyetemi** hallgató (4. csoport) részvételével.

A **lányok túlsúlya** miatt (64,6% vs. 35,4%; $p=0.001$) a nem hatását folyamatosan kontrolláltuk a kapcsolatvizsgálatok során, de az egyes iskolatípusok között a nemi arányokban nem volt jelentős különbség ($\chi^2=4,4$; $p=0.231$).

A vizsgált minta **életkora** 15 és 28 év közé esett ($M=18.6$; $SD=2.69$): a középiskolások 16,5 év körüliek, a jogász hallgatók átlagosan 20,1 évesek, míg a többi egyetemista életkora nagyobb szórást mutatott 19-28 év között.

Kor



Group Descriptives

	IskTip	N	Mean	SD	SE
Kor	1 Gimnázium	39	16.5	0.556	0.0890
	2 Technikum	30	16.6	0.935	0.1708
	3 Egyetem - jog	32	20.1	1.185	0.2094
	4 Egyetem - más	26	22.0	2.530	0.4961

1. ábra: Életkor eloszlása a teljes mintán ill. az egyes almintákban

4.2. Az eljárás

A **középiskolai adatfelvétel** első lépése az intézményvezetővel és az osztályfőnökkel való kapcsolatfelvétel volt, ismertettük a kutatás célját és engedélyt, illetve segítséget kértünk a megvalósításhoz. Ezt követően a szülők tájékoztatása és az aláírt **beleegyező nyilatkozatok** begyűjtése történt meg az osztályfőnökökön keresztül (3-4. melléklet: a kutatásban használt tájékoztatók és nyilatkozatok).

Az adatfelvétel az iskola számítógéptermben, vagy osztályteremben zajlott mobiltelefon és (a videók párhuzamos meghallgatása miatt szükséges) fülhallgatók alkalmazásával. A diákok kitöltötték az online kérdőívet és megnézték a videókat, ami alapvetően 10-15 percet vett igénybe (kivéve az egyik szakképzős osztályban, ahol a 30 percet is meghaladta). A kitöltés után a tanóra maradék időtartamában zajlottak a **csoportfoglalkozások**, amelyen a diákok válaszait jegyzőkönyveztük a későbbi tartalomelemzéshez.

Egyetemeken az oktatókkal vettük fel a kapcsolatot, tájékoztattuk őket a kutatás céljáról, majd felkészítettük őket a középiskolákhoz hasonló helyszíni adatfelvételre és csoportfoglalkozásra. Sajnos végül csak egy helyszínen sikerült a személyes megvalósítás, a többi egyetemen internethozzáférési problémák, a hiányzók nagy száma vagy fülhallgatók hiánya miatt csak a kérdőívek online kiküldésére volt mód.

Ezen kívül több **közösségi felületen** keresztül igyekeztünk adatot gyűjteni, de toborzásunk nem járt sikerrel, csak néhány fő töltötte ki a célcsoportból végig a kérdőívet, így az ő adataikat végül nem vontuk be az elemzésekbe.

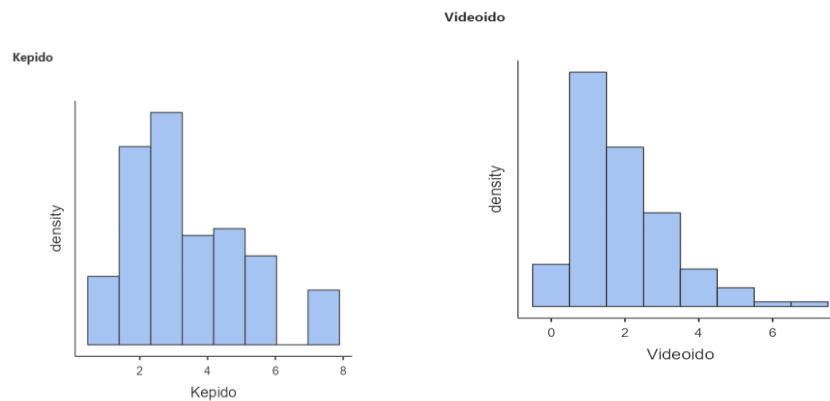
Az online adatgyűjtéshez **Google Űrlapot** alkalmaztunk, ebbe voltak **beágyazva a videók**, melyek közül egyet rendeltünk kvázi-random a vizsgálati személyekhez (egy „gyümölcsválasztó” kérdés mentén, személyes adatgyűjtésnél pedig a vizsgálatvezető osztotta be a diákokat három csoportba). A videó értékelése után a kérdőív végére beágyaztunk egy leleplező videót, amiben az egyik kutató és a videók szereplői „civilben” bemutatkoztak és tisztázták, hogy a VIDZ nevű betegség nem létezik, csak a kutatás kedvéért találtuk ki. Ez a csoportfoglalkozások kezdetén szóban is elhangzott ill. az online adatgyűjtés során is figyeltünk arra, hogy ha valaki megszakítja a videó megnézése után a kitöltést, akkor a kilépő felületen megjelenjen a **tisztázó információ** (de ilyen eset végül nem történt, a kitöltést félbehagyók már a kérdőív első vagy második részéhez beiktatott kilépési pontnál megszakították a részvételt).

Az adatokat Excel táblázatba exportáltuk, majd az adattisztítás után a statisztikai elemzéseket **Jamovi 2.5.4. alkalmazás** segítségével végeztük. A leíró elemzések után került sor a kapcsolatvizsgálatokra, elsősorban többszemponos variancia-analízissel, illetve korrelációs elemzéssel dolgoztunk, lehetőség szerint a robusztus ill. nem paraméteres eljárásokat választva, hiszen változóink többsége nem normális eloszlású ill. ordinális változó volt. Végül ordinális logisztikus regresszió-elemzés segítségével vizsgáltuk a kutatás fókuszába álló öndiagnózis, vagyis az (ál)betegségtudat meghatározóit.

5. A kvantitatív kutatás eredményei

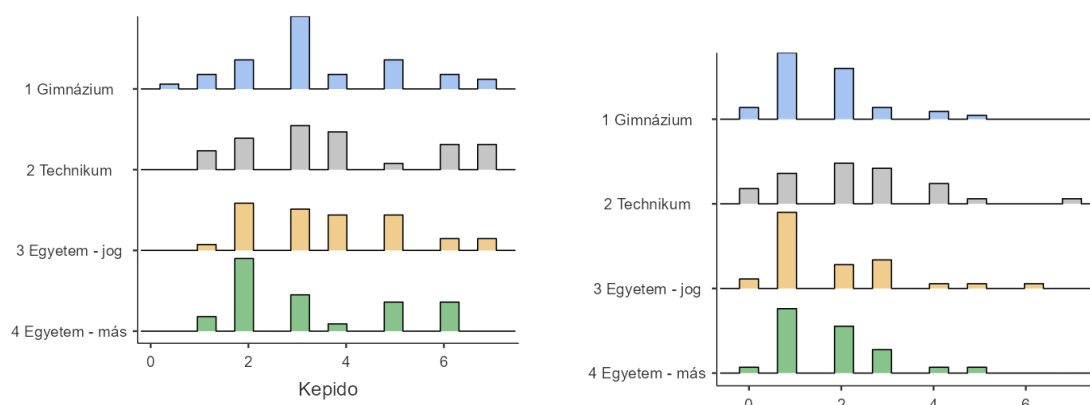
5.1. Képernyőidő és videónézési idő

Mintánk medián **képernyőideje napi 3 óra**, de a diákok negyede 5 órát vagy többet van képernyő előtt. Ebből **videónézés átlagosan 2 óra**, ám van kb. 20 %, aki szinte nem (max. fél órát) néz videót vagy filmet egy átlagos hétköznapon.



2. ábra: A képernyőidő és a videónézés idejének eloszlása a teljes mintán

A képernyőidő és videónézési idő terén különbségek mutatkoznak az **iskolatípusok** és a **nemek** között. **Videónézés** terén jelentős nemi különbséget figyelhetünk meg a **fiúk** javára, akik szignifikánsan több időt töltenek videók nézésével ($F=7.022$; $p=0.009$), különösen a **technikumban**. **Képernyőidő** tekintetében a különbség csak tendenciaszintű ($F=2.885$; $p=0.092$), ami főleg a **technikumba járó lányok** átlagot meghaladó képernyőhasználatából fakad.



3. ábra: A képernyőidő és a videónézés idejének eloszlása iskolatípusonként

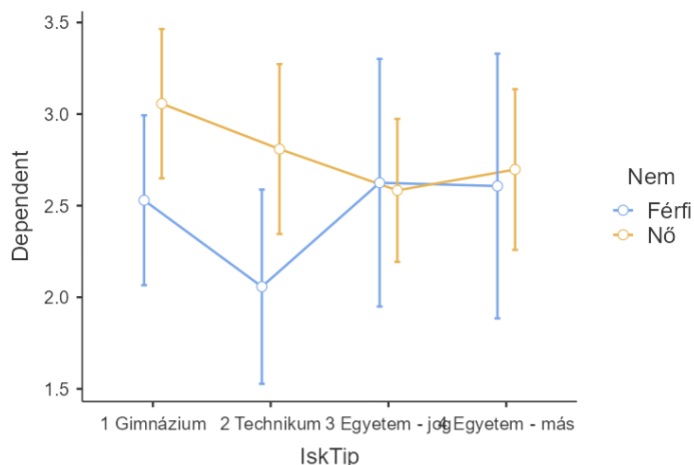
5.2. Közösségi platformok használata

Mintánkban a legelterjedtebb közösségi platform az **Instagram**, amelyet szinte **minden lány** (97,6%) használ, de a fiúk sem maradnak le nagyon (86,7%, $\chi^2=5.84$; $p=0.016$).

A **TikTok**ot is jelentősen több **lány** használja (72% vs 46,7%, $\chi^2=7.97$; $p=0.005$), és ez inkább a **középiskolás** korosztályra jellemző ($d=2.27$; 0.026) az iskola típusától függetlenül ($\chi^2=1.45$; $p=0.229$).

A harmadik leggyakrabban említett platform a **Facebook** (64,5%), amelyet inkább az **idősebb** korosztály használ ($d=5.7959$; $p=0.001$), nemtől függetlenül ($\chi^2=2.47$; $p=0.116$).

A **középiskolás lányok** internethasználata abban is különbözik a fiúkéétól, hogy **érzelmileg jobban bevonódnak a közösségi oldalak világába**. Ez tükröződik abban, hogy a középiskolás lányok inkább egyetértenek ($F=3.137$; $p=0.079$) a VIDZ tünetekként megfogalmazott olyan állításokkal mint: „Az, hogy mennyi like-ot kapok, nagyban befolyásolja a hangulatomat”, „A hangulatom nagyban függ attól, amit online tapasztalok”. Meg kell azonban jegyezni, hogy egyik állítás átlaga sem éri el az 1-7 skála közepét, vagyis az átlagok a semlegetől az elutasítás felé tolnak még a lányoknál is.



4. ábra: VIDZ-jellemzők elfogadásának átlaga iskolatípusonként

A TikTok és a Facebook felhasználóinak online tapasztalatait ill. hozzáállásuk a látott videóhoz néhány esetben eltérők, ezekre később térünk ki az eredmények ismertetésénél.

5.3. Cyberbullying érintettség

A minta **32,3%-a** szenvedett el online bántalmazást valamilyen formában az elmúlt hónapokban. A **cyberbullying (CB) érintettség** nagyobb **lányok** körében ($\chi^2=8.92$; $p=0.003$), ők körülbelül másfélszer nagyobb eséllyel válnak CB áldozattá. A diákok 18,1%-a, ezen belül a lányok 24,4%-a kapott **bántó üzenetet** vagy kommentet, míg **kínos képek** megosztásáról a minta 23,6%-a számolt be, ami a lányok esetében 30,5%-ra emelkedik. **Mindkét formában 12 főt, azaz a minta kb. 10%-át bántalmazták**. Az iskolatípusok között nincs különbség a CB érintettségben, és az életkor sem befolyásolja a CB áldozatává válás valószínűségét.

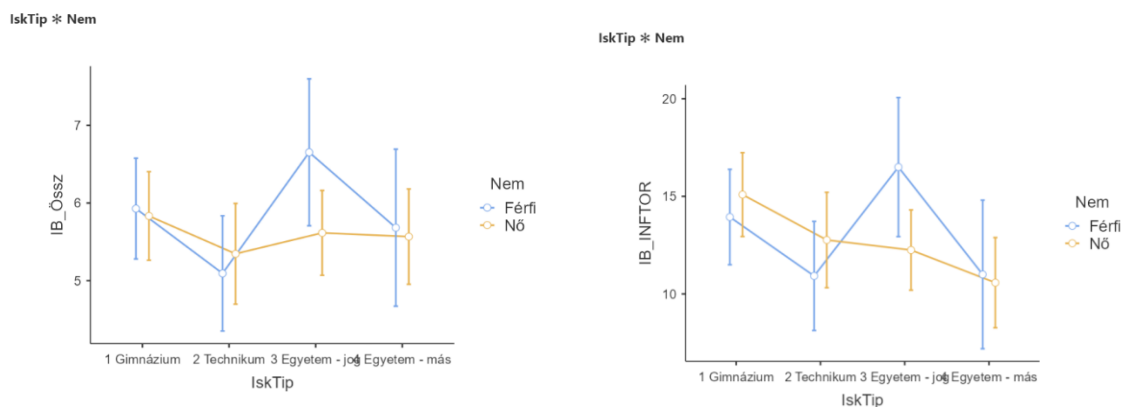
A CB érintettség és a képernyőidő (beleértve a videónézési időt is) között nincs összefüggés, míg van összefüggés a CB és a használt közösségi platformok száma ($F=6.96;p=0.009$), ezen belül a **TikTok használat** között ($\chi^2=7,95;p=0.005$). Ez azt jelenti, hogy ha valaki több közösségi platformot használ, és köztük van a TikTok, akkor mintánkban kb. kétszer nagyobb az eséllyel számolt be arról, hogy online bántalmazták.

5.4. Identitásbuborék megerősítése (IBR-9)

A kilenc tételes IBR-9 skála **belső konzisztenciája** kielégítő ($Cr\alpha=0.740$) és normális eloszlást követ, ezért az elemzések során leginkább a teljes skála átlagpontszámát használtuk. Faktoralízissel az eredeti **három alskála** megerősítést nyert: szociális azonosulás (IB1, IB2, IB7), homofília (IB3, IB4, IB8) és információs elfogultság (IB5, IB6, IB9). A vizsgálati személyekre leginkább a hozzájuk hasonló gondolkodású emberekkel való kapcsolattartás preferálása (**homofília**) volt jellemző ($F=115.88;p<0.001$), az összesített mutatóban pedig a **férfi jogász** hallgatók pontszáma tért el jelentősen ($F=2.312;p=0.053$) elsősorban a **magasabb információs elfogultságuk** miatt)

Descriptives				
	IB_SZA	IB_HOM	IB_INFTOR	IB_Össz
Mean	16.5	21.7	12.9	5.67
Standard deviation	6.69	4.78	5.27	1.36
Minimum	3.00	7.00	3.00	1.78
Maximum	30.0	30.0	25.0	8.44

5. ábra: Identitásbuborék megerősítése alskáláinak (SZA: szociális azonosulás, HOM:homofília, INTOR: információs torzítás) és a teljes skála átlagpontszámának eloszlása



6. ábra: Identitásbuborék teljes skála és az információs elfogultság alskála átlagpontszámai iskolatípusonként

Az identitásbuborék megerősítése széleskörű kapcsolatrendszert mutat más vizsgált változókkal, melyeket az online sebezhetőség kapcsán ismertetünk részletesen. Kiemeljük azonban, hogy a CB érintettséggel egyik alskála sem, és az összesített mutató sem függ össze ($\rho=0.054;n.s$) és a nemi különbségek sem szignifikánsak ($F=0.901;p=0.344$).

