

dc_310_11

AKADÉMIAI DOKTORI ÉRTEKEZÉS

Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó- és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében

Dr. PIKÓ BETTINA

Szeged, 2012

TARTALOMJEGYZÉK

I. A dolgozat témájának bemutatása, problémafelvetés.....	5
II. BEVEZETÉS.....	8
II. 1. A társadalomlélektan jelentősége az ifjúságkutatások számára.....	8
II. 1.1. Társadalomlélektan: kísérlet a psziché társadalmi befolyásoltságának megértésére.....	8
II. 1.2. Az alkalmazott társadalomlélektan jelentősége az egészségpszichológia számára.....	11
II. 1.3. A modernizáció és a fogyasztói kultúra társadalomlélektana.....	12
II. 1.4. A társadalmi egyenlőtlenségek megélése a modern társadalomban.....	15
II. 1.5. Az adolescencia a (poszt)modern társadalomban.....	18
II. 2. Ifjúkori problémaviselkedés a rizikó- és protektív elmélet tükrében.....	20
II. 2.1. Problémaviselkedés és serdülőkor.....	20
II. 2.2. Rizikó- és protektív elmélet.....	23
II. 2.2.1. A depressziós tünetegyüttes rizikó- és protektív tényezői.....	24
II. 2.2.2. A kontroll helyének szerepe a szerfogyasztás rizikó- és protektív struktúrájában.....	27
II. 2.2.3. Az externalizáló problémaviselkedés rizikó- és protektív tényezői.....	29
II. 2.2.4. Az ún. mértékadó (“authoritative”) nevelési stílus, mint protektív faktor.....	31
II. 2.3. Rizikópercepció és problémaviselkedés.....	33
II. 2.4. Motiváció és problémaviselkedés.....	35
II. 3. Pozitív pszichológia: válasz a modern társadalom kihívásaira.....	39
II. 3.1. A pozitív pszichológiai irányzat „születése” és meghatározása.....	39
II. 3.2. A pozitív pszichológia alapelemei: Az ún. humán erények.....	43
II. 3.3. A jóllét és az étellel való elégedettség pozitív pszichológiája és az értékek kulturális relativitása.....	49
II. 3.4. A társadalmi egyenlőtlenségek pszichológiája az értékek tükrében.....	51
II. 3.5. Pozitív fejlődépszichológia: A serdülőkor pozitív erőforrásai.....	54
II. 4. A vallás/spiritualitás mint védőfaktor komplex megközelítése a társadalomlélektan és a pozitív pszichológia tükrében.....	59
II. 4.1. Vallás és spiritualitás értelmezése.....	59
II. 4.2. A valláspszichológiától a vallás pozitív pszichológiai megközelítéséig.....	61
II. 4.3. A serdülőkori vallásosság/spiritualitás pozitív szempontú fejlődépszichológiája.....	62
II. 4.4. A fiatalok vallásossága: magatartás-epidemiológia.....	63
II. 4.5. A vallás/spiritualitás egészségpszichológiája.....	65
II. 4.5.1. Vallás és egészség.....	65
II. 4.5.2. Vallás és lelki egészség.....	66
II. 4.5.3. A vallás és az egészség kapcsolatának hatásmechanizmusai.....	67
II. 4.6. A vallásosság/spiritualitás mint védőfaktor serdülőkorban.....	68
III. EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK.....	71
III. 1. SZEGEDI-BIRMINGHAMI (USA) IFJÚSÁGKUTATÁS 2000.....	71
III.1.1. Célkitűzések.....	71
III.1.2. Minta és módszerek.....	71
III.1.3. Eredmények és megbeszélések.....	73
III.1.3.1. A serdülőkori depressziós tünetegyüttes előfordulása a rizikó- és protektív elmélet tükrében a szegedi fiatalok körében.....	73
Összegzés.....	80
III.1.3.2. Egészségkockázati magatartásformák összehasonlítása a vizsgált magyar és amerikai mintában.....	81
Összegzés.....	83
III.1.3.3. Az externalizáló problémaviselkedés rizikó- és protektív struktúrája amerikai-magyar összehasonlításban.....	84
Összegzés.....	85
III. 2. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001.....	90
III.2.1. Célkitűzések.....	90
III.2.2. Minta és módszerek.....	90

III.2.3. Eredmények és megbeszélések.....	92
III.2.3.1. Serdülők értékorientációja és egészségmagatartása.....	92
Összegzés.....	96
III.2.3.2. Unalom vagy stresszoldás? Serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációi.....	98
Összegzés.....	100
III. 3. KULTÚRAKÖZI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001.....	103
III.3.1. Célkitűzések.....	103
III.3.2. Minta és módszerek.....	103
III.3.3. Eredmények és megbeszélések.....	105
III.3.3.1. Kockázatesztelés serdülőkorban: A sérthetlenség illúziója vagy józan előrelátás?.....	105
Összegzés.....	110
III.3.3.2. Az egészségmagatartás koherenciájának vizsgálata a magyar mintában.....	112
Összegzés.....	115
III.3.3.3. A serdülőkori dohányzás egyéni és társas befolyásoló tényezőinek kultúraalapú elemzése.....	116
Összegzés.....	119
III. 4. DÉL-ALFÖLDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2004.....	123
III.4.1. Célkitűzések.....	123
III.4.2. Minta és módszerek.....	123
III.4.3. Eredmények és megbeszélések.....	126
III.4.3.1. A társadalmi helyzet objektív és szubjektív mutatói, és a serdülők lelki egészsége és egészségmagatartása közötti összefüggések vizsgálata.....	126
Összegzés.....	129
III.4.3.2. Az anyagi beállítódás összefüggésének vizsgálata a fiatalok étellel való elégedettségével.....	135
Összegzés.....	138
III.4.3.3. Fiatalok értékorientációja és összefüggése a sportolási aktivitásukkal.....	138
Összegzés.....	141
III. 5. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2008.....	142
III.5.1. Célkitűzések.....	142
III.5.2. Minta és módszerek.....	142
III.5.3. Eredmények és megbeszélések.....	145
III.5.3.1. Szülői és iskolai védőfaktorok jelentősége a serdülők szerfogyasztásában.....	145
Összegzés.....	146
III.5.3.2. Egyéni, szülői és iskolai védőfaktorok jelentősége a serdülők depressziós tünetegyüttesében.....	148
Összegzés.....	150
III.5.3.3. Gazdagság egyenlő boldogság? Serdülők pszichikai egészsége a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében.....	155
Összegzés.....	157
III.5.3.4. Társadalmi egyenlőtlenségek a serdülőkori depresszióban: Mediátor tényező-e a társas támogatás és az optimizmus?.....	160
Összegzés.....	164
III. 6. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2010.....	167
III.6.1. Célkitűzések.....	167
III.6.2. Minta és módszerek.....	167
III.6.3. Eredmények és megbeszélések.....	169
III.6.3.1. A külső/belső kontroll és a serdülőkori szerfogyasztás összefüggésének egészségpszichológiai jelentősége.....	169
Összegzés.....	173
III.6.3.2. A fiatalok mentális egészsége a spirituális jóllét mutatóinak tükrében.....	175
Összegzés.....	177

III.6.3.3. Spiritualitás, vallásosság és az alkoholfogyasztás összefüggései középiskolások körében.....	179
Összegzés.....	180
III.6.3.4. Sokszínű vallásosság és spiritualitás ifjúkorban: A vallásos hittől a lelki egészségig.....	186
Összegzés.....	198
III.7. Makói Ifjúságkutatás 2010.....	201
III.7.1. Célkitűzések.....	201
III.7.2. Minta és módszerek.....	201
III.7.3. Eredmények és megbeszélések.....	203
III.7.3.1. A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából.....	203
Összegzés.....	211
III.7.3.2. Kontroll vagy részvétel? A szülői nevelési stílus összefüggése a serdülőkori depresszióval.....	213
Összegzés.....	215
IV. KÖVETKEZTETÉSEK.....	217
IRODALOM.....	223
A DISSZERTÁCIÓ ALAPJÁT KÉPEZŐ PUBLIKÁCIÓK.....	253
A DISSZERTÁCIÓ TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK.....	256
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	264
1. melléklet: A SZEGEDI-BIRMINGHAMI (USA) IFJÚSÁGKUTATÁS 2000 kérdőíve.....	265
2. melléklet: SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001 kérdőíve.....	274
3. melléklet: KULTÚRAKÖZI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001 kérdőíve.....	281
4. melléklet: A DÉL-ALFÖLDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2004 kérdőíve.....	289
5. melléklet: SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2008 kérdőíve.....	295
6. melléklet: SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2010 kérdőíve.....	301
7. melléklet: Mértékadó Nevelés Index (Authoritative Parenting Index).....	308

I. A DOLGOZAT TÉMÁJÁNAK BEMUTATÁSA, PROBLÉMAFELVETÉS

”Azt hiszem, ha meg akarjuk előzni a fiatalok drogfogyasztását... a hatékony prevenció abból áll, hogy azonosítjuk és megerősítjük azokat az erényeket, amelyekkel már egyébként is rendelkeznek. Az a fiatal, aki jövőorientált, aki rendelkezik a megfelelő szociális készségekkel, aki energiát merít a sportból, nincs kitéve a drogfogyasztás kockázatának”

(Martin Seligman, 2002)

A serdülőkor olyan átmeneti életszakasz, amely számos nehézséggel, testi-lelki változással, interperszonális kihívással jár. Nem véletlen, hogy éppen a modern társadalomban vált kitüntetett életszakasszá az ifjúkori átmenet meghosszabbodása révén. A serdülőkor az individuum ébredéséről szól, az egyén pedig az individualista társadalom középpontjában áll. Az egyéni identitás sikeres megteremtése és megélése elsősorban önismeretet igényel. Ha viszont minden az egyénről, az énről szól, hol marad a másik ember, hol maradnak a társas kapcsolatok, a közösségek? A serdülőkorban átrendeződnek a társas háló elemei, és legnagyobb kihívást az egyéni autonómia, valamint a társas identitás összehangolása jelenti (Ybrandt, 2008). A modern, individualista társadalomban az egyéni önmegvalósítás és a társas lét összehangolása továbbra is hatalmas kihívás. Ahhoz, hogy segíteni tudjuk a fiatalok hatékony alkalmazkodását a mai, kockázatokkal teli társadalomban, szükség van a legfontosabb rizikóhatások feltérképezésére és – amennyiben lehetséges – módosítására, valamint a védőfaktorok azonosítására és erősítésére.

A védőfaktorok jelentősége ma már evidencia az egészségfejlesztésben (Rennie és Dolan, 2010). Kétség sem fér hozzá, hogy a kockázati társadalomban csak a védőfaktorok tudatos erősítésével élhetünk boldog és egészséges életet. A társadalom folyamatosan változik és rövidtávon szinte kiszámíthatatlan, hogy milyen irányba. A folytonos változások fokozott adaptációra készítetnek, ami könnyen eléri kapacitásunk határait. Az individualista társadalom az egyénről szól. A sok ellentmondás mellett mindenképpen pozitívum, hogy az egyén önmegvalósítási igénye került a középpontba. Mintha azonban ez nem egészen úgy valósulna meg a fogyasztói társadalomban, mint amit a társadalmi értékrend hirdet. Az önmegvalósítás egy mítosz lenne csupán, a modern társadalom mítosza? Az angolszász szakirodalomban előtérbe kerültek azok a – magyar nyelvre szinte lefordíthatatlan – szakkifejezések, amelyek egyéni védőfaktorokként működnek, és az egyének életvezetési képességét erősítik, mint például *mastery, agency, efficacy, empowerment*. Az egyén boldogsága, szubjektív jólléte, sikeres és adaptációt szolgáló személyiségfejlesztése éppen ezért került a pozitív pszichológia

középpontjába (Pikó, 2005). Ma már rájöttünk arra a tudományosan is igazolt tételre, hogy lehetetlen boldog, egészséges és gazdaságilag is stabil társadalmat építeni boldogtalan, megkeseredett egyénekkal (Layard, 2005). A jövő záloga pedig a kiegyensúlyozott, boldog, egészséges személyiségű és hatékony coping stratégiákkal felvértezett ifjúság nevelése.

A korai vizsgálatokhoz képest az ún. rizikó- és protektív kutatási modellben alkalmazott rizikóközpontú megközelítés fokozatosan egyre inkább eltolódott a védelem irányába, különösen azért, mert ezek alkalmazása a mai, fogyasztói társadalomban, sokszor nehézségbe ütközik. Számos alkalommal szembesültem azzal a felvetéssel, hogy a védőfaktoroként számon tartott személyiségbeli és egyéb tulajdonságok lényegében általános érvényű, örök megállapítások. A védőfaktorokat elemző kutatásoknak azonban korántsem az a célja, hogy örök igazságokat közhelyszerűen fogalmazzon meg, hanem hogy felhívja a figyelmet arra, hogy egy védőfaktor csupán lehetőség, és mindig az adott környezettől függ, mi valósul meg belőle. Ezért van szükség a társadalomlélektani jelenségek figyelembevételére a kutatások tervezése, valamint a kutatási eredmények hasznosítása során. Ismernünk kell azt a társadalmat, azt a kultúrát, amiben élünk, és amiben az egyén magatartási döntéseit meghozza.

Az egyén és közvetlen környezetének viselkedése tehát a kultúra, valamint az adott társadalom kölcsönhatásában formálódik, ezért fontos megismernünk azokat a kontextusokat, amelyek segítenek egy pszichológiai jelenség megértésében, illetve kijelölik a megelőzés lehetséges útvonalait. Az individualizáció korában az értékek is individualizálódnak, egyénivé, sőt, egyedivé válnak (Riesman, 1996). Ez jelenti az igazi önmegvalósítást, amikor a lehetőségeket saját elképzeléseinkhez, vágyainkhoz, motivációinkhoz igazítjuk. Ugyanakkor ez jelenti a legnagyobb csapdát is a modern társadalomban. Hiszen mi garantálja, hogy valóban felismerjük, melyik utat válasszuk ahhoz, hogy tényleg azt az eredményt érjük el, ami valóban hosszú távú boldogulásunkat, jóllétünket biztosítja? A pozitív pszichológiai ihletésű kutatások – a társadalomlélektani alapokból kiindulva – a tudományos elemzés tárgyává teszik e jelenségeket, hogy empirikusan is bizonyított összefüggésekkel segítsék az eligazodást.

A *kontextusfüggőség* megmutatkozik például abban, ahogyan a történelem folyamán a védőfaktorok jellege módosul. A család és a vallás két olyan terület, ahol az utóbbi évtizedekben jelentős változások történtek, és maguk a fogalmak is pluralizálódtak és individualizálódtak. Új családi és párkapcsolati formák jelentek meg, sok gyermek ma már újraalakult családban él (Kovács és Pikó, 2007). Hogyan tud érvényesülni a család védőhatása

korunk fogyasztói szemléletű társadalmában? A serdülők ugyanis – amellet, hogy a fogyasztói társadalom normarendszere hat rájuk – fokozottan törekednek az autonómiára magatartási döntéseikben, amelyek során a kortársak egyre nagyobb szerepet kapnak életükben (Scharf, Maysseless és Kivenson-Baron, 2004). A vallásosság/spiritualitás szintén sokszínű arculatot öltött (Kovács és Pikó, 2009). Nem egyszerűen szekularizációról van szó, hanem arról, hogy mindenki egyéni módon éli meg spiritualitását vagy annak hiányát, saját értékrendjéhez igazodva. Örök kérdés marad, hogy miért élünk, mi dolgunk a világban, akár egyéni szinten, akár az emberiséget tekintve. A vallásosság fogalmának ilyen módosulása azt a kérdést veti fel, hogy vajon megismerhető-e egyáltalán ez a jelenség a mai korban? Nem véletlen, hogy kutatásainkban – és ennek megfelelően jelen disszertációban is – kitüntetett helyen szerepel e két potenciális védőfaktor.

A disszertációban az utóbbi mintegy tizenkét évben végzett magatartás-epidemiológiai és pozitív egészségpszichológiai kutatásaim tapasztalatait, valamint az empirikus eredmények elméleti háttérét megalapozó könyveim legfontosabb megállapításait összegeztem. Az elméleti alapokat ennek megfelelően a társadalomlélektani megközelítés, az ún. rizikó- és protektív elmélet, valamint a pozitív pszichológiai szemlélet képezte, amelyek lehetővé tették a statisztikai adatok értelmezését a mai korban élő magyar serdülők magatartására vonatkozóan.

A disszertáció bázisát az említett elméleti alapok jelentik, amelyeket korábbi könyveimben és elméleti tanulmányaimban foglaltam össze; ezt egészítik ki a hét kutatási projekt keretében elkészített tanulmányok. A *Szegedi Tudományegyetemen* 1991 óta foglalkozom ifjúságkutatással, jelenleg a Magatartástudományi Intézetben a vezetésem alatt álló Ifjúságkutatási munkacsoportban. A kutatásaim célja a fiatal korosztályok lelki egészségének és problémaviselkedésének megismerése, valamint a befolyásoló tényezők feltérképezése, különös tekintettel a potenciális védőfaktorokra. Ennek megfelelően vizsgáltuk a serdülőkori depressziós tünetegyüttes, a szerfogyasztás (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) előfordulást és befolyásoló tényezőit; az egészség önértékelését és a serdülők szubjektív jóllétét, a kortársak és a szülők szerepét, a vallásosság/spiritualitás jelentőségét, az értékekkel való összefüggést, a társas készségeket és motivációkat, a társadalmi egyenlőtlenségek megjelenési módjait és pszichikai hatásait.

II. BEVEZETÉS

II. 1. A TÁRSADALOMLÉLEKTAN JELENTŐSÉGE AZ IFJÚSÁGKUTATÁSOK SZÁMÁRA

II. 1.1. Társadalomlélektan: kísérlet a psziché társadalmi befolyásoltságának megértésére

Durkheim, a szociológia egyik megalapítója, a következőképpen értelmezte korának új tudományterületét: ahol az egyén véget ér, ott kezdődik a szociológia (Giddens, 1978). Az egyéntől függetlenül, objektív módon működő kollektív tudat megnyilvánulásaiával foglalkozik tehát klasszikus értelemben a szociológia. E társadalmi tények – bár az egyének működtetik őket – szociológiai törvényszerűségeknek vannak alávetve, a társadalom folyamatai ugyanis nem vezethetők le az egyének elszigetelt aktivitásából, hanem csak azok összességéből, amely azonban már más szintet jelent. A szociológusok még ma is igyekeznek távol tartani magukat a „pszichologizálástól”, azaz a társadalmi folyamatok pszichológiai magyarázataitól. Mi a helyzet azonban akkor, ha az egyén viselkedésének értelmezését a társadalom történéseiből kívánjuk levezetni? Ehhez nyújt megfelelő támpontot a *társadalomlélektan*, amelynek fókuszában tehát éppen a másik végpont, az egyének lelki történései állnak, s amelyek feltárása csak a társadalomban zajló folyamatok tükrében lehetséges. Az egyén és a társadalom találkozási pontjainak megtalálása mint szükségszerűség nem új keletű, azonban manapság mintha reneszánszát élné. Ennek oka egyrészt a mentális zavarok, devianciák, pszichikai problémák szinte járványszerű elterjedése, másrészt az a felismerés, hogy ennek hátterében olyan folyamatok húzódnak meg, amelyek csak a társadalom és a szociológiai értelemben vett kultúra, a modern kor, a civilizáció jelenségeivel összefüggésben válnak megvilágíthatóvá (Pikó, 2002a). Az értelmezési keretek tehát meghaladják az egyéni szintű elemzési lehetőségeket, s emiatt megnő az igény arra, hogy a társadalomnak és a kultúrának az egyén személyiségére, pszichikai folyamataira gyakorolt hatásait feltárjuk.

Amikor a társadalomlélektanra gondolunk, gyakran a *tömegelelektan* jut eszünkbe. Ebben a kontextusban azonban az elemzés egysége nem az egyén, illetve nem az egyéni szempontok, hanem egy sajátos szupraindividuális képződmény, amit tömegnek nevezünk. A tömeg olyan emberekből álló csoport, amely elsősorban befolyásolhatósága alapján definiálható. *Le Bon* tömegelelektanában kétségtelenül az egyéniségvesztés a meghatározó

elem, az egyének egyfajta regresszív állapotba kerülnek, s az egész tömegviselkedés irracionálissá, az egyén számára kiszámíthatatlanná válik (Le Bon, 1993). Mintha a durkheimi kollektív tudat olyannyira meghatározóvá válna, hogy az egyéni tudattartalmak szinte teljes egészében ennek rendelődjenek alá. A tömegelektani folyamatok leírására tett kísérletek feltétlenül hasznosak az egyént meghaladó jelenségek értelmezésében, ám a társadalomlélektan valódi céljától eltérően nem adnak magyarázatot a társadalomnak az egyének pszichés tevékenységére gyakorolt mechanizmusairól. A társadalomlélektani elemzések során ugyanis az egyén nem valamely tömeg részeként szerepel, hanem mint saját sorsáért felelősséget érző, s ezért egyéni cselekvési stratégiákkal rendelkező eleme a társadalomnak.

Ugyanilyen értelemben alkalmazza a társas kontextust a *politikai pszichológia* is, amely a pszichológiai jelenségeknek a politikai folyamatokat meghatározó szerepét emeli ki. A politikai viselkedés a pszichológiai és politológiai folyamatok eredőjeként jelenik meg, és bár a politikai pszichológia is társadalomfilozófiai alapokra épül, többnyire konkrét térbeli és időbeli történések magyarázataként szolgál (Lányi, 2001). A választói magatartás vagy bizonyos politikai attitűdök értelmezéséhez kétségtelenül hasznos támpontot adhat a pszichológia. Sokan társadalomlélektannak a politikai pszichológia egy korábbi fejlődési stádiumát tartják, amely erősen kötődik a pszichoanalitikus személyiségelméleti keretekhez, és ezen belül olyan elméleti struktúrákat használ fel, mint például az ösztönök vagy a személyiségfejlődés freudista felfogása (McGurie, 1998). Ezáltal lehetővé válik számos társadalmi szervezőelv hatásainak makroszintű megértése, mint például az autoriter életelv mechanizmusa, vagy a diktatúrák felépítése és dinamikája. Míg azonban a politikai pszichológia itt is a politikai folyamatokhoz kötődik, s ezek magyarázatához alkalmazza a pszichológiai nézőpontokat, a társadalomlélektan az egyéni viselkedés magyarázatához használja fel a társadalom működésének irányító elveit.

Ha a társadalomlélektan a politikai pszichológiától eltérően nem is kapcsolódik közvetlenül az aktuális politikai trendekhez és folyamatokhoz, a történelmi változások tükrében válik értelmezhetővé az a társadalmi identitás, amely meghatározza az egyéni pszichológiai jellemzők alakulását és társadalmi meghatározottságát (Gergen, 1985). Ez különösen igaz azokban az országokban, ahol erős a történelem tudatformáló ereje, s rányomja bélyegét a társadalom folyamatos konstruálására, és az egyének által megélt mindennapi társadalmi valóságra. *Halbwachs* (1980) kollektív memóriáról szóló teóriája is ezt támasztja alá, amelyben a történelemnek, és annak tudat- és érzelemformáló hatására a

csoportszintű tapasztalatok akkumulálódásának és megőrzésének a közösségek identitásában meghatározó szerepet tulajdonít. A személyhez kapcsolódó információkból így válnak rekonstruálhatóvá a kollektív emlékek, amelyek hosszú távra meghatározzák a társadalmi folyamatokhoz való viszonyulást is.

Mindezek alapján a *társadalomlélektan* mint interdiszciplináris tudományterület legfontosabb jellemzője, hogy az egyének pszichikai állapotának és viselkedésének megértését társadalmi mátrixba helyezi. Azt vizsgálja, hogy a társadalmi valóság és az egyént körülvevő szociokulturális tér mennyiben és hogyan szabja meg az egyén viselkedését. Itt a társadalmi folyamatok mélyebb törvényszerűségeinek hatásmechanizmusáról van szó. A társadalomlélektani szempontok az egyén és a társadalom szoros kapcsolatát tételezik fel, amelyben a társadalom működése során alakítja az egyén viselkedését, azonban az egyének is visszahatnak a társadalomra, hiszen a társadalmi valóság éppen az őt alkotó egyének karaktere alapján formálódik a történelem távlatában. A társadalomlélektan a *szociálpszichológia* sajátos aspektusa, ahol nem a társas, hanem a társadalmi – ha úgy tetszik, sokkal absztraktabb – viselkedés kollektív reprezentációja kerül a vizsgálatok fókuszába (Pikó, 2003).

Ebben a felfogásban szorosan kapcsolódik a *szimbolikus interakcionizmus* irányzatához, amely a hangsúlyt a társadalmi érintkezés, a kommunikáció és jelentésrendszer által leírható társadalmi valóság elemzésére helyezi. A társadalmi viselkedésnek jelentése van, a jelentés pedig a mentális leképeződés útján válik társadalmi valósággá, a társas reprezentációk formájában kategorizálódik a társas interakciók során (Moscovici, 2002). A szociális reprezentáció így nemcsak a szociálpszichológia, hanem a társadalomlélektan egyik meghatározó eleme is. A kollektív reprezentációk objektív világa mellett a szociális reprezentációk szubjektív megjelenési formája a társadalmi valóság megannyi leképeződési variánsait tárja elénk. Ez megnyilvánul abban, ahogy – az attribúciós elmélet értelmében – egy-egy jelenség okait magyarázzuk. Számos reprezentációs variáns létezhet aszerint, hogy egy viselkedés megjelenésének okát az egyénnek vagy a társadalomnak tulajdonítjuk. Ha kizárólag az egyénnek tulajdonítjuk például egy deviáns magatartás adott kulturális gyakoriságát, akkor nem látjuk meg a jelenségek háttérében működő szupraindividuális hatásokat. A különböző szintű társadalmi reprezentációk együttesen vihetnek csak közelebb bennünket egy-egy társadalmi jelenség átfogó értelmezéséhez. Erre pedig napjainkban igen nagy szükség van, hiszen az egyén és a társadalom, a kultúra közötti kapcsolat igen sok esetben diszfunkciókkal terhelt, aminek következményeként az egyéneknek adaptációs problémákkal kell megküzdeniük.

Különleges szerepe lehet a társadalomlélektannak Közép-Kelet-Európa átmeneti társadalmainak életében. A demokrácia ugyanis nem csupán a demokratikus politikai intézményrendszer kiépülése, valamint a piacgazdaság szabályainak érvényesülése, hanem kognitív struktúra is, újfajta társadalmi valóság, amihez megváltozott szociális reprezentációk szükségesek (Buda, 1999). Mindez alátámasztja annak létjogosultságát, hogy a társadalomlélektannak adott történelemhez, kollektív emlékezeti struktúrához és régióbeli, sőt, gyakran nemzeti sajátosságokhoz is kötődnie kell a szociálpszichológiai elméletek általános kritériumain túlmenően (Hunyady, 2006).

II. 1.2. Az alkalmazott társadalomlélektan jelentősége az egészségpszichológia számára

Alkalmazott társadalomlélektanról akkor beszélhetünk, ha valamilyen sajátos pszichikai folyamat társadalomlélektani háttérét igyekszünk megragadni. Ebben az értelemben kapcsolódhat például az egészségpszichológiához, amely elsősorban a lelki egészség, illetve ennek felbomlásához vezető pszichikai jelenségek magyarázataként a társadalom és az egyén kapcsolatát elemzi. Ez az alkalmazott társadalomlélektani háttér jelenik meg akkor, amikor a depresszió vagy a szorongás szociális reprezentációját vizsgáljuk, s megpróbáljuk megtalálni az egyén viselkedésének szociokulturális magyarázatát (Beck, Matschinger és Angermeyer, 2003).

A lelki egészség megromlásának, illetve megtartásának elemzéséhez gyakran a társadalmi folyamatok szabályszerűségeiből kell kiindulnunk (Pikó, 2004a). A társadalmi meghatározottság többet jelent a társadalmi helyzetből fakadó hátrányoknál, s magában foglalja a gazdasági tényezőkön túl a kultúrából levezethető jelenségek, mint az attitűdök, értékek, normarendszerek és mentális struktúrák hatásait is. A társadalom, mint kollektív entitás, sajátos *tudati konstrukciók* útján formálódik az egyéni psziché és a kollektív tudat kölcsönhatásában. E kölcsönhatás, kölcsönös adaptáció folyamatos kihívást jelent, nemcsak a tudatos momentumok szintjén, hanem mind az egyéni, mind pedig a kollektív tudattalan bevonásával. Ami az egyén számára gyakran irracionális döntési mechanizmusnak tetszik, talán a társadalom oldaláról nézve válik érthetővé, s ami a társadalmi tények vonatkozásában látszólag mentes a racionalitástól, az egyének motívumai alapján világosítható meg. A társadalomlélektan a különböző szintű – egyéni, szociális és kollektív – mentális

reprezentációk egymással való ütköztetéséből kristályosodik ki, az „objektív” és „szubjektív” világok találkozásának ellentmondásait igyekeznek kiigazítani, elsimítani.

A klinikai gyakorlatban szintén figyelembe kell vennünk a biológiai, a pszichikai és a szociális folyamatokat egyaránt. Az egyéni lelki folyamatok nem izolálhatók, nem laboratóriumi körülmények között zajlanak, ezért az *egészségpszichológia* – amely az egészségfejlesztéshez nélkülözhetetlen pszichikai tényezőket elemzi – számára is fontos adalékot kínálnak a társadalomlélektani eredmények. A konfliktusmegoldás például nemcsak az egyén képességeitől függ, hanem a társadalom támogató vagy veszélyeztető jellegétől is (Kopp és mtsai, 2010). Az egyén és társadalom kapcsolatának harmonikus vagy diszharmonikus volta rányomja a bélyegét nemcsak a társadalmi valóságra, hanem az egyéni és populációsintű egészségre is. A cél tehát, hogy az egyén társas lényként való létezése minél inkább egyensúlyba kerüljön az adott társadalmi valóságban, azaz minél sikeresebbek legyenek az egyén és a társadalom között zajló *adaptációs folyamatok*. Mindez a társadalomlélektan nyelvére lefordítva azt jelenti, hogy az egyén mentális reprezentációi összhangba kerüljenek a társadalmi erőter szociális és kollektív reprezentációival, elősegítve az életminőség javulását.

II. 1.3. A modernizáció és a fogyasztói kultúra társadalomlélektana

A *modernizáció* folyamata gyökeres változásokat hozott nemcsak tudományos-technikai, társadalmi-gazdasági, hanem társadalomlélektani téren is. Olyan mélyreható társadalmi változások történtek, amelyek nem egyszerűen életmódváltást idéztek elő, hanem az érték- és normarendszer, az addig egységes világnézet széttöredezését is. Mindez a személyiségfejlődés újabb szakaszát indította el, amelyet egy intenzív individuációs folyamat fémjelez, és ami megalapozta az individualizáció jelenségének kibontakozását.

Az *individuáció* egyedivé és egyéniséggé válást jelent, ami az énefejlődés fontos stációja, és különös hangsúlyt kap a serdülőkorú átmenetben. Ahogy *Erikson* (2002) megfogalmazza, az identitás evolúciójáról van szó. Az *individualizáció* pedig a civilizációs korszakváltás egy meghatározó eleme, amit *Beck* (1992) a modernizáció egyik vívmányának tekint. Az individuációval az egyéni identitás meghatározóvá válik, az individualizációval pedig az én felnőtté lesz, hiszen megerősödik az egyéni életút és felelősségvállalás. Az individualizált társadalmakban az egyén - sokkal inkább, mint bármikor - felelős saját

sorsáért, az általa hozott döntésekért, az életútja során megtapasztalt sikerekért és kudarcokért. A modern korban az ember kezdi felismerni és meghatározni önmagát, individualitását, azaz másoktól való elkülönültségének mibenlétét, amit a reneszánsz kora indított el (Gurevics, 2003). Megváltozik az egyén és a közösség viszonya, az individualizáció magával hozza a történelmileg előírt társadalmi normák és kötelezettségek fellazulását. Természetesen ez a folyamat csak napjainkban teljesedik ki igazán, s kiemelten érinti a fiatalok világát.

A *civilizációs folyamat* egy jelentős lépését jelenti a fogyasztói társadalom kialakulása, amely napjaink uralkodó kulturális szervezőirányát foglalja magában. Ha a fogyasztói társadalmat a benne élő egyén szemszögéből kívánjuk elemezni, olyan társadalomlélektani keretet kell választanunk, amely megmutatja, hogy a társadalmi valóság miként tükröződik az egyén személyiségvonásaiban, illetve, hogy az egyéni karakterek miként formálják a társadalom kulturális megnyilvánulásait. Ehhez az elemzéshez *Riesman* (1996) társadalmi karakter tipológiája nyújt megfelelő keretet.

Riesman (1996) a társadalmi karakter fejlődésében három egymás utáni, részben egymásra is épülő társadalmi karaktert különböztet meg, amelyek megjelenését szociodemográfiai változásokhoz köti. A tradicionális karaktert a nagy népességnövekedés időszakához, a belülről irányítottágot az átmeneti népességnövekedési szakaszhoz, a kívülről irányítottágot pedig a kezdeti népességcsökkenéshez. A nagy növekedési időszakban a szűkös források olyan karakter kialakulását ösztönözték, amely a tradíciók irányításának elfogadásában öltött testet. A szokások, a rítusok, a nemzedékek tisztelete relatív stabilitást és a közösségekben összetartást biztosított, a szigorú szabályozás a kollektív identitás erősségén alapult, s egyben az egyéni önmegvalósításnak csekély lehetőséget hagyott. A reneszánsz és a felvilágosodás időszaka a civilizáció menetében fordulatot hozott, a tudati metamorfózisnak azonban a gazdasági és kulturális feltételek – így az expanzió, a gyarmatosítás, a tőkefelhalmozás, az intenzív társadalmi jelenlét és az életstratégiák irányvonalának megváltozása – teremtették meg az alapját. A modernitás és az ipari társadalom egymást feltételező entitások a civilizáció folyamatában. Az individualizációval és a *weberi* protestáns viselkedési szabályozás elterjedésével nemcsak a belső magatartáskontroll erősödésének alapjai rakódtak le, hanem a társadalmi kapcsolatok újszerű rendszere is, amely a modern polgári demokráciák etikai alapja lett. A reneszánsz az egyéni önmegvalósítás világa, amelynek keretét a szabadság interperszonális szabályozása adja. A felfedezések mind-mind az egyéni identitás és egyéni tudat határainak próbálgatása útján formálódtak. A

tradíciók tisztelete helyébe az egyéni életsorsok tisztelete lép. Az egyén lehetőségei kiszélesednek, nemcsak a külvilág, hanem önmaga megismerése felé is. S mindezek felé valami belső kényszer hajtja, a „nyomot hagyni” ereje, az egyéniség megnyilvánulásának kihívása.

Míg a társadalom szintjén a reneszánsz a kapitalizmus hajnala, azaz a feudalizmusból a kapitalizmusba való átmenet hosszú folyamatának első lépése, az egyén társadalomlélektani fejlődése szempontjából az individualizmus térhódításának kezdete. A „*reneszánsz ember*” egyik legfontosabb tulajdonsága, hogy kezébe veszi saját sorsának irányítását (Heller, 1998). Az ember mint autonóm, önmagát alakító, sorsteremtő lény jelenik meg a reneszánsz sokoldalú világában. A pluralizmus valósággá kezd válni egy olyan világban, amelyben az egyén és közösség természetes viszonya megbomlik, átstrukturálódik, az önmegvalósítás lehetőségei kiszélesednek, és a szabadság belső létélmény formájában értékelődik újjá.

Riesman (1996) a modernitást követő fogyasztói társadalom legfontosabb jellemzőjének az egyén belső irányultságának eltolódását látja a kívülről való irányítottság felé. A tömegkultúra térhódításával, a tömegkommunikáció eszközeinek segítségével a belsőleg irányított, önmaga sorsát megvalósító egyénből a tömegkultúra által manipulálható fogyasztó válik. A reneszánsz egyén kreativitását, autonómiáját és szabadságvágyát felváltja a *Riesman* által „nyájösztönnek” nevezett fogyasztási láz kényszere, amely az önmegvalósítás illúziójának köntösében jelentkezik. A belső irányítottság helyébe a többi ember által kreált igénylista kerül, s ez alapján az egyénnek nemcsak a mozgástere szűkül be, hanem sorsának egyéni vonala is átjárhatóvá válik (*Featherstone*, 1991). A kreativitás kiélése már nem jelent önmegvalósítást, a felfedezések, nagy találmányok és ideológiák kora lejárt, a kultúrától a politikáig mindenből fogyasztási cikk lett. A fogyasztás bűvölete olyannyira meghatározója a kor embere életfilozófiájának, hogy domináns életszervezési elvvé válik, és minden egyéb alárendelődik ennek a kényszernek. Belső indíttatás helyett az egyén személyisége a fogyasztói manipulációk külső kreatúrájává válik.

A mai kor embere számára biztonságot, illetve inkább ideig-óraig tartó illúzióját tehát az előre gyártott panelekből felépített, standardizált életforma elfogadása nyújtja (*Featherstone*, 1991). E jelenségkörön belül az önmegvalósítás nem a *Self* belsőleg megszabott képességeinek folyamatos fejlesztése, nem a belső ideák, elképzelések külső megjelenítése, hanem éppen fordítva, az én mesterséges kreálása a külső ideáknak megfelelően. A fogyasztási cikkek ennek a folyamatnak a kellekei, mintha lényünk ezeken keresztül nyilvánulna meg. A legjobban az fejezi ki személyiségünket, amivel rendelkezünk.

Ez adja önbizalmunk megerősítését is, hogy megfeleljünk a külső elvárásoknak, megszereztük nemcsak a kívánt árut, hanem az áruval járó életérzést is, vagy legalábbis annak illúzióját. Az így megizmosodott önbizalom azonban csak ideiglenes, hiszen nem önmagunkba vetett belső hitünk megerősítését szolgálja. Mindez a materializmus és a hedonizmus irányába viszi el az értékrendet és az egyén viselkedési motivációit, ami nem szolgálja lelki egészségünket (Kasser, 2005). Ez még többszörösen igaz Kelet-Európa társadalmaira, így hazánkra is, ahol a vallásosság korábbi elnyomása miatt még kevésbé jellemző e szemlélet ellensúlyozása. A belső kontroll hiánya különösen veszélyes, hiszen ha az egyén úgy érzi, hogy csak korlátozott belső kontrollal rendelkezik saját élete történései felett, kiszolgáltatott helyzetbe kerül. A túlzott anyagi kötődés pedig az interperszonális kapcsolatok torzulásait, egészségtelen rivalizálást és ellenséges beállítódást eredményez, és hajlamosít káros szenvedélyekre (Pikó, 2003).

II. 1.4. A társadalmi egyenlőtlenségek megélése a modern társadalomban

A társadalomtudósok többnyire megmaradnak a rétegződési viszonyok leírásánál, megállapítják az egyenlőtlenségek jelentését, kiterjedtségét, de nem mennek tovább a társadalmi csoportok megosztottságának kérdésén. Mit jelent az egyén szintjén az egyenlőtlenség? Hogyan él meg az emberek a modern társadalomban az egyenlőtlenségeket és a szegénységet? A modern szegénység, a depriváció társadalomlélektani jelenség is, és felhívja a figyelmet arra, hogy a gazdasági tényezőkön túlmenően is vannak akadályai a társadalmi viszonyok javításának. A társadalmi valóság sajátos reprezentációja elevenedik meg az egyes társadalmi csoportok és rétegek mindennapjaiban, amelyet nem lehet kizárólag a társadalmi struktúra sajátosságaiból levezetni.

A *relatív depriváció* alapvetően társadalmi konstrukció, s ezért az elmélet eredetileg szociológiai koncepcióból nőtt ki. Később azonban a szociálpszichológiában és a pszichológia más területein is gyakran alkalmazott fogalommá vált, és mint mentális reprezentáció került alkalmazásra (Kawakami és Dion, 1993). Azt a diszkrepanciát jelöli, amely szükségleteink aktuális kielégítettsége és az elvart vagy kívánt elégedettség között húzódik. Lényegében tehát egy szubjektív megítéléséről van szó, s olyan pszichológiai következményei lehetnek mind kognitív, mind pedig érzelmi szinten, mint például a harag, a düh, az irigység, a frusztráció, a méltánytalanság, az igazságtalanság vagy diszkrimináció megtapasztalása

(Corning, 2000). Lényeges kiemelni azt is, hogy az értékelés csak relatív módon nyer értelmet, nemcsak a különböző társadalmi viszonyokban, hanem adott gazdasági korszakban is. A társadalmi valóság, így a szegénység és a gazdagság megélése is tehát reprezentációk útján valósul meg az egyén számára.

Ridgeway ún. *státusz-felépítési* elméletében az interakcionista felfogásból indul ki (Ridgeway és Balkwell, 1997). Az elmélet értelmében a mindennapi interakciós tapasztalatok alapja a társadalomban létrejött értékconszenzus, hiszen ez határozza meg, hogy milyen értékeket preferál az adott társadalom, amely megteremti a társadalmi hierarchiában elfoglalt helyzetek legitimitását. Így kerül egy-egy társadalmi csoport előnyösebb pozícióba, nemcsak jövedelmi-anyagi helyzetét tekintve, hanem a hatalmi viszonyoknak megfelelően is. A státuszképzetek, azaz annak „megélése”, hogy ki milyen társadalmi helyzetet foglal el az adott struktúrában, a társas interakciók során alakulnak ki, hiszen ezek által válik lehetővé az értékpreferenciák tudatosulása, és gyakorlati megtapasztalása. Bár ez kezdetben szubjektív besorolás, a későbbiekben fokozatosan objektivizálódik.

Ez az egyenlőtlenségeket kifejező szociális reprezentáció már a kisgyermeknél is megfigyelhető, akik megtapasztalják a hátrányos helyzetet, és ennek alapján helyesen is értékelik a társadalmi egyenlőtlenségeket (Emler és Dickinson, 1985). *Bourdieu* (1984) nem véletlenül hangsúlyozza az életmód (például táplálkozás, izlésvilág, káros szenvedélyek) és az értékrendszer „szociogenetikus” átvitelét, amely gyermekkorban erősen függ a szülők társadalmi helyzetétől, és később a felnőttkori életmód-repertoár alakulására is erősen kihat. A serdülők helyzete különösen kritikus ebből a szempontból, hiszen egy fejlődésbeli átmeneti időszakról van szó, amelyben a kognitív struktúrák, önmagukról és a világról alkotott mentális képzeteik is átalakulnak. A serdülők emiatt különösen érzékenyek a relatív státuszbeli változásokra (Goodman és mtsai, 2002; 2005).

A társadalmi helyzet *önidentifikációja*, a társadalmi rétegbe történő szubjektív besorolás természetesen magában foglalja a klasszikus társadalmihelyzet-mutatókat, a jövedelmi viszonyokat, a lakáshelyzetet, a foglalkozást és az iskolázottságot, de a szubjektivitás megmutatkozik e jelenségek relatív értékelésében. Az adott társadalmi helyzettel való elégedettséget ugyanis az objektív mutatók nem tükrözik. Kimutatható, hogy az egyes társadalmi csoportok másként élik meg a rétegződésben elfoglalt pozíciójukat, mást jelent számukra a siker is, és ennek megfelelően a társadalmi mobilitástól is mást várnak. Míg az alacsonyabb társadalmi helyzetben lévők számára a biztonság, a stabilitás és általában az anyagiak fontosabbnak tűnnek az értékelésnél, a magasabb státuszúak az anyagiakon túllépve

az önmegvalósítás lehetőségeire, a kulturális hovatartozásra is figyelmet fordítanak (Róbert és Sági, 1992; Utasi, 1997). Nem mindegy tehát, hogy milyen kritériumok alapján áll össze az a kép, ami azután a szubjektív réteghelyzetet meghatározza, hiszen a depriváció érzése is ez alapján alakul ki. Minden a viszonyításon múlik, s bizony az értékelési szempontok azokat a kulturális mintákból álló normákat is magukban foglalják, amelyek egy adott társadalomban a sikert vagy sikertelenséget jelentik. Ha egy adott társadalom a minél gyorsabb meggazdagodást tartja követendő példának, akik ezt a társadalmi normát nem tudják követni, azok depriváltak tarthatják magukat akkor is, ha egyébként szükségleteiknek megfelelően rendelkeznek anyagi javakkal. Mindez a társadalom és az egyén, valamint az egyes társadalmi csoportok, rétegek közötti kölcsönhatások függvénye. A relativitás alapja egyrészt az általános életszínvonal, a társadalom legszegényebb és leggazdagabb rétegei között meghúzódó feszültség mértéke mellett az a kulturális minta, amelyet az adott társadalmi valóságban a szegénység, a gazdagság és egyáltalán a különböző társadalmi pozíciók betöltenek.

Nem véletlen, hogy napjainkban a társadalmi rétegbe tartozás szubjektív megélése, a depriváció érzésének mechanizmusai előtérbe kerültek. A fogyasztói társadalomban a kulturális és fogyasztói normák a legalapvetőbb meghatározói a társadalmi rétegződésben elfoglalt pozíciónak. Mintha a fogyasztáson kívül semmi más kritériumrendszer nem létezne, amely a társadalmi csoportokat egymástól elválasztaná. Az egyén számára sok esetben ez egyfajta fogyasztási *kényszerspirált* indít el, és arra készíti, hogy beszeresse azokat a demonstratív fogyasztási javakat, amelyek „illenek” ahhoz a társadalmi réteghez, amelybe ő is tartozik, vagy amibe szeretne tartozni. A szubjektív réteghelyzet azt is kifejezi, hogy az egyén társadalmi identitása megfelel-e a valódi helyzetének, vagy pedig nem tud azonosulni az „előírt” társadalmi keretek mintázatával (Pikó, 2003).

Ezek a szubjektív kategóriák viszont sokkal komplexebbek annál, hogy egyszerűen társadalmi réteg-mutatóként alkalmazni lehessen őket. *Inglehart* (1997) *posztmodern* felfogásában van az anyagi-jövedelmi szintnek egy olyan határa, ami fölött a *posztmateriális* (belső) értékek határozzák meg az életminőséget. Amikor az egyénnek anyagi gondjai vannak, saját anyagi szükségleteit sem tudja kielégíteni, akkor ennek hatására relatív depriváltságot él át, s ez az életminőségére erősen rányomja a bélyegét. Ha azonban a szükségleteinek megfelelő anyagi bázis rendelkezésére áll, megvan rá a lehetősége, hogy az anyagi javak további, öncélú és hedonista hajszolása helyett a posztmateriális (*intrinsic*) értékek felé forduljon. Annál is inkább, mert ők nagyobb mértékben rendelkezhetnek azokkal

a pozitív erőforrásokkal (pl. önbizalom, konfliktusmegoldó, stresszkezelési és egyéb képességek, támogató társas háló), amelyek egészségvédő tényezőként is működhetnek (Taylor és Seeman, 1999).

II. 1.5. Az adolescencia a (poszt)modern társadalomban

A modernizáció folyamata alapvető változásokat hozott a generációk közötti kapcsolatok rendszerében, különösen a fiatalok helyzetében. A modern társadalom egyik sajátos jelensége az ún. *ifjúsági moratórium* (Erikson, 1968: 156). A jelenség lényegében a serdülő- és ifjúkor meghosszabbodását jelenti, az önálló életkezdés kitolódását és a későbbi életszakasz szempontjából releváns döntések elhalasztását. A modern társadalomban ez az életkori szakasz rendkívül kritikussá vált, amelyet számos pszichoszociális kihívás tarkít. Emiatt a serdülő- és ifjúkor (adoleszcens és posztadoleszcens kor) igen gyakran problémákkal, krízisekkel és traumákkal terhelt (Jacobson és mtsai, 2002).

A premodern társadalmakra egyáltalán nem volt jellemző ez a meghosszabbodott átmenet, hiszen a felnőtt státusz megszerzése volt szükséges ahhoz, hogy valaki a felnőtt társadalom felelős és teljes jogú tagjává válhasson. A természeti népeknél szintén ismeretlen fogalom a serdülőkori krízis, ahol az átmenet korlátozott időtartam alatt, rítusokkal szabályozott módon, beavatási szertartások keretében megy végbe (Péley, 1994). A modern korban rítusok helyett pótszertartások alakultak ki, amelyeknek serdülőkorban még inkább kitüntetett szerepük van. A serdülőkori „még nem felnőtt, de már nem gyerek” helyzet okozta labilis identitást a káros szenvedélyeket okozó szerek – alkohol, cigaretta, drogok – segítségével igyekeznek a fiatalok feloldani. A dohányzás, az alkoholfogyasztás, a drogok, csakúgy, mint a korai szexuális élet a felnőttek szabad világát szimbolizálják számukra (Pikó és Piczil, 2004). Ezeknek a magatartásformáknak az iniciációja modernkori beavatási rítust testesít meg, hiszen gyakorlásukkal a fiatalok átmenetileg átélhetik a felnőtt státuszt; mindez azt bizonyítja, hogy a serdülőkori változások meghatározott kulturális térben zajlanak (Elliott, Huizinga és Menard, 1989).

Lasch (1996) korunk társadalmát az *önimádat* társadalmának nevezi, ahol alapélmény a gyökértelenség, az egyén izolálódik a többiektől, alig léteznek valódi, bizalmon alapuló közösségek, még ha ideig-óráig meg is valósulnak, hamar felbomlanak, hiszen korunk tempója ezt diktálja. A gyökértelenség általános bizalmatlanságot szül, a bizalomhiány pedig

a jövőkép torzulásait idézi elő. A perspektívtalanság különösen serdülő- és ifjúkorban veszélyes, amikor a tervezések, a célok körvonalazódásának az ideje jön el. Ha ez zavart szenved, akkor kialakul a „pillanatnak élés” szindróma, az életcélok nélküli, narcizmusra és hedonizmusra hajlamosító „*carpe diem*” szemlélet (Pikó és Piczil, 2004). Vizsgálatok egyértelműen kimutatták, hogy a stabil életcélokkal és jövőképpel rendelkező fiatalok lényegesen ritkábban nyúlnak drogokhoz, és saját egészségükre is jobban vigyáznak, mint azok, akik kevésbé jövőorientáltak (Pikó, 2002b). A szerfogyasztás élménye viszont egyszerre hivatott kielégíteni a gyökértelenséggel küzdő fiatal társas igényét és kockázatkeresését (vö. „parti-élmény”) (Fejér, 2000; Demetrovics, 2001).

A viselkedéses aktivitásfokozódás idején a viselkedéses tanulás számos aspektusával kerül a fiatal kapcsolatba. Az egyik ilyen jellegzetesség a nemi szerepek szocializációs folyamatában beállt változás. *Perry* és *Bussy* (1984) arra hívják fel a figyelmet, hogy a korábban érő lányoknak kettős nyomással kell megbirkózni ebben az időszakban, amit a társadalmi szerepekkel járó sztereotípiák modernkori ambivalenciája okoz. Egyrészt ugyanis hatnak a hagyományos női sztereotípiák, amelyek elsajátítása ebben a korban intenzívebbé válik, másrészt viszont a társadalom érték- és normarendszere által sugallt kép is hat rájuk, amely szerint a maskulin értékminták teljesítményelvű normái sokkal inkább megfelelnek a sikeres életút fogalmának. Mindez kihat életmódjukra és lelki egészségükre is.

Az ún. *ifjúsági moratórium* tehát egyrészt a serdülőkori (biológiai) változások korábbi időszakban történő megjelenését foglalja magában, másrészt a serdülőkorra jellemző (elsősorban pszichoszociális, illetve társadalmi-gazdasági) jelenségek perzisztálását. Ez a kitolódott szakasz azonban nem egységes, megkülönböztetünk preadoleszcens és posztadoleszcens szakaszt, éppen a tényleges serdülőkortól (adoleszcenciától) való elkülönítésre, jelezve ugyanakkor a szoros kapcsolódást is e szakaszhoz (Vaskovics, 2000). Társadalomlélektanilag a preadoleszcencia korai megjelenése ugyanolyan fejlődéslelektani veszélyeket rejt magában, mint a posztadoleszcencia kitolódása (Arnett, 2000).

II. 2. IFJÚKORI PROBLÉMAVISELKEDÉS A RIZIKÓ- ÉS PROTEKTÍV ELMÉLET TÜRKBEN

II. 2.1. Problémaviselkedés és serdülőkör

A serdülőkör (*adoleszcencia*) az életciklus kritikus, átmeneti időszaka, amelynek során a fiataloknak számos problémával kell megküzdeniük. A biológiai-hormonális folyamatokban bekövetkező változásokhoz jelentős pszichoszociális kihívások is társulnak, mint például a nemi szerepek elsajátítása, a társas kapcsolati hálók súlyponti eltolódása a család és a szülők irányából a kortársak felé, vagy az identitás személyes és szociális szegmenseinek átalakulása (Rice és Mulkeen, 1995). Mindez fokozott érzékenységgel, labilitással, gyakran identitáskrízissel jár együtt. A pszichés állapotra jellemző az introverzió, a befelé fordulás, amikor a fiatalok kezdenek saját testük és lelki jelenségeik felé fordulni, megismerni azok jelentését. Ez veszélyeket is rejt magában, s mindenképpen megnövekedett sérülékenységhez vezet, ami többek között megnövekedett pszichoszomatikus és depressziós tünetképzésben mutatkozik meg (Haugland és mtsai, 2001).

Az adoleszcens kort a biológiai-hormonális események mellett leginkább az a pszichoszociális történés fémjelzi, amit a döntések időszakának szokás nevezni, amely az identitásfejlődés szempontjából alapvető momentum. Erikson (1968) fejlődéselméletében a serdülőkör legfontosabb fejlődéslélektani kihívásának az identitás kialakulását tekinti, ami szükségzerű ahhoz, hogy később, felnőttként a fiatalok egészséges személyiségként integrálódni tudjanak a társadalomba. Az identitás kialakulása megalapozza a helyes önértékelést, a saját egyediség elfogadását a folytonosan változó világban, és a személyiség eltérő, olykor ellentmondó szegmensei viszonylatában (Eccles és mtsai, 1993). Míg a gyermekkor a „végtelen lehetőségek” kora, a serdülőkori döntések a további életút lehetőségeinek beszűkülését vonják maguk után, ami pszichológiai értelemben veszteségélmény (Kulcsár, 1995:220). Az identitáskrízis hátterében gyakran éppen ennek nem megfelelő feldolgozása áll, amely számos későbbi pszichikai probléma alapja lehet.

A serdülőkori pszichoszociális kihívások között az egyik legmélyrehatóbb a kapcsolati hálóban bekövetkező átstrukturálódás (Fuligni és mtsai, 2001). Leegyszerűsítve ez nyomon követhető a szülőkkel kapcsolatban az eltávolodás, az autonómiaigény megnövekedése formájában, miközben a kortárskapcsolatok jelentősége fokozatosan megerősödik. Ez

azonban komoly konfliktusforrást rejt magában, hiszen egyszerre van jelen a befelé fordulás, a szeparáció, és a kifelé fordulás, a közeledés. A serdülőkor előrehaladásában ez a konfliktus többször is kiéleződik, míg a kapcsolati struktúra áthangolódik, amint az énefejlődés képessé teszi azt. A serdülőkor végén a szülőkkel és a kortársakkal kialakított viszonyrendszer már ismét összhangba kerülhet, ha mindkettő megtalálja a maga szerepkörének megfelelő helyet a fiatalok életében, és a hormonális rendszer is egyensúlyba kerül (Angold és mtsai, 1999). Ha azonban az identitáskeresés elhúzódik, és identitásdiffúzióhoz vezet, a szociális kapcsolatok átstrukturálódása sem lesz harmonikus.

A *fiatalkori problémaviselkedés* szindróma olyan tünetegyüttes, amely magában foglal agresszív, antiszociális viselkedést, iskolai beilleszkedési és tanulási nehézségeket, dohányzást, alkohol- és drogfogyasztást, korai és kockázatos szexuális aktivitást, valamint pszichés zavarokat (Jessor, 1993). Elsősorban az egyes elemek közötti igen gyakori összefüggések hívták fel a figyelmet a halmozódásra, azaz arra, hogy ezek a viselkedési elemek tünetegyüttest alkotnak. Azok a serdülők, akik egyik magatartásformát kipróbálnak, többnyire a többit is, pl. akik drogot fogyasztanak, azok alkoholt is rendszeresen isznak, dohányoznak és szexuális életet is élnek, mivel egy átfogó életmód megnyilvánulásai ezek a viselkedési módok. Már az elnevezés is utal arra, hogy problematikus viselkedésről van szó, hiszen ezért is jelenik meg a társadalomban megoldandó, illetve megelőzendő problémaként, sőt nemegyszer devianciaként (Rácz, 1992). A tünetegyüttes megjelenéséért közös oki háttértényezők rendszere felelős (Deković, 1999; Gerevich és Bácskai, 1994; Hawkins, Catalano és Miller, 1992). Ennek hátterében a pszichoszociális faktorok fokozott jelenléte mellett genetikai-biológiai sérülékenység is állhat, ugyanakkor a közös gyökerű pszichoszociális, szociokulturális alapokat is ki kell emelnünk, amelyekről éppen az előző fejezetben esett szó, azaz a serdülőkor modernkori változásait és sajátos megjelenéseit.

A problémaviselkedésnek két jól elkülöníthető megnyilvánulási formáját különböztetjük meg: *externalizáló* (például életvezetési problémák, antiszociális, normasértő vagy agresszív-erőszakos kitörések), illetve *internalizáló* (szorongás, visszahúzódás, alacsony önértékelés, depressziós tünetegyüttes megjelenése) formákat (Formoso, Gonzales és Aiken, 2000). A két irány jellegzetes nemi különbségeket is mutat: míg a lányok hajlamosabbak internalizálni a problémákat, a fiúkra inkább az externalizálás jellemző (Bongers, Koot, van der Ende és Verhulst, 2003).

A problémaviselkedés elemeinek halmozódása, azaz a *komorbiditás* empirikus vizsgálatokban gyakran igazolt tény. Különösen a káros szenvedélyeket okozó szerek

együttes előfordulása emelhető ki ebben a tekintetben (Gilvarry, 2000). Drogfogyasztók körében az alkoholfogyasztás és a dohányzás szinte általános, s ezek a szerek egyfajta „kapudrogként” szolgálnak számukra. Ebben ismételten szerepet játszhat a közös biokémiai hatásmechanizmus, de a szerek társas hatásokkal összefüggő szerepe, valamint a felnőttéget és függetlenséget megjelenítő szimbólumhatás is. A pszichikai és pszichoszociális hatótényezők közül ki kell emelni a konfliktusmegoldó funkciót, az érzelmi szabályozó mechanizmusokat, a szerek stresszoldásban betöltött szerepét (Wills és mtsai, 2011). Szintén hangsúlyozni kell a társas hatásokat, a csoportkonformitást és elfogadottságot nemegyszer biztosító társas adaptációs folyamatokat (Kiesner és mtsai, 2002). Azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a szerek fogyasztása egy sajátos életmódbeli keretbe illeszkedik. Ezt alátámasztja a szabadidős tevékenységekkel való szoros kapcsolat, valamint az is, hogy a káros szerektől való tartózkodás a legtöbb esetben összefügg más egészségmagatartási elemekkel is, mint például a táplálkozási kontroll vagy a fizikai aktivitás (Pikó, 2002b). A depresszió és a szorongás, valamint a hiperaktív, figyelemdeficités szindrómák nemegyszer együtt járnak a káros szenvedélyek magasabb előfordulásával, így alkohol- és drogfogyasztással, sőt, dohányzással is (Boys és mtsai, 2003). Ugyanakkor ez a folyamat kétirányú, hiszen ezek a szerek maguk is hajlamosítanak mentális zavarok kialakulására, illetve súlyosbítják azokat.

Mindez jelzi a közös problémagyökeret, az adaptációs zavart, ami elsősorban a szociális készségek zavarából adódik. Azok a fiatalok tehát, akiknek nem megfelelőek a szociális készségeik, sokkal inkább ki vannak téve a drogfogyasztás veszélyeinek (Goodyer, 2002). Bár a fiatalok kezdetben a szereket nem lelkiállapotuk javítására kívánják felhasználni, hanem inkább a társas kipróbálás a legfontosabb indíték, mégis sokkal nagyobb az esély a pszichés zavarokkal küszködő fiatal esetében, hogy függővé válik. Ez valódi csapdahelyzet, hiszen a kipróbálás során az egyén megtapasztalja részben biokémiai, részben tanult magatartási reakciók (például társas asszociációk) révén, hogy a szerek segíthetnek a stresszoldásban. A szerfogyasztás azonban nem hatékony konfliktusmegoldási mód, hosszú távon pedig, valamennyi szer súlyos egészségkárosodást idéz elő.

II. 2.2. Rizikó- és protektív elmélet

Az egészségfejlesztési stratégiák kialakításához mindenekelőtt ismernünk kell a legfontosabb rizikó- és protektív tényezőket. A *rizikó- és protektív elmélet* megfelelő keretet nyújt az empirikus kutatásokhoz, és ahhoz, hogy a kutatási eredményeket a gyakorlatban is hasznosítani tudjuk (Jessor, 1993; Fitzpatrick, 1997). A rizikófaktorok, illetve ezek kombinációja alapján megállapított rizikócsoportok azonosítása igen fontos és a beavatkozások, illetve a megelőzés megtervezéséhez nélkülözhetetlen információval szolgál. A kutatások emiatt sokáig elsősorban a kockázati tényezők feltérképezésére koncentráltak. A társadalomtudományok kritikai szemlélete is a kockázatok kiiktatásával kívánta a megelőzést és beavatkozást véghezvinni.

Míg azonban korábban inkább a rizikótényezők (azaz a kockázatot emelő tényezők) feltérképezésére fektettük a hangsúlyt, az utóbbi időben inkább a protektív tényezők felkutatását szorgalmazzuk. Ennek oka, hogy nagyon sok esetben a rizikótényezők vagy rizikómarkerek (pl. nem, kor, társadalmi helyzet, szociokulturális hatások, a szűkebb értelemben vett, pl. iskolai környezet) megváltoztatása nem vagy csak alig lehetséges, azonban a védőfaktoroknak ilyen esetekben is jelentős szerepük lehet a káros hatások semlegesítésében (Leventhal és Brooks-Gunn, 2000). Az elmélet arra is alkalmas, hogy az egyes problémaviselkedési formák eltérő motivációs rendszerét, rizikó- és protektív tényezőit is meghatározzuk (Hawkins, Catalano és Miller, 1992).

A *rizikótényezők* közül az iskolai teljesítmény és a gyerekek iskolához való viszonya közvetlenül is kapcsolatba hozható a szerfogyasztással és más problémaviselkedéssel (Deković, 1999; Ford, 2009; Schulenberg és mtsai, 1994). A serdülők személyiségének autonómmá válása, a kortárskapcsolatok felerősödése és a családi kötelek fellazulása egyaránt kedvez a cigaretta, az alkohol és a drogok kipróbálásának. A kedvezőtlen egészségmagatartás és a lelki élet sérülékenysége között alapvető a kapcsolat, és mindenképpen hajlamot jelent például a káros szenvedélyek kialakulásához; a depressziós tünetegyüttes, pszichoszomatikus tünetképzéssel, az öngyilkossági gondolatokkal vagy az inadekvát konfliktusmegoldó módszerekkel való összefüggés arra enged következtetni, hogy a lelki élet zavarai sok esetben szerepelnek a háttérben megbújó okok között (Green és Pope, 2000). Magatartászavar, agresszív viselkedés vagy az erőszak elszenvedése is lehet a problémaviselkedés velejárója (Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997).

A *protektív tényezők* közül a társas kapcsolatok hálózata jelenti a legfontosabb alapot (Ary és mtsai, 1999). Míg a kortárskapcsolatok elsősorban a kockázati magatartásformák kipróbálását segítik elő, addig a szülőkkel, a családdal töltött együttlét inkább a preventív egészségmagatartás irányába mozdítja el a fiatalok motivációját (Ary és mtsai, 1999; Simons-Morton és mtsai, 2001). A családi tényezők szerepét hazánkban is vizsgálták már mind a szerfogyasztás és a problémaviselkedés (pl. Barabásné, 2008; Bácskai és Gerevich, 1997; Elekes és Paksi, 2000), mind pedig egészségvédő magatartásformák, például az étkezéskontroll (Brassai és Pikó, 2008) szempontjából. A kutatások azt igazolták, hogy mindent egybevetve a szülői kapcsolat átalakulása ellenére a szülők továbbra is fontos fejlődéstani szerepet töltenek be a serdülők számára az ún. biztonságos kötődés talaján, amely ugyanakkor sokkal ellentmondásosabb, olykor látensebb, mint a gyermekkorban, de mégis jelentős védőfaktor (Hair és mtsai, 2008). A szülői magatartás egyik fontos szempontja az ún. „*monitoring*”, azaz a szülők kontrolltevékenysége, amelynek során ellenőrzik, hogy gyermekeik hová mennek a barátaikkal, és megszabják, mikor menjenek haza (Deković, 1999). A másik szempont pedig, amely már inkább a szülő-gyermek kapcsolat minőségének indikátora, hogy megbeszéli-e problémáikat. A tanárok-diák viszonyt szintén gyakran jellemzik ezzel a mutatóval (Fitzpatrick, 1997).

A rizikó és protektív elmélet egy keretet nyújt, hogy megértsük az egészségmagatartás és problémaviselkedés elemeinek összefüggéseit. Előnye, hogy egyaránt magában foglal egyéni (pl. önbizalom) és kontextuális (iskolai, családi, környezeti) tényezőket (Fitzpatrick, 1997). A serdülőkor magatartásformák kialakulásában szerepet játszó társas hatások – éppen a serdülők kapcsolati struktúrájának átszerveződése következtében – jelentőségükben kiemelt figyelmet érdemelnek (Ary és mtsai, 1999).

II. 2.2.1. A depressziós tünetegyüttes rizikó- és protektív tényezői

Serdülőkorban jelentősen megnövekszik a depressziós tünetegyüttes gyakorisága. Ennek oka részben biológiai-hormonális, részben a pszichoszociális kihívások miatt van (Cichetti és Toth, 1998; Petersen és mtsai, 1993). A korra jellemző a fokozott kritikai szemlélet megjelenése (Fichman, Koestner és Zuroff, 1994), valamint az interperszonális problémák gyakoriságának megnövekedése, a kockázatvállaló magatartás, a hullámzó kedélyállapot, nem véletlen, hogy ez a káros szenvedélyt okozó szerek kipróbálásának periódusa is egyben (Pikó, 2000). Arról sem felejtkezhetünk el, hogy a *nemi szerepek szocializációja* is ekkor történik,

ami a serdülőkori depressziós tünetegyüttesben megmutatkozó nemi különbségekért is felelőssé tehető (Wichstrom, 1999). A megelőzés és a beavatkozás azért is fontos, mert a serdülők mentális egészségének, pszichikai állapotának különösen nagy jelentősége van a felnőttkori pszichoszociális adaptáció szempontjából: ehhez ismernünk kell a befolyásoló tényezőket, a rizikó- és protektív faktorokat, valamint a nem és az életkor jelentőségét.

A kutatások rendszerint a lányok nagyobb tüneti gyakoriságáról számolnak be (Gater és mtsai, 1998). A gyermekkorhoz képest jelentős növekedés következik be (Cichetti és Toth, 1998; Petersen és mtsai, 1993; Rudolph és Hammen, 1999). A depresszió gyakoriságában jelentkező nemi eltérések, azaz a lányok nagyobb tüneti gyakorisága a korai serdülőkorra tehető, a 11 és 15 év közötti időszakra (Nolen-Hoeksema és Girgus, 1994). A biológiai-hormonális hatások mellett a társas környezeti jelenségekben lezajló változások igazolhatók ennek hátterében (Lewinsohn és mtsai, 1994), illetve gyakran ezek közös eredője (Angold és mtsai, 1999; Silberg és mtsai, 2001). Nolen-Hoeksema és Girgus (1994) arra a következtetésre jutottak, hogy a lányok több depresszióra hajlamosító, azaz kockázatot emelő tényezővel jellemezhetők, ami jelentősen hozzájárul a nagyobb tüneti gyakorisághoz. Elképzelhető, hogy a rizikó- és védőfaktorok másként működnek a fiúknál és a lányoknál. Ezért is kiemelten fontos e tényezők vizsgálata (Deković, 1999).

Bár a rizikó- és protektív faktorok *struktúrájában* a kategorizációt tekintve viták vannak (Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997; Jessor, 1993), a serdülőkori depresszió vizsgálatában gyakran alkalmazott módszernek tekinthető (Petersen és mtsai, 1993). Elsőként meg kell említeni, hogy a problémaviselkedés más elemeivel igen gyakori az összefüggés ebben az életkorban, mint például az agresszió vagy a kisebb kihágások, antiszociális viselkedés, különösen a fiúk részéről (Knox és mtsai, 2000; Petersen és mtsai, 1993). A depressziós serdülők körében igen gyakran megfigyelhető alacsony önértékelés vagy instabil iskolai teljesítmény (Alva és de los Reyes, 1999; Deković, 1999; Greenberger és mtsai, 2000). Míg az előzőek ún. egyéni szintű rizikófaktorok, a családi szinten zajló folyamatokból is igen sok kockázatemelő hatás keletkezhet (Formoso, Gonzales és Aiken, 2000). A magas szintű depressziós tünetegyüttesrel jellemezhető serdülők családi kapcsolatrendszerében nemegyszer igazolható a nem támogató serdülő-szülő kapcsolat, a szülővel való kommunikáció hiánya vagy inadekvát volta, a családi stressz, konfliktusok, amelyek aláássák a fiatalok egészséges önbizalmát és emocionális distresszhez vezetnek (Olsson és mtsai, 1999). Az alacsonyszintű családi kohézió, a társas támogatás hiánya tehát fontos rizikófaktor.

A *szülő-gyermek* kapcsolat sokrétűen kihat a pszichoszociális fejlődésre, és hosszú távon is meghatározza a pszichikai egészséget, hiszen a diszfunkcionális viszony hajlamosít pszichopatológiai tünetek megjelenésére (Gerlsma, és mtsai, 1997). A túlvédés vagy az elhanyagolás, csakúgy, mint a nem elég következetes nevelés a felnőttkori depressziós esetek egy jelentős részében igazolható, amelynek kedvezőtlen oka többek között a nem kellően hatékony konfliktusmegoldási módok elsajátításában rejlik (Yoshizumu és mtsai, 2007). Ha sérül a gyermekek személyiségfejlődése és énképe, hajlamosabbak lehetnek depresszióra (Oshino és mtsai, 2007). Ebben többek között az énkoncepciónak olyan sajátosságai játszanak szerepet, mint az önelfogadás vagy az önbizalom; ezek elégtelensége kognitív diszfunkciókhoz vezet, amelyek hajlamosíthatnak depresszióra (Richter és mtsai, 2007).

A túl erős szülő kontroll, amikor a túlszabályozás akadályozza az autonóm döntések és önálló felelősségvállalás begyakorlását, serdülőkorban különösen káros lehet a lelki egészség szempontjából, annál is inkább, mert a tekintélyelvű bánásmód mellett, hogy túlszabályozza a gyermek viselkedését, nem reflektáló, azaz nem veszi figyelembe a gyermek szükségleteit és igényeit, ezért érzelmileg rideg viszonyhoz vezet (Steinberg, Elmer és Mounts, 1989). Különösen az anya gondoskodó szerepének hiánya meghatározó e tekintetben, amely negatívan hat a gyermek érzelmi fejlődésére (Ackard és mtsai, 2006); azonban az ellenkező nemű szülő viszonyulása szintén kiemelt jelentőségű a személyiségfejlődés bizonyos elemei, például a neuroticizmusra való hajlam szempontjából (Reti és mtsai, 2002).

A védőfaktorok szintén sokrétűek lehetnek; az egyéni szintűek közül ki kell emelni az egészséges önbizalmat, amely segít többek között a negatív életesemények feldolgozásában, illetve megakadályozza az általuk okozott stressz káros hatásainak kialakulását (Cicchetti és Toth, 1998; Brage és Meredith, 1994). Ráadásul a depresszióban jelentkező nemi eltérések a fiúk nagyobb önbizalmával is összefüggésbe hozhatók (Avison és McAlpine, 1992). Az ún. diszpozíciós optimizmusnak (amikor az optimizmus a személyiség részként jelenik meg) is kulcsszerepe van ebben az összefüggésben, mert a depresszió megelőzésének egyik fontos prediktora (Wong és Lim, 2009).

A szülői/családi rizikófaktorok mellett a szülő-serdülő kapcsolat bizonyos szempontjai védőfaktoroként funkcionálhatnak és segíthetnek a serdülőkori depresszió, illetve tágabb értelemben véve az ifjúkori problémaviselkedés megelőzésében. A szülői odafigyelés, a problémák megbeszélése a szülőkkel, a hatékony kommunikáció, a közös étkezések védenek a serdülőkori depresszió kialakulása ellen (Fitzpatrick, 1997; Liu, 2006). Hatásmechanizmusként e védőfaktorok a személyiség azon jellemzőit fejlesztik, amelyek

azután a mentális egészség megőrzése vagy a szerfogyasztás megelőzése irányába hatnak, mint amilyen például a reziliencia, a belső kontroll vagy az önbizalom (Finkenauer, Engels és Baumeister, 2005; Reti és mtsai, 2002). A kutatások azt mutatják, hogy az ún. biztonságos kötődés a gyermekkort követően is fontos fejlődéstani védőfaktor marad (Scharf, Maysseless és Kivenson-Baron, 2004), bár a serdülők autonómiatörekvései következtében kevésbé nyíltan jelentkezik. A szülők modellhatása a viselkedéses megnyilvánulások terén például, továbbra is érezteti a hatását (Liu, 2006). A szülők mellett a természetes segítőként funkcionáló tanárokkal kialakított kapcsolat is meghatározó lehet (Fitzpatrick, 1997).

A védőfaktorok struktúrájában megmutatkozó nemi eltérésekről szóló adatok eléggé ellentmondásosak; vannak olyan kutatások, amelyek a családi és szülői védelmet a lányok esetében erőteljesebbnek tartják (Formoso, Gonzales és Aiken, 2000). A társadalmi normák a lányoktól még ma is fokozottabb engedelmességet várnak, és emiatt gyakran nagyobb mértékű szülői odafigyelésben (sőt, ellenőrzésben) részesülnek (Browning, Leventhal és Brooks-Gunn, 2005). Vannak azonban olyan kutatások is, amelyek azt írták le, hogy a családi kohézió a fiúk esetében jelentősebb védelmet jelent a stressz ellen, mint a lányok esetében (pl. Weist és mtsai, 1995). Más kutatások az ellenkező nemű szülők hatását hangsúlyozzák (Difilippo és Overholser, 2002). Végül, a kortárskapcsolatok – bár a szerfogyasztás irányába gyakran kockázatemelő hatással bírnak – a lelki egészség szempontjából az elfogadottság érzését erősítik, és így védőhatást közvetítenek (Deković, 1999; Greenberger és mtsai, 2000; Herman-Stahl és Petersen, 1996).

II. 2.2.2. A kontroll helyének szerepe a szerfogyasztás rizikó- és protektív struktúrájában

A káros szenvedélyek kezelése és megelőzése kiemelt népegészségügyi prioritás a modern társadalomban, amelyben egyre nagyobb szerepet kap ebben az addikcióra hajlamosító személyiségjegyek feltérképezése. Bizonyos személyiségjegyek és a szerfogyasztás összefüggésének számos aspektusa ma már tudományos evidenciát nyert, amelyek pontos hatásmechanizmusát is ismerjük az élettani és genetikai kutatások eredményeinek köszönhetően. Külön problémát jelent, hogy a káros szenvedélyek esetében a normális és patológiás sajátosságok elkülönítése csak tudományos konszenzust követően nyer létjogosultságot, amit a *sokgényes, multifaktoriális* öröklődés és betegséggenézis még komplexebbé tesz. Kétségtelen, hogy a központi idegrendszeri dopamin-metabolizmus ebben a rendszerben kiemelt szerepet játszik, ami azonban számos magatartási jelenség

függvényeként is módosul. Köztudott, hogy a személyiségjegyek, és ezek hatására a magatartási döntések, az öröklött neuronális hajlamok és az aktuális környezeti inputok közötti interakcióknak megfelelően alakulnak, mint például a *magatartáskontroll* (Declerk, Boone és De Brander, 2006). Az egyik ilyen kiemelt jelentőségű személyiségjellemző éppen a magatartáskontrollt érintő személyiségjegy, a külső/belső kontroll. Sikerült igazolni, hogy a dopamin legfontosabb származéka, a homovanillinsav (pHVA) értéke és a külső/belső kontroll között kapcsolat áll fenn: a külső kontrollal rendelkező személyeket magasabb plazmaszint jellemzi (De Brabander és Declerk, 2004), ami igazolja a káros szervedélyt okozó szerek fogyasztásával, a jutalmazó agyi struktúrában a dopamin-szinttel való összefüggését.

A biokémiai vizsgálatok mellett azonban éppen ilyen nélkülözhetetlenek azok az *egészségpszichológiai* kutatások is, amelyek a külső/belső kontroll sajátosságait, viselkedésbeli megnyilvánulásait térképezik fel. Különösen fontos a serdülőkori jelenségek beható vizsgálata, hiszen a prevenció lényege olyan magatartáskontroll begyakorlása, amely segít a káros szenvedélyek elkerülésében.

A külső/belső kontroll meghatározása *Rotter* nevéhez fűződik, aki a következőképpen fogalmazta meg e személyiségjellemző lényegét: az egyén azon elvárása, hogy egy viselkedéses változó egy bizonyos módon nyer megerősítést (Wallston, 1992). Ennek megfelelően, az erős belső kontrollal rendelkező egyén azt gondolja, hogy az életesemények elsősorban saját cselekedetei eredményeként alakulnak, míg a külső kontrollal jellemezhető inkább a külső környezet hatásaiban hisz, amelyre saját maga kevés befolyással bír. A lényeg tehát, hogy a személyes kontrollnak vagy a külső erőknek tulajdonítjuk-e inkább valamely viselkedéses történés kimenetelét. A belső kontroll arra bátorítja az egyént, hogy gondolkodjon el az adott problémán, és próbálja azt a leghatékonyabban megoldani (*coping*), egyúttal csökkentse a nemkívánatos következményeket. A külső kontroll viszont egyfajta hatalomnélküliséget jelent, ami abból az (akár a fatalizmusig erősödő) érzésből fakad, hogy valaki nem képes kézben tartani az eseményeket, mivel nem rendelkezik a kontrollhoz szükséges képességekkel vagy erőforrásokkal, például információval (Landau, 1995). Kétségtelen, hogy a külső/belső kontroll és a magatartási döntések között a megbirkózási (*coping*) stratégiák játsszák a fő mediátori szerepet (Gomez, 1998).

Mindez kihat a legkülönbözőbb magatartási döntésekre, az egészséggel kapcsolatos jelenségek széles körére, mint például az egészségattitűdökre, egészségmagatartásra, a szerfogyasztásra, illetve a leszokási hajlandósága és sikerre (Norman és mtsai, 1998). Sikerült például igazolni a külső/belső kontroll hatását a fizikai aktivitásra (Norman és mtsai, 1998), a

táplálkozási magatartásra (Scoffier, Paquet és d'Arripe-Longueville, 2010), a szexuális viselkedéssel összefüggő kockázatvállalásra (Crisp és Barber, 1995), az agresszív viselkedésre (Romi és Itskovicz, 1990) és a pszichopatológiai jelenségekre (Dag, 1999).

Az egészségmagatartással kapcsolatos döntésekre különösen nagy hatással lehet a külső/belső kontroll, éppen ezért a pozitív pszichológia a védőfaktorok közé sorolja a belső kontrollt (Pikó, 2010). A belső kontrollal rendelkező egyének hajlamosabbak nagyobb felelősséget érezni saját egészségükért, jobban bíznak abban, hogy képesek aktívan javítani egészségi állapotukon és az egészségmagatartásukon, s ebben a folyamatban az önbecsülésnek, önbizalomnak fontos szerepe van (Giblin, Poland és Ager, 1988). A szerfogyasztásra ellenben az hajlamosít, ha az egyén elveszti az események feletti kontrollt és nem képes bízni saját erőfeszítéseiben; ilyenkor a kontrollnélküliség rontja a stresszoldás hatékonyságát, ez pedig növeli a szerfogyasztáshoz fordulás valószínűségét, ami közismerten nem adaptív *coping* módszer (Newcomb és Harlow, 1986). A belső kontroll szorosan összefügg az önkontrollal, amely a szerfogyasztás egyik igazolt védőfaktora (Wills és Stoolmiller, 2002). A fejlődéstani vizsgálatok ráadásul rávilágítottak arra is, hogy az önkontrollnak a korai szerfogyasztás megelőzésében is kitüntetett szerepe lehet (Tarter és Vanyukov, 1994). A prevenció központi módszere lehet a magatartáskontroll erősítése, akár elsődleges prevencióról van szó, akár például a leszokás elősegítő módszerekről. A serdülőkori szerfogyasztás megelőzése szempontjából különösen célszerű a külső/belső kontroll felmérése, mert a programok célcsoportjához kell igazítani a módszertant, hiszen más-más megközelítést igényel a készségfejlesztés a külső vagy a belső kontrollra hajlamosabb fiataloknál.

II. 2.2.3. Az externalizáló problémaviselkedés rizikó- és protektív tényezői

Externalizáló problémaviselkedés alatt elsősorban a *normaszegő, antiszociális, agresszív-erőszakos* viselkedésformákat értjük, amelyek olykor fizikai bántalmazásba vagy fegyverviselésbe torkollanak. Gyakran szoros összefüggésben állnak a különböző szerfogyasztási szokásokkal, különösen az alkoholfogyasztás és drogfogyasztás számít rizikótényezőnek (Dukarm és mtsai, 1996; Escobedo, Reddy és DuRant, 1997). Ráadásul mindkét problémaviselkedésre hajlamosít az ún. bandatagság, a kortárcsoportok speciális, deviáns fajtája, különösen a deviáns barátok jelenléte (Vitaro, Brendgen és Tremblay, 2000).

Az externalizáló problémaviselkedés rizikóstruktúrájában nemegyszer igazolhatók a pszichikai egészség problémái, mentális zavarok, stresszel telített életesemények, internalizáló pszichopatológiai jelenségek, depresszió vagy öngyilkossági gondolatok, igazolva, hogy a problémaviselkedés valamennyi formájának háttérében alkalmazkodási, adaptációs zavarok állnak (Dishion, 2000; Mesman és Koop, 2000). Azokra a fiatalokra, akik erőszakos viselkedésben vesznek részt, nagyobb valószínűséggel jellemzők pszichopatológiai tünetek és más deviáns magatartásformák (Kumpulainen és Räsänen, 2000). Az iskolai kudarcok, tanulási nehézségek és iskolai beilleszkedési zavarok szintén összefüggésbe hozhatók a normaszegő externalizáló viselkedésformákkal (Lansford és mtsai, 2002; Mesman és Koop, 2000).

Az externalizáló problémaviselkedés háttérében a *családi* szintű kockázatemelő tényezők szintén fellelhetők. A szülői bántalmazás, a családon belüli erőszak – más problémaviselkedéssel összehasonlítva – még inkább jellemző ebben az esetben (Jaffee és mtsai, 2002). Szintén növeli a kockázatot a nem intakt családi struktúra, ahol egyik szülő hiányzik, s ez a hatás különösen erőteljesen megmutatkozik a hátrányos gazdasági helyzetű családok esetében (Ackerman és mtsai, 2001; Fitzpatrick, 1997; Harland és mtsai, 2002).

Ugyanakkor a családi változók között vannak olyanok is, amelyek a problémaviselkedés e formájával kapcsolatban is védelmet nyújtanak. Mindenekelőtt a szülői kontroll és a kötődés, a bizalmas szülő-serdülő viszony (Deković, 1999; Formoso, Gonzales és Aiken, 2000; Harland és mtsai, 2002). Míg az előbbi biztosítja a normakövető viselkedés szabálytanulását, az utóbbi a kapcsolat minőségének elősegítője.

Az *iskola* szerepe az internalizáló problémaviselkedéshez és a szerfogyasztáshoz viszonyítva is még inkább kiemelkedő jelentőséggel bír. Ha egy fiatal jól érzi magát az iskolában, elfogadja annak szabályait, sikereket él át nemcsak a kortársaival való együttműködés, hanem a tanulás terén is, sokkal kevésbé hajlamos normaszegő viselkedésre, amiben a tanároknak jut fontos nevelési szerep (Fitzpatrick, 1997; Somersalo, Solantaus és Almqvist, 2002; Vermeiren és mtsai, 2003).

Az *önbizalom* szerepe, amelyet a rizikó- és protektív elmélet kitüntetett védőfaktoroként tart számon, kissé ellentmondásos ebben az esetben. Míg az internalizáló problémaviselkedés esetében valóban jelentős védőfaktorról van szó, az alacsony önbizalommal rendelkező fiatalok esetében előfordul, hogy éppen a szerfogyasztás vagy az erőszakos viselkedés növeli önbizalmukat vagy akár népszerűségüket a kortársak körében

(Glendinning, 2002; Rosenberg, Schooler és Schoenbach, 1989). Természetesen nem egészséges önbizalomról van szó, hanem annak törekeny formájáról, ami nem valódi személyiségfejlődésen alapul.

II. 2.2.4. Az ún. mértékadó (“*authoritative*”) nevelési stílus, mint protektív faktor

A serdülőkor beköszöntével a szülő-gyermek kapcsolatban bekövetkező változások igencsak jelentősek, amelyek visszavezethetők a kortárskapcsolatok térhódítására és a serdülők autonómiatörekvéseire. A gyakorlatban a fiatalok önálló döntési hatóköre ugyan megnő, ez azonban nem jelenti a szülői kontroll jelentőségének eltűnését (Deković, 1999), bár a korról némileg csökken (Roche, Ahmed és Blum, 2008). Éppen ellenkezőleg, a szülői kontrollfunkció továbbra is meghatározó, azonban sok esetben kevésbé nyílt, és abban az esetben hatékony, ha a serdülő önkifejezési törekvéseit jelentősen nem korlátozza (Fitzpatrick, 1997). Kétségtelen azonban, hogy serdülőkorban az érzelmi közelség a szülőkhöz csökken, és gyakoribbá válnak a családi konfliktusok is (Reed és mtsai, 1996). Az érzelmi közelség és a nyílt kommunikáció csökkenése pedig hozzájárulhat a fiatalkori problémaviselkedések (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, korai és kockázatos szexuális viselkedés, antiszociális megnyilvánulások, magatartászavar, depresszió) megjelenéséhez (Laursen, Coy és Collins, 1998).