5.5. Online sebezhetőség

A kutatásunk eredményei szerint az **internethasználat kockázatai részben együtt járnak**, bár a korrelációs együtthatók erőssége gyenge-közepes. Így például:

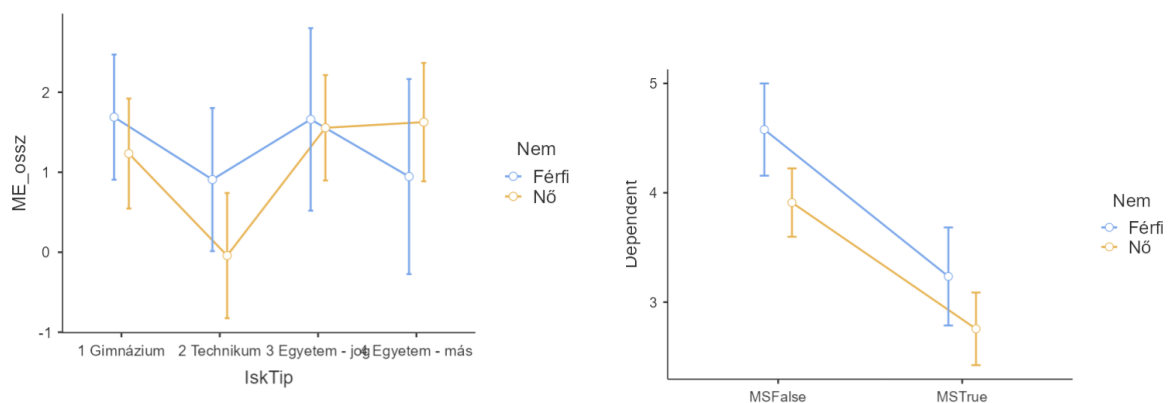
- a képernyőidő és a használt közösségi platformok száma ($\rho=0.225^*$)
- a használt közösségi platformok száma és a CB érintettség mértéke ($\rho=0.267^{**}$)
- a képernyőidő és az identitásbuborék megerősítése ($\rho=0.231^*$)
- az identitásbuborék megerősítése és a VIDZ tünetek: like-ok szerepe ($\rho=0.336^{**}$), online történések hatása a hangulatra ($\rho=0.304^{**}$), online profil összemosódása a valósággal ($\rho=0.429^{***}$)

5.6. Mentális egészségműveltség

A diákok előzetesen saját **ismereteiket pszichiátriai betegségekről** többnyire közepesnek ítélték ($M=4.17; SD=1.37$), csak 18% adott magának ennél magasabb pontszámot.

A 10 tételre lerövidített mentális egészségműveltség (ME) kérdőív **belső konzisztenciája** jónak mondható ($Cr\alpha=0.842$). A tételek átlaga egy kivételével mind 2-4 közötti, ami azt jelzi, hogy a diákok betegségtől függetlenül elég hasonlóan a „talán inkább létezik ez a betegség” válaszokat adtak, csak a valóban feltűnően gyanús „kék ég szindrómánál” hajlik válaszaik átlaga az elutasító tartományba ($M=4.58$). Az összesített mutató a **megállapítási bizonyosság** (a valótlan és a valós betegségekre adott válaszok átlagának különbsége) eloszlása ($M=1.22; SD=1.68$) is jelzi a kitöltők bizonytalanságát.

A megállapítási bizonyosság mintánkban kizárólag az **iskolatípussal** függött össze: a technikumba járó diákok (lányok) nullához közelítő átlaga jelentősen rosszabb volt a többi csoport eredményénél ($F=3.024; p=0.032$). Ha a valós ill. valótlan betegségeket elfogadását nem vonjuk össze, érdekes nemi különbséget találunk: a férfiak jobban elutasították mind a valótlan, mind a valós betegségeket ($F=6.51; p=0.012$).



7. ábra: Megállapítási bizonyosság iskolatípusonként ill. valótlan/valós betegségek elutasítása nemenként

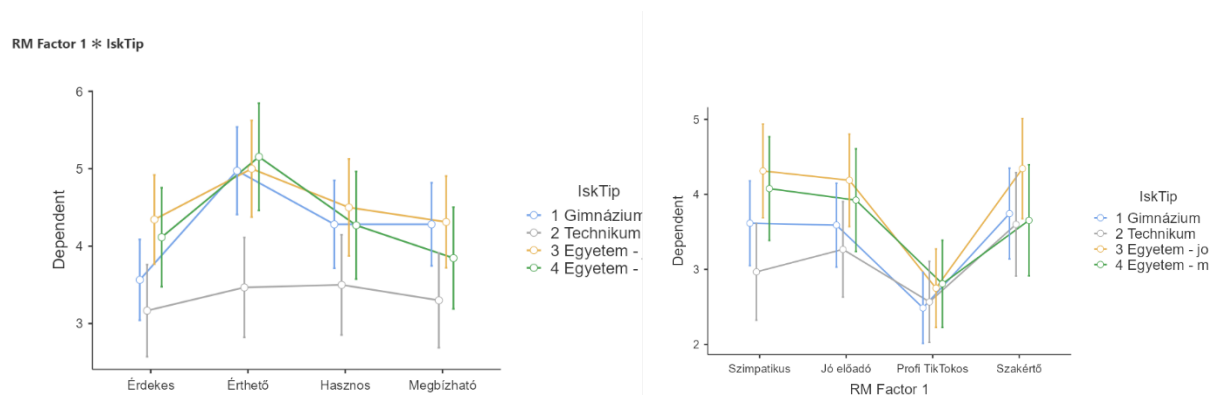
Érdekes, hogy a valódi teljesítmény (a megállapítási bizonyosság) és az előzetes tudás megítélése egyáltalán nem korrelált ($\rho=0.068; p=0.445$), és a tudásukban jobban bízók pontszáma sem volt magasabb ($d=0.384; p=0.704$). Azok, akiknek rosszabb az

egészségműveltsége, kevésbé jól tudták felidézni a VIDZ-videó **tartalmát** ($\rho=0.316^{***}$), valamivel kevésbé tartották **érthetőnek** ($\rho=0.217^*$), és nagyobb valószínűséggel számoltak be arról, hogy már **korábban is hallottak a VIDZ-ről** ($\rho=0.320^{***}$).

5.7. Videók és előadók megítélése

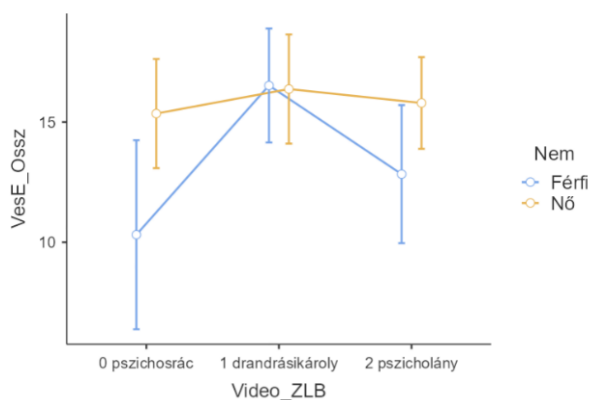
Először létrehoztuk a videót és az előadót értékelő **8 tétel összesített mutatóját**, mivel ezek egy skálát alkottak ($Cr\alpha=0.928$), de az elemzésekbe indokolt esetben külön vontuk be az egyes szempontokat.

Az **előadók** megítélése iskolatípustól függetlenül alapvetően pozitív volt, kivéve, ha "**profi TikTokosnak**" kellett őket ítélni ($F=35.89$; $p<0.01$). A **technikumba** járó diákok azonban negatívabban ítélték meg a **videókat**, különösen az **érthetőség** tekintetében voltak sokkal elégedetlenebbek, mint a többi csoport ($F=3.87$; $p=0.011$).



8. ábra: A videók és az előadók megítélése 4-4 szempont mentén iskolatípusonként

A három különböző videó összehasonlításakor különbség mutatkozott az előadók megítélésében: **#dr.andrásikároly előadásmódja** ($M=4.17$) jelentősen jobb értékelést kapott a másik két előadónál (3.39 ill. 3.63), és **szakértelmét** ($M=4.39$) is szignifikánsan jobbnak ítélték, mint **#pszichosrác szakértelmét** ($M=3.06$). A videók összértékelése során így jelentős eltérés mutatkozott **#dr.andrásikároly** javára **#pszichosráccal** szemben ($F=3.59$; $p=0.031$), különösen a fiúk körében ($F=5.58$; $p=0.020$).



9. ábra: Videók összértékelése #pszichosrác, #draandrásikároly, #pszicholány mentén

A videók megítélésében fontos tényező a **Facebook használata**: azok, akik ezt a platformot is használják, pozitívabban ítélik meg a videókat, mivel az **előadót profibbnak tartják** ($d=2.57$; $p=0.011$), és **érdekesebbnek** találják a tartalmát ($d=2.915$; $p=0.004$).

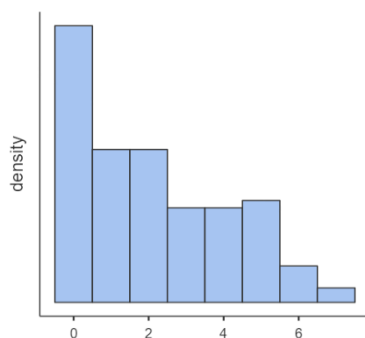
5.8. Videók hatása: (Ál)betegségtudat

Mintánk **44%-a hitte el, hogy létezik a VIDZ**, vagyis ennyien azonosították magukat (6.3%) vagy másokat (37.8%) VIDZ betegnek. Ez független a nemtől, iskolatípustól stb. és nem függött a látott videótól, vagy annak megértésétől sem.

A videó **tartalmával** kapcsolatosan feltett ellenőrző kérdésre, ami VIDZ tünetek felismerését igényelte, a minta 60 százaléka válaszolt hibátlanul, míg 27% nagyon hiányosan vagy pontatlanul idézte fel a hallott tüneteket. Ők elsősorban a **technikumba** járó diákok köréből kerültek ki, akiknek 56.7 százaléka tartozott ebbe a csoportba, illetve azok az egyetemisták tartoztak ide még nagyobb számmal, akik **nem osztálytermi helyzetben** töltötték ki a kérdőívet.

Az álbetegségtudat skálát három szöveges válasz opciót tartalmazó kérdés (betegként **azonosít-e** valakit, **jellemzők-e** rá a tünetek, **segítségkérési** hajlandóság) átkódolásával képeztük, mert így az ordinális skála belső konzisztenciája elfogadható szintű (McDonald-féle $\omega=0.681$) lett, az elemzések során az összpontszám (0-7 pont) használata indokolt. Nem tartozott a skálához azonban az a kérdés, hogy „Hallott-e már a VIDZ-ről?”, amire a minta 15%-a felelt igennel, további 22% pedig bizonytalan volt.

AlbetegTUD



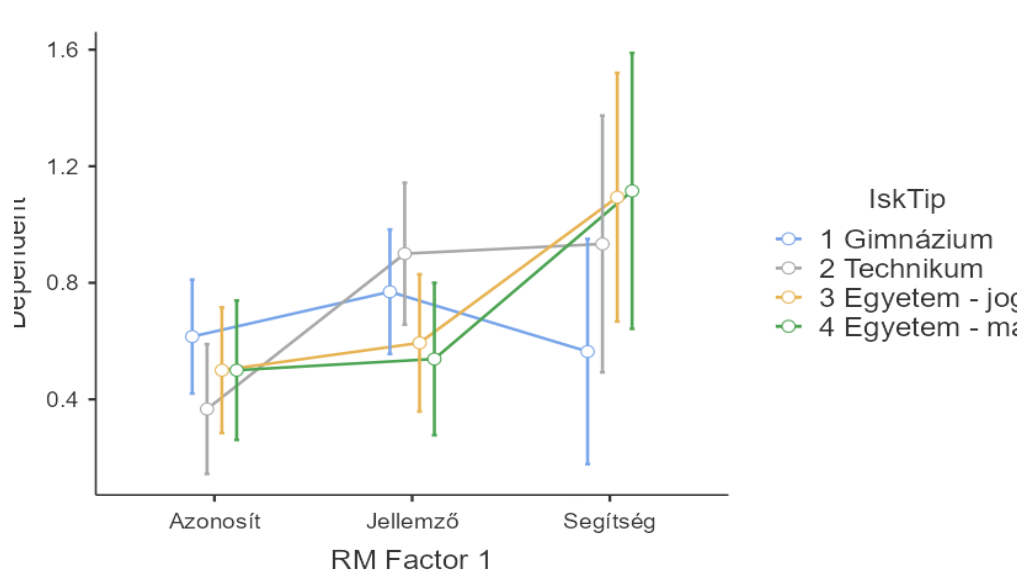
10. ábra: Az (ál)betegségtudat képzett skála összesített pontszámának eloszlása a mintán

Az (ál)betegségtudat skálán a **minta 30 százaléka ért el nulla pontot**. Ami megkülönbözteti ezt a csoportot a többiektől:

- jobb egészségműveltség ($d=2.06$; $p=0.043$);
- alacsonyabb identitásbuborék megerősítés ($d=3.67$; $p<0.001$) – a szociális azonosulás ($d=2.26$; $p=0.028$) és az információs elfogultság ($d=4.74$; $p<0.001$) alskálák miatt;
- minden VIDZ jellemző erős elutasítása ($d=5.78$; $p<0.001$)
- videót érthetőbbnek ítélik ($d=2.48$; $p=0.015$)

Az (ál)betegségtudat skála összetevői az **iskolatípus** függvényében más-más mintázatot mutatnak ($F=11.69$; $p<0.001$): a középiskolások és az egyetemisták ill. a gimnazisták és a

technikumba járók mintázata is eltér egymástól. Az egyetemisták hajlamosabbak segítséget kérni és kevésbé azonosítják magukon és másokon a VIDZ tüneteket, míg a gimnazistáknak ellentétes a profiljuk. A technikumba járók pedig kevésbé azonosítják magukat és másokat betegként, bár a tüneteket felismerik magukon és a segítségtől sem zárkoznak el.



11. ábra: Az (ál)betegségtudat összetevőinek mintázata iskolatípusonként

Annak a **8 főnek a válaszprofilját** részletesen is elemeztük, akik magukat VIDZ-betegnek azonosították: a csoport fele nagyon erősen magára ismert a videóban, sőt már hallani is vélt erről a betegségről, másik fele kevésbé érzi jellemzőnek magára a tüneteket, de (ál)betegségtudata kialakult, akár szakértő segítségét is kérné.

Nem	Kor	Iskolatípus	VIDZ-tünetek jellemzőek-e	Segítséget kitől kérne	Látott előadó	Tartalom ellenőrzés	Hallott-e már VIDZ-ről
lány	16	gimnázium	közepes	szakértő	#drandrás	OK	nem
lány	17	gimnázium	közepes	nem	#pszichosrác	OK	nem
lány	16	gimnázium	nagyon	ismerős	#pszichosrác	hiányos	igen
fiú	16	gimnázium	közepes	ismerős	#drandrás	OK	nem
lány	18	technikum	nagyon	ismerős	#pszichosrác	OK	igen
fiú	19	jog	nagyon	szakértő	#pszicholány	OK	igen
fiú	20	egyetem	nagyon	szakértő	#pszichosrác	OK	?
lány	19	egyetem	közepes	szakértő	#pszicholány	hiányos	nem

Az önmagukat VIDZ-betegnek azonosító személyek válaszai. Sötéttel kiemelve azok, akik a VIDZ-tüneteket csak közepes mértékben találták jellemzőnek magukra.

Az (ál)betegségtudat meghatározóinak azonosítása érdekében először korrelációs elemzéseket végeztünk, majd az összefüggést mutató változókat (azok egyes alszkálait) és a látott videó paramétereit léptettük be regressziós modellünkbe: **VIDZ tünetek** ($\rho=0.3^{***}$ körül), **valótlan betegségek elfogadása a mentális egészségműveltség kérdőívben** ($\rho=-0.217^*$), **identitásbuborék megerősítése** ($\rho=0.378^{***}$).

Az (ál)betegségtudat skálát (mint függő vagy kimeneti változót) ordinális változónak tekintettük, ezért **ordinális logisztikus regressziós elemzést** végeztünk. Sajnos modellünk magyarázó ereje nem túl nagy (R^2 Nagelkerke=12.05%), de izgalmas összefüggésekre mutat rá:

Magasabb (ál)betegségtudatot eredményez, ha:

- magasabb a **VIDZ tünetek** közül a **like-ok szerepét** hangsúlyozó állítás (VIDZ1) elfogadása
- magasabb az információs elfogultság alszála (IB_INFTOR) pontszáma az **identitásbuborék** megerősítése kérdőívben
- kevésbé elutasító a **mentális egészségműveltség** kérdőívben a valótlan betegségeknel (MEFalse)
- **#dr-andrásikároly** videóját látta (Video_ZLB)
- **kevésbé érthetőnek** ítélte a videót (V_ERT)
- **megbízhatóbbnak** ítélte a videót (V_MEGB)

Model Coefficients - Álbetegség

Predictor	Estimate	SE	Z	p
IB_INFTOR	0.112	0.0355	3.17	0.002
VIDZ1	0.384	0.1377	2.79	0.005
MEFalse	-0.351	0.1139	-3.08	0.002
Video_ZLB:				
0 pszichosrác – 1 drandrásikároly	-0.915	0.4462	-2.05	0.040
2 pszicholány – 1 drandrásikároly	-0.853	0.3929	-2.17	0.030
V_ERT	-0.286	0.1040	-2.75	0.006
V_MEGB	0.255	0.1144	2.23	0.026

12. ábra: Az ordinális logisztikus regressziós elemzés eredményei, függő változó az (ál)betegség skála pontszáma 0-7 között

6. A kvantitatív kutatás eredményeinek megvitatása

6.1 A minta jellemzőinek figyelembevétele az eredmények értelmezésénél

Kvantitatív kutatásunkban 127 fő kérdőíves adatait elemeztük, aminek többsége (n=101) osztálytermi keretek között (7 csoportban), tanítási időben került felvételre, 26 fő pedig otthon, egyedül töltötte ki a kérdőívet valamelyik egyetemi kurzushoz kapcsolódóan, annak oktatójának felkérésére. Ugyan kutatási felhívásunkat több online közösségen ill. a célcsoportba tartozó ismerősökön keresztül is terjesztettük, a válaszmegszakítás nélküli kérdőívkitöltés minden igyekezetünk ellenére (pl. influenzszerek felkérése a kutatás promótálására) elenyésző volt, ezért váltottunk az egyetemista populáció megszólítására és csak utóbbiakat vontuk be az adatelemzésbe. A **minta mérete** nem túl nagy, az eredményeket ezért óvatosan kell értelmezni, de a kvalitatív adatgyűjtéssel kiegészítve már megbízható és érvényes képet kaphatunk a (zömében) 16-20 év közötti korosztály gondolkodásmódjáról.