A szülővel való kapcsolat meghatározó eleme a szülők nevelési stílusa, azaz a szülői bánásmód, amit általában kétféle dimenzióban mérnek empirikus vizsgálatokban: a kontroll (azaz amikor a szülők követelményeket támasztanak), és az elfogadás (a szülők reflektív viselkedése a gyermekük igényeire) (Radziszewska és mtsai, 1996):

	KÖVETELŐ BÁNÁSMÓD	
ELFOGADÓ BÁNÁSMÓD	Alacsony	Magas
Alacsony	ELHANYAGOLÓ	ÖNKÉNYES
Magas	ENGEDÉKENY	MÉRTÉKADÓ

A rugalmasan reagáló, de mértékletes kontrollal jellemezhető szülői bánásmódot mértékadó (*authoritative*) szülői stílusnak nevezzük. A magasfokú szülői kontroll és a hűvös, nem reflektáló bánásmód az önkényes (*authoritarian*) stílus jellegzetessége. A szülői stílus akkor engedékeny, amikor kevés kontrollt gyakorolnak a szülők gyermekük viselkedése felett, noha a kapcsolatot melegség itatja át. Végül, az elhanyagoló stílus sajátossága az alacsony szülői kontroll és a hűvös, nem reflektáló kapcsolat (Maccoby és Martin, 1983).

A szülői bánásmódok közül a mértékadó stílus védőhatását igazolták a legtöbb kutatásban (Jackson, Henriksen és Foshee, 1998). Ezt a nevelési stílust egyaránt jellemzi a szülők azon törekvése, hogy gyermekük viselkedését racionális szempontok alapján formálják (például, hogy tudatában legyenek, gyermekük hol tartózkodik, megfelelő-e a napirendje) és igyekezzenek teljesíthető szabályokat felállítani a számára; emellett azonban jelen van a szeretetteljes szülő-gyermek kapcsolat is, a gyermek problémáinak meghallgatása, azokra való reflektálás, a bizalom (Pellerin, 2005). Amellett, hogy a szülői nevelési stílus megszabja a családon belüli érzelmi klímát, a viselkedéssel kapcsolatos konkrét attitűdformálásra is kihat, mint amilyen például a szülők viszonyulása a szerfogyasztáshoz, vagy az agresszió kezelésére vonatkozó módszerek továbbadása a szocializáció során (Darling és Steinberg, 1993). Összességében a szülői bánásmód a személyiség azon jellemzőire is kihat, ami azután a mentális egészség vagy a szerfogyasztás irányába is meghatározó, mint amilyen a reziliencia, a belső kontroll vagy az önbizalom fejlesztése (Finkenauer, Engels és Baumeister, 2005; Reti és mtsai, 2002; Rothrauff, Cooney és An, 2009).

E nevelési stílus *védőtényező* jellegét igazolták többek között a szerfogyasztással és egy sor egyéb viselkedéses változóval kapcsolatban, mint a konfliktusmegoldás, az agresszív/erőszakos viselkedés vagy a fegyverviselés és az iskolai alkalmazkodás (Jackson, Henriksen és Foshee, 1998). A védőhatás egyértelmű igazolást nyert a két leggyakoribb legális szer fogyasztása, azaz a dohányzás (Huver és mtsai, 2007; Pierce és mtsai, 2002) és az alkoholfogyasztás (Jackson, 2002) terén. Összefüggést találtak a mértékadó szülői nevelési stílus és az alacsonyabb depressziós tünetegyüttes között akár direkt hatásról (Radziszewska és mtsai, 1996), akár indirekt (kötődés által mediált) hatásról van szó (Patock-Peckham és Morgan-Lopez, 2007). Mindez retrospektív vizsgálatokban a felnőttkori depresszióval kapcsolatban is igazolást kapott: azok a felnőttek, akik mértékadó szülői bánásmódról számoltak be, jóval kevésbé voltak hajlamosak depresszióra életük későbbi szakaszában (Rothrauff, Cooney és An, 2009).

A mértékadó nevelési stílus *optimális formában* elegyíti a szülői kontrollt és az érzelmi bevonódást; az előbbi az utóbbi hiányában nem tudja serdülőkorban elérni a kívánt hatást, pedig a viselkedés monitorozására továbbra is szükség van a szülők részéről. A serdülőkori szerfogyasztással kapcsolatos védőhatás jelentős részben a szülői kontroll útján valósul meg (Pettit és mtsai, 2001), amely csökkenti a szerfogyasztás szempontjából kockázatosnak minősülő helyzetekben való részvétel lehetőségét, például a deviáns kortársakkal való találkozások számát. Míg azonban a szülői kontroll a szerfogyasztás vagy

az externalizáló problémaviselkedés hatékony védőfaktora, a depresszió esetén ez kevésbé működik, sőt, sok esetben még hozzá is járulhat depressziós tünetek megjelenéséhez (Pettit és mtsai, 2001; Weisz, Southam-Gerow és McCarty, 2003). Ezért is kell különbséget tennünk az ún. manipulatív pszichikai kontroll és az *adekvát szülői kontroll* között, amely nem tekintélyelvű, hatalmi játszmákban nyilvánul meg, hanem őszinte érdeklődést és törődést tükröz, ami hozzájárul a normatív viselkedésszabályozás kialakításához (Pettis és mtsai, 2001).

II. 2.3. Rizikópercepció és problémaviselkedés

A kockázatos magatartás egészségre gyakorolt hatásaival összefüggésben a magatartási döntésekre jelentősen kihat a *rizikópercepció*, azaz ahogyan az egyének a kockázatokat ténylegesen észlelik és értékelik.

Annak ellenére, hogy napjainkban az egészségkockázatokkal kapcsolatos információ széleskörűen hozzáférhető, a kockázati magatartás különböző formái nagymértékben jelen vannak a lakosság körében, elég csak a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás elterjedtségének mértékére gondolni. Vizsgálatok azt mutatják, hogy nem elsősorban az ismeretek hiányosak, hanem inkább a kockázati magatartással összefüggő pszichológiai háttértényezők játszanak szerepet abban, hogy az egyének nem képesek lemondani káros szenvedélyeikről (Sturges és Rogers, 1996). Sok esetben az egyén nincs tisztában azzal, hogy miért is van szüksége az adott szerre, ugyanakkor olyanok is vannak egyre többen, akik elismerik, hogy szorongásuk vagy lehangoltságuk oldásához szükséges a cigaretta vagy az alkohol.

Azt, hogy milyen az egyének kockázateszlelése, azaz milyen mértékben ismerik el az adott szer vagy veszélyes magatartás kockázati jellegét, alapvetően befolyásolja a tapasztalat, annak minden szubjektív értékelésével és észlelési hibáival együtt. A tapasztalat e téren sokat számít, hiszen akinek az adott kockázattal kapcsolatos tapasztalata van (például rendszeresen alkoholt fogyaszt), a szer káros következményeire is inkább számít, mint az, akinek ilyen tapasztalata nincs (Halper-Felsher és mtsai, 2001; Ronis, 1992). A tapasztalat alapján történő összehasonlítás ellenére az adott kockázati magatartásban részt vevő egyén kockázateszlelése nem mindig reális mértékű (Moore és Rosenthal, 1992). Ezzel összefüggésben az egyik leggyakrabban tapasztalt jelenség az *irreális optimizmus*, ami lényegében torzult kockázatbecslés (Weinstein, 1989). Alapja egy *egocentrikus viselkedés*, ami megakadályozza

az egyént abban, hogy reálisan ítélje meg a kockázatot. Az ismeretek, a magatartás és az attitűd, azaz jelen esetben a kockázátészlelés között ugyanis nem mindig egyértelmű és erős a kapcsolat (Bettinghouse, 1986). Ha valaki dohányzik, ugyanakkor az ismeretei megvannak arról, hogy a dohányzás káros az egészségre, kognitív disszonancia keletkezik benne, amit csak akkor tud feloldani, ha abbahagyja a dohányzást vagy pedig, a kockázatot némileg tagadja, azaz magára nézve kevésbé tartja a dohányzást veszélyesnek. A háritómechanizmusok tehát mintegy bagatellizálják a problémát, elfedik a kockázat valódi mértékét, ami viszont elősegíti a magatartás huzamosabb fennmaradását. Az egészségtudatos viselkedéshez ugyanis annak előnyeit is kellene látni, s ilyen esetben elsősorban a rövid távú előnyök elismerése lenne igazán meghatározó (Calnan és Rutter, 1986).

Az irreális optimizmus serdülőkorban különösen gyakori, hiszen erre az életkorra igen jellemző a *sérthetlenség illúziója*, ami kihat a káros szenvedélyek megítélésére is (Milam és mtsai, 2000). Ennek alapja, hogy ilyenkor az egészségkockázatok (például dohányzás, alkoholfogyasztás vagy egészségkárosító táplálkozási szokások) még nem fordítódnak le azonnal betegsünetekre, illetve klinikailag is igazolható betegségek megjelenésére, hiszen ezek kialakulásához hosszabb ideig tartó expozíció szükséges. A serdülőkorra jellemző „határtalan lehetőségek érzése” egyébként is táplálja a sérthetlenség illúzióját, ami kedvez a fokozott kockázatvállalásnak (Quadrel és mtsai, 1993).

Ezzel összefüggésben a fiatalok a saját kontroll lehetőségében olykor erőn felül is bíznak (Rácz és Szakács, 1999), ami például megnyilvánul abban, hogy a dohányzásról vagy akár az illegális drogokról való leszokást viszonylag egyszerűnek és könnyűnek gondolják, ami szerintük csupán akaraterő kérdése. Másik gyakori magyarázat, hogy a sorsban bízva úgy vélik, hogy nem kell igazán a kockázatokkal számolni, valahogy majd sikerül kikerülni a tényleges veszélyeket. Ez a hozzáállás sok esetben igazolható a biztonsági öv viselésével kapcsolatban (Byrd és mtsai, 1999). Ugyanakkor a kockázátészlelés serdülőkori ellentmondásosságát jelzi az a kutatási eredmény is, amely szerint a fiatalok kevésbé optimisták egyes veszélyek, így a balesetek és bizonyos betegségek elkerülését illetően, mint a szüleik (Cohn és mtsai, 1995).

A serdülők kockázátészlelését befolyásoló tényezők feltárása igen fontos kutatási feladat. Az életkor mellett a nem szintén befolyással lehet a kockázátészlelésre, hiszen például a káros szenvedélyek a férfiak és a serdülő fiúk számára sokkal pozitívabb jelentést hordoznak, amennyiben az a nemi sztereotípiákhoz kulturális szempontból igazodik (Çirakoğlu és Işm, 2005). A szociodemográfiai tényezőkön (pl. kor, nem) túl a

kockázatészlelés pszichológiai befolyásoló tényezőinek elemzése is segíthet megérteni a jelenséget. Mivel *attitűdszintű jelenségről* van szó, kézenfekvőnek tűnik a társas hatások szerepének tisztázása, mint amilyen például a szociális összehasonlítás (Ouellette és mtsai, 1999). Úgy tűnik, hogy a kockázatészlelés, a társas hatások és a szerfogyasztás között szoros kapcsolat áll fenn (Gibbons és mtsai, 2004). Emellett a fiatalok egyéb irányú hozzáállása szintén befolyásolhatja kockázatészlelésüket, ezért fontos lehet például az étellel való elégedettségük vagy a jövőorientáltságuk függvényében is elemezni a kockázatokhoz való viszonyukat (Ginsburg és mtsai, 2002). A társas hatások mellett a személyes készségek (például énhatékonyság, kompetencia) szerepe is lényeges lehet nemcsak a magatartási döntésekben, hanem a kockázatészlelés folyamatában is (Baker és mtsai, 2003). A fiatalok kognitív fejlődésével foglalkozó kutatások megállapították, hogy serdülőkorban igen gyorsan fejlődik a nehéz élethelyzetek megértésének kompetenciája (Pasupathi és mtsai, 2001); a balesetektől való félelem például az első helyen szerepel félelmeik között (Ollendick és mtsai, 1999; 1996). Magyar fiatalok félelmei között a betegségtől való félelem is igen előkelő helyen szerepel, sőt, az utóbbi években ennek mértéke folyamatosan nőtt (Simon, 2002). A reális megítélés és a helyes preventív magatartás elősegítése érdekében ezért nélkülözhetetlen a fiatalok kockázatészlelési folyamatának, és az azt befolyásoló tényezőknek a feltárása. Az egészségfejlesztő, betegségmegelőző programok során a kockázatészlelés jelenségét sem szabad figyelmen kívül hagyni, hiszen a magatartással szorosan összefüggő attitűdről van szó.

II. 2.4. Motiváció és problémaviselkedés

A motivációk vizsgálata az utóbbi időben az *egészségpszichológiai kutatások* egyik központi kérdésévé vált, hiszen megismerésükkel közelebb juthatunk annak megválaszolásához, hogy mit jelent az adott szer a különböző egyének számára (Cooper, 1994; Németh, 2011). Kétségtelen ugyanis, hogy a káros szenvedélyeket okozó szereknek – akár a cigarettáról, akár az alkoholoról, az illegális drogokról vagy más szerekről van szó – valamilyen funkciója, meghatározó szerepe van az egyén életében, ezért is válik szenvedéllyé. A motivációk általában emocionálisan igen erősen színezettek, ezért befolyásolásuk nagyon nehéz, figyelmen kívül hagyásával azonban egy megelőző vagy leszoktató program nem lehet igazán hatékony.

A káros szenvedélyekkel kapcsolatos motivációs elméletek általában *komplex motivációs struktúrákat* írnak le, amelyek a biokémiai alapoktól a társas megerősítésig terjednek (Baker, Brandon és Chassin, 2004). A motivációk alapjai a vélekedések, beállítódások, amelyek egy adott magatartás okozta következmények irányába – akár negatív, akár pozitív – elvárásokat fogalmazznak meg.

A motivációs elméletek ilyen értelemben megfelelően illeszkednek a *racionális választás* elméletéhez (RCT), amelyek így azt sugallják, hogy magatartási döntéseink racionális mérlegelés eredményeként születnek. Az egészségmagatartással összefüggő elméletek közül a legtöbb tartalmazza az adott magatartás következményével (*outcome*) kapcsolatos elvárásokat (*expectancy*), mint például a *tervezett cselekvés* elmélete (TRA) vagy a *tervezett magatartás* elmélete (TPB). Ezek a vélekedések ugyanis jelentősen befolyásolják a fogyasztást, hiszen az elvárások beteljesülése megerősítésként funkcionál, amely a fogyasztást növelheti (pozitív megerősítésként), vagy éppen a leszokást segítheti elő (negatív megerősítésként). Ez az ún. *elváráskimenet-elmélet* (EOT) alapja, amely attól függetlenül működik, hogy az elvárások reálisak vagy pedig irracionálisak (Jones, Corbin és Fromme, 2001). Az ún. *várható szubjektív hasznosság* (SEU) elmélete szintén a magatartás kimeneti szempontjából lényeges vélekedéseket elemzi, méghozzá egy olyan döntési modell formájában, amelyben az egyének a különböző alternatív cselekvések várható hasznosságát vetik össze, majd pedig kiválasztják a legnagyobb vélt hasznot hozó formát (Ronis, 1992). Az elmélet szorosan kapcsolódik az egészséghit-modellhez, amennyiben az egészségmagatartási döntést visszavezeti a betegség súlyossága és a betegségre való fogékonyság mellett a (prevenációs) magatartás vélt előnyeire és annak hátrányaira. Ezt az elméletet a dohányzással (Copeland és Brandon, 2000) és az alkoholfogyasztással (Leigh és Stacy, 1993) kapcsolatban egyaránt tesztelték, igazolva alkalmasságát a többtényezős motivációs struktúra feltérképezésére. Az elmélet segítségével sikerült igazolni számos összetett motivációs hatást, mint például a negatív emóciók motivációs szerepét, vagy a serdülők testsúlykontrollra vonatkozó elképzeléseit a dohányzással kapcsolatban (Hine és mtsai, 2002).

Wills és Cleary (1995) modelljükben, empirikus kutatások alapján, *négy jelentős motivációs faktort* különítettek el a serdülőkori szerfogyasztásban. A szociális/társas motivációk elsősorban a társas befolyás hatását, a társas megerősítést, illetve a népszerűséget jellemzik a barátok körében. A társas hatások kiemelt szerepet játszanak a serdülőkori káros szenvedélyek kialakulásában; a szerfogyasztások iniciációja is leggyakrabban társas környezetben, méghozzá kortárscsoportokban történik, a társas megerősítés pedig elősegíti a

magatartási minta rögzülését. Gondoljunk csak a *legjobb barát* effektusra vagy a *barátszelekcióra*, amelyben szintén a szerfogyasztás ténye a meghatározó (Pikó, 2005). Ebben az értelemben – ahogy azt *Ungar* (2000) megfogalmazza – a szerfogyasztásnak a serdülőkorban adaptív funkciója van. Azok a fiatalok, akik alacsony önbizalommal, labilis identitással rendelkeznek, ugyanakkor szociális készségeik nem kellően hatékonyak, könnyen érzékennyé válnak a kortársnyomás iránt, hiszen a csoportbefolyásolásnak való engedelmesség, konform viselkedés segítségével úgy érezhetik, hogy a csoport be- és elfogadja őket (Pikó, 2004c). Hazai vizsgálatok szintén megerősítik, hogy a magas énhatékonyság és népszerűség a dohányzás rizikófaktora (Urbán és Varga, 2003). Különösen fontos a társas motiváció az alkoholfogyasztással kapcsolatban (Németh és mtsai, 2011), hiszen az alkoholt tartják a társas érintkezés motorjának, amint arra a szociális ivás kifejezés is utal. A társas hatások azonban valamennyi szer rendszeres fogyasztásával összefüggésbe hozhatók, így a cigarettával és az illegális drogok bizonyos fajtáival („diszkódrogok”, társasági drogok) is (Bradizza, Reifman és Barnes, 1999; Demetrovics, 2001; Pikó, 2005).

A káros szenvedélyt okozó szerek azonban nemcsak társas motívumokkal hozhatók kapcsolatba, hanem már egészen a kipróbálás kezdetétől megjelenhetnek a stresszoldó, konfliktusmegoldó (*coping*) funkciók is (Colder, 2001). A dohányzás és az alkoholfogyasztás nem hatékony coping módszerek, hiszen nem segítik elő az adaptációt, bár rövidtávon kétségtelenül oldhatják a szorongást, részben biokémiai, részben tanult magatartási reakciók útján. Az érzelmi alapú konfliktusmegoldó módszerek közé tartoznak, amelyek nem célorientáltak a problémára koncentrálnak, hanem a pillanatnyi feszültségcsökkentést biztosítják a problémákkal való valódi szembenézés helyett.

A harmadik motivációtípus az *énmegerősítés*, amelynek révén a szerek növelik az önbizalmat, magabiztosabbá tesznek (Wills és mtsai, 1999). A dohányzással kapcsolatban mutatták ki, hogy a dohányzók önbizalma és énhatékonysága gyakran magasabb szintet ér el nemdohányzó társaiknál (Abernathy és mtsai, 1995; Glendinning, 2002). Jelentős különbség van azonban a keresztmetszeti és a longitudinális elemzések között: míg az előbbieken valóban magasabb lehet a dohányzó fiatalok önbizalma, hiszen éppen ezért is használják a cigarettát, longitudinális elemzések során fény derült arra, hogy a kiindulási értékek viszont általában alacsonyabbak. Az alacsony önbizalommal rendelkező serdülők tehát nagyobb valószínűséggel szoknak rá a dohányzásra (Tyas és Pederson, 1998).

Végül, a negyedik motivációt *Wills* és *Cleary* (1995) *unaloműzésnek* nevezte el, azaz izgalom- és élménykeresés lehet ebben az esetben a fő motiváció. A mai, modern kultúrában,

amikor az embernek mindig „kell” valamit csinálnia, az unalom különös kihívás. A szerfogyasztás ebben segít, lefoglalja a fiatalokat, mind instrumentálisan – rítuspótló szerként –, mind pedig kognitív szinten. Empirikus kutatások megerősítik, hogy az unaloműzés igen gyakori motivációs faktor, a szerfogyasztás pedig jelentős izgalomforrás és hangulatot emelő lehetőség a számukra (Caldwell és mtsai, 1999; Carton, Jouvent és Widlocher, 1994; Donohew és mtsai, 1999; Feldman és mtsai, 1999; Iso-Ahola és Crowley, 1991).

II. 3. POZITÍV PSZICHOLOGIA: VÁLASZ A MODERN TÁRSADALOM KIHÍVÁSAIRA

*„Pozitív pszichológia... ami képessé tesz bennünket,
hogy meghaladjuk a biológiai hajlamainkat, hogy önzőek legyünk,
és helyette értelmet, célt és értéket keressünk a növekedésben,
és megerősítsük az emberi mivoltunk pozitív kvalitásait”*

(Sir John Templeton)

II. 3.1. A pozitív pszichológiai irányzat „születése” és meghatározása

Az orvosláshoz hasonlóan a pszichológia is hagyományosan és természetesen *betegségorientált*; azt keresi, ami patológiás, ami eltér a normálistól, és igyekszik helyreállítani az egészséget, vagy legalábbis egy jobb életminőséget biztosító állapotot. Az egészségesegekkel való foglalkozás hagyományosan nem tartozott egyik tudományterület hatáskörébe sem. Ahhoz, hogy változások történjenek ezen a téren, több jelentős és mélyreható folyamatnak kellett bekövetkeznie. Az egyik a betegségek természetrajzában végbemenő áttörés, amely a krónikus betegségek számában jelentkező drámai növekedés miatt előtérbe hozta a megelőzés, a prevenció fontosságát. A krónikus betegségek között a mentális zavarok is egyre növekvő számban szerepelnek, azok minden tulajdonságával, így jelentősen befolyásolják az életminőséget, rontják a munkavégzés hatékonyságát, sőt munkaképtelenséget és rokkantságot idézhetnek elő, s mivel az öngyilkosság egyik rizikófaktorát is jelentik, a korai halálozáshoz is hozzájárulhatnak.

Az orvoslásban végbemenő *paradigmaváltás* magával hozta a pszichológián belül is egy új részdiszciplína, az egészségpszichológia fejlődését. Ez a terület természetesen régóta jelen van a pszichológiában, elsősorban a klinikai pszichológiához kapcsolódva, de önálló létjogosultságát - mint szakpszichológia -, kétségtelenül a megelőző szemlélet megerősödése hozta magával. Az egészségpszichológia a klinikai pszichológiával ellentétben nem betegségcentrikus, hanem egészségcentrikus, kevésbé kötődik a pszichopatológiához és a mentális kórképek kezeléséhez. Elsősorban az egészségügy területén alkalmazott pszichológiát értjük alatta (Kulcsár, 1998). Kiemelten kötődik azonban az *egészségpszichológia* tárgya a megelőző tevékenységekhez, és szemléletét is egyre inkább ez a *prevencióhoz* kötöttség jellemzi (Ogden, 1995a). Ogden (1996) az egészségpszichológia céljának olyan pszichológiai modellek megalkotását tekinti, amelyek segítenek megérteni az emberi magatartás szerepét a betegséggenezisben, a betegség lefolyásában és gyógykezelésében, és amelyeket felhasználhatunk az egészségre kedvező magatartásformák

elősegítésében (Matarazzo, 1980; Urbán, 2001). Könnyen belátható, hogy az egészségpszichológia alapvetően egy pozitív irányultságú pszichológiai szemléletet tükröz, hiszen mindkettő középpontjában az egészség áll (Pikó, 2004a).

Mindezzel összefüggésben van egy harmadik elem is, amely elősegítette a pozitív pszichológiai irányzat jelentőségének növekedését, ez pedig az *egészségtudatosság* elterjedése, az egészséggel kapcsolatos ismeret és kogníció szintjének emelkedése a társadalomban (Pikó, 2002a). Az egészségtudatosság magasabb szintje szoros kapcsolatban áll a kockázateszlelés eltolódásával az egyéni felelősség irányába. A kockázateszlelés ugyanis jelentősen módosult az évszázadok folyamán. Korábban az egyén csak az egészségkockázati hatások passzív elszenvedőjeként szerepelt a betegségek kialakulása során (Ogden, 1995b). A járványok visszaszorításával és a civilizációs betegségek elterjedésével azután, fokozatosan felismerték, mennyire fontos az egyén felelőssége saját egészségéért, illetve a társadalom felelőssége a közösség egészségéért. Ez a felismerés nagyban hozzájárult azokhoz a vizsgálatokhoz, amelyek az egészséget védő pozitív hatásokat kutatják.

Végül, a pozitív pszichológiai irányzat előtérbe kerülését *Seligman* (2002) egy sajátos történelmi-társadalmi folyamatra vezette vissza. A második világháború után a pszichológia egyre inkább a gyógyítás felé fordult, a kóros magatartásformák korrekcióján dolgozott, ezért súlypontja még inkább a patológiás reakciók felismerésére és kezelésére tevődött át. Ez a patológia-orientált szemlélet szinte figyelmen kívül hagyta a *jól adaptálódó* egyének és közösségek „sikerreceptjeit”. Ez persze érthető is, hiszen a negatív viselkedési elemek sürgetőek, azonnali beavatkozást igényelnek, míg a pozitív elemek emiatt nem kerülhettek a pszichológusok érdeklődésének fókuszába. Egyre inkább azonban megfigyelték azt is, hogy sok olyan ember van, aki számos nehézség és trauma ellenére mentálisan egészséges marad, sőt, a problémák inkább megedzik, és személyiségét pozitív irányba formálják. Mi a titka ezeknek az embereknek? A pozitív életszemlélet, a pozitív emóciók jelenléte, a lelki ellenállóképesség (*reziliencia*), az adaptációra való megfelelő képesség (Fredrickson, 2001; Masten, 2001). Már a második világháborúban felfigyeltek erre a jelenségre, de igazából a hetvenes években kezdték el tudatosan vizsgálni ezeket a karakterjegyeket, elsősorban olyan gyermekek körében, akik deviáns, patogén környezetben nőttek fel, de minden kockázat ellenére egészséges és harmonikus felnőtté váltak. Ezt követően már tudatosan keresték a kutatók azokat a fejlődési potenciálokat, védőfaktorokat, amelyek a lelki ellenálló képességhez hozzájárulhatnak.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy a *pozitív pszichológia* célja azoknak a tényezőknek a felkutatása és erősítése, amelyek az egyének és közösségek virágzását, jóllétét segítik elő (Seligman és Csikszentmihalyi, 2000). Sheldon és King (2001) megfogalmazásában a pozitív pszichológia az emberi erények és erősségek tudományos vizsgálata. Az adaptáció sikeres megoldásainak képességét elemzi. Az emberi boldogság és harmónia kulcsát kutatja tudományos módszerekkel. A mentális egészség megőrzésére és fejlesztésére koncentráló egészségpszichológiának szemléletében mindenképpen a pozitív pszichológiai alapokra kell épülnie (Pikó, 2004a). Az élethez való pozitív hozzáállás, az egészségtudatosság, az optimizmus az egészség szempontjából ugyanis jobban „megtérül”, mint például az ellenségesség, az öncélú versengés vagy az agresszivitás. A pozitív egészségpszichológia célja tehát, hogy minél jobban kiaknázhassuk az emberi képességeink nyújtotta előnyöket, és ezeket aktívan felhasználhassuk egészségünk megőrzéséhez, és egy jobb életminőség eléréséhez (Pikó, 2004b). Bár a pozitív pszichológiai szemlélet korántsem új keletű, *Seligman* (2002:7) is visszautal a humanisztikus pszichológiára (többek között *Maslow* vagy *Allport* munkásságára), kétségtelenül újat hozott az empirikus kutatás terén, méghozzá a tudományos megközelítés módszerével, az elméletalkotással, a kutatási eredményeknek a gyakorlat nyelvére történő lefordításával.

A pozitív pszichológiát érintő kritikák gyakran hivatkoznak arra, hogy látszólag teljesen magától értetődő összefüggésekről van szó. A modern társadalom elhúzódo értékválság miatt azonban ez közel sem olyan egyértelmű, mint gondolnánk. Az individualizmuson alapuló posztmodern fogyasztói társadalom normarendszerében éppen ezek a „hagyományos” értékrenden alapuló erények devalválódtak. A fogyasztásorientált világban az egyén kényelme és „önmegvalósítása” áll a középpontban, amit főként az anyagi javak folyamatos szerzésével igyekszik megvalósítani (lásd Pikó, 2003). Az individualizmussal párhuzamosan a társas készségek egyre inkább elsorvadnak, a közösségi identitás háttérbe szorul, az elidegenedés és a magány sajátos modernkori életérzéssé vált. Sokakban fel sem merül, hogy a valódi önmegvalósítást az „énmegvalósítás”, azaz a folyamatos személyiségfejlődés jelentené. Ugyanakkor a modern társadalomban a korábbi történelmi korokhoz képest az eddigieknél nagyságrendekkel több lehetőség is van erre. A pozitív pszichológia missziója tehát a kutatási eredmények széleskörű ismertetése és gyakorlati alkalmazása.

A pozitív pszichológiával szembeni egyik leggyakoribb – egyértelműen félreértésen alapuló – kritika, hogy elítéli a negativitást, a negatív érzések azonosítását, kimondását és

feldolgozását, mintha a fejlődést kizárólag a pozitív attitűdökben látná megvalósíthatónak (Held, 2002; 2004). Sőt, *Held* szerint ez a szemlélet még azt is sugallja, hogy akár a realitástól elszakadva, a *pozitív illúziókban* is a fejlődés lehetőségét lássuk. *Taylor* és *Brown* (1988) tézise például arról szól, hogy az irreális elvárásokkal körülbástyázott optimizmus javíthatja a stresszel való megküzdést. A pozitív pszichológia azonban tisztában van azzal, hogy a mentális adaptációra hosszú távon az irreális optimizmus negatív hatással van, és hogy az egészséges személyiségfejlődés nem alapozható illúziókra, hiszen egyik legfontosabb alapelve éppen az, hogy a mentálisan egészséges egyén reálisan lássa önmagát és másokat. Egyáltalán nem a negatív történések, problémák, konfliktusok kiiktatását javasolja, hanem a velünk történő életesemények helyes feldolgozását, és ennek eredményeként a pozitív tapasztalásokat állítja a középpontba. Jó példa erre a *posztraumás növekedés* jelensége, ami a problémák pozitív feldolgozását, személyiségfejlesztő hatását tekinti meghatározónak (Tedeschi és Calhoun, 2004).

Ugyanakkor *Held* (2002) felhívja a figyelmet a pozitív pszichológiai irányzat nevével való visszaélésre, amelynek kapcsán a fogyasztói kultúra sajátos érték- és normarendszeréből vezeti le a pozitív pszichológia problematikus megítélését. A pozitív szemléletnek ugyanis számos olyan „mellékterméke” adódik, amelyek jól illeszkednek a populáris kultúrába, és a fogyasztásorientált világban egyes nézetek jól eladható terméké válhatnak. Ez különösen az amerikai kultúra jól koreografált, „*be happy*” stílusú kommunikációs mechanizmusában nyert igazolást, ahol egyfajta „self-help” mozgalommá nőtte ki magát a pozitív gondolkodást támogató, a tudományos alapoktól sok esetben igencsak távol álló szemléletmód (Held, 2002). A kötelező mosoly, a mindig kifogástalan küllem, a sikerszériák ugyanis természetesen nem férnek össze a megpróbáltatásokkal, a negatív érzésekkel, a kudarcokkal, a fogyasztói normáktól való negatív eltéréssel. Előre gyártott viselkedési standardok biztosítják az üzleti sikert, amelyet kizárólag a pozitív gondolkodás garantál. Innen már csak egy ugrás az üzleti szlogen: ha meg akarsz felelni a kor elvárásainak, a „*happiness business*”, azaz a boldogság-üzlet termékeit kell megvásárolnod. Az életben azonban kikerülhetetlenek a konfliktusok, nem lehetünk folyamatosan boldogok, sőt, nem is feltétlenül az szolgálja fejlődésünket, ha folyamatosan csak sikerünk van, és csak örömben van részünk.

A pszichológiához hasonlóan más társadalomtudományi területeken is szükség van a „pozitív fordulatra”. Erre utal Seligman (2002) mellett Keyes (1998) nézete is a pozitív társadalomtudományról. A szociológiában szintén sokáig az a kritikai nézet uralkodott, hogy

a társadalom problémáit és diszfunkcióit kell feltárni, ami ugyanúgy megfelelt a betegségmodellnek, mint a pszichológiában. Ahogy Keyes (1998) megfogalmazta az új tudományos kihívást: többet kell foglalkoznunk a jól működő közösségekkel, a társadalmi védőfaktorokkal, a szociális jólléttel. Az anómia és az elidegenedés hiánya ugyanis még nem egyenlő automatikusan a társadalmi jólléttel, mint ahogyan az anyagi gazdagság sem. Ahogy Csikszentmihalyi (1999) megfogalmazza a kérdést: Ha annyira gazdagok vagyunk, miért nem vagyunk boldogok? Az egyik legnagyobb kihívást a modern társadalomban az öregedéssel összefüggő problémák kezelése, és az idősök társadalmi jólléte, integrációja jelenti. A szociológián kívül a pedagógia, a kommunikáció, a közgazdaságtan és számos más terület is előtte áll a pozitív fordulatnak. Természetesen ez nem jelenti a kritikai szemlélet eltűnését, csupán egy kiegyensúlyozott állapot megteremtését. Fel kell tárunk a veszélyeket, a problémákat, a diszfunkciókat, de azt is fel kell ismernünk, hogy ezek kiiktatása nem jelenti automatikusan a jóllét megalapozását, sem egyéni, sem pedig közösségi szinten.

II. 3.2. A pozitív pszichológia alapelemei: Az ún. humán erények

*„Aki valóban jó, azért jó, mert szeret jó lenni
Élete nem önmegtagadás, hanem önjutalmazás”*

(G.B. Shaw)

Korunk *kockázati társadalmában* (Beck, 1992) igen nagy szükség van a védőhatásokra. Igaz, hogy megsokszorozódtak a kockázati helyzetek, a védőfaktorok azonban egyáltalán nem erősödtek meg a modern társadalomban. Éppen ellenkezőleg, a hagyományos közösségek és a mindent átfogó értékrend devalválódásával pontosan a pozitív szociális források gyengültek meg, biztonságnyújtó szerepüket azonban nem pótolta semmi más. Az átfogó értékrend helyébe nem került olyan egységes, biztonságot nyújtó új értékrend, amely védőhálóként szerepelne életünkben, és útmutatást nyújtana. Tudatosan kell megkeresnünk a védőfaktorokat, és kiépítenünk ezek hálózatát, hogy a megsokszorozott kockázati szituációkban viszonylagos védelmet és biztonságot élvezzünk. Vajon a fogyasztásorientált populáris kultúra, amelynek középpontjában éppen biztonságkeresésünk áll, valóban kielégíti biztonságigényünket? A hedonizmuson alapuló, „*carpe diem*” szemlélet azt sugallja, hogy a mának élés az egyetlen lehetőség, hogy boldogok legyünk. Az ún. élményvásárlással azonban nem sikerül tartósan jóllétet produkálnunk, sem pedig biztonságigényünket hosszú távon kielégítenünk. Ehhez valódi védőfaktorokra lenne szükség.

E felismeréseknek a pozitív pszichológiára gyakorolt hatása is igen nagy. A védő hatásokra koncentráló elmélet ugyanis választ ad arra a kérdésre, hogy a patogén környezetben felnövekvő gyerekek miért fejlődhetnek mégis egészséges személyiségű felnőtté. A pozitív hatások semlegesíteni tudják az olykor igen erős patogén hatásokat is. Nem önmagában a trauma és a károsító élmény az, ami visszavet a fejlődésben, hanem az, ahogyan reagálunk rá, ahogyan sikerül vagy nem sikerül feldolgoznunk. A pszichológia nyelvére lefordítva ez annyit jelent, hogy a gyengeségek állandó javíthatása helyett az erősségeket, erényeket kell továbbfejleszteni. Ehhez pedig a külső források helyett a valódi, belső forrásokra kell helyezni a hangsúlyt.

Ahogy *Sheldon* és *King* (2001) megfogalmazta, meg kell találnunk azokat a karakterjegyeket, humán erényeket és erősségeket, amelyek hozzásegítenek a mentális egészség és egyensúly fenntartásához, és ahhoz, hogy harmóniában éljünk önmagunkkal és környezetünkkel. Felmerül a kérdés, vajon valóban léteznek ilyen egyetemes erények, amelyekre nem nyomja rá bélyegét az adott társadalom érték- és normarendszere? A társadalomban mindig létezik egy értékconszenzus, amely megszabja az adott helyen és időben elvárt viselkedési formákat. Ha a morális fejlődés alapelveit tekintjük, mégis vannak olyan morális elvek, amelyek örökérvényűnek tűnnek, és a társadalmak legtöbbszörében viselkedési előírásként, írott vagy íratlan szabályként funkcionálnak. A moralitás azonban szintén humán kategória, az ember által alkotott szabályrendszer része. Az egészség alakulásában azonban a *homo biologicus* és a *homo socialis* sajátosságai találkoznak össze. Mindkét esetben az alkalmazkodás, az adaptáció a kulcs; a stresszfolyamatok a külső környezetből magatartásváltozásra készítetik az egyedeket és közösségeket, s ehhez azok sikeresen vagy kevésbé sikeresen alkalmazkodnak. A reagálás, az adaptáció hatékonysága szabja meg végső soron a kimenetet. *Buss* (1999) a humán erények értékelési szempontjaival kapcsolatban ezt úgy fogalmazta meg, hogy az emberi karakterjegyek önmagukban se nem negatívak, se nem pozitívak; a lényeg az, hogy mennyire szolgálják az egyén és környezete közötti *adaptációt*. Az egészség nyelvére lefordítva ez azt jelenti, hogy a humán erények olyan vegetatív idegrendszeri, hormonális, enzimatis stb. folyamatokat indítanak el a szervezetben, amelyek az egészségre védő hatásúak. Ez a hatásmechanizmus még akkor is igaz, ha az uralkodó korszakellennek egyenesen ellentmond. Jó példa erre a társas támogatás, a spiritualitás vagy a mértékletesség egészségvédő hatása.

Seligman és *Csikszentmihalyi* (2000) az *American Psychologist* pozitív pszichológiáról szóló különszámának bevezetőjében, elsősorban olyan karakterjegyek felkutatására buzdította

a kutatókat, amelyek a mentális betegségek prevenciójában játszhatnak szerepet. Itt is tetten érhető tehát a *megelőzésorientált* szemlélet a pozitív pszichológiában. A pszichológiai tényezők mediátor jellegét ismerve azonban kijelenthetjük, hogy a testi betegségek megelőzésében is lényeges hatást közvetítenek az ún. *humán erények*. A szerzőpáros fel is sorol néhányat, mint például a bátorság, személyközi kommunikációs készségek, racionalitás, optimizmus, becsületesség, realizmus, öröme való képesség, jövőorientáltság, állhatatosság. Az erények kiválasztásához szerintük a nehézségek között élő emberek sikeres adaptációs stratégiái szolgálnak támpontként. Az erények egy része *egyéni* szintű, az egyén pozitív személyiségjegyeiből ered, mint például a megbocsátás vagy a szeretet képessége, a bölcsesség és a jövőorientáltság, eredetiség vagy spiritualitás. Más részük szociális jellegű. *Csoportszinten* igen fontos a felelősségtudat, az altruizmus, a tolerancia, a munkamorál. Ezekon kívül megkülönböztetnek még egy harmadik szintet is, amelyet *szubjektív* szintnek neveztek el; az elnevezés olyan szubjektív élményeket takar, mint például jóllét és boldogság, meglegedettség, áramlat (*flow*), remény és optimizmus.

Fernández-Ballesteros (2003) öt csoportba sorolja a karakterjegyeket, amelyek így jobban elkülönülnek és empirikusan is inkább vizsgálhatók: emóciók, motivációk, intellektus, szociális készségek, társadalmi struktúra. Ezeket némileg átalakítva a következő klasszifikáció alakítható ki:

- Pozitív emocionalitás: pl. optimizmus, boldogság, meglegedettség
- Pozitív motivációk: pl. éhatékonyság, belső motivációs kontroll, énmegvalósítás
- Intellektuális erények: pl. bölcsesség, kreativitás, érzelmi intelligencia, eredetiség
- Interperszonális/társas erények: pl. empátia, kommunikációs készség, proszociális viselkedés
- Társadalmi erények: demokratikus viszonyok, tolerancia, méltányosság, szolidaritás, értékek és normák rendszere.

A *pozitív emocionalitás* szubjektív érzelmi viszonyulást jelent a dolgokhoz. Az öröme való képesség a szubjektív jóllét legfontosabb alapja. A pozitív emóciók hozzájárulnak ahhoz, hogy a negatív szituációkat is pozitív kimenettel éljük túl, ami végső soron fejlődésünket szolgálja (Fredrickson, 2001). A pozitív emóciók segítségével arra is képesek vagyunk, hogy a negatív érzések hatását semlegesítsük. Természetesen nem arról van szó, hogy ne vegyük észre a negatív élethelyzeteket, hanem éppen ellenkezőleg; a negatív érzéseket azonosítva tudatosan építjük ki magunkban a képességet, hogy a pozitív érzésekkel fel tudjuk dolgozni azokat.

A *pozitív motiváció* alapja, hogy képesek legyünk aktívan kontrollálni külső történéseket, hatékonyan oldjuk meg az előttünk álló életfeladatokat. Az énmegvalósításra törekvés elsősorban a személyiségünk kiteljesedését, a bennünk rejlő lehetőségek megvalósítását jelenti. Az énhatékonyság olyan beállítódást tükröz, amely kifejezi, hogy az egyén tisztában van saját képességeivel, azaz képes adott szituációban kompetens viselkedésre. Ehhez pedig belső kontrollra van szükség, hiszen az egyén akkor érzi viselkedését kompetensnek, ha önmaga határozhatja meg a magatartásából eredő események kimenetelét azáltal, hogy képes alkalmazkodni a környezet kihívásaihoz (Bandura, 1997).

Az *intellektuális erények* közül a bölcsesség érdemel kitüntetett figyelmet, mint a praktikus intelligencia, az alkalmazkodó viselkedés eleme. Az ún. kognitív életfejlődési pszichológia középpontjában az áll, hogy milyen folyamatok segítik elő, hogy az életkorral előrehaladva az életesemények hozzájáruljanak egy életbölcsesség kifejlődéséhez (Baltes és Staudinger, 2000).

A jólléthez feltétlenül szükség van *szociális készségekre*, az interperszonális kommunikáció hatékonyságára. Az identitás az egyéni és a társas identitás kölcsönhatásából fejlődik; csak mások reakcióin keresztül ismerhetjük meg önmagunkat. A proszociális magatartás velünk született készlet eredményeként nyilvánul meg és jut érvényre olyan karakterjegyekben, mint az altruizmus vagy az empátia. Ezek látszólag olyan megnyilvánulások, amelyek közvetlenül nem hoznak hasznot annak, akitől erednek. Társadalomlélektani szempontból az altruista tendenciák ellentmondani látszanak a modern társadalom individualista értékrendjének. Éppen a velünk született szocialitásból kifolyólag azonban szociális identitásunkat erősítik, ezért olyan humán erénynek számítanak, amelyek jóllétünket is megalapozzák (Batson és Shaw, 1991). A proszociális magatartás azért is maradt fenn, mert pszichikai nyereséggel jár, túl azon az evolúciós jelenségen, amit a közvetlen rokoni segítség genetikai alapú nyereségével magyarázhatunk.

A társadalom és az egyén *kölcsönhatása* szintén megszabja a humán erények érvényesülési körét, de alapvetően megvalósíthatóságának alapját is jelenti. Egy tekintélyelvű és egy demokratikus, egymás tiszteletén alapuló társadalom működése között óriási lehet a különbség, ami nyilvánul az eltérő érték- és normarendszerekben, valamint az ennek közvetkeztében kialakuló mentális reprezentációkban (Pikó, 2003; Kopp, 1999). A társadalmi szolidaritás, a tolerancia elősegíti a humán erények kibontakozását, míg egy tekintélyelvű rendszer hamis értékeket jutalmazva ezek megnyilvánulását korlátozhatja, sőt képviselőit

„deviáns” címkével láthatja el. Minél inkább megfelelnek azonban az egyéni szintű erények a társadalmi elvárásoknak, annál egészségesebb egy társadalom működése.

Peterson és munkatársai egy másfajta klasszifikációs rendszert dolgoztak ki, amelynek neve VIA (*Values in Action*) (Steen, Kachorek és Peterson, 2003). Ez a csoportosítás azért is érdemel kitüntetett figyelmet, mert a betegségek klasszifikációs rendszeréhez hasonló elvekből indul ki azzal az igen lényeges különbséggel, hogy nem a mentális betegség, hanem a pszichológiai egészség kritériumait veszi számba. A legfontosabb csoportelemek a következők:

- Bölcsesség és tudás: pl. kíváncsiság, tanulásszeretet, nyitottság, kritikai gondolkodás, praktikus intelligencia, kreativitás, eredetiség, perspektíva-orientáltság
- Bátorság: pl. állhatatosság, integritás, lelkesedés, becsületesség, autentikusság, ügyesség
- Szeretet: pl. intimitásigény, szeretetre méltóság, nagylelkűség, kedvesség
- Igazság: pl. méltányosság, méltóság, vezetői képességek, kötelességtudat, közösségi készségek
- Mértékletesség: pl. megbocsátás, szerénység, könyörületesség, óvatosság, önkontroll, énszabályozás
- Transzcendencia: pl. szépérzék, kíváncsiság, remény, optimizmus, hála, humor, játékoság, spiritualitás, cél- és jövőorientáltság.

Ezek olyan karakterjegyek, amelyek többé-kevésbé állandóak, de nem megváltoztathatatlanok, éppen ezért, fejleszthetők és formálhatók. A klasszifikációs rendszer nagy előnye, hogy az évezredek óta humán erénynek tartott karakterjegyeket lebontották alapelemeikre, amelyek könnyebben megragadhatók empirikusan, így kutatásokban mérhetők és szerepük igazolható, összefüggéseik pedig más pszichológiai jellemzőkkel elemezhetők. Ez különösen fontos a modern társadalmakban, ahol már az egységes érték- és normarendszer nem érvényesül, s ahol ezek az összefüggések más megvilágítást nyernek.

Egy másfajta megközelítés a pszichikai jóllét legfontosabb kritériumai alapján határozza meg a humán erősségeket (Keyes és Lopez, 2002; Ryff és Keyes, 1995). Mindenekelőtt, az *önelfogadás* lehet az az alap, amely megteremti a pozitív pszichikai jólléthez szükséges énkoncepciót. Az önfogadás szorosan összefügg az *identitással*, hiszen annak egyik megnyilvánulásáról van lényegében szó. Az érett, kialakult identitáson és önismereten alapuló önfogadás elősegíti azt, hogy az egyén reálisan ítélje meg életének eseményeit, azaz tudatában legyen a pozitív és a negatív életeseményeknek egyaránt, azaz mindezt elfogadja, mint az éntelődés sajátos elemeit. A következő kritérium a folyamatos *személyiségnevelés* megvalósulása, amely az önfogadás által megteremtett alapokon nyugszik, és úgy rendezzi az

életfolyam során nyert tapasztalatokat, hogy azok a személyiségfejlődést szolgálják. A harmadik alapvető kritériuma a pszichikai jóllétnek az *életcélok megléte*. Az életcélok útmutatást és értelmet adnak az életnek, nemcsak a jövőnek, hanem a jelennek, sőt, segítenek a múltbeli események helyes kezelésében is. A negyedik kritérium az *autonómia*, az önmeghatározás, ami a belsőleg kontrollált, érett személyiség jellemzője. Az autonóm személyiség képes énhatékony viselkedésre, ismeri képességeit és hibáit, bízik abban, hogy képes saját belső fejlődésbeli igényeinek megfelelni. Az ötödik kritérium a *pozitív kapcsolatok* építésének képessége. A kölcsönösen kielégítő, valódi, tartalmas társas kapcsolatok magukban hordozzák olyan sajátosságok meglétét, mint például az empátia vagy tolerancia. Végül, a hatodik pszichikai jóllét indikátor a *környezeti felelősség* megléte. Ez a képesség elősegíti, hogy az egyén hatékonyan és pozitív irányba befolyásolja környezetét; alkalmazkodjon hozzá, illetve alakítsa azt. Ez a tudatos felelősségérzet már átvezet bennünket a szociális jóllét indikátorainak tárházába, amelyek kiegészítve a pszichikai jóllét indikátorokat, együttesen alapozzák meg a mentális egészséget.

A szociális/társas jóllét alapja a *társas elfogadás*, amely megfelel a pszichikai síkon megvalósuló önfogadásnak. Ez azonban az identitás pozitív megéléséhez nem elég, hiszen társas voltunkból adódóan identitásunk is részben társas folyamatokhoz kötődik. Ahhoz, hogy békességben és harmóniában éljünk a világban, szükség van arra, hogy önmagunkat, saját fejlődésünket pozitívan lássuk, de arra is, hogy másokhoz is pozitívan viszonyuljunk. Ez magában foglalja azt, hogy másokat elismerjünk, és tiszteletben tartjuk mások igyekezetét saját személyiségük fejlesztésére és sorsuk alakítására. Nem véletlen, hogy a születéskor várható élettartam azokban az országokban a legnagyobb, amelyekben nem túl nagyok a társadalmi egyenlőtlenségek, és ahol viszonylag jól működik a társadalmi szolidaritás. Az önmegvalósításhoz ugyanis szorosan hozzátartozik a *szociális megvalósítás*, illetve a munkálkodás a körülöttünk lévő társas tér jobbításán. Ha pozitívan viszonyulunk környezetünkhöz, annak jobbításán fáradozunk, megerősödik bennünk a *szociális integráció*, a csoporthoz, közösséghez tartozás tudata. Az integritás megvalósulásához jelentősen hozzájárul egy következő kritérium, a *szociális közreműködés*. Az egyénnek éreznie kell, hogy van értelme életének, vannak céljai, ezeknek azonban szorosan kapcsolódniuk kell a közösséghez. Végül, a szociális jólléthez jelentősen hozzájárul a *szociális koherencia*, annak tudata, hogy a körülöttünk lévő világot értékesnek látjuk, ahol rend uralkodik, nem pedig kiszámíthatatlannak és félelmetesnek.

II. 3.3. A jóllét és az étellel való elégedettség pozitív pszichológiája és az értékek kulturális relativitása

A jóllét a pozitív pszichológia egyik központi fogalma. Ryan és Deci (2001) értelmezésében a jóllét mindenekelőtt optimális létezést és tapasztalást jelent. A *szubjektív jóllét* olyan széles körű koncepció, amely Lucas, Diener és Suh (1996) leírásában magában foglal pozitív és negatív érzelmeket (mint egymástól független konstruktumok), általános életelégedettséget, és az élet különböző területeivel (pl. munka, társas kapcsolatok) való elégedettséget. Tehát egy globális mutató, több összetevőből áll, amelyek közül Diener és munkatársai (1999) legfontosabbnak az étellel való elégedettséget tartják. Az érzelmi összetevőkkel ellentétben az étellel való elégedettség inkább a kognitív komponenst jelöli ebben a koncepcióban. Az étellel való elégedettség mértéke megmutatja, hogy általánosságban milyen az életünkhöz való viszonyulásunk, a saját kritériumainknak megfelelően (Neto, 1993). Az általános elégedettségi szinthez természetesen hozzájárulhatnak a specifikus elégedettségi mutatók, mint amilyen például az egészséggel, az anyagi helyzettel vagy az iskolával való elégedettség. Epidemiológiai kutatások szerint az étellel való elégedettség népegészségügyi jelentősége igen nagy, hiszen alacsony szintje nemcsak a depresszió fokmérője lehet, hanem a halálozás prediktora és általános kockázati tényezője is (Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2000; 2004).

Egészségpszichológiai értelemben az étellel való elégedettség a pozitív egészségfogalommal szoros összefüggésben áll (Ryff és Singer, 1998). A serdülők körében a krónikus betegségek előfordulása viszonylag ritka, azonban a jelentős testi-lelki változások kihatnak szubjektív jóllétükre (Okelo és mtsai, 2004; Sawyer és mtsai, 2004). A pszichés problémák, a mentális egészség zavarai, depressziós és szorongásos tünetek jelentős mértékben rontják az étellel való elégedettségüket (Adelman, Taylor és Nelson, 1989). A pszichoszomatikus tünetek gyakoriak ebben az életkorban is, amelyek szintén csökkentik szubjektív jóllétüket (Natvig, Albrektsen és Qvarnstrom, 2003), különösen a túlterheltségből fakadó krónikus fáradtság (Tynjala, Kannas és Levalahti, 1997). Az egészség önértékelése ezzel szemben a szubjektív jólléthez pozitívan járul hozzá (Rask és mtsai, 2002). A kutatások rámutattak a fiatalok egészségmagatartása és az étellel való elégedettségük közötti összefüggésekre is. Azok a fiatalok, akik tartózkodnak a káros szerfogyasztásuktól (dohányzás vagy drogok), nagyobb mértékű szubjektív jóllétről számolnak be (Topolski és mtsai, 2001). Sok esetben az étellel való elégedettség alacsony volta járul hozzá a drogfogyasztáshoz (Clifford és mtsai, 1991). Vannak kutatások, amelyek szerint a szerfogyasztás a lányok körében csökkenti az étellel való elégedettséget, míg a fiúk körében

ez kevésbé igazolható (Laukkanen és mtsai, 2001; Rask és mtsai, 2002). A rendszeres sportolás ugyanakkor megalapozza jóllétünket (Pikó, 2000), csakúgy, mint a táplálkozási szokások (Corle és mtsai, 2001).

De vajon mitől érezzük boldognak magunkat? Mitől függ az étellel való elégedettségünk mértéke? Annak ellenére, hogy számtalan válasz lehetséges, Ryan és Deci (2001) szerint *kétféle öröme*lv körvonalazódik a válaszok alapján. Mindkét öröme^{lv} egyformán régi, az emberiség történelmében végig jelen volt, azonban voltak olyan korszakok, amelyekben eltérő hangsúllyal szerepelt egyik vagy másik. Az egyik öröme^{lv} az érzéki vágyak kielégítésével áll összefüggésben, az érzéki örömet okozó élmények begyűjtésére koncentrál. Ebben az értelemben az élet célja minél több ilyen élmény megélése, megtapasztalása. Ez egyértelműen *hedonisztikus* beállítódást takar. Az életöröm keresése, az érzéki tapasztalatok „habzsolása” gyakran tükröz anyagiasságot is, s ez kiemelten igaz a fogyasztói társadalomra. A fogyasztás ethoszával fémjelzett kultúrában az érzéki örömet adó élmények irányítják leginkább mindennapi életünket (Pikó, 2003). Az anyagi javak beszerzése, a modern vásárlási szokások nem egyszerűen a vételt hangsúlyozzák, hanem az *élményszerűséget*. A bevásárlóközpontok, a „plázák” világa, a szórakoztatócenterek mind-mind az élményszerűségről, önmagunk kényeztetéséről, „jutalmazásáról” szólnak. Az üzenet abban rejlik, hogy az egyén elhiggye, ha él ezekkel a szerekekkel, ha beszerzi a kínált árut, akkor boldog lesz. Ezek a tapasztalások azonban csak ideiglenes örömet okoznak. A *boldogság* nem állandó életérzés, hiszen pillanatnyi érzelmek eredőjeként áll elő. Persze, ez nem jelenti azt, hogy ezeknek az élményeknek ne lenne fontos szerepük az öröme^{lv} fennmaradásában és a boldogságérzés kialakulásában. Az érzéki öröm nagyon is fontos eleme lehet a jóllétnek, ha megfelelően kezeljük, és felismerjük valódi természetét.

Bármennyire is az a közhiedelem, hogy az anyagiak birtoklása jelenti a legfontosabb boldogságforrást, a pozitív pszichológiai vizsgálatok azt mutatják, hogy ez a fajta anyagi beállítódás nem jár együtt nagyobb fokú boldogsággal. Kasser és Ahuvia (2002) arra a következtetésre jutottak, hogy a materialista és hedonista beállítódás stresszel, gyakoribb szorongással és alacsonyabb jólléttel jár együtt. Egy korábbi vizsgálatunk adatai pedig azt mutatják, hogy a teljesítménycentrikus, csak a materiális (*extrinsic*) értékeket szem előtt tartó értékrend több stresszel, alacsonyabb egészségtudatossággal és több káros szenvedéllyel jár együtt, mint a posztmateriális (*intrinsic*) értékeket (például barátság, lelki béke, becsületesség) preferáló attitűd (Pluhár, Keresztes és Pikó, 2003).

A másik öröme, az *eudaimonisztikus*, éppen ellenkező megközelítésből indul ki, mint a hedonisztikus modell. Elsősorban azt az *arisztotelészi* nézetet veszi alapul, amely az érzéki vágyak szolgálai követését egész egyszerűen vulgáris öröme-nevezi, szemben a valódi boldogsággal, amely abból fakad, hogy életünknek értelme van, hogy amit csinálunk, az értékes. Ez a boldogság az ember belső természetének kifejeződéséből, azaz énmegvalósításból ered, éppen azáltal, hogy lehetővé teszi a belső fejlődést (Ryan és Deci, 2001). Ahogy *Fromm* találóan felteszi a kérdést: „lenni vagy birtokolni”? A hedonista örömmel ellentétben ez olyan keretet ad az életnek, amelyben a boldogság *per se*, azaz önmagában jelentkezik, nem függ az érzéki vágyak kielégítésétől. A belső kontroll megléte, az autonómia érzése, a hatékony önszabályozás mellett a mértékletesség jelenti azokat az alapokat, amelyek tartósan hozzájárulhatnak a szubjektív jóllét megtapasztalásához. Ez az érzés pedig abból fakad, hogy tudatában vagyunk annak, hogy életünk lényege egy folyamatos *belső fejlődés*, az életeseményeket pedig ebbe a keretbe helyezve dolgozzuk fel. Ezek a jellemzők – a materialisztikus beállítottságú egyének alacsonyabb jóllétszintjével ellentétben – nagyobb mértékű boldogsággal, étellel való elégedettséggel és általános jólléttel fonódnak össze (Van Boven és Gilovich, 2003).

A kultúra és annak értékrendje különösen erős kihatással van az étellel való elégedettségre, és ezáltal irányítja magatartási döntéseinket (Bardi és Schwartz, 2003). Az individualisztikus kultúrákban a teljesítményorientáltság, az énközpontúság és öndetermináció, valamint a materiális javakkal való ellátottság fontossága a kulturális normákból következik, és erőteljesen meghatározza az étellel való elégedettséget (Schimmack és mtsai, 2002; Van Boven és Gilovich, 2003). Ezzel szemben a kollektivistikus kultúrákban a csoporthoz való tartozás, a szociális elfogadottság jelentősebb korrelátuma (Spencer-Rodgers és mtsai, 2004). Kiderült, például hogy az extrovertáltság csak azokban a kultúrákban meghatározó előfeltétele a boldogságnak és étellelégedettségnek, ahol a hedonisztikus beállítottság uralkodó attitűd (Schimmack és mtsai, 2002). A nyugati kultúrában tehát, ahol a hedonisztikus potenciál igen nagy, a jóllét igen erős meghatározója.

II. 3.4. A társadalmi egyenlőtlenségek pszichológiája az értékek tükrében

A társadalmi egyenlőtlenségek testi és pszichikai egészségre gyakorolt hatását számos kutatás igazolta a modern társadalmakban (Adler és Ostrove, 1999). Az empirikus vizsgálatok

rendszerint lényeges különbségeket találnak a morbiditási (megbetegedési) és mortalitási (halálozási) adatokban, Európában és az USA-ban egyaránt (Lobmayer és Wilkinson, 2000). A születéskor várható élettartam jelentősen kisebb az alacsonyabb iskolai végzettség, jövedelem és foglalkozási presztízs szerint. A társadalmi állapotbeli egyenlőtlenségek azonban a teljes életciklust tekintve nem mindenhol jelentkeznek egyenlő mértékben, azaz ez a hatás nem konzisztens az életkor függvényében (Ben Shlomo és Kuh, 2002). A legnagyobb mértékű társadalmi egyenlőtlenségek az egészségi állapot mutatóiban, a megbetegedési és rokkantsági statisztikákban a középkorúakban igazolhatók, leggyakrabban a 40 és 59 évesek körében. Ugyanakkor a serdülőkorúak és fiatal felnőttek körében bizonyos fokú „*egyenlősődés*” mutatható ki (West, 1997). A serdülőkkel foglalkozó tanulmányok a szülők társadalmi helyzete függvényében az egészségi állapotban többnyire nem találtak jelentős eltéréseket a megbetegedési és halálozási rátákat tekintve (Rahkonen és Lahelma 1992; West, 1997). Bár vannak olyan tanulmányok is, amelyek némi eltérést igazoltak, főként a balesetek okozta halálozás terén (Halldórsson és mtsai, 2000), az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek nem következetesen jelentkeznek.

A serdülők társadalmi helyzetét ugyan még a szüleik státusza adja, az ún. *adoleszcens* társadalom – ha nem is homogén – viszonylag önálló társadalmi mezőt alkot, amiben a középiskolásoknak a fogyasztói kultúra értékrendje következtében megszilárdult *divatkijelölő* helyzete is fontos szerepet játszik (Pikó és Fitzpatrick, 2001; West és Sweeting, 2004). Ez persze nem jelenti azt, hogy társadalmi egyenlőtlenségek nem léteznek a tizenévesek körében, sem pedig azt, hogy az egyenlőtlenségek nem érhetők tetten az egészségi állapotukban. A kutatások arra hívják fel a figyelmet, hogy a társadalmi helyzet és a serdülők egészségi állapota közötti összefüggések kevésbé *grádiensszerűek* (azaz lépcsőzetesek), nem is mindig igazolhatók, s ha igen, akkor előfordulnak *inkonzisztens*, sőt, *inverz* kapcsolatok is, mint például a magasabb státuszúakra jellemzőbb alkohol- és drogfogyasztás (Hanson és Chen, 2007; Ritterman és mtsai, 2009; Salonna és mtsai, 2008; Tuinstra és mtsai, 1998).

Az egyenlőtlenségek tehát ebben az életperiódusban kevésbé a megbetegedési és halálozási adatokban jelentkeznek, hanem inkább az egészségmagatartásban vagy a pszichés állapotban. Ez a fajta „*relatív egyenlősődés*” a hazai kutatásokban is igazolható, azaz itt sem lineáris az összefüggés a társadalmihelyzet-mutatók, valamint az egészségi állapot között, inkább bizonyos társadalmi helyzet (például a szülők munkanélkülisége) terén mutatható ki az összefüggés (Pikó és Fitzpatrick 2001). A nemzetközi kutatások azt mutatják, hogy az alacsonyabb társadalmi helyzetű serdülők rosszabbnak értékelik saját egészségüket (Erginoz

és mtsai, 2004), és több pszichoszomatikus tünetről számolnak be (Berntsson és mtsai, 2001; Geckova és mtsai, 2004). A társadalmi egyenlőtlenségek megmutatkoznak a serdülők depressziós tüneteiben is; főként a társadalmi helyzet szubjektív megítélése, azaz az ebből fakadó elégedetlenség, a szülők alacsony iskolázottsága vagy munkanélkülisége játszik fontos szerepet ebben (Kaltiala–Heino és mtsai, 2001. Többek között az alacsony társadalmi helyzet jelentős stresszterheltséget időz elő, amely növeli a depresszió, s ennek következtében akár a kardiovaszkuláris halálozás valószínűségét (Kopp és mtsai, 2007). Vannak azonban olyan kutatások is, amelyek ezeket az összefüggéseket nem erősítik meg (Siahpush és Singh, 2000).

A társadalmi helyzet többek között a társas kapcsolatokon keresztül fejti ki hatását, s okoz stresszt és betegséget (Taylor és Seeman, 1999). A társas támogatás, illetve annak hiánya fontos tényező, hiszen a társadalmi helyzettel vagy az iskolázottsággal összefüggésben befolyásolhatja például a depressziós epizódok kimenetelét. Gyermek és serdülő esetében a szülőkhöz fűződő kapcsolat minősége jelenti azt a kontextust, amely befolyásolhatja az ebben a korban jelentkező tünetek kialakulását, hiszen hatással van a fejlődéstani adaptációs jelenségek hatékonyságára, mint amilyen például az életeseményekkel való megküzdés (Vetró, 2008). Az alacsony szintű társas támogatás depressziót generáló hatását pedig főként az alacsony társadalmi helyzetű serdülők körében igazolták (Huurre és mtsai, 2007). *Positív pszichológiai* szempontból lényeges, hogy a *társas támogatás* sokrétű hatást fejt ki a pszichoszociális fejlődéstani folyamatokra, többek között erősíti az optimista beállítódást és fejleszti a konfliktusmegoldó készségeket, befolyásolja a kommunikáció minőségét. Az ún. *diszpozíciós optimizmusnak* (amikor az optimizmus a személyiség részeként jelenik meg) azért is lehet kulcsszerepe ebben az összefüggésben, mert a depresszió megelőzésének egyik fontos prediktora (Wong és Lim 2009), és más egészségiállapot-változókra is jótékony hatást gyakorol. Kétségtelen, hogy a társas támogatás, illetve annak hiánya fontos mechanizmust jelent ebben a folyamatban. Ez megnyilvánulhat abban, hogy a szülő mennyit beszélget a serdülővel, mennyi időt töltenek együtt, illetve mennyiben számíthat a gyermek szülői segítségre a problémái megoldása során (Kroenke, 2008).

A szerfogyasztással és egészségmagatartással kapcsolatban még ellentmondásosabb a helyzet. Vannak olyan kutatások, amelyek egyértelmű pozitív összefüggést mutatnak ki a társadalmi helyzet és a szerfogyasztás között (Petridou és mtsai, 1997; van Lenthe és mtsai, 2001). Mások *inkonzisztens* vagy szokatlan, akár *inverz* összefüggést találtak, például a magasabb társadalmi helyzetű fiatalok nagyobb mértékű dohányzását és alkoholfogyasztását (Tuinstra és mtsai, 1998). Felnőttkutatásokban is előfordult, hogy pozitív összefüggést

igazoltak a magasabb társadalmi réteghelyzet vagy a vállalkozói lét és az alkoholfogyasztás, valamint drogfogyasztás között; a dohányzás viszont továbbra is az alacsony társadalmi helyzettel hozható kapcsolatba (Borrell és mtsai, 2000; Wohlfarth és van den Brink, 1998). A preventív egészségmagatartások, így a *fizikai aktivitás* viszont konzisztensen a magasabb társadalmi helyzetű fiatalokra jellemzőbb (Tuinstra és mtsai, 1998).

Bár az egészségnek kevésbé, az étellel való elégedettségnek a társadalmi helyzet ugyanakkor igen erős meghatározója, ami egészségi állapotbeli egyenlőtlenségeket is generálhat (Goodman és Huang, 2002; Kopp, Skrabski és Szedmak, 1995). Az objektív mutatókkal összehasonlítva a társadalmi helyzet szubjektív értékelése még erősebben befolyásolja a szubjektív (pszichikai) jóllétet és az egészséget is (Goodman és mtsai, 2003). Éppen a fogyasztói társadalom versenyszelleme, siker- és teljesítményorientált értékrendje következtében, a szubjektív társadalmi helyzet az objektív mutatókon túl még inkább kihat az egészségi állapotunkra és jóllétünkre (Singh-Manoux, Marmot és Adler, 2005). A serdülők körében ez még inkább meghatározó, hiszen egy olyan kitüntetett életkori periódusról van szó, amikor a fiatalok különösen érzékennyé válnak a társadalom értékrendjére és ezzel kapcsolatos jelzéseire, ráadásul ekkor már gondolkodásuk kognitív szintje is megfelelő ahhoz, hogy a relatív deprivációt érzékeln tudják, és képesek legyenek reflektálni rá (Goodman és mtsai, 2005).

Saját korábbi, középiskolás mintán végzett vizsgálataink megerősítették, hogy nem is az objektív társadalmihelyzet-mutatóktól függ a fiatalok jólléte, hanem a szubjektív, azaz relatív társadalmi helyzettől. Minél inkább elégedetlen volt valaki saját társadalmi helyzetével, annál rosszabb volt a pszichikai közérzete, annál több pszichoszomatikus tünetről számolt be, és egészségi állapotát is rosszabbnak értékelte. Ez azonban kultúrához kötött jelenség is, hiszen egy erősen hedonisztikus orientáltságú kultúrában fordul elő, ahol ráadásul a szocializmusban tapasztalt fogyasztáselnyomás és a materializmus túlhangsúlyozása a spiritualitás hiányával együtt még fokozottabb hedonizmushoz és szélsőséges individualizmushoz vezetett (Pikó és Fitzpatrick, 2001). Amint a kutatások kimutatták, a társadalmilag hátrányos helyzetben felnövő fiatalok hajlamosabbak materialista beállítódásra, ahol a szülők az anyagi biztonságot gyakran túlbecsülik a belső értékek rovására (Kasser és mtsai, 1995; Kasser és Sheldon, 2000). Ha azonban a hedonizmus hajszolása helyett az értelmes életre koncentrálnak, az az egészségre is védő hatást gyakorol.

II. 3.5 Pozitív fejlődépszichológia: A serdülőkor pozitív erőforrásai

A fejlődépszichológiában vita van abban a tekintetben, hogy a humán fejlődést mennyiben lehet egységes folyamatnak tekinteni, vagy pedig inkább ugrásoknak, amelyek iránya főként az *átmeneti időszakokban* dől el (Dacey és Travers, 2002). A vita természetesen nem befejezett, azonban kétségtelen, hogy az átmenetek olyan fejlődési hullámokat jelölnek, amelyek a további szakaszok szempontjából lényeges fejlődési kihívásokat tartalmaznak. A *fejlődési kihívások* sikeres, azaz adaptív vagy kevésbé sikeres módjai a rá épülő szakasz menetét is megszabják. Erik Erikson (2002) pszichoszociális fejlődésmélete a pozitív pszichológia számára fontos alapelmélet. Erikson elméletében az élet olyan fejlődési szakaszokra bontható, amelyek kríziseken át vezetnek a további fejlődés felé. A krízis éppen azt jelzi, hogy valaminek a végére értünk és valami új kezdődik. A krízis pozitív megoldása után valamiben megerősödünk, mindig az adott szakasztól függ, hogy miben. Pozitív pszichológiai nézőpontból meg kell jegyezni, hogy az átmenet bármilyen megoldása sem lehet lezárt egység, amely végérvényesen megszabja a további élet menetének irányát. A *pozitív fejlődépszichológia* legfontosabb üzenete éppen a rugalmasság szükségessége a negatív események és életszakaszok pozitív megoldásához.

Az *eriksoni* fejlődéslélektani megközelítésben a serdülőkor az egyéni azonosság-formálódásnak és az egyediség felvállalásának korszaka. Minden életkornak megvannak a maga sajátos kihívásai, törekvései, és elképzelései arról, hogy mi számít boldogságnak, sikernek, fejlődésnek. Ryff (1989) éppen arra hívja fel a figyelmet, hogy az életkorral változnak az egyén szubjektív jóllétről alkotott koncepciói. A társas kapcsolatok például kiemelt helyen szerepelnek a lelki egészséget meghatározó tényezők között valamennyi életkorban, de változik az arról alkotott nézet, hogy milyen szerepet töltenek be ezek a kapcsolatok. A fiatalok számára a kompetencia, az önmaguk megismerése, elfogadása és elfogadtatása a legfontosabb, a kapcsolatokban is gyakran az újdonságot, a tapasztalatszerzést részesítik előnyben.

Ehhez a folyamathoz igen fontos a *kortársakkal* kialakított kapcsolat, amely a következő stádium intimitásigényét alapozza meg. Ugyanakkor a kortárshatás a legfontosabb *univerzális* rizikófaktornak mutatkozik (Pikó, 2002a,b). Éppen ezért érdemes további vizsgálatokat az, hogy miként formálódik a „*kortárscsapda*”. Miért válik az identitás szempontjából nélkülözhetetlen jelenség veszélyeztetővé? Vajon miért tudnak egyesek ellenállni a csoporthatásnak, míg mások automatikusan azonosulnak a normatív attitűdökkel és viselkedési mintákkal? A fiatalok problémaviselkedésének befolyásolási motívumait egy

három elemből álló rendszerben értékelhetjük. A társas hatások mellett a környezet és a személyiségjegyek kölcsönhatása alakítja ki a konformizmus mértékét. A problémaviselkedés elterjedésében a társas hatás az elsődleges, mégis igen nagy egyéni különbségek vannak a fogékonyság tekintetében (Pikó, 2005). Vannak ún. magas rizikójú fiatalok, akik fokozottan érzékenyek a szociális befolyásokra. Egyes személyiségjegyek, így például az alacsony önbizalom vagy az énhatékony viselkedés képességének hiánya fokozottan érzékennyé teszi a fiatalokat a kortárshatásra. A csoportbefolyásolásnak való engedelmesség, „behódolás”, adaptációs célokat is szolgál, hiszen a közös viselkedési elemek segítségével a csoporttagok elfogadottsága, és így a fiatalok önbizalma nő (Ungar, 2000). Számukra a személyes és szociális identitás megerősítésének stratégiája a problémaviselkedési normák átvétele a csoportban. Az egészséges önbizalommal rendelkező fiataloknak ilyenfajta megerősítésre nincs szükségük, ezért könnyebben tudnak nemet mondani az elutasítás okozta kényszerű érzelmi megrázkódtatás nélkül.

A *csoportfolyamatok* rendkívül fontosak a serdülők identitásának fejlődése szempontjából (Pikó, 2004c). Sajnálatos, hogy ez a nélkülözhetetlen fejlődéstani szakasz ugyanakkor a problémaviselkedés átvételében is megnyilvánul. A pozitív pszichológiának arra kell koncentrálnia, hogy a csoportkonformizmus ne járjon együtt ezzel a kedvezőtlen tendenciával. A kortársak felé fordulás fontos fejlődési elem, azonban el kell érni, hogy ne az együtt elfogyasztott cigaretta, alkohol és a drogok jelentsék a csoportkohéziós erőt. Bizonyos társas készségek fejlesztésével, és karakterjegyek erősítésével sikerülhet ez a viselkedésmódosítás.

A csoportazonosulás legfontosabb pozitív forrása a *szociális kompetencia*. A kompetencia az egyéni és társas készségek használatának hatékonyságát jelöli az életproblémák megoldására készítő helyzetekben. A szociális kompetencia elnevezés alatt a szociális készségek egész sorát értjük, amelyek a serdülőkori fejlődésben fontos szerepet játszanak (Griffin és mtsai, 2001). Elsősorban olyan interperszonális készségekről van szó, amelyek az új, azaz megváltozott szabályokkal, társas normákkal jellemezhető társas környezetbe, csoportba való beilleszkedést segítik elő. Ilyen például az asszertivitás, a világos és egyértelmű kommunikáció, a beszélgetés-kezdeményezés, az érdekérvényesítés vagy kérés készsége, más kéréseinek megtagadása, illetve egyéb interperszonális tárgyalási és kollaborációs stratégiák begyakorlása (Zins, 2001). Mindez a megfelelő adaptációs képesség érvényesülését segíti elő társas helyzetben.

Szociális kompetencia hiányában az egyén csoporthelyzetben könnyen elbizonytalanodik, önbizalma alacsony és önértékelése deficitesebb lesz, nem hisz abban, hogy a kortársai elfogadják, és szeretni fogják. Ez a serdülőkori identitásformálódás szakaszában különösen kritikus. Ebben az értelemben van tehát a problémaviselkedésnek adaptív funkciója, amelynek során a kortársaktól érkező elfogadás megerősítésként szolgálhat, és növelheti a fiatalok önbizalmát, szociális készségeiket pedig fejlesztheti (Griffin és Mtsai, 2001). Ennek természetesen az ellenkezője is igaz: a megfelelő szociális kompetenciával rendelkező fiatalok kevésbé hajlamosak dohányzásra, alkohol- és drogfogyasztásra, agresszív és antiszociális viselkedésre, depresszióra. Ez részben az asszertivitás képességének, részben az egészséges mértékű kortárs kötődésnek köszönhető.

Azokat a fiatalokat, akik sikerrel megbirkóznak a kortárs kötődéssel és a megváltozott identitás kihívásaival, *Rosenberg* (2002) nyomán „*pozitív kortársaknak*” nevezzük. Ahogy a serdülőkori fejlődés pozitív pszichológiai szempontjait elemző kutatók hangsúlyozzák, a jó fejlődés, a sikeres adaptáció nem feltétlenül egyenlő a problémamentességgel (Steen, Kachorek és Peterson, 2003). A reziliencia vagy lelki edzettség koncepciójával kapcsolatban láthattuk, hogy a megfelelő családi környezet egyáltalán nem garantálja a problémamentességet, ugyanakkor számos olyan fiatal oldja meg sikeresen a fiatalkori nehézségeket, akik kifejezetten deviáns környezetből jöttek. A hangsúly az *adaptáción* van. Olyan karakterjegyekre, környezeti hatásokra, egyéni és társas készségekre van tehát szükség, amelyek elősegítik a sikeres alkalmazkodási folyamatokat. A pozitív pszichológia az általános karakterjegyeken túl kiemeli a pozitív serdülőkori fejlődést elősegítő védőhatásokat, amelyeket fejlődési potenciáloknak nevez. Ezek a személyiségbeli jellemzőkön túl főként a fiatalokat körbevevő közösségből származnak (Whitlock és Hamilton, 2003).

Az ún. *Search Institute* (2003) a fejlődési potenciálok között megkülönböztet külső és belső formákat. A *belső* potenciálokat négy csoportba sorolja a modell: pozitív identitás (pl. pozitív jövőkép, életcélok), pozitív értékek (pl. mértékletesség), a társas készségek (pl. szociális kompetencia), végül ide tartozik a tanuláshoz való pozitív hozzáállás, ami nemcsak az iskolai tanulás iránti elkötelezettséget jelenti, hanem általában véve a fejlődés iránti pozitív attitűdöt:

POZITÍV IDENTITÁS <ul style="list-style-type: none"> - Pozitív jövőkép - Életcélok megléte - Stabil önbecsülés és önbizalom - Belső kontroll - Személyes hatalomérzés - Erő és kezdeményezőkézség 	TÁRSAS KÉSZSÉGEK <ul style="list-style-type: none"> - Tervezés és döntéshozó képesség - Interperszonális, kapcsolatteremtési készség - Kulturális kompetencia, azaz készség különböző kultúrájú egyénekekkel való kapcsolatteremtésre - Társas ellenállókészség, azaz a „nemet mondás” technikájának elsajátítása - Hatékony konfliktusmegoldó képesség
POZITÍV ÉRTÉKEK <ul style="list-style-type: none"> - Mások segítése - Szociális igazságérzet - Integritás - Becsületesség - Felelősség - Mértékletesség 	TANULÁSHOZ POZITÍV VISZONYULÁS <ul style="list-style-type: none"> - Sikerorientáltság, megfelelő - teljesítménymotiváció - Elköteleződés az iskola iránt - Elköteleződés, illetve érdeklődés a tanulás iránt - Információgyűjtés, kíváncsiság, olvasási készség

A *külső* potenciálok ugyanígy négy különböző csoportba tartoznak. A védőfaktorok között előkelő helyen szerepel a támogató környezet, a társas támogatás. A következő fogalomkörbe tartoznak azok a fejlődési potenciálok, amelyeket gyakran az *empowerment* kifejezéssel illetnek. Ez olyan szolgáltatásokat foglal magában, amelyek biztonságot és erőt kölcsönöznek az egyénnek. A külső potenciálok következő csoportja az „elvárások és határok” elnevezést viseli. Végül, a külső potenciálok a szabadidő konstruktív felhasználását is tartalmazzák. A szabadidő mint az életmód része meghatározó a fiatalok identitásformálódásában:

TÁMOGATÓ KÖRNYEZET <ul style="list-style-type: none"> - Családi támogatás - Pozitív családi kommunikáció - Más releváns felnőttkapcsolatok, természetes mentorok - Segítő társadalmi környezet - Segítő iskolai környezet 	„EMPOWERMENT” <ul style="list-style-type: none"> - Ifjúsági szervezetek - Ifjúsági közösségek - Önszerveződés - Érdekvédelem, érdekérvényesítés
ELVÁRÁSOK ÉS TÁRSAS NORMÁK <ul style="list-style-type: none"> - A szülők által felállított szabályok rendszere - Az iskola által felállított szabályok rendszere - A szülők és tanárok olyan elvárásokat és követelményeket állítanak fel, amelyek fejlődésre, növekedésre sarkallnak 	KONSTRUKTÍV SZABADIDŐ <ul style="list-style-type: none"> - Otthon eltöltött idő - Vallási közösségbe járás - Ifjúsági programok (pl. szakkörök, klubok) - Kreatív tevékenységek (pl. hobbi, színház, művészetek)

II. 4. A VALLÁS/SPIRITUALITÁS MINT VÉDŐFAKTOR KOMPLEX MEGKÖZELÍTÉSE A TÁRSADALOMLÉLEKTAN ÉS A POZITÍV PSZICHOLÓGIA TÜKRÉBEN

II. 4.1 Vallás és spiritualitás értelmezése

A modern társadalomban a vallás jelentősen átalakult; nemcsak az intézményes háttere, hanem a hittartalmak, a valláshoz való viszonyulás, a vallásgyakorlás formái is. Ez az átalakulás jelentősen összefonódott a *szekularizációval*, a racionalizmus térhódításával, ami az értékek *pluralizálódásával*, majd pedig az *individualizáció* megjelenésével vált teljessé (Sheldrake, 1992). Míg ezt megelőzően a vallás fogalma mindenki számára egyértelmű volt, manapság a hit, a spiritualitás és a vallásosság fogalmilag már nem fonódnak olyan szorosan össze. A modern ember számára a hit nem minden esetben jár együtt a vallásgyakorlás aktív formáival, mint ahogy a vallásos életvitel sem magától értetődően jelent megingathatatlan hitet. Vannak, akik számára a spiritualitás ma sem választható szét a vallásosságtól, de egyre növekvő számban vannak olyanok is, akik elfordulnak az intézményesített vallásosságtól, és a „maguk módján” vallásosak, megint mások pedig a spiritualitás egyéni lehetőségeit keresik akár önmagukban, akár az új kiségyházaknál vagy *New age* egyesületeknél (Zinnbauer és mtsai, 1997). Az „elvallástalanodás”, amint azt sokan megjósolták, nem következett be, noha a vallás mint intézmény valóban háttérbe szorult, azonban ha csökkent is a vallás társadalmi szerepe, időnként fellendülések következnek be, új vallási mozgalmak bukkannak fel, vagy a spiritualitás egyéb formái terjednek el, amelyek kihatnak a társadalmi valóságra (Tomka, 1996).

Sokszínűvé vált tehát korunk vallásossága és spiritualitása. Hogyan határozhatjuk meg a két fogalmat, amelyek között jelentős átfedés is van, ugyanakkor ma már létjogosultságot nyert különálló értelmezésük is? *Andorka Rudolf* (1997:548) a vallást úgy tekintette, mint „az élet végső kérdéseire, így az élet értelmére és céljaira válaszokat nyújtó eszmerendszer”, amely még a spiritualitást is magában foglalja. A „spirituális” jelzőt viszont tágabb értelemben gyakran a lelkiség jelentésével azonosítjuk, hiszen eredetileg a „vallás lelkének” tekintették (Tomcsányi és mtsai, 2010). Ma azonban sokkal tágabb értelemben használjuk, és alapvetően az egzisztenciális kérdésekhez (pl. a lét értelméhez, a transzcendenciához) való viszonyulásként értelmezzük. Nem véletlen, hogy napjainkban megjelent az a kifejezés, amit „nem vallásos spiritualitásnak” hívunk, azaz a vallástól független spiritualitás (Good és Willoughby, 2006). Annak ellenére, hogy nagyon sok vallásos egyén egyben spirituálisnak is

tartja magát, és nem különíti el a két fogalmat a gyakorlatban (MacDonald, 2000), egyre többen vannak, akik vallásgyakorlás nélkül élik meg spiritualitásukat. A globalizációval egyre inkább terjedő *New age* mozgalom például nem tekinthető vallásnak, hiszen nem egységes eszmerendszer, mégis számos elemet átvett a keleti vallásokból, alapvetően azonban misztikus-spirituális világnézet, amely olykor magába foglalja a paranormális jelenségekbe vetett hitet is (Heelas, 1996). A vallást leginkább az intézményesített jelleggel hozzák összefüggésbe, amit a következő definíció is alátámaszt: társadalmi-alapú hitrendszerek és tevékenységek (rítusok) összessége, amelyek egy felsőbb hatalom létezéséhez kötődnek, és amelyeket leggyakrabban szervezett közösség keretein belül gyakorolnak (Peterman és mtsai, 2002). A spiritualitás ezzel szemben olyan érzésekre és tapasztalatokra utal, amelyek az élet értelmével és az élet céljaival, azaz egyfajta emberi útkereséssel állnak összefüggésben (Brinkerhoff és Jacob, 1987).

Az empirikus kutatás számára nagy kihívást jelent annak megismerése és mérhetővé tétele, hogy ki mennyire vallásos. Legkézenfekvőbb a magatartás, az aktivitás bevonása a kutatásokba, ez azonban csak egyfajta vetületét adja a vallásosságnak, ami különösen a mai társadalom sokszínű, individualizált vallásképének csak töredékét jelenti. A vallásgyakorlás rendszeressége, a vallási összejöveteleken, istentiszteleteken, rituálékon való részvétel gyakorisága kétségtelenül a vallási részvételről nyújt információt. Szükség van ezen túlmenően a kognitív és érzelmi dimenziók figyelembevételére is, hiszen a vallásosság/spiritualitás mélyebb megismeréséhez szükség van az attitűdök, hittartalmak, érzelmek, viszonyulások, értékek vizsgálatára is, különösen, ha a vallás más jelenségekkel való összefüggéseit kívánjuk elemezni (Pikó, 1999). Gyakorlati megfontolásból a vallásosság *öt szintjét* különíthetjük el (Jarvis és Northcott, 1987). Az első szint a vallási hovatartozás, ami nem jelent aktív vallásgyakorlást, ugyanakkor mégis sok esetben utal egyfajta kulturális elköteleződésre (pl. ha valaki magát keresztényként definiálja). Gyakran a születés után megkapja az egyén, tehát ilyenkor nem választáson alapul, ha azonban vallásos szocializációval jár együtt, a passzív vallásosságból ténylegesen aktívvá válhat. A következő szint a vallásgyakorlás, ami viszont már valódi vallási aktivitást jelöl, például imádkozást vagy meditációt, bibliaolvasást és egyéb tevékenységet, ami a vallásos élettel összefügg. A harmadik szint a vallási közösségbe tartozás, azaz a vallási részvételt jelöli. A negyedik szint a vallásos hit, amely attitűd-szintű jelenség, gondolkodásbeli elemeket is tartalmaz és elköteleződésre is utal, például a vallásos értékrend követésére. Végül, a spiritualitás ebben az értelemben az ötödik szint, amely már túlmegy a vallásosságon, és az ént meghaladó

transzcendens valóságot takarja. Ebben a felosztásban a vallásosság és a spiritualitás nem független egymástól, de elképzelhető olyan fogalmi értelmezés is, amely a kettőt függetleníti.

II. 4.2. A valláspszichológiától a vallás pozitív pszichológiai megközelítéséig

A vallással összefüggő jelenségek pszichológiai vizsgálata a témakör komplexitása révén mindig is tudományos kihívásnak számított, s talán pont emiatt hiába van régi hagyománya a valláspszichológiának, máig megmaradt periférikus helyzete (Benkő, 2003). A spiritualitás és a vallásosság azonban olyan jelenségek, amelyek nemcsak a valláspszichológiával foglalkozó tudósok érdeklődését keltették fel, hanem a pszichológián belül is egyre szerteágazóbban érintik a kutatások a vallásosság/spiritualitás kérdésköreit, mint például a személyiség- és fejlődéspszichológia, a szociálpszichológia, a társadalomlélektan, vagy újabban az egészségpszichológia (Tomcsányi és mtsai, 2010). Benkő (2003) gyakorlati szempontból különbséget tesz *valláspszichológia* és a *vallásosság pszichológiája* között. Míg az előbbi tárgyat a vallásos jelenségek és megnyilvánulások képezik, és nem csupán a vallásos viselkedést veszi nagyító alá, hanem a vallásos személy életútját is; az utóbbi viszont nem kívánja a vallás lényegét tudományosan megragadni, azaz vallásfilozófiai vagy teológiai alapokon nyugvó elméleteket alkalmazni, hanem a vallást adottnak véve, a vallásosság kifelé is megnyilvánuló jelenségeit (pl. a vallásos tevékenységeket vagy jóllétet) igyekszik pszichológiai oldalról megragadni. Talán így a filozófiai megalapozottság kevésbé tűnik mélynek, azonban mérhetőbbé válik, amennyiben a validitás és a megbízhatóság követelményeinek is igyekszünk eleget tenni (Pikó, 1999).

Mindez azt mutatja, hogy a vallásosság/spiritualitás olyan *komplex jelenség*, amelynek vizsgálata során a közvetlenül megfigyelhető magatartási jelenségeken túlmenően a vallásosság szubjektív szintjeinek feltérképezésére is szükség van. A spiritualitás egyik szubjektív mutatója, az ún. *spirituális jóllét*, amely kifejezi a test, a lélek és a szellem közötti harmóniát; az egyénnek önmagával, másokkal, a természettel és a transzcendenciával (Istennel) való kapcsolatát (Gomez és Fisher, 2003). Az életminőség szociális aspektusát foglalja magába, amely már túlmutat az egyénen (Tsuang és mtsai, 2007). Gomez és Fisher (2003) a spirituális jóllét négy területét különítik el: a személyes spirituális jóllét az élet értelméhez, az életcélokhoz és értékekhez való viszonyulást jelöli; a közösségi az interperszonális kapcsolatok minőségére utal, a környezeti a fizikai és biológiai világhoz való viszonyulást, a környezettel való egység érzékelését foglalja magába, míg a transzcendens a kozmikus erők, a transzcendens valósághoz, Istenhez vagy valamilyen természetfeletti

hatalomhoz való viszonyulást fejezi ki. Más megközelítésben két eleme van; a *vallási jóllét* az Istennel/magasabb erővel való kapcsolatra koncentrál, az *egzisztenciális jóllét* pedig a lét értelméhez fűződő útkeresést jelöli. Ez utóbbi különösen fontos jellemzője lehet bizonyos átmeneti életciklusok identitáskeresésének, mint amilyen a serdülő- és ifjúkor, s ezért jelentős mértékben összefonódik e korosztály magatartási döntéseivel és lelki egészségével is (Pikó, 2005).

II. 4.3. A serdülőkori vallásosság/spiritualitás pozitív szempontú fejlődépszichológiája

A vallásos/spirituális dimenzió empirikus vizsgálatokba történő bevonása azért is rendkívül fontos, mert sok szállal kötődik olyan *fejlődépszichológiai* jelenségekhez, mint az identitásfejlődés és az énkoncepció kialakulása. A spirituális fejlődés lényegében egy olyan belső „motor”, amely az önkifejezés érdekében útkeresésre sarkallja az egyént az élet értelme, a transzcendenciához való viszony, az életcélok és a személyes hozzájárulás megtalálása terén (Benson, Roehlkepartain és Rude, 2003). Fontos állomás a világnézet megalapozásában, az értékek és erkölcsi elvek megismerésében és integrálásában. Az identitáskeresés és a spirituális fejlődés szoros összefüggését az is fémjelzi, hogy sokan éppen serdülőkorban kerülnek igazán elmélyült kapcsolatba a transzcendenssel, vagy éppen ekkor térnek meg, azaz köteleződnek el a vallásosság/spirituális lét irányába (Good és Willoughby, 2008). A vallásosság/spiritualitás jelentősége az is, hogy az egyén választásait, terveit és céljait alapvetően meghatározza, ami hosszú távon kihat a további életútjára is (Pecchenino, 2009).

A serdülőkor pozitív pszichológiája több ponton is szorosan kapcsolódik a vallásosság pszichológiájához; mindenekelőtt a vallásosságot és a spiritualitást egyfajta humán erősségként határozza meg, amely fejlődéstanilag *reziliencia*-erősítő szerepet is betölt, az egészséggel, boldogsággal és jólléttel kapcsolatban pedig hatékony védőfaktor (Pargament és Mahoney, 2002). A serdülő-szülő kapcsolatra kedvező hatással van a vallásosság által megalapozott közös értékrend, az élethez való pozitív viszonyulás, ami segít megóvni a serdülőt például a deviáns kortárs csoportoktól, bandázásoktól; elősegíti továbbá bizonyos készségek fejlődését és morális álláspontok, például a felelősségérzet kialakulását, a tanulás, az iskolai környezet elfogadását (Crawford, Wright és Masten, 2006). A vallásosság/spiritualitás azért is jelentős fejlődépszichológiai szempontból, mert ekkor kerül sor az ún. *metakognitív orientáció* kiépülésére, amikor is a serdülő képessé válik egy-egy jelenséget vagy eseményt többféle szempontból, eltérő perspektívából is szemlélni, ami a világlátásában igen jelentős fordulat (Moshman, 1998).

II. 4.4. A fiatalok vallásossága: magatartás-epidemiológia

Bár az aktív vallásgyakorlás nem igazán magas a serdülők és fiatalok körében, ez nem jelenti a vallásosság vagy a spirituális beállítódás teljes hiányát (Kovács és Pikó, 2009). A nyugati típusú országokban az intézményesült vallás jelentőségének csökkenéséről számolnak be a kutatások, míg a személyes spiritualitás jelentősége inkább növekszik (Good, Willoughby és Busseri, 2011). Természetesen az országok között jelentős különbségek vannak a vallással összefüggő hagyományok, történelmi beidegződések és szokások terén. Az USA-ban például a *National Study of Youth and Religion* (2004) felmérése szerint a vallás még mindig fontos és pozitív szerepet játszik a tizenévesek körében, mintegy 85%-uk tartozik valamilyen vallási csoporthoz, és a vallási intézményekről alkotott véleményük is kedvező. Arra a kérdésre, hogy mennyire fontos a vallás az életükben, 32,3%-uk válaszolta azt, hogy nagyon. Érdekes még azt is kiemelni, hogy ez az érték 1976-ban 28,8% volt, és az évek során folyamatosan 25-30% körül mozgott. Vallási aktivitásukra jellemző, hogy 32,8%-uk 1-2-szer hetente részt vesz vallási összejöveteleken, s ez az érték sem változott jelentősen 1976 óta.¹ A lányok és az afro-amerikaiak közül többen vannak, akik számára fontos a vallás, a szülők iskolai végzettségével pedig szintén jelentős az összefüggés a magasabb iskolai végzettségük javára.² Az imádkozás gyakoriságára a serdülők körében a következő adatok jellemzőek: 20% soha, 9% kevesebb, mint havonta, 9% havonta, 22% hetente, 40% naponta (a lányok közül 10%-kal többen, mint a fiúk) (Smith és mtsai, 2003). Szintén jellemző a vallásosság/spiritualitás jelenlétére, hogy az amerikai fiatalok mintegy 95%-a hisz Istenben, 91% a mennyországban, 76% a pokolban, 86% hiszi azt, hogy Jézus Isten fia (Mason és Windle, 2002; Wallace és Forman, 1998).

Ezzel szemben mit mutatnak a hazai adatok? Érdekes először az országos reprezentatív lakossági felmérésekből kiindulni. A magyar felnőtt lakosság körében a kilencvenes évekig növekedés látszott, majd az egyházhoz kötődő vallásosság erősödése megállt; összességében 2008-ban enyhén csökkenő vallási identitás állapítható meg, amelyen belül a többségre az egyházi tanításokat kevésbé követő (ez mintegy 19%) egyéni („maga módján”) vallásosság (49%) jellemző. A vallásgyakorlás csökkenő, majd stagnáló tendenciát mutat (1982-ben a lakosság 24%-a járt hetente templomba, 1991-ben 14%, 1999-ben 10%, 2006-ban 13%, 2008-ban 9%). Ugyanakkor a különböző hittartalmak gyakoriságában

¹ Attitudes and Behaviors of American Youth – Religion – Religious Adolescents Study, <http://www.libraryindex.com/pages/1712/Attitudes-Behaviors-American-Youth-RELIGION.html#ixzz1UcEbG8se> Letöltve: 2011.08.02.

² Child trends 2011. Religiosity. <http://www.childtrendsdatabank.org/alphalist?q=node/145> Letöltve: 2011.08.02

emelkedés tapasztalható, például Istenben: 1991-ben 58%, 2008-ban 69%; a halál utáni életben: 1991-ben 23%, 2008-ban 33%; mennyországban: 24, illetve 34%; pokolban 15, illetve 24%, reinkarnációban: 21% mindkét esetben.³ A *Hungarostudy* adatai hasonló tendenciákat mutattak: a 44 év alatti lakosság körében, 1995-ben 9% volt azok aránya, akik rendszeresen, egyházi keretek között gyakorolták vallásukat, 2002-ben és 2006-ban 7%. A maguk módján vallásosak aránya ugyanezen időszak alatt 18-ról 27%-ra nőtt (Székely 2008); ugyanakkor a rendszeres vallásgyakorlók aránya a teljes lakosságon belül kb. 13% (Kopp, Székely és Skrabski, 2004).

Az *Ifjúság 2008 Gyorsjelentés* a fiatal (15-29 éves) korosztály vallásosságáról kissé más képet fest: a megkérdezettek 50%-a hitt Istenben, 33% a halál utáni életben, 24-25% az ördögben, illetve a pokolban, 33% a mennyországban, 22% a reinkarnációban, 38% a telepátiában, 35% a jövőmondásban. Hetente egy vagy több alkalommal jár templomba mintegy 4%-uk (ez 2000-ben 8% volt), az egyház tanításai szerint 7% tartja magát vallásosnak (2000-ben 10%). A megkereszteltek számának enyhe csökkenése nemcsak a nagy, hanem a kisegyházakat, vallási csoportokat is érinti; a megkereszteltek közül 73% katolikus, 19% református.⁴ Egy budapesti gimnazisták (15-19 évesek) körében 2007-ben végzett felmérés viszont azt mutatja, hogy a megkérdezettek 20%-a vallásos az egyház tanítása szerint, 22,7%-uk legalább havonta egyszer jár egyházi, vallási közösségi szertartásokra. Érdeemes kiemelni azt is, hogy a fiúk közül kissé többen vallásosak az egyház tanítása szerint (21,7%, szemben a lányok 18,8%-ával), ez azonban statisztikailag nem jelentős eltérés. Az amerikai fiatalokhoz hasonlóan itt is igazolható viszont, hogy a vallásilag elkötelezett fiatalok aránya a szülők iskolai végzettségének emelkedésével valamelyest nő.⁵

Földvári (2003) ugyanakkor felhívja a figyelmet arra, hogy félrevezető lenne a pusztán vallásos – nem vallásos dichotómiában gondolkodni, mert az emberek (és különösen a fiatalok) viszonyulása a valláshoz – éppen a vallásosság/spiritualitás individualizálódása következtében – igen sokféle lehet. Megjelent a már említett vallástól független spiritualitás mellett egy olyan vallásosság is, amely ritka vallásgyakorlással, bizonytalan hittel és a vallási elemek szabad válogatásával jellemezhető, főként a fiatalabb generációkban. Ez az eltérő életútból, történelmi tapasztalatokból, társadalmi-gazdasági körülményekből, például a fokozódó globalizációból is adódik. Így a nem vallásos, valamint az egyházas keresztény

³ Rosta Gergely: Változó vallásosság Magyarországon.

http://forsense.hu/content/RostaGergely_ValtozovallasosságMagyarországon.pdf Letöltve: 2011.08.02.

⁴ ifjusag2008-gyorsjelentés.pdf Letöltve: 2011.08.02.

⁵ Winkler Mónika: A fiatalok valláshoz való viszonya. A „Da Vinci-kód” vallásszociológiai hatásvizsgálata középiskolások körében. XXVIII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia. Társadalomtudományi Szekció. http://www.zskf.hu/uploaded/akabai/Winkler_dolgozat.pdf Letöltve 2011.08.20.

beállítódás mellett a személyesen megélt, nem feltétlenül keresztény (például a keleti vallások bizonyos nézeteit is magában foglaló) orientáció is jelen van egyre növekvő mértékben.

II. 4.5. A vallás/spiritualitás egészségpszichológiája

II. 4.5.1. Vallás és egészség

A vallás és az egészség kapcsolatának vizsgálata a XX. század végén került az empirikus kutatások fókuszába (Pikó, 1999). Bár a vallásgyakorlás gyógyító hatását már az ókori görögök is kihasználták, rendszerezett tudományos kutatásokra az 1970-es évektől került sor. A kutatások közül kiemelkednek azok, amelyek a vallás és a halálozás összefüggéseit vizsgálták *longitudinális* módszerrel, ahol az egyének egészségi állapotát éveken keresztül követték, és közben regisztrálták az egészségi állapotban bekövetkező változásokat, beleértve az esetleges elhalálozását is. Comstock és Partridge (1972) ötéves utánkövetés során arra a megállapításra jutottak, hogy a templomi szertartásokon gyakran résztvevők körében a halálozás lényegesen kisebb mértékű volt. Az összhálaózási mutató az ezt követő tanulmányokban is alacsonyabb értéket jelzett a vallásgyakorlók körében (vö. pl. Zuckerman, Kasl és Ostfeld, 1984; Bryant és Rakowski, 1992). Ráadásul az utóbbi vizsgálatokban külön figyelmet fordítottak a lehetséges kontrolltényezőkre (pl. a nem, kor, társadalmi helyzet, etnicitás, krónikus betegségek jelenléte, egészségi állapot) ellenőrzésére.

Az egészségmagatartás vonatkozásában ki kell emelni a szűrővizsgálatokon (pl. rákszűrés) való részvétel nagyobb gyakoriságát, amit magyar adatokkal Zonda és Paksi (2000) igazoltak. A Hungarostudy eredményei pedig azt mutatták ki, hogy a betegség miatt kiesett munkanapok száma az átlaghoz képest 42%-kal alacsonyabb a vallásukat rendszeresen gyakorlók között (Kopp és mtsai, 2004). A betegségmegelőzésen kívül ugyanilyen fontos azonban a betegségekkel való megküzdésben is a vallásgyakorlás, hiszen a súlyos akut vagy krónikus betegségek legtöbbször az életvitel drasztikus átformálásával járnak együtt, a hit pedig nemcsak ennek elfogadásában segíthet, hanem a prognózis kimenetelében is (Mueller, Plevak és Rummans, 2001). Többek között az immunfunkciók javításával is erősíti a gyógyulási folyamatokat, amit ma már objektív módszerekkel is lehet igazolni (Çoruh és mtsai, 2005). Ezzel kapcsolatban a gyógyulási fázisban olyan intervenciós beavatkozásra is sor került, amelynek során a gyakoribb vallási aktivitás hatékonyságát tesztelték sikerrel (Luchetti, Luchetti és Koenig, 2011). A vérnyomás-szabályozásra kifejtett hatása szintén számottevő, s ezáltal a szív- és érrendszeri betegségek halálozásának csökkentésében játszik a vallásgyakorlás szerepet (Aukst-Margetić és Margetić, 2005).

II. 4.5.2. Vallás és lelki egészség

A vallás és a lelki egészség vonatkozásában a mai napig mérföldkönek számít *Durkheim* (1897; 1951) *Öngyilkosság* című műve, amelyben arra a következtetésre jutott, hogy az egyházi tradíciók sajátosságaival (pl. a gyakoribb vallási közösségi részvétel, intenzívebb imádkozás, gyónás lehetősége) magyarázható a katolikus országok kedvezőbb helyzete. Míg a zsidó vallás szintén erőteljes életmódbeli szabályozásokat ír elő, a protestánsok individualisztikusabb hozzáállása a valláshoz összefüggésbe hozható az öngyilkosság magasabb arányával.

A vallásos emberek körében nemcsak az öngyilkos kevesebb, hanem az alkohol- vagy drogfogyasztó, dohányzó és a mentális problémával küzdő is (Aranda, 2008; Kovács, 2007; Moksony és Hegedűs, 2006). A vallásgyakorlók körében alacsonyabb a depresszió, a szorongás, a reménytelenség, az ellenséges beállítódás (Kopp, Székely és Skrabski, 2004). A pszichiátriai betegségek és a vallásgyakorlás közötti kapcsolat azonban meglehetősen összetett. Számos vizsgálat igazolta, hogy az érzelmi-hangulati zavarok esetében a vallásgyakorlás jótékony hatással van a betegségek kimenetelére, de azok megelőzésére is (Maselko és Buka, 2008). Ugyanakkor a statisztikai adatokban ez gyakran úgy jelenik meg, hogy a vallásgyakorlás nem jár együtt alacsonyabb depresszió-pontszámmal, sőt néha éppen hogy magasabb értéket figyelhetünk meg (McCullough és Larson, 1999), holott nem ok-okozati kapcsolatról van szó, hanem arról, hogy a pszichés zavarral küszködők fordulnak aktívabban a vallásgyakorlás felé.

Összességében a vallásosságnak, a vallásgyakorlásnak a mentális egészségre és pszichés jóllétre gyakorolt jótékony hatását igen sok kutatás igazolta már: az érintettek általában az élettel való nagyobb fokú elégedettségről, boldogságról, pozitívabb érzelmekről számoltak be (Moreira-Almeida, Neto és Koenig, 2006). Ez megmutatkozik az egészség önértékelésében is, amint arról egy 22 európai országot érintő kutatás számolt be (Nicholson, Rose és Bobak, 2009). Az egészséggel kapcsolatos életminőségre gyakorolt hatást szintén megerősítették a kutatások (WHOQOL SRPB Group, 2006). A vallásosság/spiritualitás – lelki egészség kapcsolatban szerepet játszik az önbizalom erősítése, az optimizmus, az önelfogadás (Hammermeister és mtsai, 2001; Schutte és Hosch, 1996). A személyiségfejlődésben megmutatkozó erőteljes hatással is magyarázható ez az összefüggés, például a nagyobb nyitottság vagy a lelkiismeretesség irányába (Unterrainer és mtsai, 2010). Az önkontroll fejlesztése pedig csökkenti az agresszív és antiszociális viselkedésbeli megnyilvánulásokat (Laird, Marks és Marrero, 2011).

II. 4.5.3. A vallás és az egészség kapcsolatának hatásmechanizmusai

Az imádkozás, meditálás, s az általuk létrehozott tudatállapot (ami az agyhullámok megváltozott aktivitásával jár együtt, és amit a meditáció esetében *éberségnek* nevez a szakirodalom) a stresszfeldolgozás során a kognitív értékelést olyan módon alakítja át, hogy a telomerek (a kromoszómák végét védő nukleoproteinek) hosszát, s ezen keresztül a sejtek élethosszát, valamint az agy hormonális folyamatait is képes kedvezően befolyásolni (Epel és mtsai, 2009). Mindez azt igazolja, hogy a tudatállapotunk, gondolkodásunk hatással van testi és lelki funkcióinkra mind rövid, mind pedig hosszú távon.

Sokan azt tartják a vallás legfontosabb pozitív hatásának, hogy az életnek egyfajta *értelmet* ad. A tudomány sok mindent megválaszol, de az élet végső kérdéseire nem adja meg a választ. A természettudomány, a tudományos-technikai fejlődés jelentősen átformálta a világról alkotott gondolkodásunkat, és hozzájárult a vallás „varázstanalításához”, ami végső soron megingatta a korábban egységes világképet. Ugyanakkor a lét (akár egyéni, akár az emberi életre vonatkozóan) végső céljára és értelmére nem tudott máig sem megnyugtató választ adni. Ezt nagyon jól kifejezi egy vizsgálat eredménye, amely a vallás/spiritualitás és az *evolúciós elmélet* elfogadásának szerepét hasonlította össze az egzisztenciális félelemmel összefüggésben (Tracey, Hart és Martens, 2011). Bár az evolúciós elméletnek ma már számos tudományos bizonyítéka van, az élet végső eredetére és értelmére vonatkozóan nem nyújt megnyugtató választ. A vallás/spiritualitás viszont, noha az intelligens tervezőerőre vonatkozóan nem léteznek megalapozott tudományos magyarázatok, mégis képes megnyugtató megoldást találni az emberi lét végső kérdéseire. *Az élet értelmébe vetett hit* a lelki, és ezen keresztül a testi egészségre is hatással van, hiszen olyan irányító erő az életünkben, ami a hétköznapijaink megélésében játszik szerepet (Brassai, Pikó és Steiner, 2011). A vallás/spiritualitás olyan hit- és értékrendszert jelent a vallást elfogadók számára, amely értelmet és irányítást ad az életnek, megkönnyíti az életesemények elfogadását.

A vallásos gondolati struktúra ezenkívül kihat a *vallásos megküzdésre* is, a vallásgyakorlásnak ugyanis fontos coping, azaz konfliktusmegoldó funkciója van. Többek között az érzelmi-adaptív, valamint a probléma-központú stratégiák mobilizálása révén fejti ki kedvező hatását (Kézdy és mtsai, 2010). *Az imádkozás* mint a pozitív vallásos megküzdés eszköze, tehát elősegítheti a hatékony problémamegoldó stratégiák mobilizálását, akár azáltal, hogy segít a negatív érzelmek feldolgozásában, semlegesítésében. Ugyanakkor létezik negatív megküzdés is, ami a bűntudatból, az erős kritikai szempontok figyelembevételéből fakadhat (Pargament és mtsai, 1998).

A vallás–egészség kapcsolatában meg kell említeni azt is, hogy a vallási közösségek társas támogatást nyújtnak egymás számára, ami lehet kognitív, érzelmi, de sok esetben konkrét problémák megoldásában megnyilvánuló segítségnyújtás is, mellyel a közösség tagjai segítik egymást. A *vallási közösségek* ugyanis olyan embereket hoznak össze, akik hasonlóan gondolkodnak, ezért is tanúsítanak fokozott érdeklődést egymás iránt. A vallási közösségbe tartozóknak nemcsak kapcsolati hálói kiterjedtebbek, hanem minőségileg is kedvezőbbek, amit az őszintébb odafigyelés, a kapcsolati szimmetria és kölcsönösség jellemez (Musick 1997). Szintén nem függetlenül az előbbi hatásoktól, ki kell emelni még a vallásgyakorlók társadalmi szerepeit, fokozott jótékonyági és szociális aktivitását, mint önkéntes szerepvállalást, amely azáltal, hogy növeli az elégedettség és az életfogadás érzését, szintén egészségvédő hatású.

Összességében a megváltozott tudatállapotokkal összefüggő élettani folyamatokon túl a megosztott vallásos élmények, a közös értékrend, egymás segítése mellett a deviancia elutasítása, a morális elvek betartása (Younniss, McCellan és Yates, 1999), az élet értelmébe vetett hit és az életcélok kijelölése (Henningsgaard és Arnau, 2008), valamint a vallásos megküzdés (Wachholtz és Sambamoorthi, 2011) tehát növeli a lelki rugalmasságot, az adaptív képességek fejlesztését, és így elősegíti például a káros szenvedélyektől való tartózkodást.

II. 4.6. A vallásosság/spiritualitás mint védőfaktor serdülőkorban

A vallásosság/spiritualitás egyfajta *humán erősség*, amely támogatja a serdülőkori adaptációs folyamatokat, s ezáltal segít megalapozni az egészséget, boldogságot és jóllétet (Pargament és Mahoney, 2002). Elősegíti az élethez való pozitív viszonyulást, ami segít megóvni a serdülőt például a deviáns kortárs csoportoktól, növeli a felelősségérzet kialakulását, a tanulás, az iskolai környezet elfogadását (Crawford, Wright és Masten, 2006). A serdülőkori vallásosságnak a szerfogyasztás terén kifejtett protektív hatása ezeken túlmenően a *coping* folyamatokon, illetve az *önkontroll* erősítésén keresztül is érvényesül (Walker és mtsai, 2007). Mindez szerepet játszik a káros szenvedélyt okozó szerek fogyasztásának megelőzésében (Rew és Wong, 2006). Különösen az aktív vallásgyakorlás és a vallás/spiritualitás mindennapi életben megélt fontossága az, ami valamennyi szer (cigaretta, alkohol, drog) fogyasztásának valószínűségét csökkenti (Miller, Davies és Greenwald, 2000).

A kutatások arra is rávilágítottak, hogy az egyes vallásos változók eltérő szerepet játszhatnak a szerfogyasztás különböző stádiumaiban. Egy vizsgálatban például arra az eredményre jutottak a kutatók, hogy az alkohol kipróbálásában elsősorban az volt

meghatározó, hogy a serdülő mennyire tartotta fontosnak a vallását a mindennapi életében; a vallásgyakorlás aktivitása, például a templomi gyülekezetbe járás viszont az aktuális szerfogyasztás gyakoriságára hatott, és az alkoholfogyasztással összefüggő jelenségek (például iskolai mulasztás) ellen jelentett védelmet (Mason és Windle, 2002). Egy másik, longitudinális vizsgálatban az alkoholfogyasztás csökkenése a vallásos elköteleződéssel párhuzamosan jelentkezett, itt ráadásul az érzelmi támogatás is nagyobb volt a vallásos nevelést biztosító szülők részéről (Mason és Windle, 2001). A templomi közösségbe járás mellett az imádkozást (amelynek fontos szerepe lehet a vallásos megküzdésben) is összefüggésbe hozták az alkoholfogyasztással, sőt, egyes serdülők számára a tradicionális vallásosság (pl. a Biblia tanításának szó szerint vétele) számított védőfaktornak (Brown és munkatársai, 2001). Mások a szubjektív módon átélt élményeket, az ún spirituális jóllét szerepét hangsúlyozzák az egészséggel és a szerfogyasztással kapcsolatban (Tsuang és mtsai, 2007).

A depresszió tekintetében a spiritualitás, főként az *egzisztenciális értékeket* és az élet értelmét is magába foglaló hit, egyértelműen pozitív hatással van, nemcsak a *vallásos coping*, hanem az *interperszonális kapcsolatok* javítása révén is (Wachholtz és Sambamoorthi, 2011). Elfordulhat azonban az is, hogy büntudat alakulhat ki a vallásos nézetek hatására, ami viszont magasabb depressziós pontszámmal járhat (Mabe és Josephson, 2004). Egy fiatalok körében végzett kutatás például arra az eredményre jutott, hogy a depresszió főként azok körében gyakoribb, akik egyáltalán nem, vagy nagymértékben vallásosak, míg a legalacsonyabb depresszió pontszámot a közepes mértékben vallásosak körében mérték (Eliassen, Taylor és Lloyd, 2005). Egy másik, szintén fiatalok körében végzett vizsgálat szerint pedig a spirituális jóllét alacsonyabb szorongással és szociális diszfunkciókkal, valamint depressziós tünetekkel, és összességében jobb mentális egészséggel járt együtt (Jafari és mtsai, 2010). Különösen az egzisztenciális jóllét játszik kiemelt szerepet a serdülők körében, aminek összefüggését igazolták az alacsonyabb depressziós pontszámmal (Cotton és mtsai, 2005).

Good és *Willoughby* (2006) eredményeik alapján arra következtettek, hogy a spiritualitás kevésbé meghatározó a szerfogyasztás prevenciója terén, mint a vallásosság, amit ők elsősorban a közösséghez tartozás erejével magyaráztak. Az ún. nem vallásos spiritualitás szerepéről e tekintetben keveset tudunk. Egy tanulmány beszámol arról, hogy a *New age* mozgalom hívei hajlamosak bizonyos társadalmi kockázatokra (például génmódosított ételek, klímaváltozások, globális környezetszennyezés) az átlaghoz képest jobban odafigyelni (Chauvin, Hermand és Mullet, 2006), ugyanakkor az analitikus gondolkodásra kevésbé hajlanak (Sjöberg és Wahlberg, 2002). Mivel ez az eszmerendszer gyakran olyan elemeket is

tartalmaz, mint pl. telepátia, jóslásokban, asztrológiában való hit, hajlamosíthat akár paranormális hiedelmek elfogadására és fatalista gondolkodásra is, ami a magatartási döntésekre is kihat, vagy passzív hozzáállásra készíten (Rogers és mtsai, 2006). A *fatalizmus* pedig összefüggésbe hozható egy alacsonyabb szintű egészségtudatos attitűddel, ezért gyakrabban jár együtt szerfogyasztással (Pikó és Brassai, 2007), például alkoholfogyasztással (Henson és mtsai, 2006).

A *szakirodalmi összefoglalás* alapján arra következtethetünk, hogy a társadalomlélektani megközelítés, a rizikó- és protektív elmélet modell és a pozitív pszichológiai elméletek megfelelő koncepcionális háttérként szolgálhatnak a fiatalok magatartási jelenségei megismeréséhez. Mindezeket figyelembevéve az empirikus kutatásaim célja a fiatal korosztályok lelki egészségének és problémaviselkedésének elemzése, valamint a befolyásoló tényezők feltérképezése volt, különös tekintettel a potenciális védőfaktorokra. A magatartási jelenségek között vizsgáltuk a serdülőkoros depressziós tünetegyüttes, a szerfogyasztás (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) előfordulását és befolyásoló tényezőit; az egészségönértékelését és a serdülők szubjektív jóllétét, a kortársak és a szülők szerepét, a vallásosság/spiritualitás jelentőségét, az értékekkel való összefüggést, a társas készségeket és motivációkat, a társadalmi egyenlőtlenségek megjelenési módjait és pszichikai következményeit.

III. EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK

III. 1. SZEGEDI-BIRMINGHAMI (USA) IFJÚSÁGKUTATÁS 2000

III.1.1. Célkitűzések

A kutatás kiterjedt a serdülők depressziós tüneteinek és az externalizáló (normaszegő) magatartásának felmérésén túl a nemzetközi szakirodalomból jól ismert, legfontosabb rizikó- és protektív tényezők vizsgálatára. A rizikó- és protektív tényezőket több szinten (egyéni, iskolai, családi) mértük. A két minta lehetővé tette, hogy két egymástól teljesen eltérő kulturális közegben vizsgálhassuk meg bizonyos problémaviselkedési formák előfordulását, valamint a gyakoriságot befolyásoló rizikó- és protektív tényezők rendszerét. Külön hangsúlyt fektettünk a nem szerepére a rizikó- és protektív struktúra elemzése során.

III.1.2. Minta és módszerek (1. melléklet)

Elemzésünkhöz a szegedi általános és középiskolás diákok (N = 1240) körében 2000. év első felében önkitöltéses kérdőívvel végzett vizsgálatunk, az ún. 'Kockázati Magatartás' Projekt eredményeit használtuk fel. A minta létrehozása véletlenszerűen kiválasztott osztályok segítségével történt; összesen hat iskolakörzet iskolái vettek részt a kiválasztásban. Az 1500 (a teljes kiválasztott populáció kb. 13%-a) kiosztott kérdőívből 1240 volt értékelhető, így a válaszadási arány 83% lett. Az életkori terjedelem 11-19 év volt (átlag = 15,6 év; szórás = 2,1 év), az általános iskola 6. osztályától a középiskola 5. osztályáig. A minta 30,5%-a járt általános iskolába, 69,5%-uk pedig középiskolába, túlnyomó többségük (34,9%) szakközépiskolába. A tanulók közül 658 (53%) fiú és 582 (47%) lány volt. A részvétel önkéntes és anonim volt, az adatgyűjtés képzett mentálhigiénikusok és szociológushallgatók segítségével történt. Az adatgyűjtés önkitöltéses kérdőíves módszerrel történt. A magyar adatgyűjtéssel egyidejűleg sor került egy másikra is, Alabama állam Birmingham városához tartozó Bessemer nevű városrészben. Ez a minta 1538, főként afro-amerikai (60%) felső tagozatos általános és középiskolás fiatalból állt. A kiválasztott iskolai körzetben 2028 fiatal járt, a válaszadási ráta 76% volt. Az életkori megoszlás a magyar mintához hasonló volt (11-20 év, átlag: 14,0, szórás: 2,3, medián: 14 év), a fiúk aránya 49, a lányoké 51% volt.

A *szociodemográfiai* változók közül a következőket vontuk be az elemzésbe: életkor, nem, családi struktúra (1 = nem teljes család 2 = teljes/kétszülős család), szülők iskolai végzettsége (általános iskola, szakmunkásképző, érettségi, főiskola/egyetem) és a társadalmi

helyzet önbesorolása. Az utóbbi változót a következő kérdéssel mértük: „Családodat anyagi szempontból mely társadalmi rétegbe sorolnád?” A következő válaszlehetőségek álltak rendelkezésre: alsó (1), alsó-közép (2), közép (3), felső-közép (4) és felső (5) osztály (Pikó és Fitzpatrick, 2001).

Az egészségmagatartás esetében öt *szertifogyasztást* vizsgáltunk a lekérdezést megelőző hónapra vonatkozóan (Fitzpatrick, 1997). A következő kérdéseket tettük fel a résztvevőknek: Az elmúlt hónapban milyen gyakran fogyasztottál alkoholt/egyszerre több pohár alkoholt/marihuánát/amfetamint, illetve mennyit dohányoztál?” A válaszkategóriák a következők voltak. Dohányzás esetében: egyáltalán nem; néha 1-2 szálát; 1-5/nap; 6-10/nap; 11-20/nap; >20/nap. Alkohol- és drogfogyasztás esetében: egyáltalán nem; 1-2 alkalommal; 3-9 alkalommal, 10-19 alkalommal; 20-39 alkalommal; 40 vagy többször. Nagyivás esetében: egyáltalán nem; 1-szer; 2-szer; 3-5-ször; 6-9-szer; 10 vagy többször.

A serdülők depressziós tünetegyüttesének mérésére a rövidített *Children's Depression Inventory*-t (CDI) használtuk (Kovács, 1992; Rózsa és mtsai, 1999), ami a *Beck* skála gyermekekre adaptált önkitöltéses megfelelője. Mindegyik kérdés (összesen 8) egy meghatározott tünetet mér (például szomorúság, tanácstalanság), és az egyetértés mértéke 0,1,2 értékekkel kódolható. A jelen mintával végzett elemzés során a skála megbízhatóságát jelző *Cronbach* alpha értéke: $\alpha = 0,72$ lett. Az összesített skálapontok értékét 3,375-tel megszorozva (27/8, azaz az eredeti *item* száma osztva a rövidített *item* számmal) kaptuk a végleges pontszámot, ami lehetővé teszi az összehasonlítást más mintákkal. A skálapontok átlaga a teljes mintára így 9,90 lett (szórás = 8,19). Az ún. *cut-off CDI score* a megoszlás felső 10%-ára vonatkozóan a jelen mintával 20 pont lett. Összehasonlításként: a 7. osztályos gyermekek értékei a következők voltak a mintában: átlag = 9,22 (szórás = 7,35), egy hasonló amerikai mintában: átlag = 9,56 (szórás = 7,02), azaz nem volt jelentős eltérés a két kulturális populációban.

A *rizikófaktorok* a következő változókra terjedtek ki: alacsony iskolai teljesítmény (a jegyek átlagértéke egy 7-fokú skálán mérve); szülői bántalmazása előfordulása; bandatagság; öngyilkossági gondolatok, normaszegő problémaviselkedés (Ary és mtsai, 1999; Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997; Jessor, 1993).

Az *externalizáló* problémaviselkedéssel kapcsolatban a következőt kérdeztük meg (Fitzpatrick, 1997): „Az elmúlt hónapban hányszor 1) Ültél olyan gépjárműben, amelyet ittas vagy drog hatása alatt álló személy vezetett?; 2) Vezetél úgy gépjárművet, hogy előtte vagy közben alkoholt vagy drogot fogyasztottál?; 3) Volt nálad önvédelmi eszköz, pl. gázspray vagy kés, stb.?; 4) Keveredtéél valakivel verekezésbe?; 5) Hiányoztál az iskolából

igazolatlanul?; 6) Kaptál büntetést rossz magaviseleted miatt az iskolában?; 7) Tettél kárt más holmijában csak úgy szórakozásból? 8) Loptál el valamit valakitől, boltból vagy az iskolából?; A válaszkategóriák 0-tól (soha) 4-ig (hat vagy több alkalommal) terjedtek. A végső skálapont értékei 0 és 32 közé estek. A skála megbízhatóságát jelző Cronbach alpha értéke = 0,72 (magyar minta), illetve 0,76 (amerikai minta) lett.

A *protektív* tényezőkkel kapcsolatban megkérdeztük, milyen gyakran vacsorázik együtt a család, amely a szakirodalom alapján a családi együttlét egyik indikátora. Szintén a családi, illetve a szülőkkal való kapcsolat jellemzésére szolgált a következő kérdés: „Milyen gyakran beszéled meg a problémáidat szüleiddel?; A szülői kontroll funkciót a következő kérdéssel mértük: „Amikor a barátaiddal vagy, milyen gyakran tudják a szüleid, hogy hová mentek?; A válaszlehetőségek valamennyi kérdés esetében a következők voltak: soha (1), elég ritkán (2), néhányszor (3), legtöbbször (4) és mindig (5) (Fitzpatrick, 1997).

Mint egyéni szintű védőfaktor, *Rosenberg* (1979) Önbizalom-skáláját alkalmaztuk, amely 10 itemből állt (pl. „Jó véleménnyel vagyok magamról” vagy „Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke” mint inverz állítás). A válaszkategóriák 1-től (= egyáltalán nem értek egyet) 4-ig (teljes mértékben egyetértek) terjedtek, az összesített skálapontok 4 és 40 pont közöttiek lehettek. A megbízhatósági mutató (Cronbach alpha) = 0,80 lett a saját mintával.

Az *iskolával* összefüggő további protektív tényezők közül rákérdeztünk arra, hogy általában hogyan érzi magát a tanuló az iskolában, azaz mennyire elégedett vele, amelyet egy négyfokozatú skálával mértünk (nagyon elégedett, inkább elégedett, inkább elégedetlen, illetve nagyon elégedetlen). Ezt követően megkérdeztük, hogy „Milyen gyakran beszéled meg tanáraiddal a velük vagy másokkal kapcsolatos problémáidat?; A válaszkategóriák a következők voltak: soha; elég ritkán; néhányszor; legtöbbször; mindig (Ary és msai, 1999; Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997; Jessor, 1993). Az iskolai védőfaktorok között szerepelt a következő két kérdés is: „Az elmúlt évben hány iskolai sportszabályban játszottál?; illetve „Az elmúlt évben hány (nemcsak iskolai) szakkörnek voltál a tagja?;”

III.1.3. Eredmények és megbeszélések

III.1.3.1. A serdülőkori depressziós tünetegyüttes előfordulása a rizikó- és protektív elmélet tükrében a szegedi fiatalok körében

Az 1. táblázatban a 11-15, a másodikban pedig a 16-20 éves szegedi serdülők körében mért változók leíró statisztikáját láthatjuk. Az első korcsoportban a depresszió skála átlagpontértéke = 11,10 (szórás = 8,45) volt a lányok és 8,33 (szórás = 7,82) a fiúk esetében.

A másik korcsoportban az átlagérték = 11,88 (szórás = 8,58) volt a lányok és 8,54 (szórás = 7,44) a fiúk esetében. Mindkét esetben a nemenkénti eltérés szignifikáns volt ($p < 0,001$). Látható, hogy az idősebb korcsoportba tartozó serdülő lányok átlagértéke volt a legmagasabb, míg a korai serdülőkorú fiúk a legalacsonyabb. Az önbizalom, a problémaviselkedés és az alacsony iskolai teljesítmény a fiúkra volt jellemzőbb mindkét korcsoportban.

[1-2. táblázat]

A 3. táblázatban láthatjuk a változók közötti kétoldalú kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatókat. A depresszió-pontszám negatívan korrelált az önbizalommal, az iskolai elégedettséggel, a szülői kontrollal, a szülőkkel való beszélgetéssel, és pozitívan a normaszegő problémaviselkedéssel, a szülői bántalmazással, a rossz iskolai teljesítménnyel. A szülőkkel és tanárokkal való beszélgetés és az önbizalom között pozitív kapcsolat áll fenn. A szülői bántalmazás és az önbizalom között viszont negatív a kapcsolat, csakúgy, mint az iskolai elégedettség, az alacsony iskolai teljesítmény és a normaszegő viselkedés között. Az iskolai elégedettség és a jó szülő-gyermek kapcsolat között a korreláció pozitív. Az életkor pozitívan korrelál a depresszióval, a normaszegő viselkedéssel és a szülői bántalmazással, és negatívan a problémák megbeszélésével, a kontrollal és az iskolai elégedettséggel.

[3. táblázat]

A 4. és 5. táblázatokban láthatjuk a depressziós tünetegyüttest befolyásoló rizikó- és protektív faktorok többváltozós lineáris regressziós modelljeit két életkori csoportban: a korai (11-15 éves) és a kései (16-20 éves) serdülők csoportjában. A korai serdülők mintájában: a rizikófaktorok közül a szülői bántalmazás mellett a rossz iskolai teljesítmény bizonyult szignifikánsnak, azonban az utóbbi a lányok végső modelljében nem volt már jelentős. Az önbizalom mellett az iskolával való elégedettség szerepelt védőfaktoroként mindkét nemből, míg a szülői faktorok egyik esetben sem voltak jelentősek. A fiúk esetében a bevitt változók a variancia 39%-át, a lányok esetében pedig 40%-át magyarázták meg. A kései (16-20 éves) serdülők eredményei szerint: mindkét nem esetében rizikófaktoroként funkcionált a szülői bántalmazás. A lányoknál pedig szintén szignifikáns volt a normaszegő viselkedés ($\beta = 0,18^{***}$). A védőfaktorok közül az önbizalom és az iskolai elégedettség az előzőekhez hasonlóan itt is mindkét nemből jelentős volt. Ugyanakkor az előző csoporttól eltérően ki kell emelni a szülői változók közül a beszélgetések gyakoriságát, ami szintén jelentős védőfaktoroként bizonyult mindkét nemből. A fiúk esetében a bevitt változók a variancia 29%-át, a lányok esetében pedig 42%-át magyarázták meg. [4-5. táblázat]

dc_310_11

1. táblázat. A változók leíró statisztikája a 11-15 éves, korai serdülőkorú fiatalok körében (n=574)

	Fiúk (n=296)	Lányok (n=278)	Szignifikancia
Depressziós tüneti skála (CDI)* Átlag (szórás)	8,33 (7,82)	11,10 (8,45)	p<0,001
Önbizalom skála* Átlag (szórás)	27,98 (4,47)	26,31 (4,94)	p<0,001
Normaszegő probléma-viselkedés skála* Átlag (szórás)	3,74 (3,81)	1,52 (2,10)	p<0,001
Rossz iskolai teljesítmény* Átlag (szórás)	4,28 (1,46)	3,71 (1,53)	p<0,001
Szülői bántalmazás (%)** Soha Egyszer-kétszer Néhányszor Sokszor Mindig	75,7 16,8 6,5 0,7 0,3	77,4 14,6 5,8 1,5 0,7	p>0,05
Problémák megbeszélése a szülőkkel (%) ** Soha Elég ritkán Néhányszor Legtöbbször Mindig	11,2 21,4 35,4 23,8 8,2	5,0 16,5 22,3 36,0 20,1	p<0,001
A szülők tudják, hogy gyermekük hol van (%)** Soha Elég ritkán Néhányszor Legtöbbször Mindig	9,2 10,9 11,9 31,6 36,4	3,3 8,7 12,0 30,5 45,5	p<0,05
Elégedettség az iskolával (%)** Nagyon elégedetlen Inkább elégedetlen Inkább elégedett Nagyon elégedett	5,8 14,7 69,6 9,9	1,4 11,6 67,9 19,1	p<0,001
Problémák megbeszélése a tanárokkal (%)** Soha Elég ritkán Néhányszor Legtöbbször Mindig	43,1 37,6 11,5 4,7 3,1	38,3 36,1 19,9 3,2 2,5	p<0,05

* t-próba

**Chi-négyzet próba

2. táblázat. A változók leíró statisztikája a 16-20 éves, kései serdülőkorú fiatalok körében (n=652)

	Fiúk (n=354)	Lányok (n=298)	Szignifikancia
Depressziós tüneti skála (CDI)* Átlag (szórás)	8,54 (7,44)	11,88 (8,58)	p<0,001
Önbizalom skála* Átlag (szórás)	27,89 (4,42)	25,95 (4,63)	p<0,001
Normaszegő probléma-viselkedés skála* Átlag (szórás)	5,23 (4,77)	2,00 (2,68)	p<0,001
Rossz iskolai teljesítmény* Átlag (szórás)	4,78 (1,32)	4,19 (1,39)	p<0,001
Szülői bántalmazás (%)** Soha Egyszer-kétszer Néhányszor Sokszor Mindig	65,37 23,9 9,7 1,1 0	62,7 21,4 12,2 3,1 0,7	p>0,05
Problémák megbeszélése a szülőkkel (%) ** Soha Elég ritkán Néhányszor Legtöbbször Mindig	11,6 28,6 32,3 20,4 7,1	6,0 17,1 26,2 33,6 17,1	p<0,001
A szülők tudják, hogy gyermekük hol van (%)** Soha Elég ritkán Néhányszor Legtöbbször Mindig	13,4 19,6 10,8 29,0 27,3	3,7 11,4 8,7 30,5 45,6	p<0,001
Elégedettség az iskolával (%)** Nagyon elégedetlen Inkább elégedetlen Inkább elégedett Nagyon elégedett	7,7 17,8 65,9 8,6	5,4 15,5 74,4 4,7	p>0,05
Problémák megbeszélése a tanárokkal (%)** Soha Elég ritkán Néhányszor Legtöbbször Mindig	52,6 30,4 12,5 4,0 0,6	41,1 39,4 14,5 4,7 0,3	p<0,05

* t-próba

**Chi-négyzet próba

3. táblázat. Kétoldalú kapcsolatok korrelációs mátrixa (n=1226)

Változók	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Depresszió-pontszám	-0,55***	0,06*	0,11***	0,24***	-0,13***	-0,09**	-0,18***	-0,05	0,12**
2. Önbizalom skála	-	0,03	-0,15***	-0,13***	0,08**	0,04	0,04	0,08**	0,09
3. Normaszegő problémaviselkedés	-	-	0,27***	0,09**	-0,28***	-0,40***	-0,17***	-0,13***	0,15***
4. Alacsony iskolai teljesímeny	-	-	-	0,11***	-0,20***	-0,15***	-0,13***	-0,14***	0,21***
5. Szülői bántalmazás	-	-	-	-	-0,10**	-0,07*	-0,08**	-0,01	0,14***
6. Beszélgetés a szülőkkel	-	-	-	-	-	0,38***	0,15***	0,34***	-0,06*
7. Szülői kontroll	-	-	-	-	-	-	0,15***	0,18***	-0,09**
8. Iskolai elégedettség	-	-	-	-	-	-	-	0,15***	-0,14***
9. Beszélgetés a tanárokkal	-	-	-	-	-	-	-	-	-0,08**
10. Életkor	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001, kétoldalú t-próba

4. táblázat. A depressziós tünetegyüttes regressziós modelljei a 11-15 éves, korai serdülőkorú, szegedi fiatalok körében (n=574)

	FIÚK		LÁNYOK	
	1. Modell	2. Modell	1. Modell	2. Modell
Rizikófaktorok				
Alacsony iskolai teljesítmény	^a 0,20**	0,13*	0,12*	-0,01
Szülői bántalmazás	0,25***	0,18**	0,37***	0,25***
Normaszegő viselkedés	0,08	0,01	0,02	0,04
Protektív faktorok				
Egyéni szintű				
Önbizalom		-0,47***		-0,49***
Családi szintű				
Beszélgetés a szülővel		-0,01		0,02
Szülői kontroll		-0,03		-0,04
Iskolai szintű				
Elégedettség az iskolával		-0,22***		-0,11*
Beszélgetés a tanárokkal		0,08		0,05
Konstans	-1,03	31,67***	2,67	33,61***
R ²	^b 0,12***	0,39***	0,17***	0,40***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001; egyoldalú t-próba

Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós koefficiens, ^bR² változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt

5. táblázat. A depressziós tünetegyüttes regressziós modelljei a 16-20 éves, kései serdülőkorú, szegedi fiatalok körében (n=652)

	FIÚK		LÁNYOK	
	1. Modell	2. Modell	1. Modell	2. Modell
Rizikófaktorok				
Alacsony iskolai teljesítmény	^a 0,05	-0,04	0,02	0,11*
Szülői bántalmazás	0,11*	0,10*	0,18**	0,14**
Normaszegő viselkedés	0,07	0,06	0,23***	0,18***
Protektív faktorok				
Egyéni szintű				
Önbizalom		-0,50***		-0,53***
Családi szintű				
Beszélgetés a szülővel		-0,12*		-0,13*
Szülői kontroll		0,06		0,01
Iskolai szintű				
Elégedettség az iskolával		-0,16***		-0,09
Beszélgetés a tanárokkal		0,02		-0,03
Konstans	4,98**	37,12***	7,11***	43,77***
R ²	^b 0,02	0,29***	0,11***	0,42***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001; egyoldalú t-próba

Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós koefficiens, ^bR² változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt

Összegzés:

Adataink megerősítik, hogy a serdülőkorban a depressziós tünetegyüttes jelentősen megnő, és megjelennek, majd erősödnek a nemek szerinti eltérések is (Cichetti és Toth, 1998; Nolen-Hoeksema és Girgus, 1994; Wichstrom, 1999). A vizsgálatunkban szereplő szegedi fiatalok széles életkori lefedettsége lehetővé tette, hogy a korai és a kései serdülőkorúakat összevetve megállapíthassuk a növekedést, ami különösen a lányokra volt jellemző.

A befolyásoló tényezők vizsgálatához a *rizikó- és protektív elméleti modellt* alkalmaztuk, nemenként és két külön életkori csoportban elvégezve az elemzéseket, mivel a kor és a nem biológiai és pszichoszociális változásokat egyaránt tükröz ebben az életperiódusban, ami hozzájárulhat a depresszióbeli eltérések megjelenéséhez (Deković, 1999; Petersen és mtsai, 1993). Korábbi tanulmányok arra hívták fel a figyelmet, hogy a lányokra mind a rizikó-, mind pedig a protektív faktorok túlsúlya jellemző (Nolen-Hoeksema és Girgus, 1994). Adataink részben meg is erősítik ezt az elképzelést.

A *rizikófaktorok* közül megerősítést nyert a rossz iskolai teljesítmény összefüggése a depresszióval, csakúgy, mint a szülőkkel való konfliktus és a szülői bántalmazás (Alva és de los Reyes, 1999; Deković, 1999; Formoso és mtsai, 2000; Knox és mtsai, 2000). Adataink szerint a szülői bántalmazás minden esetben rizikófaktor volt, azonban az iskolai teljesítmény csak a korai serdülőkorban jelentett emelkedett kockázatot, ott is főként a fiúk esetében.

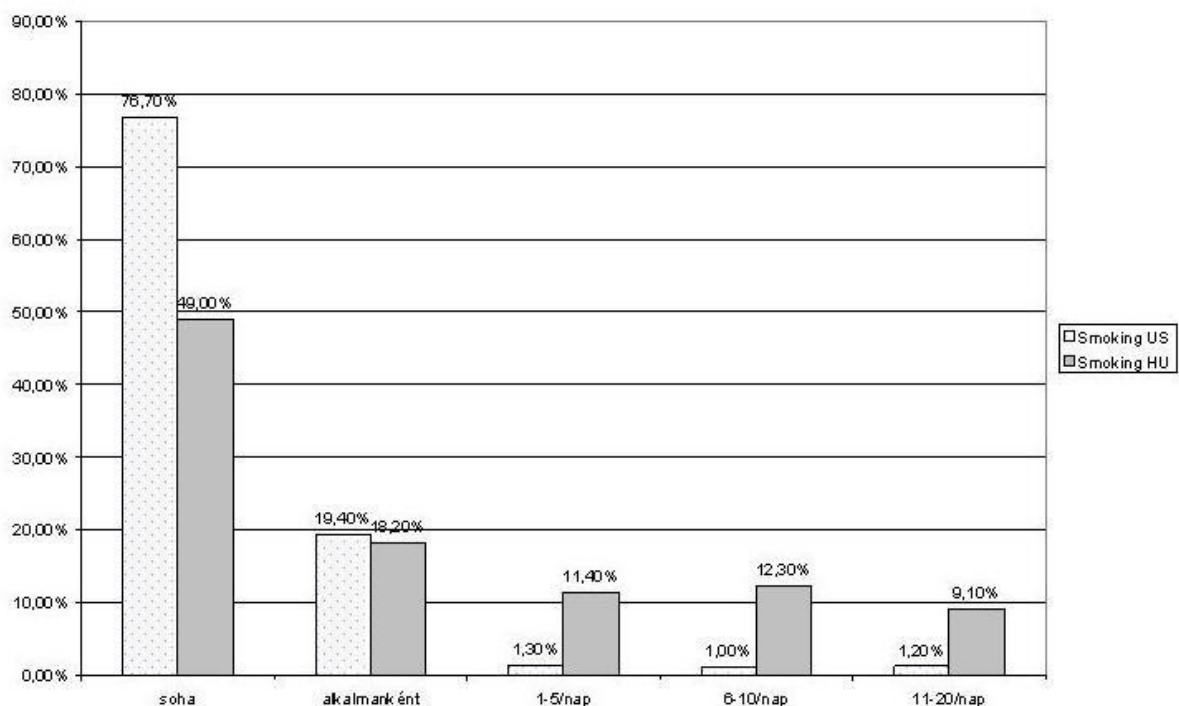
Érdeemes kiemelni, hogy a *rizikófaktorok* közül a *normaszegő viselkedés* a 16-20 éves lányok körében bizonyult jelentősnek. Nevezetesen, azok a lányok, akik normaszegésről számoltak be, gyakrabban voltak depressziósak is. Keresztmetszeti adatok alapján ok-okozati kapcsolatot nem tudunk igazolni, de elképzelhető, hogy a normaszegésben nyivánult meg a depresszió; ezt korábban mindkét nem esetében igazolták kutatások (pl. Knox és mtsai, 2000). A mi esetünkben csak a lányok körében volt ez a változó szignifikáns, talán a normaszegő viselkedés alacsonyab elfogadottsága miatt szerepelt kockázatot növelő faktorként.

A *védőfaktorok* közül az önbizalom egyetemes védőfaktor (Ohannessian és mtsai, 1999), amit jelen eredmények is megerősítenek. Bár a fiúk nagyobb önbizalomról számolnak be, a védőhatás mindkét nem esetében érvényesült. Hozzá kell még tenni, hogy a kétoldalú kapcsolatok azt igazolták, hogy szülőkkel és tanárokkal való beszélgetés és az önbizalom között pozitív kapcsolat áll fenn, míg a szülői bántalmazás és az önbizalom között viszont negatív a kapcsolat, csakúgy, mint az iskolai elégedettség, az alacsony iskolai teljesítmény és a normaszegő viselkedés között. Szintén egyetemes védőfaktor az iskolai elégedettség (Fitzpatrick, 1997).

Ki kell emelni, hogy míg a szülői védőfaktorok a korai serdülőkorban nem jelentkeztek védőfaktoroként, később a beszélgetés a szülőkkel szignifikáns prediktorrá vált mindkét nem esetében. Ebben annak lehet szerepe, hogy a korai serdülőkor még sokkal több problémával, konfliktussal jár együtt a szülő-gyermek kapcsolatban, később a szociális szerepek újratanulásával a kapcsolat harmonikusabbá válhat (Pikó, 2000).

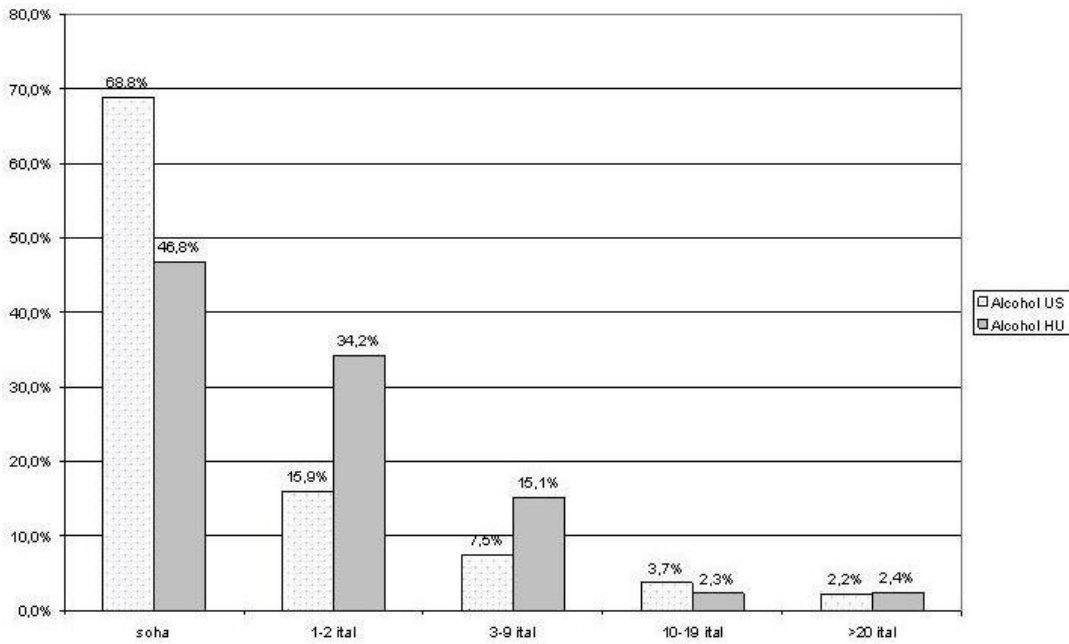
Összességében azt mondhatjuk, hogy a kései serdülőkorban 1) gyakoribb a depresszió; 2) nagyobb a rizikóhatás; de 3) nagyobb a védelem is; és 4) szintén nagyobbak a nemek szerinti különbségek a rizikó- és protektív struktúrában. A tanulmány korlátai (keresztmetszeti vizsgálat, önbevalláson alapuló adatgyűjtés) mellett jelentőségét főként a nagy elemszámú és széles életkori spektrumot felölelő minta adja.

III.1.3.2. Egészségkockázati magatartásformák összehasonlítása a vizsgált magyar és amerikai mintában



1. ábra. Dohányzás előfordulása a két mintában (havi prevalencia): Chi-négyzet: $p < 0,001$

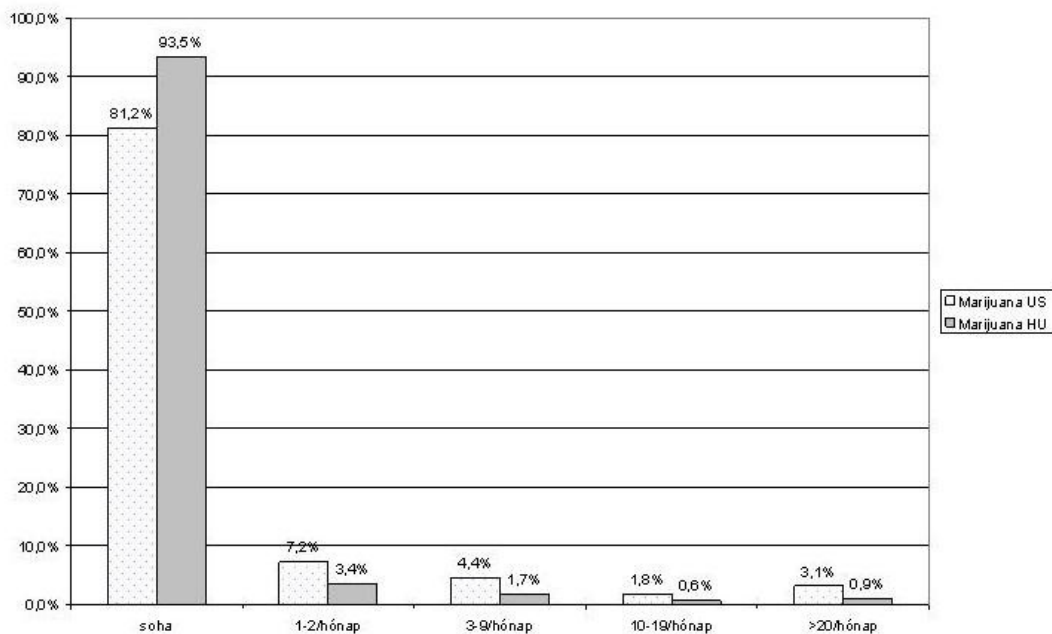
Az 1. ábrán látható, hogy a magyar fiatalok dohányzása jóval meghaladja az amerikai mintáét: az előbbieket 76,5%-a nem dohányzott, az amerikai fiataloknak pedig 43%-a.

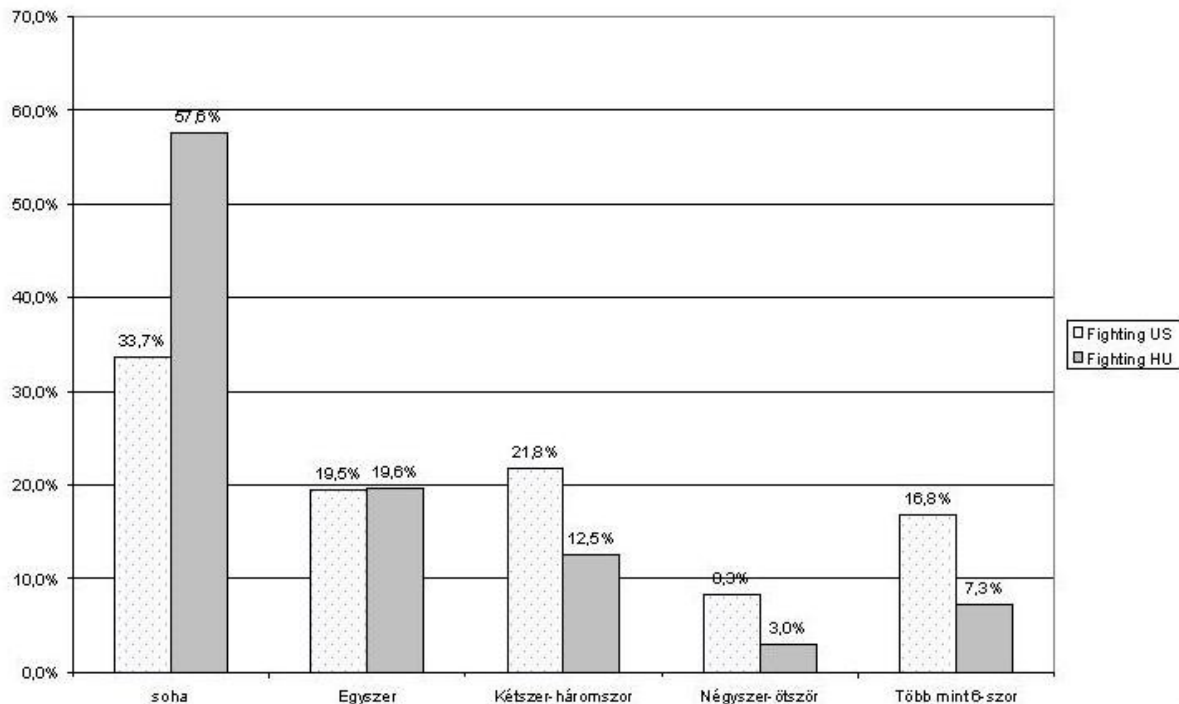


2. ábra. Alkoholfogyasztás előfordulása a két mintában (havi prevalencia): Chi-négyzet: $p < 0,001$

Hasonlóan az előzőhöz, az alkoholfogyasztás is jelentősen gyakoribbnak mutatkozott a magyar mintában (2. ábra).

3. ábra. Marihuána-fogyasztás a két mintában (havi prevalencia): Chi-négyzet: $p < 0,05$
A drogfogyasztás tekintetében azonban eltérő volt a helyzet: az amerikai fiatalok gyakorisága volt nagyobb ebben az esetben (3. ábra).





4. ábra. Verekedés (fizikai agresszió) a két mintában (havi prevalencia): Chi-négyzet: $p < 0,01$

Végül, a 4. ábrán látható, hogy az erőszakos viselkedésben is felülmúlják az amerikai fiatalok a magyarokat.

Összegzés:

Az összehasonlító adatok azt mutatják, hogy a szerfogyasztásban jelentős eltérések lehetnek az adott kultúra szokásrendjétől, és a szerrel szemben előforduló tolerancia-szinttől függően. A kultúra tehát mindig kihat a magatartási döntésekre és a társas szituációkban gyakorolt viselkedésformák elfogadottságára (Bardi és Schwartz, 2003). A dohányzás az USA-ban kevésbé elfogadott magatartási forma, sőt, egyfajta *deviancia*, addig a drogokhoz való hozzájutás – bár ott is illegális – még mindig könnyebb, mint hazánkban. Az erőszakos, agresszív viselkedés (ami összefügg az önvédelem individualista felfogásával), szintén gyakoribb az amerikai fiatalok körében.

Összességében azt mondhatjuk, hogy a kulturális eltérések tetten érhetőek a szerfogyasztás és más kockázati magatartásformák gyakoriságában.

III.1.3.3. Az externalizáló problémaviselkedés rizikó- és protektív struktúrája amerikai-magyar összehasonlításban

A 6. táblázatban a változók leíró statisztikája látható. Az első két oszlop mutatja a magyar, a másik két oszlop az amerikai minta adatait. A magyar fiúk esetében az externalizáló, normaszegő problémaviselkedés átlagértéke = 5,0, szórása = 4,9 lett, ami szignifikánsan nagyobb, mint a lányok értéke (átlag = 2,0, szórás = 2,7). Ezt a nemenkénti eltérést az amerikai fiatalok körében is láthatjuk (átlag = 7,7, szórás = 6,3 a fiúknál és átlag = 4,6, szórás = 4,7 a lányoknál). Összességében az amerikai fiatalok értékei felülmúlják a magyar fiatalok skálapontjait. Ami a rizikó- és protektív struktúrát illeti, jelentős nemi és csoportbeli eltérések mutatkoztak a következőkben: öngyilkossági gondolatok, drog- és alkoholfogyasztás, bandatagság, önbizalom, szülőkkal a problémák megbeszélése. Nemi eltérések igazolhatók csoporttól függetlenül az iskolai teljesítmény, a depresszió-pontszám, a szülői kontroll és a sportolás szintjeiben. Végül, csoportonkénti eltérés volt jellemző a dohányzás, a szülői bántalmazás, a családi struktúra, az iskolai elégedettség és a problémák megbeszélése a tanárokkal változó esetében.

[6. táblázat]

A 7. táblázat a magyar fiatalok eredményeit mutatja. A többváltozós regressziómodellekben először a rizikó-, majd pedig a protektív faktorok kerültek be az elemzésbe. A rizikófaktorok közül a végső modellbe mindkét nem esetében bekerült a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, valamint a bandatagság. A fiúk esetében a nem teljes családi struktúra bizonyult rizikófaktornak. Az életkor is negatívan befolyásolta a tüneti skálapontokat. A lányok esetében a szülői bántalmazás, a depressziós tünetképzés és az öngyilkossági gondolatok jártak együtt gyakoribb normaszegő viselkedéssel. A védőfaktorok közül a szülői kontroll mindkét nem esetében védelmet nyújtott. A fiúk esetében ezenkívül a szülőkkel való beszélgetés, a lányok esetében az iskolai szakkörökbe járás volt jelentős védőfaktor. Ugyanakkor ki kell emelni, hogy a nagyobb önbizalom a lányok gyakoribb normaszegésével együtt fordult elő. A fiúk esetében a bevitt változók a variancia 36%-át, a lányok esetében pedig 31%-át magyarázták meg.

[7. táblázat]

A 8. táblázatban az amerikai fiatalok eredményei láthatók. Mindkét nem esetében szignifikánsak voltak a rizikófaktorok közül a következők: dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, a bandatagság, öngyilkossági gondolatok, szülői bántalmazás, rossz iskolai

teljesítmény. A depresszió csak a lányok esetében volt meghatározó. A védőfaktorok közül a szülői kontroll és az iskolai elégedettség mindkét nem esetében jelentős volt, míg a beszélgetés a tanárokkal csak a fiúk részére. Az iskolai szakkörbe járás a lányok esetében volt jelentős, de nem védőfaktoroként, hanem kockázatot emelő tényezőként. A fiúk esetében a bevitt változók a variancia 44%-át, a lányok esetében pedig 34%-át magyarázták meg.

[8. táblázat]

Összegzés:

Korábbi tanulmányok jelentős nemenkénti eltérést találtak az internalizáló és externalizáló problémaviselkedés előfordulásában; míg a fiúk több antiszociális megnyilvánulást, normaszegést és magatartási zavarokat mutatnak, addig a lányok a depresszió nagyobb gyakoriságáról számolnak be (Leadbeater és mtsai, 1999). Eredményeink mindkét vizsgált kulturális csoportban megerősítették a korábbiakat. Jelen esetben az externalizáló problémaviselkedésre koncentráltunk, amelynek eltérő lehet a rizikó- és protektív struktúrája, mint az internalizáló viselkedésé.

Az önbizalom *univerzális védőfaktor* a problémaviselkedéssel kapcsolatban, azonban az externalizáló problémaviselkedés védőstruktúrájában sajátos szerepe van. Az alacsony önbizalmú fiatalok gyakran antiszociális, agresszív viselkedéssel igyekeznek önbizalmukat növelni (Rosenberg, Schooler és Schoenbach, 1989). Az így megnövelt önbizalommal rendelkező fiatalok gyakran azt képzelik, hogy mindent megtehetnek annak negatív következményei nélkül, ami szorosan összefügg egyéb kockázatvállaló, egészségkockázati magatartással is. Jelen vizsgálatunkban az önbizalom egyik csoportban sem bizonyult védőfaktoroként, a magyar lányok esetében azonban kifejezetten rizikófaktornak minősült. Az amerikai mintában a potenciális védőfaktorok közül az iskolai szakkörbe járás jelentett emelkedett kockázatot, ami valószínűleg a kortárshatással függhet össze (Ungar, 2000).

A szerfogyasztás, a bandatagság és a rossz iskolai teljesítmény *univerzális rizikófaktornak* számítanak, amelyek kulturális hovatartozástól függetlenül jelentkeznek (Deković, 1999; Dukarm és mtsai, 1996; Fitzpatrick, 1997). A válást követően a fiatalok externalizáló problémaviselkedésre gyakrabban válnak hajlamossá (Harland és mtsai, 2002), azonban a nem intakt (kétszülős) családi struktúra csak a magyar mintában, és itt is a fiúk esetében volt szignifikáns. A válás az amerikai családokban sokkal gyakoribb, ugyanakkor a családi kapcsolatok „menedzsmentje” jobban működik, mint más fejlett országokban, ami azt jelentheti, hogy kevésbé jelentkezik ez a hatás rizikófaktorként.

A szülői bántalmazás és az öngyilkossági gondolatok mindkét mintában jelentősnek bizonyultak, kivétel ez alól csak a magyar fiúk voltak. Ezzel ellentétben a depresszió a kulturális hovatartozástól függetlenül a lányoknál jelentett rizikóhatást. A családon belüli erőszak *univerzális rizikófaktornak* mondható (Jaffee és mtsai, 2002), amit saját eredményeink is megerősítenek. A mentális zavarok és pszichikai problémák, valamint a normaszegő viselkedés összefüggésére is felhívták korábbi vizsgálatok a figyelmet (Dishion, 2000; Mesman és Koop, 2000). Ez arra utal, hogy közös gyökerű adaptációs zavarról van szó.

Az univerzális rizikófaktorok mellett vannak *univerzális védőfaktorok* is; a szülői kontroll például ilyennek minősül (Deković, 1999; Formoso, Gonzales és Aiken, 2000; Li, Stanton és Feigelman, 2000). Ezt saját adataink is megerősítik. Azonban az iskolai védőfaktorok az amerikai mintában erőteljesebben mutatkoztak meg, ami az amerikai iskolák nagyobb szintű nevelésorientáltságában gyökerezhet.

A *korlátok* (keresztmetszeti vizsgálat, önbevalláson alapuló adatok, reprezentativitás korlátozottsága) ellenére az összehasonlítás lehetőséget adott a rizikó- és protektív struktúra elemzésére két eltérő kulturális közegben.

6. táblázat. Az externalizáló (normaszegő) viselkedési skála, valamint a rizikó- protektív tényezők leíró statisztikája a magyar (N = 1240) és az amerikai (N = 1538) fiatalok mintájában

	MAGYAR MINTA		AMERIKAI MINTA	
	Fiúk	Lányok	Fiúk	Lányok
^a Életkor években (Átlag, szórás)***	14,0 (2,3)	14,0 (2,4)	15,6 (2,1)	15,6 (2,2)
^a Normaszegő viselkedési skála (Átlag, szórás)*	5,0 (4,9)	2,0 (2,7)	7,7 (6,3)	4,6 (4,7)
^a Rossz iskolai teljesítmény (Átlag, szórás)**	4,6 (1,4)	3,9 (1,5)	4,1 (1,6)	3,6 (1,6)
^a Szülői bántalmazás (Átlag, szórás)***	1,4 (0,7)	1,5 (0,8)	4,3 (0,8)	4,1 (0,8)
^b Családi struktúra (%)***				
Nem intakt	30,9	36,8	70,6	74,3
Kétszülős	69,1	63,2	29,4	25,7
^a Depresszió pontszám (Átlag, szórás)**	8,5 (7,7)	11,5 (8,4)	10,3 (11,0)	14,8 (14,1)
^b Öngyilkossági gondolatok (%)*				
Igen	8,2	13,1	14,5	19,3
Nem	91,8	86,9	85,5	80,7
^a Dohányzás (Átlag, szórás)***	1,4 (1,6)	1,2 (1,6)	0,4 (0,9)	0,1 (0,6)
^a Nagyivás (Átlag, szórás)*	1,9 (1,3)	1,4 (1,0)	0,5 (1,1)	0,3 (0,8)
^a Marihuána-használat (Átlag, szórás)*	0,3 (0,9)	0,1 (0,5)	0,5 (1,2)	0,2 (0,7)
^b Bandatagság (%)*				
Igen	25,8	20,0	18,6	3,9
Nem	74,2	80,0	81,4	96,1
^a Önbizalom skála (Átlag, szórás)***	27,9 (4,5)	26,1 (4,8)	16,3 (3,2)	16,6 (3,4)
^a Szülői kontroll (Átlag, szórás)**	3,5 (1,3)	4,0 (1,1)	2,8 (1,2)	3,3 (1,1)
^a Beszélgetés a szülőkkel (Átlag, szórás)*	2,9 (1,1)	3,4 (1,1)	1,8 (1,3)	2,1 (1,3)
^a Beszélgetés a tanárokkal (Átlag, szórás)***	1,8 (0,9)	1,9 (0,9)	0,9 (1,1)	1,0 (1,2)
^a Sportklub (Átlag, szórás)**	0,7 (1,3)	0,4 (1,1)	0,9 (1,1)	0,6 (0,9)
^a Iskolai klub (Átlag, szórás)	0,9 (1,5)	1,0 (1,4)	0,6 (0,9)	1,0 (1,3)
^a Iskolai elégedettség (Átlag, szórás)***	2,7 (0,7)	2,9 (0,6)	1,8 (0,8)	1,8 (0,8)

^aANOVA, ^bChi-négyzet próba

*p<0,01 nemenként és csoportonként

** p<0,01 nemenként

*** p<0,01 csoportonként

7. táblázat. Az externalizáló (normaszegő) viselkedési skálát befolyásoló rizikó- protektív tényezők többváltozós regresszióelemzése a magyar mintában (N = 1240)

	FIÚK		LÁNYOK	
	1. Modell	2. Modell	1. Modell	2. Modell
Rizikófaktorok és rizikómarkerek				
Életkor	-0,14** ^a	-0,13**	0,01 ^a	-0,02
Alacsony iskolai teljesítmény	0,09*	0,06	0,08*	0,07*
Szülői bántalmazás	0,01	0,02	0,13**	0,12**
Nem intakt családi struktúra	0,11**	0,10**	0,03	0,04
Depresszió	0,04	0,02	0,07*	0,10*
Öngyilkossági gondolatok	0,03	0,03	0,15***	0,15***
Dohányzás	0,16***	0,13**	0,11**	0,09*
Nagyivás	0,27***	0,25***	0,18***	0,15**
Marihuána-fogyasztás	0,13**	0,12**	0,14**	0,13**
Bandatagság	0,18***	0,12**	0,10*	0,09*
Védőfaktorok				
Önbizalom		0,01		0,15***
Szülői kontroll		-0,23***		-0,15***
Beszélgetés a szülőkkel		-0,10**		0,03
Beszélgetés a tanárokkal		0,01		-0,02
Sportklub		0,04		0,07
Iskolai szakkör		0,04		-0,10*
Iskolai elégedettség		-0,05		-0,06
Konstans	3,701*	9,434***	-2,505***	-0,683
R ²	0,29*** ^b	0,36***	0,27*** ^b	0,31***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001; egyoldaltú t-próba

Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós koefficiens, ^bR² változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt

8. táblázat. Az externalizáló (normaszegő) viselkedési skálát befolyásoló rizikó- protektív tényezők többváltozós regresszióelemzése az amerikai (N = 1538) fiatalok mintájában

	FIÚK		LÁNYOK	
	1. Modell	2. Modell	1. Modell	2. Modell
Rizikófaktorkok és rizikómarkerek				
Életkor	0,05 ^a	-0,01	0,07 ^{*a}	0,04
Alacsony iskolai teljesítmény	0,11 ^{**}	0,08 [*]	0,13 ^{***}	0,11 ^{**}
Szülői bántalmazás	0,08 [*]	0,09 ^{**}	0,13 ^{***}	0,13 ^{***}
Nem intakt családi struktúra	0,03	0,02	0,01	0,01
Depresszió	0,01	0,02	0,10 ^{**}	0,08 [*]
Öngyilkossági gondolatok	0,11 ^{**}	0,09 [*]	0,10 ^{**}	0,07 [*]
Dohányzás	0,08 [*]	0,07 [*]	0,10 ^{**}	0,08 [*]
Nagyivás	0,23 ^{***}	0,22 ^{***}	0,11 ^{**}	0,10 ^{**}
Marihuána-fogyasztás	0,19 ^{***}	0,18 ^{***}	0,20 ^{***}	0,18 ^{***}
Bandatagság	0,24 ^{***}	0,23 ^{***}	0,14 ^{***}	0,13 ^{***}
Védőfaktorkok				
Önbizalom		0,03		0,01
Szülői kontroll		-0,16 ^{***}		-0,16 ^{***}
Beszélgetés a szülőkkel		-0,02		-0,02
Beszélgetés a tanárokkal		-0,07 [*]		0,03
Sportklub		0,02		0,07 [*]
Iskolai szakkör		-0,02		-0,02
Iskolai elégedettség		-0,12 ^{***}		-0,10 ^{**}
Konstans	1,723	7,298 ^{***}	-0,331	4,087 ^{**}
R ²	0,40 ^{***b}	0,44 ^{***}	0,30 ^{***b}	0,34 ^{***}

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001; egyoldali t-próba

Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós koefficiens, ^bR² változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt

III. 2. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001

III.2.1. Célkitűzések

Jelen kutatás célja volt, hogy megismerjük a középiskolás fiatalok értékorientációit, valamint az értékek összefüggését egészségmagatartásukkal. Célul tűztük ki továbbá azt is, hogy megvizsgáljuk az értékorientációk szociodemográfiai karakterisztikáját, azaz bizonyos változók (például kor, nem, társadalmi helyzet, szülők iskolai végzettsége, zsebpénz, valamint bizonyos attitűdök, mint a vallásosság és a jövőorientáltság) szerepét az értékpreferenciák alakulásában. Szintén ebben a kutatásban elemeztük a serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációit a serdülők szerfogyasztási státuszával és a nemmel összefüggésben.

III.2.2. Minta és módszerek (2. melléklet)

A kutatásban szegedi középiskolások (N = 601) vettek részt (életkoruk átlaga: 16 év, szórás: 1,3 év; 52,8%-uk fiú, 47,2%-uk lány), akik három középiskola véletlenszerűen kiválasztott osztályaiból kerültek ki. Az adatgyűjtéshez önkitöltéses kérdőívet alkalmaztunk, amelynek kitöltése kb. 30-40 percet vett igénybe. A kérdőív a következő témakörökre terjedt ki: szociodemográfiai adatok, egészségmagatartás, értékek, attitűdök (jövőorientáltság és vallásosság). A kitöltésre osztályfőnöki óra keretében került sor, az anonimitás érdekében a zárt borítékba helyezett kérdőívet külön dobozba gyűjtöttük össze. A mintára jellemző, hogy közel azonos százalékban fordultak elő tanulók a három középiskola típusából (32,9% gimnazista, 30,2% szakközépiskolás és 36,9% szakmunkásképzős).

Az egészségmagatartási változók közül a következők kerültek be a kérdőívbe: dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, fizikai aktivitás és étkezéskontroll (Gerrard és mtsai, 1996). Az egészségmagatartásokat a következő kérdésekkel mértük: „Az elmúlt három hónapban mennyit dohányoztál; fogyasztottál alkoholt/drogot; milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban; illetve milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre?” A válaszkategóriák a dohányzással kapcsolatban a következők voltak: egyáltalán nem (0), néhányszor (1), párszor minden héten (2), rendszeresen, napi 1-2 szálát (3), napi 3-10 szálát (4), napi 11-20 szálát (5), >20 szálát naponta (6). Az alkohol- és drogfogyasztás gyakoriságai: soha (0), egyszer-kétszer (1), néhányszor (2), gyakran, kb.

minden héten (3), rendszeresen, legalább kétszer hetente (4). A fizikai aktivitással kapcsolatban: soha (0), egyszer-kétszer (1), havonta kétszer-háromszor (2), hetente egyszer-kétszer (3), hetente háromszor vagy több alkalommal (4). Az étkezéskontroll válaszkategóriái: egyáltalán nem (0), egy kissé (1), időnként (2), legtöbbször (3), mindig (4).

Az értékorientációk feltérképezéséhez a következő kilenc értéket vettül alapul a *Rokeach* (1973) értékmérő skála és korábbi módszertani adaptáció alapján: egészség, barátság, család, lelki béke, becsületesség, karrier, társadalmi elismerés, pénz és hatalom. Kiegészítésként Az *Egészség értéke* skáláját (*Value of Health Scale*) alkalmaztuk, amely az egészség különböző szempontjaira terjedt ki, mint a fizikai egészség, a normális testűly, a fizikai erő, az energia, a betegségekkel szembeni védelem (Costa, Jessor és Donovan, 1989; Torres és Fernández, 1995). Arra a kérdésre, hogy ezek az értékek „Mennyire fontosak a számodra?” a következő válaszkategóriák álltak rendelkezésre: egyáltalán nem (0), valamennyire (1), fontos (2), nagyon fontos (3). A vallásosság mértékét négyfokú skála mérte („Milyen gyakran szoktál vallásos rendezvényekre járni?”): soha (0), ritkán (1), alkalmanként (2), gyakran (3).