A kutatásban résztvevő gimnáziumokba Budapesten ill. környékén élő családok gyermekei járnak, akiknek **szocioökonómiai státusza** jellemzően magas. A technikumban tanuló diákok alacsonyabb társadalmi-gazdasági háttérrel jellemezhetőek, ők egy turizmus-vendéglátás és informatika-távokzlés ágazatokban szakképzést nyújtó, Pest megyei intézmény három osztályából kerültek ki szülői beleegyezés alapján. A szakképzős osztályokba gyengébb **tanulmányi eredményű**, lassabban olvasó, kisebb szókincsrel rendelkező diákok járnak, ez megmutatkozott a kérdőív jelentősen hosszabb kitöltési idején ill. az értelmezési nehézségekre utaló kérdéseikben. Csoportos adatfelvétel még egy vidéki egyetem jogi karának két csoportjában történt, ahol a vizsgálatvezető a kurzus pszichológus oktatója volt. Ezen kívül fővárosi neveléstudományi, műszaki, és művészeti egyetemek hallgatóinak kvantitatív adatait elemeztük.

Fontos kiemelni, hogy a beleegyező nyilatkozat értelmében mintánk **pszichiátriailag egészséges**, vagyis kizártuk a pszichiátriai betegséggel küzdő, sőt az aktívan pszichológushoz járó középiskolásokat is.. Kutatásunk tehát arra nem tud választ adni, hogy hogyan hatnak az álvideók a mentális betegségben érintett ill. különösen sérülékeny kamaszokra, fiatalokra, holott valószínűleg ők több pszichológiai tartalommal találkoznak és intenzívebben, sőt talán másképp is figyelik és értelmezik a pszichés betegségekkel kapcsolatos videókat.

6.2. Internethasználati szokások

A diákok jellemző **képernyőideje** a mintában 2-4 óra, de elsősorban a technikumba járó lányok között magasabb azoknak az aránya, akik akár 6 óránál is többet vannak képernyő előtt egy átlagos hétköznap.

Kutatásunkban a **videók nézésével** eltöltött időt mértük még, ami átlagosan napi 2 óra, de ebben jelentős eltolódás van a fiúk irányában. Adataink egybevágóak a nagymintás kutatások eredményeivel, amelyek szerint a **fiúk inkább videók nézésével ill. videójátékkal, míg a lányok inkább közösségi platformokon töltik a legtöbb időt a neten** (Verloigne és mts., 2015; Németh és Várnai, 2019, Khan és mts., 2022, Németh, 2024).

Úgy tűnik, hogy a **technikumban** több olyan diákkal találkozhatunk, aki **kiugróan sok időt** tölt az online térben. Ennek hátterében állhat a gimnáziumhoz ill. egyetemhez képest kisebb

tanulmányi terhelés, esetleg a **gyengébb szülői kontroll**, vagy **önszabályozási problémák**. Mindezek azt eredményezhetik, hogy a szakképzős diákok iskolaidőn túl – vagy akár iskolaidőben – kevésbé foglalkoznak tanulmányaikkal, és még ha szüleik problémának is tekintik azt, hogy gyermekük „állandóan mobilozik” (gyakran éppen erre hivatkozva járultak hozzá a kutatásban való részvételhez), kevésbé tudják hatékonyan szabályozni gyermekük viselkedését, hangsúlyozottan pedig a mobilozását. Az internetfüggőség szakirodalmából (Zhu, 2023) tudjuk, hogy az alacsonyabb szintű önszabályozás, így például a rövid távú célokra összpontosítás, az azonnali kielégülés keresése és a viselkedésgátlás nehézsége összefügg az addiktív mobilhasználattal serdülőkorban és hozzájárulhat a rosszabb tanulmányi teljesítményhez is (Domoff és mts., 2019).

Korábbi kutatásunkban (Jármi és Várnai, 2023) láttuk, hogy a **napi két órát meghaladó közösségi média használat** megnöveli a cyberbullying érintettség kockázatát, ez a **rizikótényező** pedig mintánkban a **lányoknál** – különösen technikumban – gyakran fennállhat (ld. lentebb a cyberbullying adatokat).

Megfigyelhető azonban egy olyan kisebbség, aki bár mobilozik, de **elenyésző időt tölt videók vagy filmek nézésével** (max. napi fél órát). A csoportfoglalkozások során kiderült, hogy egy részük kizárólag videójátékozik, másik részük azonban olyan fiatal, aki szembe tud és mer menni a korosztályára jellemző trendekkel és nagyon tudatosan „nem pazarolja az idejét sorozatokra, youtubozásra”. „Netfüggő” generációjukra idegenkedve tekintenek és kritikájuknak gyakran hangot is adnak – amire több csoportban inkább elismeréssel vagy irigykedéssel, nem pedig elutasítással reagáltak a többiek. Az időrabló mobilozás tudatos kerülése tehát nem jár feltétlen a kortárs csoport részéről elutasítással vagy kiközösítéssel – amitől sok gyerek, de akár szülő is tart.

Mintánkban a három legelterjedtebb **közösségi platform** az Instagram, a TikTok és a Facebook. Szinte mindegyik lány és a fiúk döntő többsége fent van Instagramon, TikTok inkább a középiskolás korosztályra és a lányokra jellemző, míg a Facebook nemtől függetlenül az egyetemisták platformja. Ezen közösségi oldalak dobogós helyét más kutatások is alátámasztották: a magyar egyetemisták 21,9%-a TikTokon, 10,5%-a Instagramon, 6,7%-a pedig Facebookon tölti a legtöbb idejét telefonján (Tessényi, 2024), de úgy tűnik, jelentősen szétválik, hogy valaki csak regisztrált felhasználó, vagy a közösségi oldalon tölti elsődlegesen az idejét.

A lányok abból a szempontból is máshogy használják az internetet, hogy a közösségi oldalak világába **jobban bevonódnak érzelmileg**. Erre utal, hogy a lányok inkább egyetértettek azzal, hogy a kapott lájkok és az online tapasztalatok jelentősen befolyásolják hangulatukat. Az online és az offline világ nagyfokú összemosódásának és szétválaszthatatlanságának kérdése gyakran előkerült a csoportfoglalkozásokon is. A szakértői fókuszcsoporton is vitát generált, hogy ez az összemosódás mennyiben tekinthető a digitális bennszülöttek természetes működésének, vagy igenis problémának.

6.3. Cyberbullying érintettség

Kutatásunkban két kérdéssel vizsgáltuk a cyberbullying érintettséget a 2014-es HBSC kutatás módszertanának megfelelően: 1) bántották-e bántó, gúnyos üzenettel vagy poszttal 2) bántották-e kellemetlen, kínos fénykép közzétételével. A **minta egyharmada beszámolt arról**,

hogy valamilyen formában cyberbullying áldozatává vált az elmúlt pár hónapban. Lányoknál ez a szám még nagyobb: 41.5%-a élt át bántalmazást szöveg vagy kép révén. Ezek a számok jól összevethetők korábbi hazai kutatási adatokkal. Az 2022-es HBSC kutatásban vizsgált tanulók legnagyobb része – négyből öt – azt nyilatkozta, hogy nem bántalmazták az interneten az utóbbi hónapokban, 13,8%-uk egy-két alkalommal esett áldozatul, a diákok 5,3%-a pedig rendszeres internetes bántalmazás áldozata és kortól, bántalmazási formától és annak gyakoriságától függetlenül nagyobb arányban lányok voltak érintettek (Németh, 2023).

Szigorúbb kritériumot alkalmazva – akit mindkét formában bántottak legalább egyszer – azt látjuk, hogy kb. **10% az áldozatok aránya**.

Mind az enyhébb, mind a krónikus áldozatok aránya, valamint a lányok nagyobb fokú érintettsége megfelel várakozásainknak, vagyis a kisebb elemszámú minta jól leképezi a célcsoportot. Ezt azért fontos kiemelni, mert az adatgyűjtés helyszínéül azokat az iskolákat választottuk, ahol cyberbullying témában már történt érzékenyítés, így előfordulhatott volna az is, hogy ezek a helyszínek különösen fertőzöttek – és magasabb előfordulást mérünk – vagy nagyon tudatos prevenciók munkát folytatnak – és alacsonyabb gyakorisági adatokat kapunk. Úgy tűnik azonban, hogy egyik irányban sem torzított a mintaválasztás módja. A kissé alacsonyabb érintettség talán a **pszichés problémákkal küzdő diákok kizárásából** adódik, hiszen a pszichés sérülékenység rizikója és következménye is lehet a kortársbántalmazásnak (Várnai, 2019).

A cyberbullying előfordulásának gyakorisága kapcsán megfigyelhető, hogy ez nem függ az életkortól ill. iskolatípustól, vagyis az **egyetemisták körében** is ugyanolyan elterjedt és káros lehet – mind az önértékelést, mind az egyéb, következményként járó mentális terheket tekintve (Prajda és Jagodics, 2022), mint a fiatalabbaknál. A prevenciók erőfeszítéseket tehát erre a korosztályra is ki kell terjeszteni.

Jelen adatok párhuzamba állíthatók korábbi nagymintás kutatásunk azon eredményével, mely szerint a cyberbullying érintettség csak a közösségi oldalakon eltöltött idővel függ össze, a fokozott passzív tartalomfogyasztás, vagyis a videónézés önmagában nem jelent rizikót. Mintánkban a cyberbullying érintettség független volt a videónézési időtől és a képernyőidőtől egyaránt, míg a **használt platformok számával**, azon belül pedig a **TikTok használatával** összefüggést mutatott. A közösségi médián intenzívebben jelen lévő fiatalok, különösen a TikTokozó középiskolás lányok veszélyeztetettebbek mindkét bántalmazási forma tekintetében.

Érdekes kérdés, hogy tekinthető-e ennek fényében a **TikTok különösen veszélyes terepnek** a cyberbullying előfordulását illetően? A szakirodalomban kevés olyan kutatás van, ami az egyes platformok felhasználóinak cyberbullying érintettségét hasonlítja össze. A platformok a bejelentések alapján adják ki statisztikáikat (Aggarwal és mts., 2020), ezért az erre irányuló kutatások a hosszabb szöveges bejegyzésekre lehetőséget adó platformokat (Reddit, vagy a Twitter (X)) vizsgálják a legújabb algoritmos keresők és mesterséges intelligencia alkalmazásával. Videós, képes tartalmak vizsgálata egyelőre meglehetősen korlátozott, ami az erre épülő kutatások számán is meglátszik. (Agrawal és Awekar, 2018). A **TikTok szűrő algoritmusa** elég hatékonyan (88%-ban) azonosítja a bántó, sértő hozzászólásokat (Barus és mts., 2023), és a 2021-ben bevezetett „**hozzászólás-szűrő**” is jelentős előrelépésnek tekinthető a platform biztonságossá tétele szempontjából: a funkció segítségével csak a felhasználó által jóváhagyott komment jelenik meg nyilvánosan a posztolt videó alatt. Az internetbiztonsági

foglalkozások tapasztalata szerint ezt nem minden felhasználó tudja és használja, érdemes lenne tehát ezzel kapcsolatban célzott kutatást és tudatosítást végezni.

Előfordulhat az is, hogy a TikTok-ot a jobb digitális önvédelemmel bíró fiatalok nem is használ(hat)ják: a platform alulszabályozottsága, betiltásának szükségessége gyakran közbeszéd témája és az online világ veszélyei miatt jobban aggódó szülők esetleg itt húzzák meg a határt és nem engedik gyermeküket a TikTokra. A magasabb cyberbullying érintettség ez esetben a TikTok felhasználók **alacsonyabb szintű digitális tudatosságával** magyarázható. Ezt részben megerősíti az az eredményünk, mely szerint a TikTokot is használó diákok megbízhatóbbnak ítélték a kutatásban látott videót, vagyis talán hajlamosabbak a TikTok **videókra hiteles információforrásként** tekinteni.

6.4. Mentális egészségműveltség

A mintánkat alkotó diákok **saját tájékozottságukat** a pszichiátriai betegségek terén (a tesztelést megelőzően) közepesnek ítélték. Ez igazából nem sokat jelent, mert önmegítélésük egyáltalán nem függött össze a későbbi teljesítményükkel, sőt még a magukat leginkább felkészültnek érző kitöltők sem értek el jobb pontszámot, egyik betegség felismerésében sem jeleskedtek. A diákok válaszai általában **nagyfokú bizonytalanságot** tükröznek, a **fiúk** pedig gyanakvást, amennyiben ők a valótlán ÉS a valós betegségeknél is **hajlottak az elutasítás felé**.

Meg kell jegyeznünk azonban, hogy ezek az eredmények származhatnak **figyelmetlen tesztkitöltési viselkedésből** is: több esetben kiderült, hogy félreértve az instrukciót arról kezdtek dönteni, nekik maguknak van-e adott betegségük. Lehetséges, hogy erre nem minden esetben derült fény.

A mentális egészségműveltség összesített mutatójában a **technikumba járó lányok** eredménye a nullához közelített, ami szintén fakadhatott a fenti értelmezési nehézségből, de tükrözhet szövegértési nehézséget, hiszen több ízben panaszkodtak a kérdések érthetlensége miatt.

Mintánk **adatai hasonlítanak** korábbi középiskolában mért magyar eredményeinkhez (a 20 tételes kérdőívben $M=1.1999; SD=1.22$, Zelena, 2023), illetve a megállapítási bizonyosság korrelációs kapcsolatai az összes információfeldolgozást nehézséget jelző változóval is arra utalnak, hogy azért nem csak mérési hiba áll a gyenge teljesítmény hátterében. Aki nehezen tájékozódik a pszichés betegségek világában (is?), az a **videót érthetetlennek** ítéli, és valóban nem is tudja helyesen megválaszolni a **tartalmi kérdéseket**, hiszen esetleg már figyelme is elterelődött és erőfeszítést sem tesz. Erre utalhat, hogy utóbb – talán rutinból – úgy válaszol, hogy **„igen, hallott már”** arról a betegségről, amivel kapcsolatban kevés konkrétumra emlékszik.

A mentális egészségműveltség tehát összefügghet a pszichés betegségekkel kapcsolatos információk felidézésének képességével és az új információkra való emlékezéssel, azok megértésével. Ez **egyre mélyülő ismerethiányt** eredményezhet: akiknek nehézsége van a mentális egészséggel kapcsolatos információk megértésével, kevésbé tudják integrálni az egyébként is kevés megszerzett tudásukat a témáról, így eleve rosszabb egészségműveltségük a későbbi információfeldolgozásra is hatással van.

Megfontolandó, hogy **prevenációs szempontból** mit üzen mindez nekünk: egyrészt fontos lehet a mentális egészséggel kapcsolatban bővíteni a fiatalok ismereteit, de talán nem a patológiák

felől közelítve (ami a csoportfoglalkozások tanulságai alapján csak egy kisebbséget érdekel), inkább a diákok saját tapasztalataihoz jobban kapcsolódó, könnyebben feldolgozható hétköznapi mentálhigiénés ismereteket lehet hatékonyan közvetíteni.

6.5. Identitásbuborék megerősítése

Míg a véleménybuborék (filter bubble) kifejezés széles körben ismert, addig az **identitásbuborék jelensége** még kevésbé kutatott Magyarországon, így ennek mérése vizsgálatunkban izgalmas kezdő lépésnek tekinthető. A **használt mérőeszköz** (IBRS-9) jól alkalmazható ennél a korosztálynál: tételei érthetőek voltak a nehezebben olvasó diákok számára is, a skála belső konzisztenciája kielégítő, az összpontszám normális eloszlású, az eredeti három alskála faktoranalízissel megerősítést nyert.

Sok fiatal számára (is) az online közösségekhez tartozás az identitás megerősítését szolgálja (**szociális azonosulás**), a hasonló gondolkodás módú emberekkel való kapcsolódás (**homofília**) (Hocevar és mts., 2014) és a velük való kommunikáció túlsúlya hozza létre az identitásbuborékokat, amelyek izolálják az egyéneket az eltérő nézőpontoktól és információktól. Ennek következménye az azonos nézeteket tükröző információk dominanciája (**információs elfogultság**) (Koivula és mts., 2019).

Mintánkban a fiatalok önmagukra leginkább a homofiliát tartják jellemzőnek, ezután jön a szociális azonosulás, míg legkevésbé az **információs elfogultsággal** kapcsolatos tételleket fogadták el (pl. „Megbízom a közösségi médián kapott információkban”, „Naprakész tudok maradni a közösségi médián”). Utóbbi alskála állt azonban legszorosabb kapcsolatban az öndiagnózissal: az erősebb identitásbuborékban élők, főleg, akik az így kapott információkat megbízhatónak tartják, hajlamosabbak lehetnek akár hamis információk (lsd. álbetegséggel kapcsolatos videó) elfogadására és terjesztésére.

A saját identitás szempontjából kiemelt jelentőségű online csoportokban a diákok könnyen bele tudják egymást hergelni **szélsőségekbe** (így például rendkívül kockázatos kihívások vállalásába), fennáll a radikalizálódás veszélye is (Kozlova, 2023), mert egy idő után ki is zárják a kívülről jövő információkat.

Ennek a veszélynek fiúk és lányok ugyanolyan mértékben vannak kitéve, homofiliára pedig mintánkban leginkább a **joghallgató fiúk** voltak hajlamosak. Az identitásbuborék egyfajta biztonságot is nyújt, hiszen nem kell kilépni az online kapcsolatokban komfortzónánkból és nem kell szembesülni ellentmondó, kétértelmű álláspontokkal – ami a **zárt gondolkodású** személyek dogmatizmusát tovább erősíti (Bronstein és mts., 2018). Néhány kutatás utal arra, hogy a jogászok hajlamosak lehetnek zárt gondolkodásra és dogmatizmusra, mivel a jogi oktatás és szakmai szocializáció során erős hangsúlyt fektetnek a szakmai normák és elvárások betartására. Ez a szocializáció gyakran magában foglalja a saját hiedelmek és normák megerősítését, valamint az ellentétes nézetek kizárását (Daicoff, 1997).

Az identitásbuborék erőssége pozitívan korrelált az **online és az offline világ összemosódására** utaló állításokkal (pl. lájkok erős hatása az önértékelésre), melyeket később a VIDZ tüneteiként említenek a videók. Mindez azt valószínűsíti, hogy az identitásbuborék megerősítése összefügghet egyéni szinten az online közösségek szerepének felértékelésével, ami fokozza a tőlük érkező információk és visszajelzések fontosságát.

A prevenció során érdemes lenne azonosítani azokat a fiatalokat, akik számára **egy online közösség jelenti kizárólag a közösségi élményt**, akik csak ott kapnak elfogadást és érzelmi támogatást, így kritikátlanul fogadják minden onnan érkező véleményt és információt, amit aztán mélyen beépítenek saját gondolkodásukba, identitásukba. A kutatásban használt kérdések, vagy az IBRS-9 kérdőív alkalmas eszköz lehet az ilyen serdülők azonosítására. Az eredmények értelmezéséhez azonban hozzátesszük azt a HBSC-eredményt, mely szerint a magyar fiatalok (11-18 évesek) körében az online kommunikációt egyáltalán nem vagy nem preferálók lényegesen többen vannak (48,5%), mint akik inkább az online beszélnek érzéseikről (19,8%), vagyis **sok fiatal a növekvő online térhódítás ellenére is preferálja a személyes kapcsolatokat**, társasági élményeket (Németh, 2023).

6.6. Videók és előadók megítélése

A **videók alapvetően pozitív megítélése** az előadó személyétől függetlenül azt jelzi, hogy a videók tartalmi és formai felépítése illeszkedik a célcsoport elvárásaihoz. A megadott értékelési szempontok nem igazán különböztek el a diákoknál, valaki vagy „szerette” a videót, és mindegyik dimenzióban magasabbra értékelt, vagy általában volt rosszabb a véleménye. Egyedül az előadók profizmusát a TikTokon kérdőjelezték meg – függetlenül egyéb megítélésüktől. Ez a nagyon **globális megítélés** fakadhat a serdülőkori **érzelemvezéreltségéből** (amit szeretnek/nem szeretnek az minden szempontból jó/rossz), lehet a **holdudvarhatás** eredménye (egyének hajlama további pozitív tulajdonságokkal felruházni azt, aki valamilyen szempontból pozitív megítélést kap), de utalhat kevésbé komplex kognitív stílusra, az **analitikus gondolkodás hiányára**, amit a Z-generáció kapcsán gyakran emlegetnek (Prooijen és van Vugt, 2018).

A **technikumba járó diákok kedvezőtlenebb hozzáállása** a videókhoz lehet egy általános negatív attitűd („minden rossz”) tükröződése. A pedagógusok véleménye szerint különösen nehéz azokat a diákokat „kimozdítani a világundorból”, akik frusztráltak, sok kudarcot, kritikát élnek meg, és nem hisznek a jobb jövőben. A szakképzős diákok **kevésbé tartották érthetőnek** a videókat, ami nem meglepő a kérdőív szövegének olvasási nehézségei után. A videók tartalmának gyengébb megértése megjelenik az ehhez kapcsolódó **ellenőrző kérdések pontatlanabb, hiányosabb megválaszolásában** is. Ráadásul a videók megnézése a kérdőív végén volt, így a kitöltés miatt keletkező frusztráció is lecsapódhatott a videóhoz való negatív beállítódásban és alacsonyabb figyelmi teljesítményben.

A három videó összehasonlító elemzése során nem találtunk nagyon jelentős különbségeket, de azért kirajzolódni látszik egy sorrend (főleg a fiúk körében): **#drandrásikároly előadasmódja és szakértelme miatt került első helyre**, #pszicholány a második, míg #pszichosrac videóját értékelték összességében legkevésbé jónak. A sorrend alapján arra következtethetünk, hogy a diákok az **előadókat szakértőnek** tekintették (nem hírességnek vagy érintettnek), szakértelmet pedig az idősebb, kopaszodó, magát doktornak nevező férfi sugall számukra leginkább. Érdekes, hogy az előadónak tulajdonított szakértelem nem befolyásolta a videó megbízhatóságának megítélését, vagyis a **videó megbízhatóságáról valamilyen más szempont alapján** döntöttek, vagy kiterjesztették rá a platformmal kapcsolatos véleményüket (ld. a TikTokes fiatalok megbízhatóbbnak ítélték a videókat).

A videók megítélésének kérdésére a kvalitatív adatok kapcsán bővebben kitérünk, hiszen a diákok szóban kifejtett véleménye tovább árnyalta a skálázással kapott képet. Természetesen

egy olyan mérés ökológiai validitása sokkal nagyobb lenne, ahol a videó nézési idejét, vagy az arra adott reakciókat figyelnék, de kutatásunk fókuszában nem a videók minősítése állt. Fiataloknak szóló edukációs videók készítőinek azonban fontos lehet az az eredményünk, mely szerint a **Facebookot is használó**, mintánkon belül idősebb Z-generációsok **a videót érdekesebbnek ill. az előadót profibb TikTokosnak ítélték**, ami arra figyelmeztet, hogy a más platformon szocializálódott és/vagy idősebb videókészítők mást ítélnének érdekesnek és vonzóknak, mint a felhasználói célcsoport. Ezzel összecsengő tapasztalatunk, hogy a szakértői fókuszcsoportnak – ellentétben a vizsgálati személyekkel – #pszichosrac videója tetszett leginkább. Hiteles szakértői videók kidolgozása során tehát mindenképpen **fókuszcsoportos bemérésre** (ami túlmutat a skálázáson) van szükség a célcsoport körében.

6.7. Videók hatása, (ál)betegségtudat

A videóban szereplő (ál)betegség, a Virtuális Identitás Disszociációs Zavar (VIDZ) tüneteit a résztvevők többsége helyesen ismerte fel a tartalmi ellenőrző kérdésnél, de a minta negyede nagyon hiányosan, vagy **pontatlanul válaszolt**. Leginkább a technikumba járóknál volt ez gyakori probléma, illetve azoknál az egyetemistáknál, akik nem osztálytermi körülmények között nézték a videót. Előbbieknél **gyengébb információ-feldolgozási képességekre**, utóbbiaknál a **figyelem elterelődésére** gyanakodhatunk. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy még a másfél perc hosszúságú videók tartalmát sem feltétlen tudják megragadni a fiatalok, ami lehet az online tartalmak gyors és felületes feldolgozásának következményeként Z-generációs sajátosság.

Talán meglepő, hogy a **minta 44 százaléka elhitte a VIDZ létezését**, vagyis másoknál/magánál felismerte ezt a betegséget, és ezen a téren nincs különbség sem korosztályok ill. iskolatípusok, sem látott videók között.

Azon túl, hogy a vizsgálati személy hitt-e a betegség létezésében hasznosabb mutatónak bizonyult az ún. **(ál)betegségtudat skála**, amelyet önmaga/mások betegként való azonosítása mellett súlyozott az is, ha jellemzőnek tartja magára a tüneteket ill. hajlandó lenne segítséget kérni VIDZ tünetek miatt. Így már jobban lehetett látni, hogy kik azok, akiket **egyáltalán nem győzött meg a videó (minta 30%-a)**: akikre nem jellemzőek a VIDZ tünetei, sem az identitásbuborék megerősítése (ezen belül a szociális azonosulás és az információk elfogultság), jobb a mentális egészségműveltségük és a videót is érthetőnek ítélik. Fontos kiemelni, hogy az általunk mért internethasználati szokásaik nem mutatnak semmilyen sajátosságot, tehát nem arról van szó, hogy ezek a fiúk/lányok kevésbé vannak jelen az online világban vagy közösségi médiában, inkább csak **nem vonódnak be** olyan mértékben, hogy az online életük (profiluk, közösségük, lájkjaik száma) határozzák meg önmagukról és a világról alkotott képüket.

Úgy tűnik, hogy mintánkban 8 fő (6,3%) hajlamos az öndiagnózisra, és bár az alacsony elemszám miatt klaszterelemzésre nem volt módunk, a nyolc válaszprofil részletes tanulmányozása alapján kirajzoló kép mögött két típus sejtünk:

- 1) Az egyik típusra nagyon jellemzőek a VIDZ tünetek: ők a közösségi médiára támaszkodva önreklámozással (státuszfrissítésekkel, posztokkal) és lájkvadászattal (hozzájuk hasonló követők megerősítésén keresztül) erősíthetik önértékelésüket. Ők azért sétálhatnak bele könnyen az öndiagnózis csapdájába, mert kritikátlanul elfogadják, amit a neten hallanak, nagyozolnak („ja persze, ezt már én eddig is tudtam”), majd a

hallott diagnózishoz igazítják ingatag énképüket, ha ettől figyelmet, támogatást remélnek.

- 2) A másik típusba a VIDZ tünetekkel kevésbé jellemezhető fiatalokat sorolhatjuk: náluk olyan maladaptív kognitív sémákat valószínűsíthetünk, mint a rumináció, a katasztrofizálás vagy az önhibáztatás. Az állandó negatív gondolatok és érzelmek feldolgozása miatt az ilyen fiatalok fogékonyak lehetnek azokra a diagnózisokra, melyek magyarázatot adnak tüneteikre.

Hangsúlyozzuk, hogy a kis elemszám és a mért változók körének szűkössege és a feltárt kapcsolatok erejének gyengesége miatt csak olyan felvetések, amelyek empirikus ellenőrzésre szorulnak.

Vizsgálati személyeink közül van további **10% aki „nagyon magára ismert a videóban”** (tehát nagyon jellemzőek érzik magukra a VIDZ tüneteket), és bár nem diagnosztizálták magukat betegnek, azért „elgondolkoznának ingyenes segítség igénybevételén VIDZ miatt”. Őket úgy tűnik megszólította a videó, és elbizonytalanította abban, normális-e a saját viselkedésük, hozzáállásuk, de **inkább szakértőhöz fordulnának öndiagnózis helyett.**

Láthattuk tehát, hogy a skálát alkotó változók nem járnak feltétlen együtt, sőt **különböző mintázatok jellemzőek** az egyetemistákra (=tünetek kevésbé jellemzőek, de fokozott segítségkérés), a gimnazistákra (=öndiagnózis segítségkérés nélkül) és a technikai diákokra (= tünetek jellemzőek öndiagnózis nélkül). A gimnazistáknál megfigyelhető profilt értelmezhetjük kockázatosnak, ti. hogy a **segítségkérés elutasításának** hátterében a segítségkéréshez társuló szégyenérzet, vagy bizalmatlanság áll, ám nem zárhatjuk ki, hogy bíznak abban, hogy külső segítség nélkül is tudnak változtatni, ha akarnak.

6.8. Az (ál)betegségtudat meghatározói

Logisztikus regresszióelemzés segítségével próbáltuk meg azonosítani azokat tényezőket, melyek mint személyes jellemzők, vagy mint a látott videó sajátosságai meghatározhatják az egyén (ál)betegségtudatának erősségét. Modellünk magyarázó ereje **gyenge** ($R^2=12.05\%$), ami jelzi, hogy az általunk mért változók mellett **számos más tényezőnek lehet meghatározó(bb) szerepe**, mint pl. önértékelés, szorongásra való hajlam, specifikus betegség-szorongás, szubjektív egészségi állapot stb. Kutatásunkban ezekre azért nem térünk ki, mert elsősorban az online viselkedéshez kapcsolódó és edukációs szempontból releváns, könnyebben változtatható vagy kontrollálható meghatározókra fókuszáltunk.

Az online viselkedés jellemzői közül az **érzelmi bevonódást** jelző egyik VIDZ tünet (lajkok jelentősége) és az **információs elfogultság** bizonyult jelentősnek. Utóbbi a közösségi oldalakon kapott információk megbízhatóságára vonatkozik. Ugyanez köszön vissza a **VIDZ-videó megbízhatóságának** magasabbra értékelésében annak ellenére, hogy az **kevésbé érthető**. Emögött állhat az ún. **szakértői heurisztika**: az információ tartalmi feldolgozása helyett a kisebb kognitív erőfeszítést igénylő azon heurisztikára támaszkodunk, mely szerint a szakértő (vagy annak látszó forrás) biztosan igazat mond. Ezt az értelmezést támasztja alá **#dr.andrásikároly**, vagyis a leginkább szakértőnek ítélt előadó videójának helye a modellben, akinek meggyőző erejét jó előadásmódja is növelhette. Meghatározónak bizonyult továbbá a mentális egészségműveltség kérdőívben a **valótlan betegségek elfogadóbb megítélése**, ami

kritikátlan gondolkodást jelezhet – vagy csak a mentális betegségekkel kapcsolatosan (pl. érdeklődés vagy ismeretek hiánya miatt), vagy általánosan, más témákra kiterjedően is.

A **lájkok szerepére** utaló állítás kapcsán egyik értelmezésünk szerint ez bizonytalan **önértékelést** jelezhet, ami jó táptalaja a betegségtudat kialakulásának („valami baj van velem”) ill. az téves információknak való bedőlésnek is („biztos a másik jobban tudja”). Másik értelmezésünk szerint ez mint **VIDZ tünet** teremti meg annak érzését, hogy „amiről a szakértő beszél, bár nem értem teljesen, de egy része igaz rám”.

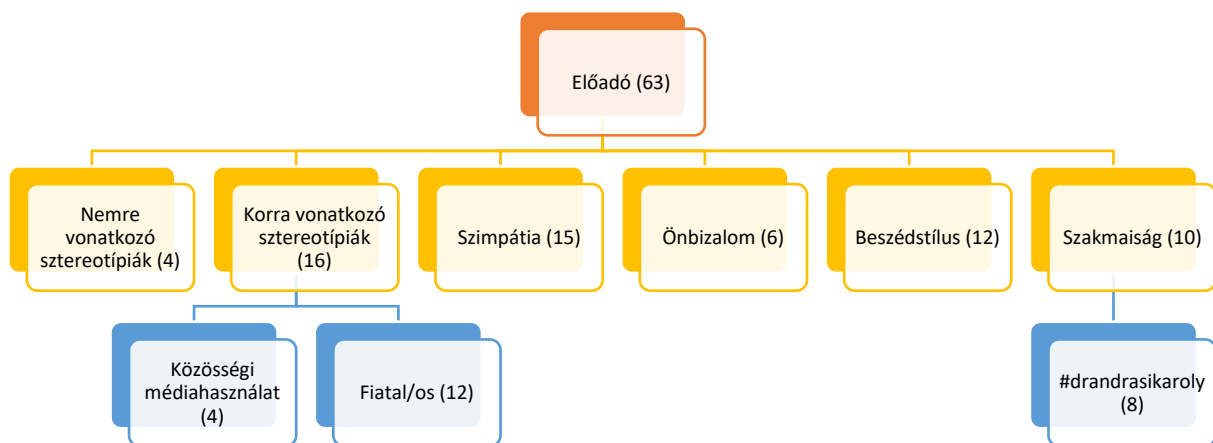
Végezetül kérdés, hogy a **választott álbetegség jellege** mennyire befolyásolta az eredményeinket? Vajon az online világtól teljesen független álbetegség (pl. alvási váltás szindróma) esetén is ugyanezt az eredményt kaptuk volna? Persze a kritikátlan gondolkodás, a szakértői heurisztika és az identitásbuborék bármilyen hamis információ elfogadására és terjesztésére hajlamosít (Kaakinen és mts., 2018), de az identitásbuborék és a VIDZ tünetek közötti átfedés fokozhatja a VIDZ-nél az (ál)betegségtudat kialakulását.