A jövőorientáltságot a jövő következményeinek megfontolására vonatkozó skálával (*Consideration of Future Consequences Scale*) mértük (Strathman és mtsai, 1994). A Likert típusú skála 6 itemből állt, amelyekhez tartozó válaszkategóriák hét fokozatot öleltek fel, ahol 1 = „egyáltalán nem jellemző rám”; 7 = „teljes mértékben jellemző rám” értéket kaptak. Mintaállítás: „Gyakran olyan dolgokat is megteszek, amelynek eredményei csak évek múlva valósulnak meg.” Az összesített skála minimum értéke 9, maximuma 30 volt, átlagértéke: 19,4, szórás: 3,6. A skála megbízhatóságát mérő Cronbach alpha értéke 0,56 volt.

A motivációs attitűdök mérésére az ún. *Substance Use Coping Inventory* (Wills és Cleary, 1995; Wills és mtsai, 1999) módszer magyar változatát alkalmaztuk (Németh és mtsai, 2011; Németh, 2011). A módszer négy alszkálát tartalmaz mindkét szerfogyasztás vonatkozásában, amelyek a következők voltak: társas motivációk (4 item, pl. „A dohányzás/alkoholfogyasztás élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket”), énmegerősítés (4 item, pl. „A dohányzás/alkoholfogyasztás növeli az önbizalmat”), unaloműzés (2 item, pl. „Az ember általában akkor gyújt rá / iszik alkoholt, ha nincs más dolga”) és coping/érzelmi reguláció (5 item, pl. „A dohányzás megnyugtat, amikor az ember ideges”). A válaszlehetőségek négyfokozatúak voltak, és az „egyáltalán nem igaz” (1) választól a „teljes mértékben igaz” (4) válaszig terjedtek. A dohányzási alszkálák megbízhatósági (Cronbach alpha) mutatói a jelen mintával: 0,83 (társas motivációk), 0,83 (énmegerősítés), 0,72

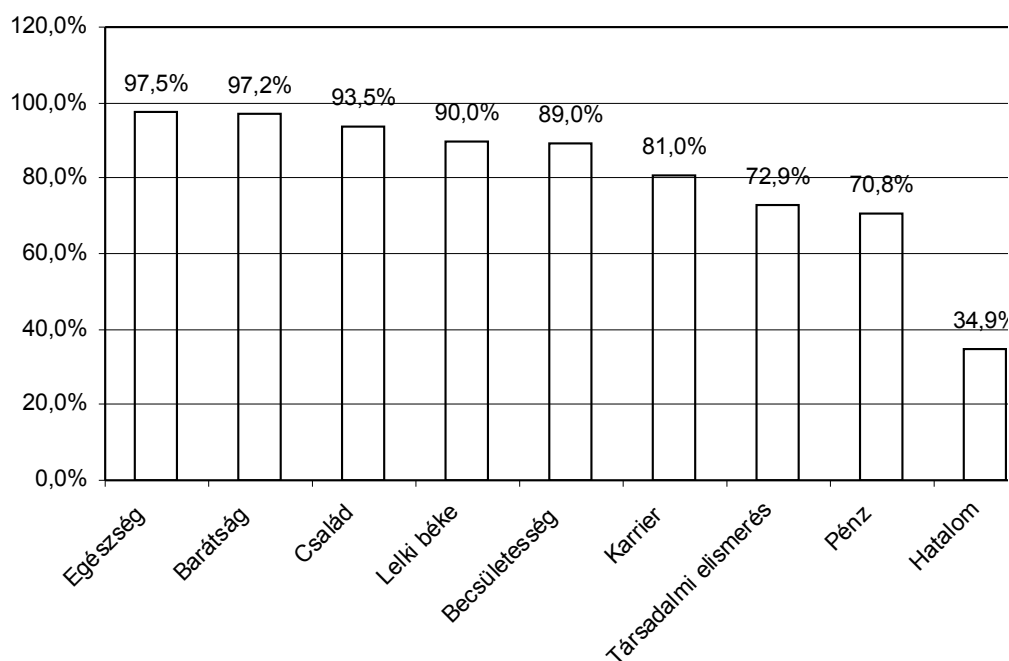
(unalomülés), 0,83 (coping / érzelmi reguláció). Az alkoholfogyasztás esetében: 0,83 (társas motivációk), 0,77 (énmegegerősítés), 0,58 (unalomülés), 0,82 (coping / érzelmi reguláció).

A szociodemográfiai változók között a következőket vontuk be az elemzésbe: nem (fiú = 1, lány = 2); kor (évek), zsebpénz (Forint/hét), apa és anya iskolai végzettsége (általános iskola, szakmunkásképző, érettségi, főiskola/egyetem) és a család társadalmi helyzete (alsó, alsó-közép, közép, felső-közép és felső osztály).

III.2.3. Eredmények és megbeszélések

III.2.3.1. Serdülők értékorientációja és egészségmagatartása

5. ábra. Serdülők értékorientációja: értékek fontossági sorrendje



Elsőként felállítottuk a középiskolások által preferált értékek fontossági sorrendjét. Az 5. ábra mutatja be ezt a sorrendet, aminek kialakítása során a „nagyon fontos” és „fontos” kategóriák gyakoriságait vettük figyelembe, és az ezeknek megfelelő százalékos előfordulásokat tüntettük fel. Látható, hogy szinte azonos százalékban az egészséget (97,5%) és a barátságot (97,2%) jelölték meg a fiatalok a két legfontosabb értéknek, amit harmadik helyen a család (93,5%) követ. Ezt követően a lelki béke (90,0%) és a becsületesség (89,0%) található az értékpreferenciában, azaz az első öt legfontosabb érték közül valamennyi belső érték. Ezután a karrier (81%) áll az értékek hatodik helyén, illetve a társadalmi elismerés (72,9%) a hetedik helyen. Végül az értékek sorrendjét tisztán külső értékek zárják: pénz

(70,8%) és a hatalom (34,9). Ez utóbbi különösen kevés százalékot kapott a többi – akár belső, akár külső – értékkel összehasonlítva.

9. táblázat. Faktoranalízissel nyert értékorientációk

Faktorok a sajátértékekkel (N = 601)		
	1. faktor	2. faktor
	(2,62)	(2,10)
Egészség	0,720	-
Barátság	0,574	-
Család	0,633	-
Lelki béke	0,724	-
Becsületesség	0,737	-
Karrier	-	0,741
Társadalmi elismerés	0,363	0,645
Pénz	-	0,692
Hatalom	-	0,798
%-os variancia	29,1	23,4
Faktorok elnevezés	<i>”Belső értékek”</i> faktor	<i>”Külső értékek”</i> faktor

A leíró statisztikát követően faktoranalízist végeztünk varimax rotációval. Az értelmezéshez az 1-nél nagyobb sajátértékkel rendelkező változókat vontuk be. A táblázatban a 0,30-nál nagyobb faktorsúlyokkal rendelkező változókat tüntettük fel (ún. Kaiser kritérium). Ennek alapján két faktorváltozót tudtunk létrehozni, azaz jól elkülönült a belső és külső értékek preferenciája, az egyetlen kivételt a társadalmi elismerés jelentette, amely mindkét értékorientációban megtalálható, bár a külső értékek között lényegesen nagyobb súllyal szerepel. A faktorok a variancia 52,5%-át magyarázták meg összességében, ezen belül a belső értékek faktor mintegy 29,1%-ot, a külső értékek faktor pedig 23,4%-ot. A faktorváltozók sajátértékei között sem volt jelentős különbség (belső: 2,6, külső: 2,1). A 9. táblázat a faktoranalízissel nyert értékorientációkat írja le, azaz a végső rotált faktorstruktúra eredményeit. A belső értékek közé tartoznak a következők: egészség, lelki béke, becsületesség, barátság, család, társadalmi elismerés. A külső értékek közé pedig: pénz, karrier, hatalom és szintén a társadalmi elismerés.

A következő, 10. táblázat az értékorientációs faktorváltozók összefüggését elemzi a szociodemográfiai mutatókkal és a serdülők egészségmagatartásával.

10. táblázat. Az értékorientációs faktorok összefüggése a szociodemográfiai mutatókkal és a serdülők egészségmagatartásával (Spearman korrelációs együtthatók)

	”Belső értékek” faktor	”Külső értékek” faktor
Kor (évek)	-0,05	0,09*
Nem (fiú = 1, lány = 2)	0,23***	-0,17***
Társadalmi helyzet	-0,02	0,11**
Apa iskolai végzettsége	0,02	0,02
Anya iskolai végzettsége	0,07*	-0,03
Zsebpénz (Ft)	-0,05	0,20***
Vallásosság	0,14***	-0,11**
Dohányzás	-0,24***	0,12**
Alkoholfogyasztás	-0,21***	0,18***
Fizikai aktivitás	-0,02	0,10*
Étkezéskontroll	0,26**	-0,04
Drogfogyasztás	-0,20***	0,12*
Jövőorientáltság	0,32***	-0,05
Megjegyzés. *p<0,05	**p<0,01	***p<0,001

A kétoldalú kapcsolatokat Spearman korrelációs együtthatók jellemzik. A szociodemográfiai változók közül a kor a külső érték faktorról függ össze; a negatív kapcsolat azt jelzi, hogy az életkor előrehaladtával a külső értékek egyre nagyobb szerepet kapnak. A nem a belső és külső értékorientációkat jól elkülöníti egymástól, amennyiben a belső értékek inkább a lányokra, a külsőek pedig a fiúkra jellemzőek. A szülők iskolai végzettsége kevésbé meghatározó, ez alól kivételt csak az anya iskolai végzettsége és a belső értékorientáció összefüggése jelent; a pozitív kapcsolat azt jelzi, hogy enyhe mértékben, de mégis szignifikáns módon az anya magasabb iskolai végzettsége elősegíti gyermekük számára a belső értékek preferálását. A magasabb társadalmi helyzet és a zsebpénz viszont egyértelműen jelzi a külső értékek felé orientálódást. Az attitűdök közül a vallásosság ellentétes hatását figyelhetjük meg; míg a belső értékek faktorról a kapcsolat előjele pozitív, azaz hajlamosító, a külső értékek faktorról negatív, azaz a vallásos fiatalok kevésbé hajlamosak a külső értékek preferálására. Szintén attitűd szintű változó a jövőorientáltság, amely a belső értékekkel mutat

jelentős összefüggést: azok a fiatalok haljasabbak a belső értékek felé orientálódni, akiknek van jövőképük, azaz perspektívát látnak a jövőjükben. Az egészségmagatartási változók jelentős összefüggést mutatnak az értékorientációkkal. A külső értékorientáció pozitívan korrelál a dohányzással, az alkohol- és drogfogyasztással, valamint a fizikai aktivitással is. A belső értékorientáció viszont negatívan korrelál a káros szenvedélyekkel (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás), és pozitívan az étkezéskontrollal.

Végül, a 11. táblázat az értékorientációs faktorokkal leginkább összefüggő szociodemográfiai és magatartási változókat mutatja.

11. táblázat. Az értékorientációs faktorokkal leginkább összefüggő szociodemográfiai és magatartási változók (többváltozós regresszióelemzés, stepwise módszer)

”Belső értékek” faktor	”Külső értékek” faktor
1. Jövőorientáltság ($\beta = 0,23^{***}$)	1. Zsebpénz ($\beta = 0,23^{***}$)
2. Nem = lány ($\beta = 0,19^{***}$)	2. Nem = fiú ($\beta = 0,15^{***}$)
3. Étkezéskontroll ($\beta = 0,14^{***}$)	3. Alkohol fogyasztás ($\beta = 0,14^{***}$)
4. Dohányzás ($\beta = -0,14^{**}$)	4. Társadalmi helyzet ($\beta = 0,10^*$)
5. Drogfogyasztás ($\beta = -0,09^*$)	5. Vallásosság ($\beta = -0,08^*$)
$R^2 = 0,19^{***}$	$R^2 = 0,10^{***}$
Megjegyzés. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$	
β = standardizált regressziós koefficiens (bevont változók a fentiekén kívül: apa és anya iskolai végzettsége, fizikai aktivitás, kor)	

Ahhoz, hogy a független változók közötti kapcsolatokat kiiktassuk, *stepwise* (azaz lépésenkénti) módszerrel végeztük a többváltozós regresszióelemzést. Ennek eredményeként mindkét értékfaktor esetében öt változó bizonyult a legerősebb prediktornak, azaz előrejelző változónak. E módszer segítségével megállapíthattuk, hogy a serdülők mely csoportjaira jellemzők leginkább a belső, illetve külső értékorientációk. A belső értékorientációt legerősebben a jövőorientáltság határozza meg. A két nem közül a lányokra jellemző inkább. Az étkezéskontroll szintén előrejelzi a belső értékorientációt, valamint a káros szenvedélyek közül a dohányzás és a drogfogyasztás hiánya társul hozzá. A külső értékorientáció legerősebben a zsebpénzzel függ össze. A nemek közül a fiúkra jellemzőek inkább a külső értékek. A káros szenvedélyek közül az alkoholfogyasztás kapcsolódik a külső értékekhez. A magasabb társadalmi helyzet, valamint a vallásosság hiánya jellemző még azokra, akik a külső értékeket preferálják.

Összegzés:

A fiatalok értékrendszerének alakítása fontos pszichológiai és pedagógiai feladat. A társadalom uralkodó *érték- és normarendszere* kihat a fiatalok formálódó értékorientációira, s ezek útján magatartási döntéseikre és választásaikra (Kasser, 2005; Pikó, 2003). Korunk fogyasztói társadalma egy bizonyos értékrendet vetít elénk, amelyben a *teljesítményorientáltság*, az anyagi javak megszerzése kiemelt szerepet játszik (Kasser és Sheldon, 2000). Ugyanakkor a kutatások azt igazolják, hogy a túlzott *anyagias beállítódás* sok stresszel és szorongással jár (Kasser és Ahuvia, 2002). Ráadásul összefüggést igazoltak a kutatások az anyagiasság és a káros szenvedélyek (például dohányzás vagy alkoholfogyasztás) között is (Williams és mtsai, 2000). Jelen vizsgálat alátámasztja ezeket a kutatási eredményeket.

A középiskolások által preferált értékek fontossági sorrendjét elemezve megállapíthatjuk, hogy a legfontosabb értékeknek ún. *belső értékek* bizonyultak: első helyen az egészség, második és harmadik helyen a barátság, illetve a család állt. Természetesen az életkor sokat jelent a preferenciasorrend kialakításakor, hiszen serdülőkorban a baráti kapcsolatháló fontossága sok esetben megelőzi a család helyét. Az első három értéket követően is a belső értékek jelennek meg a fontossági sorrendben: lelki béke és becsületesség. Ezt követően jönnek a külső értékek, nevezetesen a karrier, a társadalmi elismerés, a pénz és a hatalom. Ez utóbbi különösen kevés százalékot kapott, aminek szintén életkori sajátosságai lehetnek, de a pénz is éppen ebből kifolyólag kerülhetett az utolsó előtti helyre. Más kutatásban szintén azt találták, hogy a fiatalok értékrendjében fontos szerepet kapnak a belső értékek, ám ahogy nő az életkor, úgy kerülnek előtérbe a *külső értékek* (Bardi és Schwartz, 2003). Ez utóbbi összefüggést mostani eredményeink is megerősítik. Ugyanakkor az imént idézett kutatás arra is felhívja a figyelmet, hogy a középiskolások még nem rendelkeznek kiforrott értéktudattal, tehát értékorientációjukban még jelentős változások várhatók. Az értékorientációk jól elkülönülnek belső és külső irányultságra, amit a faktoranalízis is megerősített. Mindössze egyetlen változó volt, amely mindkét faktorváltozóban szerepelt, a társadalmi elismerés. Más tanulmányok is megerősítik azt, hogy ezzel az értékkel a serdülők még nem igazán tudnak mit kezdeni, azaz kevésbé tudják elhelyezni saját értékrendjükben, s emiatt e tekintetben igen erős szórás jellemző a megoszlására (Pikó, 2005).

Az értékorientációk csak kis mértékben függnak össze a *szociodemográfiai* mutatókkal, amelyek közül a kor kapcsolatát a külső érték faktorról már említettük. A nem viszont ellentétes módon kapcsolódik a belső és külső értékorientációkhoz: a belső értékek inkább a lányokra, a külsőek pedig a fiúkra jellemzőek. A szülők közül az anya iskolai végzettsége a belső értékorientációval függ össze, ennél sokkal meghatározóbb azonban a

fiatalok családjának társadalmi helyzete, valamint a zsebpénz mértéke. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a gazdagabb családok gyermekei sokkal fontosabbnak tartják a külső értékeket, míg a belső értékek preferálásában nincs jelentős különbség. A vallásosság korábbi kutatásokban is a belső értékorientációra hajlamosított (Wallace és Forman, 1998), amit saját kutatásunk is megerősít. A jövőorientáltság – ami a jövőre irányuló, felelősségteljes gondolkodást foglalja magában – szintén segíti a fiatalokat abban, hogy a belső értékek fontosságát és hosszú távú „nyereségét”, személyiségfejlesztő hatását figyelembe vegyék. A jövőorientáltság egyértelműen protektív a káros egészségmagatartásokkal összefüggésben is, hiszen a jövőt szem előtt tartó fiatalok kevésbé hajlamosak káros szenvedélyekre, többet sportolnak, és jobban odafigyelnek étkezési szokásaikra is (Seligman, 2002).

A *káros szenvedélyek* és az értékek kapcsolatát saját kutatásunk eredményei is megerősítik: a külső értékorientáció pozitívan, a belső értékorientáció viszont negatívan függ össze a dohányzással, az alkohol- és drogfogyasztással, hasonlóan korábbi kutatásokhoz (Williams és mtsai, 2000). A többváltozós statisztikai módszer segítségével sikerült elkülöníteni a belső és külső értékorientációval jellemezhető serdülők csoportjait. Ennek értelmében a belső értékorientáció inkább jellemző a lányokra; azokra, akik a jövőt perspektívikusnak látják a maguk számára; akik nem dohányoznak, és nem fogyasztanak drogokat, viszont odafigyelnek táplálkozásukra. A külső kontroll ezzel szemben inkább jellemző a fiúkra, valamint azokra, akik jelentős zsebpénzzel rendelkeznek, akik magasabb társadalmi osztályba tartoznak; akik rendszeres fogyasztanak alkoholt, és akik nem vallásosak.

Eredményeink megerősítik, hogy a serdülők amellet, hogy még kiforratlan értéktudattal rendelkeznek, nem is alkotnak homogén értékrendszerrel jellemezhető csoportot. Az értékek preferenciájában ugyan a belső értékek még dominálnak, azonban a korral előrehaladva a külső értékek egyre nagyobb szerepet kapnak. A szociodemográfiai mutatók lényeges hatást gyakorolnak a fiatalok értékorientációinak alakulására. Az értékorientációk jelentősen összefüggnek egyéb magatartási döntésekkel, így egészségmagatartásukkal is. A magatartási döntések kellőképpen előrejelzik a fiatalok értékorientációit, s ezt az információt az iskolák világában hasznosítani tudjuk a mindennapi nevelési gyakorlat során.

III.2.3.2. Unalom vagy stresszoldás? Serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációi

A 12. táblázatban a dohányzó státusz nemek szerinti megoszlását láthatjuk. Chi-négyzet-próbával a különbség szignifikáns, azaz több fiú, mint lány mondható dohányosnak. A táblázatból az is kitűnik, hogy a teljes mintában a dohányzás előfordulása, gyakoriságtól függetlenül, 48,3%.

12. táblázat. Dohányzó státusz a mintában (N = 602)

	Dohányos	Nem dohányos
Fiú	177 (55,7%)	141 (44,3%)
Lány	114 (40,1%)	170 (59,9%)
Összesen	291 (48,3%)	311 (51,7%)

Chi-négyzet-próba: $p < 0,01$

A 13. táblázat az alkoholfogyasztási státusz megoszlását mutatja be. Itt az alkalmi fogyasztókat és a nemfogyasztókat vettük egy kategóriába, hiszen az alkalomszerű (szociális) ivás a jelen kultúrában teljesen elfogadott, míg az alkalmi dohányzás már dohányzó státuszt jelent. Ha a dohányzáshoz hasonló dichotóm változót vezettünk be a logisztikus regresszióba (egyáltalán nem fogyasztó, illetve fogyasztó), eltérést akkor sem tapasztaltunk az eredmények terén, ezért a rendszeres alkoholfogyasztás szerinti státusz mellett döntöttünk az elemzések során. A dohányzáshoz hasonlóan itt is eltérés mutatkozott nemek szerint a rendszeres alkoholfogyasztás előfordulásában.

13. táblázat. A rendszeres alkoholfogyasztás státusza a mintában (N = 601)

	Rendszeres (havonta többször/heti/napi) alkoholfogyasztó	Egyáltalán nem vagy alkalomszerű fogyasztó
Fiú	111 (34,9%)	207 (65,1%)
Lány	74 (26,1%)	210 (73,9%)
Összesen	185 (30,7%)	417 (69,3%)

Chi-négyzet-próba: $p < 0,01$

A 14. táblázat a nemek szerint mutatja be a motivációs struktúra különbségeit. A társas motivációk mindkét szerrel kapcsolatban a fiúkra jellemzők inkább. A dohányzással összefüggő motivációk terén a nemek szerinti különbségek kevésbé meghatározók, míg az

alkoholfogyasztás esetében valamennyi motivációs skálapontszám a fiúk körében ért el szignifikánsan nagyobb értéket.

14. táblázat. A motivációs struktúra nemi eltérései a mintában

Motivációk	FIÚK Átlag (szórás)	LÁNYOK Átlag (szórás)
<i>Dohányzás:</i>		
– Társas ^a	7,1 (3,6)	6,1 (2,8)
– Énmegerősítés	6,7 (3,4)	6,4 (2,9)
– Unaloműzés	4,5 (2,3)	4,3 (2,2)
– Coping	9,3 (4,1)	8,7 (3,8)
<i>Rendszeres alkoholfogyasztás:</i>		
– Társas ^a	10,4 (4,0)	8,6 (3,7)
– Énmegerősítés ^a	9,6 (3,9)	8,5 (3,6)
– Unaloműzés ^a	3,6 (1,9)	2,9 (1,3)
– Coping ^a	9,3 (4,1)	8,0 (3,7)

^ap<0,01, t-próba

A továbbiakban a szerfogyasztással kapcsolatos motivációkat elemeztem a fogyasztó státusz szerint. A 15. táblázatban a fiúk mintájával végzett logisztikus regresszióelemzés eredményeit láthatjuk.

15. táblázat. A logisztikus regresszió eredményei a fiúk körében (OR, esélyhányadosok)

Független változók	Dohányzás OR ^a (95%-os CI ^b)	Rendszeres alkoholfogyasztás OR ^a (95%-os CI ^b)
Motivációk		
– Társas	1,2 (1,1–1,4)***	1,2 (1,1–1,4)***
– Énmegerősítés	1,0 (0,9–1,2)	1,0 (0,9–1,1)
– Unaloműzés	1,2 (1,1–1,3)*	0,9 (0,8–1,0)
– Coping	1,0 (0,9–1,1)	1,0 (0,9–1,1)
χ^2	56,17***	51,13***
df	4	4
Pseudo R ²	53,63%	52,89%

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

^aesélyhányados ^bCI: konfidencia-intervallum

A dohányzással kapcsolatos motivációs attitűdök közül a társas motivációk, valamint az unaloműzés hozható összefüggésbe a dohányzó státusszal. Az alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációk közül pedig egyedül a társas motivációk szerepe jelentős, azaz a rendszeresen alkoholt fogyasztó fiatalok esetében a társas motivációk szerepe igazolható.

16. táblázat. A logisztikus regresszió eredményei a lányok körében (OR, esélyhányadosok)

Független változók	Dohányzás OR ^a (95%-os CI ^b)	Rendszeres alkoholfogyasztás OR ^a (95%-os CI ^b)
Motivációk		
– Társas	1,4 (1,2–1,7)***	1,3 (1,2–1,5)***
– Énmegerősítés	0,8 (0,7–0,9)*	1,0 (0,9–1,2)
– Unaloműzés	1,2 (1,1–1,4)*	1,0 (0,8–1,3)
– Coping	1,3 (1,1–1,4)***	1,0 (0,9–1,1)
χ^2	93,33***	59,35***
df	4	4
Pseudo R ²	50,21%	48%

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

^aesélyhányados ^bCI: konfidencia-intervallum

A 16. táblázatban a lányok mintájával végzett logisztikus regresszió eredményeit láthatjuk. A dohányzással kapcsolatos motivációs attitűdök közül valamennyi jellemző a dohányzó lányokra: a társas motivációk mellett az unaloműzés és a coping/érzelmi reguláció is. Az énmegerősítés szintén szignifikáns, azonban ez az összefüggés fordított: a dohányzó lányok tagadják a dohányzás énmegerősítő motivációját. A dohányzás motivációi terén tehát jelentős különbségek vannak a nemek szerint. Az alkoholfogyasztással kapcsolatban azonban hasonló a helyzet: itt is a társas motivációk jelentik a meghatározó attitűdöt.

Összegzés:

A motivációk vizsgálata az addiktológiai ellátás, valamint az elsődleges megelőzést szolgáló programok számára is fontos üzenetet hordozhat (Cooper, 1994). A dohányzók és rendszeresen alkoholt fogyasztók aránya a fiúk körében szignifikánsan magasabb. A szerfogyasztó státusz szerinti elkülönítést azért tartottuk fontosnak ebben a vizsgálatban, hogy megtudjuk, milyen motivációs attitűdökkel jellemezhetők a szerfogyasztók csoportjai. *Wills* és *Cleary* (1995) motivációs struktúráját alkalmazva megállapítható, hogy a *társas motivációk* domináns attitűdöt képviselnek mindkét nem és szer esetében. A társas hatásokat korábbi tanulmányok is kiemelten fontosnak tartják a szerfogyasztás iniciációjában és fenntartásában (Bradizza, Reifman és Barnes, 1999; Demetrovics, 2001; Németh és mtsai, 2011). Serdülőkorban a kortársakhoz tartozás igénye miatt a társas jelenségeknek még inkább erős és sajátos – adaptációs – szerepük van a káros szenvedélyek elterjedésében (Ungar, 2000). Az alkoholfogyasztással kapcsolatban más motiváció nem is volt meghatározó egyik nem esetében sem.

A *coping funkció* a felnőttkori, rendszeres alkoholfogyasztásban és alkoholizmusban kiemelt szerepet játszik (Colder, 2001), a serdülőket azonban ez a hatás még kevésbé

motiválhatja az eredmények szerint. A dohányzásban már jelentős nemek szerinti eltérések figyelhetők meg a motivációs attitűdök struktúrájában. A társas hatások mellett az *unaloműzés* is jelentős mindkét nem esetében, amit korábbi vizsgálatok is megerősítenek (Caldwell és mtsai, 1999; Carton, Jouvent és Widlocher, 1994; Iso-Ahola és Crowley, 1991; Pikó és Piczil, 2004). Vannak olyan vizsgálatok is, amelyek az alkoholfogyasztással kapcsolatban is leírták ezt a motivációt, különösen a fiúk körében (Feldman és mtsai, 1999), ez azonban a saját mintánkkal nem igazolható; a társas hatás minden más motiváció mellett domináns marad.

A lányok esetében a *coping/érzelmi reguláció* is igazolást nyert, ami a fiúkra nem jellemző. Más vizsgálatok is megerősítik, hogy a lányok számára a dohányzás fontos coping funkcióval bír (Abernathy és mtsai, 1995). Az énmegerősítést viszont a dohányzó lányok igen erősen hártják, tagadják; nagyobb mértékben, mint nemdohányzó társaik. Ez összefüggésben lehet a dohányzók megnövekedett önbizalmával és énhatékonyságával (Abernathy és mtsai, 1995; Glendinning, 2002), de az irreális optimizmus jelenségével is (Weinstein, 1989).

A szerfogyasztással kapcsolatos motivációs attitűdök fontos üzenetet közvetítenek a megelőzést, illetve leszokást célzó programok számára. A szerfogyasztás ugyanis bizonyos készségek elégtelen voltából is eredhet. A társas motivációk dominanciája felhívja a figyelmet a szociális készségek fejlesztésének szükségességére. Sőt, túlzás nélkül állíthatjuk, hogy a serdülőkori szerfogyasztás megelőzésének legfontosabb módszere a szociális készségfejlesztés (Griffin és mtsai, 2001). Erre a csoportfoglalkozások, csoportfeladatok nyújtanak lehetőséget az ún. rejtett tanterv részeként, amelynek kiemelt pedagógiai funkciójá kell válnia. A csoportos munkavégzésnél ugyanis a célorientált feladatok mellett a pedagógusnak monitoroznia és facilitálnia kell a csoportbeli interperszonális kapcsolatokat és kommunikációt. E nem specifikus készségfejlesztés mellett speciális, a szerfogyasztás csapdáinak elkerülését szem előtt tartó csoportfeladatokat is ki kell fejleszteni. Ennek során a fiataloknak meg kell érteniük a csoportbefolyás lényegét és a túlzott csoportkonformitás veszélyeit (Pikó, 2004c).

A szociális készségek mellett a személyes énhatékonysági készségek fejlesztése is nélkülözhetetlen, mint amilyen a stresszhelyzetek felismerése és hatékony kezelése, a konfliktusok és problémák megoldása (Ybrandt, 2008). Ez a lányok esetében különösen fontos, hiszen a jelen vizsgálat eredményei is rámutattak arra, hogy a dohányzás a serdülő lányok coping készletének eleme lehet. Már a kisgyermekkorai szocializáció részeként meg kell tanulniuk kezelni az agressziót, az impulzivitást, a frusztrációt, hogy a negatív

dc_310_11

élethelyzetekben hatékonyan tudják alkalmazni az önkontrollt, és ne szoruljanak a cigaretta vagy más szerek segítségére.

III. 3. KULTÚRAKÖZI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001

III.3.1. Célkitűzések

A kutatási projekt keretében kiemelt szerepet kapott az egészségtudatosság és kockázatészlelés, az egyéni és a társas hatások elemzése, a család és a kortársak befolyása. A projekt egy nemzetközi (magyar–amerikai–lengyel–török) kultúraközi összehasonlítás részét képezte, amely az én kezdeményezésemre 2000-ben megalakult nemzetközi kutatócsoport (*Adolescents Across Cultures*) kutatómunkája.

III.3.2. Minta és módszerek (3. melléklet)

A magyarországi adatgyűjtés szegedi és Szegeden tanuló középiskolás fiatalok körében történt, véletlenszerűen kiválasztott iskolák és osztályok segítségével (n=560). Összesen négy középiskola került így kiválasztásra. Az eredetileg 600 főre tervezett vizsgálatban a válaszadási arány 93,3%-os volt. A mintában gimnazisták, szakközépiskolások és szakmunkásképzősök kb. azonos arányban vettek részt, azonban a nemzetközi összehasonlítás szempontjából az iskolatípus nem szerepelt a szociodemográfiai változók között. A mintában szereplő diákok életkorának átlaga 16,7 év (szórás: 1,4, a medián értéke 17 volt). A nemek aránya a következő volt: 57% fiú és 43% lány. A megkérdezettek 66,1%-a mindkét szülővel együtt lakott, 18,4%-uk csak az édesanyjukkal, 10,9% az egyik szülővel és egy nevelőszülővel, 2,7%-uk az apával, és 2,0%-uk más rokonnal, például a nagyszülőkkel.

A nemzetközi kutatásban összesen 2387 középiskolás fiatal vett részt, ahol az egyes alminták kiválasztása a magyar mintához hasonlóan történt (életkori terjedelem: 13-20 év, átlag: 16,7 év, szórás: 1,1 év). A minta 46%-a fiú volt. Az egyes minták nem voltak országosan reprezentatívak, de jól reprezentálták azt a régiót (városi, illetve városkörnyéki területet), ahonnan a fiatalok kiválasztására kerültek). A lengyel minta (N=662) két varsói középiskolából, valamint négy lublini (a minta 60,6%-a), Lengyelország dél-keleti régiójából származott. Az amerikai minta (N=539) két középiskolából származott Ames, Iowa városában, amely a régió kiemelt egyetemi központja. Ez azt jelenti, hogy a kisvárosi életmód ötvöződött az egyetemi városi életmóddal, amely összehasonlításhoz alkalmasabb. A minta szinte teljes egészében Európai-Amerikai eredetű, ami megfelelő alapot nyújtott a komplex elemzéshez. A török minta (N=626) hét különböző középiskolából származott Izmir területéről. Az adatgyűjtés valamennyi helyen, 2001 folyamán, a tavaszi és az őszi

szemeszterek időszaka alatt történt. A kérdőív azonos volt, és többszörös fordítás útján került végső formájába. A válaszadási arány valamennyi helyen meghaladta a 90%-ot.

A *kockázati magatartásformák* (Gerrard és mtsai, 1996) közül a dohányzást a következő kérdéssel mértük: „Az elmúlt három hónap során milyen gyakran dohányoztál?” A válaszkategóriák a következők voltak: egyáltalán nem (1), minden hónapban néhányszor (2), néhányszor minden héten (3), napi 1-2 szálat (4), napi 3-10 szálat (5), napi 11-20 szálat (6), és több mint napi 20 szálat (7). A többi kockázati magatartás gyakoriságát szintén az elmúlt három hónap vonatkozásában kérdeztük meg. Az alkoholfogyasztás esetén 5-pontos válaszkategóriákból álló skála állt rendelkezésre: egyáltalán nem (1), egyszer-kétszer (2), kétszer-háromszor havonta (3), heti egy-két alkalommal (4), legalább hetente háromszor (5). A figyelmetlen közlekedést mérő skála elemei a következők voltak: soha (1), egyszer-kétszer (2), néhányszor (3), gyakran (4), rendszeresen (5). A biztonsági öv használata elmaradásának válaszkategóriái a következők voltak: soha (1), alkalmanként (2), is-is (3), legtöbbször (4), mindig (5). Ezeken kívül a felmérésben szerepelt még a szexuális viselkedés és a kondomhasználat is, hasonló válaszkategóriákkal.

A *kockázatészlelést* két kérdéssel mértük (Teközel és mtsai, 2002). Egyrészt megkérdeztük, hogyan ítélik meg a fiatalok saját jövőbeli veszélyeztetettségüket. Az 1-7-ig terjedő skála alapján arra kerestünk választ, hogy mennyire becsüli a megkérdezett annak valószínűségét, hogy bizonyos kórállapotok bekövetkeznek. A következő kérdés pedig arra vonatkozott, hogy ugyanezt mennyire becsülik saját kortársaikhoz képest, velük összehasonlítva. Emellett a *General Perceived Self-Efficacy Scale* segítségével került megismerésre az énhatékonyság mértéke (Schwarzer és Jerusalem, 1995), a megbízhatósági mutató = 0,81 lett a saját mintával.

Az attitűdszintű *pszichológiai jellemzők* között szerepelt az étellel való elégedettség, a jövőorientáltság, az ellenségesség, a szociális összehasonlítás. A jövőorientáltságot a jövő következményeinek megfontolására vonatkozó skálával (*Consideration of Future Consequences Scale*) mértük (Strathman és mtsai, 1994). A Likert típusú skála 6 itemből állt, amelyekhez tartozó válaszkategóriák hét fokozatot öleltek fel, ahol 1 = „egyáltalán nem jellemző rám”; 7 = „teljes mértékben jellemző rám” értékek voltak. Mintaállítás: „Gyakran olyan dolgokat is megteszek, amelynek eredményei csak évek múlva valósulnak meg.” Az összesített skála minimum értéke 9, maximuma 30 volt, átlagértéke: 19,4, szórás: 3,6. A skála megbízhatóságát mérő Cronbach alpha értékei: 0,47 (lengyel minta), 0,56 (magyar minta), 0,70 (török minta) és 0,81 (amerikai minta). Az étellel való elégedettség mérése a *Diener* és

mtsai (1985) által kifejlesztett skálájával történt (*The Satisfaction With Life Scale*), amely öt állítást tartalmazott (pl. „Az életem a legtöbb szempontból közel van az általam elképzelthez”). A válaszkategóriák 1-től (egyáltalán nem értek egyet) 7-ig (teljes mértékben egyetértek) terjedtek. A végső skálapontok értékei 5-35 között változhattak. A megbízhatóságot jelző Cronbach alpha értékek a következők voltak: 0,80 (magyar minta), 0,81 (lengyel minta), 0,88 (amerikai minta), 0,84 (török minta).

A társas összehasonlításra való hajlamot mérő skála, *The Scale of Social Comparison Orientation* (SCO) (Gibbons és Buunk, 1999) 11 állításból tevődött össze (például: „Szeretem tudni, hogy mások mit tennének hasonló helyzetben”). A válaszlehetőségek 1-től (egyáltalán nem jellemző rám) 5-ig (teljes mértékben jellemző rám) terjedtek, a végső skála pontértékei 11-55 voltak. A megbízhatósági mutatók: 0,68 (magyar minta), 0,77 (lengyel minta), 0,81 (amerikai minta), 0,79 (török minta). A *hosztilitás* (ellenséges beállítódás) mérése Buss és Perry (1992) *The Aggression* kérdőívének felhasználásával történt. A nyolc állítást (például: „Amikor az emberek túlságosan kedvesek, azon tűnődöm, mit is akarhatnak valójában”) tartalmazó skála válaszkategóriái 1-től (egyáltalán nem jellemző rám) 7-ig (teljes mértékben jellemző rám) terjedtek (végső pontértékek: 8-40). A megbízhatóságot jellemző Cronbach alpha értékei: 0,75 (magyar minta), 0,77 (lengyel minta), 0,82 (amerikai minta), 0,73 (török minta).

III.3.3. Eredmények és megbeszélések

III.3.3.1. Kockázatesztelés serdülőkorban: A sérthetlenség illúziója vagy józan előrelátás?

Az elemzéshez a magyar minta adatait használtuk fel. A 17. táblázat tartalmazza a kockázati magatartás gyakoriságait. A dohányzás a mintában 58,7% volt a vizsgálatot megelőző három hónapban; 12,2%-uk néhányszor dohányzott minden hónapban. A rendszeres dohányosok közül 6,3% 1-2 cigarettát, 20%-uk 3 és 10 szál közötti mennyiséget, 13,2%-uk 10 és 20 szál közöttit, 3,8%-uk pedig ennél is többet dohányzott. Az alkoholfogyasztás 75,4% volt, mintegy 13,8%-nak heti rendszerességű. A figyelmetlen közlekedés a megkérdezett fiatalok 56,4%-át érintette több-kevesebb gyakorisággal. A biztonsági övet mindössze 18,8%-uk használja mindig, 17,4%-uk pedig legtöbbször; viszont soha nem használja 27,8%.

17. táblázat. Kockázati magatartás előfordulása (%) a szegedi mintában (N = 560)

Kockázati magatartások az elmúlt 3 hónapban	%
<i>Dohányzás</i>	
Egyáltalán nem	41,3
Néhányszor/hó	12,2
Néhányszor/hét	3,2
1-2 szál/nap	6,3
3-10/nap	20,0
11-20/nap	13,2
>20/nap	3,8
<i>Alkoholfogyasztás</i>	
Egyáltalán nem	24,6
Egyszer-kétszer	38,0
Kétszer-háromszor/hó	23,6
Egyszer-kétszer/hét	9,3
Háromszor vagy többször/hét	4,5
<i>Figyelmetlen közlekedés</i>	
Soha	43,6
Egyszer-kétszer	36,3
Néhányszor	13,4
Gyakran	3,6
Rendszeresen	3,0
<i>Biztonsági öv használata</i>	
Soha	27,8
Alkalmanként	29,4
Is-is	6,6
Legtöbbször	17,4
Mindig	18,8

18. táblázat: Kockázatesztelés a szegedi mintában

Valószínűségek becslése	<i>Átlag</i>	<i>Szórás</i>
Baleset	2,9	1,6
Baleset a kortársakhoz képest	2,8	1,6
Alkohollal kapcsolatos problémák	1,9	1,4
Alkohollal kapcsolatos problémák a kortársakhoz képest	1,9	1,3
Dohányzással kapcsolatos betegségek	2,2	1,5
Dohányzással kapcsolatos betegségek a kortársakhoz képest	2,1	1,5

A 18. táblázat mutatja be a kockázatészlelés becsült értékeit. Látható, hogy a fiatalok legvalószínűbbnek a balesetek bekövetkeztét tartják, a második helyen pedig a dohányzással összefüggő betegségek valószínűsége áll, ami reálisnak tűnik a minta dohányzási gyakoriságait ismerve. Nincs jelentős különbség az általános megítélés, valamint a kortársakhoz képest megítélt becslés között, ezért a továbbiakban csupán az első kockázatészlelési változó szerepelt az elemzésekben.

A valószínűségek nemek szerinti különbségeit kétmintás t-próbákkal ellenőriztük, melyek eredményeit a következő, 19. táblázat mutatja be. A táblázatból kitűnik, hogy a balesetek valószínűségét nemtől függetlenül mind a fiúk, mind pedig a lányok nagyinak tartják. Az alkohollal és a dohányzással kapcsolatos problémák, betegségek bekövetkeztét a fiúk nagyobb valószínűséggel tartják önmagukra nézve reálisnak, mint a lányok.

19. táblázat: Kockázatészlelés nemek szerint

Valószínűségek becslése	Fiúk		Lányok		Szignifikancia ^a
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Baleset	2,9	1,6	2,9	1,5	p>0,05
Alkohollal kapcsolatos problémák	2,1	1,5	1,6	1,1	p<0,001
Dohányzással kapcsolatos betegségek	2,3	1,5	2,0	1,4	p<0,05

Megjegyzés: ^aKétmintás t-próba

Következő elemzésünk arra vonatkozott, hogy megnézzük, van-e különbség a magatartás, azaz az előzetes tapasztalat szerint a rizikóbecslésben. Általában igen szoros az összefüggés a tapasztalat és a kockázatészlelés realitása között. Ez az összefüggés arra utal, hogy például a dohányzók reálisan látják a rájuk leselkedő veszélyt, a betegségek és más következmények kialakulásának nagyobb valószínűségét. Az elemzéshez a magatartási változókat dichotómmá alakítottuk át, azaz a magatartási státuszt (pl. dohányzik, illetve nem dohányzik) vettük figyelembe. A 20. táblázatból jól látható, hogy azok tartják nagyobbak a balesetek bekövetkeztének valószínűségét, akik közlekedéskor figyelmen kívül, az alkohol okozta problémákat az alkoholt fogyasztók, a dohányzás okozta betegségeket a dohányzók. Ugyanakkor a biztonsági öv használatát nem tekintik valódi balesetmegelőzési eszköznek, sőt a biztonsági övet viselők közel egyenlő mértékűnek gondolják a balesetek bekövetkeztének

kockázatát. Valószínűleg éppen ezért is viselik a biztonsági övet: megelőzni nem tudják a baleseteket, de annak súlyosságát igen, ebben bízva válnak motiválttá az öv használata iránt.

20. táblázat. Magatartás és attitűd összefüggése a kockázateszlelés során

Valószínűségek becslése	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Szignifikancia ^a
Baleset	Utazáskor figyelmetlen		Utazáskor nem figyelmetlen		
	3,2	1,6	2,6	1,5	p<0,001
Baleset	Biztonsági övet viselő		Biztonsági övet nem viselő		
	2,9	1,5	3,0	2,5	p>0,05
Alkohollal kapcsolatos problémák	Alkoholt fogyasztó		Alkoholt nem fogyasztó		
	2,1	1,5	1,4	1,0	p<0,001
Dohányzással kapcsolatos betegségek	Dohányzó		Nem dohányzó		
	2,7	1,5	1,4	1,0	p<0,001

Megjegyzés: ^aKétmintás t-próba

A 21. táblázat tartalmazza a baleset lehetőségének kockázateszlelését befolyásoló attitűdbeli, magatartási és szociodemográfiai tényezők regresszióelemzésének eredményeit.

21. táblázat. A baleset lehetőségének kockázateszlelését befolyásoló attitűdbeli, magatartási és szociodemográfiai tényezők regresszióelemzése

	1. Modell	2. Modell
<i>Attitűdbeli tényezők</i>		
Énhatékonyság	0,10 ^a	0,11*
Élettel való elégedettség	-0,11*	-0,10*
Ellenségesség	0,09*	0,06
Szociális összehasonlítás	0,13**	0,14**
Jövőorientáltság	-0,09*	-0,08
<i>Magatartási tényezők</i>		
Figyelmetlen közlekedés		0,22***
Biztonsági öv használat		-0,07
<i>Szociodemográfiai tényezők</i>		
Nem		0,01
Életkor		-0,02
Konstans	1,742**	1,265
R- négyzet	0,04*** ^b	0,10***

*p<.05 ; **p<.01; ***p<.001; egyoldalú próba

Megjegyzés. ^aStandardizált regressziós koefficiens

^bF-tesz alapján

A regressziós együtthatók azt mutatják, hogy azok tekintik nagyobbak a balesetek bekövetkeztének valószínűségét, akikre jellemző az ellenségesség és a szociális összehasonlítás, valamint az énhatékonyság. Az étellel való elégedettség és a jövőorientáltság viszont negatív prediktorként szerepelnek. A magatartási változók közül a figyelmetlen közlekedés pozitív prediktor, viszont a biztonsági öv viselésével való kapcsolat nem szignifikáns. Az összes bevitt változók a variancia mindössze 10%-át magyarázták meg. Ez arra utalhat, hogy a többi kockázati magatartással ellentétben a megkérdezettek kevésbé bíznak a saját, belső kontroll irányításában, inkább külsőleg kontrollált jelenségnek vélik azt.

A 22. táblázat az alkohollal összefüggő betegségek lehetőségének kockázatészlelését befolyásoló attitűdbeli, magatartási és szociodemográfiai tényezők regresszióelemzését mutatja be. A pszichológiai változók közül az ellenségesség itt is pozitív, a jövőorientáltság viszont negatív prediktor. Az alkoholfogyasztás szintén növeli az alkohollal összefüggő betegségek kockázatbecslését. Az életkorral az alkohol mint kockázat okozta megbetegedések valószínűségének becslése jelentősége csökken, és a nők is kevésbé tartják valószínűleg ilyen jellegű betegségek bekövetkeztét. A változók a variancia 20%-át magyarázták meg.

22. táblázat. Az alkohollal összefüggő betegségek lehetőségének kockázatészlelését befolyásoló attitűdbeli, magatartási és szociodemográfiai tényezők regresszióelemzése

	1. Modell	2. Modell
<i>Attitűdbeli tényezők</i>		
Énhatékonyság	-0,05 ^a	-0,06
Étellel való elégedettség	-0,02	0,01
Ellenségesség	0,17***	0,20***
Szociális összehasonlítás	0,05	0,03
Jövőorientáltság	-0,14**	-0,10*
<i>Magatartási tényezők</i>		
Alkoholfogyasztás		0,33***
<i>Szociodemográfiai tényezők</i>		
Nem		-0,12**
Életkor		-0,11**
Konstans	2,166***	3,404***
R- négyzet	0,05*** ^b	0,20***

*p<.05 ; **p<.01; ***p<.001; egyoldalú próba

Megjegyzés. ^aStandardizált regressziós koefficiens

^bF-tesz alapján

Végül, a 23. táblázat jelzi a dohányzással összefüggő betegségek kockázatészlelését befolyásoló attitűdbeli, magatartási és szociodemográfiai tényezők regresszióelemzésének eredményeit. Az ellenségesség növeli a kockázatészlelést, a szociális összehasonlítás viszont csökkenti azt. A dohányzás mint magatartás az előzőeknél erősebb prediktor (beta = 0,55). Ez

arra utalhat, hogy a kockázatot jelentős mértékben belső kontroll alatt állónak értékelik a megkérdezettek, szemben például a balesetekkel. A bevitt változók ebben az esetben a variancia 35%-át magyarázták meg.

23. táblázat. A dohányzással összefüggő betegségek lehetőségének kockázátészlelését befolyásoló attitűdbeli, magatartási és szociodemográfiai tényezők regresszióelemzése

	1. Modell	2. Modell
<i>Attitűdbeli tényezők</i>		
Énhatékonyság	-0,01 ^a	-0,06
Élettel való elégedettség	-0,08	-0,02
Ellenségesség	0,14**	0,13**
Szociális összehasonlítás	-0,10*	-0,07*
Jövőorientáltság	0,06	0,06
<i>Magatartási tényezők</i>		
Dohányzás		0,55***
<i>Szociodemográfiai tényezők</i>		
Nem		-0,05
Életkor		-0,04
Konstans	2,067***	0,351
R- négyzet	0,04** ^b	0,35***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; egyoldalú próba

Megjegyzés. ^aStandardizált regressziós koefficiens

^bF-teszt alapján

Összegzés:

A *kockázátészlelés* jelenségének mélyebb megismerése nagy segítséget nyújthat a káros szenvedélyek és egyéb egészségkockázatok megelőzéséhez. A serdülők kockázátészlelése némileg eltérhet a felnőttkori kockázatbecsléstől, amihez a serdülőkor fejlődépszichológiai sajátosságai, így a *sérthetlenség illúziója* is hozzájárulhat (Quadrel és mtsai, 1993; Rácz és Szakács, 1999). Ezért a serdülőkorú fiatalok kockázátészlelésével kapcsolatban vizsgáltuk a dohányzással, illetve alkoholfogyasztással összefüggő betegségek, valamint a balesetek bekövetkeztének vélt becslését.

A szociodemográfiai változók szerinti elemzés azt mutatja, hogy a nem egyedül az alkohollal összefüggő megbetegedéseknél jelentkezett kockázátészlelést növelő tényezőként, azaz a fiúk nagyobb valószínűséggel számítanak ilyen jellegű megbetegedésekre. Ez a jelenség a magatartás és attitűd szoros kapcsolatából is adódik, hiszen a fiúk körében az alkoholfogyasztás is lényegesen gyakoribb. A nemi sztereotípiák is azt igazolják, hogy az alkoholfogyasztás kulturális mintákhoz igen erősen kötött (Çirakoğlu és Işm, 2005). A dohányzásból adódó egészségproblémákkal a lányok szintén kevésbé számolnak, mivel azonban a körükben előforduló dohányzás egyre nagyobb méreteket ölt (Pikó, 2005), jobban

tudatosítani kellene bennük, hogy a tüdőrák például egyáltalán nem csak a férfiak körében gyakori manapság. A balesetek kockázatészlelésében nemek szerinti különbségeket nem találtunk.

A magatartás és a kockázatészlelés közötti összefüggést vizsgálva, saját adataink is megerősítik azt a korábbi eredményt, amely szerint a *tapasztalat* (például bizonyos szer kipróbálása) növeli a kockázatbecslés mértékét (Halpern-Felsher és mtsai, 2001; Ronis, 1992). A dohányzók, az alkoholt fogyasztók és a figyelmetlenül közlekedők nagyobb kockázattal számolnak a szerfogyasztással összefüggő betegségek megjelenésével, illetve balesetek bekövetkezése terén azokkal összehasonlítva, akikre az adott magatartás nem jellemző. A biztonsági öv esetében azonban a helyzet némileg más; a biztonsági övet viselők közel egyenlő mértékű kockázatot becsülnek a balesetek bekövetkeztének, mint azok, akik nem viselik azt. Azok, akik nem viselik a biztonsági övet, nagy valószínűséggel saját sorsukban bíznak, amint arra korábbi vizsgálatok is rámutattak (Byrd és mtsai, 1999). Ugyanakkor azok, akik viselik, sokszor éppen nagy kockázattal számolnak a balesetek bekövetkeztével, ezért is viselik a biztonsági övet. A magas kockázatészlelés tehát egyfajta motivációt jelent, hiszen ha nem is tudják ezzel megelőzni a baleseteket, annak súlyosságát mérsékelni lehet a biztonsági öv használatával.

A *pszichológiai jellemzők* szerepét a többváltozós elemzések is alátámasztják. Ez különösen igaz az ellenségességgel kapcsolatban, amely valamennyi vizsgált kockázatészlelés esetében szignifikánsnak bizonyult. Az ellenségesség növeli a kockázatbecslés mértékét mindhárom esetben, a szociális összehasonlítás és az énhatékonyság viszont csak a balesetek kockázatészlelésénél növelő hatású. Az ellenségesség ugyanakkor a kockázati magatartás nagyobb gyakoriságával is együtt jár (Whiteman és mtsai, 1997). A szociális összehasonlítás talán a balesetek gyakori médiabeli megjelenésén keresztül is tudatosíthatja a kockázatot (Brown és Witherspoon, 2002). Az énhatékonyság pedig a problémaorientáltságával nagyobb fókuszot biztosíthat a kockázatnak, aminek viszont prevenció jelentősége is lehet, amennyiben a prevenció, az aktív tennivágyás iránti fogékonyságot növeli. A szociális összehasonlítás ugyanakkor a dohányzás esetében csökkenti a kockázatészlelést; ebben szerepet játszhatnak a hasonló magatartást tanúsító ismerősök, akik a közös szenvedély kedvező hatásait erősíthetik, elvonva a figyelmet a tényleges egészségkockázatokról (Gibbons és mtsai, 2004). A jövőorientáltság és az étellel való elégedettség viszont csökkenti a kockázatészlelést. Ez azt jelenti, hogy azok a fiatalok, akik elégedettek életükkel, és jövőorientáltak, kevésbé számolnak egészségkockázatokkal. Ez összefügghet azzal, hogy az életükkel elégedettebb és jövőorientált fiatalok körében például a dohányzás is lényegesen ritkább (Strathman és mtsai,

1994), azaz egészségtudatos fiatalokról van szó, akiknek valóban kevésbé kell hosszú távon egészségkockázatokkal számolniuk.

A kockázateszlelést vizsgáló tanulmányok gyakorlati jelentősége, hogy felhívja a figyelmet a kockázatbecslés formálásának lehetőségeire; a személyiségfejlesztésnek (például egészségtudatosság növelése, a jövőorientáltság fontosságának tudatosítása) ebben kulcsszerepet kell kapnia. Az ellenségesség hatékony kezelése például ugyanakkor csökkentheti a kockázati magatartás esélyét, azaz a személyiségfejlesztés ebben az esetben is a megelőzés eszköze lehet.

III.3.3.2. Az egészségmagatartás koherenciájának vizsgálata a magyar mintában

Elsőként az egészségmagatartás elemei közötti kétoldalú kapcsolatokat térképeztük fel. Az alábbi táblázatban a saját mintánkba tartozó tanulók egészségmagatartási mintái közötti összefüggéseket jellemző korrelációs együtthatók mátrixát láthatjuk:

Változók	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Dohányzás	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Alkohol-fogyasztás	0,40***	-	-	-	-	-	-	-	-
3. Fizikai aktivitás	0,03	0,14***	-	-	-	-	-	-	-
4. Figyelmetlen utazás	0,06	0,17***	-	-	-	-	-	-	-
5. Marihuána-fogyasztás	0,19***	0,26***	-0,01	0,19***	-	-	-	-	-
6. Egyéb drogfogyasztás	0,05	0,22***	-0,02	0,18***	0,65***	-	-	-	-
7. Étkezésre odafigyelés	-0,08*	-0,15***	0,02	-0,05	-0,01	-0,02	-	-	-
8. Szexuális aktivitás	0,28***	0,25***	0,09*	0,03	0,16***	0,19***	0,06	-	-
9. Kondom használat	0,25***	0,21***	0,12**	0,02	0,04	0,02	0,05	0,51***	-
10. Biztonsági öv használata	-0,11**	-0,15***	0,07	-0,02	-0,11**	-0,10*	0,17***	-0,02	0,12**

24. táblázat: Az egészségmagatartási minták közötti korrelációs együtthatók mátrixa

A dohányzás nagymértékben összefügg az alkoholfogyasztással, valamint a marihuána-használattal is. Ugyanakkor a dohányzás az étkezésre való odafigyelés ritkább előfordulásával, valamint az alacsonyabb szintű biztonsági öv használattal jár együtt, tehát más kedvezőtlen egészségmagatartással. A dohányzás, az alkohol- és a drogfogyasztás esetében is kimutatható, hogy az aktív szexuális életet élők körében gyakoribb e szerek

használata. Erős korreláció figyelhető meg az alkoholfogyasztás, valamint a dohányzás, a marihuána és egyéb drogfogyasztás között is. Ugyanakkor az alkohollal gyakrabban élők körében kimutatható, hogy kevésbé figyelnek oda az étkezésre, a biztonsági öv használatára és utazás közben is figyelmetlenebbek. Az alkoholfogyasztás és a fizikai aktivitás között pozitív a korreláció. A marihuána és egyéb drog fogyasztása igen szorosan korrelál egymással, valamint az utazás közbeni figyelmetlenséggel és a biztonsági öv használatának mellőzésével. A biztonsági öv használata együtt jár az étkezésre való fokozottabb odafigyeléssel, valamint a kondomhasználat gyakoribbá válásával.

Explorációs faktoranalízissel próbáltunk az egészségmagatartási elemekből olyan faktorváltozókat létrehozni, amelyek statisztikailag és elméletileg is értelmezhető módon tükrözik a magatartási minták közötti összefüggéseket. Az összetevők számának kritériumaként az 1-nél nagyobb sajátértéket alkalmaztuk. A hagyományoknak megfelelően a 0,3-nál nagyobb faktorsúlyú változók bevonásával értelmeztük az egyes faktorokat. Varimax rotációval (4 iteráció) végzett faktoranalízissel három egészségmagatartási dimenziót, azaz három faktorváltozót kaptunk. A faktorváltozókat sajátértékeikkel és faktorsúlyaikkal a 25. táblázat szemlélteti.

Faktorok sajátértékeikkel

	1. Faktor (2,33)	2. Faktor (1,56)	3. Faktor (1,25)
Szexuális aktivitás	0,750	-	-
Kondom használat	0,802	-	-
Fizikai aktivitás	0,340	-	-
Dohányzás	0,565	-	-0,426
Alkoholfogyasztás	0,484	0,307	-0,328
Étkezésre odafigyelés	-	-	0,706
Biztonsági öv használata	-	-	0,638
Figyelmetlenség utazáskor	-	0,402	-
Marihuána-használat	-	0,870	-
Egyéb drog használata	-	0,880	-

25. táblázat. Az egészségmagatartási változók explorációs faktorelemzése (végső, rotált faktorstruktúra)

A kapott faktorváltozók a variancia 51,4%-át magyarázták meg. A faktorváltozókat a következőképpen értelmeztük: Az első faktorba a dohányzás, az alkoholfogyasztás a szexuális aktivitás, illetve kondom használat, valamint a fizikai aktivitás került annak alapján, hogy e változók egymással szoros korrelációt mutattak. E faktort a *felölttes viselkedés* faktorának neveztük el. A második faktort elsősorban a drogfogyasztás, kisebb mértékben az alkoholfogyasztás, valamint a figyelmetlen közlekedés jellemzi. Ennek alapján ezt a faktort *drogfogyasztási faktornak* neveztük el. Végül, a harmadik faktort az *egészségtudatosság faktorának* tekinthetjük, amelyre jellemző a dohányzás és alkoholfogyasztás hiánya (negatív előjel), az étkezésre való fokozottabb odafigyelés, valamint közlekedéskor a biztonsági öv használata. Az egyes faktorok előfordulásának nemek szerinti különbségeit és a kétmintás t-próba eredményeit a következő, 26. táblázat mutatja:

26. táblázat. A faktorváltozók leíró statisztikája nemenként

	Fiúk		Lányok		Szignifikancia
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Faktor 1 (felölttes viselkedés)	0,10	0,99	-0,14	0,99	p<0,01
Faktor 2 (drogfogyasztó viselkedés)	0,13	1,20	-0,18	0,60	p<0,001
Faktor 3 (egészségtudatos viselkedés)	-0,11	1,0	0,14	0,97	p<0,01

A t-próbák eredményei alapján látható, hogy míg a felölttes és a drogfogyasztó viselkedés inkább a fiúkra, az egészségtudatos viselkedés inkább a lányokra jellemző.

	Faktor 1 (felölttes viselkedés)	Faktor 2 (drogfogyasztó viselkedés)	Faktor 3 (egészségtudatos viselkedés)
Jövőorientáltság	0,09*	-0,15***	0,24***
Élettel való elégedettség	-0,02	-0,07*	0,16***
Énhatékonyság	0,27***	-0,03	0,16***
Hosztilitás	-0,03	0,02	-0,06
Szociális összehasonlítás	0,02	-0,08*	0,03

27. táblázat. A faktorváltozók és a pszichológiai jellemzők közötti kétoldalú kapcsolatok

A következőkben megnéztük a faktorváltozók, valamint a vizsgálatban szereplő egészségpszichológiai jellemzők közötti összefüggéseket (27. táblázat). A korrelációs együtthatókat elemezve a következő összefüggések állapíthatók meg. A drogfogyasztó viselkedés inkább a kevésbé jövőorientált és az étellel elégedetlenebb fiatalokra jellemző, akik a (pozitív) szociális összehasonlítás eszközével sem élnek életük tervezése során. A felnőtt viselkedés faktora viszont összefügg a jövőorientáltsággal és az énhatékonysággal. Végül, az egészségtudatos viselkedés az énhatékonyság képességével felvértezett, a jövővel elégedett fiatalokra jellemző, akik egészségtudatossága szorosan összefügg jövőorientáltságukkal is.

Összegzés:

Donovan, Jessor és Costa (1993) megfogalmazásában az egészségmagatartás elemei többnyire igen szoros korrelációban állnak egymással, s ennek következtében egy 'koherens', átfogó életmód rajzolódik ki általuk. Ez elsősorban a *preventív egészségmagatartásra* igaz, míg a kockázati magatartás motivációs hátterében eltérő indokok is lehetnek, amelyek jelentős különbségeket hozhatnak létre az előfordulásukban.

A korrelációs együtthatókat elemezve bizonyos tendenciák állapíthatók meg. A dohányzás nagymértékben összefügg az alkoholfogyasztással, valamint a marihuána-használattal is, ami nem meglepő, lévén, hogy valamennyi társas szokásnak tekinthető, a társas összejövetelek, „bulik” kellékei. Ugyanakkor a dohányzás az étkezésre való odafigyelés ritkább előfordulásával, valamint az alacsonyabb szintű biztonsági öv használattal jár együtt, tehát egy kedvezőtlenebb egészségmagatartással. A dohányzás, az alkohol- és a drogfogyasztás esetében is kimutatható, hogy az aktív szexuális életet élők körében gyakoribb e szerek használata. Az alkoholfogyasztással kapcsolatban még erősebben kimutatható a kockázati magatartásformák összefüggése, mintegy 'koherenciája', például hogy az étkezésükre is kevésbé figyelnek oda az alkoholt fogyasztók. Ugyanakkor a 'koherenciának' némiképp ellentmond – az egyébként a szakirodalomból (Pikó, 2002b) már jól ismert jelenség –, hogy az előzőekkel ellentétben az alkoholfogyasztás és a fizikai aktivitás között pozitív a korreláció. *Összességében* a korrelációs mátrix együtthatóinak elemzésével arra a következtetésre juthatunk, hogy bár kimutatható az egészségmagatartási minták elemeinek egy átfogó életmódba rendeződési tendenciája, a 'koherencia' bizonyos helyeken megbomlik.

A faktoranalízis igazolta az előbbi felvetést: három faktort sikerült elkülöníteni, amelyek a motivációs háttértől függően tartalmazták az egészségmagatartási elemeket. Az első faktor a *felnöttes viselkedés* elnevezést kapta (dohányzás, alkoholfogyasztás, szexuális aktivitás, illetve kondom használat, valamint a fizikai aktivitás). A második faktort

(drogfogyasztási faktor) elsősorban a drogfogyasztás, kisebb mértékben az alkoholfogyasztás, valamint a figyelmetlen közlekedés jellemzi. A harmadik az *egészségtudatosság* faktor lett, amelyre jellemző a dohányzás és alkoholfogyasztás hiánya, az étkezésre való fokozottabb odafigyelés, valamint közlekedéskor a biztonsági öv használata.

A felnőtt viselkedés faktora összefügg a jövőorientáltsággal és az énhatékonysággal. Erre a jelenség találunk példákat a szakirodalomban, amikor a dohányzás és alkoholfogyasztás – pszichikai, illetve biokémiai, pld. szorongásoldó hatásai révén – az önbizalom fokozódását idézi elő (Rosenberg, Schooler és Schoenbach, 1989). Éppen ez jelenti a káros szenvedélyek csapdáját: látszólag és ideig-óraig segítenek a konfliktusmegoldásban, azonban hosszútávon betegségkeltők és egyáltalán nem segítik a hatékony viselkedési adaptációt. Az egészségtudatos viselkedés szerencsére szintén összefügg a jövőorientáltsággal és az énhatékonysággal, viszont a drogfogyasztás ezek hiányára vezethető vissza.

III.3.3.3. A serdülőkori dohányzás egyéni és társas befolyásoló tényezőinek kultúraalapú elemzése

A 28. táblázatban láthatjuk a dohányzás, valamint a befolyásoló tényezők leíró statisztikáit.

28. táblázat. A dohányzás és egyéb változók leíró statisztikája az egyes mintákban (N = 2387)

	Magyar minta (N=560)	Lengyel minta (N=662)	Török minta (N=539)	Amerikai minta (N=626)
<i>Dohányzás (%)</i>				
Egyáltalán nem	41,3	42,4	76,4	77,9
Párszor egy hónap alatt	12,1	11,0	9,4	10,0
Néhányszor egy héten	3,2	7,5	3,7	1,5
1-2/nap	6,3	4,4	2,6	2,0
3-10/nap	20,0	21,3	3,8	5,0
11-20/nap	13,2	10,2	3,5	3,1
>20/nap	3,8	3,2	0,6	0,4
<i>Egyéni jellemzők, átlag (szórás)</i>				
Élettel való elégedettség	21,5 (6,4)	19,2 (6,2)	21,2 (6,7)	22,5 (6,7)
Jövőorientáltság	18,1 (3,3)	19,0 (3,4)	20,5 (2,9)	19,4 (2,9)
Iskolai teljesítmény	3,0 (1,3)	3,0 (1,3)	4,2 (1,6)	5,3 (1,4)
<i>Társas jellemzők, átlag (szórás)</i>				
Ellenségesség	21,9 (6,0)	24,5 (6,0)	23,9 (6,1)	21,7 (6,4)
Szociális összehasonlítás	33,2 (6,2)	34,6 (6,5)	39,5 (5,4)	35,4 (5,7)
Barátok becsült dohányzása	3,4 (1,1)	3,4 (1,0)	2,3 (1,0)	2,1 (1,0)

A dohányzás gyakorisága a magyar mintában bizonyult a legnagyobbnak (58,7%), őket követték a lengyel fiatalok (57,6%), míg a török fiatalok körében ez az arány 23,6% volt, és legkevésbé az amerikai fiatalok dohányoztak (22,1%). Az absztinensek aránya így a kelet-európai fiatalok esetében kb. 40%, a másik két mintában majdnem 80% körüli értéket jelentett. Az amerikai fiatalok voltak életükkel a legelégedettebbek, és ők számoltak be a legjobb iskolai teljesítményről, és ők voltak a legkevésbé ellenségesek. A török fiatalok voltak a leginkább jövőorientáltak (míg a magyar fiatalok a legkevésbé), és rájuk volt a legjellemzőbb a szociális összehasonlítás.

A következőkben maximális valószínűségű útelemzéssel (*path analysis with maximum likelihood*) teszteltük a dohányzással összefüggésbe hozható egyéni és társas változókat. Ehhez egy négy-csoportos modellt alkalmaztunk, ahol a négy minta (kulturális csoport) külön-külön szerepelt. Az elemzéshez AMOS 4.0. programot alkalmaztunk (Arbuckle és Wothke, 1999). A teljes információ maximum valószínűségi módszerrel kezeltük a hiányzó adatokat. A hipotézisben szereplő modell hat változót tartalmazott (6. ábra): étellel való elégedettség, jövőorientáltság, iskolai teljesítmény, szociális összehasonlítás, a barátok dohányzásának becslése és az ellenséges beállítódás (hosztilitás); ezek szerepeltek a dohányzás lehetséges prediktoraiként. Az iskolai teljesítmény szintén szerepelt, mint a jövőorientáltság és a barátok dohányzásának prediktora, az ellenségesség, mint az étellel való elégedettség prediktora, a társas összehasonlítás pedig, mint az ellenségesség és a barátok dohányzásának prediktora.

Az útelemzés célja annak ellenőrzése volt, hogy a hipotézisben megfogalmazott négy-csoportos modell mennyiben felel meg az adatoknak. Annak érdekében, hogy az egyes utak különböznek-e a csoportok (minták) szerint, ún. rejtett modelleket (*nested models*) terveztünk. Valamennyi ilyen modell egyetlen tekintetben volt eltérő a hipotetikus modelltől: egyetlen útvonalat valamennyi kulturális csoportban egyenlőnek vettünk (pl. az út a társas összehasonlítástól a dohányzásig). Ezt követően a hipotetikus modellek illeszkedési indexei és a rejtett modellek indexei összehasonlításra kerültek. Ha a két modell közötti eltérés nem volt szignifikáns, a rejtett modellt elfogadtuk (azaz ez azt jelentette, hogy nem volt jelentős eltérés a kulturális csoportok szerint). A modell és az adatok illeszkedését a javasolt indexek alapján értékeltük: CFI (*comparative fit index*), TLI (*Tucker-Lewis index*), RMSEA (*root mean square error of approximation*). A TLI és az CFI értékei 0,90 és 1 között változhatnak, ami jónak felel meg (Hu és Bentler, 1995). Az RMSEA értéke pedig 0,05 vagy ennél kevesebb érték esetén jelzett szoros illeszkedést (Browne és Cudeck, 1993).

Az útelemzés eredményei azt mutatják, hogy a hipotetikus modell és az adatok illeszkedése elfogadhatónak tekinthető ($\chi^2 = 221,74$, $df = 32$, $p < 0,001$, NFI = 0,99, CFI = 0,99, TLI = 98, RMSEA = 0,05). A legtöbb útvonal a modellben szignifikáns maradt (6. ábra). A hipotetikus modell összes prediktorának magyarázóereje a következőképpen alakult: 37% (amerikai minta), 22% (magyar minta), 22% (lengyel minta) és 23% (török minta).

29. táblázat. A hipotetikus modell és a rejtett modellek összehasonlítása és a végső modellbeli prediktorok kapcsolata a dohányzással

Útvonalak	$\chi^2_{diff^a}$	p^a	Beta értékek a végső modellben			
			Magyar-ország	Lengyel-ország	Török-ország	USA
Az étellel való elégedettségtől a dohányzásig ^b	2,97	0,40	-0,05**	-0,05**	-0,08**	-0,09**
A jövőorientáltságtól a dohányzásig ^b	4,42	0,22	-0,04**	-0,04**	-0,07**	-0,07**
Az iskolai teljesítménytől a dohányzásig	9,99	0,02	-0,14***	-0,18**	-0,14***	-0,10*
Az ellenségességtől a dohányzásig ^b	0,49	0,92	-0,01	-0,01	-0,01	-0,01
A társas összehasonlítástól a dohányzásig ^b	5,70	0,13	-0,03*	-0,04*	-0,04*	-0,05*
A barátok dohányzásától a dohányzásig	11,13	0,01	0,41***	0,38***	0,41**	0,54***
Az étellel való elégedettségtől a jövőorientáltsáig ^b	3,20	0,36	0,13***	0,11***	0,12***	0,12***
Az iskolai teljesítménytől a jövőorientáltsáig ^b	4,08	0,25	0,23***	0,21***	0,25***	0,22***
Az iskolai teljesítménytől a barátok dohányzásáig	23,42	0,00	-0,13**	-0,14***	-0,13***	-0,36***
Az ellenségességtől az ételtől való elégedettségig	34,50	0,00	-0,25***	-0,18***	-0,22***	-0,48***
A társas összehasonlítástól az ellenségességig	20,66	0,00	0,40***	0,39***	0,12**	0,30***
A társas összehasonlítástól a barátok dohányzásáig ^b	3,50	0,32	0,01	0,01	0,01	0,01
Végső modell	27,15	0,17				

Valamennyi rejtett modelle, $df = 3$; a végső modelle, $df = 21$

^aa hipotetikus modell és a rejtett modellek összehasonlításának eredményei; ^brejtett modellek elfogadva

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

A dohányzás és a hipotetikus modell prediktorainak értékei a 6. ábrán láthatók. A barátok becsült dohányzása és az iskolai teljesítmény valamennyi kulturális csoport esetében meghatározó volt a serdülők dohányzásában. Az étellel való elégedettség közvetlenül vagy közvetett módon kihatott a dohányzásra az amerikai fiatalokat kivéve. Habár a dohányzás és a prediktorok közötti kapcsolatok a csoportok szerint különböztek egymástól, a szignifikanciák ellenőrzéséhez a rejtett modelleket kellett alkalmazni. Ennek során az egyes prediktortól kiinduló útvonalat a kulturális csoportokban egyenlőnek tekintettük. A hipotetikus és a rejtett modell összehasonlításának eredményeként a 12 útvonalból hét bizonyult egyenlőnek (29.

táblázat). Ez a végső modell jól illeszkedett az adatokhoz: $\chi^2 = 248,88$, $df = 53$, $p < 0,001$, NFI = 0,99, CFI = 0,99, TLI = 0,99 RMSEA = 0,04; azaz, nem különbözött jelentősen a hipotetikus modelltől (29. táblázat).

A végső modellben az étellel való elégedettségtől a jövőorientáltsáig és a dohányzásig az útvonalak függetlenek voltak a kulturális csoportbeli hovatartozástól (29. táblázat). A kapcsolat a jövőorientáltság és a dohányzás között szintén nem függ a csoportoktól, csakúgy, mint a társas összehasonlítástól a dohányzásig és a barátok becsült dohányzásáig. Az ellenségességtől a dohányzásig és az iskolai teljesítménytől a jövőorientáltságig hasonló volt az út minden minta esetében. A közvetlen kapcsolatok szintjén egyedül az iskolai teljesítménytől és a barátok becsült dohányzásától a serdülők dohányzásáig haladó útból volt eltérés a kulturális csoportok szerint.

A végső modell szerint az étellel való elégedettség, a jövőorientáltság és a társas összehasonlítás alacsonyabb dohányzással függ össze valamennyi kulturális csoportban. A jó iskolai teljesítmény alacsonyabb dohányzással jár együtt, azonban voltak eltérések: ez az összefüggés leginkább a lengyel, és legkevésbé az amerikai fiatalokra volt jellemző. Azok a fiatalok, akiknek barátaik kevésbé dohányoznak, maguk is kevesebbet dohányoznak. Eltérések az összefüggések erősségében itt is megmutatkoztak: ez az amerikai fiatalokra volt leginkább érvényes, és legkevésbé a lengyelekre. Mindössze két útvonal nem volt szignifikáns: az ellenségesség közvetlen módon nem függ össze a dohányzással, illetve a társas összehasonlítás a barátok becsült dohányzásával.

A serdülők dohányzására a legerősebb hatást az iskolai teljesítmény és a barátok dohányzása jelentette. Az étellel való elégedettség, a jövőorientáltság és a társas összehasonlítás közvetlen hatást gyakoroltak ugyan, de az összefüggések lényegesen gyengébbek voltak. A végső modellben az összes prediktor a variancia 36%-át (amerikai minta), 22%-át (török minta) és 21-21%-át (magyar és lengyel minta) magyarázta meg.

Összegzés:

A serdülőkorúak dohányzásával kapcsolatban sokféle tényező befolyását igazolták korábbi kutatások (Tyas és Pederson, 1998). Leginkább a kortárshatást találták meghatározónak (vö. Pikó, 2000; Milam és mtsai, 2000; Simons-Morton és mtsai, 2001). Jelen eredményeink is megerősítik, hogy a barátok (becsült) dohányzása kultúrától függetlenül összefügg a serdülők dohányzásával. Bár meg kell jegyezni, hogy az amerikai diákok körében mutatkozott meg leginkább ez a hatás. Ami a társas összehasonlítást illeti, a vártnál kisebb mértékben, bár szignifikánsan függ össze a dohányzással. Korábbi tanulmányok leginkább a dohányzástól

való tartózkodásban látták ennek szerepét, azaz a nemdohányzás motivációjának erősítésében (Hussong, 2002). Ráadásul eredményeink nem erősítik meg a társas összehasonlítás és a barátok dohányzása közötti összefüggést. Mindez utalhat az ún. *túlbecslés jelenségére* is, ami gyakori ebben az életkorban (Tyas és Pederson, 1998).

Szintén nem játszott közvetlen szerepet az ellenségesség beállítódás, a hosztilitás, amit korábbi kutatások igazoltak, azonban főként felnőttek részvételével (Whiteman és mtsai, 1997). Ugyanakkor közvetetten mégis megmutatkozott némi összefüggés, mégpedig az alacsonyabb étellel való elégedettségen keresztül. Meg kell azt is jegyezni, hogy a hosztilitás és a társas összehasonlítás között pozitív kapcsolatot mértünk, ez főként a magyar fiatalokra volt jellemző, és legkevésbé a törökökre. Az ellenségesség talán bizonyos csoportnormáktól és magatartásoktól való tartózkodást is előidézhethet. További vizsgálatok szükségesek az ellenségesség beállítódás serdülőkori jelenségének elemzésére.

Az iskolai teljesítmény egyértelműen erős kapcsolatot mutatott a serdülőkori dohányzással: a jól tanuló fiatalok kevésbé hajlamosak dohányzásra, kultúrától függetlenül. Ez a változó a barátok dohányzásával is negatívan függ össze, ami a *barátszelekciós elméletet* erősíti. Mindez korábbi kutatási eredményekkel is szinkronban van (Tyas és Pederson, 1998). Az amerikai fiatalok mintájában volt a legerősebb a barátszelekciós hatás az európai fiatalokhoz képest. A dohányzó fiatalok nemcsak rosszabbul tanulnak, hanem olyan barátokkal is hajlamosabbak körülvenni magukat, akik maguk is dohányoznak. Ez saját viselkedésüket tovább erősíti.

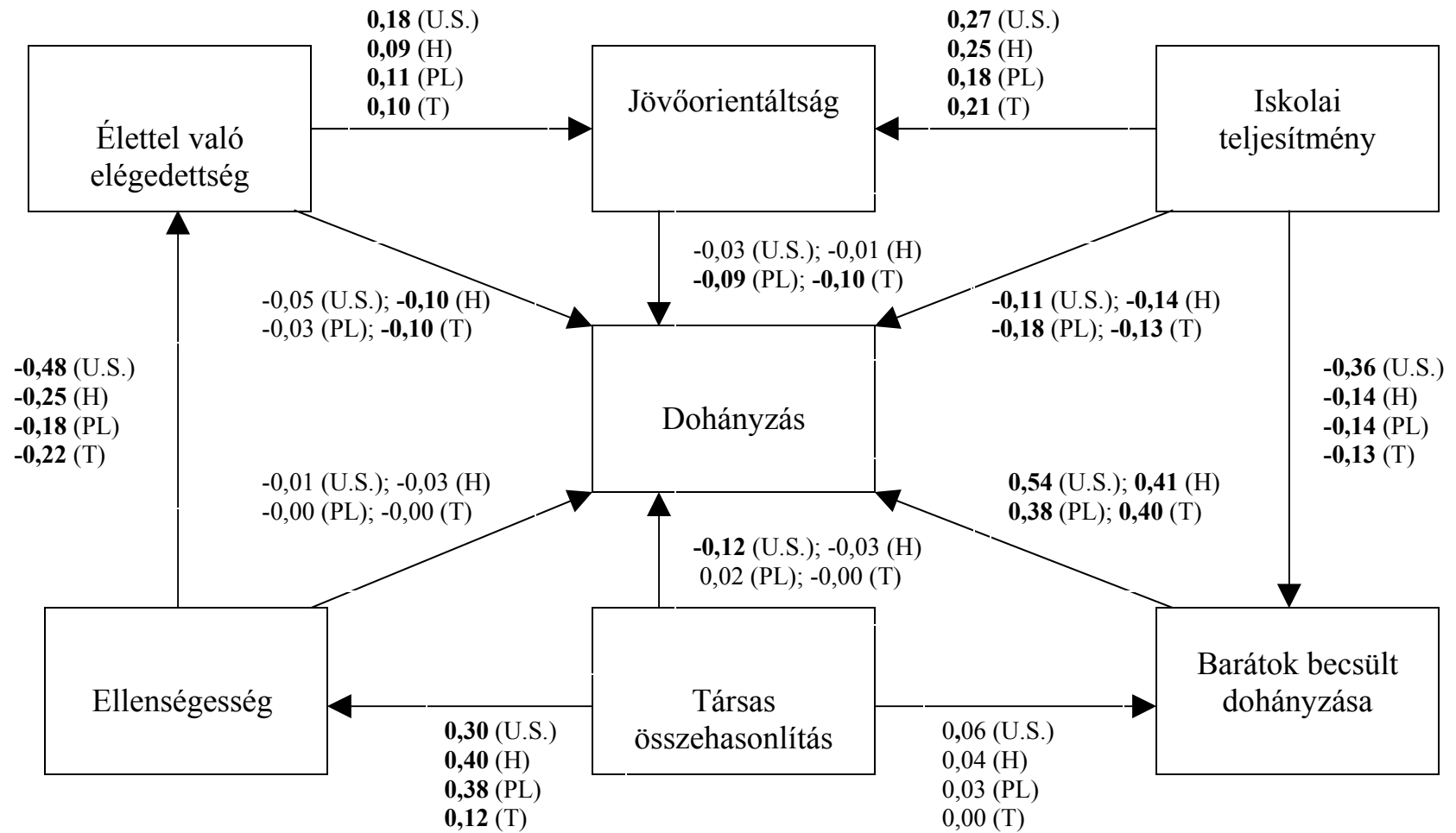
Az étellel elégedett és jövőorientált fiatalok kevésbé fordulnak a dohányzás felé. Ráadásul a két változó között is igazolható a kapcsolat, azaz a jelen étellel való elégedettség a jövő irányába is pozitív elvárásokat hordoz, amit pedig szintén befolyásol a jó iskolai teljesítmény. Ezek a változók tehát elősegítik az énkoncepciók és értékek pozitív alakulását és a preventív egészségmagatartást, mint például a dohányzástól való tartózkodás (Strathman és mtsai, 1994). Az egyéni és a társas faktorok közötti összefüggés megnyilvánul abban is, hogy az ellenségesség alacsonyabb étellel való elégedettséggel jár együtt. Ez a kapcsolat legerősebbnek az amerikai fiatalok körében jelent meg.

Bár a kultúra hatása kevésbé jelentkezett az elemzés során, pár eltérést érdemes kiemelni. Az iskolai teljesítmény hatása a dohányzásra az amerikai fiatalok körében volt legkevésbé jellemző, ami az alacsony dohányzási gyakorisággal is magyarázható, és azzal, hogy itt az európai országokhoz képest jóval kevésbé elfogadott a cigaretta. Figyelembe kell venni az eltérő osztályozási szokásokat is, ami abban mutatkozik meg, hogy az amerikai

iskolákban általában kevésbé szigorúbb az osztályozás (Fitzpatrick, 1997). Szintén az amerikaiak körében volt a legerősebb negatív hatás az ellenségesség és az étellel való elégedettség között. Mindezek a hatások azonban nem vezettek az útelemzés eredményeinek jelentős különbségeihez, igazolva a kultúrától független, *univerzális* serdülőkori összefüggéseket. Eredményeink megerősítik, hogy mind a társas hatások, mind pedig az egyéni szintű változók szerepe fontos, ráadásul ezek egymással is összefüggnek, ezért érdemes komplex modellekben gondolkodni.

Adataink felhívják a figyelmet a serdülőkori dohányzás egyéni és társas befolyásoló tényezőinek összefüggéseire és a jelenség kultúraközi elemzésének hasznosságára. A keresztmetszeti vizsgálati módszertan ellenére az összefüggések fontos adalékul szolgálnak a serdülőkori dohányzás motivációinak megértéséhez, és felhívják a figyelmet a készségfejlesztésre az egészségfejlesztési programokban.

6. ábra. A serdülők dohányzásának hipotetikus modellje: négy kulturális csoport útelemzésének koefficiensei



III. 4. DÉL-ALFÖLDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2004

III.4.1. Célkitűzések

A kutatásban kiemelten koncentráltunk a társadalmi egyenlőtlenségek serdülőkori megjelenésére, az egyes indikátorok jelentőségének megismerésére, kiemelve a szubjektív réteghelyzet szerepét az objektív változókon túlmenően. Hangsúlyt fektettünk továbbá a serdülők értékrendjének megismerésére, kifejezetten a materialista, anyagi helyzetet hangsúlyozó beállítódásra, valamint az *extrinsic* (külső) és *intrinsic* (belső) értékek jelentőségére életmódjukhoz viszonyítva.

III.4.2. Minta és módszerek (4. melléklet)

A Dél-Alföldi Ifjúságkutatás (N=1114) célja, hogy a középiskolás populáció egészségi állapotának pszichoszociális összefüggéseit elemezze három megyére vonatkozóan: Bács-Kiskun (n=365, 32,8%), Békés (n=400, 35,9%) és Csongrád (n=349, 31,3%) megyékben. A rétegzett mintavétel során kiválasztottuk a városokat és az iskolákat, ezt követően pedig a véletlenszerű kiválasztás alapegységei az osztályok voltak. Az adatgyűjtés a megyei ÁNTSZ-ek segítségével történt. A vizsgálatban részt vevő 1114 diák közül 444 fiú (39,9%) és 670 (60,1%) lány volt. A tanulók életkorának átlaga 16,5 (SD: 1,3), a minimum 14, a maximum pedig 21 év. Az 1200 kiosztott kérdőívből 1114 érkezett vissza, a válaszadási arány 92,8% volt. Az adatgyűjtésre 2004 első félévében került sor. Az adatgyűjtés önkitöltéses kérdőíves vizsgálat segítségével történt, amely a szociodemográfiai változókon (kor, nem, szülők iskolázottsága és társadalmi helyzete) túl kiterjedt a fiatalok egészségi állapotának, egészségmagatartásának, étellel való elégedettségének, materialisztikus beállítódásának, a jövőre vonatkozó értékperspektíváik és életmódjuk vizsgálatára.