7. Kvalitatív kutatási eredmények

7.1. Kérdőívek szöveges válaszainak tematikus tartalomelemzése

A kérdőívek során beérkezett szöveges válaszokat tematikus tartalomelemzéssel dolgoztuk fel (Braun és Clark, 2006), deduktív, azaz szakirodalom és előkutatás során előre meghatározott kódjaink a válaszokban megjelenő nemre, illetve korra vonatkozó sztereotípiák, hitelesség, szimpátia és edukációs tartalomként való hivatkozás volt. Ezekből néhány faktort (hitelesség, szakértelem és szimpátia) kvantitatív módon is mértünk, azonban az is árulkodó, ha ezen szempontok elég fontosnak bizonyulnak a kitöltőknek ahhoz, hogy szabadszavas válaszokban is megjelenjenek. További fő és alkategóriák induktív módon, azaz elemzés közben alakultak ki (pl. személyes érdeklődés, az önbizalom vagy a videószerkesztési ismeretek).

Három fő kódot különítettünk el az elemzés során: az Előadókkal (63) és a Videókkal (102) kapcsolatos véleményeket, valamint a Személyes érdeklődést (24). Akkor soroltuk az adott kategóriába a kijelentést, ha a szöveges válaszban a vizsgálati személy erre vonatkozó megjegyzést tett, majd összeszámoltuk az egy kategóriába tartozó kijelentések számát a teljes mintában (Isd. zárójelben feltüntetett érték).



13. ábra: Az előadóval kapcsolatos válaszok kategóriái

Az Előadó főkategóriában (63) hat alkategóriát rögzítettünk: Nemre vonatkozó sztereotípiák (4), Korra vonatkozó sztereotípiák (16) (ezen belül Közösségi médiahasználat (4) és Fiatalosság (12)), Szimpátia (15), Önbizalom (6), Beszédstílus (12) és a Szakmaiság (10), melyen belül külön alkategóriaként határoztuk meg az idősebb szakember szerepében videózó #drandrasikarolyt (8), hiszen a vele kapcsolatos vélemények alkották e kategória többségét.

A **Nemre vonatkozó sztereotípiák** (4) során az előadók nemére tett megjegyzéseket és az ezzel kapcsolatos sztereotípiákat megidéző véleményeket vettük számba, ebből azonban kevés akadt.

„Rögtönzött beszéd és minél több tény elmondása minél kevesebb idő alatt a cél, ez jellemzi az egész TikTokot, tehát ennek megfelelően adta magát elő. Lehet valaki csak azért kattint rá mert nő van ott, és nem a témáért.” – 17 éves gimnazista

A **Korra vonatkozó sztereotípiák** (16) során az idősebb-fiatalabb előadók közti különbségeknek hangot adó véleményeket vettük számba, ezen belül pedig a különböző korosztályból származó előadók feltételezett **közösségi médiahasználati képességeit** (4) és a **fiatalosság, fiatalság** (12) szó kiemelését kerestük. Általánosságban pozitív vagy semleges érzelmi töltettel érkeztek ezek a reakciók, míg az utóbbinál ténymegállapításként, az előbbinél olyan kontextusban, hogy az idősebb doktor szerepében tartalomgyártó videós dinamikus és érti a dolgát. A közösségi médiahasználati képességek dicséréte csupán egyszer merült fel a fiatalabb előadók véleményezése során, háromszor pedig szintén pozitívumként az idősebb előadót dicsérve.

"Jól összeszedte a legfontosabb dolgokat melyeket el akart mondani. Mivel maga is fiatal, talán jobban eléri az ő korosztályát is." - 22 éves egyetemista

"Tisztán, artikuláltan beszélt, bizonyára jó előadó és rugalmasnak is tűnik ill. fiatalosnak" - 19 éves egyetemista

A **Szimpatia** (15) úgy tűnik, kifejezetten fontos volt a véleményezőknek „szimpatikus”, „antipatikus” vagy éppen „szimpi” szavakat használva, azonban szinte mindig indokolták is a szimpatiaválasztást egy másik tulajdonsággal.

"Szimpatikus, látszik, hogy ért hozzá és segíteni szeretne az embereknek." - 17 éves technikai tanuló

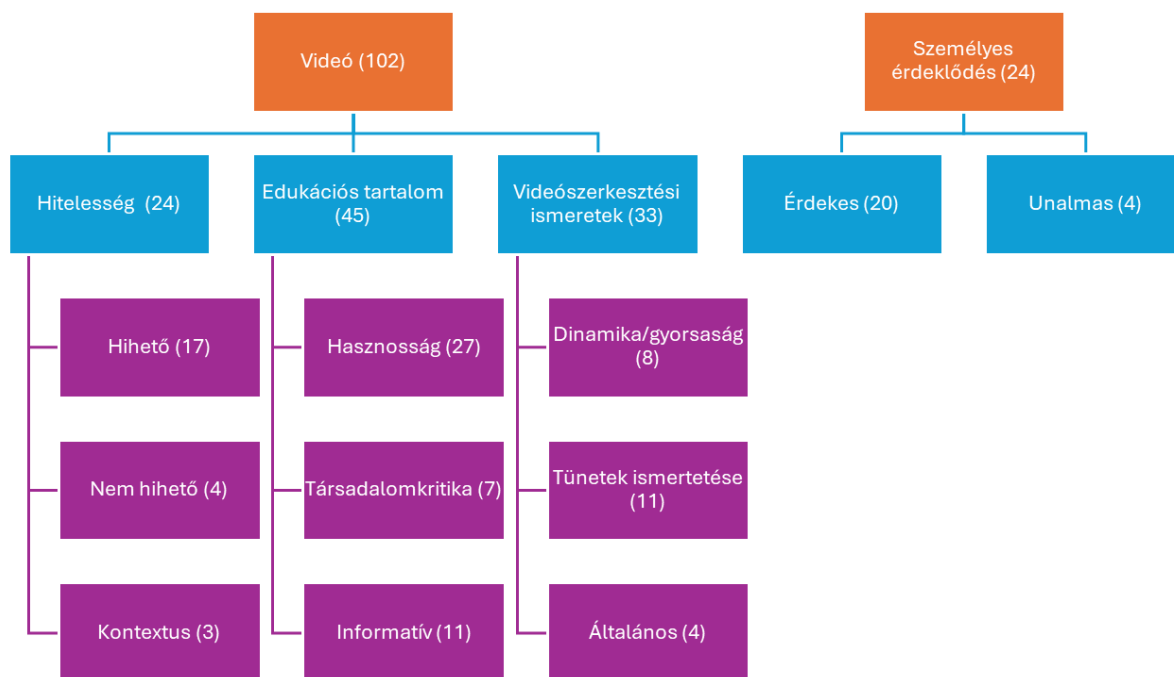
Az **Önbizalom** (6) kódolása szintén kulcsszó keresésével történt, leginkább a „magabiztos”, „van önbizalma” kifejezések jelentek meg mind pozitívumként, mind túlzó értelemben.

A **Beszédstílussal** (12) kapcsolatos megjegyzések leginkább a hölgy előadónál jelentek meg, ahol az affektálást, gyorsaságot, vagy egy feltételezett beszédhibát kifogásolták a kitöltők. Mindemellett volt, aki kifejezetten dicsérte ugyanezen videó és az előadó érthetőségét, így ez egy megosztó kód volt.

"Kicsit furcsán beszélt a lány, de összeszedett volt a mondandója, viszont egy olyan betegség amit kimondva viccnek (ti. VIDZ egybeolvasva) lehet hallani, kétségeket kelt."
- 25 éves egyetemista

A **Szakmaiság** (10) kódolásakor a szakmaiságra, tudományosságra, végzettség megemlítésére kerestünk kifejezéseket. Nagyrészt **#drandrasikaroly** (8) tartalmával kapcsolatban érkeztek megállapítások e tekintetben, néhol negatív konnotációval.

"Attól, hogy valaki egy bögrét szorongat és felvesz egy zakót, nem lesz szakértője semminek. Nagyon magabiztosan próbál előadni valamit források nélkül, így bárki el tudja ezt mondani másfél perc utánajárás után." - 21 éves egyetemista



14. ábra: A videóval és a személyes érdeklődéssel kapcsolatos válaszok kategóriái

A Videóra érkező vélemények kódolásakor (102) három fő kategóriát állapítottunk meg. A **Hitelesség** (24) főként a hitelesség kulcsszóra épült, ezen felül azonban az értelmezés is sokat számított: **Hihető** (17) és **Nem hihető** (4) alkód mellett a **Kontextus** (3) fontosságát is kiemelték a kitöltők.

"Jó az ilyen videóknál kontextust adni, hogy miért kellene hinni a szavának... Bár az is lehet hamis, de szimpatikusabb és szakértő benyomását kelti ezzel." -25 éves egyetemista.

Az egyik legfontosabb kód az videó szövegének **Edukációs tartalomként** (45) való értelmezése volt, valamint a tartalmak értékelése e szempont szerint. A **Hasznosság** (27) és az **Informatív** (11) csoportok esetében gyakran csupán ez az egy szó szerepelt véleményként. Meglepően sok és részletes társadalomkritikát olvashattunk a témával, digitális világgal kapcsolatban a videó véleményezésekor.

"Alapvetően nem szeretem a TikTok és hasonló rövid tartalmakat, ezekhez általában csak gyors híreket, rögtönzött beszédeket és hamis információkat társítok. A mentális egészségről ugyan fontos beszélni, de kétlem, hogy egy ember ilyen TikTokokból tanulna megfelelően ilyen téren." -17 éves gimnazista

"Én erre a jelenségre kifejezetten igyekszem nagy figyelmet fordítani, ugyanis szerintem fontos, hogy ne online éljük az életünket, hanem offline. Az online világot nem arra hozták létre, hogy az ember naponta több órát töltsön el ott jelentéktelen dolgokkal. Szerintem az online média célja inkább a tájékozódás, barátokkal, ismerősökkel történő kapcsolattartás és szórakoztatás lenne, hiába az emberek nagyrésze másra is használja. Ennek ellenére mégis előfordul, hogy elvesztem az időérzésem és több időt töltök el online, mint szükséges lenne. Viszont mégis, ilyen betegségről még nem hallottam, ez egy jelenség, nem valós mentális betegség." - 17 éves technikai tanuló

A **videószerkesztési ismeretek** (33) kódolásakor arra lettünk figyelmesek, hogy akik ezt említették, azok kivétel nélkül az előadónak tulajdonították a videó vágását. Fel sem merült bennük, hogy az előadó nem maga végezte a tartalomgyártás egyes folyamatait (szövegezés, beállítás vagy éppen szerkesztés), ami azt feltételezi, hogy a TikTokra személyesebb platformként tekintenek, ellentétben más videómegosztó platformokkal. A **Dinamika/gyorsaság** (8) alkód általánosságban a videó gyorsítására tett megjegyzéseket takarta, a **Tünetek ismertetése** (11) pedig a jó szövegezésre, listázásra, míg az **Általános** (4) kategória minden egyéb videószerkesztésre tett véleményt takart.

"Több területen is érződik, hogy a social mediának negatív hatásai vannak az énképre, éhatékonyságra, szociális kapcsolatokra stb. Szomorú, hogy jelen van a fiatal generációnál és már betegséggé „nőtte ki magát”. Sok olyan ismerősöm van, aki az online platformján teljesen „más embernek” látszik...sőt még saját arcukat, külsejüket is torzítják (szépítik) különböző programok által, ezzel is egy hamis képet festve önmagukról. Egyébként a videó edukatív jellege nagyon megnyerő volt. Érződött, hogy ez a fiataloknak készült, mivel nagyon dinamikus és rövid volt a videófelvétel sok információval. " -25 éves egyetemista

Végül, de nem utolsó sorban különálló kategóriaként kódoltuk a **Személyes érdeklődést** (24) ahol szintén főként kulcsszókereséssel különítettül el az **Érdekes** (20) és **Unalmas** (4) kategóriákat.

"Nekem túlságosan unalmas volt, és semmi olyan nem volt benne, amivel fent tudta volna tartani a figyelmem" - 17 éves gimnazista

7.2. Csoportfoglalkozások megvalósítása

Annak érdekében, hogy minél átfogóbb képet nyerjünk a magyar fiatalok mentális egészségműveltségéről, az ehhez kapcsolódó online tartalomfogyasztásukról, valamint az általuk hitelesnek tartott és/vagy preferált tartalmaikról, a **kérdőíves adatfelvételt csoportfoglalkozásokkal egészítettük ki**. Ezen fókuszcsoporthoz fő tematikai egységei: a megtekintett videóról alkotott vélemény, a hitelesség kérdése, valamint arról kérdeztük a diákokat, hogy mi lehet jellemző azokra, akik bedőlnek a videóban közölt hamis információknak, és mit lehet ez ellen tenni.

Mivel kutatásunk egyik kiemelt célja hatékony **prevenciós foglalkozások** kialakítása, ezért minden fókuszcsoporthoz egyfajta **előtesztelésnek** tekinthető. A fókuszcsoporthoz résztvevőinek véleménye, ötlete, akár tanácsai vagy éppen kritikája további értékes információt szolgáltatott a szakmai javaslataink konkretizálásához és alkalmazási lehetőségeihez.

A fókuszcsoporthoz **résztvevőinek száma** a csoportok egyedi jellegétől függően nyolc és huszonhét fő közé tehető. Összesen 108 fiatal vett részt az alkalmakon, melyből 76 középiskolás diák, ezen belül 40 gimnazista, 36 technikumban tanul. A minta másik részét (32 főt) jogi karon tanuló egyetemisták teszik ki.

A fókuszcsoporthoz **25-30 perc hosszúak** voltak, hogy a kérdőív kitöltésével együtt is csupán egy tanórát vegyen igénybe az adatfelvétel.

A fókuszcsoporthoz **előre meghatározott, ismerős csoportok** alkották, az általuk éppen használt teremben, ami több szempontból is előnyös volt: egyrészt a kitöltést követően közösen, közvetlen korosztályukkal történő kibeszélés, értelmezés és gondolkodás egyszerre felszabadító lehet egy "átverés" elemet is magában foglaló adatfelvétel esetében. Másrészt egy ismerős helyszínen, barátokkal körülvéve nagyobb az esély egy őszintébb, involváltabb beszélgetés kialakulására.

Meg kell említeni továbbá, hogy az **iskolák bekapcsolódását a kutatásba** leginkább a csoportfoglalkozások megvalósítása motiválta.

7.2.1. A csoportfoglalkozások vezérfonala

A kérdőívek kitöltése után a **diákokat kiscsoportokba** osztottuk (kivéve a kis létszámú szakképzős csoportok): azok kerültek egy kiscsoportba, akik ugyanazt a videót látták, vagyis ugyanazt a „gyümölcsöt” kapták a vizsgálatvezetőtől az óra elején. Először kiscsoportban gyűjtötték össze a véleményüket a résztvevők, majd ezeket megosztották a többiekkel.

A résztvevőknek az alábbi **kérdéseket** tette fel a vizsgálatvezető kutató vagy egyetemi oktatója:

- 1) Beszéljétek meg a saját csoportotokkal, mit gondoltok a videóról!
- 2) Mi segíti azt, hogy hitelesnek tűnjön a videó?
- 3) Kik dőlhetnek be a videóknak?
- 4) Mire kell figyelni ilyen tartalmak esetében? Használhatjátok a kritikus gondolkodás posztereket (5. sz. melléklet), az üres részre írhatjátok saját ötleteiteket.
- 5) Szavazzuk meg, melyik poszter tetszik nektek a legjobban!

További kérdések, melyek időtől és érdeklődéstől függően merültek fel:

- 1) Mit gondoltok a látott videókról?
- 2) Amikor pszichológiai tartalommal találkoztok, el szoktatok gondolkozni, hogy hiteles-e? Mitől lesz valami hiteles tartalom számotokra?
- 3) Milyen pszichológiai tartalmakkal szoktatok találkozni?
- 4) Milyen platformokon nézitek/keresitek ezeket?
- 5) Vannak kedvenc oldalaitok/influenszereitek ebben a témában?
- 6) Mitől lesz egy ilyen tartalom szórakoztató?
- 7) Elmennétek ezekhez az emberekhez tanácsadásra/terápiára?