A társadalmi helyzetet (SES) többdimenziós fogalomként értelmeztük, és mind az objektív, mind pedig a szubjektív mutatókkal jellemeztük (Pikó és Fitzpatrick, 2001; Goodman és mtsai, 2002; 2005). Az objektív társadalmi helyzetet a következő mutatókkal mértük: szülők (külön apa és anya) alkalmazási státusza és iskolai végzettsége. Az alkalmazási minőség a következő kategóriákat foglalta magában: 1) értelmiségiek, vezető beosztásúak és képzett nem fizikai dolgozók csoportja; 2) vállalkozók csoportja; 3) fizikai dolgozók csoportja; 4) munkanélküliek; 5) nyugdíjasok; és 6) háztartásbeliek. Az iskolai végzettség négyfokozatú változót jelentett: 1) általános iskola; 2) szakmunkásképző; 3)

érettségi, 4) főiskola/egyetem. A logisztikus regresszió során a következő dichotomizálásokat végeztük el az utóbbi esetben: 1) maximum érettségi; és 2) főiskolai/egyetemi végzettség. Mindezek mellett szubjektív mutatóként a társadalmi helyzet önértékelése (*SES self-assessment*) került be a változók közé, amit a következő kérdéssel mértünk: „A családot anyagi helyzete alapján melyik társadalmi rétegbe sorolnád be magadat?” A válaszkategóriák a következők lehettek: 1) alsó osztály; 2) alsó-közép; 3) közép; 4) felső-közép; és 5) felső osztály. Jelen elemzés során három-fokozatú változót hoztunk létre: 1) alsó/alsó-közép; 2) közép; és 3) felső/felső-közép. Végül, a társadalmihelyzet-mutatókon túl a családi struktúra is szerepelt a változók között dichotóm formában: intakt/nem-intakt család (Fitzpatrick, 1997).

Az egészségi állapot önminősítését a következő kérdéssel vizsgáltuk: „*Milyennek tartod egészségi/edzetségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?*” A megkérdezetteknek négyfokú skálán kellett értékelniük egészségi/edzetségi állapotukat: 1 = rossz, 2 = még éppen elfogadható, 3 = jó, 4 = kiváló. A kérdőív tartalmazta az ebben az életkorban leggyakoribb *pszichoszomatikus tüneteket*: idegességből eredő fejfájás, hátdérékfájás, alvási problémák, kimerültség/gyengeség, gyomorégés vagy gyomorfájás, idegességből eredő hasmenés, túl gyors, szabálytalan szívdobogás (palpitáció). A tünetek előfordulása szerint négy kategóriát különböztettünk meg: 4 = gyakran, 3 = időnként, 2 = ritkán, 1 = soha. Az adott válaszokhoz értéket rendelve, majd ezeket összeadva egy skálát készítettünk, melyen a minimális érték 7, a maximális érték pedig 28 volt (Pikó, 2005). A skála megbízhatóságát jelző Cronbach alpha értéke 0,70 volt. A logisztikus regresszióelemzéshez dichotomizáltuk a változót a következő módon: medián alatti értékkel rendelkezők csoportja (alacsony pszichoszomatikus tüneti csoport) és a medián érték feletti csoportja (magas pszichoszomatikus tüneti csoport). A depressziós tünetegyüttest a korábbiakhoz hasonlóan a rövidített CDI skálával mértük (Kovács, 1992; Rózsa és mtsai, 1999). A megbízhatósági mutató a jelen mintával 0,72-nek bizonyult. A medián értéknek megfelelően itt is két csoportot alkottunk, azaz a változót dichotomizáltuk.

Egészségmagatartásként három szerfogyasztás (dohányzás, alkohol és marihuána-fogyasztás három-havi prevalenciája) mellett a fizikai aktivitást mértük (Gerrard és mtsai, 1996). A lineáris regresszióban az eredeti változókat használtuk, a logisztikus regresszió során azonban itt is dichotomizáltuk a változókat a következőképpen: fogyasztott-e cigarettát/alkoholt/marihuánát: igen/nem; végzett-e sporttevékenységet legalább hetente egyszer iskolán kívül: igen/nem.

Az étellel való elégedettséget a *The Satisfaction With Life Scale* (Diener és mtsai, 1985) segítségével mértük, mely egy igen elterjedt mérőmódszer magyar serdülők körében is. A skála megbízhatóságát jelző Cronbach alpha értéke 0,85 volt a jelen mintával.

A materialista (anyagias) beállítódást az ún. Materializmus skála (*Materialism Scale*) két alskálájával mértük (Richins és Dawson, 1992). A résztvevőknek egy 5-pontos Likert típusú skálán kellett egyetértésük mértékét jelezniük az állításokkal. Az első alskála elnevezése: *anyagi sikerek fontossága* (pl. „Csodálom azokat az embereket, akiknek drága lakásuk, autójuk és ruháik vannak”) 6 állításból állt, a végső skálapont 6-30 közötti értékből állhatott, és a Cronbach alpha értéke 0,73 lett. A másik alskála az *anyagi elégedetlenség* elnevezést viselte (pl. „Az életem jobb lenne, ha bizonyos anyagi javakat meg tudnék szerezni”), összesen 5 állítást tartalmazott, az összesített skálapont 5-25 lehetett, a Cronbach alpha értéke 0,83 lett.

Az ún. *Aspirációs index* 7 értéket tartalmazott: 4 belső érték: önfogadás (4 item), csoporthoz való tartozás (5 item), közösségi érzés (5 item), fizikai egészség (4), és 3 külső érték: anyagi sikerek (4 item), társadalmi elismerés/hírnév (5 item), jó megjelenés (5 item). A megkérdezetteknek az értékorientációs módokhoz tartozó állításokat kellett egy 5 fokú skálán értékelniük (1 = „egyáltalán nem fontos” - 5 = „nagyon fontos”) (Kasser és Ryan, 1993). A Cronbach alpha értékek a következők voltak: önfogadás (0,88), csoporthoz tartozás (0,87), közösségi érzés (0,81), fizikai egészség (0,84), anyagi sikerek (0,85), jó megjelenés (0,92) és társadalmi elismerés (0,92). Összességében a külső (*extrinsic*) értékorientáció: 0,96 és a belső (*intrinsic*) értékorientáció: 0,89. Az *Aspirációs Index* magyar változatával kedvező tapasztalatokat szereztek az ELTE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszékén (V. Komlósi és mtsai, 2006). A kérdőív alskálái megbízhatónak bizonyultak, ezenkívül a mentális egészség és az aspirációk fent jelzett főbb összefüggései igazolódtak a magyar mintán is, bár Szondy (2004) serdülőkkel végzett vizsgálatában gyenge pozitív összefüggést talált az életcélok és a szubjektív jóllét mutatói között. Az index rövidített formáját pedig Martos, Szabó és Rózsa (2006) alkalmazta.

III.4.3. Eredmények és megbeszélések

III.4.3.1. A társadalmi helyzet objektív és szubjektív mutatói, és a serdülők lelki egészsége és egészségmagatartása közötti összefüggések vizsgálata

30. táblázat. A változók leíró statisztikája (N = 1114)

	N	%
<i>Pszichoszociális egészség változók</i>		
Pszichoszomatikus tüneti skála ^a		
Magas (>=15)	449	41,9
Alacsony (<=14)	622	58,1
Depressziós tüneti skála ^a		
Magas (>=11)	463	44,1
Alacsony (<=10)	587	55,9
Egészség önértékelése		
Rossz/elfogadható	108	9,7
Jó/kiváló	1003	90,3
<i>Egészségmagatartási változók</i>		
Dohányzás		
Igen	509	45,8
Nem	603	54,2
Alkohol		
Igen	738	66,5
Nem	372	33,5
Marihuána		
Igen	84	7,6
Nem	1028	92,4
Extra sport (iskolán kívül)		
Alacsony aktivitás (nem vagy csak alkalmanként)	382	34,4
Magas aktivitás (legalább heti egyszer)	727	65,6
<i>Szocioökonómiai változók</i>		
Apa iskolai végzettsége		
Főiskola/egyetem	283	25,9
Érettségi vagy kevesebb	810	74,1
Anyai iskolai végzettsége		
Főiskola/egyetem	336	30,4
Érettségi vagy kevesebb	770	69,6
Apa alkalmazási minősége		
Szellemi	348	33,2
Vállalkozó	250	23,8
Fizikai	298	28,4
Munkanélküli	51	4,9
Nyugdíjas	102	9,7
Anyai alkalmazási minősége		
Szellemi	462	42,4
Vállalkozó	112	10,3
Fizikai	242	22,2
Háztartásbeli	137	12,5
Munkanélküli	73	6,7
Nyugdíjas	64	5,9
Szubjektív rétegbesorolás		
Felső/felső-közép osztály	199	18,0
Közép	689	62,5
Alsó/alsó-közép	215	19,5
Családi struktúra		
Intakt	764	68,6
Nem intakt	350	31,4

^aA medián értéken alapulva

A 30. táblázatban a minta szocioökonómiai jellemzőinek leíró statisztikája látható. A fiatalok 45%-a számított dohányosnak az adatok szerint, 66,5%-uk fogyasztott alkoholt a megkérdezett időperiódusban, mennyiségtől függetlenül, és 7,6%-uk fogyasztott marihuánát; ezzel szemben 65,6%-uk sportolt iskolán kívül legalább heti egy alkalommal. A legtöbben (90,3%) jónak vagy kiválóan értékelték saját egészségi állapotukat. A felsőfokú iskolai végzettség gyakoribb volt az anyák körében (30,4%) az apákkal összehasonlítva (25,9%). A fizikai dolgozók többségben voltak mindkét szülő esetében.

A 31. táblázatban az objektív társadalmihelyzet-mutatók és a szubjektív rétegbesorolás összefüggéseit elemző keresztábrák láthatók.

31. táblázat. Az objektív társadalmihelyzet-mutatók és a szubjektív rétegbesorolás közötti összefüggések keresztábra-elemzése (N = 1114)

	Szubjektív rétegbesorolás, N (%)		
	Alsó/alsó-közép	Közép	Felső/felső-közép
<i>Szocioökonómiai változók</i>			
Apa iskolai végzettsége***			
Főiskola/egyetem	23 (8,2%)	173 (61,8%)	84 (30,0%)
Érettségi vagy kevesebb	182 (22,7%)	505 (63,0%)	115 (14,3%)
Anya iskolai végzettsége***			
Főiskola/egyetem	26 (7,8%)	209 (62,8%)	98 (29,4%)
Érettségi vagy kevesebb	187 (24,5%)	475 (62,3%)	101 (13,2%)
Apa alkalmazási minősége***			
Szellemi	34 (9,9%)	225 (65,2%)	86 (24,9%)
Vállalkozó	27 (10,9%)	151 (60,9%)	70 (28,2%)
Fizikai	78 (26,4%)	196 (66,4%)	21 (7,2%)
Munkanélküli	24 (48,0%)	23 (46,0%)	3 (6,0%)
Nyugdíjas	28 (27,5%)	64 (62,7%)	10 (9,8%)
Anya alkalmazási minősége***			
Szellemi	41 (9,0%)	303 (66,3%)	113 (24,7%)
Vállalkozó	1 (9,1%)	66 (60,0%)	34 (30,9%)
Fizikai	77 (32,0%)	149 (61,8%)	15 (6,2%)
Háztartásbeli	32 (23,5%)	80 (58,9%)	24 (17,6%)
Munkanélküli	25 (34,2%)	42 (57,6%)	6 (8,2%)
Nyugdíjas	27 (42,9%)	33 (52,3%)	3 (4,8%)
Családi struktúra***			
Intakt	116 (15,4%)	489 (64,8%)	150 (19,9%)
Nem intakt	99 (28,4%)	200 (57,5%)	49 (14,1%)

Megjegyzés. Chi-négyzet próba: ***p<0,001

A statisztikai szignifikanciához Chi-négyzet próbát alkalmaztunk. Jelentősen eltér a szubjektív besorolás valamennyi objektív változó szerint, azaz a szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége, valamint a családi struktúra szerint is (p<0,01). Azok a

középiskolások, akiknek szülei felsőfokú végzettséggel rendelkeznek, gyakrabban sorolták magukat a felső és felső-közép osztályba. A szellemi dolgozók és vállalkozók gyermekei magasabb státuszba sorolták magukat. Végül, a nem kétszülős családban élők gyakrabban kerültek az alsó/alsó-közép kategóriába.

A 32. táblázatban a társadalmihelyzet-mutatók és az egészségiállapot-változók közötti kétoldalú kapcsolatokat jellemző esélyhányadosokat láthatjuk. Ennek az elemzésnek a célja az volt, hogy az egyes mutatók közötti kapcsolatok erősségét össze tudjuk vetni egymással. Az objektív mutatók közül az anya iskolai végzettsége játszotta a legfontosabb szerepet, még hozzá pozitív összefüggést mutatott a serdülők egészségével: az anya alacsonyabb iskolázottsága gyermekeik gyakoribb depressziós és pszichoszomatikus tünetképzésével járt együtt, akik saját egészségüket is rosszabbnak értékelték. Az alkalmazási minőség mutatói közül ki kell emelni a a szülők munkanélküliségét és nyugdíjas státuszát, amelyek szintén gyakoribb tünetekkel hozhatók összefüggésbe, főként az anya munkanélkülisége esetén. A szubjektív réteghelyzettel kapcsolatban fordultak elő a legnagyobb esélyhányadosok, azaz ez az a változó, ami legerősebben függ össze a serdülők pszichikai egészségi állapotával. A magukat felső/felső-közép osztályba sorolók lényegesen kevésbé hajlamosak pszichoszomatikus és depressziós tünetekre, és jobbnak ítélik saját egészségüket is. A nem intakt családi struktúra szintén rosszabb pszichikai egészséggel jár együtt serdülőkorban.

[32. táblázat]

A 33. táblázat az egészségmagatartással kapcsolatos összefüggéseket mutatja. Az előzőekhez hasonlóan, itt is a szubjektív rétegbesorolás a legbefolyásosabb változó. Az összefüggés iránya azonban más az alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatban: a magukat alsó- és alsó-közép osztályba soroló fiatalok körében a fogyasztás lényegesen kevesebb, mint a felsőbb társadalmi osztályba tartozóké. A fizikai aktivitás viszont egyértelműen a magasabb társadalmi besorolásúak körében gyakoribb. A többi változóval való összefüggés vagy nem szignifikáns vagy az előbbihez hasonlóan inverz. A munkanélküli vagy nyugdíjas szülők, illetve háztartásbeli anyák gyermekei kevésbé hajlamosak szerfogyasztásra, ami főként az alkoholfogyasztással kapcsolatban jelentős. Az anya iskolázottsága és a fiatalok alkoholfogyasztása között szintén szignifikáns és inverz az összefüggés. Egyedül a fizikai aktivitás és a társadalmihelyzet-mutatók közötti összefüggés jelzi a klasszikus kapcsolatot, azaz a magasabb státuszúak nagyobb sportaktivitását. Végül, a nem kétszülős családok gyermekeire a szerfogyasztás szintén jellemzőbb.

[33. táblázat]

A 34. és 35. táblázatok többváltozós logisztikus regresszióelemzés eredményeit mutatják. Kevés változás történt a kétoldalú kapcsolatokhoz képest, pl. az anya iskolázottságának szerepe eltűnt a serdülők depressziójával kapcsolatban, a legtöbb eredeileg is szignifikáns esélyhányados megmaradt.

[34-35. táblázatok]

Összegzés:

Korábbi kutatások a serdülők egészségi állapotában kevésbé találtak meghatározónak a társadalmi egyenlőtlenségeket (Ben Shlomo és Kuh, 2002; Rahkonen és Lahelma 1992). West (1997) *egyenlősödési hipotézise* számos országban részlegesen megerősítést nyert. Ugyanakkor az egészség *pszichikai* dimenziójában és az *egészségmagatartás* terén megmutatkoztak egyenlőtlenségek, bár az összefüggés nem lineáris és nem is konzisztens, sőt, sok esetben inverz (Hanson és Chen, 2007; Pikó és Fitzpatrick, 2001; Ritterman és mtsai, 2009; Salonna és mtsai, 2008; Tuinstra és mtsai, 1998). Ezek a változók *látens módon* a későbbiekben hozzájárulhatnak majd a megbetegedésekben és halálozásban igazolható egyenlőtlenségekhez is. Ezért is fontos megismerni ezeket az összefüggéseket.

Ráadásul a vizsgálatok arra is felhívják a figyelmet, hogy az egyes társadalmihelyzet-mutatóknak eltérő szerepük lehet (Pikó és Fitzpatrick, 2001), ezért is elemeztük ezek szerepét külön-külön is, és együttesen is. Az eredményeket a következőképpen foglalhatjuk össze: 1) A szubjektív rétegbesorolás a legjelentősebb mutató, amely a serdülők pszichikai egészségét és egészségmagatartását befolyásolja; 2) A családi struktúra (amennyiben a fiatal nem kétszülős családban él) szintén kihat a fiatalok egészségének pszichikai dimenziójára; 3) A szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége korlátozott mértékben hat; 4) ráadásul az összefüggés nem lineáris és nem konzisztens, sok esetben inverz (főként a szerfogyaszással kapcsolatban).

Úgy tűnik, hogy a „klasszikus”, objektív társadalmihelyzet-mutatók (így az iskolázottság és az alkalmazási minőség) nem egyértelműen járul hozzá az egészségi-állapotbeli egyenlőtlenségekhez. Ezzel szemben a szubjektív rétegbesorolás összefüggése konzisztens és jelentős, hasonlóan más kutatásokhoz (Goodman és Huang, 2002; Kopp, Skrabski és Szedmak, 1995; Singh-Manoux, Marmot és Adler, 2005). Az önmagukat alsó és alsó-középosztályba soroló fiatalok gyakoribb tünetképzésről számolnak be és egészségüket is rosszabbnak ítélik meg, ami korábbi vizsgálatokkal szinkronban van (Berntsson és Köhler, 2001, Erginoz és mtsai, 2004; Geckova és mtsai, 2004). Kevésbé jellemző rájuk a fizikai aktivitás is, ugyanakkor szintén kevésbé fogyasztanak alkoholt és marihuánát (Tuinstra és mtsai, 1998).

A nem intakt családi struktúra egyértelműen rizikófaktorként jelentkezik: az ilyen családban nevelkedő fiatalok hajlamosabbak nemcsak pszichoszomatikus és depressziós tünetképzésre, hanem szerfogyasztásra is (Fitzpatrick, 1997; Harland és mtsai, 2001), és saját egészségüket is rosszabbnak ítélik.

A szülők iskolázottságát tekintve főként az anya alacsony iskolai végzettsége jár nagyobb eséllyel gyermekük rosszabb pszichikai egészségével, azaz gyakoribb tünetképzéssel és a sportaktivitás hiányával. Az apa ugyanilyen hatása nem érvényesül. Ez nem véletlen, hiszen az anyáknak az egészséghez való viszonyulásban, az életmód formálásában kiemelt szerepük van. Ugyanakkor a szülők iskolai végzettsége inverz módon függ össze a fiatalok alkoholfogyasztásával, ami a magasabb társadalmi rétegűek gyakoribb szerfogyasztásával szinkron eredmény (Tuinstra és mtsai, 1998). Ez részben a jobb anyagi háttérrel, nagyobb zsebpénzzel, részben a liberálisabb neveléssel magyarázható.

A szülők alkalmazási minőségét tekintve ki kell emelni a *munkaerőpiaci státuszt*. Úgy tűnik, meghatározó a szülők inaktív státusza, azaz munkanélkülisége vagy nyugdíjas helyzete, amely gyakoribb tünetképzéssel és az egészség rosszabb értékelésével, ugyanakkor ritkább szerfogyasztással jár együtt. A felnőttek munkanélkülisége és rosszabb egészségi állapota közötti kapcsolat régóta igazolt (Bartley, 1994). Úgy tűnik, mindez kihat gyermekeik pszichikai egészségére is. Az anya háztartásbeli helyzete kevésbé hat ilyen módon.

Eredményeink megerősítik a serdülők egészségi állapotában megjelenő társadalmi egyenlőtlenségek *komplex* és *ellentmondásos* jellegét. Emellett kiemelik a szubjektív rétegbesorolás fontosságát, amely a legerősebb befolyást jelenti a fiatalok pszichikai állapotára. Mindez a fogyasztói társadalomban felerősödik, a relatív depriváció depressziót és szorongást válthat ki, amely később testi betegségek kialakulásához járulhat hozzá. Természetesen jó lett volna a tényleges anyagi helyzetet is bevonni a változók közé, azonban korábbi vizsgálatok ennek validitási nehézségeiről számoltak be (Turrell, 2000).

Összességében azonban eredményeink rávilágítanak az egyes társadalmihelyzetmutatók eltérő szerepére és a családi struktúra jelentőségére a serdülők pszichikai egészségi állapotára vonatkozóan.

32. táblázat. A pszichikai egészséget befolyásoló társadalmihelyzet-mutatók bináris logisztikus regresszióelemzése (esélyhányadosok, OR)

Prediktor változók	Magas depresszió-pontszám OR ^b (95% CI) ^c	Magas pszichoszomatikus pontszám OR ^b (95% CI) ^c	Rossz/elfogadható egészségi állapot OR ^b (95% CI) ^c
Apa iskolai végzettsége			
Főiskola/egyetem ^a	1,00	1,00	1,00
Érettségi vagy kevesebb	1,20 (0,91-1,51)	1,16 (0,88-1,54)	1,01 (0,62-1,61)
Anya iskolai végzettsége			
Főiskola/egyetem ^a	1,00	1,00	1,00
Érettségi vagy kevesebb	1,31 (1,10-1,71)*	1,50 (1,14-1,96)**	1,86 (1,14-3,05)**
Apa alkalmazási minősége			
Szellemi ^a	1,00	1,00	1,00
Vállalkozó	0,97 (0,69-1,36)	1,09 (0,78-1,53)	1,43 (0,80-2,56)
Fizikai	1,22 (0,88-1,67)	1,38 (1,10-1,90)*	1,30 (0,74-2,29)
Munkanélküli	1,54 (0,83-2,86)	1,24 (0,67-2,30)	2,06 (0,84-5,03)
Nyugdíjas	1,22 (0,77-1,92)	1,58 (1,10-2,50)*	1,89 (0,93-3,84)
Anya alkalmazási minősége			
Szellemi ^a	1,00	1,00	1,00
Vállalkozó	0,81 (0,52-1,26)	1,00 (0,65-1,54)	0,71 (0,31-1,61)
Fizikai	1,31 (0,95-1,81)	1,45 (1,10-2,00)*	1,22 (0,72-2,06)
Háztartásbeli	1,30 (0,88-1,92)	1,02 (0,68-1,52)	0,75 (0,35-1,58)
Munkanélküli	1,71 (1,10-2,83)*	1,51 (0,91-2,51)	2,08 (1,10-4,17)*
Nyugdíjas	0,83 (0,47-1,46)	1,61 (1,10-2,74)*	2,69 (1,35-5,36)**
Szubjektív rétegbesorolás			
Felső/felső-közép ^a	1,00	1,00	1,00
Közép	1,45 (1,10-2,03)*	1,69 (1,20-2,38)**	2,45 (1,58-3,81)***
Alsó/Alsó-közép	2,45 (1,62-3,69)***	2,32 (1,54-3,50)***	3,45 (1,75-6,81)***
Családi struktúra			
Intakt ^a	1,00	1,00	1,00
Nem-intakt	1,33 (1,10-1,73)*	1,54 (1,19-2,01)**	2,02 (1,35-3,02)***
Nem			
Fiú ^a	1,00	1,00	1,00
Lány	2,06 (1,59-2,67)***	2,60 (2,00-3,37)**	1,37 (0,90-2,08)
Kor (évek)	0,97 (0,88-1,06)	1,16 (1,05-1,27)**	1,09 (0,94-1,26)

^areferencia kategória^bOR, Esélyhányados^c95% CI, 95%-os Konfidencia intervallum

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

***p<0,001

33. táblázat. Az egészségmagatartást befolyásoló társadalmihelyzet-mutatók bináris logisztikus regresszióelemzése (esélyhányadosok, OR)

Prediktor változók	Dohányzás OR ^b (95% CI) ^c	Alkoholfogyasztás OR ^b (95% CI) ^c	Marihuána-fogyasztás OR ^b (95% CI) ^c	Alacsony fizikai aktivitás OR ^b (95% CI) ^c
Apa iskolai végzettsége				
Főiskola/egyetem ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Érettségi vagy kevesebb	0,97 (0,73-1,26)	0,57 (0,42-0,78)***	0,81 (0,50-1,32)	1,41 (1,10-1,90)*
Anya iskolai végzettsége				
Főiskola/egyetem ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Érettségi vagy kevesebb	1,14 (0,88-1,48)	0,66 (0,50-0,88)**	0,88 (0,54-1,42)	1,62 (1,22-2,15)***
Apa alkalmazási minősége				
Szellemi ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Vállalkozó	1,07 (0,77-1,48)	0,88 (0,62-1,26)	0,92 (0,51-1,66)	1,04 (0,73-1,48)
Fizikai	1,15 (0,84-1,56)	0,73 (0,52-1,10)	0,85 (0,48-1,50)	1,58 (1,13-2,19)**
Munkanélküli	0,92 (0,51-1,67)	0,51 (0,28-0,92)*	0,90 (0,30-2,68)	1,94 (1,07-3,53)*
Nyugdíjas	0,66 (0,42-1,05)	0,37 (0,24-0,58)***	0,21 (0,05-0,90)*	1,20 (0,74-1,92)
Anya alkalmazási minősége				
Szellemi ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Vállalkozó	0,83 (0,55-1,27)	0,71 (0,46-1,10)	0,95 (0,44-2,01)	0,80 (0,50-1,30)
Fizikai	1,26 (0,92-1,72)	0,85 (0,60-1,19)	1,03 (0,60-1,80)	1,72 (1,24-2,38)*
Háztartásbeli	0,66 (0,45-0,98)*	0,52 (0,35-0,77)**	0,88 (0,25-1,33)	2,47 (1,67-3,65)***
Munkanélküli	1,16 (0,71-1,91)	0,54 (0,32-0,89)***	0,30 (0,07-1,30)	1,15 (0,68-1,97)
Nyugdíjas	1,06 (0,62-1,78)	0,51 (0,30-0,87)**	0,72 (0,25-2,10)	1,50 (0,88-2,59)
Szubjektív rétegbesorolás				
Felső/felső-közép ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Közép	1,09 (0,79-1,48)	0,74 (0,49-1,13)	0,60 (0,30-1,19)	1,31 (0,92-1,84)
Alsó/Alsó-közép	1,10 (0,74-1,62)	0,70 (0,49-0,99)*	0,58 (0,34-0,99)*	1,93 (1,28-2,90)**
Családi struktúra				
Intakt ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Nem-intakt	1,80 (1,39-2,32)***	1,39 (1,10-1,82)*	2,00 (1,27-3,13)**	1,13 (0,87-1,48)
Nem				
Fiú ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Lány	1,97 (0,76-1,23)	0,63 (0,48-0,81)***	0,52 (0,33-0,84)***	2,34 (1,81-3,10)***
Kor (évek)	1,20 (1,10-1,31)***	1,23 (1,11-1,36)***	1,34 (1,14-1,58)***	1,06 (0,96-1,16)

^areferencia kategória ^bOR, Esélyhányados ^c95% CI, 95%-os Konfidencia intervallum *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

34. táblázat. A pszichikai egészséget befolyásoló társadalmihelyzet-mutatók többváltozós logisztikus regresszióelemzése (esélyhányadosok, OR)

Prediktor változók	Magas depresszió-pontszám OR ^b (95% CI) ^c	Magas pszichoszomatikus pontszám OR ^b (95% CI) ^c	Rossz/elfogadható egészségi állapot OR ^b (95% CI) ^c
Apa iskolai végzettsége			
Főiskola/egyetem ^a	1,00	1,00	1,00
Érettségi vagy kevesebb	1,11 (0,83-1,48)	1,03 (0,77-1,38)	1,05 (0,66-1,68)
Anya iskolai végzettsége			
Főiskola/egyetem ^a	1,00	1,00	1,00
Érettségi vagy kevesebb	1,19 (0,91-1,58)	1,33 (1,11-1,77)*	1,80 (1,10-2,96)*
Apa alkalmazási minősége			
Szellemi ^a	1,00	1,00	1,00
Vállalkozó	0,96 (0,68-1,36)	1,07 (0,76-1,52)	1,42 (0,80-2,54)
Fizikai	1,13 (0,81-1,56)	1,23 (0,89-1,75)	1,26 (0,71-2,29)
Munkanélküli	1,28 (0,63-2,40)	0,97 (0,51-1,82)	1,97 (0,80-4,86)
Nyugdíjas	1,14 (0,72-1,81)	1,43 (1,10-2,30)*	1,84 (0,90-3,75)
Anya alkalmazási minősége			
Szellemi ^a	1,00	1,00	1,00
Vállalkozó	0,85 (0,54-1,33)	1,12 (0,72-1,75)	0,72 (0,32-1,66)
Fizikai	1,18 (0,85-1,63)	1,35 (1,10-1,75)*	1,18 (0,70-2,00)
Háztartásbeli	1,19 (0,80-1,77)	0,88 (0,88-1,33)	0,73 (0,30-1,54)
Munkanélküli	1,52 (1,10-2,53)*	1,30 (0,77-2,19)	2,00 (1,10-4,05)*
Nyugdíjas	0,80 (0,45-1,42)	1,18 (1,08-1,31)*	2,60 (1,30-5,22)**
Szubjektív rétegbesorolás			
Felső/felső-közép ^a	1,00	1,00	1,00
Közép	1,32 (0,93-1,87)	1,42 (1,10-2,02)*	1,33 (1,10-2,55)*
Alsó/Alsó-közép	2,16 (1,42-3,29)***	1,84 (1,20-2,81)**	3,20 (1,61-6,37)***
Családi struktúra			
Intakt ^a	1,00	1,00	1,00
Nem-intakt	1,32 (1,10-1,74)*	1,43 (1,10-1,89)**	1,97 (1,31-2,94)**
Elhajlás statisztika (goodness of fit) ^d	0,54	0,53	0,35

^areferencia kategória ^bOR, Esélyhányados ^c95% CI, 95%-os Konfidencia intervallum *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

^dA maximum logisztikus valószínűség (log likelihood) mínusz a logisztikus valószínűség osztva a szabadsági fokkal, mindez megszorozva kettővel
A 0 értékű elhajlás jelenti a tökéletes modellt, az 1 pedig, amikor a modellnek nincs magyarázó ereje

Megjegyzés. A nem és az életkor kontrollváltozóként szerepeltek az elemzés során.

35. táblázat. Az egészségmagatartást befolyásoló társadalmihelyzet-mutatók többváltozós logisztikus regresszióelemzése (esélyhányadosok, OR)

Prediktor változók	Dohányzás OR ^b (95% CI) ^c	Alkoholfogyasztás OR ^b (95% CI) ^c	Marihuána-fogyasztás OR ^b (95% CI) ^c	Alacsony fizikai aktivitás OR ^b (95% CI) ^c
Apa iskolai végzettsége				
Főiskola/egyetem ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Érettségi vagy kevesebb	0,95 (0,72-1,25)	0,60 (0,44-0,81)***	0,93 (0,50-1,37)	1,23 (0,94-1,73)
Anya iskolai végzettsége				
Főiskola/egyetem ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Érettségi vagy kevesebb	1,14 (0,88-1,48)	0,70 (0,52-0,93)**	0,93 (0,57-1,51)	1,48 (1,11-1,98)**
Apa alkalmazási minősége				
Szellemi ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Vállalkozó	1,02 (0,74-1,42)	0,84 (0,59-1,21)	0,83 (0,46-1,54)	1,01 (0,70-1,45)
Fizikai	1,14 (0,83-1,56)	0,75 (0,53-1,06)	0,88 (0,49-1,57)	1,44 (1,00-2,01)
Munkanélküli	0,94 (0,52-1,71)	0,56 (0,30-0,99)*	1,04 (0,34-3,16)	1,63 (1,08-3,00)*
Nyugdíjas	0,65 (0,41-0,99)*	0,37 (0,23-0,58)***	0,21 (0,05-0,89)*	1,10 (0,68-1,78)
Anya alkalmazási minősége				
Szellemi ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Vállalkozó	0,85 (0,55-1,29)	0,70 (0,44-1,10)	0,94 (0,44-2,02)	0,86 (0,53-1,40)
Fizikai	1,26 (0,91-1,72)	0,90 (0,64-1,28)	1,05 (0,59-1,86)	1,54 (1,10-2,15)**
Háztartásbeli	0,67 (0,45-0,99)*	0,55 (0,37-0,83)**	0,63 (0,27-1,45)	2,28 (1,53-3,40)***
Munkanélküli	1,21 (0,73-1,99)	0,59 (0,36-0,99)*	0,36 (0,08-1,51)	1,01 (0,58-1,72)
Nyugdíjas	1,00 (0,59-1,71)	0,49 (0,28-0,85)**	0,65 (0,22-1,92)	1,39 (0,79-2,42)
Szubjektív rétegbesorolás				
Felső/felső-közép ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Közép	1,06 (0,76-1,44)	0,78 (0,51-1,20)	0,64 (0,32-1,32)	1,13 (0,80-1,61)
Alsó/Alsó-közép	1,06 (0,71-1,57)	0,71 (0,49-0,99)*	0,60 (0,35-0,98)*	1,58 (1,10-2,40)*
Családi struktúra				
Intakt ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Nem-intakt	1,76 (1,36-2,27)***	1,39 (1,10-1,84)*	1,99 (1,25-3,13)**	1,07 (0,82-1,40)
Elhajlás statisztika (goodness of fit) ^d	0,55	0,52	0,31	0,53

^areferencia kategória ^bOR, Esélyhányados ^c95% CI, 95%-os Konfidencia intervallum *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

^dA maximum logisztikus valószínűség (log likelihood) mínusz a logisztikus valószínűség osztva a szabadsági fokkal, mindez megszorozva kettővel
A 0 értékű elhajlás jelenti a tökéletes modellt, az 1 pedig, amikor a modellnek nincs magyarázó ereje

Megjegyzés. A nem és az életkor kontrollváltozóként szerepeltek az elemzés során.

III.4.3.2. Az anyagi beállítódás összefüggésének vizsgálata a fiatalok étellel való elégedettségével

A 36. táblázatban láthatjuk az anyagi beállítódás, az étellel való elégedettség, az iskolai teljesítmény, a depressziós és pszichoszomatikus tünetek leíró statisztikáját nemenkénti bontásban. Nem volt szignifikáns eltérés az anyagi beállítódás átlagértékeiben ($p > 0,05$). A fiúk nagyobb étellel való elégedettséget mutattak ($p < 0,001$). A lányok körében gyakoribb volt a pszichoszomatikus ($p < 0,001$) és a depressziós tünetképzés ($p < 0,01$), viszont az iskolai teljesítményük jobb volt ($p < 0,001$).

36. táblázat. Az anyagi beállítódás, az étellel való elégedettség, az iskolai teljesítmény és a tünetképzési skálák leíró statisztikája nemenként ($n=1114$)

Változók	Fiúk (n=444)		Lányok (n=670)		t-próba: kétoldali szignifikancia
	Átlag	szórás	Átlag	szórás	
Élettel való elégedettség	23,9	5,8	22,8	6,3	t=2,732 (d.f.:1104) p<0,01
Anyagi sikerek fontossága	17,9	4,0	17,5	4,1	t=1,778 (d.f.:1103) p>0,05
Anyagi elégedetlenség	15,0	3,1	15,3	3,1	t=-1,190 (d.f.:1105) p>0,05
Iskolai teljesítmény	4,1	1,7	4,6	1,5	t=-4,956 (d.f.:1097) p<0,001
Pszichoszomatikus tünetek	12,8	3,8	15,2	4,3	t=-8,948 (d.f.:1071) p<0,001
Depressziós tünetek	10,1	2,3	11,1	2,4	t=-6,007 (d.f.:1048) p<0,001

A 37. táblázatban a szociodemográfiai változók, az anyagiasság skálák és az egészségmagatartásformák közötti kapcsolatok korrelációs együtthatóit láthatjuk. Mind az apai és az anyai iskolázottság pozitívan korrelált az étellel való elégedettséggel, a fizikai aktivitással és az alkoholfogyasztással, és negatívan a depressziós tünetekkel. Az anya iskolázottsága ezenkívül pozitívan korrelál az egészség önértékelésével és negatívan a pszichoszomatikus tünetképzéssel. A szubjektív rétegbesorolás pozitívan korrelált az étellel való elégedettséggel, az egészség önértékelésével, és a dohányzás kivételével valamennyi egészségmagatartással, valamint negatívan a depressziós és pszichoszomatikus tünetekkel. Pozitív volt a kapcsolat a szubjektív SES és az anyagi sikerek fontossága között, és negatív az

anyagi elégedetlenséggel. A magukat magasabb társadalmi rétegbe soroló fiatalok fontosabbnak tartják az anyagi sikereket és elégedettebbek is vele. Negatív összefüggés mutatkozott az iskolai teljesítménnyel összefüggésben a következő változókkal: tünetek, egészség önértékelése, szerfogyasztás, anyagiasság beállítódás. Pozitívan függ össze az iskolai teljesítmény az étellel való elégedettséggel, a fizikai aktivitással és az étkezési kontrollal. Az életkorral az étellel való elégedettség csökken, az anyagi elégedetlenség viszont nő, csakúgy, mint a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága.

37. táblázat. A szociodemográfiai változók, az anyagiasság skálák és az egészségmagatartási formák közötti kapcsolatok korrelációs együtthatói

	Életkor	Apa iskolázottsága	Anya iskolázottsága	Szubjektív rétegbesorolás	Iskolai teljesítmény
Élettel való elégedettség	-0,08**	0,10**	0,13***	0,33***	0,20***
Egészség önértékelése	-0,10**	0,05	0,10**	0,22***	0,18***
Dohányzás	0,18***	0,01	-0,01	0,01	-0,30***
Alkoholfogyasztás	0,13***	0,15***	0,12***	0,11**	-0,10**
Marihuána-fogyasztás	0,19***	0,07*	0,03	0,08*	-0,16***
Fizikai aktivitás	-0,03	0,08**	0,12***	0,10**	0,12***
Étkezési kontroll	0,02	0,06	0,01	0,07*	0,08*
Pszichoszomatikus tünetek	0,13***	-0,03	-0,08**	-0,15***	-0,07*
Depressziós tünetek	-0,03	-0,09**	-0,09**	-0,18***	-0,11***
Anyagi sikerek fontossága	-0,03	-0,13***	-0,13***	0,08**	-0,18***
Anyagi elégedetlenség	0,14***	-0,04	-0,10***	-0,22***	-0,09***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

A 38. táblázatból látható, hogy főként az anyagi elégedetlenség függ össze rosszabb pszichikai státusszal, azaz depressziós és pszichoszomatikus tünetekkel, nem önmagában az, hogy valaki az anyagi sikereket fontosnak tartja. Viszont az anyagiasság beállítódás önmagában is kedvezőtlenebb egészségmagatartással, azaz gyakoribb szerfogyasztással jár együtt.

Végül, a 39. táblázat az étellel való elégedettség mint függő változó többváltozós regresszioelemzésének eredményeit láthatjuk. Az első modellben a szociodemográfiai változók szerepelnek, a másodikban ehhez jön hozzá az anyagiasság beállítódás két alszkálája, majd a harmadikban az egyéb, pszichikai egészséget mérő változók. A végső modellben a szociodemográfiai változók közül a szubjektív rétegbesorolás maradt szignifikáns, valamint szintén prediktor maradt az iskolai teljesítmény. Az anyagi sikerek fontossága pozitívan, az

anyagi elégedetlenség viszont negatívan függ össze az étellel való elégedettséggel. Végül, a pszichoszomatikus és depressziós tünetképzés, valamint a dohányzás negatív prediktorok, az egészség önértékelése és az étkezésre való odafigyelés pedig pozitív prediktornak bizonyultak. Összesen a bevitt változók a variancia 50%-át magyarázták meg.

38. táblázat. Az anyagiasság skálák és az egészségmagatartási formák közötti kapcsolatok korrelációs együtthatói

	Anyagi sikerek fontossága	Anyagi elégedetlenség
Étellel való elégedettség	-0,02	-0,42***
Egészség önértékelése	-0,06	-0,14***
Dohányzás	0,18***	0,14***
Alkoholfogyasztás	0,12***	0,10***
Marihuána-fogyasztás	0,09**	0,12***
Fizikai aktivitás	-0,01	-0,07*
Ékezési kontroll	0,01	-0,07*
Pszichoszomatikus tünetek	-0,03	0,14**
Depressziós tünetek	0,01	0,21***
*p<0,05	**p<0,01	***p<0,001

39. táblázat. Az étellel való elégedettség többváltozós regressziómodelljei (N=1114)

	1. Modell	2. Modell	3. Modell
Szociodemográfiai változók			
Nem (fiú = 1)	-0,08 ^a	-0,07*	-0,01
Kor (évek)	-0,06*	-0,02	-0,02
Iskolai teljesímeny	0,14***	0,14***	0,07**
Apa iskolázottsága	-0,02	0,01	0,02
Anya iskolázottsága	0,01	0,01	0,01
Szubjektív rétegbesorolás	0,30***	0,20***	0,14***
Anyagias beállítódás			
Anyagi sikerek fontossága		0,09**	0,06*
Anyagi elégedetlenség		-0,39***	-0,27***
Pszichikai egészség			
Egészség önértékelése			0,07**
Dohányzás			-0,06*
Alkoholfogyasztás			-0,03
Marihuána-fogyasztás			0,02
Fizikai aktivitás			-0,03
Ékezés kontroll			0,12***
Pszichoszomatikus tünetek			-0,09**
Depressziós tünetek (CDI)			-0,43***
Konstans	19,97***	27,45***	37,24***
R ²	^b 0,13***	0,26***	0,50***
*p<0,05	**p<0,01	***p<,001; egyoldalú t-próba	

Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós koefficiens, ^bR² változás alapja a hierarchikus F-teszt

Összegzés:

Eredményeink azt mutatják, hogy az étellel való elégedettség jelentős mértékben függ a pszichikai egészségtől, hiszen a depressziós és pszichoszomatikus tünetek jelenléte alacsonyabb skálapontokkal járt együtt, emellett összefügg a saját egészség rosszabb értékelésével is. Ezek az összefüggések korábbi kutatási eredményeknek is megfelelnek (Adelman, Taylor és Nelson, 1989; Natvig, Albreksten és Qvarnstrom, 2003; Rask és mtsai, 2002; Topolski és mtsai, 2001). Az iskolában jobban teljesítők az életükkel is elégedettebbek (Rask és mtsai, 2002).

Az *anyagias beállítódás* szintén összefügg az étellel való elégedettséggel: negatív kapcsolat igazolható az anyagi elégedetlenség és az étellel való elégedettség között, ami korábbi eredményeknek felel meg (Kasser és Ahuvia, 2002); másrészt viszont az anyagi sikerek fontossága nagyobb fokú étellel való elégedettséggel járt együtt. Míg az utóbbi beállítódás azt jelzi, hogy valakinek mennyire fontosak az anyagiak, az előbbi a tényleges helyzetből fakadó elégedetlenségre utal. Nem meglepő, hogy a szubjektív rétegbesorolással az anyagi elégedetlenség csökken, viszont az anyagiakat a magasabb társadalmi rétegbe sorolók fontosabbnak tartják.

Eredményeink azt sugallják, hogy főként az *anyagi elégedetlenség* függ össze rosszabb pszichikai státusszal, azaz depressziós és pszichoszomatikus tünetekkel, nem pedig önmagában az, hogy valaki az anyagi sikereket fontosnak tartja. Viszont az *anyagias beállítódás* önmagában is kedvezőtlenebb egészségmagatartással, azaz gyakoribb szerfogyasztással jár együtt.

III.4.3.3. Fiatalok értékorientációja és összefüggése a sportolási aktivitásukkal

Az eredmények bemutatásának első lépéseként a diákok által kitöltött tesztek alapján megmutatkozó értékskála átlagpontszámait vizsgáltuk meg. Kiderült, hogy a fiatalok valójában mely belső (*intrinsic* vagy posztmateriális), illetve külső (*extrinsic* vagy materiális) értékeket tartják fontosabbnak. A nemek szerinti különbségek is érdekes megállapításokra adnak alkalmat. A 40. táblázatban látható, hogy a belső értékekre nagyobb jövőbeli hangsúlyt fektetnek a középiskolások, mint a külső értékeknek. Elmondható azonban, hogy az önmegvalósítás és a társas kapcsolatok értékorientációi mindennél fontosabbak és a lányok azok, akik mindezeknek a legnagyobb jelentőséget tulajdonítják. A táblázat adataiból az is kiderül, hogy a segítségnyújtás nem kiemelkedően fontos érték fiataljaink körében, a legkevésbé lényegesnek a fiúk tartják. Az egészségi állapot, bár nem a legnagyobb

orientáltságú érték, mégis mindkét nem számára közepesen fontos. A külső (*materiális*) értékek közül a legmagasabb átlagpontszámot a divatskála érte el. A lányok azonban szignifikánsan magasabbra értékelik a divatkövetés jelentőségét. Az anyagi javak minél teljesebb megléte, a társadalmi presztízs kiváltságos volta túlnyomóan a fiúk jövőbeli értékorientációi középpontjában áll.

40. táblázat. Serdülőkori értékattitűd skálák eredményei (Egyszempontú variancia-analízis)

		Teljes minta	Fiúk	Lányok	
		<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Szign.</i>
Belső (<i>intrinsic</i> , posztmateriális) értékattitűdők	Önmegvalósítás skála (4-20)	18,1 (2,1)	17,8 (2,3)	18,2 (1,9)	0,030
	Társas kapcsolatok (5-25)	23,5 (2,1)	23,2 (2,4)	23,8 (1,9)	0,042
	Segítségnyújtás skála (5-25)	16,3 (4,4)	15,3 (4,7)	17,0 (4,1)	0,000
	Egészségi állapot jelentősége (5-25)	18,5 (2,1)	18,4 (2,2)	18,5 (2,0)	0,392
Külső (<i>extrinsic</i> , materiális) értékattitűdők	Anyagi javak fontossága (4-20)	15,6 (2,8)	15,8 (2,8)	15,4 (2,8)	0,014
	Társadalmi presztízs skála (5-25)	14,5 (5,2)	14,9 (5,4)	14,2 (5,1)	0,024
	Divatkövetés skála (5-25)	18,1 (4,5)	17,6(4,5)	18,5 (4,4)	0,001

A következőkben a belső és külső értékorientációt közös skálaként alkalmazva megnéztük, hogy egy magas és egy alacsony fizikai aktivitású csoportban, mennyiben térnek el az értékorientációk. Ezzel az elemzéssel azt szeretnénk volna megtudni, hogy a sportolás összefügg-e a külső és belső értékek preferálásával. Majd ezt követően az egyes értékeket külön-külön is megvizsgáltuk az eltérő fizikai aktivitású csoportokban.

A 41. táblázat az értékorientációs módok és a fizikai aktivitás közötti kapcsolat alakulását mutatja. Látható, hogy az alacsony fizikai aktivitású csoport tagjai a külső értékorientációs módokat szignifikánsan magasabbra értékelik. A belső értékek és a sportolói státusz között statisztikailag szignifikáns kapcsolatot nem találtunk.

41. táblázat. A külső és belső értékorientációs módok leíró statisztikája a fizikai aktivitás tükrében

Változók	Alacsony fizikai aktivitású csoport (n=259)		Magas fizikai aktivitású csoport (N=850)		t-próba: Szignifikancia
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Belső értékek	79,7	23,4	79,6	27,9	p>0,05
Külső értékek	57,6	10,2	49,8	17,4	p<0,05

42. táblázat. Az életcélok leíró statisztikái a fizikai aktivitás tükrében

Változók	Alacsony fizikai aktivitású csoport (n=259)		Magas fizikai aktivitású csoport (N=850)		t-próba Szignifikancia
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	
Belső értékek					
Önelfogadás (score: 4-20)	17,8	2,4	18,9	4,9	p>0,05
Csoporthoz tartozás (score: 5-25)	25,0	6,6	24,3	6,5	p>0,05
Közösségi érzés (score: 5-25)	16,3	7,4	17,7	7,1	p>0,05
Fizikai egészség (score: 4-20)	20,4	2,1	18,6	4,6	p<0,01
Külső értékek					
Anyagi siker (score: 4-20)	17,8	6,5	15,8	5,5	p<0,01
Jó megjelenés (score: 5-25)	21,9	3,8	18,6	3,6	p<0,01
Hírnév (score: 5-25)	17,8	2,5	15,3	1,6	p<0,01

A külső és belső értékorientációkat megalapozó külső (anyagi siker, hírnév, jó megjelenés) és belső (ön-elfogadás, csoporthoz való tartozás, közösségi érzés, fizikai egészség) értékek jövőbeli alakulását (életcélok) láthatjuk a 38. táblázatban a fizikai aktivitás tükrében. Az alacsony fizikai aktivitású csoport mind a három külső értéket (anyagi siker, hírnév, jó megjelenés) jövőbeli élete szempontjából fontosabbnak tartotta, mint a magas fizikai aktivitású csoport. A belső értékek tekintetében csak a fizikai egészség változó esetében

találtunk szignifikáns kapcsolatot. Ezt az értéket, annak ellenére, hogy belső érték, az alacsony aktivitású csoport tartotta fontosabbnak. Ennek a látszólagos ellentmondásnak a háttérében az állhat, hogy a fizikai egészséget mérő eszköz olyan attribútumokat is tartalmazott, melyek a jó megjelenéssel (külső érték) szoros kapcsolatban álltak.

Összegzés:

Az eredmények alapján arra következtethetünk, hogy a középiskolás fiatalok a *belső értékekre* nagyobb jövőbeli hangsúlyt fektetnek, mint a külső értékekre. Főként az önmegvalósítás és a társas kapcsolatok értékorientációi mindennél fontosabbak. Ráadásul a lányok mindezeknek nagyobb jelentőséget tulajdonítanak. Emellett fontos számukra az egészség értékjellege is. Életkorukból fakadóan fontos a divatkövetés, míg a segítségnyújtás nem kiemelkedően fontos érték a mintabeli fiatalok körében. Az értékorientációt ugyanis az életkor is jelentősen befolyásolja (Bauer és McAdams, 2004). Az anyagi javak minél teljesebb megléte, a társadalmi presztízs kiváltságos volta túlnyomóan a fiúk jövőbeli értékorientációi középpontjában áll.

Ahogy korábbi kutatások is igazolták, az értékek és a *magatartás* között tehát jelentős kapcsolat van (Bardi és Schwartz, 2003). Megállapítottuk, hogy a rendszeresen sportoló fiatalok jövőbeli életük szempontjából kevesebb jelentőséget tulajdonítanak a külső értékeknek (mint az anyagi siker, jó megjelenés és hírnév), szemben a fizikailag kevésbé aktív fiatalokkal, akik számára ezek az értékek kiemelkedő szerepet töltenek be. A belső értékek tekintetében nem találtunk jelentős eltéréseket, ami azt jelzi, hogy a rendszeres sport a külső értékek túlhangsúlyozásának protektív tényezőjeként jelenik meg, és ez nem jelenti feltétlenül azt, hogy a fizikai aktivitás önmagában fejleszti a belső értékeket (önelfogadás, csoporthoz tartozás, közösségi érzés, fizikai egészség).

III. 5. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2008

III.5.1. Célkitűzések

Jelen kutatás célja a serdülők egészségének és egészségmagatartásának társas, illetve társadalmi-gazdasági szempontjainak vizsgálata volt. Egyrészt célunk volt a fiatalok társas környezeti jellemzőinek (szülők, iskolai környezet) összefüggését elemezni egészségmagatartásukkal és pszichikai egészségükkel. Másrészt célunk volt a középiskolások pszichikai egészségének felmérése a szüleik által meghatározott társadalmi státusz tükrében.

A szakirodalmi bevezetés alapján feltételeztük, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek megmutatkoznak olyan pszichikai jellemzőkben, mint az élettel való elégedettség, az egészség önértékelése, depresszív tünetek gyakorisága vagy az optimizmus. Feltételeztük továbbá, hogy az objektív (szülők iskolai végzettsége, alkalmazási besorolása) státusz kevésbé meghatározó e jellemzők alakulásában, mint a szubjektív társadalmihelyzet-mutató (azaz a társadalmi helyzet önbesorolása). Mivel a korábbi elemzéseinkből úgy tűnt, hogy a társas támogatásnak szerepe van a társadalmi egyenlőtlenségek depresszióra gyakorolt hatásában, és az optimizmus szintén egyfajta mediátor szerepet tölthet be ebben a folyamatban, a továbbiakban a társadalmi egyenlőtlenségek, a szülői társas támogatás és az optimizmus, valamint a serdülőkorai depresszió közötti összefüggéseket is megvizsgáltuk. Feltételeztük, hogy a társas támogatás jótékony hatást fejthet ki a serdülők jóllétére, aminek pozitív szerepe lehet a serdülőkorai depresszió prevenciójában. Feltételeztük továbbá, hogy az alacsonyabb társadalmi helyzetű serdülők kevesebb társas támogatásban részesülnek, s ezáltal magasabb depresszió-pontszám fordul elő körükben. Végül, azt is feltételeztük, hogy a társas támogatás hiánya az optimizmuson keresztül vezet a depressziós tünetek kialakulásához.

III.5.2. Minta és módszerek (5. melléklet)

Kérdőíves adatfelvételünkre 2008 tavaszán került sor. A vizsgálatot Szegeden végeztük középiskolás diákok körében (N=881). A kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés bizalmasságáról. A kérdőív kitöltése az előzetes tesztelésre alapozva 20-30 percet vett igénybe. A kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt borítékba helyezték el. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 97,9%-os válaszadási arányt állapítottunk meg. A mintába random mintavétellel öt középiskola diákjai kerültek, iskolatípus szerinti megoszlás: 41,2%

gimnázium, 38,4% szakközépiskola és 20,4% szakiskola. Életkor szerint 14 és 20 év közöttiek, az átlagéletkor 16,6 év volt (szerepeltek a mintában 5-6. évfolyamon tanuló diákok is). A nemek megoszlása a következőképpen alakult: 44,6% lány, 55,4% fiú.

A középiskolások társadalmi státuszát a következő mutatókkal mértük: apa és anya iskolai végzettsége, apa és anya alkalmazási minősége (mint objektív mutatók), a társadalmi helyzet önbesorolása (mint szubjektív mutató) (Pikó és Fitzpatrick, 2001). Az alkalmazási minőség esetében a következő kategóriák álltak rendelkezésre: értelmiségi és/vagy vezető; egyéb szellemi; vállalkozó; szakmunkás; segédmunkás; munkanélküli; háztartásbeli (anyák esetében). A jelen elemzéshez a következő kategóriákat alakítottuk ki: 1 = szellemi, vezető; 2 = vállalkozó; 3 = fizikai dolgozó; 4 = munkanélküli; 5 = háztartásbeli (anyák). Az iskolai végzettségénél négy kategóriát mértünk fel: főiskolai, egyetemi végzettség; érettségi; szakmunkás bizonyítvány; általános iskola. A logisztikus regresszióelemzéshez használt kategóriák a következők voltak: 1 = felsőfokú végzettség; 2 = középiskola vagy kevesebb. A társadalmi helyzet önbesorolásánál a szokásos kategóriákat (felső; felső-közép; közép; alsó-közép; alsó) helyenként három kategóriába vontuk össze (Pikó és Fitzpatrick, 2001).

A depressziós tünetegyüttes mérésére a *Child Depression Inventory* (CD) magyar nyelvre adaptált, rövidített változatát alkalmaztuk (Kovács, 1992; Rózsa és mtsai, 1999). Az egyes itemek közül valamennyi egy meghatározott tünetre kérdezett rá (pl. szomorúság). A válaszok kódjai a következők voltak: 0, 1, 2. A jelen mintával a skála megbízhatóságát jellemző Cronbach alpha értéke 0,74 lett. A rövidített skálapontokat összeadás után 3,375-tel szoroztuk meg összehasonlítás céljából (az eredeti 27 itemes CDI osztva a rövidített 8 itemmel = 3,375). Jelen mintában az átlag és a szórás ennek megfelelően a következő értékeket kapta: átlag = 8,1 szórás = 8,0. A megoszlás felső 10%-át jelző ún. *cutoff érték* 20 lett, ami alapján elkülönítettük a magas depressziós pontszámmal jellemezhető csoportot, akiknél valószínűsíthető a klinikai depresszió. Az így kialakított dichotóm változó szerepelt a logisztikus regresszióelemzésben.

Az étellel való elégedettség mérésére a *Satisfaction With Life Scale* elnevezésű skálát alkalmaztuk (Diener és mtsai, 1985). A skála öt állítást tartalmaz (például: „Ha újraélhetném az életemet, szinte semmit nem változtatnék” vagy „Az életkörülményeim kiválóak”). A válaszok 1-7-ig terjedő skálán mérhetők, ahol 1 = 'egyáltalán nem értek egyet azt állítással', 7 = 'teljesen egyetértek az állítással'. A végső skála pontszámai 5 és 35 között változhatnak, a saját mintával kiszámított megbízhatósági mutató (Cronbach alpha) = 0,83 lett. Az optimizmust mérő skála a *Life Orientation Test* (Scheier és Carver, 1985) magyar változata volt. A nyolc állításból álló skála a diszpozíciós optimizmust méri (például: „Bizonytalan

időkben a legjobbat várom”). Az ötpontos válaszadási skála az egyetértés mértékét jelöli. A módszer megbízhatósági mutatója = 0,70. A medián értékek alapján (az étellel való elégedettség esetén 22, az optimizmus esetén 28 pont feletti és alatti kategóriákkal) létrehozott dichotóm változók szerepeltek a logisztikus regresszióelemzésben.

Az *egészség önértékelését*, mint globális egészségindikátort alkalmaztuk, és a következő kérdéssel mértük: „Hogyan értékelnéd egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A válaszkategóriák a következők voltak: 1 = rossz, 2 = elfogadható, 3 = jó, 4 = kiváló. A logisztikus regresszióban alkalmazott dichotóm változóként a kiváló/jó, valamint a rossz/elfogadható kategóriák kerültek összevonásra. A *szertifogyasztás* (dohányzás, alkoholfogyasztás és marihuána-fogyasztás) három-havi prevalenciáját korábbi vizsgálatainknak megfelelően mértük (Kann, 2001; Pikó, 2005).

A szülői társas támogatás mérésére a társas támogatással való szubjektív elégedettséget vizsgáltuk. Az anyai és apai támogatással való elégedettség megismerése *Turner és Marino* (1994) Elégedettség a társas támogatással (*Measures of Perceived Social Support*, MPSS) nevű skálája felhasználásával történt, amit korábbi vizsgálatainkban már alkalmaztunk (Pikó, 2000). Mindkét skála hat állítást tartalmaz, ahol a magas összesített pontszám nagyfokú elégedettséget jelez. Az elégedettséget az állításokkal való egyetértés mértéke szabja meg, amely négy kategória szerinti választás lehetőségét foglalja magában: 'teljes mértékben egyetértek' (4 pont), 'részben egyetértek' (3 pont), 'kevésbé értek egyet' (2 pont) és 'egyáltalán nem értek egyet' (1 pont). Az összesített skálapontok 6-24 között változhattak. A skála megbízhatóságát jelző Cronbach alpha értéke 0,92 (apai támogatás), illetve 0,91 (anyai támogatás) volt.

A *szülői változók*, melyek korábbi kutatásokból származtak (Fitzpatrick, 1997; Pikó 2005) ezenkívül kiterjedtek arra, hogy milyen gyakran beszélnek meg a fiatalok szüleikkel személyes problémáikat, illetve hogy milyen gyakran vacsorázik együtt a család. A *szülői kontrollt* két kérdéssel mértük: „Amikor a barátaiddal elmész szórakozni, milyen gyakran mondják meg a szüleid, hányra kell hazamenned?”, illetve: „Amikor a barátaiddal vagy, milyen gyakran tudják a szüleid, hogy hová mentek?” – a válaszkategóriák minden esetben 1-től (soha) 5-ig (mindig) terjedtek. A szülői értékrend elfogadását a „gyermeki tisztelet” (*Filial Piety*) skálával mértük (pl. „Még akkor is tisztelnem kell szüleimet, ha nem értek egyet minden cselekedetünkkel”) (Pikó és Brassai, 2007; Unger és mtsai, 2002), a megbízhatósági mutató = 0,73 volt.

Az iskolai változók közül az egyik arra vonatkozott, hogy a fiatalok megbeszélnek-e problémáikat a tanáraikkal, illetve hogy jól érzik-e magukat/elégedettek-e az iskolával (Fitzpatrick, 1997). Végül, megkérdeztük, milyen jegyeket kapnak általában az iskolában.

III.5.3. Eredmények és megbeszélések

III.5.3.1. Szülői és iskolai védőfaktorok jelentősége a serdülők szerfogyasztásában

A 43. táblázat a szerfogyasztás nemenkénti gyakoriságait mutatja be. Chi-négyzet próba szerint nem volt eltérés a dohányzásban ($p > 0,05$), viszont a nagyivás (*binge drinking*) ($p < 0,001$) és a marihuána-fogyasztás ($p < 0,01$) gyakoribb volt a fiúk körében.

43. táblázat: A szerfogyasztás nemenkénti gyakoriságai (N = 881)

	Fiúk (n = 488)	Lányok (n = 393)	Szignifikancia ^a
<i>Dohányzás az elmúlt 3 hónapban (%)</i>			
Soha	47,4	43,2	
Kevesebb, mint 1/nap	15,5	17,4	
1-5/nap	9,9	12,5	
6-10/nap	9,9	11,8	
11-20/nap	12,6	8,7	
>20/nap	4,7	6,4	p>0,05
<i>Nagyivás az elmúlt három hónapban (%)</i>			
Egyszer sem	30,0	33,8	
Egyszer	10,1	15,9	
Kétszer	15,3	19,2	
3-5-ször	20,5	17,2	
6-9-ször	11,0	7,2	
>10-szer	13,0	6,7	p<0,001
<i>Marihuána az elmúlt három hónapban (%)</i>			
Egyszer sem	81,5	86,4	
1-2-szer	8,1	9,0	
3-9-szer	3,3	2,8	
10-19-szer	2,1	1,0	
20-39-szer	2,1	0	
>40-szer	2,9	0,8	p<0,01

Megjegyzés: ^aChi-négyzet próba

A 44. táblázatban a szerfogyasztás egyes típusaira vonatkozó többváltozós regresszióelemzések eredményeit láthatjuk. Az 1. modellben a szülői változók találhatók, ahol a nem kontrollváltozóként szerepelt, a másodikban pedig az iskolai változók. Az első oszlop tartalmazza a dohányzás prediktorait. Az apai társas támogatás ($\beta = -0,09$, $p < 0,05$), a vacsora a családdal ($\beta = -0,08$, $p < 0,05$) és a szülői kontrollváltozók, azaz amikor a szülők megszabják, hányra kell hazamenni ($\beta = -0,10$, $p < 0,01$), illetve tudják, gyermekük hol

tartózkodik kimenője alatt ($\beta = -0,17$, $p < 0,001$) volt meghatározó, de csak az utóbbi kettő maradt szignifikáns a végső modellben. A jó tanulmányi eredmény szintén szignifikáns volt ($\beta = -0,30$, $p < 0,001$). A nagyívás esetében a szülői kontrollváltozókon túl a gyermeki tisztelet maradt szignifikáns ($\beta = -0,09$, $p < 0,05$) a jó iskolai teljesítmény mellett. Végül, a marihuána-fogyasztás esetében a szülői változók voltak meghatározók az apai társas támogatás mellett (1. modellben: $\beta = -0,09$, $p < 0,05$). Az iskolai teljesítmény nem volt meghatározó ($p > 0,05$), szemben azzal, ha a fiatal elégedett az iskolával ($\beta = -0,13$, $p < 0,001$), és ha meg tudja beszélni problémáit a tanáraival ($\beta = -0,07$, $p < 0,05$). A nem szerepe nem volt jelentős a modellekben. Összesen a bevitt változók a variancia 16%-át magyarázták meg a dohányzás, 13%-át a nagyívás és 9%-át a marihuána-fogyasztás esetében.

[44. táblázat]

Összegzés:

A korábbi kutatások megerősítik, hogy a *szülők szerepe* serdülőkorban továbbra is meghatározó a gyermekek életében és magatartási döntéseiben (pl. Deković, 1999; Hair és mtsai, 2008). Eredményeink szinkronban vannak azokkal a vizsgálatokkal, amelyek bizonyos szülői változókat védőfaktoroként tartanak nyilván; mindenekelőtt a *szülői kontrollt*, amely csökkenti többek között a kockázatos helyzetek számát (Harland és mtsai, 2002; Li, Stanton és Feigelman, 2000; Vitaro, Brendgen és Tremblay, 2000). A szülői kontrollhoz képest a *társas támogatás* alig játszik szerepet, ami alól csak az *apai támogatás* és a családdal elköltött *közös vacsorák* gyakorisága jelent kivételt. A társas háló átstrukturálódása ebben komoly szerepet játszik, mint ahogy abban is, hogy a szülők hatása (ha a regressziós modellek összesített magyarázóerejét tekintjük) igen csekély. Ki kell még emelni a *szülői tiszteletet*, a szülők értékrendjének elfogadását, amely az alkoholfogyasztás esetében volt meghatározó. Ezt korábban latin-amerikai családok gyermekeinél figyelték meg, mint a hagyományos értékrend egyik elemét (Unger és mtsai, 2002). Mindez azt jelenti, hogy a szülői változók nem igazán jelentősek a fiatalok szerfogyasztásának alakulásában, azonban ha jelen vannak, képesek védelmet nyújtani. A szülői kontroll mellett a *megosztott értékrend* és a közös családi tevékenységek, mint például a közös vacsora a családdal (ami lehetőséget ad például beszélgetésre, odafigyelésre) szerepet játszhat a serdülőkori szerfogyasztás prevenciójában.

Az *iskolai védelem* szintén szerepet játszhat; míg a dohányzásban és az alkoholfogyasztásban a jó iskolai teljesítmény, az iskolai sikerek, addig a drogfogyasztás megelőzésében az, ha a fiatal jól érzi magát az iskolában, és van lehetősége megbeszélni problémáit tanáraival.

44. táblázat. A szerfogyasztás befolyásoló szülői és iskolai változók többváltozós regresszió-modelljei

Protektív tényezők	Dohányzás		Nagyivás		Marihuána-fogyasztás	
	1. Modell	2. Modell	1. Modell	2. Modell	1. Modell	2. Modell
<i>Nem</i>	0,06 ^a	0,09	-0,05	-0,04	-0,06	-0,05
<i>Szülői védőfaktorok</i>						
Apai társas támogatás	-0,09*	-0,05	-0,05	-0,03	-0,09*	-0,06
Anyai társas támogatás	-0,03	0,01	-0,03	-0,03	0,01	0,01
Vacsora a családdal	-0,08*	-0,07	-0,05	-0,04	-0,05	-0,04
Problémák megbeszélése a szülőkkel	0,06	0,08	0,08	0,09	0,07	0,09
Kimenő megszabása	-0,10**	-0,09*	-0,12***	-0,12**	-0,07*	-0,07*
Szülők tudják hol van	-0,17***	-0,13***	-0,22***	-0,20***	-0,18***	-0,17***
Gyermeki tisztelet	-0,03	-0,04	-0,09*	-0,09*	-0,03	-0,02
<i>Iskolai védőfaktorok</i>						
Jó iskola teljesítmény		-0,30***		-0,12***		-0,05
Elégedett az iskolával		-0,06		-0,04		-0,13***
Problémák megbeszélése a tanárokkal		-0,02		-0,04		-0,07*
Konstans	4,298*** ^a	5,069***	5,712***	6,153***	2,374***	2,744***
R ²	0,07*** ^b	0,16***	0,10***	0,13***	0,06***	0,09***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<,001; egyoldali t-próba

Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós koefficiens, ^bR² változás alapja a hierarchikus F-teszt

Össességében azt mondhatjuk, hogy az elemzés korlátait is figyelembevéve (specifikus kulturális környezet, önbevalláson alapuló mérések, keresztmetszeti vizsgálat) ezek a szülői és iskolai védőfaktorok univerzális jelentőségűnek tűnnek (Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997). Az értékeléshez érdemes figyelembe venni a serdülőkori változásokat, amelyek a társas hálót érintik (Reed és mtsai 1996; Roche, Ahmed és Blum, 2008).

III.5.3.2. Egyéni, szülői és iskolai védőfaktorok jelentősége a serdülők depressziós tünetegyüttesében

45. táblázat A depresszió-pontszám és a védőfaktorok leíró statisztikája nemenként (N = 881)

	Fiúk (n = 488)	Lányok (n = 393)	Szignifikancia
Depressziós tünetegyüttes skála (CDI)*			
Átlag (szórás)	7,05 (8,03)	9,28 (7,90)	p <0,001
Apai társas támogatás*			
Átlag (szórás)	16,98 (4,87)	16,32 (5,78)	p>0,05
Anyai társas támogatás*			
Átlag (szórás)	19,56 (3,92)	20,15 (4,58)	p<0,05
Optimizmus (LOT)*			
Átlag (szórás)	28,05 (5,33)	28,18 (5,72)	p>0,05
Élettel való elégedettség (SWL)*			
Átlag (szórás)	22,03 (6,13)	21,49 (6,65)	p>0,05
Jó iskolai teljesítmény (Skála: 1-7)*			
Átlag (szórás)	3,38 (1,45)	3,80 (1,46)	p<0,001
Vacsora együtt a családdal (%)**			
Soha	8,7	8,7	
Ritkán	16,1	25,4	
Néhányszor	31,7	27,8	
Legtöbbször	30,2	26,0	
Mindig	13,3	12,1	p>0,05
Beszélgetés a problémákról a szülőkkel (%) **			
Soha	7,2	5,9	
Ritkán	23,4	14,5	
Néhányszor	33,9	25,4	
Legtöbbször	25,5	32,1	
Mindig	10,1	22,1	p<0,001
Mennyire elégedett az iskolával? **			
Nagyon elégedetlen	7,0	4,3	
Elégedetlen	19,9	12,0	
Elégedett	62,5	69,7	
Nagyon elégedett	10,6	14,0	p<0,01
Beszélgetés a problémákról a tanárokkal (%) **			
Soha	48,9	37,6	
Ritkán	26,3	39,4	
Néhányszor	17,0	18,2	
Legtöbbször	5,7	3,1	
Mindig	2,1	1,8	p<0,001

*kétmintás t-próba

**Chi-négyzet-próba

A 45. táblázat a változók leíró statisztikáját mutatja nemenként. A depresszió-pontszám átlagértékei a következők: 7,05 (szórás = 8,03) a fiúk és 9,28 (szórás = 7,90) a lányok körében. Ahogy az várható is volt, ez jelentős nemi eltérés ($p < 0,001$). A jó iskolai teljesítmény ($p < 0,001$), az anyai társas támogatás ($p < 0,05$) a problémák megbeszélése a szülőkkel és a tanárokkal ($p < 0,001$), valamint az iskolai elégedettség magasabb szintje ($p < 0,05$) mind gyakoribb volt a lányok körében. Nem volt nemenkénti eltérés az optimizmusban, az étellel való elégedettségben és az apai társas támogatásban, és a családi vacsorák előfordulásában ($p > 0,05$).

A 46. táblázatban a változók közötti korrelációs mátrix együtthatói láthatók. A depresszió-pontszám negatívan korrelál a szülői társas támogatással, az étellel való elégedettséggel és az optimizmussal, a többi szülői változóval (problémák megbeszélése, közös családi vacsorák), valamint az iskolai védőfaktorokkal (iskolai elégedettség, problémák megbeszélése a tanárokkal, jó iskolai teljesítmény). Pozitív módon függ össze az optimizmus és az étellel való elégedettség a szülői társas támogatással (mindkét szülőt beleértve), valamint a jó iskolai teljesítménnyel. A protektív tényezők között jelentős korrelációk igazolhatók, ami a kumulatív hatásból fakadhat. A nemmel való összefüggés szintén azt sugallja, hogy a depressziós tünetek protektív struktúrájában lehetnek nemenkénti különbségek.

[46. táblázat]

A 47. és 48. táblázatban láthatók a többváltozós regresszióelemzések eredményei. A regressziós modellekben a különböző szintekhez tartozó változócsoportok vannak: az elsőben a szülői, a másodikban az iskolai, a harmadikban az egyéni szintű változók. A 47. táblázat mutatja a fiúk eredményeit. A szülői változók közül az apai társas támogatás és a közös vacsora a családdal maradt szignifikáns prediktor a végső modellben. Az iskolai változók közül prediktornak bizonyult az iskolával való elégedettség. Végül, mint egyéni szintű változó, az optimizmus és az étellel való elégedettség volt meghatározó. A 48. táblázat a lányok adatait mutatja be. Az első modellben mindkét szülőtől kapott társas támogatás jelentős volt, azonban csak az anyai támogatás maradt szignifikáns a végső modellben. Ráadásul a problémák megbeszélése a szülőkkel szintén prediktor, csakúgy, mint a tanárokkal, azonban az utóbbi esetben az előjel pozitív. Végül, a fiúhoz hasonlóan az optimizmus és az étellel való elégedettség, mint egyéni szintű változók itt is védőfaktorként funkcionáltak. A magyarázó erők a következőképpen alakultak a végső regressziós modellekben: 31% a fiúk és 47% a lányok esetében.

[47-48. táblázatok]

Összegzés:

Adataink további adalékokat szolgáltatottak arra vonatkozóan, hogy a szülői, iskolai és egyéni védőfaktorok jelentős szerepet játszanak a serdülők depressziós tüneti gyakoriságában (Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997; Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2000; Liu, 2006). A serdülők depressziós tünetegyüttesének vizsgálata azért is érdemel kiemelt figyelmet, mert ez jelentő kihatással van később a felnőttkori adaptációs problémákra (Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2000).

Korábbi vizsgálatok már felhívták a figyelmet a *szülői védőfaktorok* fontosságára (Fitzpatrick, 1997), ami azért is lényeges, mert serdülőkorban jelentős változások történnek a szülő-gyermek kapcsolatban (Formoso, Gonzales és Aiken, 2000; Olsson és mtsai, 1999). A kutatások azt mutatják, hogy a szerfogyasztással ellentétben, ahol a szülői monitoring a legfontosabb védőfaktor, ebben az esetben a szülői kapcsolat minősége, a biztonságos kötődés, az együtt töltött idő, a problémák megbeszélése a mérvadó (Scharf, Maysless és Kivenson-Baron, 2004). Saját eredményeink is megerősítik ezt a jelenséget. Emellett arra is felhívják a figyelmet, hogy jelentős *nembeli eltérések* is lehetnek a protektív struktúrában (Weist és mtsai, 1995). Így például a problémák nyílt megbeszélése a fiúk számára kevésbé jelent védelmet, ehelyett a közös vacsora a családdal bizonyult védőfaktornak, ami szintén lehetőséget nyújthat beszélgetésre vagy akár (rejtett) szülői kontrollra. Ugyanakkor a lányok számára fontos a kommunikáció, a problémák megbeszélése a szülőkkel és a tanárokkal (Fitzpatrick, 1997; Olsson és mtsai, 1999).

A szülői társas támogatás kevésbé jelentkezik védelemként, mint arra számítottunk. Érdekes kiemelni azonban az azonos nemű szülőktől kapott támogatás jelentőségét, ami nem meglepő, hiszen ebben az időszakban intenzív nemi szocializáció is zajlik (Wichstrom, 1999). Az *apa szerepét* a káros szenvedélyeket okozó szerek fogyasztásának prevenciójában korábban is meghatározónak találtuk (Pikó, 2000). Jelen tanulmány pedig *az azonos nemű szülő* szerepére hívja fel a figyelmet, amit más kutatások is megerősítenek (Liu, 2006).

Az *iskolai változók* közül fontos az iskolai sikerek megélése, a jó tanár-diák viszony, az elégedettség az iskolával (Deković, 1999; Fitzpatrick, 1997). Esetünkben az iskolai élettől való elégedettség a fiúk körében bizonyult védőfaktornak, a lányoknak inkább arra van szüksége, hogy problémáikkal a tanárokhoz tudjanak fordulni, azaz igénylik a tanárok természetes mentor funkcióját. A pozitív korreláció keresztmetszeti vizsgálatainkban nem jelent ok-okozati összefüggést; lehet, hogy éppen a problémák gyakoribb megbeszélésére utal. Nem védőfaktorról van tehát szó, csupán a lányok nagyobb tüneti gyakorisága jár együtt a megbeszélés gyakoribbá válásával.

Az egyéni szintű változók közül mindkettő (élettel való elégedettség, optimizmus) jelentős védelmet biztosít adataink szerint, ami korábbi eredményeknek is megfelel (Adelman, Taylor és Nelson, 1989; Extremera, Durán és Rey, 2007; Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2004). Érdekes arra is felhívni a figyelmet, hogy jelentős korrelációk igazolhatók az egyes szintek között is, azaz a védelem egyes tényezői akkumulálódnak.

Összességében arra következtethetünk, hogy a vizsgálat korlátait figyelembevéve (keresztmetszeti vizsgálat, klinikai vizsgálat hiánya) a vizsgált védőfaktorok jelentősége beigazolódott, rámutatva néhány fontos nemi különbségre is a protektív struktúrában.

46. táblázat: Korrelációs mátrix (n=881)

Változók	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Nem	0,01	0,14***	-0,06	0,07*	0,01	-0,04	0,13***	-0,07*	0,19***	0,12***	0,03
2. Kor	-	0,05	-0,07*	-0,05	-0,06	-0,07*	-0,04	-0,10**	-0,05	-0,08*	0,06
3. Depresszió-pontszám (CDI)	-	-	-0,33***	-0,33***	-0,46***	-0,48***	-0,10**	-0,24***	-0,28***	-0,24***	-0,08*
4. Apai társas támogatás	-	-	-	0,24***	0,19***	0,33***	0,16***	0,26***	0,31***	0,18***	0,14***
5. Anyai társas támogatás	-	-	-	-	0,23***	0,32***	0,14***	0,22***	0,49***	0,17***	0,11**
6. Optimizmus (LOT)	-	-	-	-	-	0,43***	0,12**	0,14**	0,27***	0,21***	0,10**
7. Élettel való elégedettség (SWL)	-	-	-	-	-	-	0,18***	0,31***	0,41***	0,28***	0,19***
8. Jó iskolai teljesítmény (jegyek)	-	-	-	-	-	-	-	0,09**	0,16***	0,17***	0,18***
9. Vacsora a családdal	-	-	-	-	-	-	-	-	0,35***	0,12***	0,16***
10. Beszélgetés a szülőkkel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,22***	0,39***
11. Elégedett az iskolával	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,13***
12. Beszélgetés a tanárokkal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

*p<0,05 **p<0,01 ***p< 0,001, kétoldali próba

47. táblázat. Többváltozós lineáris regressziómodell a fiúk körében (n=488)

Protektív tényezők	1. Modell	2. Modell	3. Modell
<i>Szülői változók</i>			
Apai társas támogatás	-0,25**** ^a	-0,23***	-0,15**
Anyai társas támogatás	-0,04	-0,04	0,01
Közös vacsora a családdal	-0,13*	-0,13*	-0,09*
Problémák megbeszélése a szülőkkel	-0,09	-0,01	0,09
<i>Iskolai változók</i>			
Jó iskolai teljesítmény		-0,03	-0,01
Problémák megbeszélése a tanárokkal		-0,08	-0,08
Elégedettség az iskolával		-0,23***	-0,17***
<i>Egyéni változók</i>			
Optimizmus			-0,25***
Élettel való elégedettség			-0,22***
Konstans	20,049***	14,278***	26,939***
R ²	0,15*** ^b	0,20***	0,31***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<,001; egyoldalú t-próba

Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós koefficiens, ^bR² változás alapja a hierarchikus F-teszt

48. táblázat. Többváltozós lineáris regressziómodell a lányok körében (n=399)

Protektív tényezők	1. Modell	2. Modell	3. Modell
<i>Szülői változók</i>			
Apai társas támogatás	-0,17** ^a	-0,15**	-0,06
Anyai társas támogatás	-0,28***	-0,26***	-0,16**
Közös vacsora a családdal	0,01	0,01	0,01
Problémák megbeszélése a szülőkkel	-0,18**	-0,22***	-0,12*
<i>Iskolai változók</i>			
Jó iskolai teljesítmény		-0,01	-0,05
Problémák megbeszélése a tanárokkal		0,13*	0,10*
Elégedettség az iskolával		-0,10*	-0,02
<i>Egyéni változók</i>			
Optimizmus			-0,39***
Élettel való elégedettség			-0,25***
Konstans	26,590***	22,009***	40,588***
R ²	0,22*** ^b	0,24*	0,47***

*p<0,05 **p<0,01 ***p<,001; egyoldalú t-próba

Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós koefficiens, ^bR² változás alapja a hierarchikus F-teszt

III.5.3.3. Gazdagság egyenlő boldogság? Serdülők pszichikai egészsége a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében

Először a társadalmi helyzet önbesorolása és a szülői társadalmihelyzet–mutatók (iskolai végzettség, alkalmazási minőség) közötti összefüggéseket elemeztük. Valamennyi összefüggés szignifikáns, azaz az iskolai végzettség alapvetően összefügg mind az apa, mind pedig az anya esetében azzal, hogy ki melyik társadalmi osztályba sorolja magát. A felsőfokú végzettséggel rendelkező szülők gyermekei nagyobb valószínűséggel sorolják be magukat a felső és felső-közép osztályba, míg a középiskolát vagy ennél kevesebbet végzettek jóval többen jelölték meg az alsó és alsó-közép kategóriákat. A fizikai dolgozók gyermekei sorolták magukat legtöbben alsó és alsó-közép osztályba, míg a szellemi és vezető beosztásúak közül a legtöbben vállalták a felső és felső-közép besorolást (49. táblázat):

49. táblázat: A társadalmi helyzet önbesorolása és a szülői társadalmihelyzet –mutatók (iskolai végzettség, alkalmazás) közötti összefüggések kereszttáblái

	Társadalmi helyzet önbesorolása (%)		
	Alsó/alsó-közép	Középosztály	Felső/felső-közép
<i>Apa iskolai végzettsége</i>			
Középiskola vagy kevesebb	94,5	83,9	69,2
Főiskola/egyetem	5,5	16,1	30,8
Chi-négyzet = 34,7 (d.f.: 2) p<0,001			
<i>Anya iskolai végzettsége</i>			
Középiskola vagy kevesebb	90,9	80,0	60,5
Főiskola/egyetem	9,1	20,0	39,5
Chi-négyzet = 44,7 (d.f.: 2) p<0,001			
<i>Apa alkalmazási minősége</i>			
Szellemi, vezető	7,5	18,7	32,0
Vállalkozó	22,6	25,8	25,8
Fizikai	58,2	51,1	20,3
Munkanélküli	11,6	4,3	2,0
Chi-négyzet = 87,1 (d.f.: 6) p<0,001			
<i>Anya alkalmazási minősége</i>			
Szellemi, vezető	20,3	28,1	39,5
Vállalkozó	7,8	16,5	22,9
Fizikai	36,6	36,5	22,9
Munkanélküli	9,2	4,2	1,9
Háztartásbeli	26,1	14,7	12,7
Chi-négyzet = 48,7 (d.f.: 8) p<0,001			

Megjegyzés. Chi-négyzet próba

A 50. táblázat a szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége közötti összefüggések eredményeit mutatja. Szoros összefüggés van a szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége között mindkét esetben (apa: Chi-négyzet = 206,5; d.f.: 3; p < 0,001; anya: Chi-négyzet = 228,9; d.f.: 4; p < 0,001).

50. táblázat: A szülők iskolai végzettsége és alkalmazása közötti összefüggések keresztábrái

	Apa (anya) iskolai végzettsége (%)	
	Középiskola vagy kevesebb	Főiskola/egyetem
<i>Apa alkalmazási minősége</i>		
Szellemi, vezető	11,0	60,7
Vállalkozó	29,3	27,6
Fizikai	54,5	8,3
Munkanélküli	5,2	3,4
Chi-négyzet = 206,5 (d.f.: 3) p<0.001		
<i>Anya alkalmazási minősége</i>		
Szellemi, vezető	17,4	72,5
Vállalkozó	16,8	13,8
Fizikai	41,9	5,3
Munkanélküli	5,1	2,6
Háztartásbeli	18,9	5,8
Chi-négyzet = 228,9 (d.f.: 4) p<0.001		

Megjegyzés. Chi-négyzet próba

Az 51. táblázatban a társadalmihelyzet-mutatók és a pszichikai változók összefüggéseit jellemző esélyhányadosok értékeit láthatjuk. A depressziós tünetegyüttessel kapcsolatban megállapíthatjuk, hogy a főiskolát vagy egyetemet végzett szülők védelmet jelentenek (apa: OR = 0,53; 96% CI: 0,26 – 0,95; p < 0,05, anya: OR = 0,59; 95% CI: 0,32 – 0,96; p < 0,05). A szülők alkalmazási minőségét tekintve két kategóriát kell kiemelni: ha az apa vállalkozó (OR = 0,60; 95% CI: 0,35 – 0,99; p < 0,05) és az anya szellemi vagy vezető (OR = 0,50; 95% CI: 0,28 – 0,89; p < 0,05), kisebb az esély a serdülők depressziójára. Az étellel való elégedettségre pozitívan hat, ha az anya főiskolát vagy egyetemet végzett (OR = 1,49; 95% CI: 1,10 – 2,07; p < 0,05), illetve ha az apa vállalkozó (OR = 1,74; 95% CI: 1,25 – 2,42; p < 0,05). Ha viszont az apa munkanélküli, az étellel való elégedettség jelentős mértékben csökken (OR = 0,47; 95% CI: 0,23 – 0,96; p < 0,05).