7.2.2. Csoportfoglalkozások tapasztalatainak összefoglalása

A **videók megítélése** kapcsán a diákok elsősorban az **előadó előadásmódjára**, beszédstílusára tettek megjegyzéseket pl. #drandrasikároly: „komoly, hangsúlyozott, túl előadta magát” vagy #pszicholány: „unalmasan beszélt, végig olvasta”, „parán nézett ki” vagy #pszichosrác: „jól hangsúlyozott, olyan, mint aki most tanulja a pszichológiát és érdekesnek tartja, de néha belassult, ilyenkor már elpörgettem volna”. Tartalmi kritikaként elsősorban a **bizonyítékok hiányát** emelték ki pl. kutatási adatokra hivatkozást ill. hogy *ugyanazt ismételtette kicsit átfogalmazva*. Akadt olyan résztvevő, aki soha nem látott ilyen pszichológiai videót, inkább csak játszani szokott vagy **más tartalmakat** nézni. Olyan vélemény is elhangzott, mely szerint egy a másfél perces videó már egy **hosszabb** tartalomnak számít ezen, így inkább pár rövidebb videót néznének meg helyette.

Az előadók/videók **professzionális benyomást** keltettek a résztvevők véleménye szerint. Úgy tűnik, hogy a **gördülékeny, szakszerűnek tűnő megfogalmazás** általában elég ahhoz, hogy hozzáértőnek véljék a beszélőt egy olyan területen, ahol a diákoknak amúgy kevés ismeretük van és többségében nem érdeklődnek pszichológiai tartalmak iránt.

Volt, aki szerint **dr a névben már garanciát jelent**, illetve maga a tény, hogy képesek videót szerkeszteni és feltenni az oldalra, a kompetenciájukat mutatja. Másrészt az a vélemény is elhangzott, hogy a **videósok a pénzért és a hírnévért** mindenre képesek, ezért gyanakodni kell, hogy valaki emiatt készít tartalmat. Ezzel kapcsolatban jó iránytű lehet, hogy egy adott videós **milyen más tartalmakat** készít. Történt arra is utalás, hogy a **COVID-19 járvány** nagyban megváltoztatta a betegségről és az egészségről alkotott felfogásunkat.

A fókuszcsoporthoz legtöbb résztvevője igazán meglepődött az általuk „**csavarnak**” nevezett elemről, az álbetegség leleplezésén. Az „átverés” változó mértékben **hozta zavarba** a diákokat. Többen jól szórakoztak ezen és szinte büszkélkedtek azzal, hogy ők bedőltek, mások kicsit pironkodva vallották be, és voltak, akik inkább nem szólaltak meg. Egyénfüggő volt az is, mennyire magyarázkodtak és mivel védekeztek. Többen érzelmileg erősen involválva állították, hogy **ennek a zavarnak „léteznie kell”**, de legalábbis létezni fog a jövőben. Ez kortól független mind a középiskolai, mind az egyetemi csoportokban megjelent.

A fókuszcsoporthoz jó lehetőségnek bizonyultak a **becsapás érzésének** feloldására. Szintén korosztálytól függetlenül több résztvevő is kifejtette **csalódottságát saját magában**, amiért teljesen elhitte, sőt, diagnosztizálta is magában a nem létező zavart, annak ellenére, hogy egészségműveltségét, kritikus gondolkodását erősségének tartotta.

Érdekes kérdés volt a lehetséges áldozatok csoportjának kiléte, a csoporthoz köthető sztereotípiák feltérképezése. Az összes fókuszcsoporthoz során a résztvevők **saját** korosztályukat, szocio-ökonómiai státuszukat és a nagyjából magukéhoz hasonló internetes viselkedési szokásokkal rendelkező egyéneket tartották a **legkevésbé áldozati csoportba** tartozónak.

Amikor azt firtattuk, hogy akkor **vajon kik és miért dőlnek be** ilyen álinformációknak, akkor a **tájékozatlanságot** (butaság) és a lustaságot, az **átgondolás és az erőfeszítés hiányát** nevezték meg. Mindemellett a résztvevők szerint vannak olyan személyiségek, akik **nehezen találják meg a látszat és valóság közti különbséget** (mert pl. story játékokat, életszimulátoros szerepjátékot játszanak stb.). Szerepe lehet annak is, hogy valaki **naiv**, nincs elég élettapasztalata és még nem fordult vele elő, hogy becsapták. Azt is felvetették, hogy bizonyos mentális **betegségek** **előnyök** is származhatnak (pl. felmentés a felelősség alól), ezért vannak, akik szívesen átadják magukat ilyen jellegű diagnózisnak.

A fiatalokkal arról is beszélgettünk, hogy lehet csökkenteni annak előfordulását, hogy valaki elhiggye az álinformációkat. Itt elhangzottak olyan válaszok, melyek a **szakértők végzettségének, szakértelmének igazolásáról** szóltak. Az is fontos lehetne tekintetben, hogy **több forrás is hasonló következtetésre** jusson egy témában, vagy el kell olvasni egy témában megjelenő, hitelességet vizsgáló ún. **fact check írásokat** is. Összességében a hatásvadász, **érzelmeire ható tartalomnál gyanakodni** kell. Mind a középiskolai, mind az egyetemi fókuszcsoporthoz felmerült, hogy a **forrás megjelölés hiánya** árulkodó jel, továbbá egyetértettek abban, hogy amennyiben a videó érdekli őket, **hajlandóak energiát fektetni** abba, hogy ők maguk nézzenek utána forrásoknak. Enélkül felületes információként, tartalomként kezelik a látott videót.

7.3. Szakértői fókuszcsoport tapasztalatainak összefoglalása

Kutatásunk tapasztalatainak, eredményeinek és következtetéseinek megvitatására **két szakértői** fókuszcsoportot szerveztünk. A **60-90 perces online csoporton** a beszélgetést vezető ill. jegyzőkönyvező kutatókon kívül három-három szakértő (összesen **6 fő**) vett részt, akik különböző tudományterületet (pszichológia, neveléstudomány, jog) képviselő akademikusok, de sok tereptapasztalattal is rendelkeznek az internetbiztonság témájában, így Magyarországon a téma prominens szakértőinek tekinthetők.

A beszélgetések során először a kutatási kérdés relevanciáját vitatták meg a szakértők, majd a kutatás módszertanának és néhány izgalmas eredményének ismertetése után kértük a véleményüket. Végül a prevenciók javaslatokat gyűjtöttük össze és beszéltük meg.

Az eredményeket a beszélgetések vezérfonalát követve, a két csoportban elhangzott gondolatokat összevonva ismertetjük.

7.3.1. A kutatási kérdés relevanciája

A szakértők egyetértettek abban, hogy a téma nagyon releváns, a TikTok videók hatására (is) több serdülő ill. fiatal felnőtt azonosítja magát mentálisan betegnek, de vita volt azon, hogy ennek milyen következményei vannak, és **vajon kiknek ill. mennyire jelent veszélyt az öndiagnózis.**

- TikTok videók hatására a Tourette szindróma (ez a „**TikTok Tourette**” jelenség) ill. a többszörös személyiségzavar kivizsgálása érdekében szakemberhez fordulók száma jelentősen megnőtt néhány éve. Ha valaki elkezd egy ilyen videót nézni, akkor egyre többet dob fel az algoritmus, és ezzel megerősíti a **betegség gyakori előfordulásának percepcióját.**
- **Közbeszédben** gyakran használnak mentális betegségekre utaló szakkifejezéseket anélkül, ahogy ezeket valóban betegségeknek tekintenék pl. “nárci” (nárcisztikus személyiségzavar), “depi” (depresszió) “auti” (autizmus spektrum zavar).
- Tesztek kitöltése, önmaga bekegatorizálása része egy **serdülő identitáskeresésének:** “végre tudom, hogy ki vagyok”. Kérdés azonban, hogy ez **adaptív** vagy egy olyan betegségtudatot erősít, ami **nehezíti a gyógyulást.**
- A serdülők inkább attól **szoronganak, ha átlagosak** és neurotipikusak, divat, hogy van valami bajod. Könnyen mennek pszichológushoz is. Érdekes kettősség, hogy nem akarnak kitűnni, hogy ne legyenek bullying célpontjai, és úgy érzik, hogy ezt úgy érik el, hogy ha nem átlagosak.
- Azoknak, akik valóban küzdenek valamilyen pszichés/fejlődési zavarral, segíthet, ha megismernek sorstársakat és a videók **csökkenthetik a zavar miatti stigmatizáltság** érzését – főleg, ha a tartalomgyártó híres, sikeres (pl. borderline személyiségzavar, anorexia, Billie Eilish bipoláris).
- A szakértői véleménnyel rendelkező diákok nagyjából **háromféle típusba** sorolhatók: 1) **büszkén felvállalja**, hogy valamivel diagnosztizálták és úgy véli, őt így kell elfogadni, 2) aki **igyekszik titkolni**, hogy valami baja van, még akkor is, ha így elesik kedvezményektől, segítségtől - nekik jók lehetnek a zavarokkal kapcsolatos videók - és 3) aki **hajlamos az öndiagnózisra** - ennek a rétegnek károsak lehetnek ezek a tartalmak.

- Az öndiagnózis mellett az **öngyógyításhoz is kapnak tippeket** az érintettek, és lehet, hogy emiatt kevésbé fordulnak szakszerű segítségért. Az ellátórendszer kapacitáshiányát figyelembe véve azonban lehet, hogy ez **kényszermegoldás** is. A Z-generáció tagjai különösen kevésbé tudnak kivárni, ezért **azonnali válaszokat akarnak** diagnózis és terápia tekintetében is.

A **pszichológiai tartalmakat gyártók felelősségének kérdése** is felmerült: mennyire hitelesek, mi a videó fő célja, üzenete (erre több példa is elhangzott):

- **Videó célja** lehet stigma csökkentése, edukáció, segítségkérésre buzdítás, gyógyulás reményének erősítése, ugyanakkor ellenkező esetben figyelemfelkeltés, sadfishing, terápiás módszer reklámozása.
- Fontos lenne **szabályozni és feltüntetni** (nem csak szóban elmondani), hogy ha nem szakértők beszélgetnek mentális zavarokról és terápiákról podcastokban, videóknak. Hasonlóan ahhoz, hogy ha fizetett reklámot látnak lehetne egy **“nem szakember” gomb**.
- Jó lenne azt is előírni/erősíteni amikor mentális betegség diagnózisáról van szó, hogy ezt valójában csak szakember tudja megállapítani és **forduljon orvoshoz** öndiagnózis helyett.
- Azoknak a híres tartalomgyártóknak, akik nyilvánosan kommunikáltak a betegségükről fontos (lenne) a **gyógyulási folyamatukról** is beszámolni.
- Vannak, akik kifejezetten **veszélyes módszereket** hirdetnek pl. hogyan tudod magad még jobban éheztetni (anorexiánál) vagy az önsértés hatékony módjairól készítenek tartalmakat.
- Szülők részéről kifejezetten **elvárás**, hogy a fiatalokat erősen befolyásoló influenszerek mentális egészségről is kommunikáljanak és segítsenek a fiatalok edukálásában.

7.3.2. A kutatás módszertanával kapcsolatos vélemények

A kutatás módszertanát átgondoltak értékelték a szakértők, de néhány kritikát is megfogalmaztak. Összességében egyetértettek abban, hogy ez egy **jó pilot kutatás, ami további kutatásokat inspirálhat**.

- A kutatás ökológiai validitása nagyobb lenne, ha a vizsgálati személyek olyanok lennének, **akiknek az algoritmus feldobja a videót** - akik érdeklődnek a pszichológia és specifikusan valamilyen probléma/zavar iránt, azokra jobban ill. máshogy hatnak valószínűleg az ilyen tartalmak.
- Nehéz kis hatást kimutatni, ha egészséges (**sine morbo**) a **minta** (ti. ki voltak zárva azok, akik pszichiátriai vagy pszichológiai kezelés alatt állnak) és kevés a válaszadók száma. **Akik eleve szoronganak**, vagy keresik az identitásukat, azokra talán erősebben hatnak a mentális betegségekkel kapcsolatos videók, lsd. például egy korábbi kutatásban a testpozitív videók kevésbé hatottak azokra, akik testképzavarral küzdöttek.
- Jó lenne **klinikai mintán és sine morbo kontrollcsoportban** is elvégezni a kutatást. Ilyen kutatási elrendezés lehetőséget adna annak kimutatására, ha eltérően reagálnak egy-egy tartalomra, előadóra. A betegségben érintettek talán inkább a **hozzájuk hasonló kortársakra**, míg a többiek inkább a **szakértőkre reagálnak** jobban.
- A videók között nincs olyan, ahol **“betegségben érintett kortárs”** lenne az előadó, így csak a többé-kevésbé **szakértői videók hatása** tesztelhető (mert #pszicholány ill. #pszichosrác sem érintettként beszél).
- Érdekes lett volna azt is megnézni, hogy milyen hatást vált ki a követőinél, ha egy **híres influenszer** beszél a videón. A vakcinákkal kapcsolatos nézetek alakulásának példája jól

mutatja, hogy a laikus influenszerek és a szakértők üzenetei sokszor azonos mértékben hatottak.

7.3.3. Kutatási eredmények megvitatása

Cyberbullying: a fiatalok 32,3 százaléka számolt be az online bántalmazás valamely formájáról és 10% tekinthető krónikus áldozatnak – a lányok érintettsége magasabb.

- Nemzetközileg csökkenő trendet lehet látni a HBSC kutatásban a problémás viselkedés, az externalizáló problémák mutatóiban, de - **főleg lányoknál - a mentális egészségmutatók romlanak**, annak ellenére, hogy az objektív életkörülmények javulnak.
- Magyarországon ugyan **egyre több cyberbullying esetről** lehet hallani, de nincsenek megbízható kutatási adatok az elterjedtségéről olyan régóta, hogy igazából (növekvő) trendekről lehessen beszélni.
- Nemzetközi szakirodalomban **nagymintás kutatások eredményei is ellentmondóak** cyberbullying terén pl. nemi különbségekkel kapcsolatosan, óvatosan kell kezelni az ilyen kis minta érintettségi adatait, bár itt eléggé egybevágnak a HBSC adatokkal.

A TikTok platformot (is) használók cyberbullying érintettsége nagyobb és a videókat megbízhatóbbnak ítélik.

- Az internetbiztonsági foglalkozásokon ennek az ellenkezője tapasztalható: úgy tűnik, hogy a **TikTok kezd kimenni a divatból**, és a diákok egyre **kevésbé verhetők át** fake news, deep fake témájú gyakorlatok során.
- A pedagógiai gyakorlatban a diákok információfeldolgozása felszínesnek és kritikátlanak tűnik: ha információra van szükségük **google keresést** használnak, az első három találatot elhiszik, függetlenül az oldal megbízhatóságától és csak a tanári instrukció miatt néznek meg egynél több forrást.
- A **TikTok alulszabályozottsága** sokszor okoz aggodalmat a szülők körében is, így akik ennek ellenére a TikTok-ot használják - főleg tájékozódásra - azoknak a digitális tudatossága alacsonyabb lehet.

A mentális egészségműveltség alacsonyabb szintje a videó tartalmának pontatlanabb feldolgozásával járt együtt ill. többször válaszolták, hogy “már hallottak a VIDZ-ről”.

- Egyetemi hallgatóknál és középiskolában is érezhető, hogy riasztóan könnyen “meghekkkelhető a diákok memóriája”, a **forrásmemória gyengesége** lehet, hogy generációs sajátosság.
- A mentális egészségműveltséget nehéz mérni **betegségleírások megítélésével**, mert a betegségek diagnosztikus kritériumai szakmai körökben is vita tárgyát képezik. A pszichológiai gyakorlatban is sok ellentmondás van kit, milyen kritériumok mentén, hogy diagnosztizálnak, így nem csoda, ha a diákoknak igen kevés biztos tudásuk van ezekről.

Az identitásbuborék megerősítése volt a legerősebb bejósolója az (ál)betegségtudat mértékének ill. az online és az offline élet összemosódásával is ez függ össze.

- Az identitásbuborék fogalma párhuzamba állítható az **internetes kihívásokkal**: az online csoportokban egyre durvább dolgokra veszik rá egymást a tagok, miközben elkeseredetten keresik az identitásukat. Sajnos ez nem áll meg a középiskola végéig, egyetemista korosztályoknál is létezik (Izd. gyógyszeres kihívások), sőt felnőtteknél is (Izd. férfi, akit az AI meggyőzött, hogy az öngyilkosság lehet csak a megoldás a problémájára).
- Az identitásbuborék megerősítése mögött állhat egy **gondolkodásbeli sajátosság**, ami akadályozza az ellentmondó információk befogadását, ráadásul ez átszövődik egyfajta **társas nyomással**. Ezek együttjárhatnak bizonyos személyiségvonásokkal, izgalmas kutatási területnek tűnik és prevenció során is érdemes számbavenni ezt a jelenséget.