Az optimista beállítódásra mind az apa (OR = 1,91; 95% CI: 1,31-2,77; p < 0,001), mind pedig az anya (OR = 1,96; 95% CI: 1,33 – 2,61; p < 0,001) felsőfokú végzettsége jótékony hatással van; csakúgy, mint a szülők szellemi foglalkozása vagy vezető beosztása. Végül, a serdülők nagyobb valószínűséggel értékelik saját egészségüket jónak, illetve kiválóknak, ha a szülők főiskolát vagy egyetemet végeztek, illetve az anya szellemi dolgozó, illetve vezető (OR = 1,76; 95% CI: 1,11 – 3,03; p<0,05) vagy vállalkozó (OR = 2,21; 95% CI: 1,22 – 4,00; p < 0,01).

Az önbesorolás minden esetben szignifikánsnak mutatkozott; különösen erős volt az összefüggés az étellel való elégedettség esetében (középosztály: OR = 2,61; 95% CI: 1,74 –

3,92; $p < 0,001$; felső és felső-közép: OR = 8,21; 95% CI: 4,92 – 13,72; $p < 0,001$). Ráadásul az összefüggés gradiensszerű; minden esetben nagyobb valószínűséget jelentett a referenciakategóriához (alsó, alsó-közép osztály) képest a felső, illetve felső-közép osztályba sorolás, mint a középosztály esélyhányadosa.

Összegzés:

A *társadalmi egyenlőtlenségek* hatása a testi, valamint lelki egészségre, világszerte jól dokumentált (Adler és Ostrove, 1999; Lobmayer és Wilkinson, 2000). Az empirikus kutatók számára kihívást jelent a társadalmi helyzet és az egészség összefüggésének elemzése serdülőkorúak körében, hiszen annak ellenére, hogy betegségek gyakoriságában többnyire nem igazolhatók társadalmi egyenlőtlenségek, *látens hatások* mégis előfordulnak (West és Sweeting, 2004). A *pszichikai állapotban* tetten érhető egyenlőtlenségek ilyen látens hatásként nyilvánulnak meg, ugyanakkor meg kell jegyezni azt is, hogy ezek a jelenségek később *mediátor hatásként* felnőttkorban valóban hozzájárulhatnak a megbetegedési és halálozási struktúrában fellelhető társadalmi egyenlőtlenségekhez (Taylor és Seeman, 1999). A pszichikai állapotra gyakorolt hatásokban talán még inkább igazolható a szubjektív társadalmi helyzet szerepe, hiszen a relatív depriváció, a társadalmi helyzettel való elégedetlenség közvetlenül a jóllétet veszélyeztetheti, ami depressziót és ezen keresztül, testi betegséget is okozhat (Kopp és mtsai, 2004; Singh-Manoux és mtsai, 2005). A modern társadalomban a *mertoni* státusz frusztrációnak különösen nagy jelentősége van, hiszen a nyugati típusú társadalmakban az „*amerikai álm*” ideája a globalizáció következtében érték- és normaformáló erővé vált (Kasser, 2005; Pikó, 2003). Amennyiben a társadalmi pozíciókat, saját jövedelmi-anyagi helyzetünket kiemelten fontosnak tartjuk annak megítélésében, hogy boldognak érezzük-e magunkat, és az életünkkel elégedettek vagyunk-e, sokkal nagyobb lesz az elkeseredettségünk, ha a kívánt státuszt nem tudjuk elérni. Kasser és Ahuvia (2002) amerikai fiatalok körében végzett vizsgálatokban arról számolt be, hogy az anyagiasság gyakran együtt jár stresszel, szorongással, egészségkárosító magatartással.

Jelen kutatásunk eredményei arra engednek következtetni, hogy a középiskolások számára a társadalmi státusz meghatározó pszichikai állapotuk és lelki egészségük alakulása szempontjából. Az objektív mutatókkal összehasonlítva a *szubjektív társadalmi helyzet* még erőteljesebben függ össze valamennyi vizsgált, a pszichikai állapotot jellemző indikátorral. Az önmagukat közép, illetve felső-közép osztályba sorolók kevésbé szenvednek depressziótól, ugyanakkor elégedettebbek az életükkel, optimistábbak, és saját egészségüket is jobbnak értékelik, mint az alsó és alsó-közép osztályba tartozók.

51. táblázat: A társadalmihelyzet-mutatók és a serdülők egészségének, valamint pszichológiai jellemzőinek összefüggése (logisztikus regresszió, esélyhányadosok)

	Depressziós tünetek	Élettel való elégedettség	Optimizmus	Egészség önértékelése (jó/kiváló)
Független változók	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c
<i>Apa iskolai végzettsége</i>				
Középiskola vagy kevesebb ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Főiskola/egyetem	0,53 (0,26-0,95)*	1,30 (0,91-1,88)	1,91 (1,31-2,77)***	1,48 (1,08-2,24)*
<i>Anya iskolai végzettsége</i>				
Középiskola vagy kevesebb ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Főiskola/egyetem	0,59 (0,32-0,96)*	1,49 (1,10-2,07)*	1,96 (1,33-2,61)***	1,65 (1,13-2,39)**
<i>Apa alkalmazási minősége</i>				
Fizikai ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Szellemi, vezető	0,61 (0,32-1,16)	1,35 (0,93-1,96)	1,62 (1,11-2,37)*	1,33 (0,86-2,06)
Vállalkozó	0,60 (0,35-0,99)*	1,74 (1,25-2,42)***	1,31 (0,94-1,83)	1,22 (0,83-1,81)
Munkanélküli	1,12 (0,45-2,79)	0,47 (0,23-0,96)*	1,79 (0,94-3,42)	0,95 (0,41-3,42)
<i>Anya alkalmazási minősége</i>				
Fizikai ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Szellemi, vezető	0,50 (0,28-0,89)*	1,41 (0,99-1,98)	1,45 (1,10-2,06)*	1,76 (1,11-3,03)*
Vállalkozó	0,62 (0,31-1,22)	1,22 (0,81-1,84)	1,08 (0,71-1,64)	2,21 (1,22-4,00)**
Háztartásbeli	0,96 (0,53-1,75)	0,93 (0,62-1,40)	1,01 (0,67-1,54)	1,19 (0,69-2,07)
Munkanélküli	0,34 (0,08-1,48)	1,03 (0,57-3,49)	0,88 (0,44-1,78)	1,42 (0,57-3,49)
<i>Társadalmi helyzet önbesorolás</i>				
Alsó/alsó-közép ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
Középosztály	0,54 (0,32-0,89)*	2,61 (1,74-3,92)***	1,60 (1,10-2,35)*	1,70 (1,10-2,83)*
Felső/felső-közép	0,34 (0,16-0,73)**	8,21 (4,92-13,72)***	2,94 (1,82-4,74)***	2,88 (1,61-5,14)***

^aReferencia kategória^bOR, Esélyhányados^c95% CI, 95%-os Konfidencia intervallum

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

***p<0,001

Korábbi vizsgálatok is megerősítik a szubjektív társadalmi helyzet, azaz a relatív besorolás kiemelkedő szerepét a pszichikai és pszichoszomatikus egészségre (Goodman és mtsai, 2002, 2003, 2005; Huurre és mtsai, 2007; Pikó és Fitzpatrick, 2001). Különösen erős az összefüggés az étellel való elégedettség és a szubjektív társadalmi helyzet között, ami azt sugallja, hogy az étellel való elégedettség jórészt az életkörülményekkel való elégedettséget tükrözi. Ez összecseng a *Kahneman* és munkatársai (2006) által leírt jelenséggel, a fókuszálás illúziójával, amennyiben az étellel való elégedettség becslésénél nagyobb mértékben koncentrálnak az anyagi javakra, mint más, a boldogságot inkább meghatározó tényezőkre, például az emberi kapcsolatokra.

Az *objektív tényezők* esetében ki kell emelni a szülők iskolai végzettségének szerepét: a felsőfokú végzettség egyértelműen védőfaktor a depresszió ellen. Azok, akiknek szülei főiskolát vagy egyetemet végeztek, nemcsak depresszióra hajlamosak kevésbé, hanem elégedettebbek az életükkel, optimistábbak, és jobbnak értékelik saját egészségüket is. Korábbi vizsgálatainkkal összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy az iskolai végzettség az utóbbi néhány évben egyre inkább felértékelődik, és szerepe is egyre jelentősebbé válik a jóllét, az egészség meghatározásában (Pikó és Fitzpatrick, 2001). Talán ebben az is szerepet játszik, hogy a felsőfokú végzettség egyre elérhetőbbé válik a széles rétegek számára, a kimaradás viszont egyre nagyobb hátrányt jelent. A szülők alkalmazási minősége kevésbé meghatározó, itt is főként az iskolai végzettségtől függő szellemi és vezető beosztás bizonyult jelentősnek, míg az apa *vállalkozói státusza* az étellel való elégedettséget növeli, a depressziót pedig csökkenti. A szellemi dolgozókhoz képest tehát a fizikai dolgozók gyermekeinek pszichikai állapota egyértelműen rosszabb.

Korábbi vizsgálatokkal ellentétben a szülők munkanélkülisége kevésbé hat, kivételt ez alól az apa *munkanélkülisége* és az étellel való elégedettség közötti negatív kapcsolat. Más vizsgálatok hangsúlyozzák, hogy az apa munkanélkülisége – az anya munkanélküliségével összehasonlítva – kiemelten fontos a fiatalok iskolai előmenetelére és pszichikai állapotára (Reinhardt Pedersen és Madsen, 2002). A magyarázatok között megtalálható a család anyagi helyzetében beállt rosszabbodás, az életszínvonal esése, ami közvetlen módon kihat az étellel való elégedettségre; de az apa munkahelyi státuszának elvesztése hatással van családi pozíciójára is, ami stresszel jár, és befolyásolja a mindennapi nevelési stílust is.

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy 1) mind az objektív, mind pedig a szubjektív társadalmihelyzet-mutatók összefüggnek a középiskolások pszichikai állapotával, 2) A szubjektív mutatók szerepe erőteljesebb és grádiensszerű, 3) Az objektív mutatók közül a

szülők iskolai végzettsége és a végzettséggel összefüggő szellemi foglalkozása, illetve vállalkozói státusza gyermekeik jobb pszichikai állapotával jár együtt; az apa munkanélkülisége viszont a serdülők étellel való elégedettségét rontja. A *fogyasztói társadalom* érték- és normarendszere a fókuszálás illúzióját idézi elő, és ez odavezet, hogy jóllétünk jelentős mértékben a társadalmi státuszunktól függ. Középiskolások körében ez a jelenség igazoltan jelen van. Longitudinális vizsgálatokra lenne szükség annak nyomon követésére, hogy vajon a pszichikai állapot szintjén meglévő társadalmi egyenlőtlenségek később mediátor hatásként ténylegesen előidéznek-e a halálozásban és megbetegedésben valódi egyenlőtlenségeket.

III.5.3.4. Társadalmi egyenlőtlenségek a serdülőkori depresszióban: Mediátor tényező-e a társas támogatás és az optimizmus?

Az 52. táblázatban látható az elemzésben szereplő változók leíró statisztikája. A depressziós tünetegyüttes átlagértéke 8,1 (szórás: 8,0; terjedelem: 0-47), az optimizmusé 28,1 (szórás: 5,5; terjedelem: 9-40) volt. Az anyai társas támogatás skála pontszámának átlaga (= 19,8; szórás: 5,2) nagyobb volt, mint az apáé (átlag = 16,7, szórás: 4,3). A legtöbb serdülő jónak értékelte saját egészségi állapotát (46,2%). Legtöbbjük a középosztályba sorolta be magát (63,9%); 2,9%-uk válaszolta azt, hogy alsó, és 1,7%-uk azt, hogy a felső osztályba tartozik. A serdülők szülei közül legtöbben képzett fizikai dolgozók voltak, és szakmunkásbizonyítvánnyal vagy érettségivel rendelkeztek.

[52. táblázat]

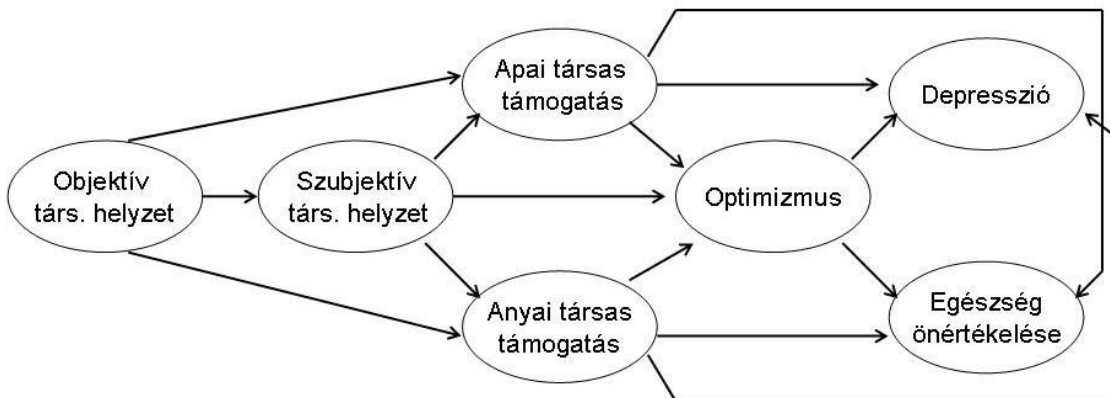
Konfirmátoros adatelemzés (AMOS 4.0, Arbuckle és Wothke, 1999) segítségével teszteltük a feltételezett modellt, amelyben hét változó szerepelt: objektív társadalmi helyzet (amelyet mint összetett látens változót négy megfigyelt változóra elemeztük a szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége alapján), szubjektív társadalmi helyzet, apai társas támogatás, anyai társas támogatás, optimizmus, egészség önértékelése. Az ún. strukturális egyenlet modell (*Structural Equation Modeling*), szemben a hagyományos többváltozós eljárásokkal, alkalmas a mérési hibák becslésére, valamint a korábbi módszerekkel ellentétben nemcsak a megfigyelt, hanem a becsült méréseket is magában foglalja, és segítségével igazolni tudjuk a látens változókat (Byrne, 2009). A feltételezett modellben az objektív társadalmi helyzet (SES) volt kijelölve, mint a szubjektív SES és a szülői társas támogatás prediktora. A szubjektív SES pedig a következő változók feltételezett prediktora volt: az apai

és anyai társas támogatás, optimizmus, depresszió és az egészség önértékelése (SPH). Végül, az optimizmus a depresszió és az egészség önértékelésének is feltételezett prediktora volt. A mérési hibák korrelációja nem volt megengedett a modellben (7. ábra).

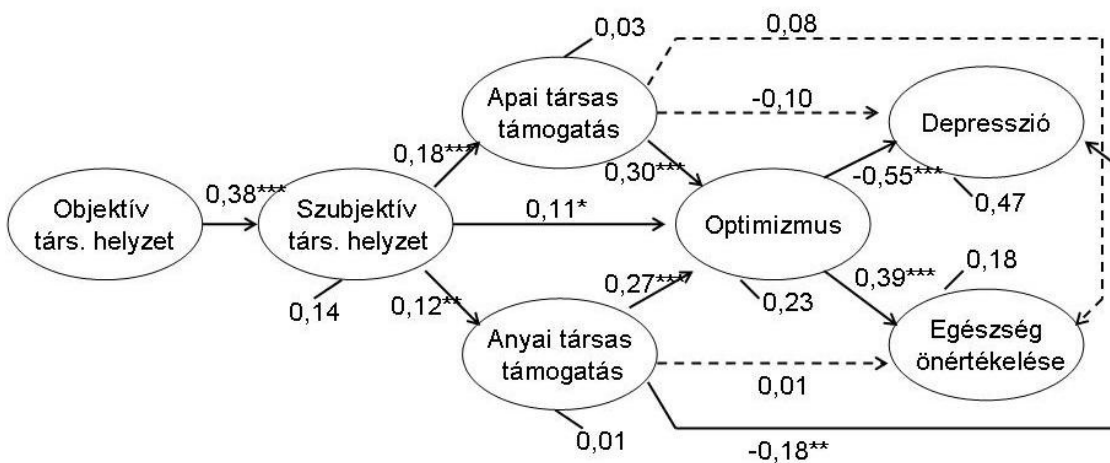
52. táblázat. Az elemzésben szereplő változók leíró statisztikája (N = 881)

Változók	%	Átlag (szórás)
Depressziós tüneti skála (CDI) (pontszám: 0-47)		8,1 (8,0)
Optimizmus skála (LOT) (pontszám: 9-40)		28,1 (5,5)
Apai társas támogatás (pontszám: 6-24)		16,7 (5,2)
Anyai társas támogatás (pontszám: 6-24)		19,8 (4,3)
Egészség önértékelése (SPH)		
<i>Kiváló</i>	20,7	
<i>Jó</i>	46,2	
<i>Elfogadható</i>	29,3	
<i>Rossz</i>	3,8	
Az apa iskolai végzettsége		
<i>Általános iskola</i>	6,2	
<i>Szaktanácsképző</i>	48,2	
<i>Érettségi</i>	28,4	
<i>Főiskola/egyetem</i>	17,2	
Az anya iskolai végzettsége		
<i>Általános iskola</i>	9,1	
<i>Szaktanácsképző</i>	38,6	
<i>Érettségi</i>	30,5	
<i>Főiskola/egyetem</i>	21,8	
Az apa alkalmazási minősége		
<i>Értelmiségi/vezető</i>	16,2	
<i>Egyéb szellemi</i>	11,2	
<i>Képzett fizikail</i>	57,8	
<i>Segédmunkás</i>	7,4	
<i>Munkanélküli</i>	7,4	
Az anya alkalmazási minősége		
<i>Értelmiségi/vezető</i>	14,3	
<i>Egyéb szellemi</i>	20,6	
<i>Képzett fizikail</i>	35,6	
<i>Segédmunkás</i>	4,7	
<i>Munkanélküli</i>	24,8	
Szubjektív SES besorolás		
<i>Alsó osztály</i>	2,9	
<i>Alsó-középosztály</i>	15,1	
<i>Középosztály</i>	63,9	
<i>Felső-közép osztály</i>	16,4	
<i>Felső osztály</i>	21,8	

7. ábra. A feltételezett modell



8. ábra. A végső modell



A modell illeszkedésmutatói közül a következőket alkalmaztuk: Tucker-Lewis Index (TLI), Comparative Fit Index (CFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), és χ^2/df . Az utóbbi esetben (amely mutató a hazai gyakorlatban a leginkább elterjedt és elfogadott) a 2 és 5 közötti értékeket tekinthetjük elfogadhatónak (Browne és Cudeck, 1993; Hu és Bentler, 1995; Szondy, 2008).

A végső modell kialakításához a következő mediátorhatásokat teszteltük: 1) a szubjektív SES mint mediátor az objektív SES és a szülői társas támogatás kapcsolatában; 2) a szülői társas támogatás mint mediátor a szubjektív SES és az optimizmus kapcsolatában; és 3) az optimizmus mint mediátor a szülői támogatás és a depresszió/egészség önértékelése kapcsolatában. Mediációs hatás esetén a prediktor és a mediátor, valamint a mediátor és az útelemzés kimeneti változója közötti együtthatóknak statisztikailag szignifikánsnak kell lennie. A direkt hatásokat feltételező alternatív modellek tesztelésével igazolható, hogy valóban mediátor hatásról van-e szó. A 53. táblázat alapján megállapítható, hogy az alternatív modellek közül csupán egynek az illeszkedési mutatója bizonyult jobbnak a feltételezett modellnél, ez azonban nem különbözött jelentősen az eredetileg feltételezett modellétől.

53. táblázat: Illeszkedésmutatók a feltételezett modell és az alternatív modellek esetén

Modellek	Illeszkedésmutatók					Összehasonlítás a feltételezett modellel: $\chi^2(df)^a$
	χ^2/df	NFI	TLI	CFI	RMSEA	
<i>Alternatív modell 1:</i>	2.88	.99	.99	.99	.05	4.18 <i>ns</i>
Közvetlen hatás az objektív SES és szülői társas támogatás között						(2)
<i>Alternatív modell 2:</i>	2.89	.99	.98	.99	.05	4.26*
Közvetlen hatás a szubjektív SES és az optimizmus között						(1)
<i>Alternatív modell 3:</i>	2.88	.99	.99	.99	.05	11.87*
Közvetlen hatás a szülői társas támogatás és a depresszió/egészség önértékelése között						(4)

Note: * $p < 0,05$, *ns* = nem szignifikáns; ^aa szignifikáns χ^2 azt mutatja, hogy az alternatív modell rosszabb illeszkedést mutat, mint a feltételezett (eredeti) modell

A végső modellt a 8. ábra mutatja be. A strukturális egyenlet modell értékelése alapján az illeszkedés jónak bizonyult: $\chi^2/df = 2,88$; NFI = 0,99; TFI = 0,99; CFI = 0,99 és RMSEA = 0,046. Az objektív SES összefügg a szubjektív társadalmi helyzettel (0,38; $p < 0,001$). A szubjektív SES mind az apai (0,18; $p < 0,001$), mind pedig az anyai társas támogatással (0,12; $p < 0,01$), valamint az optimizmussal (0,11; $p < 0,05$) összefüggést mutatott. Az apai társas támogatás kapcsolatban állt az optimizmussal (0,30; $p < 0,001$), de közvetlenül a depresszióval nem (-0,10; $p > 0,05$), sem pedig az egészség ömértékelésével (0,08; $p > .05$). Az anyai társas támogatás viszont összefügg az optimizmus (0,27; $p < 0,001$) mellett a depresszióval is (-0,18; $p < .01$). Végül, az optimizmus az egészség jobb értékelésével (0,39; $p < 0,001$) és alacsonyabb depresszió-pontszámmal járt együtt (-0,55, $p < 0,001$). A modell változói a variancia 47%-át magyarázták meg összesen a depresszióra vonatkozóan (8. ábra).

Végül az ún. Sobel tesztel (Szondy, 2008) a mediátor hatásokat térképeztük fel az összes változó között. Az eredmények szerint a szubjektív SES mediálta az objektív SES és az apai, valamint az anyai társas támogatás közötti kapcsolatokat. Az apai társas támogatás mediálta a szubjektív SES és az optimizmus közötti kapcsolatot, s ez a jelenség az anyai támogatással összefüggésben is fennáll. Az optimizmus az apai és az anyai társas támogatás és a depresszió, valamint az egészség önértékelése közötti kapcsolatokat mediátora volt. Direkt kapcsolat igazolható azonban az objektív SES és a szubjektív SES között. A szülői társas támogatás viszont indirekt úton befolyásolta a serdülők depresszióját és egészségük értékelését, s ezt a folyamatot az optimizmus mediálta.

Összegzés:

A társadalmi egyenlőtlenségek serdülőkori megjelenéséről ma még keveset tudunk. Mivel a serdülők körében a családnak, a szülő-gyermek kapcsolatnak kitüntetett jelentősége van, elemzésünk középpontjába az apai és az anyai *társas támogatást* állítottuk. Feltételeztük, hogy a társadalmi helyzet a társas támogatáson keresztül függhet össze a depressziós tünetek előfordulásával. Korábbi tanulmányok is felhívták a figyelmet arra, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek egyik jelentős megnyilvánulási területe a társas kapcsolatok, az interperszonális kommunikáció jellege (Geckova és mtsai, 2003). Serdülőkorban a szülő-gyermek viszony különösen kritikussá válik, hiszen a serdülők autonómiatörekvései miatt a kapcsolat sajátosságai megváltoznak; a nyílt kontroll helyett nagyobb jelentőséget kap az ún. biztonságot kötődés (Hair és mtsai, 2008).

Eredményeink megerősítik, hogy az objektív társadalmihelyzet-mutatók a szubjektív társadalmi helyzeten keresztül kihatnak a szülői társas támogatásra. A szubjektív

besorolásnak igen fontos üzenete van, hiszen a pszichikai egészségre elsősorban az gyakorolhatást, ahogyan relatíve, azaz szubjektív módon értékeljük társadalmi helyzetünket. Korábbi vizsgálatok is megerősítették, hogy nem közvetlenül az objektív társadalmi helyzet az, ami megbetegít, hanem a szubjektíve értékelt helyzet okozta elkeseredés, azaz a mód, ahogyan megéljük a társadalmi struktúrában ténylegesen elfoglalt helyzetünket (Kopp és mtsai, 2007; Pikó és Fitzpatrick, 2001; Singh-Manoux, Marmot és Adler, 2005). A társadalmi helyzet tehát a társas támogatáson keresztül befolyásolhatja a depressziós tünetek megjelenését, azonban ebben a folyamatban mint mediátor fontos szerepet játszik az *optimizmus* megléte, illetve annak hiánya. Ez szintén a *szubjektív értékelések* szerepét erősíti. A társadalmi helyzet és az egészség kapcsolatában számos hatás igazolható; az anyagi feltételeken túl a kutatások elsősorban a pszichoszociális hatásokat emelik ki, mint amilyen a konfliktusmegoldó készség, a társas támogatás vagy az optimizmus (Taylor és Seeman, 1999). Adataink is megerősítik e tényezők fontos mediátor jellegét a folyamatban. Az optimizmus és a depresszió kapcsolata pedig korábbi vizsgálatokban is megerősítést nyert serdülőkutatásokban (Wong és Lim, 2009).

Érdeemes kiemelni az apai és az anyai társas támogatás közötti különbséget is. Az anyai társas támogatás egyrészt *közvetlenül* is összefügg a serdülők depressziós tüneteivel, másrészt *közvetve* is összefügg azzal az optimizmussal keresztül. Az apai támogatás szerepe viszont csak a közvetett úton igazolható. További vizsgálatok szükségesek a következtetések egyértelmű magyarázatához. Úgy tűnik azonban, hogy az *anyai társas támogatás* nem csupán egyszerűen nagyobb mértékű, hanem nagyobb védőerőt is képvisel a depresszió megelőzésében. Eredményeink alapján feltételezzük, hogy míg az anyai támogatás a társadalmi helyzettől némileg függetlenebb, a társadalmi helyzet nagyobb mértékben befolyásolja az apai társas támogatást; mivel az apa családon belüli helyzetét a társadalmi helyzet jobban meghatározza. Az optimizmussal keresztül azonban mind az apai, mind pedig az anyai társas támogatás fontos védelmet biztosíthat.

Jelen eredmények további adalékokkal szolgálnak a serdülők körében végzett egészségpszichológiai vizsgálatokhoz, amelyek a társadalmi helyzet, illetve a társas támogatás szerepét elemzik. Adataink szerint a társadalmi egyenlőtlenségek megmutatkoznak a serdülők depressziós tüneteinek gyakoriságában. A hatásmechanizmusban a *szülői társas támogatás* szerepet játszik, amely az *optimizmussal* keresztül fejt ki hatását a serdülők pszichikai egészségére. Elemzésünk felhívja a figyelmet arra, hogy az optimizmus mint *mediátor* tényező hozzájárul a társadalmi egyenlőtlenségek egészségre gyakorolt hatásaihoz. Végül, eredményeink azt sugallják, hogy az ellátás során a társadalmi helyzet gyakran negatív módon

befolyásolhatja a serdülők gyógyulásának kimenetelét, amit elsősorban nem feltétlenül az anyagiak határoznak meg, hanem a társadalmi egyenlőtlenségek pszichoszociális megnyilvánulásai, mint például az optimizmus, a kommunikációs, a stresszoldó vagy a konfliktusmegoldó technikák ismeretének hiánya. A társadalmi egyenlőtlenségek okozta hatások csökkentése csak a társadalmi esélyegyenlőség erősítésével valósulhat meg; az egyenlőtlenebb társadalmaknak meg kell érteniük, hogy a túlságosan nagy egyenlőtlenségek, a relatív depriváció előtérbe kerülése csökkenti a társadalmi kohéziót és bizalmat, aminek az árát hosszú távon nemcsak a szegények, hanem a gazdagok is megfizetik az egészségi állapot globális helyzetében (Wilkinson és Pickett, 2010).

III. 6. SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2010

III.6.1. Célkitűzések

A kutatás célja a szakirodalomban felbukkanó vallási sokszínűség megismerése, a vallásgyakorlás, a valláshoz való viszonyulás feltérképezése a szegedi középiskolás ifjúság körében, beleértve a vallási hovatartozást, a vallási aktivitást, a spirituális és vallási hittartalmak és spirituális hiedelmek elfogadását, a vallás fontosságát életükben, valamint a spirituális jóllétet. Ezt követően a vallásosság/spiritualitás összefüggését elemeztük a fiatalok lelki egészségével és egészségmagatartásával és klaszteranalízis segítségével csoportokat hoztunk létre a valláshoz való viszonyulásuk alapján. Kiemelten fókuszáltunk az alkoholfogyasztásra, amely a legelterjedtebb legális drog. A lelki egészséget pedig a spirituális jóllét vonatkozásában elemeztük. Célul tűztük ki továbbá egy másik jelentős védőfaktor, a belső/külső kontroll és a fiatalok szerfogyasztása közötti kapcsolat meghatározását, mind az életptrevalencia, mind pedig az aktuális szerfogyasztás bevonásával. Végül, megkíséreltük a fiatalok csoportkategóriáinak leírását a valláshoz való viszonyulásuk, az egészségmagatartásuk, a lelki egészségük és egyéb szociodemográfiai jellemzők alapján.

III.6.2. Minta és módszerek (6. melléklet)

Adataink a Szegedi Ifjúságkutatás 2010 survey-ből származnak, a kérdőíves adatfelvételt 2010 őszi félévében került sor Szegeden középiskolás diákok körében (N=656). Az önkitöltéses kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés bizalmasságáról. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 93,7%-os válaszadási arányt állapítottunk meg (700 kérdőívből). A mintába véletlenszerű mintavétellel négy középiskola diákjai kerültek be a következő iskolatípus szerinti megoszlással: 20,6% gimnázium, 63,4% szakközépiskola és 16,0% szakiskola. Életkor szerint 14 és 21 év közöttiek, átlagéletkor 16,5 év (szórás = 1,5) volt (szerepeltek a mintában 5-6. évfolyamon tanuló diákok is). A nemek megoszlása a következőképpen alakult: 49,1% lány, 50,8% fiú.

A *vallási hovatartozással* kapcsolatban rákérdeztünk a vallási felekezetre (igen/nem), illetve aktuálisan a vallási közösségbe tartozásra (igen/nem).⁶ A vallásos aktivitást/magatartást

⁶ National Survey on Drug Use 2002. <http://icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/STUDY/06542.xml> Letöltve: 2008.03.03.

két változó segítségével mértük: „Milyen gyakran jársz templomba, vagy vallási jellegű rendezvényekre?” illetve „Milyen gyakran imádkozol, meditálsz?” A válaszkategóriák a következők voltak: soha, alkalmanként/ünnepekkor, havonta, hetente egyszer, hetente többször, naponta (Pikó és Fitzpatrick, 2004). A vallásosság szintjét egy hétfokozatú skálán mértük, ahol 1 = egyáltalán nem vallásos, 7 = nagyon vallásos értéket kapott (Kovács és Pikó, 2009). A *vallás fontosságára* utaló változó pedig lényegében egy három itemből álló összetett index volt, amely azt mérte, hogy mennyire biztos/fontos a vallás a megkérdezett számára. Mindhárom item esetében négyfokozatú skála állt rendelkezésre (Barry és Nelson, 2005). A skála megbízhatóságát mérő Cronbach alfa értéke 0,87 lett.

A *spirituális jóllét* mérésére a 10-itemes ún. Rövidített Spirituális Jóllét (*Spiritual Well-Being*) Skálát alkalmaztuk, amelyet *Buford, Paloutzian és Ellison* (1991) adaptált az eredetileg 20-itemes eredeti skálából (Paloutzian és Ellison, 1982). Két alskálát tartalmaz (vallási jóllét és egzisztenciális jóllét) amelyek megbízhatósági értékei a jelen mintával a következők lettek: 0,75 (vallási jóllét) és 0,64 (egzisztenciális jóllét), 0,68 (spirituális jóllét, összetett mutató). Az előbbi esetben elsősorban Istennel, vagy egy Magasabb Hatalommal való kapcsolat áll a kérdések középpontjában (pl. „Hiszek abban, hogy Isten/Természetfeletti hatalom törődik a problémáimmal”), míg az utóbbi kérdések főként az élet értelmére vonatkoztak (pl. „Hiszem, hogy van igazi célja az életemnek”). A válaszlehetőségek a következők voltak: egyáltalán nem értek egyet = 1; nem értek egyet = 2; is-is = 3; egyetértek = 4; teljesen egyetértek = 5. Az összesített skálapontok mindkét esetben 5-25 értéket kaphattak.

A *vallási és spirituális hitrendszer* elemeit nemzetközi felmérésekből vettük át, amelyek egyaránt tartalmaztak kérdéseket az általános (tradicionális) keresztény vallásra, illetve a *New age* spiritualitásra nézve⁷. Ezeket hazai szociológiai survey-k alkalmaztak korábban. Összesen 13 elemet (pl. „Hiszel-e Istenben, a mennyországban, lélekben, stb.) tartalmazott a kérdéscsoport (válasz: igen/nem). A faktoranalízissel igazolt faktorváltozók (lásd 66. táblázat) összeadásával két indexet hoztunk létre a további elemzésekhez

Az *egészségmagatartás* esetében az aktuális dohányzás, alkohol- és marihuána-fogyasztás (Kann, 2001) teljes vagy dichotomizált formáit használtuk fel, azaz, hogy a megkérdezett egyáltalán nem fogyasztott/fogyasztott-e, mennyiségtől függetlenül a megelőző három hónap alatt. Emellett rákérdeztünk az ún. nagyívás (*binge drinking*) gyakoriságára is, ami egy alkalommal legalább 5 pohár alkoholtartalmú italt jelent.

⁷ EUROPEAN VALUES STUDY (2006) <http://www.europeanvaluesstudy.eu/evs/data-and-downloads/> Letöltve: 2010.03.03 és World Values Surveys and European Values Survey, 1981-1984, 1990-1993, and 1995-1997 (ICPSR 2790) <http://tro-helbred.org/wordpress/wp-content/uploads/wvs.pdf> Letöltve: 2010.03.03

A lelki egészséggel összefüggésben a depresszió és az élettel való elégedettség szerepelt változóként. Az előbbi mérésére a *Child Depression Inventory* (CDI) magyar nyelvre adaptált, rövidített változatát alkalmaztuk (Kovács, 1992; Rózsa és mtsai, 1999). Az utóbbit az Élettel való elégedettség globális skálával (*The Satisfaction With Life Scale*, SWLS: Diener és mtsai, 1985) mértük. Az utóbbi kérdőív magyar változatát Martos és munkatársai (2006), valamint Pauwlik és Margitics (2008) sikeresen alkalmazták kutatásaik során, a megbízhatósági index az előbbi esetben 0,89-nek bizonyult. A skálák megbízhatóságát mérő Cronbach alpha értékei a saját mintával 0,75 (CDI) és 0,83 (SWL) voltak.

A pszichológiai jellemzők között szerepelt az agresszió (*The Aggression Questionnaire*: Buss és Perry, 1992), a belső/külső kontroll (*The Locus of Control*: Rotter 1966) és az optimizmus (*Life Orientation Test*, LOT: Scheier és Carver, 1985; Szondy, 2008). A skálák megbízhatósági mutatóinak értékei: fizikai agresszió (0,81), verbális agresszió (0,70), harag (0,77), optimizmus (0,70). Rotter „A kontroll helye” skálájának 13-ites rövid változata páronkénti állításokat tartalmazott, az I (belső) és E (külső) kontrollnak megfelelően. A válaszadónak az állítaspárok közül a hozzá közelebb álló véleményt kellett jeleznie, például: „Az emberek életében sok rossz dolog részben a balszerencsének köszönhető” *versus* „Az emberek életében sok rossz dolog saját tévedésüknek köszönhető”. A belső (I) és külső (E) skála-iteket összeadva kaptuk meg a Belső és Külső Kontroll alskálapontokat (1-13 pont), amelyek megbízhatósági értéke (Cronbach-alpha) a jelen mintával mindkét esetben 0,70 lett. A belső/külső skála alkalmazásával hazánkban Oláh Attila végzett széleskörű vizsgálatokat (Oláh, 1982). Az előbbieken kívül az elemzésbe bevontuk még az egészség önértékelését (rossz, elfogadható, jó, kiváló), valamint a középiskolások tanulmányi átlageredményeit.

III.6.3. Eredmények és megbeszélések

III.6.3.1. A külső/belső kontroll és a serdülőkori szerfogyasztás összefüggésének egészségpszichológiai jelentősége

Az 54. táblázat a külső/belső kontroll alskáláinak leíró statisztikáját mutatja be. Kétmintás t-próbával a nemenkénti eltéréseket tesztelve megállapíthatjuk, hogy a belső kontroll inkább a fiúkra ($p = 0,026$), a külső kontroll pedig inkább a lányokra ($p = 0,019$) jellemző. Összességében a belső kontroll alskálán nagyobb pontszámot értek el a serdülők, mint a külső kontroll alskálán, azaz jobban bíznak saját képességeikben az események kimenetelére.

Az 55. táblázatban láthatjuk a szerfogyasztás életprevalencia-értékeinek gyakorisági adatait. Az adatok azt mutatják, hogy a marihuána-fogyasztás kivételével ($p = 0,013$) nincs

különbség a szerfogyasztási gyakoriságokban; az előbbi esetben a fiúk körében igazolható nagyobb kipróbálás.

54. táblázat. A külső/belső kontroll alskálák mutatóinak leíró statisztikája nemenként

	Belső kontroll alskála terjedelem: 1-13; átlag: 6,88, szórás: 2,08 medián: 7	Külső kontroll alskála terjedelem: 1-13 átlag: 6,12, szórás: 2,07 medián: 6
<i>Fiúk</i> (átlag, szórás)	7,07 (2,11)	5,918 (2,09)
<i>Lányok</i> (átlag, szórás)	6,69 (2,03)	6,31 (2,03)
t-érték	t = 2,226	t = -2,349
szignifikancia (p-érték)	p = 0,026*	p = 0,019*

A kétmintás t-próba *p<0,05

55. táblázat. A szerfogyasztási státusz mutatóinak gyakorisági adatai nemenként: életprevalencia értékek

%	Teljes minta (N = 656)	Fiúk (n = 333)	Lányok (n = 322)	Szignifikancia (p-érték) ^a
<i>Dohányzás</i> (valaha)				
Igen	73,0	71,8	74,1	p = 0,495
Nem	27,0	28,2	28,2	
<i>Alkoholfogyasztás</i> (valaha)				
Igen	93,3	93,4	93,2	p = 0,908
Nem	6,7	6,6	6,8	
<i>Marihuána-fogyasztás</i> (valaha)				
Igen	23,7	27,8	19,6	p = 0,013*
Nem	76,3	72,2	80,4	

^aChi²-négyzet próba *p < 0,05

56. táblázat. A szerfogyasztási státusz mutatóinak gyakorisági adatai nemenként: háromhavi prevalencia (aktuális szerfogyasztási) értékek

%	Teljes minta (N = 656)	Fiúk (n = 333)	Lányok (n = 322)	Szignifikancia (p-érték) ^a
<i>Dohányzás</i>				
Igen	70,2	70,0	70,7	p = 0,882
Nem	29,8	30,0	29,3	
<i>Alkoholfogyasztás</i>				
Igen	83,4	83,5	83,2	p = 0,931
Nem	16,6	16,5	16,8	
<i>Nagyívás (binge)</i>				
Igen	64,3	67,3	61,2	p = 0,104
Nem	35,7	32,7	38,8	
<i>Marihuána-fogyasztás</i>				
Igen	14,5	18,0	10,9	p = 0,009*
Nem	85,5	82,0	89,1	

^aChi²-négyzet próba *p < 0,01

Az 56. táblázatban az aktuális szerfogyasztás státuszának mutatóit látjuk. Az előzőhöz hasonlóan itt is megállapíthatjuk, hogy a marihuána-fogyasztás a fiúk esetében volt gyakoribb ($p = 0,009$); a többi esetben nem volt nemenként jelentős eltérés ($p > 0,05$).

Az 57. táblázatban a szerfogyasztás életprevalencia értékei és a külső/belső kontroll összefüggéseit jelző esélyhányadosok (OR), valamint a hozzájuk tartozó konfidencia intervallumok adatait láthatjuk. A dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében a belső kontroll egyértelműen protektív, míg a külső kontroll esélynövelő hatású. Azok tehát, akik erős belső kontrollal rendelkeznek, kevésbé hajlamosak dohányozni és alkoholt fogyasztani; a külső kontrollosoknak viszont nagyobb esélyük van élni e szerekkel. A nem mint kontrollváltozó egyik esetben sem játszott jelentős módosító szerepet. A marihuána-fogyasztás esetében viszont sem a belső, sem a külső kontroll nem volt szignifikáns, ellenben a lányok jelentős védelmet élvezhettek. Mindezek az összefüggések a kipróbálás esélyeire vonatkoztak.

[57. táblázat]

Az 58. táblázatban az aktuális szerfogyasztási szokások és a külső/belső kontroll közötti összefüggések eredményeit láthatjuk. Az életprevalencia értékekhez képest itt jelentősen módosult a kép. Míg a dohányzás esetében a kipróbálással összefüggésben a külső és a belső kontroll is meghatározó volt, az aktuális szerfogyasztásnál már egyik sem játszott jelentős szerepet. Az alkoholfogyasztásnál viszont az életprevalenciához hasonlóan a belső kontroll védőfaktornak bizonyult, a külső kontroll pedig esélynövelő hatású. Ugyanakkor az ún. nagyívás esetében a nem is meghatározó volt: mindkét esetben a lányoknál lehetett esélycsökkenéssel számolni. A marihuána-fogyasztás esetében szintén eltérnek az adatok összevetve az életprevalencia összefüggéseivel. A belső kontroll alacsonyabb, a külső kontroll pedig nagyobb esélyt jelentett a drogfogyasztásra. Emellett a nem hatásával is számolnunk kellett mindkét esetben: hasonlóan a nagyíváshoz, a kontroll hatása mellett a lányok esélye alacsonyabb volt a marihuána-fogyasztás irányába.

[58. táblázat]

57. táblázat. A szerfogyasztás életprevalencia értékeinek összefüggése a külső/belső kontroll alskálapontjaival: Logisztikus regresszió eredményei (esélyhányadosok)

<i>Prediktor változók</i>	Dohányzás életprevalencia		Alkoholfogyasztás életprevalencia		Marihuána-fogyasztás életprevalencia	
	<i>OR^b</i>	<i>(95% CI)^c</i>	<i>OR^b</i>	<i>(95% CI)^c</i>	<i>OR^b</i>	<i>(95% CI)^c</i>
<i>Belső kontroll</i>	0,879	(0,804-0,961)**	0,806	0,677-0,958**	0,930	0,849-1,018
<i>Belső kontroll</i>	0,879	0,804-0,962**	0,789	0,670-0,980**	0,919	0,839-1,007
<i>Nem^a</i>	1,020	0,709-1,467	0,672	0,335-1,350	0,616	0,420-0,903*
<i>Külső kontroll</i>	1,136	1,039-1,242**	1,240	1,043-1,475*	1,067	0,974-1,168
<i>Külső kontroll</i>	1,136	1,038-0,242**	1,252	1,051-1,492*	1,079	0,985-1,183
<i>Nem^a</i>	0,979	0,681-1,408	0,671	0,334-1,347	0,617	0,421-0,905*

^aReferencia-kategória = fiú (kontrollváltozó) ^bOR, Esélyhányados (Odds Ratio) ^c95% CI, 95%-os Konfidencia Intervallum

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

58. táblázat. A szerfogyasztás háromhavi prevalencia értékeinek összefüggése a külső/belső kontroll alskálapontjaival: Logisztikus regresszió eredményei (esélyhányadosok)

<i>Prediktor változók</i>	Dohányzás prevalencia		Alkoholfogyasztás prevalencia		Nagyívás prevalencia		Marihuána-fogyasztás prevalencia	
	<i>OR^b</i>	<i>(95% CI)^c</i>	<i>OR^b</i>	<i>(95% CI)^c</i>	<i>OR^b</i>	<i>(95% CI)^c</i>	<i>OR^b</i>	<i>(95% CI)^c</i>
<i>Belső kontroll</i>	0,955	0,864-1,055	0,860	0,771-0,959**	0,917	0,845-0,994*	0,873	0,783-0,975**
<i>Belső kontroll</i>	0,954	0,862-1,055	0,858	0,768-0,957**	0,909	0,838-0,987*	0,862	0,772-0,962**
<i>Nem^a</i>	0,922	0,603-1,410	0,852	0,477-1,325	0,691	0,493-0,968*	0,544	0,339-0,872**
<i>Külső kontroll</i>	1,044	0,945-1,155	1,161	1,041-1,295**	1,089	1,005-1,181*	1,130	1,012-1,261*
<i>Külső kontroll</i>	1,045	0,944-1,157	1,165	1,044-1,300**	1,098	1,011-1,192*	1,146	1,026-1,280*
<i>Nem^a</i>	1,085	0,709-1,659	0,851	0,547-1,323	0,690	0,493-0,967*	0,545	0,340-0,874**

^aReferencia-kategória = fiú (kontrollváltozó) ^bOR, Esélyhányados (Odds Ratio) ^c95% CI, 95%-os Konfidencia Intervallum

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Összegzés:

A *külső/belső kontroll* olyan személyiségjegy, amely a viselkedéses megnyilvánulásokat, többek között a szerfogyasztás gyakoriságát is jelentősen módosíthatja (De Brabander és Declerk, 2004). Ezért is van szükség olyan egészségpszichológiai vizsgálatokra, amelyek a külső/belső kontroll jellegzetességeit tárják fel. *Nemek szerint* eltérés mutatkozott az egyes kontrollszintekben: a fiúk körében a belső, a lányok körében pedig inkább a külső kontroll alskála pontszámai voltak nagyobbak. Ez az adat korábbi vizsgálatok eredményeinek is megfelel (Declerk, Boone és De Brander, 2006). Bár nem minden vonatkozásban: az előbbi vizsgálat a külső kontroll esetében megkülönböztette a társas háló szerepét és a fatalizmust, például a szerencsébe vetett hitet, és az utóbbi értékben a fiúk pontszáma volt magasabb, szemben a család hatásával.

A *szerfogyasztás* tekintetében nem volt jelentős eltérés a dohányzás és az alkoholfogyasztás előfordulásában; egyedül a marihuána-fogyasztás volt gyakoribb a fiúk körében, mind az életprevalenciát, mind pedig az aktuális szerfogyasztási státuszt figyelembe véve. A nemek közeledését a szerfogyasztás előfordulásában már korábbi vizsgálatok is jelezték, különösen a dohányzás vonatkozásában, de egyre inkább megfigyelhető ez a jelenség az alkoholfogyasztással összefüggésben is (Pikó, 2010).

A külső és belső kontroll jelentősége az egyes szerfogyasztási típusoknak és a prevalencia értékeknek megfelelően is eltéréseket mutatott. Az összefüggés a *dohányzással* csak az életprevalencia szintjén volt igazolható: a külső kontroll növeli, a belső kontroll pedig csökkenti a kipróbálási esélyt; azok között viszont, akik már kipróbálták, nem játszik szerepet az aktuális szerfogyasztási státuszban a külső/belső kontroll. Érdeemes kiemelni még azt is, hogy a dohányzás az a szerfogyasztási típus, amelynél a nem módosító hatása egyáltalán nem érvényesül.

Az *alkoholfogyasztás* esetében szintén igazolást nyert az, hogy a belső kontroll védelmet jelent, míg a külső kontroll rizikónövelő. Az ún. *nagyivásra* azonban a nem is módosító hatással bír: a lányok esetében – még ha a gyakoriságban nem is mutatkozik jelentős eltérés – mégis némi védőhatással kell számolni, ami azonban nem módosítja jelentősen a külső, illetve belső kontroll szerepét. A *marihuána-használat* esetében – a dohányzáshoz hasonlóan – az életprevalencia és az aktuális szerfogyasztás eltérően függ össze a külső/belső kontrollal, viszont éppen ellenkező módon. Az életprevalencia esetében egyáltalán nem jelentős a külső/belső kontroll hatása; az tehát, hogy valaki kipróbálja-e a marihuánát, nem a külső és belső kontroll függvénye. Bár a társas hatásokat itt ebben az esetben nem vontuk be az elemzésbe, korábbi vizsgálatok ezek prioritását igazolták a

rizikófaktorok, mint ahogy a védőfaktorok között is (Deković, 1999). Itt elsősorban a kortárshatást szoktuk kiemelni, mint a kipróbálás irányába ható rizikótényezőt, a védőfaktorok között pedig a család szerepét (Ary és mtsai, 1999; Pikó, 2000). Ugyanakkor a rendszeres használat esetében már a pszichikai tényezőknek van nagyobb hatása, természetesen a biokémiai hatásmechanizmusokkal karöltve. Ezt alátámasztja az a vizsgálat is, amely szerint a drogokról sikeresen leszokott egyének körében a belső kontroll lényegesen erősebb, mint azok körében, akik még függők (Bashardoost Tajalli és Kheiri, 2010). Egy másik, serdülőkorúak körében végzett vizsgálat szerint pedig, a szerfogyasztás eszkalációjában, azaz súlyosabbá válásában elsősorban az önkontroll hiányának van szerepe, ami tulajdonképpen a belső kontroll egy sajátos eleme (Wills és Stoolmiller, 2002).

Összefoglalva tehát elmondhatjuk, hogy a külső/belső kontroll fontos szerepet játszik a serdülők szerfogyasztásának alakulásában: a külső kontroll esélynövelő, a belső kontroll pedig védőfaktor. A kontroll típusa ugyanis megszabja azt, hogy az egyén mennyire bízik saját képességeiben, azaz hogy képesnek érzi-e magát arra, hogy saját viselkedését kontrollálni tudja (belső kontroll) vagy pedig kiszolgáltatottnak érzi magát a külső körülményeknek (külső kontroll) (Wallston, 1992). Ráadásul meg kell jegyezni, hogy a belső kontroll különösen fontos pszichológiai védőfaktor, s ezért is lett érték a modern társadalomban, annál is inkább, mert az addikciók során éppen a viselkedés kontrollja vész el, amely a személyiséget kevésbé adaptív irányba mozdítja el (Stern és Manifold, 1997). Furcsa *paradoxon* tehát: az addikciók éppen akkor váltak népbetegséggé, amikor már igazolást nyert a belső kontroll egészségvédő hatása; úgy tűnik azonban, hogy megvalósítása éppen a modern társadalom feltételei között egyre nehezebb.

Az egyes szertípustól függően vannak eltérések a kipróbálás és az aktuális szerfogyasztás *kontrollfüggőségében*; ezt a szer központi idegrendszeri hatásain kívül pszichikai és társadalmi tényezők is befolyásolják; a szer elterjedtsége és a társadalomnak a szer iránt tanúsított toleranciája vagy a kortárshatás erőteljessége. Mindezek azt mutatják, hogy a *magatartáskontroll* igen fontos lehet a szerfogyasztás serdülőkori megelőzésében. Természetesen ebben különösen nagy hangsúlyt kell kapnia a belső kontroll fejlesztésének, az önkontrollnak, például kognitív terápiás módszerekkel.

III.6.3.2. A fiatalok mentális egészsége a spirituális jóllét mutatóinak tükrében

Az 59. táblázatban a változók leíró statisztikáját, valamint a közöttük lévő kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatók mátrixát láthatjuk. A depresszió és az étellel való elégedettség között erős negatív kapcsolat van ($r = -0,451$, $p < 0,001$), s ugyanezt láthatjuk az optimizmussal összefüggésben is ($r = -0,415$, $p < 0,001$). Míg a belső kontrollal negatív az összefüggés ($r = -0,256$, $p < 0,001$), addig a külső kontroll nagyobb depressziós pontszámmal jár együtt ($r = 0,251$, $p < 0,001$). A spirituális jóllét mutatói közül a vallási jólléttel nem, az egzisztenciális jólléttel viszont szignifikáns a kapcsolat ($r = -0,411$, $p < 0,001$). Az étellel való elégedettség szintén ugyanezekkel a mutatókkal függ össze, hasonló irányú kapcsolatokat jelezve. Az optimizmus az egzisztenciális jóllét ($r = 0,425$, $p < 0,001$) mellett a vallási jólléttel ($r = 0,084$, $p < 0,05$) is kapcsolatba hozható az adatok alapján. A belső kontroll pozitívan, a külső kontroll viszont negatívan függ össze a spirituális jóllét mutatóival.

[59. táblázat]

A 60. táblázat a pszichikai egészséget befolyásoló változók többváltozós lineáris regresszió-elemzését mutatja be, *stepwise* módszert alkalmazva. A depresszió esetében elsőként az optimizmus ($\beta = -0,280$, $p < 0,001$) került be a szignifikáns változók közé, emellett az egzisztenciális jóllét bizonyult még jelentős tényezőnek ($\beta = -0,248$, $p < 0,001$). A külső kontroll viszont emelkedett depresszió-pontszámra hajlamosít ($\beta = 0,141$, $p < 0,001$). A modell a variancia 26%-át magyarázta meg. Az étellel való elégedettséget befolyásoló változók közé első helyre az egzisztenciális jóllét került ($\beta = 0,301$, $p < 0,001$), ezt követte az optimizmus ($\beta = 0,257$, $p < 0,001$) és a külső kontroll ($\beta = -0,109$, $p < 0,05$). A bevitt változók a szignifikancia 27%-át magyarázták meg összesen.

60. táblázat. A pszichikai egészséget befolyásoló független változók stepwise regresszióanalízise

	Depresszió (CDI)	Étellel való elégedettség (SWL)
Koefficiensek a β (beta) regressziós együtthatóval és p szignifikanciával	1. Optimizmus (LOT): $\beta = -0,280$ ($p < 0,001$) 2. Egzisztenciális jóllét $\beta = -0,248$ ($p < 0,001$) 3. Külső kontroll $\beta = 0,141$ ($p < 0,001$)	1. Egzisztenciális jóllét $\beta = 0,301$ ($p < 0,001$) 2. Optimizmus (LOT) $\beta = 0,257$ ($p < 0,001$) 3. Külső kontroll $\beta = -0,109$ ($p < 0,05$)
Modell jellemzői (R-négyzet és szignifikancia)	$R^2 = 0,26$ $p < 0,001$	$R^2 = 0,27$ $p < 0,001$
Kizárt változók	Vallási jóllét Belső kontroll	Vallási jóllét Belső kontroll

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

59. táblázat. Leíró statisztika és korrelációs mátrix a bevont változókra (N=656)

Változók	<i>Átlag (szórás)</i>	1	2	3	4	5	6
1. Depresszió (CDI)	7,02 (7,72)	-	-	-	-	-	-
2. Élettel való elégedettség (SWL)	21,99 (6,21)	-0,451***	-	-	-	-	-
3. Optimizmus (LOT)	27,32 (5,00)	-0,415***	0,411***	-	-	-	-
4. Belső kontroll	6,88 (2,08)	-0,256***	0,254***	0,209***	-	-	-
5. Külső kontroll	6,12 (2,07)	0,251***	-0,256***	-0,211***	-0,993***	-	-
6. Vallási jóllét	12,59 (4,27)	-0,04	0,059	0,084*	0,088*	-0,089*	-
7. Egzisztenciális jóllét	19,18 (3,73)	-0,411***	0,450***	0,425***	0,269***	-0,274***	0,079*

*p<0,05

**p<0,01

***p<0,001

Összegzés:

A pozitív pszichológiában a spiritualitás és a vallásosság a személyiségnek olyan elemét jelentik, amely karaktererősséget jelöl, és védőfaktor szerepet tölt be (Pikó, 2005). Serdülőkorban a vallásosság protektív jellegét sikerült igazolni (Benson és mtsai, 2005; Pikó és Kovács, 2009); azonban a *spiritualitás* bevonása a kutatásokba ma még jóval ritkábban történik meg. A spirituális jóllétnek pedig különösen nagy jelentősége lehet a serdülők mentális egészségének megőrzésében; hiszen összefüggésben áll azzal, ahogyan a fiatalok önmagukhoz, másokhoz és Istenhez (vagy valamilyen magasabb természetfeletti erőhöz), az élet értelméhez és az életeseményekhez, valamint az életcélokhoz viszonyulnak (Gomez és Fisher, 2003; Cotton és mtsai, 2005). Egyszóval része a személyiségnek, és kihat az identitás alakulására (Pecchenino, 2009).

A kétoldalú kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatók megerősítik az optimizmus és a belső kontroll, valamint az egzisztenciális jóllét összefüggését az alacsonyabb depresszió-pontszámmal, és az étellel való elégedettség nagyobb mértékével. Az ún. *diszpozíciós optimizmus* hosszútávú előrejelzője a serdülőkori depressziónak, ugyanakkor a pszichikai jóllét megőrzésében igen erőteljes védőfaktoroként is jelen van (Ayres, 2008). A külső kontroll viszont – a belső kontrollal ellentétben – az étellel való elégedettség alacsonyabb szintjével jár együtt, ugyanakkor hajlamosít depresszióra. Ezt az összefüggést korábbi vizsgálatok is megerősítik (Dag, 1999; Giblin, Poland és Ager, 1988). A vallási jóllét nem mutatott összefüggést egyik mentálisegészség-indikátorral sem, viszont pozitív kapcsolat igazolható az optimizmussal és a belső kontrollal, és negatív a külső kontrollal.

A többváltozós elemzés segítségével a leginkább meghatározó prediktorokat szűrtük ki, amelyek mindkét esetben ugyanazok voltak; eltérés csak a sorrendben mutatkozott. A depresszió legerősebb védőfaktora az *optimizmus*, amit az *egzisztenciális jóllét* követ; az étellel való elégedettség esetében a sorrend fordított. Az étellel tehát azok elégedettebbek, akik értelmet találnak benne. Harmadikként a *külső kontroll* szerepelt a sorban, ami nemcsak depresszióra hajlamosít, hanem rontja az étellel való elégedettséget is. Más szakirodalmi adatok is megerősítik, hogy az ún. diszpozíciós optimizmus a mentális egészség egyik jelentős védőfaktora, emellett pedig az optimizmus az étellel való nagyobb fokú elégedettséggel jár együtt (Wong és Lim, 2009). Az optimizmus és az egzisztenciális jóllét közötti erős korrelációs kapcsolat pedig rámutat arra is, hogy az optimizmus befolyásolhatja az élethez való viszonyulást, az életcélok alakítását, az élet értelmének meglátását. A szakirodalomban jelentős fejlődéstani hatást tulajdonítanak neki, ami természetesen nem független a személyiségfejlődés különböző (pl. morális, spirituális) folyamataitól sem

(Extremera, Durán és Rey, 2007). A külső kontroll mentális egészségre gyakorolt negatív hatása pedig annak tulajdonítható, hogy míg a belső kontroll arra bátorítja az egyént, hogy gondolkodjon el az adott problémán, azaz elősegíti a hatékony coping folyamatokat, a külső kontroll azt az érzést közvetíti, hogy az egyén nem képes kézben tartani az eseményeket, azaz nem rendelkezik a kontrollhoz szükséges képességekkel vagy erőforrásokkal (Landau, 1995). Míg a *belső kontroll* gyakran alacsonyabb szerfogyasztással jár együtt, a mentális egészséggel összefüggésben úgy tűnik, hogy a *külső kontroll* kockázati szerepe erőteljesebb.

Hasonlóan saját kutatási eredményeinkhez, korábbi vizsgálatok is az *egzisztenciális jóllét* nagyobb szerepét erősítették meg a fiatalok mentális egészségére gyakorolt hatások terén (Cotton és mtsai, 2009). Ez azt jelzi, hogy a spiritualitásnak kiemelten azok a területei a meghatározóak, amelyek az élet értelmére, az életcélokra, azaz egzisztenciális kérdésekre utalnak. Azok a serdülők, akik választ találnak ezekre a kérdésekre, sokkal kevésbé hajlamosak depresszióra, és az életükkel is elégedettebbek, mint azok, akik nem látják perspektívában a saját életüket és az emberi életet. A *vallási jóllét* kisebb szerepe arra is visszavezethető, hogy a vallásosság egyre inkább individualizálódik és visszaszorul a modern társadalomban, ami a fiatalok életére is jellemző (Kovács és Pikó, 2009). Ugyanakkor láthatjuk, hogy a spirituális kérdések jelentősége napjaink társadalmában is kiemelten fontos és az életminőség, a jóllét meghatározó eleme, amely meghatározza önmagunkhoz és másokhoz, az élet értelméhez és valamilyen transzcendens hatalomhoz való viszonyunkat (Gomez és Fisher, 2003; Tsuang és mtsai, 2007).

Az élet értelmének keresése serdülőkorban különösen meghatározó, hiszen ebben a korban az identitásfejlődéssel összefüggésben a figyelem gyakran fókuszál olyan kérdésekre, mint az élet értelme vagy a személyes élet célja (Brassai, Pikó és Steger, 2011). George és munkatársai (2002) felvetik, hogy az élet értelmébe vetet hitnek és az életcélok meglétének (azaz az egzisztenciális jóllétnek) serdülőkorban olyannyira kitüntetett szerepe van, hogy egyfajta mediátorként működhet a vallás/spiritualitás és az egészség kapcsolatában. A spiritualitásnak ez a vetülete tehát erőteljesebben jelenhet meg a lelki egészség és a pszichikai jóllét vonatkozásában, mint pl. egy felsőbb hatalommal való kapcsolat. Hazai vizsgálatok is azt erősítik meg, hogy a vallásosság és az élet értelmének összefüggése kiemelten fontos a fiatalok körében, ami a személyiségfejlődés egyéb szempontjaitól sem független (Martos, Konkoly Thege és Steger, 2010).

III.6.3.3. Spiritualitás, vallásosság és az alkoholfogyasztás összefüggései középiskolások körében

A 61. táblázatban az alkoholfogyasztást mérő változók leíró statisztikáját láthatjuk nemenként. Egyik esetben sem találtunk statisztikailag szignifikáns eltérést, azaz közel ugyanannyi lány, mint fiú próbálja ki az alkoholt, illetve fogyaszt aktuálisan; a nagyívás gyakorisága kicsit ugyan nagyobb volt a fiúk körében, de az eltérés nem volt szignifikáns ($p > 0,05$).

61. táblázat. Az alkoholfogyasztás változóinak leíró statisztikája nemenkénti bontásban (N = 656)

	FIÚK (%)	LÁNYOK (%)	SZIGNIFIKANCIA
Életprevalencia			
Nem	6,6	6,8	$\chi^2 = 0,013$ $p > 0,05$
Igen	93,4	93,2	
Három-havi prevalencia			
Nem	16,5	16,8	$\chi^2 = 0,008$ $p > 0,05$
Igen	83,5	83,2	
Nagyívás (<i>binge drinking</i>)			
Nem	32,7	38,8	$\chi^2 = 2,642$ $p > 0,05$
Igen	67,3	61,2	

A 62. táblázatban a vallásos változók terén előforduló nemek szerinti különbségeket láthatjuk. Nem volt eltérés a vallási hovatartozást vagy az imádkozás gyakoriságát illetően ($p > 0,05$). A vallási eseményeken való részvétel viszont jellemzőbb volt a lányokra ($p < 0,01$). A vallásosság és a spirituális jóllét mértékében sem volt jelentős eltérés, csakúgy, mint abban, hogy a megkérdezettek mennyire fontos a vallás a mindennapi életben, illetve mennyire biztos a vallásos meggyőződésében ($p > 0,05$). A vallásos hitrendszer, valamint a *New age* hiedelmek (amikor ezek konkrét elemeibe vetett hitről kellett nyilatkozni) azonban a lányok körében erősebbnek bizonyultak ($p < 0,001$ az első, illetve $p < 0,01$ a második esetben).

[62. táblázat]

A 63. táblázatban az alkoholfogyasztási és a vallásos változók közötti kapcsolatokat jellemző esélyhányadosokat láthatjuk a fiúk körében. Sem a vallási hovatartozás, sem a vallási eseményeken való részvétel nem volt meghatározó egyik alkoholfogyasztási változóval összefüggésben sem. Azok a fiúk azonban, akik imádkoznak, kevésbé hajlamosak alkoholfogyasztásra (OR = 0,19; 95% CI = 0,05 – 0,73; $p < 0,01$: az életprevalencia esetében és OR = 0,38; 95% CI = 0,15 – 0,96; $p < 0,05$: a három-havi prevalencia esetében). Csakúgy, mint azok, akik számára a vallás fontos a mindennapi életükben (OR = 0,79; 95% CI = 0,66 – 0,97; $p < 0,05$: az életprevalencia és OR = 0,89; 95% CI = 0,79 – 0,99; $p < 0,05$: a három-havi prevalencia esetében). A vallási jóllét alacsonyabb szerfogyasztási eséllyel járt együtt, ami az

aktuális fogyasztásra (OR = 0,93; 95% CI = 0,88 – 0,99; $p < 0,05$) és a nagyivásra (OR = 0,96; 95% CI = 0,91 – 0,99, $p < 0,05$) is vonatkozik. A vallásos hitrendszer szintén a nagyivás esetében járt alacsonyabb esélyhányadossal (OR = 0,78; 95% CI = 0,62 – 0,98, $p < 0,05$). Az ún. *New age* hiedelmek azonban emelkedett életprevalenciával hozhatók összefüggésbe (OR = 1,24; 95% CI = 1,10 – 1,54; $p < 0,05$).

[63. táblázat]

A 64. táblázat a lányok almintájának eredményeit mutatja az alkoholfogyasztás és a vallásosság közötti összefüggésekről. A fiúkhöz hasonlóan a vallási hovatartozás és az, hogy valaki tartozik-e aktuálisan vallási közösségbe, nem játszott szerepet. A fiúktól eltérően azonban az imádkozáson kívül a vallási eseményeken való részvétel is meghatározó volt az alkoholfogyasztás valamennyi változója esetében: életprevalencia (OR = 0,20; 95% CI = 0,05 – 0,82; $p < 0,05$), három-havi prevalencia (OR = 0,06; 95% CI = 0,02 – 0,25; $p < 0,001$), nagyivás (OR = 0,32; 95% CI = 0,09 – 0,99; $p < 0,05$). Az, hogy valaki mennyire vallásos, de még jobban a vallás fontossága, szintén kisebb esélyhányadossal járt együtt a lányok körében az alkoholfogyasztást illetően. A vallási jóllét is alacsonyabb szerfogyasztási eséllyel hozható összefüggésbe: OR = 0,91; 95% CI = 0,84 – 0,97; $p < 0,01$: a három-havi prevalencia és OR = 0,93; 95% CI = 0,88 – 0,99; $p < 0,05$: a nagyivás esetében. Ez utóbbi esetében az egzisztenciális jóllét szintén prediktornak bizonyult (OR = 0,93; 95% CI = 0,87 – 0,99, $p < 0,05$). A *New age* hiedelmek – hasonlóan a fiúkhöz – itt is esélynövelő hatásúak mind az életprevalencia (OR = 1,21; 95% CI = 1,01 – 1,46, $p < 0,05$), mind pedig a három-havi prevalencia esetében (OR = 1,27; 95% CI = 1,11 – 1,47; $p < 0,001$).

[64. táblázat]

Összegzés:

A vallásosság és spiritualitás kérdése napjainkban jelentős változáson megy keresztül; a *sokszínű képet* maga az élet színezi a modern társadalom igényeinek megfelelően, s ebben a sokszínűségben jelen van a tradicionális vallásosság mellett az új kisegyházak hite és a keleti vallásfilozófiák nyugatra adaptált technikái mellett a *New age* olykor ellentmondásos spiritualitása is (Heelas, 1996; Pargament és Mahoney, 2002). Igazi tudományos kihívás annak vizsgálata, hogy mindezek a hitek, attitűdök és a hozzájuk kapcsolódó viselkedéses jelenségek hogyan befolyásolják egészségünket, egészségmagatartásunkat.

62. táblázat. A vallásos változók leíró statisztikája nemenkénti bontásban (N = 656)

	FIÚK		LÁNYOK		SZIGNIFIKANCIA
	%	Átlag (szórás)	%	Átlag (szórás)	
VALLÁSI HOVATARTOZÁS					
Vallási felekezet megnevezése					
Nem	38,1		35,1		$\chi^2 = 0,654$ p > 0,05
Igen	61,9		64,9		
Vallási közösségbe tartozás					
Nem	65,6		56,1		$\chi^2 = 5,077$ p > 0,05
Igen	34,4		43,9		
VALLÁSI AKTIVITÁS/MAGATARTÁS					
Részvétel a vallási eseményeken					
Nem vagy csak alkalmanként	85,3		73,9		$\chi^2 = 12,652$ p < 0,01
Heti egyszer vagy havonta többször	13,0		22,6		
Hetente több alkalommal	1,6		3,5		
Imádkozás					
Nem vagy csak alkalmanként	83,3		75,0		$\chi^2 = 4,996$ p > 0,05
Heti egyszer vagy havonta többször	12,0		17,4		
Hetente több alkalommal	4,6		7,6		
VALLÁSOS MEGGYŐZŐDÉS/ATTITÚD					
Mennyire vallásos?		2,44 (1,52)		2,41 (1,42)	t = 0,287 p > 0,05
Mennyire biztos/fontos a vallás?		6,29 (2,53)		6,20 (2,39)	t = 0,478 p > 0,05
SPIRITUÁLIS HITRENDSZER					
(Tradicionális) vallásos hitrendszer		10,58 (2,54)		11,16 (2,19)	t = - 5,255 p < 0,001
New Age hiedelmek		11,34 (2,56)		12,38 (2,38)	t = - 3,048 p < 0,01
SPIRITUÁLIS JÓLLÉT					
Vallási jóllét		12,60 (4,44)		12,60 (4,11)	t = - 0,043 p > 0,05
Egzisztenciális jóllét		19,05 (3,91)		19,33 (3,55)	t = - 0,940 p > 0,05

63. táblázat. Az alkoholfogyasztás és a vallásos változók közötti kapcsolatok bináris logisztikus regresszióelemzése a FIÚK almintájában

	FIÚK					
	ÉLETTARTAM PREVALENCIA		3-HAVI PREVALENCIA		NAGYIVÁS	
	OR ^b	(95% CI) ^c	OR ^b	(95% CI) ^c	OR ^b	(95% CI) ^c
Vallási felekezet megnevezése						
Nem ^a	1,00		1,00		1,00	
Igen	1.13	(0,47 – 2,73)	0,91	(0,50 – 1,66)	0,97	(0,60 – 1,55)
Vallási közösségbe tartozás						
Nem ^a	1,00		1,00		1,00	
Igen	0,84	(0,34 – 2,09)	0,96	(0,52 – 1,77)	1,36	(0,83 – 2,25)
Részvétel a vallási eseményeken						
Nem vagy csak alkalmanként ^a	1,00		1,00		1,00	
Heti egyszer vagy havonta többször	0,70	(0,19 – 2,54)	0,76	(0,33 – 1,77)	1,01	(0,50 – 2,06)
Hetente több alkalommal	0,23	(0,02 – 2,15)	0,29	(0,04 – 1,77)	0,73	(0,12 – 4,47)
Imádkozás						
Nem vagy csak alkalmanként ^a	1,00		1,00		1,00	
Heti egyszer vagy havonta többször	0,19	(0,05 – 0,73)**	0,38	(0,15 – 0,96)*	0,68	(0,29 – 1,57)
Hetente több alkalommal	0,31	(0,03 – 2,85)	0,39	(0,10 – 1,62)	0,50	(0,14 – 1,79)
Mennyire vallásos?	1,20	(0,88 – 1,68)	0,90	(0,75 – 1,08)	0,97	(0,84 – 1,13)
Mennyire biztos/fontos a vallás?	0,79	(0,66 – 0,97)*	0,89	(0,79 – 0,99)*	0,94	(0,85 – 1,03)
(Tradicionális) vallásos hitrendszer	1,05	(0,88 – 1,25)	0,93	(0,83 – 1,05)	0,78	(0,62 – 0,98)*
New Age hiedelmek	1,24	(1,10 – 1,54)*	1,07	(0,94 – 1,21)	1,02	(0,93 – 1,12)
Vallási jóllét	1,01	(0,91 – 1,12)	0,93	(0,88 – 0,99)*	0,96	(0,91 – 0,99)*
Egzisztenciális jóllét	1,03	(0,92 – 1,15)	0,96	(0,89 – 1,04)	0,98	(0,92 – 1,04)

^aReferencia kategória^bEsélyhányados (Odds Ratio)^c95%-os Konfidencia Intervallum *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

64. táblázat. Az alkoholfogyasztás és a vallásos változók közötti kapcsolatok bináris logisztikus regresszióelemzése a LÁNYOK almintájában

	LÁNYOK					
	ÉLETTARTAM PREVALENCIA		3-HAVI PREVALENCIA		NAGYIVÁS	
	OR ^b	(95% CI) ^c	OR ^b	(95% CI) ^c	OR ^b	(95% CI) ^c
Vallási felekezet megnevezése						
Nem ^a	1,00		1,00		1,00	
Igen	1,30	(0,54 – 3,15)	1,01	(0,54 – 1,85)	1,07	(0,67 – 1,71)
Vallási közösségbe tartozás						
Nem ^a	1,00		1,00		1,00	
Igen	1,40	(0,57 – 3,44)	1,28	(0,70 – 2,34)	1,08	(0,68 – 1,07)
Részvétel a vallási eseményeken						
Nem vagy csak alkalmanként ^a	1,00		1,00		1,00	
Heti egyszer vagy havonta többször	1,68	(0,47 – 5,94)	0,84	(0,41 – 1,73)	0,68	(0,40 – 1,16)
Hetente több alkalommal	0,20	(0,05 – 0,82)*	0,06	(0,02 – 0,25)***	0,32	(0,09 – 0,99)*
Imádkozás						
Nem vagy csak alkalmanként ^a	1,00		1,00		1,00	
Heti egyszer vagy havonta többször	2,39	(0,30 – 19,20)	1,05	(0,41 – 2,72)	0,62	(0,32 – 1,19)
Hetente több alkalommal	0,21	(0,06 – 0,75)**	0,16	(0,06 – 0,41)***	0,43	(0,17 – 0,99)*
Mennyire vallásos?	0,91	(0,68 – 1,22)	0,75	(0,62 – 0,91)**	0,85	(0,73 – 0,99)*
Mennyire biztos/fontos a vallás?	0,84	(0,70 – 0,99)*	0,82	(0,72 – 0,93)**	0,85	(0,77 – 0,94)**
(Tradicionalis) vallásos hitrendszer	1,08	(0,88 – 1,33)	0,98	(0,85 – 1,12)	0,95	(0,86 – 1,06)
New Age hiedelmek	1,21	(1,01 – 1,46)*	1,27	(1,11 – 1,47)***	1,05	(0,90 – 1,15)
Vallási jóllét	0,92	(0,84 – 1,02)	0,91	(0,84 – 0,97)**	0,93	(0,88 – 0,99)*
Egzisztenciális jóllét	0,95	(0,83 – 1,07)	0,98	(0,90 – 1,07)	0,93	(0,87 – 0,99)*

^aReferencia kategória^bEsélyhányados (Odds Ratio)^c95%-os Konfidencia Intervallum *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Saját kutatásunk eredményei azt mutatják, hogy a szegedi középiskolás mintának mintegy 60%-a (a fiúk 61,9%-a, a lányok 64,9%-a) nevezett meg vallási felekezetet, ami azonban nem jelent aktív vallásgyakorlást; vallási közösségbe a megkérdezett fiúk 34,4, a lányok 43,9%-a tartozik. A vallási eseményeken való részvételre mindemellett jellemző a korábbi vizsgálatainkban (Kovács és Pikó, 2009) is tapasztalt viszonylag alacsony érték: a fiúk 85,3%-a és a lányok 73,9%-a soha vagy csak ünnepi alkalmanként jár templomba vagy egyéb vallási rendezvényekre. Csak összehasonlításként: az amerikai, hasonló korú fiatalok mintegy 50%-a hetente vesz részt ilyen rendezvényeken (Mason és Windle, 2002). Vajon a vallásosság/spiritualitás alacsonyabb szerfogyasztási gyakorisággal jár együtt egy ilyen, a valláshoz kevésbé kötődő fiatal populációban?

Adataink azt mutatják, hogy az alkoholfogyasztásra kevésbé hajlamosak azok a fiatalok, akiknek a *vallás fontos szerepet* tölt be a mindennapi életükben, akik biztosak a hitükben, és akik *gyakorolják* is a vallásosságukat (pl. imádkozással, vallási közösségbe járással), ami pozitívan hat a spirituális jóllétükre. Korábbi kutatások is megerősítik az alkoholfogyasztás és a vallásosság/spirituális közötti negatív irányú összefüggést (Brown és mtsai, 2001; Miller, Davies és Greenwald, 2000; Mason és Windle, 2001; Mason és Windle, 2002; Rew és Wong, 2006). Eredményeink a lányok körében erősebb összefüggéseket találtak; különösen a vallási közösségbe járás esetében, ami a fiúknál nem jelentkezett védőfaktorként. A társas igények kielégítése, a közösség protektív ereje, ami a kontroll megvalósítását is elősegítheti, korábbi vizsgálatokban is védőfaktornak bizonyult (Mason és Windle, 2002; Pikó és Fitzpatrick, 2004). Az imádkozás mindkét esetben szignifikánsnak mutatkozott, amely segíthet a mindennapi életproblémákkal való megküzdésben, s ez távol tarthatja a serdülőt a konfliktusmegoldás inadekvát módjaitól, mint amilyen a szerfogyasztás (Wachholtz és Sambamoorthi, 2011). A lányok számára emellett az egzisztenciális jóllét, az élet értelmességének hite is meghatározó, főként a nagyívás megelőzésében, ami megfelel a korábbi vizsgálatok eredményeinek (Henninggaard és Arnau, 2008). A fiúk számára ezzel szemben a vallásos hitrendszer elfogadása, valamint a vallási jóllét nyújt védelmet; bár kevésbé tűnnek vallásosnak az adatok alapján, mégis azok, akik a tradicionális vallást elfogadják, könnyebben állnak ellen az alkoholfogyasztás csábításainak.

A *New age* hiedelmek elfogadása ugyanakkor mindkét nem esetében rizikófaktorként jelentkezett, azaz nagyobb esélyhányadossal járt együtt. Ha megvizsgáljuk e változó elemeit, akkor olyan jelenségeket is találunk benne, mint pl. jövendőmondás, telepátia, átkok, stb., amelyek hajlamosíthatnak fatalizmusra és a paranormális jelenségek elfogadására (Sjöberg és Wahlberg, 2002), ami pedig irreális kockázatészlelésre és nagyobb szerfogyasztási

gyakoriságra is készíthet (Pikó és Brassai, 2007). További vizsgálatok szükségesek az összefüggés mélyebb feltárására, a jelenség háttérében zajló mechanizmusok pontosabb megismerésére.

Úgy tűnik, hogy a szélesebb értelemben vett spiritualitáshoz képest a (*tradicionális*) vallásosság védőfaktor jellege erősebben érvényesül. Bár az aktív vallásgyakorlás a középiskolás fiatalok körében viszonylag alacsony a számszerű adatokat tekintve; azok számára, akiknek a vallás fontos a mindennapi életükben, a védelem megvalósulni látszik. A lányok számára a vallási részvétel, közösségbe járás, valamint a spirituális jóllét tűnik jelentősebbnek, a fiúknak pedig a tradicionális vallási hittételek elfogadása. A hagyományos életstílus és életfelfogás a *szertifogyasztás* és a *deviáns viselkedés elutasításában* is megnyilvánul (Younniss, McCellan és Yates, 1999). Nem véletlen, hogy a vallási közösségek rendezvényein szerepelnek alkoholprevenciós és rehabilitációs témák és egészségfejlesztési programok (Vidourek és King, 2010).

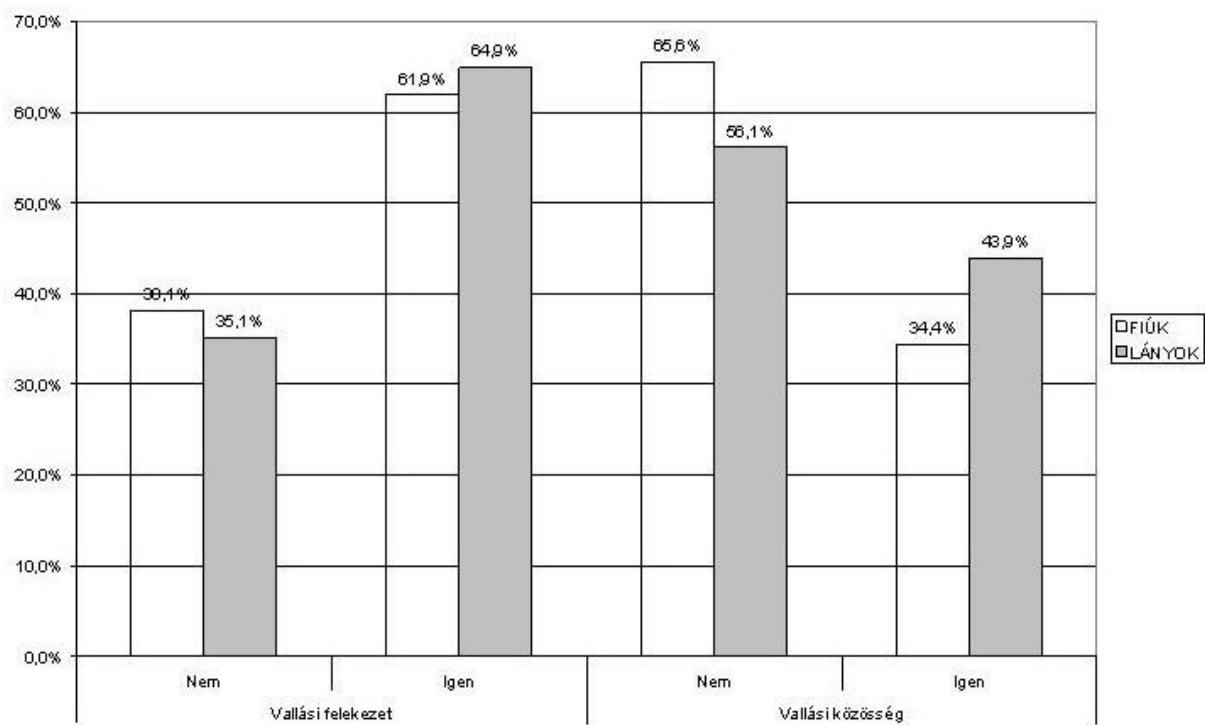
Ahhoz, hogy ezek a programok minél szélesebb kör felé, a „*vallás nélküli spiritualitás*” mozgalom hívei körében is célt találjanak, szükséges lehet már egészen fiatal korban az *egészségtudatos* életmódról szóló kampányokat elindítani, melyek nem csupán a szerfogyasztás egészségkárosító hatását, hanem a védőfaktorok – jelen esetben a tradicionális értékek, a vallás szerepének – pozitív hatását is kihangsúlyoznák. A családi védőháló és a szülői együttműködés e programokkal szintén kiemelkedő protektív faktor lehet a gyermekek szocializációs időszakában (Lifrak és mtsai, 1997). Ezen kívül meg lehetne kísérelni az iskolai kereteken belül megvalósuló egészségnapok, valamint bizonyos tanórák lehetőségeit célzottabban kiaknázni, pl. középiskolásoknál az etika, filozófia, pszichológia órák keretében megismertetni a diákokkal a jelen vallási és spirituális irányzatokat, rávilágítva azok veszélyeire és erősségeire is. Mindezeket hatékonyan kiegészíthetnék már ebben a korban olyan önismerettel kapcsolatos foglalkozások, mint például az asszertív kommunikációval kapcsolatos tréningek, vagy a pszichodráma, hiszen a serdülőkor az *útkeresés időszaka*, s a káros élvezeti szerek használatát a kortársbefolyás és a szerek felnőttiséget szimbolizáló hatása mellett a tudattágítás, a transzcendens élmény átélése iránti vágy is vonzóvá teszi.

III.6.3.4. Sokszínű vallásosság és spiritualitás ifjúkorban: A vallásos hittől a lelki egészségig

A vallási hovatartozás feltérképezése

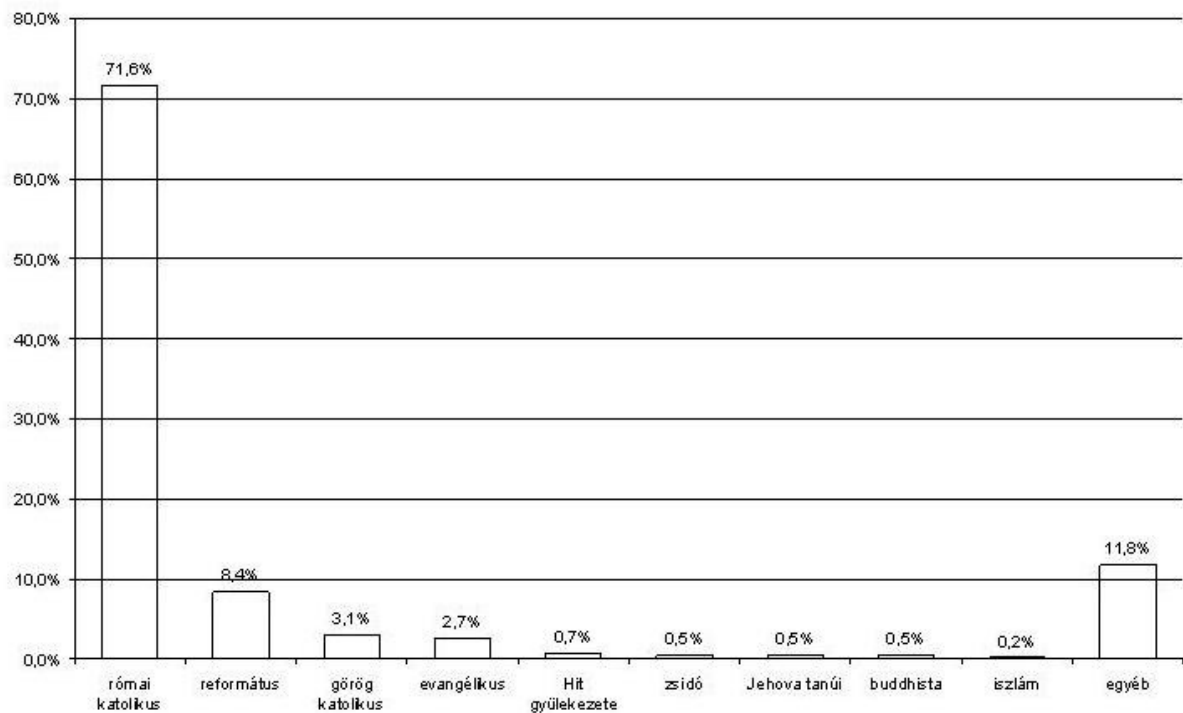
Felekezethez kötődést a megkérdezettek 63,3%-a jelzett, míg aktív vallási hovatartozást 39%. A 9. ábra mutatja nemek szerint a vallási hovatartozás megoszlását. A fiúk 61,9%-a jelzett vallási hovatartozást, azaz nevezett meg felekezetet, míg a lányok 64,9%-a. A tényleges vallási aktivitásra jellemző mutató már mást jelez: a fiúk 34,4%-a, a lányok 43,9%-a válaszolta azt, hogy jelenleg vallási közösségbe tartozik. Statisztikailag egyik esetben sem volt szignifikáns az eltérés ($p > 0,05$).