7.3.4. Prevenciók javaslatok

- Fontos lenne a **mentális egészségműveltség erősítése pedagógusoknál és szülőknél** is, bár nagyon nehezen megvalósítható a közoktatás jelenlegi körülményei között. Már az is előrelépés, ha a pedagógusok megértik annak a felelősségét, ha diagnózisokkal dobálóznak. A **Kórházsuli Alapítvány** mentális betegségekkel/fejlődési zavarokkal kapcsolatban is tart edukációs-érzékenyítő foglalkozásokat, társasjáték is van hozzá.
- Az **egészségnevelés**, egészségműveltség általában (tehát nem csak a mentális) tananyagga szervezése fontos oktatási téma lenne, hiszen az egészségfejlesztés alapvetően aktív hozzáállást várna a társadalomtól.
- **Médiatudatosság, kritikus gondolkodás** hangsúlyosabban kellene, hogy megjelenjen az iskolában. Ez részben **tantárgyi keretek között** is tanítható (pl. történelemnél a forráselemezés), ami különösen azért fontos, mert külső szervezetek jelenleg csak kivételes esetben jutnak be az iskolákba a Gyermekvédelmi Törvény miatt.
- A kritikai gondolkodást lehet tanítani, de mivel ez **kulturális alappal** is rendelkezik, nehéz, ha amúgy az iskolában, a társadalomban nem erősítjük, sőt elnyomjuk a visszakerdezés lehetőségét, ami pedig fontos képesség.
- A diákok azon hozzáállásán is jó lenne változtatni, hogy **ha valamit nem ért, akkor azt gondolja, hogy "biztos úgy van"**. Az is megfigyelhető a tanórákon, hogy nem mernek válaszolni a diákok, ha nem száz százalékosan biztosak a helyes válaszban.
- A **digitális nevelés** jelen van az oktatásban, de arányaiban elenyésző mennyiségben. A **pedagógusok digitális kompetenciáit** is jó lenne fejleszteni, azonban rajtuk most is már óriási a teher. A digitális műveltség fejlesztése **szülői feladat** is részben pl. hogy működnek az algoritmusok.
- A Z-generációnál már egyértelmű, hogy **összemosódik az online és az offline világ**: „*a gondosan megkomponált, filterezett képről is úgy érzi, hogy ő - hiszen ő van rajta*”. Ezt az idősebbek **problémának címkézik**, de lehet, hogy ez csak a generációk közti természetes különbség.
- Az online és offline világ összemosódása a digitális bennszülötteknél természetes, de ezek **egyensúlyára ill. a határok meghúzására az online térben** is szükség van (pl. mit kivel osztok meg) és ez alól a szülők sem kivételek (Izd. sharenting).
- A **prevenciók programok fejlesztése önmagában** nem megoldás, szükséges ehhez a **megfelelő keretrendszer** kialakítása pl. a prevenciók foglalkozások beillesztése a tantervbe, belső erőforrások felhasználása, hogy legyen idő, energia a programok megvalósítására.

8. Szakmai javaslatok

Kutatásunk **felderítő** jellegű, az online tapasztalatok szerepéről mentális (ál)betegségtudat kialakulásában először készült vizsgálat. Kisebb mintán, de kvantitatív és kvalitatív módszerekkel is gyűjtöttünk adatokat, amelyek iránymutatóak lehetnek, de a következtetések levonásánál azért mindig óvatosnak kell lennünk.

A tanulmány zárásaként **két irányba** teszünk kitekintést: (1) Egyrészt megpróbáljuk rendszerezni a szakirodalom és kutatásunk eredményeit, következtetéseit, és megfogalmazni saját álláspontunkat arról, hogy mit is jelent az online sérülékenység, hogy illeszkedik ebbe az (ál)betegségtudat kialakulása, ami **további kutatások** szempontjából releváns. (2) Másrészt a gyakorlat szempontjából fontos **prevenációs javaslatainkat** fogalmazzuk meg elsősorban a kutatás keretében megvalósított csoportfoglalkozások tapasztalataiból és a szakértői fókuszcsoportok véleményéből kiindulva.

8.1. Kitekintés az online sebezhetőség kutatásához

Hova helyezhető el tehát a mentális betegségekre vonatkozó megtévesztő edukációs (TikTok) videók fogyasztása és az ehhez kapcsolódó öndiagnózis a különböző internetes veszélyforrások ill. online sebezhetőség témakörében?

A jelentős mennyiségű **képernyőidő** megnöveli az online sebezhetőséget, de kérdés, hogy mi számít már kockázatos mennyiségnek, eltér-e ez a határ a különböző problémáknál ill. mennyire érdemes a 14 év felettiéknél még mennyiségi mutatókban gondolkodni?

A különböző internetes veszélyek eltérő mértékben kapcsolódnak a különböző **internetes tevékenységekhez**, így az, hogy mit csinál a gyermek/fiatal amikor „mobilozik”, jelentősen befolyásolja, hogy milyen sérülés kockázatának van kitéve (bár adathalászat, vagy online család áldozatává bárki válhat és bármelyiknél kialakulhat függőség):

- Aki főleg **videójátékokkal** játszik, azoknál a **videójáték-függőség** veszélye nő meg, illetve, ha másokkal együtt játszik és interakcióba lép, akkor ki van téve az **online bántalmazás** és (ha ismeretlenekkel is kommunikál) a **behálózás** veszélyének is.
- Aki elsősorban **filmeket, videókat néz**, az könnyen találkozhat **veszélyes tartalmakkal** (erőszakos, pornográf oldalakkal), **álhírekkel**, de a **testképzavar** kialakulásával is összefüggenek pl. azok a videók, amelyek irreális testideálokat mutatnak be, vagy extrém diétákat népszerűsítnek.
- A **közösségi média** (ezen belül esetleg bizonyos platformok?) használata fokozza legszélesebb körben az online sérülékenységet, hiszen összefügg az **online bántalmazással**, a **behálózással**, valamint **testképzavart** erősítő ill. **álhíreket** terjesztő videókkal is könnyedén találkozhatnak a közösségi oldalakon a felhasználók, továbbá az ún. **problémás közösségi média használat** is egyfajta digitális függőség.

Vannak olyan tényezők, amelyek az **online sebezhetőség közös háttereként** azonosíthatók gyermekeknél/ fiataloknál, mert rendre megjelennek a cyberbullying, a digitális függőségek, a testképzavar, az álhíreknek való bedőlés... rizikóiként a kutatásokban (Davidson és Martellozzo, 2013; Buglass és mts., 2017; Jármí és Várnai, 2023): **internetbiztonsági**

ismeretek hiánya, mentális egészségi problémák: depresszió, szorongás, **alacsony önértékelés** és önbizalom: nem tudnak ellenállni a kihasználásnak vagy a manipulációnak, **szociális izoláció:** akik kevesebb offline kortárs-kapcsolattal rendelkeznek, több kapcsolatot keresnek az interneten, **alacsony szülői felügyelet** és alacsony észlelt szülői támogatás.

Vannak olyan rizikók, amelyek jobban kapcsolódnak egy-egy internetes kockázathoz ill. online tevékenységhez, így **specifikusabb rizikónak** tekinthetők (néhány példa a teljesség igénye nélkül): **impulzivitás, kontrollvesztés:** növeli a digitális függőségek kialakulásának kockázatát és a durva kommunikáció, az online bántalmazás előfordulását videójáték vagy közösségi média használata során; **szociális motiváció:** a csoporthoz való tartozás vágya ill. szociális nyomásnak való ellenállás képtelensége növeli az álhírek elfogadását és az online bántalmazást a közösségi médiában; **agresszív viselkedésre hajlamosító személyiségvonások:** erőteljes versengés, magas dominancia-igény, alacsony empátia az online bántalmazás rizikói.

A mentális betegségeket megtévesztően bemutató videók hatására fellépő **(ál)betegség tudat és öndiagnózis** kockázata, mint az **online sebezhetőség egyik aspektusa**, az **álhírek** elfogadásához és a **testképzavarhoz** hasonlóan részben a **közösségi média** használatához kötődik, részben a **videónézéshez, fiúkra és lányokra** ugyanakkora kockázatot jelent, az online sebezhetőség korábban felsorolt **általános rizikóival** rendelkezhet, és háttérben specifikusan az **identitásbuborék megerősítése** állhat, amely **információs elfogultságot** eredményez a közösségi platformon található, illetve az egyén online közösségében megosztott tartalmak megbízhatóságával kapcsolatosan, és erősíti ezek identitásképző hatását, továbbá szerepet játszhat még az **információfeldolgozás mélységét** meghatározó kognitív képességek, kognitív stílus, érdeklődés, előzetes tudás...

Kutatásunkban csak részben tudtuk a fenti állításokat megvizsgálni, ezért szükség lenne olyan átfogó, reprezentatív mintán készült kutatás(ok)ra, amelyben az online tevékenységeket és tapasztalatokat az **online sebezhetőség több/minden aspektusából** mérjük, és az általános rizikók megerősítésén túllépve figyelmünket egyre inkább a **specifikus rizikótényezők** felé fordítjuk.

A mentális betegségek öndiagnózisának témakörében is érdemes lenne **folymtatni a kutatást** nagyobb, és földrajzi szempontból (is) **heterogén** mintán, amelyben nem csak egyetemisták vesznek részt a 18-30 év közötti korcsoportban ill. amelybe **pszichés betegséggel** küzdő, sérülékenyebb fiatalokat is be lehet vonni. Hasznos lenne **más álbetegségekkel** is kísérletezni, továbbá nem csak (ál)szakértő előadókkal, hanem **hírességekkel** ill. **kortárs (ál)érintettekkel** készített videók hatását is mérni. A „becsapás” miatt kialakuló stresszt mindenképpen csökkenteni kell, a **negatív érzések ventillálására** lehetőséget kell adni még az idősebb korosztálynak is, de különösen a sérülékenyebb csoportoknak.

8.2. Javaslatunk az online sebezhetőség ill. az öndiagnózis prevenciójához

8.2.1. Digitális nevelés

A mentális betegségek öndiagnózisának prevenciójánál az online sebezhetőség prevenció irányjaiból indulhatunk ki, amely elsősorban a **digitális írástudás fejlesztésére** épít: a biztonságos internethasználat része a **digitális tudatosság** növelése az internet működésével, veszélyeivel és az önvédelem lehetőségeivel kapcsolatban, de ide tartozik a **médiaértés** is. A tartalomgyártás mozgatórugóiról, az influenzaszerek világáról szóló előadások, de főleg az interaktív foglalkozások könnyen megszólítják a diákokat és örömmel teszik magukat próbára pl. álhírek felismerését vagy „kattintásvadász” tartalmak azonosítását igénylő feladatokban. Ilyen foglalkozásokat a **tantervbe építve**, külső erőforrások bevonása nélkül kellene – a jelenleginél sokkal nagyobb számban – tartani, de ehhez szükséges a **megfelelő keretrendszer** kidolgozása, a feltételek biztosítása a köznevelés, szakképzés, sőt akár a felsőoktatás területén is.

A **pedagógusok digitális kompetenciájának** fejlesztése mellett erősíteni kell **önbizalmukat**, hogy ki merjenek lépni komfortzónájukból és úgy kísérjék a diákokat a digitális térben a fejlődés útján, hogy ők maguk is csak mérsékelten tudnak tájékozódni. Ennek a **kísérő szerepnek a felvétele** és az online viselkedés tekintetében (is) jelentős **generációs különbségek elfogadása** olyan kihívást jelent a digitális bevándorlók korosztályába tartozó pedagógusoknak, amivel számolni kell az oktatásfejlesztés, illetve a pedagógusok továbbképzései során.

Kutatásunk csoportfoglalkozásain is megjelent az a gyakori tereptapasztalat, hogy a diákok **ismerni vélik** az általuk használt platformokat pusztán arra alapozva, hogy már egy ideje használják, és nem szembesültek tájékozatlanságukkal. Közelebbről szemügyre véve és próbára téve tudásukat azonban kiderül, hogy rengeteg funkcióját nem ismerik (mert még soha nem keresték azt), és nincsenek tisztában a működésével (mert még soha nem gondolkodtak el a miérteken). A prevenció foglalkozások **legjobb felütése ezért az, ha a diákok egyértelműen szembesülnek hiányosságaikkal anélkül, hogy emiatt szégyenkezniük kellene**. A kutatásban alkalmazott „becsapás” változóan működött: néha beindította a diákokat, máskor azonban védekezésre készítette őket. Nehéz jól bemérni egy-egy diákcsoporthoz a teherbírását, és megjósolni, hogy mennyi provokáció hat már motiválóan anélkül, hogy ellenállást váltana ki. A foglalkozásvezető ítéletmentes attitűdje, nyitottsága, őszinte kíváncsisága és homlokzatvédő megnyilvánulásai mind szükségesek ahhoz, hogy a diákok be merjenek vonódni digitális önvédelmüket próbára tevő helyzetekbe. Az érzelmeket is megmozgató tapasztalati tanulás sokkal hatékonyabb, mint az ismeretek bővítését célzó oktatás.

A **TikTok** kiemelt figyelmet érdemel témánk szempontjából, mert **a platformot népszerűvé tevő sajátosságai egyben felhasználóik sérülékenységét is fokozzák**: a 15mp-3perc rövidegű videókat sokféle effekttel lehet ellátni, így kreatív megjelenésük (mégsem olyan túlszerkesztettek, mint az Instagram tartalmai), gyors fogyasztást és az ismétlés lehetőségét egyaránt kínálják. A TikTok virális potenciálja óriási, mert algoritmusai rendkívül gyorsan tanul és agresszív, a közösségi interakciók funkciói pedig igen intenzívek, ezzel közösségi élményt

nyújtanak. Így a platform mellett, hogy különösen **addiktív, az online bántalmazás** szempontjából is komoly rizikót jelent. A gyorsan kialakuló ún. TikTok trendek nagy szociális nyomást is helyeznek a felhasználókra, amely hozzájárul ahhoz, hogy az algoritmus által személyre szabott tartalmak – legyenek akár **álhírek** vagy megtévesztő „edukációs” videók – ne csak mennyiségi, hanem érzelmi szempontból is eláraszzák a felhasználókat.

A digitális nevelés során hasznos lenne a véleménybuborék jelensége mellett az **identitásbuborék fogalmával** is megismertetni a diákokat, izgalmas felismerése lehet a serdülőknek, hogy az algoritmus mellett ők maguk hogyan és (pszichológiai szempontból) miért járulnak hozzá ahhoz, hogy szűrt/torzított információhoz jussanak hozzá. Ha megértik az identitásbuborék előnyei mellett a hátrányait is, az segíthet az információs elfogultság csökkentésében, de legalábbis tudatosításában.

Jó lenne, ha többet tudnánk építeni a szülőkre gyermekük digitális nevelése kapcsán, de ezen a téren ők maguk is (a pedagógusokhoz hasonlóan) támogatásra szorulnak. Fontos terepe lehet ennek a **képernyőidő korlátozásával** kapcsolatos dilemmák és nehézségek, bár a 14 év felettieknél (célcsoportunk tagjainál) egyre inkább az **ön szabályozásra** kell alapozni. Jobban ki lehetne tehát aknázni az online-offline világban egyensúlyt tartó, maguknak határokat szabó **kortársak pozitív hatását**, akik modellként szolgálhatnak és közvetlenül is segíthetik társaikat pl. sikeres technikáik bemutatásával.

8.2.2. A kritikus gondolkodás fejlesztése

Szakértői fókuszcsoportunk minden tagja egyetértett abban, hogy a Z-generációnál különösen fontos, az internetbiztonság témáján is messze túlmutató feladat a **kritikus gondolkodás fejlesztése**. Sok aggasztó példát hallhatunk tőlük ill. kutatási eredményeink is arra utalnak, hogy a Z-generáció tagjait jellemző korlátozott figyelem, az analitikus gondolkodásmód hiánya, az érdeklődés és erőfeszítés hiánya a csak később hasznosítható ismeretek irányába gyakran okoz felszínes információfeldolgozást, heurisztikákra való támaszkodást az online tartalmak fogyasztása során (is). „**Nem igazán értem, de nem is érdekel, biztos igaz, ha annyit/úgy hallom, hogy emlékszem rá**” típusú hozzáállás általános pedagógiai probléma, mint ahogy a visszakérdézt, a vitatkozást, a véleményformálást, vagyis a kritikus gondolkodást is minden tantárgy keretében, az egész iskolában és a társadalom más szinterein is támogatni és tanítani kellene.

A médiatudatossághoz kapcsolódik a **társas-érzelmi készségek fejlesztése** is, hiszen ezek hozzájárulnak ahhoz, hogy az egyén képes legyen szándékokat tulajdonítani (a tartalomgyártónak), azonosítani (a tartalom által kiváltott) érzelmeket, és felismerni a manipulációt az online ill. offline térben. Az érzelmi intelligencia fejlődésére leginkább a családi tényezők hatnak, ezért ebben a **szülők felelőssége** elsődleges, ám az óvodának, iskolának jelentős kompenzációs funkciója lehet(ne) azoknál, akik családi szocializációja ezen a téren hiányos.