9. ábra. A vallási hovatartozás mutatóinak megoszlása nemenként



A 10. ábrán látható a felekezethez tartozók megoszlása a felekezeti hovatartozás szerint. Legtöbbször a római katolikus vallást jelölték be (71,6%, a teljes minta mintegy 45,3%-a). Ezt követte a református (8,4%, a minta 5,3%-a), illetve a görög katolikus (3,1%, a minta 2,0%-a), valamint az evangélikus (2,7%, a minta 1,7%-a) egyház. A bejelöltek között van még a Hit gyülekezete, a Jehova tanúi, a zsidó, az iszlám és a buddhizmus.

10. ábra. A magukat felekezethez tartozók megoszlása felekezeti hovatartozás szerint



A további szociodemográfiai változók közül nem volt jelentős eltérés az életkor, a szülők családi állapota (elvált/házas), és a szülők iskolai végzettsége szerint. A vallási felekezethez tartozást tekintve azonban érdemes kiemelni, hogy a felsőfokú végzettségű anyák és az egyetemet, főiskolát végzett apák gyermekei jelölték be legnagyobb arányban, azonban a tényleges vallási közösség szintjén ez a sajátosság már eltűnt. Eltérést a vallási hovatartozás esetében a következő változók vonatkozásában találtunk: iskola típusa, a család összetétele és a társadalmi helyzet (65. táblázat). Ennek alapján megállapítható, hogy a szakmunkásképzőbe járó fiatalok kötődnek legkevésbé felekezethez, illetve tartoznak vallási közösségbe. A két szülővel élő fiatalok vallották legtöbbször felekezethez tartozónak magukat, illetve járnak el vallási közösségbe, míg az egyszülős családok gyermekei a legkevésbé (főként ott, ahol az apa neveli egyedül a gyermekét). A társadalmi helyzetet tekintve, érdekes képet kapunk. A felső osztályba tartozó családok gyermekei jelöltek be a legtöbbször felekezethez tartozókat (87,5%), azonban az összefüggés egyáltalán nem lineáris, hiszen őket az alsó-közép osztályba tartozók követik. Legkevésbé az önmagukat a felső-közép, illetve alsó osztályba sorolók nevezték meg felekezeti hovatartozást. Ugyanakkor a felső társadalmi osztályba tartozó fiatalok vannak a legkevésbé, akik aktívan részt is vesznek a vallási közösségek életében (12,5%), míg ugyanez nem mondható el az alsó-közép osztályba tartozó fiatalokra (53%).

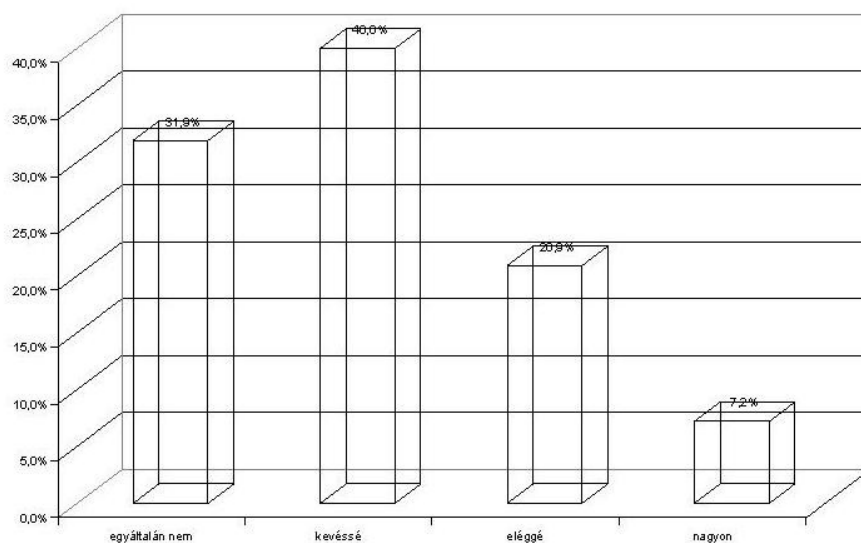
65. táblázat. A vallási hovatartozás összefüggése néhány szociodemográfiai változóval (%)

	Bejegyeztek-e valamelyik egyházhoz?		Tartozol-e jelenleg valamely egyházhoz?	
Iskolatípus	Igen	Nem	Igen	Nem
Gimnázium	68,1	31,9	36,9	63,1
Szakközépiskola	65,6	34,4	42,9	57,1
Szaktanulmányok	47,6	52,4	26,3	73,2
Chi-négyzet	p<0,001		p<0,01	
Család összetétele	Igen	Nem	Igen	Nem
Kétszülős család	67,2	32,8	43,2	56,8
Újraalakult család	59,8	40,2	30,8	69,2
Csak anya	57,1	42,9	36,7	63,3
Csak apa	47,4	52,6	16,7	89,3
Chi-négyzet	p = 0,05		p<0,05	
Társadalmi helyzet	Igen	Nem	Igen	Nem
Alsó osztály	57,9	42,1	44,4	55,6
Alsó-közép	72,3	27,7	53,0	47,0
Középosztály	62,8	37,2	37,6	62,4
Felső-közép	53,0	47,0	28,9	71,1
Felső	87,5	12,5	12,5	87,5
Chi-négyzet	p<0,05		p<0,01	

A vallásosság szintje és a vallás fontossága

A hétfokozatú skála alapján a vallásosság szintjében nem volt eltérés nemek szerint (fiúk: átlag = 2,44, szórás = 1,52; lányok: átlag = 2,41, szórás = 1,42, $p > 0,05$). A 7. ábra mutatja arra a kérdésre adott válaszok megoszlását, hogy „Mennyire fontos számodra a vallás?” A válaszolók többsége számára nem fontos (egyáltalán nem: 31,9%, kevéssé: 40,0%). 20,9%-uk válaszolta azt, hogy eléggé, és mindössze 7,2%-uk számára nagyon fontos (11. ábra). Eltérés egyik szociodemográfiai változó függvényében sem mutatkozott ($p > 0,05$), a három változóból létrehozott származtatott mutató skálapontjaiban sem.

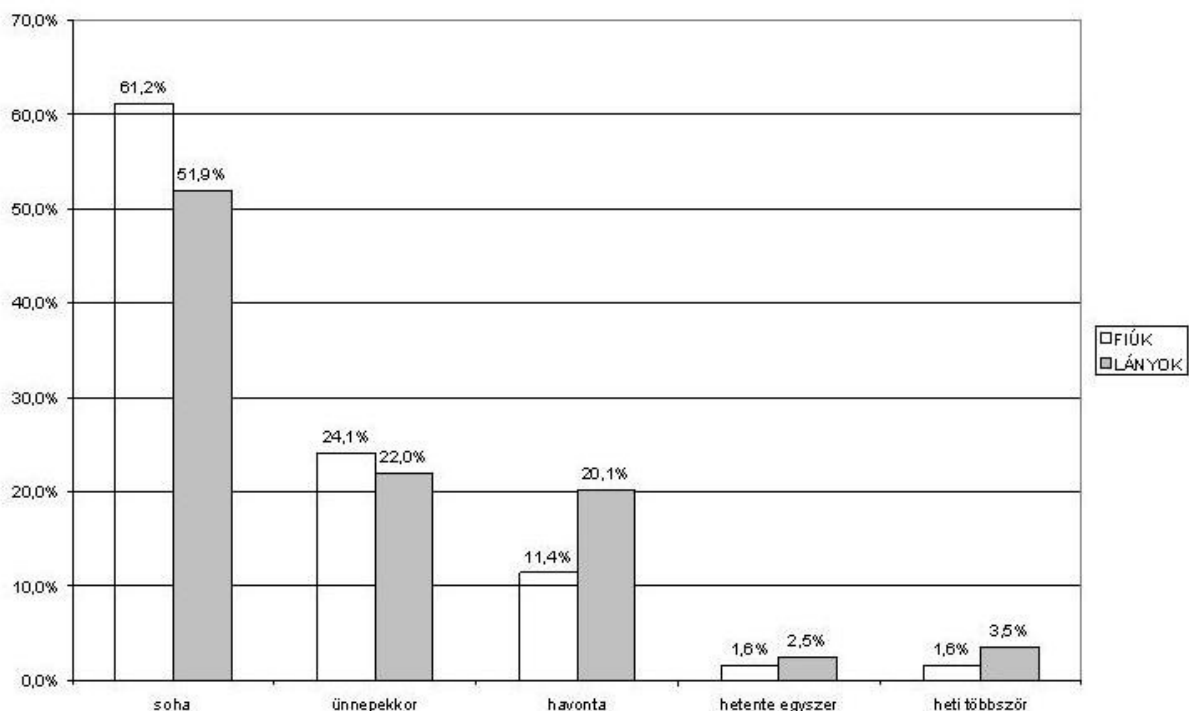
11. ábra. Mennyire fontos a vallás?



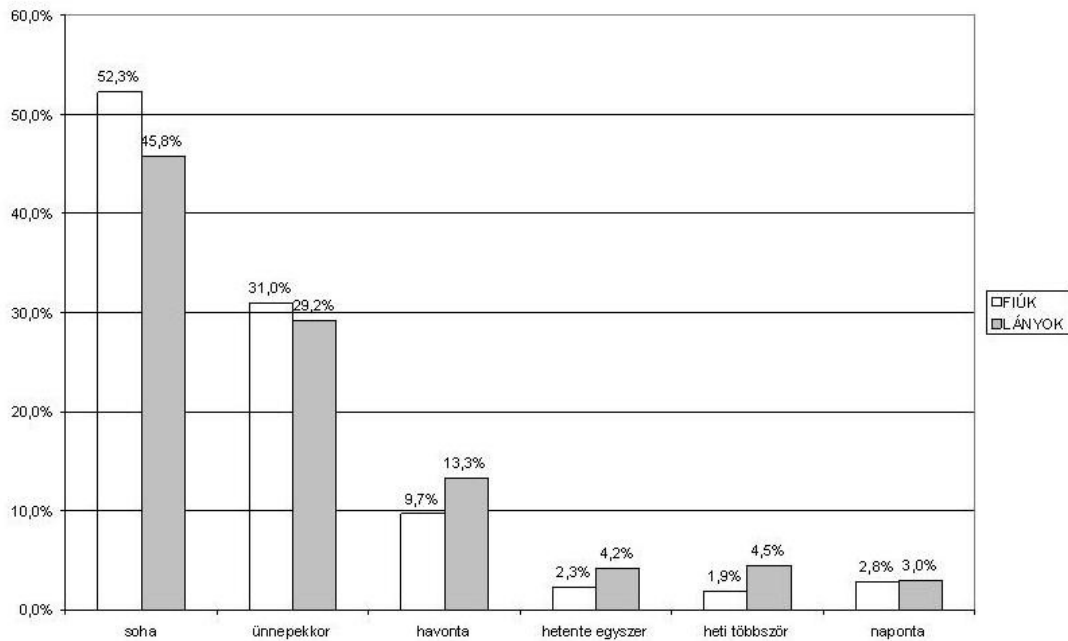
Vallási aktivitás/magatartás

A megkérdezett fiatalok 56,5%-a soha nem jár vallási rendezvényekre, és 23%-uk is csak ünnepek alkalmával (12. ábra). Havonta jár 15,8%, hetente egyszer 2,1%, hetente többször 2,4% és naponta 0,2%. Az imádkozás gyakorisága a következőképpen alakult (13. ábra): 48,8% soha, 30% alkalmanként, 11,7% havonta, 3,3-3,3% hetente többször vagy egyszer, és 2,9% naponta. A nemenkénti gyakoriságokat a 8-9. ábrák mutatják be. A templomba járás gyakoriságában figyelhető meg nemenkénti eltérés a lányok javára ($p = 0,011$), az imádkozás gyakoriságában nem ($p > 0,05$). Nem volt eltérés a szülők családi állapota, a család összetétele szerint, és a szülők iskolai végzettségének függvényében sem, bár a főiskolai/egyetemi végzettségű szülők, valamint a kétszülős családok gyermekeire jellemzőbb az enyhén nagyobb aktivitás; ez azonban nem érte el egyik esetben sem a statisztikai szignifikanciát. Szintén nem igazolható egyértelmű összefüggés a társadalmi helyzet szerint sem, azonban érdemes kiemelni, hogy a magukat felső osztályba sorolók között vannak a legtöbben, akik soha nem járnak templomba, illetve nem imádkoznak, míg az alsó osztályba tartozókra jellemző a legnagyobb aktivitás mindkét téren. Utánuk azonban a felső-közép osztály gyermekei jelezték a második legnagyobb aktivitást. Az iskolatípus szerinti eltérés viszont szignifikánsnak bizonyult ($p < 0,001$): a szakmunkásképzős fiatalok körében figyelhető meg a legkisebb vallási aktivitás.

12. ábra. A vallási eseményeken való részvétel gyakorisága nemenként



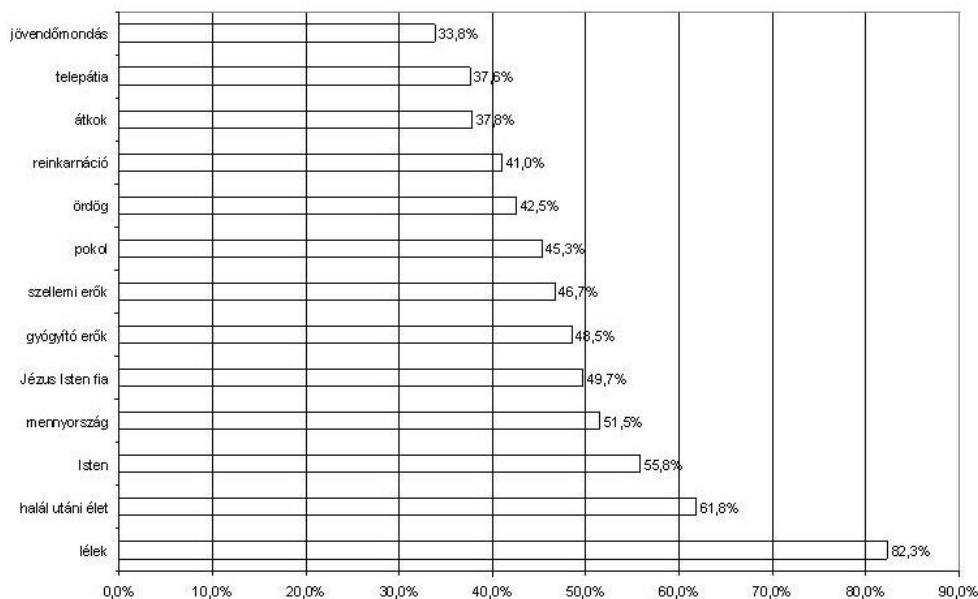
13. ábra. Az imádkozás gyakorisága nemenként



Vallási és spirituális hiedelmek

A megkérdezettek közül legtöbben a lélekben (82,3%), illetve a halál utáni életben (61,8) hisznek, ezeket követi az Istenben (55,8%), illetve a mennyországban (51,5%) való hit, és annak hite, hogy Jézus Isten fia (49,7). Érdeemes kiemelni, hogy lényegesen többen hisznek a pozitív hittartalmakban, mint a negatívokban. A reinkarnációban a minta mintegy 41%-a hisz, majdnem 50%-uk hisz a gyógyító és szellemi erőkben, kevesebben az átkokban, és legkevesebben a jövendőmondásban (33,8%) (14. ábra).

14. ábra. A különböző hittartalmakban hívők aránya



dc_310_11

Faktoranalízissel (1-nél nagyobb sajátértékek alapján) jól elkülönült a két faktor, azaz az tradicionális vallásos hitrendszer elemei, valamint a *New age* elemek (0,3-nál nagyobb faktorsúlyok szerint értékelve a végső rotált faktorstruktúrát), azonban két közös változó is szerepelt bennük (a lélek, illetve a halál utáni élet). A két faktor összesen a variancia 57,7%-át magyarázta meg (66. táblázat).

66. táblázat. A hittartalmak kategóriái faktoranalízis alapján (végső, rotált eredmény)

Faktorok a sajátértékekkel

Változók	1. faktor (3.347)	2. faktor (3.40)
	Faktorsúlyok	
Isten	-	0,744
Jézus Isten fia	-	0,741
Ördög	-	0,757
Pokol	-	0,776
Halál utáni élet	0,529	0,401
Mennyország	-	0,787
Gyógyító erők	0,673	-
Szellemi erők	0,770	-
Reinkarnáció	0,692	-
Átkok	0,621	-
Telepátia	0,721	-
Jövendőmondás	0,584	-
Lélek	0,493	0,334
Cronbach alpha	0,82	0,79
%-os variancia	26,4	25,2

Spirituális jóllét

A 67. táblázatban láthatók a spirituális jóllétet befolyásoló vallásos-spirituális változók relatív súlyát igazoló lépésenkénti (*stepwise*) regresszió-elemzésének eredményei. Ez az összetett mutató részben a vallásossággal való elégedettségéből, részben pedig az élet értelmének hitéből tevődött össze. A teljes mintát tekintve a következő változók kerültek be a prediktorok közé: a vallás fontossága, a vallásos hittartalmak, a templomba járás gyakorisága és a vallásosság szintje; a vallási közösségbe tartozás viszont negatívan befolyásolta a spirituális jóllétet. A fiúk számára a (tradicionális) vallási hittartalmak kerültek az első helyre, a vallás fontossága a másodikra, végül még a templomba járás gyakorisága került a harmadik helyre. A lányok almintájára ezzel szembe másfajta befolyásoló tényezők voltak jellemzőek: a vallásosság szintje és az imádkozás mellett a *New age* hiedelmek járultak hozzá spirituális jóllétükhöz.

67. táblázat. A spirituális jóllétet befolyásoló vallásos változók *stepwise* regresszió-analízise

	TELJES MINTA	FIÚK	LÁNYOK
<i>Koefficiensek a β (beta) regressziós együtthatóval és p szignifikanciával</i>	1. A vallás fontossága $\beta = 0,22$ ($p < 0,001$) 2. Tradicionális vallási hitrendszer $\beta = -0,22$ ($p < 0,001$) 3. Templomba járás gyakorisága $\beta = 0,15$ ($p < 0,01$) 4. Vallási közösségbe tartozás $\beta = -0,11$ ($p < 0,05$) 5. Vallásosság szintje $\beta = 0,15$ ($p < 0,05$)	1. Tradicionális vallási hitrendszer $\beta = 0,31$ ($p < 0,001$) 2. A vallás fontossága $\beta = -0,22$ ($p < 0,01$) 3. Templomba járás gyakorisága $\beta = 0,15$ ($p < 0,05$)	1. Vallásosság szintje $\beta = 0,37$ ($p < 0,001$) 2. Imádkozás gyakorisága $\beta = -0,24$ ($p < 0,001$) 3. New age hiedelmek $\beta = 0,15$ ($p < 0,01$)
<i>Modell jellemzői (R-négyzet és szignifikancia)</i>	$R^2 = 0,31$ $p < 0,001$	$R^2 = 0,31$ $p < 0,001$	$R^2 = 0,35$ $p < 0,001$
Kizárt változók	Felekezet megnevezése; imádkozás; New age hiedelmek	Felekezet megnevezése; vallási közösségbe tartozás; imádkozás, vallásosság szintje, New age hiedelmek	Felekezet megnevezése; vallási közösségbe tartozás; templomba járás; vallásos hitrendszer; a vallás fontossága

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Vallásos/spirituális kategorizáció

Végül, a 68. táblázat foglalja össze a klaszteranalízis eredményeit, amelynek célja a középiskolások *kategorizációja* volt a valláshoz való viszonyulásuk alapján. Összesen négy klasztert sikerült elkülöníteni, amelyek a teljes minta 65%-át fedik le. A vallásos/spirituális csoportba a minta 14%-a sorolható: ők számítnak ténylegesen „hívők”-nek, akik aktívan gyakorolják a vallásukat intézményes keretek között is, ugyanakkor a tágabb értelemben vett spiritualitást, esetenként a *New age* elemeit sem utasítják el. További 23% számít vallásra/spiritualitásra nyitottnak, akik nem olyan aktívak, mint az előző csoport, de időnként gyakorolják is a vallásukat. A vallást elutasító, egyértelműen nem hívők aránya a mintában mindössze 8%. Végül pedig vannak, mintegy 20%-ban, akik misztika/vallás híján (azaz a „maguk módján”) boldogulnak, lévén hogy az egzisztenciális jóllétük a legmagasabb a mintában. Nem találtunk jelentős különbségeket az egyes klaszterekben a nem és a szülők iskolai végzettsége szerint, az egyetlen jelentős eltérés a társadalmi helyzet önbesorolása alapján igazolható ($p < 0,05$): az önmagukat alsó osztályba soroló fiatalok körében van a legtöbb hívő fiatal (40%), ugyanakkor magas a vallást elutasítók aránya is (27%); a széles középosztályba tartozók viszonylag egyenletesen oszlanak meg a csoportok között, viszont egyre nő a negyedik csoportba tartozók aránya; a felső osztályba tartozó fiatalok három csoportba sorolhatók: nem hívők (40%), hívők (20%) és a vallás híján boldogulók (40%), az utóbbi ebben a kategóriában éri el a legmagasabb értéket.

A valláshoz való viszonyulás összefüggése a fiatalok szerfogyasztásával és az egészségük önértékelésével

Az egyes klasztereknek megfelelően nem volt jelentős eltérés a *dohányzás* tekintetében ($p > 0,05$), azonban érdemes kiemelni, hogy a legnagyobb előfordulás a negyedik, azaz a „misztika és vallás híján boldogulók” csoportjában mutatkozott (73,9%), a többi csoport alig tért el egymástól. Az *alkoholfogyasztás* terén – beleértve a nagyivást is – viszont már egyértelműen elkülönültek a csoportok ($p < 0,05$). Legnagyobb gyakoriság a misztika és vallás híján boldogulók (90,7%: alkoholfogyasztás, 70,5%: nagyivás) mellett a vallást elutasítókra (87,3%: alkoholfogyasztás, 70,9%: nagyivás) jellemző. Ugyanakkor a legalacsonyabb értékek a vallásos/spirituális csoportban fordultak elő. A *marihuána-fogyasztás* – ugyan statisztikailag szintén nem érte el a szignifikancia szintet ($p = 0,08$) – a vallást elutasítók körében volt a leggyakoribb (20%), azonban őket a vallásos csoport követte (17,8%). Legjobbnek két csoport minősítette *saját egészségét*: a vallásos/spirituális csoport, valamint a misztika/vallás híján boldoguló fiatalok. Érdemes kiemelni, hogy tanulmányi eredményük ugyanezt a

besorolást tükrözte ($p < 0,001$). A vallást elutasítók nemcsak egészségüket értékelték rosszabbnak, de tanulmányi eredményük is a legalacsonyabbnak bizonyult (69. táblázat).

68. táblázat. A középiskolás minta szegmentálása a vallásos/spirituális változók alapján (ún. K-átlagalapú klaszteranalízis)

Változók	1. klaszter	2. klaszter	3. klaszter	4. klaszter
Vallásosság szintje (terjedelem: 1-7, átlag: 2,42, szórás: 1,47)	1	3	4	2
Vallásosság fontossága (terjedelem: 3-12, átlag: 6,25, szórás: 2,45)	4,64	6,82	8,77	4,47
<i>New age</i> hiedelmek (terjedelem: 8-16, átlag: 11,86, szórás: 2,52)	10,53	12,45	13,71	11,35
Tradicionalis vallási hitrendszer (terjedelem: 7-14, átlag: 10,87, szórás: 2,39)	9,07	11,89	13,11	9,70
Vallási jóllét (terjedelem: 5-25, átlag: 12,59, szórás: 4,27)	8,42	13,75	18,41	9,42
Egzisztenciális jóllét (terjedelem: 9-25, átlag: 19,18, szórás: 3,73)	14,36	17,59	21,74	22,21
Templomba járás (terjedelem: 1-6, átlag: 1,71, szórás: 0,98)	1	2	3	1
Imádkozás (terjedelem: 1-6, átlag: 1,91, szórás: 1,22)	1	2	3	1
Szegmens elnevezése	<i>Vallást elutasító nem hívők csoportja</i>	<i>Vallásra/spiritualitásra nyitott csoport</i>	<i>Vallásos/spirituális csoport, „hívők”</i>	<i>Misztika és vallás híján boldogulók csoportja</i>
Megoszlásuk a mintában (%)	8%	23%	14%	20%

69. táblázat. A fiatalok valláshoz való viszonyulásának kategóriái és a szerfogyasztásuk, egészségük önértékelése és tanulmányi átlaguk közötti összefüggések

%	<i>Vallást elutasító nem hívők csoportja</i>	<i>Vallásra/ spiritualitásra nyitott csoport</i>	<i>Vallásos/spirituális csoport, „hívők”</i>	<i>Misztika és vallás hiján boldogulók csoportja</i>
Dohányzás				
Nem	35,1	33,3	34,7	26,1
Igen	64,9	66,7	65,3	73,9
Szignifikancia	Chi-négyzet = 1,868 (d.f. = 3) p = 0,600			
Alkoholfogyasztás				
Nem	12,7	18,7	24,4	9,3
Igen	87,3	81,3	75,6	90,7
Szignifikancia	Chi-négyzet = 10,149 (d.f. = 3) p = 0,017*			
„Nagyivás”				
Nem	29,1	36,7	48,9	29,5
Igen	70,9	63,3	51,1	70,5
Szignifikancia	Chi-négyzet = 10,043 (d.f. = 3) p = 0,018*			
Marihuána				
Nem	80,0	91,3	82,2	87,6
Igen	20,0	8,7	17,8	12,4
Szignifikancia	Chi-négyzet = 6,625 (d.f. = 3) p = 0,085			
Egészség önértékelése				
Kiváló	9,1	12,7	34,4	25,6
Jó	52,7	60,7	48,9	57,1
Elfogadható	36,4	23,3	14,4	13,2
Rossz	1,8	3,3	2,2	0,8
Szignifikancia	Chi-négyzet = 34,470 (d.f. = 3) p = 0,000***			
Tanulmányi átlag				
4-5-ös	3,6	6,7	20,0	10,1
3-4-es	30,9	40,0	48,9	48,8
2-3-as	63,6	53,3	30,0	40,3
1-2-es	1,8	0	1,1	0,8
Szignifikancia	Chi-négyzet = 30,267 (d.f. = 9) p = 0,000***			

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

***p<0,001

A lelki egészség mutatói (70. táblázat) közül valamennyi eltérés jelentős az egyes csoportok között ($p < 0,001$). A hívők csoportjába tartozó fiatalok mellett a vallás hiján boldogulók a legoptimistábbak. Az életükkel a vallás hiján boldogulók a legelégedettebbek, de őket szinte ugyanolyan átlagértékkel a hívők követik. A vallás elutasítók a legkevésbé optimisták és az életükkel is a legkisebb mértékben elégedettek. A belső kontroll az előzőekhez hasonló képet mutat, a külső kontroll viszont éppen a fordítottját: a nem hívők vélekednek úgy leginkább, hogy életünk eseményei külső környezetünktől és nem saját döntéseinktől függenek. Legkevésbé a vallás hiján boldogulók körében fordulnak elő depressziós tünetek, őket a hívők követik, a nem hívők depresszió-szintje pedig messze a legmagasabb. Az agresszív viselkedés különböző formái közül a verbális agresszióban nem volt eltérés a csoportok között ($p > 0,05$). Egyértelműen kitűnt azonban, hogy a fizikai agresszió a vallást elutasítók csoportjában

dc_310_11

a legnagyobb mértékű, míg a haragra a vallásos fiatalok kevésbé hajlamosak, mint a nem hívők ($p < 0,05$).

70. táblázat. A fiatalok lelki egészségének jellemzői a valláshoz való viszonyulásuk kategóriái szerint

Átlag (szórás)	Vallást elutasító nem hívők csoportja	Vallásra/spiritualitásra nyitott csoport	Vallásos/spirituális csoport, „hívők”	Misztika és vallás híján boldogulók csoportja
Optimizmus LOT (átlag: 27,64) (szórás: 5,02)	24,90 (4,63)	26,29 (4,79)	29,54 (5,14)	29,00 (4,40)
Szignifikancia ^a	F-érték = 18,230 p = 0.000***			
Belső kontroll (átlag: 6,96) (szórás: 2,13)	6,12 (2,20)	6,55 (2,04)	7,80 (2,09)	7,24 (2,00)
Szignifikancia ^a	F-érték = 10,254 p = 0.000***			
Külső kontroll (átlag: 6,04) (szórás: 2,13)	6,87 (2,20)	6,45 (2,04)	5,20 (2,09)	5,76 (2,00)
Szignifikancia ^a	F-érték = 10,254 p = 0.000***			
Depresszió CDI (átlag: 7,01) (szórás: 7,32)	12,23 (9,46)	8,13 (7,36)	5,49 (6,24)	4,53 (5,30)
Szignifikancia ^a	F-érték = 18,141 p = 0.000***			
Élettel való elégedettség SWL (átlag: 22,28) (szórás: 6,07)	17,98 (5,95)	20,60 (5,32)	24,45 (6,18)	24,52 (5,27)
Szignifikancia ^a	F-érték = 26,544 p = 0.000***			
Fizikai agresszió (átlag: 22,89) (szórás: 6,69)	25,98 (7,05)	22,43 (6,19)	22,21 (7,34)	22,64 (6,36)
Szignifikancia ^a	F-érték = 4,388 p = 0.005**			
Verbális agresszió (átlag: 15,08) (szórás: 3,43)	15,61 (3,74)	14,81 (3,34)	14,85 (3,59)	15,31 (3,29)
Szignifikancia ^a	F-érték = 1,055 p = 0.368			
Harag (átlag: 17,29) (szórás: 5,15)	19,25 (5,69)	18,15 (4,64)	16,95 (5,25)	17,29 (5,28)
Szignifikancia ^a	F-érték = 2,920 p = 0.034*			

^aANOVA * $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Végül, a 71. táblázat összegezve az előzőeket, komplex módon mutatja be az eddigi statisztikai elemzések eredményei alapján a csoportkategóriákat.

71. táblázat. A fiatalok csoportkategóriáinak leírása a valláshoz való viszonyulás, a lelki egészség és egyéb szociodemográfiai jellemzők alapján

<i>Leírás</i>	Vallást elutasító nem hívők csoportja	Vallásra/spiritualitásra nyitott csoport	Vallásos/spirituális csoport, „hívők”	Misztika és vallás híján boldogulók csoportja
<i>Valláshoz való viszonyulás</i>	A vallásosság egyáltalán nem fontos számukra, vallási aktivitás nem jellemző rájuk, a hittételek elfogadása is alacsony szintű	A vallásosság szintje közepes, a fontossága is kicsit meghaladja az átlagot, csakúgy, mint a vallásos hittételek elfogadása, vallási aktivitásuk és jóllétük is. Nyitottak, néha gyakorolják is vallásukat, de nem igazán aktívak	A vallásosság szintje magas, és fontosnak is tartják a vallást mindennapi életükben, a vallásos hittartalmak (mind a tradicionális, mind a <i>New age</i>) elfogadottak számukra, vallási aktivitásuk magas, ami hozzájárul spirituális jóllétükhöz	A vallásosság szintje alacsony, a fontossága viszont a minimális ebben a csoportban, szintén alacsony a vallási hitelemek elfogadottsága, vallási aktivitásuk gyakorlatilag nincs, vallási jóllétük alacsony, egzisztenciális jóllétük viszont a legmagasabb
<i>Lelki egészség</i>	Viszonylag magas alkohol és drogfogyasztás mellett egészségi állapotuk megítélése a legkedvezőtlenebb, életükkel elégedetlenek, magas a depresszió-pontszámuk, nem jellemző rájuk az optimizmus, inkább a külső kontrollban bíznak, és jellemző rájuk a fizikai agresszió és a haragra való hajlam	A káros szenvedélyek gyakorisága átlagos szintű, azonban a drogfogyasztás a legalacsonyabb, hajlamosabbak külső kontrollra, élettel való elégedettségük és optimizmusuk kicsivel az átlag alatt van, depresszió pontszámuk valamivel az átlag fölötti	Az alkoholfogyasztás és a dohányzás a legalacsonyabb gyakoriságú, ami azonban nem érinti a drogfogyasztást, egészségi állapotuk a legjobb, elégedettek az életükkel, optimisták, belső kontrollal rendelkeznek, nem hajlamosak depresszióra, sem haragra vagy az agresszió más formáira	A dohányzás, de főleg az alkoholfogyasztás magas szintje mellett, az élettel való elégedettségük a legmagasabb, a depresszió a legritkább, optimisták és belső kontrollal rendelkeznek, egészségüket is jónak tartják
<i>Szocio-demográfiai és egyéb jellemzők (tanulmányi eredmény, társadalmi helyzet)</i>	A tanulmányi átlaguk a legrosszabb, nagyrészt a felső társadalmi osztályba tartoznak (40%), de sokan az alsó osztályból is ide kerültek (27%), legkevésbé a középosztályból	Tanulmányi eredményük átlagos, de igazán rossz tanulók nincsenek közöttük, a legszélesebb középosztály (felső- és alsó-közép is) rétegei tartoznak ide	A legjobb tanulmányi eredményt mutatják fel; a legtöbb alsó társadalmi osztályba tartozó fiatal ebbe a csoportba került, de sokan vannak a felső osztályból is, jellemző egy U-alakú összefüggés	A második helyen állnak a tanulmányi eredményük alapján; főként a felső (40%) és felső-közép osztályból kerültek ide a legtöbben (40%)

Összegzés:

A modern, individualista társadalmakban, ahol az egyéni értékrendek válnak uralkodóvá, vallásosságunk, spiritualitásunk is *egyéni arculatot* ölt, mindenki a maga individuális értékrendjének és világvéleményének vetületében találja meg a vallásgyakorlás egyéni formáit. Így van ez nemzetközi viszonylatban (vö. Sheldrake, 1992; Zinnbauer és mtai, 1997) és hazánkban (vö. Földvári, 2003; Tomka, 1996) is. Különösen az USA-ban fontos szelete a társadalmi valóságnak a vallás, s ezért igen gyakran kerül kutatások fókuszába is a fiatalok vallásossága. Az *intézményesült vallásosság* szerepének csökkenése ma már általános tendencia a nyugati típusú társadalmak fiataljai körében (Good és Willoughby, 2011), azonban az amerikai fiatalok esetében a hetvenes évektől kiindulva nagyjából hasonló gyakoriságok figyelhetők meg a vallási aktivitás terén: 32,8%-uk vesz részt hetente legalább egyszer istentiszteleten.⁸ Ezzel szemben hazai adatok a vallásgyakorlás csökkenő, majd stagnáló tendenciáit jelzik, bár a hittartalmak terén növekedés igazolható.⁹ Mindez azt jelenti, hogy bár az intézményes keretek között gyakorolt vallásosság valamelyest csökken ugyan, a „maguk módján” vallásosak aránya viszont inkább emelkedő. A hazai, 15-29 éves fiatalok 4%-a jár hetente legalább egyszer templomba¹⁰, ez az arány a saját kutatásunkban 4,7%. A havi rendszerességű vagy annál gyakoribb templomba járás egy budapesti középiskolás mintában 22,7%¹¹, a szegedi mintában ez az érték 20,5%. Saját mintánk vallási aktivitása tehát nem tér el jelentősen sem az országos reprezentatív vizsgálatok eredményeitől, sem pedig más, hazai kutatások eredményeitől. Ellenben jóval elmarad az amerikai fiatalok gyakorisági értékeitől (pl. a naponta imádkozók 40%-ához képest ez az érték a saját mintánkban 2,9%). A vallás fontossága is hasonló képet mutat: az amerikai fiatalok mintegy 32%-a számára nagyon fontos a vallás, saját kutatásunkban ez az érték 7,2%.

A magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekei általában nagyobb vallási aktivitást mutatnak, amit jelen vizsgálatban nem sikerült maradéktalanul igazolni, azonban kétségtelen, hogy a szülők *felsőfokú végzettsége* valamelyest itt is számított. Ehhez hasonlóan a *lányok* nagyobb aktivitása is részben igazolható: főként a templomba járás gyakoriságában vehető észre a lányok fölénye, bár a vallásosság szintjében nem volt eltérés, és a vallási hovatartozásban vagy a vallás fontosságának megítélésében sem. Érdekes még azt is kiemelni, hogy a lányok

⁸ Child trends 2011. Religiosity. <http://www.childtrendsdatabank.org/alphalist?q=node/145> Letöltve: 2011.08.02

⁹Rosta Gergely: Változó vallásosság Magyarországon.

http://forsense.hu/content/RostaGergely_ValtozovallasossagMagyarorszagon.pdf Letöltve: 2011.08.02.

¹⁰ ifjusag2008-gyorsjelentes.pdf Letöltve: 2011.08.02.

¹¹ Winkler Mónika: A fiatalok valláshoz való viszonya. A „Da Vinci-kód” vallásszociológiai hatásvizsgálata középiskolások körében. XXVIII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia. Társadalomtudományi Szekció. http://www.zskf.hu/uploaded/akabai/Winkler_dolgozat.pdf Letöltve 2011.08.20.

többben hittek szinte valamennyi hiedelemben, főként azonban a *New age* hiedelmekben (például átok, jövendőmondás, telepátia). A *fiúk* számára a *tradicionális vallási hittartalmak* fontosabbak a spirituális jóllétük meghatározásában, valamint – bár ritkábban járnak – a templomba járás gyakorisága is. A lányok számára az imádkozás mellett a *New age* spiritualitás lényegesebb szerepet játszik. A hittartalmak gyakoriságára kapott értékek egyébként általában nagyobbak a hazai kutatási eredményeknél, bár lényegesen alatta maradnak az amerikai adatoknak.

A *társadalmi helyzet* vonatkozásában a magukat felső társadalmi osztályba soroló fiatalok neveztek meg legtöbben felekezetet, azaz „névlegesen” ezek a családok fontosnak tartják a megkeresztelkedést. Ugyanakkor az ő vallási aktivitásuk szinte a legalacsonyabb, ritkán járnak templomba és a legritkábban imádkoznak. A kategorizáció alapján ez az összefüggés még jobban megerősítést nyert. A négy kategória (vallást elutasító nem hívők; vallásra/spiritualitásra nyitottak; vallásos/ spirituális hívők; misztika és vallás híján boldogulók) nagyjából lefedi a *Lambert* által leírt csoportokat: világi humanizmus; hitvalló kereszténység; kulturális kereszténység; és egy olyan csoport, amelyik nem tudja, mit gondoljon (Földvári, 2003).

A kategóriákkal kapcsolatban a következő érdekességeket kell kiemelnünk: 1) A vallást egyértelműen elutasítók aránya a mintában mindössze 8%, ennél jóval többen vannak, akik nem aktív vallásgyakorlók ugyan, de nyitottak a vallásra/spiritualitásra, és ha máshogy nem is, a „maguk módján” gyakorolják azt. 2) A hívők aránya 14%-ra tehető, ez a hazai országos kutatásban 2008-ban 7%, 2000-ben 10%-nak bizonyult¹², egy budapesti középiskola diákjai körében pedig 20% volt 2007-ben.¹³ Ugyanakkor az adatok alapján arra következtethetünk, hogy a tradicionális hittartalmak mellett ezen fiatalok elfogadják a *New age* számos elemét is, különösen a lányok. Számukra tehát összeegyeztethető a kétfajta hiedelem, sőt, az utóbbi spirituális jóllétükhöz is hozzájárul. 3) A misztika/vallás híján boldogulók egzisztenciális jóllét értéke a legmagasabb. Ők tehát valami másban találnak az élet értelméhez hozzájáruló életcélokat, értékeket. 4) Az önmagukat alsó társadalmi osztályba sorolók között vannak a legtöbben a hívők, de a vallást teljesen elutasítók is viszonylag magas százalékban vannak jelen; a felső társadalmi osztályba tartozók között viszont nemcsak a nem hívők vannak a legtöbben, hanem a misztika/vallás híján boldogulók is.

¹² ifjusag2008-gyorsjelentes.pdf Letöltve: 2011.08.02.

¹³ Winkler Mónika: A fiatalok valláshoz való viszonya. A „Da Vinci-kód” vallásszociológiai hatásvizsgálata középiskolások körében. XXVIII. Országos Tudományos Diákköri Konferencia. Társadalomtudományi Szekció. http://www.zskf.hu/uploaded/akabai/Winkler_dolgozat.pdf Letöltve 2011.08.20.

Eredményeink azt mutatják, hogy a *hívő csoportba tartozó* fiataloknak nemcsak vallási jólléte magas szintű és tanulmányi eredménye kitűnő, hanem lelki egészsége is, hiszen alacsony depresszió-pontszám, az étellel való nagyfokú elégedettség, optimizmus, belső kontroll, valamint a dohányzás és alkoholfogyasztás alacsony gyakorisága jellemző rájuk. A vallásosság/spiritualitás tehát *védőfaktor*ként funkcionál e fiatalok számára, hasonlóan korábbi kutatásokhoz (vö. Cotton és mtsai, 2005). A vallásra/spiritualitásra nyitott fiatalok nem élveznek olyan szintű védekezést, mint az előző csoport, de például a drogfogyasztás náluk bizonyult a legalacsonyabbnak, még az előző csoporthoz viszonyítva is. Kérdés, hogy vajon ők miért nem gyakorolják aktívabban vallásukat, hiszen nyitottak lennének rá.

A *vallást elutasítók* védekezésének hiánya nyilvánvaló az adatokból: ebben a csoportban volt a legmagasabb az alkohol- és drogfogyasztás, leggyakoribb a depresszió, és életükkel is a legkevésbé elégedettek. A vallásban nem találnak megoldást életproblémáikra, de valószínűleg másban sem. Ilyen értelemben ők a *legveszélyeztetettebbek*. Ezzel szemben a *misztika/vallás híján boldogulók* a legelégedettebbek az életükkel, lelki egészségük is kiváló, bár kissé *hedonista* karakterisztikát tükröz a dohányzás és alkoholfogyasztás viszonylag magas aránya. Egzisztenciális jóllétük magas szintű, aminek forrása azonban nem a vallás/spiritualitás. Érdeemes kiemelni azt is, hogy valószínűleg anyagi téren is a legjobb helyzetben lévő fiatalokról lehet szó (a felső, felső-közép osztálybeli besorolás alapján). Talán ezek a mának élő, „*carpe diem*” szemléletű fiatalok úgy érzik, nincs szükségük a végső kérdés megválaszolására.

Összességében arra következtethetünk, hogy a középiskolások vallásossága/spiritualitása sokszínű és összefügg lelki egészségükkel, egészségmagatartásukkal, amelyben a modern, individualista fogyasztó társadalom sajátosságai is tükröződnek.

III.7. MAKÓI IFJÚSÁGKUTATÁS 2010

III.7.1. Célkitűzések

A kutatás célja az ún. mértékadó (*authoritative*) szülői bánásmód, a negatív és pozitív szülői kapcsolat, valamint a serdülők dohányzása, alkoholfogyasztása és depressziós tünetegyüttese közötti összefüggések elemzése volt. Feltételeztük, hogy ez a szülői nevelési stílus és a pozitív szülői azonosulás egyfajta védőfaktoroként funkcionál, azaz alacsonyabb szerfogyasztással és depresszió-pontszámmal jár együtt. Ugyanakkor a negatív családi kapcsolatokat, konfliktusokat kockázatot emelő faktorként vannak jelen. Feltételeztük, hogy az életprevalenciához viszonyítva a havi prevalencia – mint kurrens szerfogyasztási státusz – esetében az összefüggések erőteljesebben nyilvánulnak meg. Harmadrészt kíváncsiak voltunk, vannak-e nemek szerinti eltérések a szerfogyasztásban és a depressziós tünetek előfordulásában, illetve a szülői bánásmód/positív szülői azonosulás védő erejében. Míg a szerfogyasztás gyakoriságát tekintve nem vagy csak alig számítottunk nemek szerinti különbségekre, a depressziós tünetek nagyobb gyakoriságára számítottunk a lányok körében. Ugyanakkor a protektív erőben nagyobb eltérést feltételeztünk, mivel korábbi vizsgálatok is azt mutatták, hogy van nemenkénti eltérés a problémaviselkedések rizikó- és protektív struktúrájában. A szerfogyasztással összefüggésben feltételeztük, hogy a szülői bánásmód kontrollra utaló szempontjai kevésbé érvényesülnek a kései serdülőkorban, mint a korai serdülők körében. A depresszióval kapcsolatban pedig arra számítottunk, hogy különösen az ellenkező nemű szülő szerepe a két nemre eltérően érvényesül.

III.7.2. Minta és módszerek (7. melléklet)

A felmérést Makó és a környező kistérség összes alap- és középfokú oktatási intézményében végeztük 2010 tavaszán. A falusi iskolák közül értelemszerűen azokat az intézményeket vontuk be, ahol még fennmaradt a felső tagozat, azaz az 5-8. osztály. Így a mintánk reprezentálja az egész várost, hiszen az ott működő összes oktatási intézmény bevonásával végeztük kutatásunkat, azonban ezen felül hűen tükrözi egy kistérség falusi serdülőkorú populációját is, mivel a térség összes általános iskoláját is bevontuk programunkba. A minta tervezett elemszáma 2394 fő volt, a végső elemszám 2072 fő volt, a kettő közötti differencia a hiányzásokból adódott. A válaszadási arány így 86,5 %-os lett. A 2072 főből 348 fő, 16,8 % a térségi falvak iskoláiban tanul, 1724 fő, 83,2 % pedig Makón végzi iskolai tanulmányait. A

korosztály 7-12. osztályos tanulókig terjedt. Az életkor minimuma 12, maximuma 22 év volt. A nemek megoszlása: 49,2% fiú, 50,8% lány; 38,1% tanul általános iskolában és 61,9% középiskolában.

A kutatás önkitöltéses kérdőívek segítségével történt, teljes körű anonimitást biztosítva a résztvevőknek. A kérdőív első pár kérdése a *szociodemográfiai* változókat mérte fel, ezeket követték a *dohányzással* és *alkoholfogyasztással* kapcsolatos kérdések (Kann, 2001) A dohányzó magatartást a következőképpen mértük: először is a dohányzás életprevalenciájára kérdeztünk rá: „Dohányoztál-e, illetve kipróbáltad-e valaha a dohányzást?” Majd rákérdeztünk a havi prevalenciára, amelynél 7 válaszlehetőség volt adott: 1) egyáltalán nem; 2) 1 vagy 2 napon; 3) 3-5 napon; 4) 10-19 napon; 5) 20-29 napon; 6) mindennap. Az utóbbi változót a logisztikus regresszióelemzéshez dichotomizáltuk, amely így a kurrens szerfogyasztást jellemezte (nemdohányzó és dohányzó = fogyasztott cigarettát az elmúlt hónapban, mennyiségtől függetlenül). Az alkoholfogyasztást szintén az életprevalencia (valaha) és a havi prevalencia alapján mértük; az utóbbi esetében a gyakoriságok a következők voltak: 1) semennyit az elmúlt hónapban; 2) kevesebb, mint egy pohárral; 3) egy pohárral, egy-egy alkalommal; 4) 2 pohárral; 5) 3 pohárral; 5) 4 pohárral; 6) 5 vagy több pohárral. A havi prevalencia változót itt is dichotomizáltuk (egyáltalán nem fogyasztott/fogyasztott, mennyiségtől függetlenül).

A depressziós tünetegyüttes mérésére a *Child Depression Inventory* (CD) magyar nyelvre adaptált, rövidített változatát alkalmaztuk (Kovács, 1992; Rózsa és mtsai, 1999). Az egyes állítások közül valamennyi egy meghatározott tünetre kérdezett rá (pl. szomorúság). A válaszok kódjai a következők voltak: 0, 1, 2. A jelen mintával a skála megbízhatóságát jellemző Cronbach alfa értéke 0,74 lett. A rövidített skálapontokat összeadás után 3,375-tel szoroztuk meg összehasonlítás céljából (az eredeti 27 állítást tartalmazó CDI osztva a rövidített 8 állítást tartalmazó verzióval = 3,375). Jelen mintában az átlag és a szórás ennek megfelelően a következő értékeket kapta: átlag = 8,28; szórás = 8,79. A megoszlás felső 10%-át jelző ún. *cut-off érték* 20 lett, hasonlóan korábbi szegedi mintán végzett elemzésünkhöz.

A szülői nevelési stílust mérő Mértékadó Nevelés Index (*Authoritative Parenting Index*) két alszálát foglal magába: a *reflektáló* (pl. „Anyá/apa meghallgatja, amit mondani szeretnék”) és a *követelő* (pl. „Anyá/apa tudja, hogy hol tartózkodom iskola után”) szülői bánásmódot jellemző skálákat (Jackson, Henriksen és Foshee, 1998). Az előbbi 9, az utóbbi 7 állítást tartalmaz, 4 válasz-fokozattal („egyáltalán nem értek egyet”, „kevésbé értek egyet”, „részben egyetértek”, „teljes mértékben egyetértek”). A skálát kutatócsoportunk fordította és adaptálta magyar nyelvre, amit korábbi kutatásunkban már alkalmaztunk (Brassai és Pikó,

2008). A válaszokat alszkálánként összesítettük. Az elfogadó bánásmód alszkálán elérhető maximum pontszám 27, az ellenőrző bánásmód alszkálán elérhető maximum pontszám pedig 21. A szülői indexeket külön alkalmaztuk az anya és külön az apa esetében. Mintánkon a skálák megbízhatóságát mérő Cronbach alfa értékek az anyai alszkálák esetében a következők voltak: 0,75 (reflektáló bánásmód) és 0,70 (követelő bánásmód), míg az apai alszkálák esetében: 0,75 (reflektáló bánásmód) és 0,77 (követelő bánásmód). Az eredeti skálával végzett megbízhatósági elemzések amerikai mintákon 0,65-0,83 közötti értékeket mutattak, átlagban azonban nem tértek el a saját mutatóinktól (Jackson, Henriksen és Foshee, 1998).

A negatív családi kapcsolatok gyakoriságát mérő Negatív Családi Kapcsolatok (*Negative Family Interactions*) skála – csakúgy, mint a következő skála – az ún. *Family Management Study* (Furstenberg és mtsai, 1990) négy kérdését tartalmazta, amelyek a következők voltak: „Az elmúlt hónapban hányszor 1) kiabáltak veled a szüleid? 2) kritizálták a szüleid az ötleteidet? 3) helyezték szüleid előtérbe saját szükségleteiket, igényeiket, mint a tiédet? 4) ütöttek meg a szüleid?” A válaszlehetőségek a következők voltak: „sohasem”, „havonta 1-2-szer”, „havonta 3-4-szer”, „hetente többször” és „majdnem mindennap”. A skála megbízhatóságát mérő Cronbach alpha értéke 0,78 volt. A pozitív szülői azonosulás mértékének megállapítása az ún. Pozitív Szülői Azonosulás (*Positive Identification with Parents*) skála segítségével történt, amely a következő négy kérdést tartalmazta: 1) „Mi a véleményed, mennyire állsz közel szüleidhez (érzelmileg)?” 2) „Mennyire tiszteld szüleidet?” 3) „Mennyire szeretnél olyan felnőtt lenni, mint a szüleid?” és 4) „Milyen gyakran szerveztek te és a szüleid közös programokat?” A Cronbach alpha értéke 0,76 volt a saját mintával. Noha a saját fordításon alapuló skálákat korábban magyar mintákon még nem alkalmaztuk, ezek az értékek az amerikai mintákon végzett megbízhatósági mutatókhoz képest nagyobbak voltak (0,60 körüli alfa értékek) (Gutman és mtsai, 2010).

III.7.3. Eredmények és megbeszélések

III.7.3.1. A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából

A 72. táblázatban a dohányzás és alkoholfogyasztás élet- és havi prevalencia értékeit láthatjuk a teljes mintában, valamint nemenként és iskolatípusonként (általános és középiskolás megoszlásban). Egyik esetben sem találtunk nemenkénti eltéréseket, azaz nem volt jelentős különbség sem a dohányzás, sem pedig az alkoholfogyasztás előfordulásában a fiúk és lányok között. A középiskolások esetében viszont mind a havi, mind pedig az életprevalencia tekintetében jóval nagyobb gyakorisági értékeket tapasztaltunk.

[72. táblázat]

A 73. táblázat a szülői nevelési stílus jellemzőinek leíró statisztikáját mutatja be az előzőhöz hasonló megoszlásokban. A nemenkénti eltéréseket tekintve megállapíthatjuk, hogy az anyai bánásmódban van egyedül eltérés: a lányokra inkább jellemző, hogy anyjuk reflektáló és követelő bánásmódban részesíti őket, ugyanez az apai nevelési stílussal kapcsolatban nem igazolható. Az általános iskolásokra jellemzőbb a szülők követelő, valamint az anya reflektáló bánásmódja, ezenkívül szintén jellemzőbb rájuk a pozitív azonosulás a szülőkkel.

[73. táblázat]

A 74-75. táblázatokban láthatók a dohányzást befolyásoló szülői változók befolyását jellemző esélyhányadosok. A negatív családi kapcsolatok rizikófaktoroként hatnak, a többi változó viszont potenciális védőfaktor. Az életprevalenciát tekintve jelentős nemek szerinti eltérések nem voltak, valamennyi szülői változó esélyhányadosa szignifikánsnak bizonyult, hasonlóan a teljes mintához. A középiskolásokhoz képest viszont az általános iskolások körében a szülők követelő bánásmódja nem hat protektív faktorként. A havi prevalenciát tekintve a szülői követelő bánásmód egyik esetben (fiúk/lányok, középiskolások/általános iskolások, teljes minta) sem volt meghatározó.

[74-75. táblázatok]

Az 76-77. táblázatok az alkoholfogyasztással kapcsolatos összefüggéseket mutatják be. Látható, hogy a dohányzáshoz képest kevesebb a szignifikáns eredmény a teljes minta kivételével. A fiúk esetében egyedül csak a szülők követelő bánásmódja védőfaktor. A lányok esetében viszont az apa követelő bánásmódja nem nyújt védelmet, ellenben az összes többi változóval szignifikáns a kapcsolat. Az általános iskolások esetében kiemelt figyelmet érdemel, hogy míg a negatív családi kapcsolatok rizikóhatást jelentenek, egyik szülői változó sem bizonyult védőfaktornak. A középiskolások esetében viszont a szülők reflektáló bánásmódja meghatározó. A havi prevalenciát tekintve erőteljesebbek az összefüggések az életprevalenciához képest, a teljes mintában, valamint nemenkénti bontásban is valamennyi összefüggés statisztikailag szignifikáns. Eltérés főként abban mutatkozik, hogy az általános iskolások körében a szülők követelő bánásmódja nem funkcionál védőfaktorként, viszont a középiskolások körében igen. A pozitív szülői azonosulás ezzel ellentétben a középiskolások számára nem jelent védelmet.

[76-77. táblázatok]

72. táblázat. A dohányzás és az alkoholfogyasztás élet- és havi prevalencia értékei nemenként és iskolatípusonként

	Fiúk	Lányok	Összesen	Középiskolások	Általános iskolások
<i>Dohányzás életprevalencia</i>					
Nem	36,2%	36,8%	36,5%	28,5%	49,2%
Igen	63,8%	63,2%	63,5%	71,5%	50,8%
Pearson Szignifikancia	Chi-négyzet = 0,064 p > 0,05			Chi-négyzet = 88,966 p < 0,001	
<i>Dohányzás havi prevalencia</i>					
Nem	62,8%	66,1%	64,4%	56,9%	76,5%
Igen	37,2%	33,9%	35,6%	43,1%	23,5%
Pearson Szignifikancia	Chi-négyzet = 2,466 p > 0,05			Chi-négyzet = 81,473 p < 0,001	
<i>Alkohol életprevalencia</i>					
Nem	9,4%	8,0%	8,7%	4,9%	14,7%
Igen	90,6%	92,0%	91,3%	95,1%	85,3%
Pearson Szignifikancia	Chi-négyzet = 1,178 p > 0,05			Chi-négyzet = 58,962 p < 0,001	
<i>Alkohol havi prevalencia</i>					
Nem	37,0%	37,4%	37,3%	25,3%	56,8%
Igen	63,0%	62,6%	62,7%	74,7%	43,2%
Pearson Szignifikancia	Chi-négyzet = 0,042 p > 0,05			Chi-négyzet = 206,558 p < 0,001	

73. táblázat. A szülői nevelési stílus jellemzőinek leíró statisztikája nemenként és iskolatípusonként

	Fiúk <i>Átlag (szórás)</i>	Lányok <i>Átlag (szórás)</i>	<i>t-érték</i> <i>szignifikancia</i>	Középiskolások <i>Átlag (szórás)</i>	Ált. iskolások <i>Átlag (szórás)</i>	<i>t-érték</i> <i>szignifikancia</i>
Negatív családi kapcsolatok	6,53 (2,67)	6,40 (2,50)	t = 1,904 p > 0,05	6,48 (2,54)	6,44 (2,64)	t = 0,312 p > 0,05
Pozitív szülői azonosulás	10,83 (2,01)	10,88 (1,94)	t = -0,578 p > 0,05	10,76 (1,92)	10,99 (2,04)	t = -2,494 p < 0,05
Anya reflektáló bánásmódja	27,70 (4,33)	28,36 (5,14)	t = -2,974 p < 0,01	27,91 (4,95)	28,22 (4,47)	t = -1,388 p > 0,05
Anya követelő bánásmódja	15,10 (4,45)	15,48 (4,24)	t = -1,928 p < 0,05	14,68 (4,26)	16,31 (4,31)	t = -8,201 p < 0,001
Apa reflektáló bánásmódja	26,22 (5,12)	26,52 (5,63)	t = -1,184 p > 0,05	25,97 (5,50)	27,00 (5,19)	t = -3,845 p < 0,001
Apa követelő bánásmódja	13,86 (4,98)	13,64 (4,81)	t = 0,952 p > 0,05	13,19 (4,67)	14,69 (5,11)	t = -6,389 p < 0,001

74. táblázat. A szülői nevelési stílus összefüggése a dohányzás életprevalencia értékeivel (Bináris logisztikus regresszió eredményei)

	Fiúk OR ^a (95% CI) ^b	Lányok OR (95% CI)	Középiskolások OR (95% CI)	Általános iskolások OR (95% CI)	Teljes minta OR (95% CI)
Negatív családi kapcsolatok	1,13 (1,07 – 1,19)***	1,16 (1,10 – 1,24)***	1,13 (1,05 – 1,18)***	1,19 (1,12 – 1,27)***	1,15 (1,10 – 1,19)***
Pozitív szülői azonosulás	0,86 (0,80 – 0,92)***	0,85 (0,80 – 0,91)***	0,86 (0,81 – 0,92)***	0,85 (0,79 – 0,92)***	0,85 (0,81 – 0,90)***
Anya reflektáló bánásmódja	0,94 (0,91 – 0,97)***	0,93 (0,91 – 0,96)***	0,94 (0,91 – 0,97)***	0,93 (0,90 – 0,96)***	0,93 (0,91 – 0,95)***
Anya követelő bánásmódja	0,93 (0,90 – 0,96)***	0,95 (0,92 – 0,98)***	0,94 (0,92 – 0,97)***	0,97 (0,94 – 1,00)	0,94 (0,92 – 0,96)***
Apa reflektáló bánásmódja	0,95 (0,93 – 0,98)***	0,94 (0,91 – 0,96)***	0,95 (0,93 – 0,98)***	0,94 (0,92 – 0,97)***	0,94 (0,93 – 0,96)***
Apa követelő bánásmódja	0,96 (0,93 – 0,98)**	0,96 (0,94 – 0,99)*	0,96 (0,93 – 0,99)**	0,99 (0,96 – 1,02)	0,96 (0,94 – 0,98)***

^aOR = Esélyhányados ^b95% CI = 95%-os Konfidencia Intervallum

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

75. táblázat. A szülői nevelési stílus összefüggése a dohányzás havi prevalencia értékeivel (Bináris logisztikus regresszió eredményei)

	Fiúk OR ^a (95% CI) ^b	Lányok OR (95% CI)	Középiskolások OR (95% CI)	Általános iskolások OR (95% CI)	Teljes minta OR (95% CI)
Negatív családi kapcsolatok	1,14 (1,09 – 1,20)***	1,10 (1,06 – 1,17)***	1,11 (1,06 – 1,16)***	1,18 (1,11 – 1,25)***	1,13 (1,09 – 1,17)***
Pozitív szülői azonosulás	0,86 (0,80 – 0,92)***	0,90 (0,84 – 0,97)**	0,90 (0,84 – 0,95)***	0,86 (0,79 – 0,93)***	0,88 (0,84 – 0,92)***
Anya reflektáló bánásmódja	0,94 (0,91 – 0,97)***	0,93 (0,91 – 0,96)***	0,95 (0,93-0,97)***	0,90 (0,87 – 0,94)***	0,94 (0,92 – 0,96)***
Anya követelő bánásmódja	0,98 (0,95 – 1,00)	0,99 (0,96 – 1,02)	1,00 (0,97 – 1,03)	1,00 (0,96 – 1,04)	0,98 (0,96 – 1,01)
Apa reflektáló bánásmódja	0,95 (0,92 – 0,97)***	0,93 (0,90 – 0,95)***	0,95 (0,93 – 0,97)***	0,92 (0,89 – 0,95)***	0,93 (0,92 – 0,95)***
Apa követelő bánásmódja	0,99 (0,96 – 1,02)	0,98 (0,95 – 1,01)	0,99 (0,96 – 1,03)	0,99 (0,96 – 1,03)	0,98 (0,97 – 1,00)

^aOR = Esélyhányados ^b95% CI = 95%-os Konfidencia Intervallum

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

76. táblázat. A szülői nevelési stílus összefüggése az alkoholfogyasztás életprevalencia értékeivel (Bináris logisztikus regresszió eredményei)

	Fiúk OR ^a (95% CI) ^b	Lányok OR (95% CI)	Középiskolások OR (95% CI)	Általános iskolások OR (95% CI)	Teljes minta OR (95% CI)
Negatív családi kapcsolatok	1,07 (0,97 – 1,17)	1,18 (1,05 – 1,33)**	1,12 (0,99 – 1,28)	1,10 (1,05 – 1,20)*	1,11 (1,03 – 1,19)**
Pozitív szülői azonosulás	0,96 (0,86 – 1,07)	0,83 (0,74 – 0,94)**	0,90 (0,79 – 1,03)	0,93 (0,84 – 1,02)	0,90 (0,83 – 0,97)**
Anya reflektáló bánásmódja	0,99 (0,94 – 1,04)	0,93 (0,88 – 0,98)**	0,93 (0,88 – 0,99)*	0,98 (0,93 – 1,02)	0,96 (0,92 – 0,99)**
Anya követelő bánásmódja	0,93 (0,89 – 0,98)**	0,95 (0,89 – 0,99)*	0,96 (0,90 – 1,02)	0,96 (0,92 – 1,00)	0,94 (0,91 – 0,97)***
Apa reflektáló bánásmódja	1,00 (0,96 – 1,05)	0,91 (0,86 – 0,95)***	0,92 (0,88 – 0,97)**	1,00 (0,96 – 1,04)	0,96 (0,93 – 0,99)**
Apa követelő bánásmódja	0,93 (0,89 – 0,97)**	0,98 (0,93 – 1,03)	0,98 (0,92 – 1,03)	0,96 (0,93 – 1,00)	0,95 (0,92 – 0,98)**

^aOR = Esélyhányados ^b95% CI = 95%-os Konfidencia Intervallum

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

77. táblázat. A szülői nevelési stílus összefüggése az alkoholfogyasztás havi prevalencia értékeivel (Bináris logisztikus regresszió eredményei)

	Fiúk OR ^a (95% CI) ^b	Lányok OR (95% CI)	Középiskolások OR (95% CI)	Általános iskolások OR (95% CI)	Teljes minta OR (95% CI)
Negatív családi kapcsolatok	1,10 (1,05 – 1,16)**	1,11 (1,06 – 1,17)***	1,10 (1,03 – 1,16)**	1,13 (1,07 – 1,20)***	1,11 (1,06 – 1,17)***
Pozitív szülői azonosulás	0,92 (0,86 – 0,98)*	0,92 (0,87 – 0,99)*	0,95 (0,89 – 1,02)	0,91 (0,85 – 0,98)*	0,93 (0,87 – 0,99)*
Anya reflektáló bánásmódja	0,95 (0,92 – 0,98)**	0,95 (0,92 – 0,97)***	0,96 (0,93 – 0,99)**	0,92 (0,89 – 0,96)***	0,95 (0,92 – 0,97)***
Anya követelő bánásmódja	0,93 (0,91 – 0,96)***	0,94 (0,91 – 0,97)***	0,95 (0,92 – 0,98)***	0,97 (0,94 – 1,00)	0,94 (0,91 – 0,97)***
Apa reflektáló bánásmódja	0,96 (0,93 – 0,99)**	0,93 (0,90 – 0,95)***	0,95 (0,93 – 0,98)***	0,95 (0,92 – 0,98)***	0,93 (0,91 – 0,95)***
Apa követelő bánásmódja	0,95 (0,92 – 0,97)***	0,94 (0,92 – 0,97)***	0,95 (0,92 – 0,98)***	0,97 (0,94 – 1,00)	0,94 (0,92 – 0,97)***

^aOR = Esélyhányados ^b95% CI = 95%-os Konfidencia Intervallum

*p < 0,05

**p < 0,01

***p < 0,001

Összegzés

A serdülőkori dohányzást és alkoholfogyasztást befolyásoló rizikó- és protektív tényezők feltérképezése fontos kihívás a pszichológiai kutatások számára. Külön kihívást jelent a nemek közötti gyakoriságbeli különbségek *fokozatos eltűnése* (Pikó, 2010), amit jelen tanulmányunk is igazolt. A társas háló hatása kiemelt mind a rizikó-, mind pedig a protektív tényezők között (Deković, 1999). A szülők szerepe azért érdemel kitüntetett figyelmet, mert a serdülőkorban jelentősen átalakul, hiszen a fiatalok *autonómiatörekvései* következtében gyakran nemcsak a kontroll gyengül meg, hanem az érzelmi közelség is (Reed és mtsai 1996; Roche, Ahmed és Blum, 2008). Saját adataink azt igazolják, hogy a szülői kontroll valóban erőteljesebben van jelen a korai serdülőkorban, míg a középiskolások esetében mind az apai, mind pedig az anyai követelő bánásmód csökken. Az anya reflektáló/elfogadó szerepe nem csökken, viszont az apáé igen. A negatív családi kapcsolatok, konfliktusok terén nem mutatkozott eltérés, azonban a pozitív szülői azonosulás ereje – nem meglepő módon – a középiskolások körében némileg csökken. Ugyanezt az eredményt korábbi tanulmányok is igazolták (Gutman és mtsai, 2010).

Korábbi vizsgálatok arra az eredményre jutottak, hogy a *szülői bánásmód*, a családi klíma a látszólag lazuló kötelék ellenére is jelentősen kihat a fiatalok problémaviselkedésére (Hair és mtsai, 2008). Az általunk vizsgált változók közül a *negatív családi kapcsolatok*, konfliktusok rizikóhatást közvetítenek, amit saját eredményeink is igazoltak, ami különösen igaz a dohányzás mindkét prevalencia értékére, valamint az alkoholfogyasztás aktuális előfordulására. Ismeretes, hogy a dohányzásnak és az alkoholnak stresszoldó funkciója van, de a fiatalok problémaviselkedése kapcsán a családi konfliktusok száma is megemelkedik; és ebben a korban ez még jelentősebb lehet (Furstenberg és mtsai, 1990; Gutman és mtsai, 2010). Az a feltételezésünk is megerősítést nyert, hogy az ún. *mértékadó szülői nevelési stílus* és a *pozitív szülői azonosulás* egyfajta védőfaktorként funkcionál, hiszen jelent tanulmányban is alacsonyabb szerfogyasztással jártak együtt ezek a változók. Viszont, míg a dohányzás esetében a havi prevalenciával, addig az alkoholfogyasztása esetében az életprevalenciával összefüggően bizonyultak bizonyos változók kevésbé meghatározónak, mint például a szülők követelő bánásmódja.

Arra vonatkozó hipotézisünk azonban, hogy a szülői faktorok jelentőségében nemek szerinti eltérések lehetnek, jórészt nem igazolódott be; nemcsak a szerfogyasztási gyakoriságokban nem találtunk jelentős eltéréseket, de a társas kapcsolati háló működésében sem. Mindössze az alkoholfogyasztás életprevalenciájában figyelhetők meg különbségek: míg a fiúk esetében a szülők követelő bánásmódja szerepelt védőfaktorként, azaz visszatartó

erőként, addig a lányok esetében a reflektáló bánásmód, valamint a pozitív szülői azonosulás is. Mindez az érzelmi hatások erőteljesebb érvényesülését támasztja alá a serdülő lányok számára (Browning, Leventhal és Brooks-Gunn, 2005).

Végül, az életkor differenciáló szerepe igazolódott be legnagyobb mértékben; az általános és középiskolások prediktor struktúrájában mutatkozott a legtöbb eltérés. Az egyik, hogy a dohányzás életprevalenciájában a középiskolások körében a szülői kontroll is meghatározó a többi változó mellett, az általános iskolások esetében azonban ez a hatás nem jelentős, annak ellenére – vagy éppen amiatt – hogy nagyobb a szülői kontroll mértéke az ő esetükben. Mivel keresztmetszeti jellegű a vizsgálatunk, ok-okozati kapcsolatot nem állíthatunk fel, de feltételezzük, hogy a középiskolások esetében, ha mégis jelen van az *erőteljesebb szülői kontroll*, akkor ténylegesen *védőfaktor*rá válik a dohányzás elkerülésére nézve. Az alkoholfogyasztás esetében még nagyobb az eltérés, hiszen az általános iskolások körében egyik védőfaktor sem bizonyult szignifikánsnak. Utolsó hipotézisünk tehát megdőlt; a védőfaktorok erőteljesebben hatnak a középiskolások esetében. A nagyobb szerfogyasztási gyakoriság talán erőteljesebb védőhatást, azaz *nagyobb odafigyelést* vált ki a szülők részéről, ami pozitív fejlődéstani reakció lehet.

Az adatok értékeléséhez természetesen érdemes figyelembe venni a tanulmány korlátait is (a vizsgálat keresztmetszeti jellege, a nagy elemszám hozzájárulása a statisztikai szignifikanciához, a változók önbevalláson alapuló mérése). Mindent összevetve azonban elmondhatjuk, hogy a védőfaktorok szerepe jórészt megerősítést nyert; azonban a korral a prediktor struktúra némi változáson megy keresztül, ami a nemek vonatkozásában csak alig igazolható. Talán a *korai serdülőkorban* a szülők még nem érzik igazán a szerfogyasztást reális veszélynek, később viszont a *kései serdülőkorban* a védőhatás erőteljesebbé válik, még akkor is, ha egyébként például a szülői kontroll csökken, azaz jobban igazodik a fiatalok autonómiatörekvéseihez. A szülői kontrollt mindig is kiemelkedő védőfaktoroként tartotta számon a szakirodalom (vö. Deković, 1999); úgy tűnik azonban, hogy nem önmagában hatékony, hanem főként abban az esetben, ha a mértékadó szülő nevelési stílus részeként érvényesül, azaz jelen van a szigor mellett a szülők reflektáló, elfogadó attitűdje is a serdülők felé.

III.7.3.2. Kontroll vagy részvétel? A szülői nevelési stílus összefüggése a serdülőkori depresszióval

A 78. táblázatban látható az elemzésben szereplő változók leíró statisztikája. A depressziós tüneti skálán, amint várható is volt, a lányok értek el nagyobb pontszámot ($p < 0,001$). A szülői nevelési stílus jellemzőinek nemenkénti különbségeit tekintve megállapíthatjuk, hogy az anyai bánásmódban van egyedül eltérés ($p < 0,01$): a lányokra inkább jellemző, hogy anyjuk reflektáló és követelő bánásmódban részesíti őket, ugyanez az apai nevelési stílussal kapcsolatban nem igazolható.

78. táblázat. A depressziós tünetegyüttes és a szülői változók leíró statisztikája nemenként

	Fiúk Átlag (szórás)	Lányok Átlag (szórás)	t-érték szignifikancia
Depressziós tünetegyüttes (CDI)	7,23 (8,49)	9,23 (8,79)	t = -5,043 p < 001
Negatív családi kapcsolatok	6,53 (2,67)	6,40 (2,50)	t = 1,904 p > 0,05
Pozitív szülői azonosulás	10,83 (2,01)	10,88 (1,94)	t = -0,578 p > 0,05
Anya reflektáló bánásmódja	27,70 (4,33)	28,36 (5,14)	t = -2,974 p < 0,01
Anya követelő bánásmódja	15,10 (4,45)	15,48 (4,24)	t = -1,928 p < 0,05
Apa reflektáló bánásmódja	26,22 (5,12)	26,52 (5,63)	t = -1,184 p > 0,05
Apa követelő bánásmódja	13,86 (4,98)	13,64 (4,81)	t = 0,952 p > 0,05

79. táblázat. A depressziós tünetegyüttes és a szülői változók közötti kétoldalú kapcsolatok nemek szerint (korrelációs mátrix)

	1	2.	3	4	5	6	7	8
1. Depressziós tünetegyüttes (CDI)	–	0,37***	-0,24***	-0,31***	0,05	-0,27***	0,03	-0,01
2. Negatív családi kapcsolatok	0,40*** ^a	–	-0,20***	-0,47***	0,08*	-0,37***	0,04	0,02
3. Pozitív szülői azonosulás	-0,25***	-0,31***	–	0,34***	0,17***	0,34***	0,20***	-0,08*
4. Anya reflektáló bánásmódja	-0,31***	-0,57***	0,34***	–	0,01	0,54***	0,02	-0,01
5. Anya követelő bánásmódja	0,06	0,04	0,17***	0,01	–	0,01	0,60***	-0,24***
6. Apa reflektáló bánásmódja	-0,29***	-0,36***	0,29***	0,36***	0,04	–	0,03	-0,08*
7. Apa követelő bánásmódja	-0,05	-0,08*	0,22***	0,11***	0,55***	0,04	–	-0,17
8. Kor	0,04	0,02	-0,12***	-0,06	-0,23***	-0,09**	-0,23***	–

Megjegyzés. Az átló felett a fiú, az átló alatt a lányok eredményei láthatók

^aKorrelációs együtthatók * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

A kétoldalú kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatók (79. táblázat) értelmében a depresszió-pontszám mindkét nem esetében pozitív összefüggést mutat a negatív családi kapcsolatokkal, és negatív a kapcsolat a pozitív szülői azonosulással, valamint a szülők reflektáló bánásmódjával. A követelő bánásmóddal egyik esetben sem volt szignifikáns a kapcsolat. A negatív szülői kapcsolat a reflektáló szülői bánásmód esetében jóval ritkább. A pozitív szülői azonosulás viszont a mértékadó szülői nevelési stílus valamennyi elemével pozitívan függ össze. A korrrelációval a szülői kontroll csökken. A szülők nevelési stílusa többnyire egységesnek tűnik az összefüggések alapján, azaz az apai és az anyai bánásmód nem független egymástól.

80. táblázat. A depressziós tünetegyüttest befolyásoló szülői változók többváltozós lineáris regresszióelemzése nemek szerint

	Fiúk	Lányok
Kor	-0,04 ^a	-0,01
Negatív családi kapcsolatok	0,30***	0,26***
Pozitív szülői azonosulás	-0,04	-0,11**
Anya reflektáló bánásmódja	-0,13**	-0,04
Anya követelő bánásmódja	0,01	0,12**
Apa reflektáló bánásmódja	-0,05	-0,14***
Apa követelő bánásmódja	-0,02	-0,07*
Konstans	11,550***	12,238***
R ²	0,18***	0,19***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

^aStandardizált regressziós koefficiens

A depressziós tünetegyüttest befolyásoló szülői változók többváltozós elemzését láthatjuk a 80. táblázatban nemenkénti bontásban. Nemtől függetlenül rizikófaktorként szerepel a negatív családi kapcsolatokat mérő változó (fiúk: $\beta = 0,30$, $p < 0,001$; lányok: $\beta = 0,26$, $p < 0,001$). A védőfaktorok közül a fiúk esetében egyedül az anya reflektáló bánásmódja szignifikáns ($\beta = -0,13$, $p < 0,01$). A lányok esetében viszont az apa reflektáló ($\beta = -0,14$, $p < 0,01$) és követelő ($\beta = -0,07$, $p < 0,05$) bánásmódja is védőfaktor. Az anya követelő nevelési stílusa viszont éppen ellenkezőleg, pozitív módon függ össze a depressziós pontszámmal ($\beta = 0,12$, $p < 0,01$). A fiúk esetében a bevitt változók a variancia 18%-át, a lányok esetében pedig 19%-át magyarázták meg.

Összegzés

Serdülőkor a depressziós tünetek *megnövekedésének* időszaka, ráadásul ekkor jelennek meg a nemek szerinti eltérések is a prevalenciában, azaz a nők nagyobb, felnőttkorra is jellemző tünetgyakorisága (Gater és mtsai, 1998; Nolen-Hoeksema és Girgus, 1994). Jelen tanulmány adatai is megerősítik az erre vonatkozó eredményeket. A korábbi vizsgálatok azt is sugallják, hogy nemcsak a depresszió-pontszámában, hanem az azt befolyásoló protektív és rizikófaktorok *struktúrájában* is lehet eltérés (Deković, 1999); különösen igaz ez a szülő-serdülő kapcsolatban, hiszen a nemek eltérően viselkednek társas helyzetben, akár családon belüli, akár kortárskapcsolatokról van szó (Reti és mtsai, 2002).

Hozzá kell tenni, hogy a szülői nevelési stílusban is jelentős különbségek lehetnek nemek szerint, amennyiben a *kontroll* hagyományosan erőteljesebben nyilvánul meg a serdülő lányok felé, ez a hatás talán még napjainkban is érezhető. Korábbi kutatások azt igazolták, hogy a társadalmi normák a lányok részéről nagyobb érzelmi kötődést és viselkedésbeli engedelmességet várnak el, és nagyobb a feléjük megnyilvánuló szülői kontroll is (Browning, Leventhal és Brooks-Gunn, 2005). Jelen kutatási eredmények mindezt kevésbé erősítik meg a skálák szintjében: egyedül az anya reflektáló bánásmódja mutatott nagyobb gyakoriságot a lányok részére, a kontroll mértékében nem volt jelentős eltérés a szülők részéről. Úgy tűnik, mégiscsak lassan eltűnőben vannak az *eltérő nevelési elvek*. Ugyanakkor merőben más a helyzet, ha a depresszió-pontszámot befolyásoló tényezők struktúrájának nemenkénti különbségeit elemezzük. Tehát a *nevelésbeli hasonlóságok* ellenére ugyanaz a nevelési gyakorlat mégis másként hat a fiúkra és a lányokra. A fiúk esetében egyedül az *anya reflektáló*, a gyermek szükségleteire reagáló magatartás bizonyult védőfaktornak. A lányok esetében viszont az *apa nevelési stílusa* a meghatározó; nemcsak reflektáló, hanem követelő, normaszabályozó bánásmódja is. Az anya követelő bánásmódja viszont egyenesen nagyobb depressziópontszámmal járt együtt a lányok körében, ami a kontrollnak arra a szerepére utalhat, ami a serdülő lányok autonómiatörekvéseit sértheti (Steinberg, Elmer és Mounts, 1989). Ugyanez az apák részéről elfogadott, az *odafigyelés* megnyilvánulásának tartott viselkedési mód.

Bár a korrelációs együttthatók arra engednek következtetni, hogy az apa és az anya nevelési stílusa nagyrészt igazodik egymáshoz, mégis eltérő szerepe lehet az apa és az anya követelő, illetve reflektáló bánásmódjának. Eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy az *ellenkező nemű szülő* nevelési stílusának igen fontos szocializációs hatása van; a fiúknak az anya, a lányoknak az apa viszonyulása a meghatározóbb. Erre a kiemelt fejlődéstani jelenségre a pszichikai egészség terén korábbi tanulmányok is utaltak már (Difilippo és

Overholser, 2002). Jelentős nemenkénti eltérés az is, hogy a lányok magasabb depressziógyakorisága ellenére több védőfaktor is rendelkezésükre áll, mint a fiúk számára. Más tanulmányok is utaltak már arra, hogy a lányok és felnőtt nők általában több társas támogatásban részesülnek, ugyanakkor elégedetlenebbek a társas kapcsolataikkal, stresszel telítettebbek a társas kontaktusaik, mint a fiúk/férfiak esetében (Pikó, 2001). A serdülők számára a szülők *modellszerepe* jelentősen megváltozik, ami nem jelenti azt, hogy ez a módosult hatás ne lenne jelentős; talán kevésbé a *nyílt* kontroll, a direkt útmutatás, a szabályok lefektetése és betartatása lesz a szülői bánásmód lényege ebben a korban. Viszont a biztonságos kötődés, a *szülői azonosulás* továbbra is szükséges, sőt meghatározó a szocializációs folyamatnak ebben a szakaszában (Liu, 2006; Scharf, Mayseless és Kivenson-Baron, 2004). A pozitív szülői azonosulás jelentős pszichikai védelmet jelent, különösen a lányok részére. Ma, amikor a teljes család egyre ritkább, nagyon fontos volna, hogy mindkét szülő legyen jelen a serdülő életében, hiszen a nemi szocializációban az ellenkező nemű szülőnek kiemelt szerepe van. Láthattuk, hogy az anya követelő bánásmódja ellenkező hatást vált ki a serdülő lányok részéről, mint az apa ugyanilyen viselkedése.

Eredményeink megerősítik az ún. mértékadó (*authoritative*) szülői nevelési stílus védőfaktor jellegét a serdülőkori depressziós tünetekkel összefüggésben. Különösen a lányok esetében erőteljes a védő hatás. Az *ellenkező nemű szülő* nevelési stílusa kiemelt hatást gyakorol a szocializációs folyamatra a mentális egészség megőrzése terén. Adataink felhívják a figyelmet arra is, hogy a negatív családi kapcsolatok rizikófaktoroként, a pozitív szülői azonosulás pedig védőfaktoroként szolgál serdülőkorban. A családi diszfunkciók elkerülése, illetve kezelése a serdülőkori depresszió megelőzésében és ellátásában kulcsfontosságú. Erősíteni kell az ún. mértékadó nevelési stílus szerepét, és biztosítani az ellenkező nemű szülő aktív jelenlétét a serdülők életében; a válások magas száma következtében az elvált apák helyzete e tekintetben különösen ambivalens. Az ún. családközpontú intervenciók előtérbe helyezik a családok részvételét olyan iskolai programokban, amelyek a mentálhigiénés megelőzés sikerét éppen az aktív részvételnek tulajdonítják; ezek a programok kifejezetten a szülői nevelés és problémamegoldás hatékonyságát és a szülő-serdülő viszony harmonikusabbá tételét célozzák meg (Connell és Dishion, 2008).

IV. KÖVETKEZTETÉSEK

*Kutatásainkban a fiatalok pszichikai egészségét és problémaviselkedését vizsgáltuk, valamint feltérképeztük a lehetséges befolyásoló tényezőket, különös figyelmet fordítva a potenciális védőfaktorokra. Ennek megfelelően vizsgáltuk a serdülőkori depressziós tünetegyüttes, a szerfogyasztás (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) előfordulást és befolyásoló tényezőit; az egészség önértékelését és a serdülők szubjektív jóllétét, a kortársak és a szülők szerepét, a vallásosság/spiritualitás jelentőségét, az értékekkel való összefüggést, a társas készségeket és motivációkat, a társadalmi egyenlőtlenségek megjelenési módjait és pszichikai hatásait. Disszertáciomban alapkonceptióként három elméleti modellt alkalmaztam: a társadalomlélelani megközelítést, a rizikó- és protektív elméleti keretet, valamint a pozitív pszichológiai szemléletet. Legfontosabb kutatási eredményeimet *tézisszerűen* az alábbiakban foglaltam össze.*

Serdülőkor: sebezhetőség vagy sérthetetlenség?

Adataink megerősítik, hogy a serdülőkorban a *depressziós tünetegyüttes* jelentősen megnő, és megjelennek, majd erősödnek a nemek szerinti eltérések is, amely szerint a növekedés különösen a lányokra jellemző. A depressziós tünetegyüttes rizikó- és protektív struktúráját elemezve megállapítottam, hogy a lányokra mind a rizikó-, mind pedig a protektív faktorok túlsúlya jellemző. Az eredmények közül ki kell emelni azt is, hogy azok a lányok, akik normaszegésről számoltak be, gyakrabban voltak depressziósak, míg ez a fiúkra nem volt jellemző.