8.2.3. A mentális egészségműveltség fejlesztése

Az egészségműveltség az egészségi állapot fontos meghatározója. Sok egészséget támogató ill. károsító magatartás alapja az iskoláskorban formálódik, ezért az egészségnevelés vagy

egészségfejlesztés (health promotion), mint tantárgy bevezetése régóta vita a közoktatási és az egészségügyi dolgozók között. Az egészségfejlesztés maga az folyamat, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy növeljék egészségük feletti kontroll érzésüket és javítsák azt.

A testi egészség témája előkerül ugyan tantárgyakba ágyazva (pl. természetismeret, biológia), de a **mentális egészségről** nagyon kevés rendszerezett ismeret kerül átadásra, az iskolán kívülről érkező kezdeményezések (pl. UNICEF Lélekemelő Program, SuliNyugi Program, Boldogságóra...) pedig csak esetlegesen és rövid időre tudnak megjelenni egy intézmény falain belül, így nem igazán tudnak valóban beleszövődni a pedagógusok, diákok mindennapjaiba.

A diákok mellett a **pedagógusok mentális egészségműveltsége** is fejlesztésre szorul: legtöbbször csak felületes ismeretekkel rendelkeznek a fejlődési zavarokról ill. a pszichés problémákról, ezért időnként alul-, máskor túldiagnosztizálják a gyerekeket (és a szüleiket...). Nagy feladat hárul így az **iskolapszichológusokra**, akik egy-egy eset kapcsán jelentősen hozzá tudnak járulni a pedagógusok ismereteinek gyarapításához, mert kifejezetten erre a témára (legjobb tudásunk szerint) nem elérhető ismeretterjesztő ill. társadalmi érzékenyítést végző szervezet. Legtöbbször a szülők, vagy a pedagógusok is az interneten próbálnak utánajárni, hogy mit jelenthet egy hallott diagnózis, a fiatalabb korosztálynál ez a keresés jobb esetben az AI, rosszabb esetben a közösségi oldalak segítségével történik. Fontos lenne tehát a mentális betegségekkel kapcsolatban életkorhoz igazított, hiteles, támogató hangvételű és a gyógyulásra is fókuszáló ismereteket elérhetővé tenni a diákok számára.

Kutatásunk csoportfoglalkozásain gyakran elhangzott, hogy „semmit nem tud a pszichológiáról és nem érdekli a pszichológia”. A mentális egészségfejlesztés terén is hasznos megközelítés az érzelmeket is bemozgató tapasztalati tanulás lehetőségének kínálása. A csoport teherbírásának pontos felmérése után vagy hírességekből, filmekből kiindulva lehet megtárgyalni egy-egy betegséget pl. étkezési zavarokat, hangulati zavarokat, pánikbetegséget, PTSD-t..., vagy itt is ki lehet használni a „becsapások” erejét és észlelési illúziók, emlékezeti torzítások, vagy érzelemvezérelt döntések saját élményének segítségével demonstrálni azt a helyzetet, amikor valaki „nem ura magának”. A mentális egészségműveltség fejlesztése abban is segít, hogy empátikusak legyünk másokkal és érdemi párbeszédnek alakuljanak ki a lelki zavarokról.

9. Ábrák jegyzéke

1. ábra: Életkor eloszlása a teljes mintán ill. az egyes almintákban.....	10
2. ábra: A képernyőidő és a videónézés idejének eloszlása a teljes mintán.....	12
3. ábra:A képernyőidő és a videónézés idejének eloszlása iskolatípusonként.....	12
4. ábra: VIDZ-jellemzők elfogadásának átlaga iskolatípusonként.....	13
5. ábra: Identitásbuborék megerősítése alskáláinak (SZA: szociális azonosulás, HOM:homofília, INTOR: információs torzítás) és a teljes skála átlagpontszámának eloszlása.....	14
6. ábra: Identitásbuborék teljes skála és az információs elfogultság alskála átlagpontszámai iskolatípusonként.....	14
7. ábra: Megállapítási bizonyosság iskolatípusonként ill. valótlan/valós betegségek elutasítása nemenként	15
8. ábra: A videók és az előadók megítélése 4-4 szempont mentén iskolatípusonként.....	16
9. ábra: Videók összértékelése #pszichosrac, #draandrásikároly, #pszicholány mentén.....	16
10. ábra: Az (ál)betegségtudat képzett skála összesített pontszámának eloszlása a mintán	17
11. ábra: Az (ál)betegségtudat összetevőinek mintázata iskolatípusonként.....	18
12. ábra: Az ordinális logisztikus regressziós elemzés eredményei, függő változó az (ál)betegség skála pontszáma 0-7 között.....	19
13. ábra: Az előadóval kapcsolatos válaszok kategóriái	29
14. ábra: A videóval és a személyes érdeklődéssel kapcsolatos válaszok kategóriái	31

10. Irodalomjegyzék

Atkinson, D. R. (1983). Ethnic similarity in counseling psychology: A review of research. *The Counseling Psychologist*, 11(3), 79-92.

Aggarwal, A., Maurya, K., & Chaudhary, A. (2020). Comparative study for predicting the severity of cyberbullying across multiple social media platforms. In 2020 4th International Conference on Intelligent Computing and Control Systems (ICICCS) (pp. 871-877). IEEE.

Agrawal, S., & Awekar, A. (2018). Deep learning for detecting cyberbullying across multiple social media platforms. In European conference on information retrieval (pp. 141-153). Cham: Springer International Publishing.

- Barus, O. P., Lauwren, K., Pangaribuan, J. J., & Romindo. (2023). Implementation of the Naive Bayes Algorithm to Predict the Safety of Heart Failure Patients. *IAIC International Conference Series*, 4(1), 172–177.
- Boyd, D. (2007). Why Youth (Heart) Social Network Sites: The Role Of Networked Publics In Teenage Social Life. In *MacArthur foundation series on digital learning, Youth, Identity, And Digital Media Volume* (pp. 119-142).
- Braun, Virginia and Clarke, Victoria (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). pp. 77-101
- Bronstein, M., Pennycook, G., Bear, A., Rand, D., & Cannon, T. (2018). Belief in Fake News Is Associated with Delusionality, Dogmatism, Religious Fundamentalism, and Reduced Analytic Thinking. *CSN: Religion (Sub-Topic)*.
- Buglass, S. L., Binder, J. F., Betts, L. R., & Underwood, J. D. (2017). Motivators of online vulnerability: The impact of social network site use and FOMO. *Computers in Human Behavior*, 66, 248-255.
- Carcelén-García, S., Díaz-Bustamante Ventisca, M., & Galmes-Cerezo, M. (2023). Young People's Perception of the Danger of Risky Online Activities: Behaviours, Emotions and Attitudes Associated with Their Digital Vulnerability. *Social Sciences*, 12(3), 164.
- Ceritli, U. and Bal, P., N. (2017), "Lise Öğrencilerinde Bağlanma Stillerinin Problemli İnternet Kullanımına Etkisi", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Vol.10, N.50, pp.475-483.
- Chen, W., Zheng, Q., Liang, C., Xie, Y., & Gu, D. (2020). Factors influencing college students' mental health promotion: the mediating effect of online mental health information seeking. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4783.
- Christensen, H., & Griffiths, K. (2000). The Internet and mental health literacy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(6), 975-979.
- Davidson, J., & Martellozzo, E. (2013). Exploring young people's use of social networking sites and digital media in the internet safety context: A comparison of the UK and Bahrain. *Information, Communication & Society*, 16(9), 1456-1476.
- Furnham, A., & Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology*, 7(4), 240-257.
- Giles, D. C., & Newbold, J. (2011). Self-and other-diagnosis in user-led mental health online communities. *Qualitative health research*, 21(3), 419-428.
- Gowen, L. K. (2013). Online Mental Health Information Seeking in Young Adults with Mental Health Challenges. *Journal of Technology in Human Services*, 31(2), 97–111.
- Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2000). Quality of web based information on treatment of depression: Cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321, 1511–1515.

Hamid A, Furnham A (2013) Factors affecting attitude towards seeking professional help for mental illness: a UK Arab perspective. *Ment Health Relig Cult* 16(7):741–758

Hocevar, K. P., Flanagan, A. J., & Metzger, M. J. (2014). Social media self-efficacy and information evaluation online. *Computers in Human Behavior*, 39, 254–262.

Howe, N.; Strauss, W. (2000): *Millennials Rising: The Next Great Generation*. Knopf Doubleday Publishing Group.

Íplikçi, H. G., & Batu, M. *New Media Disorders: A Different Approach to New Generation on Media*. BİDGE Yayınları, 121.

ipsos.com (2020): Komolyan veszik a koronavírus kockázatait, és óvatosak a magyarok. <https://www.ipsos.com/hu-hu/komolyan-veszik-koronavirus-kockazatait-es-ovatosak-magyarok>

Jármí, É., Várnai, D. (2023) Online platformok és a bullying megjelenési formái <https://onlineplatformok.hu/cikk/online-platformok-es-a-bullying-megjelenesi-formai>

Jorm, A. F. (2015). Why we need the concept of “mental health literacy”. *Health Communication*, 30(12), 1166-1168.

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186.

Kaakinen, M., Sirola, A., Savolainen, I., & Oksanen, A. (2018). Shared identity and shared information in social media: development and validation of the identity bubble reinforcement scale. *Media Psychology*.

Kassamali, B., Villa-Ruiz, C., Mazori, D. R., Min, M., Cobos, G. A., & LaChance, A. H. (2021). Characterizing top educational TikTok videos by dermatologists in response to “TikTok and dermatology: An opportunity for public health engagement”. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(1), 27-28.

Khazaal, Y., Chatton, A., Cochand, S., Hoch, A., Khankarti, M. B., Khan, R., & Zullino, D. F. (2008). Internet use by patients with psychiatric disorders in search for general and medical informations. *Psychiatric Quarterly*, 79, 301–309.

Khazaal, Y., Chatton, A., Cochland, S., & Zullino, D. (2008). Quality of web-based information on cocaine addiction. *Patient Education and Counseling*, 72, 336–341.

Khan, A., Moni, M., Khan, S., & Burton, N. (2022). Different types of screen time are associated with low life satisfaction in adolescents across 37 European and North American countries. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51, 918 - 925.

Koivula, A., Kaakinen, M., Oksanen, A. & Räsänen, P. (2019), The Role of Political Activity in the Formation of Online Identity Bubbles. *Policy & Internet*, 11: 396-417.

Koronczai, B., Király, O., Horváth, Zs., Paksi, B. & Demetrovics, Zs. (2023a) Online platformok/közösségi média, addiktív zavarok <https://onlineplatformok.hu/cikk/az-online-platformok-es-a-kozossegi-media-okozta-fuggoseg-ii>

Koronczai, B., Zsila, Á., Paksi, B., & Demetrovics, Zs. (2023b) Énkép és a közösségi média <https://onlineplatformok.hu/cikk/az-enkep-kialakulasa-masolasa-es-a-kozossegi-media>

Kozlova, I. (2023). Adolescents and violent extremism in the online space. *Sociology and Law*.

Lénárd, A. (2015). A digitális kor gyermekei. *Gyermeknevelés Tudományos Folyóirat*, 3(1), 74–83.

Livingstone, S. (2013). Online risk, harm and vulnerability: Reflections on the evidence base for child Internet safety policy. *Journal of Communication Studies*, 18(35), 13-28.

Livingstone, S., & Smith, P. K. (2014). Annual research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 635-654.

Livingstone, S. (2013). Online risk, harm and vulnerability: Reflections on the evidence base for child Internet safety policy. *Journal of Communication Studies*, 18(35), 13-28.

Livingstone, S., & Smith, P. K. (2014). Annual research review: Harms experienced by child users of online and mobile technologies: The nature, prevalence and management of sexual and aggressive risks in the digital age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(6), 635-654.

Mahmoodi, S. M. H., Ahmadzad-Asl, M., Eslami, M., Abdi, M., Hosseini Kahnamoui, Y., & Rasoulilian, M. (2022). Mental health literacy and mental health information-seeking behavior in Iranian university students. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 893534.

McCashin, D., & Murphy, C. M. (2023). Using TikTok for public and youth mental health—A systematic review and content analysis. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(1), 279-306.

Memon, A. A., Vrij, A., & Bull, R. (2003). *Psychology and law: Truthfulness, accuracy and credibility*. John Wiley & Sons.

Nagy, Á., & Fekete, M. (2020). OK, Zoomer-a digitális tanulás problémái. *Opus et Educatio*, 7(3).

Németh Á., Költő A. (2014) *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban; HBSC; Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2016; ISBN 978 615 80422 0 8*

Németh, Á. (2007). Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. *Gyógypedagógiai Szemle*, 1, 1-11.

Nguyen, H., & Diederich, M. (2023). Facilitating knowledge construction in informal learning: A study of TikTok scientific, educational videos. *Computers & Education*, 205, 104896.

Petrofes, C., Howard, K., Mayberry, A., Bitney, C., & Ceballos, N. (2022). Sad-fishing: Understanding a maladaptive social media behavior in college students. *Journal of American college health*, 1-5.

Pierson, J. (2012). Online privacy in social media: a conceptual exploration of empowerment and vulnerability. *Communications & strategies*, (88), 99-120.

- Powell, J., & Clarke, A. (2006). Internet information-seeking in mental health: population survey. *The British Journal of Psychiatry*, 189(3), 273-277.
- Prajda, A., & Jagodics, B. (2022). A cyberbullying vizsgálata egyetemi hallgatók körében a kiégés és az önértékelés tükrében. *Iskolakultúra*, 32(2), 21-42.
- PrakashYadav, G., & Rai, J. (2017). The Generation Z and their social media usage: A review and a research outline. *Global journal of enterprise information system*, 9(2), 110-116.
- Prensky, M. (2001). *Digital Natives, Digital Immigrants*. On the Horizon, NCB University Press, 9/5. <https://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>
- van Prooijen, J.-W., & van Vugt, M. (2018). Conspiracy theories: Evolved functions and psychological mechanisms. *Perspectives on Psychological Science*, 13(6), 770–788
- Ramadhani, A. P., Putri, C. E., & Hamzah, R. E. (2022). Trends of Sadfishing Phenomenon and Disappearance of Self-Privacy on Social Media TikTok. *Journal of Social Political Sciences*, 3(3), 291-303.
- Reavely, N. J., & Jorn, A. F. (2011). The quality of mental disorder websites: A review. *Patient Education and Counseling*, 85, e16–e25.
- Reuters News Report (2022): <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/digital-news-report/2022> és <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/digital-news-report/2022/hungary>
- Ryan, A., & Wilson, S. (2008). Internet healthcare: do self-diagnosis sites do more harm than good?. *Expert opinion on drug safety*, 7(3), 227-229.
- Ságvári, B. (2008) Az IT-generáció – Technológia a mindennapokban: kommunikáció, játék és alkotás. Új Ifjúsági Szemle VI/4. 47-57. http://www.ifjusagugy.hu/uszi_kotetek/UISZ-21.pdf
- Seemiller, C., & Grace, M. (2015). *Generation Z Goes To College*. Wiley
- Seemiller, C., & Grace, M. (2017). Generation Z: Educating and Engaging the Next Generation of Students. *About Campus*, 22(3), 21–26. doi:10.1002/abc.21293 Elérhető online: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1002/abc.21293?casa_token=uM514btsIKsAAAAA:uwLiu6CaSpCdffNW1Juaocxdb6VM3s4BWL4l5TkktGaTP2bW12tJpoBLYdiJvDKI6pH9RiPJJJeU
- Syah, R. J., Nurjanah, S., & Mayu, V. P. A. (2020). Tikio (TikTok app educational video) based on the character education of newton's laws concepts preferred to learning for generation Z. *Pancaran Pendidikan*, 9(4).
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European.(2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Tari, A. (2011). *Z generáció*. Budapest: Tericum Kiadó Kft.

Tessényi, J. (2024). Egyetemisták médiahasználati szokásainak vizsgálata= Examination of university students' media usage habits. GRADUS, 11(1).

Várnai, D. (2019) A kortársbántalmazás (bullying) egészségmagatartási és egészségpszichológiai kontextusban. Tézisfüzet, ELTE PPK Pszichológia Doktori Iskola

Vazire, S., Schiavone, S. R., & Bottesini, J. G. (2022). Credibility beyond replicability: Improving the four validities in psychological science. *Current Directions in Psychological Science*, 31(2), 162-168.

Verloigne, M., Lippevelde, W., Bere, E., Manios, Y., Kovács, É., Grillenberger, M., Maes, L., Brug, J., & Bourdeaudhuij, I. (2015). Individual and family environmental correlates of television and computer time in 10- to 12-year-old European children: the ENERGY-project. *BMC Public Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2276-2>.