Az életkori változásokat figyelembe véve jelentős eltéréseket igazoltam a korai és kései serdülőkre vonatkozóan: a kései serdülőkorban gyakoribb a depresszió, nagyobb a rizikóhatás, de nagyobb a védelem is, és szintén nagyobbak a nemek szerinti különbségek a rizikó- és protektív struktúrában. Míg a szülői védőfaktorok (pl. beszélgetés a szülőkkel) a korai serdülőkorban nem jelentkeztek védőfaktoroként, azaz a korai serdülőkor még sokkal több problémával, konfliktussal jár együtt a szülő-gyermek kapcsolatban, később a szociális szerepek újratanulásával a kapcsolat harmonikusabbá válhat.

A problémaviselkedés tünetegyüttes jellege igazolódott: a szerfogyasztási és egyéb egészségmagatartási tényezők között jelentős összefüggések vannak, de nem mindig koherens módon (vö. pl. fizikai aktivitás és alkoholfogyasztás).

A serdülőkorúak ugyanakkor nem tartják magukat sérthetetlennek, számos egészségkockázatot reálisan látnak. Újdonságnak számítanak viszont azok az eredményeim, amelyek a *kockázatészlelést* befolyásoló pszichikai jellemzőkre hívják fel a figyelmet. Például az ellenségesség növeli a kockázatbecslés mértékét, ugyanakkor a kockázati magatartás nagyobb gyakoriságával is együtt jár. Az énhatékonyság pedig a problémaorientáltságával nagyobb fókuszot biztosíthat a kockázatnak, aminek viszont prevenció jelentősége is lehet, amennyiben a prevenció, az aktív tennivágyás iránti fogékonyságot növeli. A szociális összehasonlítás pedig a balesetek gyakori médiabeli megjelenésén keresztül is tudatosíthatja a kockázatot.

Ugyanakkor a társas hatások nemcsak a kockázatészlelésben fontosak: a szerfogyasztás motivációs struktúráját alkalmazva megállapítottam, hogy a *társas motivációk* domináns attitűdöt képviselnek mindkét nem esetében. Az alkoholfogyasztással kapcsolatban más motiváció nem is volt meghatározó. Lényeges még az *unaloműzés*, valamint a lányok esetében emellett a *coping/érzelmi reguláció* is igazolást nyert, ami szintén igazolja a kockázatok nemi jellegzetességeinek fontosságát.

Kulturális különbségek és hasonlóságok

Az összehasonlító adatok azt mutatják, hogy a *szerfogyasztásban* jelentős eltérések lehetnek az adott kultúra szokásrendjétől és a szerrel szemben előforduló tolerancia-szinttől függően. A kultúra tehát mindig kihat a magatartási döntésekre és a társas szituációkban gyakorolt viselkedésformák elfogadottságára. A dohányzás például az USA-ban kevésbé elfogadott magatartási forma, sőt, egyfajta *deviancia*, addig a drogokhoz való hozzájutás – bár ott is illegális – még mindig könnyebb, mint hazánkban. Az erőszakos, agresszív viselkedés (ami összefügg az önvédelem individualista felfogásával), szintén gyakoribb az amerikai fiatalok körében.

Míg a szerfogyasztásban a gyakoriságokban lehetnek akár jelentős eltérések is, a modern társadalomban a serdülőkor meghosszabbodásával járó *ifjúsági moratórium* következtében – ami a globalizációval még teljesebbé vált – alig találtam különbségeket az egészségmagatartást befolyásoló faktorok struktúrájában. Univerzális rizikó- és védőfaktorokat viszont igen. Ilyen univerzális védőfaktor például az *egészséges önbizalom*, amit a pozitív pszichológia is jelentős fejlődéstani erőforrásként tart számon. Az önbizalom viszont akkor egészséges, ha stabil, és nem törekeny, mert ebben az esetben gyakoribb

externalizáló problémaviselkedéssel vagy szerfogyasztással járhat együtt, ugyanis sokan a normaszegő viselkedést használják törékeny önbizalmuk erősítésére.

Ugyanakkor a szerfogyasztás, a bandatagság, a szülői bántalmazás, vagy a rossz iskolai teljesítmény a problémaviselkedés *univerzális rizikófaktorainak* számítanak, amelyek kulturális hovatarozástól függetlenül hatnak. Mégis lehetnek eltérések, amelyek a kultúrából fakadóan befolyásolhatják egy-egy rizikótényező vagy védőfaktor megvalósulási esélyét. Ilyen például a nem intakt (kétszülős) családi struktúra, amely a magyar mintában a problémaviselkedés kockázatát növelte, míg az amerikai fiatalokra ez nem volt jellemző. A válás az amerikai családokban sokkal gyakoribb, ugyanakkor a családi kapcsolatok „menedzsmentje” jobban működik, mint más fejlett országokban, ami azt jelentheti, hogy kevésbé jelentkezik ez a hatás rizikófaktoraként. Másrésztől *univerzális védőfaktor* a szülői kontroll, viszont az iskolai védőfaktorok az amerikai fiatalok körében erőteljesebben vannak jelen, ami az amerikai iskolák nagyobb szintű nevelésorientáltságában gyökerezhet. A dohányzással összefüggésben még kevésbé fordultak elő kulturális eltérések; de pl. az iskolai teljesítmény és a dohányzás összefüggése az amerikai fiatalok körében volt a legkevesbé jellemző, ami az alacsony dohányzási gyakorisággal, és az eltérő osztályozási szokásokkal is magyarázható.

Társadalmi egyenlőtlenségek a fiatalok pszichikai egészségében és egészségmagatartásában

Eredményeim felhívják a figyelmet arra, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek megélése *egészségpszichológiai* szempontból is lényeges. Elemzéseim rávilágítottak arra, hogy az egyes társadalmihelyzet-mutatóknak eltérő szerepük lehet. Megállapítottam, hogy a szubjektív rétegbesorolás a legjelentősebb mutató, amely a serdülők pszichikai egészségét és egészségmagatartását befolyásolja. A *családi struktúra* (amennyiben a fiatal nem kétszülős családban él) szintén kihat a fiatalok egészségének pszichikai dimenziójára. A szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége korlátozott mértékben hat, ráadásul az összefüggés nem lineáris és nem konzisztens, sok esetben inverz (főként a szerfogyasztással kapcsolatban).

Úgy tűnik, hogy a „klasszikus”, *objektív* társadalmihelyzet-mutatók (így az iskolázottság és az alkalmazási minőség) nem egyértelműen járulnak hozzá az egészségi-állapotbeli egyenlőtlenségekhez. Igazoltam viszont, hogy meghatározó a szülők *inaktív* státusza, azaz munkanélkülisége vagy nyugdíjas helyzete, amely gyakoribb tünetképzéssel és az egészség rosszabb értékelésével, ugyanakkor ritkább szerfogyasztással jár együtt.

Összességében eredményeim megerősítik a serdülők egészségi állapotában megjelenő társadalmi egyenlőtlenségek komplex és ellentmondásos jellegét. Emellett kiemelik a szubjektív rétegbesorolás fontosságát, amely a legerősebb befolyást jelenti a fiatalok pszichikai állapotára. Az önmagukat közép, illetve felső-közép osztályba sorolók kevésbé szenvednek depressziótól, ugyanakkor elégedettebbek az életükkel, optimistábbak, és saját egészségüket is jobbnak értékelik, mint az alsó és alsó-közép osztályba tartozók. Mindez a fogyasztói társadalomban felerősödik, a relatív depriváció depressziót és szorongást válthat ki, amely később testi betegségek kialakulásához járulhat hozzá.

Éppen ezért egy komplex modellben elemeztem a társadalmihelyzet-mutatók és a depresszió összefüggését, potenciális mediátorként alkalmazva a szülői társas támogatást és az optimizmust. Eredményeim megerősítik, hogy az objektív társadalmihelyzet-mutatók a szubjektív társadalmi helyzeten keresztül kihatnak a szülői társas támogatásra. Az adatok szerint a társadalmi egyenlőtlenségek megmutatkoznak a serdülők depressziós tüneteinek gyakoriságában: a hatásmechanizmusban a *szülői társas támogatás* kiemelt szerepet játszik, amely az *optimizmuson* keresztül fejt ki hatását a serdülők pszichikai egészségére.

Serdülők vallásossága a posztmodern, individualista, fogyasztói társadalomban

Az adatok alapján arra következtettem, hogy a középiskolások vallásossága/spiritualitása sokszínű és összefügg lelki egészségükkel, egészségmagatartásukkal, amelyben a modern, individualista fogyasztói társadalom sajátosságai is tükröződnek. Klaszteranalízis segítségével a fiatalok valláshoz való viszonyulása alapján négy klasztert sikerült elkülönítenem: 1) vallásos/spirituális csoport („hívők”, akik aktívan gyakorolják a vallásukat intézményes keretek között is; 2) vallásra/spiritualitásra nyitottnak (akik nem olyan aktívak, mint az előző csoport, de időnként gyakorolják a vallásukat); 3) a vallást elutasító, egyértelműen nem hívők; és 4) misztika/vallás híján (azaz a „maguk módján”) boldogulók. Kiemelném, hogy az önmagukat alsó társadalmi osztályba sorolók között vannak a legtöbben a hívők, de a vallást teljesen elutasítók is viszonylag magas százalékban vannak jelen; a felső társadalmi osztályba tartozók között viszont nemcsak a nem hívők vannak a legtöbben, hanem a misztika/vallás híján boldogulók is.

A *hívő csoportba* tartozó fiataloknak nemcsak tanulmányi eredményük kitűnő, hanem lelki egészségük is, jellemző rájuk az alacsony depresszió-pontszám, az élettél való nagyfokú elégedettség, optimizmus, belső kontroll, valamint a dohányzás és alkoholfogyasztás alacsony

gyakorisága. A vallásosság/spiritualitás tehát *védőfaktor*ként funkcionál e fiatalok számára. A *vallást elutasítók* védettsége hiánya nyilvánvaló az adatokból: ebben a csoportban volt a legmagasabb az alkohol- és drogfogyasztás, leggyakoribb a depresszió, és életükkel is a legkevésbé elégedettek. Ezzel szemben a *misztika/vallás híján boldogulók* a legelégedettebbek az életükkel, lelki egészségük is kiváló, bár kissé hedonista karakterisztikát tükröz a dohányzás és alkoholfogyasztás viszonylag magas aránya körükben.

Elemzésünk során megállapítást nyert a fiatalok alkoholfogyasztásával kapcsolatban, hogy a *New age* hiedelmek elfogadása rizikófaktorként jelentkezett, azaz nagyobb kockázattal járt együtt. Ennek alapján megállapítottam, hogy a szélesebb értelemben vett spiritualitáshoz képest a (tradicionális) vallásosság védőfaktor jellege erősebben érvényesül.

Adataim felhívják a figyelmet a *sprituális jóllét* jelentőségére, amelynek főként az egzisztenciális (a lét értelmére vonatkozó) szempontjai meghatározóak ebben a korban, és szorosan összefüggnek a személyiségfejlődés más aspektusaival is, mint a külső/belső kontroll vagy az optimizmus. Ezek pedig összességében kihatnak mind a szerfogyasztásra, mind pedig a serdülők pszichikai egészségére.

A fiatalok viselkedése értékorientációik és értékpreferenciáik tükrében

Az értékek vonatkozásában a fiatalok egyáltalán nem egységesek, sőt, a modern, individualista társadalom érték- és normarendjének megfelelően elmondhatjuk, hogy soha ilyen nagy különbségek nem voltak még egy generáción belül. Ugyanakkor bizakodásra ad okot, hogy a vizsgált középiskolások által preferált értékek fontossági sorrendjében a *belső értékek* bizonyultak a legfontosabbnak, mint az egészség, barátság, illetve a család. Az értékpreferenciát azonban jelentősen befolyásolják társadalmi és pszichológiai jellemzők. Például a gazdagabb családok gyermekei sokkal fontosabbnak tartják a külső értékeket, míg a belső értékek preferálásában nincs jelentős különbség. A *vallásosság* is a belső értékorientációra hajlamosít, csakúgy, mint a jövőorientáltság, ami a jövőre irányuló, felelősségteljes gondolkodást foglalja magában. Megállapítottam, hogy a rendszeresen *sportoló fiatalok* jövőbeli életük szempontjából kevesebb jelentőséget tulajdonítanak a külső értékeknek, viszont a belső értékek tekintetében nem volt jelentős eltérés.

A káros szenvedélyek és az értékek kapcsolatát is sikerült igazolnom: a külső értékorientáció pozitívan, a belső értékorientáció viszont negatívan függ össze a dohányzással, az alkohol- és drogfogyasztással. Külön ki kell emelni az *anyagias beállítódást*,

hiszen saját eredményeim is igazolták összefüggését a rosszabb pszichikai státusszal: főként az *anyagi elégedetlenség* függ össze a depressziós és pszichoszomatikus tünetekkel. Viszont az anyagi beállítódás (ha valaki az anyagi sikereket tartja fontosnak) önmagában is kedvezőtlenebb egészségmagatartással, azaz gyakoribb szerfogyasztással jár együtt.

A serdülő–szülő kapcsolat finomelemzése: Hogyan neveljünk boldog serdülőket?

Serdülőkorban a szülő–serdülő kapcsolat jelentősen átalakul, azonban eredményeim is megerősítik, hogy a szülők továbbra is fontos szocializációs szereppel bírnak, és kiemelt védőhatást jelentenek a fiatalok számára. A szülői bánásmód, a családi klíma a látszólag lazuló kötelék ellenére is jelentősen kihat a fiatalok problémaviselkedésére.

Eredményeim szerint a szülői kontroll továbbra is jelentős védőfaktor marad, amely csökkenti többek között a kockázatos helyzetek számát, a szülői kontrollhoz képest a társas támogatás alig játszik szerepet. Összességében a társas háló átstrukturálódása komoly szerepet játszik abban, hogy a szülők „klasszikus nevelési eszközének” védőhatása igen csekély. Mégis, amint adataim igazolták, annak ellenére, hogy a szülői változók hatása nem igazán jelentős a fiatalok szerfogyasztásának alakulásában, ha mégis jelen vannak, képesek védelmet nyújtani. Így például a problémák nyílt megbeszélése helyett a *közös vacsora* a családdal bizonyult fontos védőfaktornak, ami szintén lehetőséget nyújthat beszélgetésre vagy akár (rejtett) szülői kontrollra.

Adataim igazolták, hogy az ún. *mértékadó szülői nevelési stílus* és a pozitív szülői azonosulás egyfajta védőfaktorként funkcionál, hiszen alacsonyabb szerfogyasztással jártak együtt ezek a változók. Másrészt eredményeim megerősítik védőfaktor szerepét a serdülőkori depressziós tünetekkel összefüggésben. Különösen a lányok esetében erőteljes a védő hatás. Rávilágítottam arra, hogy a depresszió esetében az *ellenkező nemű szülő* nevelési stílusa gyakorol kiemelt hatást a szocializációs folyamatra a mentális egészség megőrzése terén. Ez a nevelési stílus optimális mértékben foglalja magában a szülői kontrollt és a reflexivitást, az odafigyelést.

IRODALOM

- Abernathy, T.J., Massad, L., Romano-Dwyer, L. (1995) The relationship between smoking and self-esteem. *Adolescence*, 30, 899-907.
- Ackard, D., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Perry, C. (2006) Parent-child connectedness and behavioral and emotional health among adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 59-66.
- Ackerman, B.P., D'Eramo, K.S., Umylny, L., Schultz, D., Izard, C.E. (2001) Family structure and the externalizing behavior of children from economically disadvantaged families. *Journal of Family Psychology*, 15, 288-300.
- Adelman, H.S., Taylor, L., Nelson, P. (1989) Minors' dissatisfaction with their life circumstances. *Child Psychiatry and Human Development*, 20, 135-147.
- Adler, N.E., Ostrove, J.M. (1999) Socioeconomic status and health: What we know and what we don't know. *Annals of New York Academy of Sciences*, 896, 3-15.
- Alva, S.A., de los Reyes, R. (1999) Psychosocial stress, internalized symptoms, and the academic achievement of Hispanic adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 14, 343-358.
- Andorka, R. (1997) *Bevezetés a szociológiába*. Osiris, Budapest.
- Angold, A., Costello, E.J., Erkanli, A., Worthman, C.M. (1999) Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*, 29, 1043-1053.
- Aranda M.P. (2008) Relationship between religious involvement and psychological well-being: A social justice perspective. *Health & Social Work*, 33, 9-22.
- Arbuckle, J.L., Wothke, W. (1999) *AMOS 4.0 user guide*. Small Waters Corporation, Chicago.
- Arnett, J.J. (2000) Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Ary, D.V., Duncan, T.E., Duncan, S.C., Hops, H. (1999) Adolescent problem behavior: The influence of parents and peers. *Behavior Research and Therapy*, 37, 217-230.
- Aukst-Margetić, B., Margetić, B. (2005) Religiosity and health outcomes: Review of the literature. *Collegium Antropologicum*, 29, 365-371.
- Avison, W.R., McAlpine, D.D. (1992) Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 77-96.
- Bácskai E., Gerevich, J. (1997) *Ifjúság és drogfogyasztás*. Drogmegelőzési Módszertani Központ és Ambulancia, Budapest.

- Baker, T.B., Brandon, T.H., Chassin, L. (2004) Motivational influences of cigarette smoking. *Annual Review of Psychology*, 55, 463-491.
- Baker, C.W., Little, T.D., Bronwell, K.D. (2003) Predicting adolescent eating and activity behaviors: The role of social norms and personal agency. *Health Psychology*, 22, 189-198.
- Baltes, P.B., Staudinger, U.M. (2000) Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue towards excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York.
- Barabásné Kárpáti D. (2008) A családi problémák hatása a fiatalok szerfogyasztására. *Új Pedagógiai Szemle*, 8-9: 96-106.
- Bardi, A., Schwartz, S.H. (2003) Values and behavior: Strength and structure of relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1207-1220.
- Barry, N.C., Nelson, L.J. (2005) The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(3), 245-255.
- Bartley, M. (1994) Unemployment and ill health: Understanding the relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 333-337.
- Bashardoost Tajalli, F., Kheiri, L. (2010) Locus of control in substance related and N.A. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 1414-1417.
- Batson, C.D., Shaw, L.L. (1991) Evidence for altruism. *Psychological Inquiry*, 2, 107-122.
- Bauer, J.J., McAdams, D.P. (2004) Growth goals, maturity, and well-being. *Developmental Psychology*, 40, 114-127.
- Beck, M., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. (2003) Social representations of major depression in West and East Germany: Do differences still persist 11 years after reunification? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 520-525.
- Beck, U. (1992) *Risk society: Towards a new modernity*. Sage, London.
- Benkő A. (2003) A valláspszichológiától a vallásosság pszichológiájáig. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 58(1), 19-49.
- Ben Shlomo, Y, Kuh, D. (2002) A Life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31, 285-293.
- Benson, P.L., Roehlkepartain, E.C., Rude, S.P. (2003) Spiritual development in childhood and adolescence: Toward a field of inquiry. *Applied Developmental Science*, 7, 205-213.

- Berntsson, L.T., Köhler, L. (2001) Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996. *European Journal of Public Health, 11*, 35-42.
- Bettinghouse, E.P. (1986) Health promotion and the knowledge-attitude-behavior continuum. *Preventive Medicine, 15*, 475-491.
- Bongers, I.L., Koot, H.M., van der Ende, J., Verhulst, F.C. (2003) The normative development of child and adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 179-192.
- Borrell, C., Domínguez-Berjón, F., Pasarín, M.I., Fernando, J., Rohlfs, I., Nebot, M. (2000) Social inequalities in health related behaviours in Barcelona. *Journal of Epidemiology and Community Health, 54*, 24-30.
- Bourdieu, P. (1984) *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Boys, A., Farrell, M., Taylor, C., Marsden, J., Goodman, R., Brugha, T., Bebbington, P., Jenkins, R., Meltzer, H. (2003) Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *British Journal of Psychiatry, 182*, 509-517.
- Bradizza, C.M., Reifman, A., Barnes, G. M. (1999) Social and coping reasons for drinking: Predicting alcohol misuse in adolescents. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 491-499.
- Brage, D., Meredith, W. (1994) A causal model of adolescent depression. *The Journal of Psychology, 128*, 455-468.
- Brassai L., Pikó B., Steger, M.F. (2011) Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine, 18*, 44-51.
- Brassai L., Pikó B. (2008) Egyéni, családi és transzperszonális tényezők szerepe a táplálkozáskontrollban serdülőknél. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 9*, 165-181.
- Brinkerhoff, M.B., Jacob, J.C. (1987) Quasi-religious meaning systems, official religion, and quality of life in an alternative lifestyle: A survey from the back-to-the-land movement. *Journal for the Scientific Study of Religion, 26*, 63-80.
- Brown, J.D., Witherspoon, E.M. (2002) The mass media and American adolescents' health. *Journal of Adolescent Health, 31*, 153-170.
- Brown, T.L., Parks, G.S., Zimmerman, R.S., Phillips, C.M. (2001) The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 696-705.

- Browne, M.W., Cudeck, R. (1993) Alternative ways of assessing model fit. In: Bollen, K.A., Long, J.S. (Eds.) *Testing structural equation models*. Sage, Newbury Park, CA, pp. 136-162.
- Browning, C.R., Leventhal, T., Brooks-Gunn, J. (2005) Sexual initiation in early adolescence: The nexus of parental and community control. *American Sociological Review*, 70, 758-778.
- Bryant, S., Rakowski, W. (1992) Predictors of mortality among elderly African Americans. *Research on Aging*, 14, 50-67.
- Buda B. (1999) Identitás és kommunikáció a posztkommunista világban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 1, 56-61.
- Buford, R., Paloutzian, R., Ellison, C. (1991) Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 56-70.
- Buss, D.M. (1999) *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. Allyn & Bacon, Boston.
- Buss, A.H., Perry, M. (1992) The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Byrd T., Cohn, L.D., Gonzales, E., Parada, M., Cortes, M. (1999). Seatbelt use and belief in destiny among Hispanic and non-Hispanic drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 31, 63-65.
- Byrne, I.B.M. (2009) *Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Lawrence Erlbaum Assoc. Inc., Mahwah, NJ.
- Caldwell, L.L., Darling, N., Payne, L., Dowdy, B. (1999) "Why are you bored?" An examination of psychological and social control causes of boredom among adolescents. *Journal of Leisure Research*, 31, 103–121.
- Calnan, M., Rutter, D.R. (1986) Do health beliefs predict health behaviour? An analysis of breast self-examination. *Social Science and Medicine*, 22, 673-678.
- Carton, S., Jouvent, R., Widlocher, D. (1994) Sensation seeking, nicotine dependence, and smoking motivation in female and male smokers. *Addictive Behaviors*, 19, 219–227.
- Chauvin, B., Hermand, D., Mullet, E. (2006) New Age beliefs and societal risk perception. *Journal of Applied Psychology*, 38, 2056-2071.
- Cicchetti, D., Toth, S.L. (1998) The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.

- Çirakoğlu, O.C., Işm, G. (2005) Perception of drug addiction among Turkish university students: Causes, cures, and attitudes. *Addictive Behaviors*, 30, 1-8.
- Çoruh, B., Ayele, H., Pugh, M., Mulligan, T. (2005) Does religious activity improve health outcomes? A critical review of the recent literature. *Explore*, 1(3), 186-191.
- Clifford, P.R., Edmundson, E.W., Koch, W.R., Dodd, B.G. (1991) Drug use and life satisfaction among college students. *International Journal of Addictions*, 26, 45-53.
- Cohn, L.D., Macfarlane, S., Yanez, C., Imai, W.K. (1995) Risk perception: Differences between adolescents and adults. *Health Psychology*, 14, 217-222.
- Colder, C.R. (2001) Life stress, physiological and subjective indexes of negative emotionality, and coping reasons for drinking: Is there evidence for a selfmedication model of alcohol use? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 237-245.
- Comstock, G. W., Partridge, K.B. (1972) Church attendance and health. *Journal of Chronic Disease*, 25, 665-672.
- Connell, A.M., Dishion, T.J. (2008) Reducing depression among at risk early adolescents: Three-year effects of a family-centered intervention embedded within schools. *Journal of Family Psychology*, 22, 574-585
- Cooper, M.L. (1994) Motivations for alcohol use among adolescents: Developmental and validation of a four-factor model. *Psychological Assessment*, 6, 117-128.
- Copeland, A.L., Brandon, T.H. (2000) Testing the causal role of expectancies in smoking motivation and behavior. *Addictive Behaviors*, 25, 445-449.
- Corle, D.K., Sharbaugh, C., Mateski, D.J., Coyne, T., Paskett, E.D., Cahill, J., Daston, C., Lanza, E., Schatzkin, A. (2001) Self-rated quality of life measures: Effects of change to a low-fat, high-fiber, fruit and vegetable enriched diet. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 198-207.
- Corning, A. (2000) Assessing perceived social inequity: A relative deprivation framework. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 463-477.
- Costa, F.M., Jessor, R., Donovan, J.E. (1989) Value on health and adolescent conventionality: A construct validation of a new measure in problem behavior theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 19, 841-861.
- Cotton, S., Kudel, I., Humenay Robert, Y., Pallerla, H., Tsevat, J., Succop, P., Yi, M.S. (2009) Spiritual well-being and mental health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease. *Journal of Adolescent Health*, 44, 485-492.

- Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B.A., Rosenthal, S.L. (2005) The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health, 36*, 529.e7-529.e14.
- Crawford, E., Wright, M.O., Masten, A.S. (2006) Resilience and spirituality in youth. In: Roehlkepartain, E.C., Ebstyne, P.E., Wagener, L., Benson, P. (eds) *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. Sage, Thousand Oaks, CA., pp. 355-370.
- Crisp, B.R., Barber, J.G. (1995) The effect of locus of control on the association between risk perception and sexual risk-taking. *Personality and Individual Differences, 19*, 841-845.
- Csikszentmihalyi M. (1999) If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist, 54*, 821-827.
- Dacey, J.S., Travers, J. (2002) *Human development across the lifespan*. McGraw—Hill, Boston.
- Dag, I. (1999) The relationship among paranormal beliefs, locus of control and psychopathology in a Turkish college sample. *Personality and Individual Differences, 26*, 23-737.
- Darling, N., Steinberg, L. (1993) Parenting style as context: An inregrative model. *Psychological Bulletin, 113*, 487-496.
- De Brabander, B., Declerck, C.H. (2004) A possible role of central dopamine metabolism associated with individual differences in locus of control. *Personality and Individual Differences, 37*, 735-750.
- Declerk, C.H., Boone, C., De Brabander, B. (2006) On feeling in control: A biological theory for individual differences in control perception. *Brain and Cognition, 62*, 143-176.
- Deković, M. (1999) Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 28*, 667-685.
- Demetrovics Zs. (2001) *Droghasználat Magyarország táncos szórakozóhelyein*. L'Harmattan, Budapest.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L. (1999) Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71–75.

- Difilippo, J.M., Overholser, J.C. (2002) Depression, adult attachment, and recollections of parental caring during childhood. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 663-669.
- Dishion, T.J. (2000) Cross-setting consistency in early adolescent psychopathology: Deviant friendships and problem behavior sequale. *Journal of Personality*, 68, 1109-1126.
- Donovan, J.E., Jessor, R., Costa, F.M. (1993) Structure of health-enhancing behavior in adolescence: A latent variable approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 346-362.
- Dukarm, C.P., Byrd, R.S., Auinger, P., Weitzman, M. (1996) Illicit substance use, gender, and the risk of violent behaviors among adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 150, 797-801.
- Durkheim, E. (1951) *Suicide*. Free Press, New York.
- Eccles, J.S., Midgley C., Wigfield, A., Miller Buchanan, C., Reuman, D., Flanagan, C., Iver, D.M. (1993) Development during adolescence. *American Psychologist*, 48, 90-101.
- Elekes Zs., Paksi, B. (2000) *Drogok és fiatalok. Középiskolások droghasználata, alkoholfogyasztása és dohányzása az évezred végén, Magyarországon*. ISMertető, 8. Ifjúsági és Sportminisztérium, Budapest.
- Eliassen, A.H., Taylor, J., Lloyd, D.A. (2005) Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *Journal of Scientific Study of Religion*, 44, 187-199.
- Elliott, D.S., Huizinga, D., Menard, S. (1989) *Multiple problem youth: Delinquency, substance use, and mental health problems*. Springer-Verlag, New York.
- Emler, N., Dickinson, J. (1985) Children's representation of economic inequalities: The effects of social class. *British Journal of Developmental Psychology*, 3, 191-198.
- Epel, E., Daubenmier, J., Moskowitz, J.T., Folkman, S., Blackburn, E. (2009) Can meditation slow rate of cellular aging? Cognitive stress, mindfulness, and telomeres. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1172: 34-53.
- Erikson, E.H. (1968) *Identity: youth and crisis*. W.W. Norton, New York.
- Erikson, E.H. (2002) *Gyermekkor és társadalom*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Ercan, G., Albayrak Kaymak, D., Ilter, O. (2004) Perceived health status in a Turkish adolescent sample: Risk and protective factors. *European Journal of Pediatrics*, 163, 485-494.
- Escobedo, L.G., Reddy, M., DuRant, R.H. (1997) Relationship between cigarette smoking and health risk and problem behaviors among US adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 151, 66-71.

- Extremera, N., Durán, A. Rey, L. (2007) Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42, 1069-1079.
- Featherstone, M. (1991) *Consumer culture and postmodernism*. Sage, London.
- Feldman, L., Harvey, B., Holowaty, P., Shortt, L. (1999) Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 24, 48-58.
- Fejér B. (2000) LSD és popkultúra. In: Demetrovics Zs. (szerk.) *A szintetikus drogok világa*. Animula, Budapest, pp. 34-69.
- Fernández-Ballesteros, R. (2003) Light and dark in the psychology of human strengths: The example of psychogerontology. In: Aspinwall, L., Staudinger, U.M. (eds.) *A psychology of human strengths*. American Psychological Association, Washington, D.C., pp. 131-147.
- Fichman, L., Koestner, R., Zuroff, D.C. (1994) Depressive styles in adolescence: Assessment, relation to social functioning, and developmental trends. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 315-330.
- Finkenauer, C., Engels, R.C.M.E., Baumeister, R.F. (2005) Parenting behaviour and adolescent behavioural and emotional problems: The role of self-control. *International Journal of Behavioral Development*, 29, 58-69.
- Fitzpatrick, K.M. (1997) Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 131-148.
- Földvári M. (2003) A vallásosság típusai a mai magyar társadalom generációiban. *Szociológiai Szemle*, 37, 20-33.
- Ford J. A. (2009) Nonmedical prescription drug use among adolescents: The influence of bonds to family and school. *Youth & Society*, 40, 336-352.
- Formoso, D., Gonzales, N.A., Aiken, L.S. (2000) Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 28, 175-199.
- Fredrickson, B.L. (2001) The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fuligni, A.J., Eccles, J.S., Barber, B.L., Clements, P. (2001) Early adolescent peer orientation and adjustment during high school. *Developmental Psychology*, 37, 28-36.
- Furstenberg, F. F., Cook, T. D., Eccles, J., Elder, G. H., Sameroff, A. (1990) *Managing to make it: Urban families and adolescent success*. The University of Chicago Press, Chicago.

- Gater, R., Tansella, M., Korten, A., Tiemens, B.G., Maureas, G., Olatawura, M.O. (1998) Sex differences in the prevalence and detection of depressive and anxiety disorders in general health care settings: Report from the World Health Organization Collaborative Study on Psychological Problems. *Archives of General Psychiatry*, 55, 405-413.
- Geckova, A.M., van Dijk, J.P., Zezula, I., Tuinstra, J., Groothoff, J.W., Post, D. (2004) Socio-economic differences in health among Slovak adolescents. *Sozial und Präventivmedizin*, 49, 26-35.
- Geckova, A., van Dijk, J.P., Stewart, R., Groothoff, J.W., Post, D. (2003) Influence of social support on health among gender and socio-economic groups of adolescents. *European Journal of Public Health*, 13, 44-50.
- George, L.K., Ellison, C.G., Larson, D.B. (2002) Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13, 190-200.
- Gerevich J., Bácskai E. (1994) Protektív és rizikó-prediktorok a drogfogyasztás kialakulásában. *Psychiatria Hungarica*, 9, 231-240.
- Gergen, K.J. (1985) The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 39, 226-275.
- Gerlsma, C., Snijders, T.A.B., Van Duijn, M.A.J., Emmelkamp, P.M.G. (1997) Parenting and psychopathology: Differences in family members' perceptions of parental rearing styles. *Personality and Individual Differences*, 23, 271-282.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Benthin, A.C., Hessling, R.M. (1996) A longitudinal study of the reciprocal nature of risk behaviors and cognitions in adolescents: What you do shapes what you think, and vice versa. *Health Psychology*, 15, 344-354.
- Gibbons, F.X., Gerrard, M., Vande Lune L.S., Wills, T.A., Brody, G., Conger, R.D. (2004) Context and cognitions: Environmental risk, social influence, and adolescent substance use. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1048-1061.
- Gibbons, F.X., Buunk, B.P. (1999) Individual differences in social comparison: Development of a scale of social comparison orientation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 129-142.
- Giblin, P.T., Poland, M.L., Ager, J.W. (1988) Clinical applications of self-esteem and locus of control to adolescent health. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 1-14.
- Gilvarry, E. (2000) Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80.

- Ginsburg, K.R., Alexander, P.M., Hunt, J., Sullivan, M., Zhao, H., Cnaan, A. (2002) Enhancing their likelihood for a positive future: The perspective of inner-city youth. *Pediatrics*, 109, 1136-1143.
- Glendinning, A. (2002) Self-esteem and smoking in youth – muddying the waters? *Journal of Adolescence*, 25, 415.
- Gomez, R., Fisher, J.W. (2003) Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.
- Gomez, R. (1998) Locus of control and avoidant coping: Direct, interactional and mediational effects on maladjustment in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 24, 325-334.
- Good, M., Willoughby, T., Busseri, M.A. (2011) Stability and change in adolescent spirituality/religiosity: A person-centered approach. *Developmental Psychology*, 47, 538-550.
- Good, M., Willoughby, T. (2008) Adolescence as a sensitive period for spiritual development. *Child Development Perspectives*, 2, 32-37.
- Good, M., Willoughby, T. (2006) The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 41-55.
- Goodman, E., McEwen, B.S., Dolan, L.M., Schafer-Kalkhoff, T., Adler N.E. (2005) Social disadvantage and adolescent stress. *Journal of Adolescent Health*, 37, 484-492.
- Goodman, E., Adler, N.E., Daniels, S.R., Morrison, J.A., Slap, G.B., Dolan, L.M. (2003) Impact of obesity and subjective social status on obesity in a biracial cohort of adolescents. *Obesity Research*, 11, 1018-1026.
- Goodman, E., Huang, B. (2002) Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 448-453.
- Goodyer, I.M. (2002) Social adversity and mental functions in adolescents at high risk of psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 181, 383-386.
- Green, C.A., Pope, C.R. (2000) Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 15, 29-34.
- Greenberger, E., Chen, C., Tally, S.R., Dong, Q. (2000) Family, peer, and individual correlates of depressive symptomatology among U.S. and Chinese adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 209-219.

- Griffin, K.W., Epstein, J.A., Botvin, G.J., Spoth, R.L. (2001) Social competence and substance use among rural youth: mediating role of social benefit expectancies of use. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 485-498.
- Gurevics, A. (2003) *Az individuum a középkorban*. Atlantisz Könyvkiadó, Budapest.
- Gutman, L. M., Eccles, J. S., Peck, S., Malachuk, O. (2010) The influence of family relations on trajectories of cigarette and alcohol use from early to late adolescence. *Journal of Adolescence*, in press.
- Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T., Cleveland, K. (2008) The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18, 187-200.
- Halbwachs, M. (1980) *Collective memory*. Harper, New York.
- Halldórsson, M., Kunst, A.E., Köhler, L., Mackenbach, J.P. (2000) Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. A Comparative study of the Five Nordic Countries. *European Journal of Public Health*, 10, 281-288.
- Halpern-Felsher, B., Millstein, S.G., Ellen J.M., Adler, N., Tschann, J.M., Biehl, M. (2001) The role of behavioral experience in judging risks. *Health Psychology*, 20, 120-126.
- Hammermeister, J., Flint, M., Havens, J., Peterson, M. (2001) Psychosocial and health-related characteristics of religious well-being. *Psychological Report*, 89, 589-594.
- Hanson, M.D., Chen, E. (2007) Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: A review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 263-285.
- Harland, P., Reijneveld, S.A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S.P., Verhulst, F.C. (2002) Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 176-184.
- Haugland, S., Wold, B., Stevenson, J., Aaroe, L.E., Woynarowska, B. (2001) Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*, 11, 4-10.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Miller, J.Y. (1992) Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Heelas, P. (1996) *The New Age movement. The celebration of the self and the sacralization of modernity*. Blackwell, Oxford.
- Held, B.S. (2002) The tyranny of the positive attitude in America: Observation and speculation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 965-992.

- Held, B.S. (2004) The negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology, 44*, 9-46.
- Heller Á. (1998) *A reneszánsz ember*. Múlt és Jövő Kiadó, Budapest.
- Henningsgaard, J. M., Arnau, R.C. (2008) Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariate analysis. *Personality and Individual Differences, 45*, 703-708.
- Henson, J. M., Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S.A. (2006) Associations among health behaviors and time perspective in young adults: Model testing with boot-strapping replication. *Journal of Behavioral Medicine, 29*, 127-137.
- Herman-Stahl, M., Petersen, A.C. (1996) The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 25*, 733-753.
- Hine, D.W., Mckenzie-Richer, A., Lewko, J., Tilliczek, K., Perreault, L. (2002) A comparison of the mediational properties of four adolescent smoking expectancy measures. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*, 187-195.
- Hu, L., Bentler, P.M. (1995) Evaluating model fit. In: Hoyle, R.H. (Ed.) *Structural equation modeling. Concepts, issues, and applications*. Sage, Thousand Oaks, CA, pp. 76-99.
- Hunyady Gy. (2006) *A szociálpszichológia történeti olvasatai*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Hussong, A.M. (2002) Differentiating peer contexts and risk for adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence, 31*, 207-20.
- Huurre, T., Eerola, M., Rahkonen, O., Aro, H. (2007) Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders, 100*, 55-64.
- Huver, R. M. E., Engels, R. C. M. E., Verhulst, A. A., de Vries, H. (2007) Is parenting style a context for smoking-specific parenting practices? *Drug and Alcohol Dependence, 89*, 116-125.
- Inglehart, R. (1997) *Modernization and postmodernization*. Princeton University Press, Princeton.
- Iso-Ahola, S.E., Crowley, E.D. (1991) Adolescent substance abuse and leisure boredom. *Journal of Leisure Research, 23*, 260-271.
- Jackson, C. (2002) Perceived legitimacy of parenting authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *Journal of Adolescent Health, 31*, 425-432.

- Jackson, C., Henriksen, L., Foshee, V. A. (1998) The Authoritative Parenting Index: Predicting health risk behaviors among children and adolescents. *Health Education & Behavior, 25*, 319-337.
- Jacobson, L., Churchill, R., Donovan, C., Garralda, E., Fay, J. (2002) Tackling teenage turmoil: Primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Family Practice, 19*, 401-409.
- Jafari, E., Deshiri, G.R., Eskandari, J., Najafi, M., Heshmati, R., Hoseinifar, J. (2010) Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 5*, 1477-1481.
- Jaffee, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A., Taylor, A., Arseneault, L. (2002) Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems: an environmentally informative twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*, 1095-1103.
- Jarvis, G.K., Northcott, H.C. (1987) Religion and differences in morbidity and mortality. *Social Science & Medicine, 25*, 813-824.
- Jessor, R. (1993) Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist, 48*, 117-126.
- Jones, B.T., Corbin, W., Fromme, K. (2001) A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction, 96*, 57-72.
- Kahneman, D., Krueger, A.B., Schkade, D., Schwarz, N., Stone, A.A. (2006) Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science, 312*, 1908-1910.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpalä, M., Rantanen, P., Laippala, P. (2001) Adolescent depression: The role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders, 64*, 155-166.
- Kann, L. (2001) The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior, 25*, 272-277.
- Kasser, T. (2005) *Az anyagiasság súlyos ára*. Ursus Libris, Budapest.
- Kasser, T., Ahuvia, A. (2002) Materialistic values and well-being in business students. *European Journal of Social Psychology, 32*, 137-146.
- Kasser, T., Sheldon, K.M. (2000) Of wealth and death: Materialism, mortality salience, and consumption behavior. *Psychological Science, 11*, 348-351.
- Kasser, T., Ryan, R.M., Zax, M., Sameroff, A.J. (1995) The relations of maternal and social environments to late adolescents' materialistic and prosocial values. *Developmental Psychology, 31*, 907-914.

- Kasser, T., Ryan, R.M. (1993) A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- Kawakami, K., Dion, K. (1993) The impact of salient self-identities on relative deprivation and action intentions. *European Journal of Social Psychology*, 23, 525-540.
- Keyes, C.L.M., Lopez, S.J. (2002) Toward a science of mental health. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (eds.) *Handbook of positive psychology*. New York, Oxford University Press, pp. 45-59.
- Keyes, C.L.M. (1998) Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 63, 264-279.
- Kézdy A., Martos T., Urbán Sz., Horváth-Szabó K. (2010) A vallásos attitűdök, a megküzdési módok és a lelki egészség összefüggései serdülő- és fiatal felnőttkorban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11, 1-16.
- Kiesner, J., Cadinu M., Poulin, F., Bucci, M. (2002) Group identification in early adolescence: Its relation with peer adjustment and its moderator effect on peer influence. *Child Development*, 73, 196-208.
- Knox, M., King, C., Hanna, G.L., Logan, D., Ghaziuddin, N. (2000) Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 611-618.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Honkanen, R., Viinamäki, H., Koskenvuo, M. (2004) Life satisfaction and depression in a 15-year follow-up of healthy adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 994-999.
- Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamäki, H., Heikkilä, K., Kaprio, J., Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy Finnish adults. *American Journal of Epidemiology*, 152, 983-991.
- Kopp M.S., Thege, B.K., Balog P., Stauder, A., Salavecz, G., Rózsa, S., Purebl, G., Ádám, S. (2010) Measures of stress in epidemiological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 211-225.
- Kopp M., Skrabski Á., Székely A., Stauder A., Williams, R. (2007) Chronic stress and social changes: Socioeconomic determination of chronic stress. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1113: 328-337.
- Kopp M., Skrabski Á., Réthelyi J., Kawachi, I., Adler, N.E. (2004) Self-rated health, subjective social status, and middle-aged mortality in a changing society. *Behavioral Medicine*, 30(2): 65-70.

- Kopp M., Székely A., Skrabski Á. (2004) Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5, 103-125.
- Kopp, M., Skrabski, A., Szedmak S. (1995) Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology, and sickness absence rate in the Hungarian population. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 1019-1029.
- Kopp M.S. (1990) Anxiety, freedom, and democracy. *Behavioural Psychotherapy*, 18, 189-192.
- Kovács E., Pikó B. (2007) Válságban a család? Középiskolások párkapcsolati preferenciái értékattitűdjeik tükrében. *Demográfia*, 50(2-3), 282-296.
- Kovács L. (2007) A vallásosság hatása a serdülők kábítószer-fogyasztására. *Szociológiai Szemle*, 17(1-2), 71-98.
- Kovács E., Pikó B. (2009) Vallásosság a magyar középiskolások körében. *Társadalomkutatás*, 27(1), 27-48.
- Kroenke, C. (2008) Socioeconomic status and health: Youth development and neomaterialist and psychosocial mechanisms. *Social Science and Medicine*, 66, 31-42.
- Kulcsár Zs. (1998) *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 34-35.
- Kulcsár Zs. (1995) *Korai személyiségfejlődés és énfunkciók*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E. (2000) Children involved in bullying at elementary school age: Their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. *Child Abuse and Neglect*, 24, 1567-1577.
- Laird, R.D., Marks, L.D., Marrero, M.D. (2011) Religiosity, self-control, and antisocial behavior: Religiosity as a promotive and protective factor. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 78-85.
- Landau, R. (1995) Locus of control and socioeconomic status: Does internal locus of control reflect real resources and opportunities or personal coping abilities? *Social Science and Medicine*, 41, 1499-1505.
- Lansford, J.E., Dodge, K.A., Pettit, G.S., Bates, J.E., Crozier, J., Kaplow, J. (2002) A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156, 824-830.
- Lányi G. (2001) *Lélek(tan) és politika. Bevezetés a politikai pszichológiába*. József Műhely Kiadó.
- Lasch, C. (1996) *Az önimádat társadalma*. Európa Könyvkiadó, Budapest.

- Laukkanen, E.R, Shemeikka, S.L., Viinamäki, H.T., Polkki, P.L., Lehtonen, J.O. (2001) Heavy drinking is associated with more severe psychosocial dysfunction among girls than boys in Finland. *Journal of Adolescent Health, 28*, 270-277.
- Laursen, B., Coy, K. C., Collins, W. A. (1998) Reconsidering changes in parent-child conflict across adolescence: A meta-analysis. *Child Development, 69*, 817-832.
- Layard, R. (2005) *Happiness. Lessons from a new science*. Penguin Books, London.
- Leadbeater, B.J., Kuperminc, G.P., Blatt, S.J., Hertzog, C. (1999) A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology, 35*, 1268-1282.
- Le Bon, G. (1993) *A tömegek lélektana*. Hatágú Síp Alapítvány, Budapest.
- Leigh, B.C., Stacy, A.W. (1993) Alcohol outcome expectancies: Scale construction and predictive utility in higher order confirmatory models. *Psychological Assessment, 5*, 216-229.
- Leventhal, T., Brooks-Gunn, J. (2000) The neighborhood they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin, 126*, 309-337.
- Lifrak, P.D., McKay, J.R., Rostain, A., Alterman, A.I., O'Brian, C.P. (1997) Relationship of perceived competencies, perceived social support, and gender to substance use in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 933-940.
- Li, X., Stanton, B., Feigelman, S. (2000) Impact of perceived parental monitoring on adolescent risk behavior over 4 years. *Journal of Adolescent Health, 27*, 49-56.
- Liu, Y.-L. (2006) Paternal-maternal attachment, peer support, social expectations of peer interaction, and depressive symptoms. *Adolescence, 41*, 705-721.
- Lobmayer, P., Wilkinson, R. (2000) Income, inequality and mortality in 14 developed countries. *Sociology of Health and Illness, 22*, 401-414.
- Lucas, R.E., Diener, E., Suh, E. (1996) Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 616-628.
- Luchetti, G., Luchetti, A.L.G., Koenig, H.G. (2011) Impact of spirituality/religiosity on mortality: Comparison with other health interventions. *Explore, 7*, 234-238.
- Mabe, P.A., Josephson, A.M. (2004) Child and adolescent psychopathology: Spiritual and religious perspectives. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 13*, 111-125.

- Maccoby, E. E., Martin, J. A. (1983) Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. In: Hethington, E. M. (Ed.) *Handbook of Child Psychology. Vol. 4: Socialization, personality, and social development*. Wiley, New York, pp. 1-101.
- MacDonald, D.A. (2000) Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality*, 68, 153-197.
- Martos T., Konkoly Thege B., Steger, M.F. (2010) It's not only what you hold, it's how you hold it: Dimensions of religiosity and meaning of life. *Personality and Individual Differences*, 49, 863-868.
- Martos T., Szabó G., Rózsa S. (2006) Az Aspirációs Index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 171-191.
- Maselko, J., Buka, S. (2008) Religious activity and lifetime prevalence of psychiatric disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 18-24.
- Mason, W. A., Windle, M. (2002) A longitudinal study of the effects of religiosity on adolescent alcohol use and alcohol-related problems. *Journal of Adolescent Research*, 17, 346-363.
- Mason, W.A., Windle, M. (2001) Family, religious, school and peer influences on adolescent alcohol use: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 44-53.
- Masten, A.S. (2001) Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- McCullough, M.E., Larson, D.B. (1999) Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research*, 2, 126-136.
- McGuire, W.J. (1998) A poli-pszí kapcsolat: egy hosszú történet három szakasza. In: Hunyady Gy. (szerk.): *Történeti és politikai pszichológia*. Osiris, Budapest, pp. 20-41.
- Mesman, J., Koop, H.M. (2000) Common and specific correlates of preadolescent internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 428-437.
- Milam, J.E., Sussman, S., Ritt-Olson, A., Dent, C.W. (2000) Perceived invulnerability and cigarette smoking among adolescents. *Addictive Behaviors*, 25, 71-80.
- Miller, L., Davies, M., Greenwald, S. (2000) Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the National Comorbidity Survey. *Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1190-1197.
- Moksony F., Hegedűs R. (2006) Társadalmi integráltság, kultúra, deviancia: A vallás hatása az öngyilkosságra Magyarországon. *Szociológiai Szemle*, 16(4), 3-18.

- Moore, S.M., Rosenthal, D.A. (1992) Australian adolescents' perceptions of health-related risks. *Journal of Adolescent Research*, 7, 177-191.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., Koenig, H.G. (2006) Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28, 242-250.
- Moscovici, S. (2002) *Társadalom-lélektan*. Osiris, Budapest.
- Moshman, D. (1998) Cognitive development beyond childhood. In: Damon, W., (eds) *Handbook of child psychology*, Vol. 2. Wiley, New York, pp. 947-978.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J., Rummans, T.A. (2001) Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1225-1235.
- Musick, M. (1997) *Social support and well-being among the elderly: The nature and effect of reciprocal exchanges*. Unpublished Doctoral Dissertation. Duke University, Durham, N.C.
- Natvig, G.K., Albrektsen, G., Qvarnstrom, U. (2003) Association between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 166-175.
- Németh Zs. (2011) *Az alkoholhasználat motivációs összetevőinek szerepe a fiatalok szorhasználatban különböző színtereken és kultúrákban*. PhD. Disszertáció, ELTE PPK, Budapest.
- Németh Zs, Urbán, R., Kuntsche, E., San Pedro, E.M., Roales-Nieto, J.G., Farkas, J., Futaki, L., Kun, B., Mervó, B., Oláh, A., Demetrovics Zs. (2011) Drinking motives among Spanish and Hungarian young adults: A cross-national study. *Alcohol & Alcoholism*, 46, 261-269.
- Neto, F. (1993) The Satisfaction With Life Scale: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 125-134.
- Newcomb, M.D., Harlow, L.L. (1986) Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 564-577.
- Nicholson, A., Rose, R., Bobak, M. (2009) Association between attendance at religious services and self-reported health in 22 European countries. *Social Science and Medicine*, 69, 519-528.
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J.S. (1994) The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.
- Norman, P., Bennett P., Smith, S., Murphy, S. (1997) Health locus of control and leisure-time exercise. *Personality and Individual Differences*, 23, 769-774.

- Ogden, J. (1995a) Changing the subject of health psychology. *Psychology and Health*, 10, 257-265.
- Ogden, J. (1995b) Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science and Medicine*, 10, 257-265.
- Ogden, J. (1996) *Health psychology*. Oxford University Press, Buckingham.
- Ohannessian, C.M., Lerner, R.M., Lerner, J.V., von Eye, A. (1999) Does self-competence predict gender differences in adolescent depression and anxiety? *Journal of Adolescence*, 22, 397-411.
- Okelo, S.O., Wu, A.W., Krishnan, J.A., Rand, C.S., Skinner, E.A., Diette, G.B. (2004) Emotional quality-of-life and outcomes in adolescents with asthma. *Journal of Pediatrics*, 145, 523-529.
- Oláh A. (1982) *Kérdőíves módszerek a külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára*. Módszertani Füzetek, No. 19.: Országos Pályaválasztási Intézet, Budapest.
- Olsson, G.I., Nordström, M.-L., Arinell, H., von Knorring, A.-L. (1999) Adolescent depression: Social network and family climate - A case control study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 227-237.
- Oshino, S., Suzuki, A., Ishii, G., Otani, K. (2007) Influences of parental rearing on the personality traits of healthy Japanese. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 465-469.
- Ouellette, J.A., Gerrard, M., Gibbons, F.X., Reis-Bergan, M. (1999) Parents, peers, and prototypes: Antecedents of adolescent alcohol expectancies, alcohol consumption, and alcohol-related life problems in rural youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 183-197.
- Paloutzian, R.F., Ellison, C.W. (1982) Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In: Pepla, L.A., Perlman, D. (Eds.) *Loneliness A sourcebook of current theory, research, and therapy*. Wiley Interscience, New York, pp. 224-237.
- Pargament, K.I., Mahoney, A. (2002) Spirituality: Discovering and conserving the sacred. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (eds) *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York, pp. 646-659.
- Pargament, K.I., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez, L. (1998) Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Pasupathi, M., Staudinger, U.M., Baltes, P.B. (2001) Seeds of wisdom: Adolescents' knowledge and judgement about difficult life problems. *Developmental Psychology*, 37, 351-361.

- Patock-Peckham, J.A., Morgan-Lopez, A.A. (2007) College drinking behaviors: Mediational links between parenting styles, parental bonds, depression, and alcohol problems. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 297-306.
- Pauwlik Zs., Margitics F. (2008) Személyes törekvések kapcsolata a szubjektív jólléttel főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(1), 1-33.
- Pecchenino, R.A. (2009) Becoming: Identity and spirituality. *The Journal of Socio-Economics*, 38, 31-36.
- Péley B. (1994) Serdülőkori beavatási rítusok szerepe az identitásalakulásban. *Pszichológia*, 14, 429-471.
- Pellerin, L. A. (2005) Applying Baumrind's parenting typology to high schools: Toward a middle-range theory of authoritative socialization. *Social Science Research*, 34, 283-303.
- Perry, D.G., Bussy, K. (1984) *Social development*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J., Hernandez, L., Cella, D. (2002) Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy – spiritual well-being scale (FACIT – Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 49-58.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ez, S., Grant, K.E. (1993) Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Petridou, E., Zavitsanos, X., Dessypris, N., Frangakis, C., Mandyla, M., Doxiadis, S., Trichopoulos, D. (1997) Adolescents in high-risk trajectory: Clustering of risky behavior and the origins of socioeconomic health differentials. *Preventive Medicine*, 26, 215-219.
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., Criss, M. M. (2001) Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 72, 583-598.
- Pierce, J. P., Distefan, J. M., Jackson, C., White, M. M., Gilpin, E. A. (2002) Does tobacco marketing undermine the influence of recommended parenting in discouraging adolescents from smoking? *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 73-81.
- Pikó B. (szerk.) (2010) *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan, Budapest.
- Pikó B. (szerk.) (2005) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest.
- Pikó B (2004a) Interplay between self and community: A role for health psychology in Eastern Europe's public health. *Journal of Health Psychology*, 9, 111-120.

- Pikó B. (2004b) A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban. Paradigmaváltás a társadalomtudományokban? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5(4), 289-299.
- Pikó B. (2004c) Csoporthatások a serdülők identitás-formálódásában, kapcsolati struktúrájában és egészség-magatartásában. *Pszichoterápia*, 13, 16-22.
- Pikó B. (2003) *Társadalom, kultúra és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (szerk.) (2002a) *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATEPress, Szeged.
- Pikó B. (2002b) *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2001) Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223-235.
- Pikó B. (2000) Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Substance Use and Misuse*, 35, 617-630.
- Pikó B. (1999) A vallás és egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése. *Szociológiai Szemle*, 33(3), 124-133.
- Pikó B., Brassai L. (2007) Cultural values and health-related behaviors: A comparison of Hungarian and Transylvanian youth. *European Journal of Mental Health*, 2, 171-181.
- Pikó B., Piczil M. (2004) Youth substance use and psychosocial well-being in Hungary's post-socialist transition. *Administration and Policy in Mental Health*, 32, 63-71.
- Pikó B., Fitzpatrick (2004). Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095-1107.
- Pikó B., Fitzpatrick, K.M. (2001) Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Social Science and Medicine*, 53, 817-830.
- Pluhár Zs., Keresztes N., Pikó B. (2003) „Ép testben ép lélek”— Középiskolások értékrendje fizikai aktivitásuk tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 4(2), 29-33.
- Quadrel, M.J., Fischhoff, B., Davis, W. (1993) Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48, 102-116.
- Rác J. (1992) Az ifjúkori problémaviselkedések és a „pszi-intézményegyüttes” kapcsolata: Elméleti megközelítés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 32-33, 499-516.
- Rác J., Szakács, K. (1999) Irreális optimizmus és kockázatbecslés a serdülőkorban. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54, 371-386.
- Radziszewska, B., Richardson, J.L., Dent, C.W., Flay, B.R. (1996) Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and SES differences. *Journal of Behavioral Medicine*, 19, 289-305.

- Rahkonen, O., Lahelma, E. (1992) Gender, social class and illness among young people. *Social Science and Medicine*, 34, 649-656.
- Rask, K., Paivi, A.K., Marja-Terttu, T., Pekka, L. (2002) Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *Journal of School Health*, 72, 243-249.
- Reed, L., Richards, M. H., Moneta, G., Holmbeck, G., Duckett, E. (1996) Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32, 744-754.
- Reinhardt Pedersen, C., Madsen, M. (2002) Parents' labour market participation as a predictor of children's health and wellbeing: A comparative study of five Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 861-867.
- Rennie, C.E., Dolan, M.C. (2010) The significance of protective factors in the assessment of risk. *Criminal Behavior and Mental Health*, 26, 8-22.
- Reti, I.M., Samuels, J.F., Eaton, W.W., Bienvenu, III. J., Costa, Jr. P.T., Nestadt, G. (2002) Influences of parenting on normal personality traits. *Psychiatry Research*, 111, 55-64.
- Rew, L., Wong, Y.J. (2006) A systematic review of associations among religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 433-442.
- Rice, K.G., Mulkeen, P. (1995) Relationships with parents and peers: A longitudinal study of adolescent intimacy. *Journal of Adolescent Research*, 10, 338-357.
- Richins, M.L., Dawson, S. (1992) A consumer values orientation for materialism and its measurement: Scale development and validation. *Journal of Consumer Research*, 19, 303-316.
- Richter, J., Richter, G., Eisemann, M., Seering, B., Bartsch, M. (1995) Depression, perceived parental rearing and self-acceptance. *European Psychiatry*, 10, 290-296.
- Riesman, D. (1996) *A magányos tömeg*. Polgár Kiadó, Budapest.
- Ridgeway, C.L., Balkwell, J.W. (1997) Group processes and the diffusion of status beliefs. *Social Psychology Quarterly*, 60, 14-31.
- Ritterman, M.L., Fernald, L.C., Ozer, E.J., Adler, N.E., Gutierrez, J.P., Syme, S.L. (2009) Objective and subjective social class gradients for substance use among Mexican adolescents. *Social Science & Medicine*, 68, 1843-1851.
- Róbert P., Sági M. (1992) Amikor a sokkal jobb még mindig rossz. *Szociológiai Szemle*, 26(2), 15-38.

- Roche, K. M., Ahmed, S., Blum, R. W. (2008) Enduring consequences of parenting for risk behaviors from adolescence into early adulthood. *Social Science & Medicine*, 66, 2023-2034.
- Rogers, P., Qualter, P., Phelps, G., Gardner, K. (2006) Belief in the paranormal, coping and emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 41, 1089-1105.
- Rokeach, M. (1973) *The nature of human values*. Free Press, New York.
- Romi, S., Itskowitz, R. (1990) The relationship between locus of control and type of aggression in middle-class and culturally deprived children. *Personality and Individual Differences*, 11, 327-333.
- Ronis, D.L. (1992) Conditional health threats: Health beliefs, decisions, and behaviors among adults. *Health Psychology*, 11, 127-134.
- Rosenberg, S.L. (2002) Positive peers – Differential impact of a social intervention strategy on four personality subgroups. *School Psychology International*, 23, 397-415.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. (1989) Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, 54, 1004-1018.
- Rosenberg, M. (1979) *Conceiving the self*. Basic Books, New York.
- Rothrauff, T.C., Cooney, T.M., An, J.S. (2009) Remembered parenting styles and adjustment in middle and late adulthood. *The Journals of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*, 64, 137-146.
- Rotter, J.B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, Whole No. 609.
<http://www.psych.uncc.edu/pagoolka/LC.html> Letöltve: 2011. január 6.
- Rózsa, S., Vetró, Á., V. Komlósi, A., Gáboros, J., Kő, N., Csorba, J. (1999) Gyermekek és serdülőkorúak depresszió kérdőív méréseinek lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 19, 459-482.
- Rudolph, K.D., Hammen, C. (1999) Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70, 660-677.
- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001) On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C.D. (1989) Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

- Ryff, C.D., Singer, B. (1998) The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Salonna, F., van Dijk, J., Madarasova Geckova, A., Sleskova, M., Groothoff, J., Reijneveld, S.A. (2008) Social inequalities in changes in health-related behaviour among Slovak adolescents aged between 15 and 19: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 8, 57.
- Scharf, M., Maysless, O., Kivenson-Baron, I. (2004) Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Development and Psychopathology*, 40, 430-444.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. (1985) Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Schimmack, U., Radhakrishnan, P., Oishi, S., Dzokoto, V., Ahadi, S. (2002) Culture, personality, and subjective well-being: Integrating process models of life satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 582-593.
- Schulenberg, J., Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Johnston, L.D. (1994) High school educational success and subsequent substance use: A panel analysis following adolescents into young adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 45-62.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995) The Generalized Self-Efficacy Scale. In: Weinman, J., Wright, S., Johnston, M. (eds) *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. NFER-NELSON, Windsor, UK, pp. 35-37.
- Scoffier, S., Paquet, Y., d'Arripe-Longueville, F. (2010) Effect of locus of control on disordered eating in athletes: The mediational role of self-regulation of eating attitudes. *Eating Behaviors*, 11, 164-169.
- Search Institute (2003) *40 developmental assets*. <http://www.search-institute.org>
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2002) Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder, C.R., Lopez, S. (eds.) *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York, pp. 3-9.
- Sheldon, K.M., King, L. (2001) Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216-217.
- Sheldrake, P. (1992) *Spirituality and history. Questions of interpretation and method*. Crossroads, New York.

- Siahpush, M., Singh, G.K. (2000) A multivariate analysis of the association between social class of origin and current social class with self-rated general health and psychological health among 16-year-old Australians. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, 30, 653-659.
- Singh-Manoux, A., Marmot, M.G., Adler, N.E. (2005) Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine*, 67, 855-861.
- Silberg, J., Rutter, M., Neale, M., Eaves, L. (2001) Genetic moderation of environmental risk for depression and anxiety in adolescent girl. *British Journal of Psychiatry*, 179, 116-121.
- Simon, T. (2002) Fiatalok életminőségét befolyásoló közérzete kívánságaik és félelmeik alapján 1989-2000 között Magyarországon. *Egészségnevelés*, 43, 104-108.
- Simons-Morton, B., Haynie, D.L., Crump, A.D., Eitel, P., Saylor, K.E. (2001) Peer and parent influences on smoking and drinking among early adolescents. *Health Education & Behavior*, 28, 95-107.
- Sjöberg, L., Af Wahlberg, A. (2002) Risk perception and New Age Beliefs. *Risk Analysis*, 22, 751-764.
- Smith, C., Faris, R., Denton, M.L., Regnerus, M. (2003) Mapping American adolescents subjective religiosity and attitudes of alienation toward religion: A research report. *Sociology of Religion*, 64, 111-133.
- Somersalo, H., Solantaus, T., Almqvist, F. (2002) Classroom climate and the mental health of primary school children. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 285-290.
- Spencer-Rodgers, J., Peng, K., Wang, L., Hou, Y. (2004) Dialectical self-esteem and east-west differences in psychological well-being. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 30, 1416-1432.
- Steen, T.A., Kachorek, L.V., Peterson, C. (2003) Character strengths among youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 5-16.
- Steinberg, G.L., Elmer, J.D., Mounts, N.S. (1989) Authoritative parenting, psychosocial maturity, and academic success among adolescents. *Child Development*, 60, 1424-1436.
- Stern, G.S., Manifold, B. (1997) Internal locus of control as a value. *Journal of Research in Personality*, 11, 237-242.

- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D.S., Edwards, C.S. (1994) The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 747-752.
- Sturges, J.W., Rogers, R.W. (1996) Preventive health psychology from a developmental perspective: An extension of protection motivation theory. *Health Psychology*, 15, 158-166.
- Szondy M. (2008) *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás*. PhD disszertáció. ELTE PPK, Budapest.
- Szondy, M. (2004) A szubjektív jóllét és a törekvések kapcsolata késő serdülőkorban. *Alkalmazott Pszichológia*, 4, 53-72.
- Tarter, R.E., Vanyukov, M. (1994) Alcoholism as a developmental disorder *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1096-1107.
- Taylor, S.E., Seeman, T.E. (1999) Psychosocial resources and SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 210-225.
- Taylor, S.E., Brown, J.D. (1988) Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 198-210.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004) Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Teköz, M., Gibbons, F.X., Piko, B.F., Luszczynska, A. (2002) Adolescents' risk perceptions across cultures: A cross-cultural study. In: Leal, I., Btelho, T., Ribeiro, J.P. (eds.) *Health through the life cycle: A life span perspective*. European Health Psychology Society Lisbon, Portugal, pp. 35-45.
- Tomcsányi T., Ittész A., Horváth-Szabó K., Martos T., Szabó T. (2010) A spiritualitás és a vallásosság kutatásának kulcskérdései és a Piedmont-féle Spiritualitási és Vallási Érzület Mérés-kála. *Psychiatria Hungarica*, 25(2), 110-120.
- Tomka Miklós (1996) A vallásszociológia új útjai. *Replika*, 21-22: 163-171.
- Topolski, T.D., Patrick, D.L., Edwards, T.C., Huebner, C.E., Connell, F.A., Mount, K. (2001) Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 426-435.
- Torres, R.M., Fernández, P. (1995) Self-esteem and value of health as determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health*, 16, 60-63.
- Tracy, J.L., Hart, J., Martens, J.P. (2011) Death and science: The existential underpinnings of belief in intelligent design and discomfort with evolution. *Plos ONE*, 6(3), e17349. doi:10.1371/journal.pone.0017349

- Tsuang, M.T., Simpson, J.C., Koenen, K.C., Kremen, W.S., Lyons, M.J. (2007) Spiritual well-being and health. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195, 673-680.
- Tuinstra, J., Groothoff, J.W., van den Heuvel, W.J., Post, D. (1998). Socio-economic differences in health risk behavior in adolescence: Do they exist? *Social Science and Medicine*, 47, 67-74.
- Turner, R.J., Marino, F. (1994) Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 513-519.
- Turrell, G. (2000) Income non-reporting: Implications for health inequalities research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 207-214.
- Tyas, S.L., Pederson, L.L. (1998) Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7, 409-420.
- Tynjala, J., Kannas, L., Levalahti, E. (1997) Perceived tiredness among adolescents and its association with sleep habits and use of psychoactive substances. *Journal of Sleep Research*, 6, 189-198.
- Ungar, M.T. (2000) The myth of peer pressure. *Adolescence*, 35, 167-180.
- Unger, J.B., Ritt-Olson, A., Teran, L., Huang, T., Hoffman, B.R., Palmer, P. (2002) Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 10, 257-279.
- Unterrainer, H.-F., Ladenhauf, K.H., Moazedi, M.L., Wallner-Liebmann, S.J., Fink, A. (2010) Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 49, 192-197.
- Urbán R. (2001) Útban a magatartásszemponú egészségpszichológia felé: Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56, 593-622.
- Urbán R., Varga R. (2003) A negatív érzelmek, az önbizalom, az énhatékonyság és a dohányzás serdülőkorban. *Addiktológia*, 2, 346-369.
- Utasi Á. (1997) Középosztályi elméletek, alakuló magyar középosztályok. *Századvég*, 7: 3-29.
- Van Boven, L., Gilovich, T. (2003) To do or to have? That is the question. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1193-1202.
- V. Komlósi A., Rózsa S., Bérdi M., Móricz É., Horváth D. (2006) Az Aspirációs Index hazai alkalmazásával szerzett tapasztalatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 61, 237-250.
- van Lenthe, F.J., Boreham, C.A., Twisk, J.W.R., Strain, J.J., Savage, J.M., Davey Smith, G. (2001) Socio-economic position and coronary heart disease risk factors in youth.

- Findings from the Young Hearts Projects in Northern Ireland. *European Journal of Public Health, 11*, 43-50.
- Vaskovics L. (2000) A posztadoleszcencia szociológiai elmélete. *Szociológiai Szemle, 20*(4), 3-20.
- Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V.V., King, R.A., Van Heeringen, C., Deboutte, D. (2003) Suicidal behavior and violence in male adolescents: A school-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 41-48.
- Vetró Á (2008) Depression in children. *Current Opinion in Psychiatry, 21*, 1-7.
- Vidourek, R.A., King, K.A. (2010) Risk and protective factors for recent alcohol use among African-American youth. *Journal of Drug Education, 40*, 411-425.
- Vitaro, F., Brendgen M., Tremblay, R.E. (2000) Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 313-325.
- Wachholtz, A., Sambamoorthi, S. (2011) National trends in prayer use as a coping mechanism for health concerns: Changes from 2002 to 2007. *Psychology of Religion and Spirituality, 3*, 67-77.
- Walker, C., Ainette, M.G., Wills, T.A., Mendoza, D. (2007) Religiosity and substance use: Test of an indirect-effect model in early and middle adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 84-96.
- Wallace Jr., J.M., Forman, T.A. (1998) Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Education & Behavior, 25*, 721-741.
- Wallston, K.A. (1992) Hocus-pocus the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 183-199.
- Weinstein, N.D. (1989) Optimistic biases about personal risks. *Science, 246*, 1232-1233.
- Weist, M.D., Freedman, A.H., Paskewitz, D.A., Proescher, E.J., Flaherty, L.T. (1995) Urban youth under stress: Empirical identification of protective factors. *Journal of Youth and Adolescence, 24*, 705-721.
- Weisz, J.R., Southam-Gerow, M.A., McCarty, C.A. (2003) Control-related beliefs and depressive symptoms in clinic-referred children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 97-109.
- West, P., Sweeting, H. (2004) Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland. *Social Science & Medicine, 59*, 13-27.
- West, P. (1997) Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine, 44*, 833-858.

- Whiteman, M.C., Fowkes, F.G.R., Deary, I.J., Lee, A.J. (1997) Hostility, cigarette smoking and alcohol consumption in the general population. *Social Science and Medicine*, 44, 1089-1096.
- Whitlock, J.L., Hamilton, S.F. (2003) The role of youth surveys in community youth development initiatives. *Applied Developmental Science*, 7, 39-51.
- WHOQOL SRPB Group (2006) A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine*, 62, 1486-1497
- Wichstrom, L. (1999) The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 232-245.
- Wilkinson, R., Pickett, K. (2010) *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. Penguin Books, London.
- Williams, G.C., Cox, E.M., Hedberg, V.A., Deci, E.L. (2000) Extrinsic goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1756-1771.
- Wills, T.A., Pokhrel, P., Morehouse, E., Fanster, B. (2011) Behavioral and emotional regulation and adolescent substance use problems: A test of moderation effects in a dual-process model. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25, 279-292.
- Wills, T.A., Stoolmiller, M. (2002) The role of self-control in early escalation of substance use: A time-varying analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 986-997.
- Wills, T.A., Sandy, J.M., Shinar, O., Yaeger, A. (1999) Contributions of positive and negative affect to adolescent substance use: Test of a bidimensional model in a longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 327-338.
- Wills, T.A., Cleary, S. D. (1995) Stress-coping model for alcohol-tobacco interactions in adolescence. In: Fertig, J.B., Allen, J.P. (eds.) *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD., pp. 107-128.
- Wohlfarth, T., van den Brink, W. (1998) Social class and substance use disorders: The value of social class as distinct from socioeconomic status. *Social Science and Medicine*, 47, 51-58.
- Wong, S.S., Lim, T. (2009) Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 46, 648-652.

- Ybrandt, H. (2008) The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*, 31, 1-16.
- Yoshizumu, T., Murase, S., Murakami, T., Takai, J. (2007) Dissociation as a mediator between perceived parental rearing style and depression in an adult community population using college students. *Personality and Individual Differences*, 43, 353-364.
- Youniss, J., McCellan, J.A., Yates, M. (1999) Religion, community service, and identity in American youth. *Journal of Adolescence*, 22, 243-253.
- Zinnbauer, B.J., Pargament, K.I., Cowell, B.J., Rye, M., Scott, A.B. (1997) Religion and spirituality. Unfuzzing the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 38, 412–423.
- Zins, J.E. (2001) Examining opportunities and challenges for school-based prevention and promotion: Social and emotional learning as exemplar. *Journal of Primary Prevention*, 21, 441-446.
- Zonda T., Paksi B. (2000) Adatok a vallásosság protektív szerepéhez a testi és lelki egészségben. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 1-13.
- Zuckerman, D. M., Kasl, S.V., Ostfeld, A.M. (1984) Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor. *American Journal of Epidemiology*, 119, 410-423.

A DISSZERTÁCIÓ ALAPJÁT KÉPEZŐ PUBLIKÁCIÓK

Könyvek, könyvrészletek

- Pikó B. (szerk.) (2010) *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban.* L'Harmattan, Budapest.
- Pikó B. (2009) Protektív tényezők szerepe az addikciók ifjúkori megelőzésében. In: Demetrovics Zsolt (szerk.) *Az addiktológia alapjai II.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, pp. 83-104.
- Pikó B. (2007) A serdülőkori egészségmagatartás pozitív pszichológiai megközelítése. In: Demetrovics Zs., Urbán R., Kökönyei Gy. (szerk.) *Iskolai egészségpszichológia.* L'Harmattan Kiadó, Budapest, pp. 73-89.
- Fitzpatrick, K.M., Piko, B.F., Wright, D.R., (2005) A tale of two cities: Health-compromising behaviors between Hungarian and American youth. In: Bass, L.E. (eds.) *Sociological Studies of Children and Youth. Vol. 10.* (Special International Volume). Elsevier, Amsterdam, pp. 189-212.
- Pikó B. (szerk.) (2005) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban.* L'Harmattan, Budapest.
- Pikó B. (2005) *Lelki egészség a modern társadalomban.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2003) *Kultúra, társadalom és lélektan.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2002) *Egészségtudatosság serdülőkorban.* Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Skultéti D., Pikó B. (2007) Fiatalok értékattitűdjei a társadalmi helyzet tükrében. In: S. Nagy Katalin, Orbán Annamária (szerk.) *Értékek és normák interdiszciplináris megközelítésben.* Gondolat, Budapest, pp. 117-124.

Tanulmányok, cikkek

- Pikó B., Kovács E., Kriston, P., Fitzpatrick, K.M. (submitted) "To believe or not to believe?" Religiosity, spirituality and alcohol use among Hungarian adolescents". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs.*
- Pikó B., Balázs M.Á. (submitted) Control or involvement? Relationship between authoritative parenting style and adolescent depression. *European Child and Adolescent Psychiatry.*
- Pikó B., Kovács E., Kriston P. (benyújtva) Ki mennyire hisz vagy ki mennyire vallásos? Spirituális, vallásosság és az alkoholfogyasztás összefüggései középiskolások körében. *Magyar Pszichológia Szemle.*

- Pikó B., Balázs M.Á. (megjelenés alatt) A szülői nevelési stílus jelentősége a serdülők dohányzása és alkoholfogyasztása szempontjából. *Pszichológia*.
- Pikó B., Balázs M.Á. (in press) Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking. *Addictive Behaviors*.
- Pikó B., Kovács E., Kriston P. (megjelenés alatt) Sokszínű vallásosság és spiritualitás ifjúkorban: A vallásos hittől a lelki egészségig. *Társadalomkutatás*.
- Pikó B., Kovács E., Kriston P. (2011) A belső/külső kontroll és a serdülőkori szerfogyasztás összefüggésének jelentősége a magatartásorvoslásban. *Orvosi Hetilap*, 152(9), 331-337.
- Pikó B., Kovács E., Kriston P. (2011) Spiritualitás – vallás – egészség: Fiatalok mentális egészsége a spirituális jóllét mutatóinak tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12(3), 261-276.
- Pikó B., Balázs M.Á. (2010) Kontroll vagy részvétel? A szülői nevelési stílus összefüggése a serdülőkori depresszióval. *Psychiatria Hungarica*, 25(6), 538-544.
- Pikó B., Luszczynska, A. (2010) Társadalmi egyenlőtlenségek a serdülőkori depresszióban: Mediátor tényező-e a társas támogatás és az optimizmus? *Psychiatria Hungarica*, 25(3), 233-242.
- Pikó B. (2010) Gazdagság egyenlő boldogság? Serdülők pszichikai egészsége a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében. *Társadalomkutatás*, 28, 53-64.
- Pikó B.F., Kovács E. (2010) Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 35, 53-56.
- Pikó B., Kovács E., Fitzpatrick, K.M. (2009) What makes a difference? Understanding the role of protective factors in Hungarian adolescents' depressive symptomatology. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 617-624.
- Pikó B., Gibbons, F.X. (2008) Behavioral and psychosocial influences of risk perception among Hungarian adolescents. *International Journal of Public Health*, 53, 131-138.
- Pikó B. (2008) Serdülők értékorientációja és egészségmagatartása. *Iskolakultúra*, 18(3-4), 62-68.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M. (2007) Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17, 353-360.
- Pikó B.F., Wills, T.A., Walker, C. (2007) Motives for smoking and drinking: Gender and country differences in samples of Hungarian and US high school students. *Addictive Behaviors*, 32, 2087-2098.

- Pikó B. (2007) Kockázátészlelés serdülőkorban: A sérthetlenség illúziója vagy józan előrelátás? *Addiktológia*, 6(1), 5-18.
- Pikó B. (2006) Satisfaction with life, psychosocial health, and materialism among Hungarian youth. *Journal of Health Psychology*, 11, 827-831.
- Pikó B., Keresztes N. (2006) Physical activity, psychosocial health and life goals among youth. *Journal of Community Health*, 31(2), 136-145.
- Keresztes N., Pikó B. (2006) Középiskolás fiatalok pszichoszociális egészsége és értékorientációja fizikai aktivitásuk tükrében. *Egészségfejlesztés*, 47(4), 19-23.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M., Wright, D.R. (2005) A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(2), 95-103.
- Pikó B., Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Teközel, M., (2005) A culture-based study of personal and social influences of adolescent smoking. *European Journal of Public Health*, 15, 393-398.
- Pikó B. (2005) Adolescents' health behaviors in the light of their value orientations. *Substance Use and Misuse*, 40, 735-742.
- Pikó B. (2005) A szubjektív jóllét egészségpszichológiai vizsgálata fiatalok körében: Az étellel való elégedettség és az egészség összefüggése. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4), 87-99.
- Pikó B. (2004) Unalom vagy stresszoldás? Serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációinak vizsgálata. *Addiktológia*, 3(2), 191-202.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M. (2003) Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 44-54.
- Pikó B., Fitzpatrick, K. (2001) A rizikó és protektív elmélet alkalmazása a serdülőkori depressziós tünetegyüttes magatartás-epidemiológiai vizsgálatában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 12, 41-47.
- Pikó B., Fitzpatrick K. (2001) Fiatalok rizikómagatartása a kultúra tükrében: magyar és amerikai fiatalok összehasonlító vizsgálata. *Egészségnevelés*, 42, 249-252.

A DISSZERTÁCIÓ TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK

Könyvek, könyvrészek

- Pikó B. (2010) Normalitás és deviancia az empirikus kutatások tükrében. In: Mészáros József és Harcsa István (szerk.) *A krízis mint esély*. Gondolat, Budapest, pp. 79-90.
- Pikó B., Kovács E. (2010) A társadalmi tőke jelentősége a fiatalok számára: Vallás, családi kapcsolatok és egészség. In: Mészáros József és Harcsa István (szerk.) *A krízis mint esély*. Gondolat, Budapest, pp. 20-28.
- Pikó B.F., Mikulan, R. (2010) Risk perception and behavior: Evaluation of own diet among young athletes and nonathletes in Hungary. In: Joana G. Lavino, Rasmus B. Neumann (eds.) *Psychology of riskperception*. NOVA Science Publishers, Inc., pp. 169-187.
- Hamvai Cs., Pikó B. (2011) "Is optimism good for your health?" The role of optimism in adolescent life and health. In: Phyllis R. Brandt (ed.) *Psychology of optimism*. NOVA Science Publishers, Inc., New York, pp. 123-143.
- Brassai L., Pikó B. (2009) The role of parent-adolescent connection in child welfare: A study of high school students in Transylvania, Romania. In: Steven J. Quintero (ed.) *Child welfare issues and perspectives*. NOVA Science Publishers, New York, pp. 55-76.
- Pikó B. (2008) "Do you really need to smoke?" Smoking and psychosocial health among adolescents. In: Martin M. Lapointe (ed.) *Adolescent smoking and health research*. NOVA Science Publishers, New York, pp. 225-242.
- Pikó B., Keresztes N., Bak J. (2008) Egészségtudatos attitűdök kialakítása serdülőkorban: Szociálpszichológiai megközelítés. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 497-504.
- Pikó B., Pluhár Zs., Keresztes N. (2007) Psychology of motivation of early adolescents' sports activity. In: Liam A. Chiang (eds.) *Motivation of exercise and physical activity*. Nova Science Publisher, New York, pp. 53-66.
- Pikó B., Keresztes N. (2007) *Sport, lélek, egészség*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2007) A pozitív gondolkodás szerepe az egészség megtartásában. In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.) *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, pp. 115-132.
- Pikó B., Keresztes N. (2007) The role of social coping mechanisms in adolescent health behavior. In: Terry C. Rhodes (eds.) *Focus on adolescent behavior research*. Nova Science Publisher, New York, pp. 157-170.

- Kopp M., Pikó B. (2006) Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp M., Kovács M.E. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, pp. 10-19.
- Pikó B. (2006) Vallásosság és káros szenvedélyek összefüggései fiatal korban. In: Kapócs I., Maár M., Szabadka P. (szerk.) *Hány lépés az élet? Ifjú-Kór 4*. Okker Kiadó, Budapest, pp. 327-343.
- Pikó B. (2006) A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. In: Bíró Judit (szerk.) *Biopolitika – drogprevenció. Tanulmányok a kábítószer-fogyasztás megelőzéséről*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, pp. 81-101.o.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M. (2006) Cross-cultural parent–child relations: The role of parental monitoring in youth’s substance abuse behaviors in Hungary and the United States. In: Dorothy M. Devore (eds.) *New development in parent-child relations*. Nova Science Publishers, New York, pp. 15-28.
- Pikó B. (2005) A serdülőkor orvosi pszichológiai problémái. In: Kopp M., Berghammer Rita (szerk.) *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest, pp. 188-194.
- Pikó B. (2004) A mentálhigiénés szemlélet jelentősége az ifjúkori krízisek megelőzésében. In: Kapócs Imre, Maár Márton, Szabadka Péter (szerk.) *Ifjú-Kór 3*. Okker Kiadó, Budapest, pp. 189-201.
- Pikó B. (2003) Dohányzás mint a legelterjedtebb droghasználat. In: Kapócs Imre, Maár Márton, Szabadka Péter (szerk.) *Ifjú-Kór 2*. OKKER Kiadó, Budapest, pp. 43-67.
- Kopp M., Pikó B. (2001) Magatartás epidemiológiai vizsgálatok: A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. In: Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk.) *Magatartástudományok*. Medicina, Budapest, pp. 729-753.

Tanulmányok, cikkek

- Brassai L., Pikó, B.F., Steger, M.F. (in press) Existential attitudes and adolescents’ health and problem behaviors: Highlighting role of the search for meaning in life. *Psychological Record*.
- Page, R., Pikó B., Balazs, M., Struk, T. (2011) Social normative beliefs regarding cigarette smoking in Hungarian adolescents. *Pediatrics International*, 53(3), 662-668.
- Kovacs E., Pikó B., Fitzpatrick, K.M. (2011) Religiosity as a protective factor against substance use among Hungarian high school students. *Substance Use & Misuse*, 46(10), 1346-1357.

- Brassai L., Pikó B. (2011) Az élet értelmességére irányuló keresés és a proszocialitás mint a serdülőkori szerfogyasztással szembeni védőfaktorok. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 12(1), 17-34.
- Brassai, L. Pikó, B.F., Steger, M.F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 18, 44-51.
- Hamvai Cs., Pikó B. (2011) Optimista sportoló, pesszimista dohányzó? Középiskolások egészségmagatartásának vizsgálata az optimizmus/pesszimizmus tükrében. *Iskolakultúra*, 1: 62-70.
- Gerrits, J., O'Hara, R.O., Pikó B., Gibbons, F., de Ridder, D., Keresztes, N., Kamble, S.V., de Witt, J. (2010) Self-control, diet concerns and eater prototypes influence fatty foods consumption of adolescents' in three countries. *Health Education Research*, 25(6), 1031-1041.
- Pluhár Zs., Pikó B., Uzzoli A., Page, R.M., Dúll, A. (2010) Representations of physical activity in environment-related images of urban children in Hungary. *Landscape and Urban Planning*, 95, 151-160.
- Pikó B.F., Skulteti, D., Luszczyńska, A., Gibbons, F.X. (2010) Social orientations and adolescent health behaviors in Hungary. *International Journal of Psychology*, 45(1), 12-20.
- Pikó B., Hamvai Cs. (2010) Parent, school and peer-related correlates of adolescents' life satisfaction. *Children and Youth Services Review*, 32, 1479-1482.
- Pikó B. (2010) Egy új drogstratégia lehetséges alapelvei a fiatalok attitűdjeinek vizsgálata alapján. *Népegészségügy*, 88(2), 95-100.
- Dékány K., Balázs M.Á., Pikó B. (2010) A lakóhely és a szülői védőfaktorok jelentősége a serdülőkori rizikómagatartások gyakoriságában. *Magyar Epidemiológia*, 7, 95-100.
- Pikó B.F., Brassai L. (2009) The role of individual and familial protective factors in adolescents' poor diet control. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 810-819.
- Pikó B. (2009) A new challenge: Depression is a significant problem among university students. *West Indian Medical Journal*, 58(1), 1-2.
- Pikó B., Kovács E. (2009) Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 150(41), 1903-1908.
- Kovács E., Pikó B. (2009) A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 10(3), 223-237.

- Kovács E., Pikó B. (2009) A vallásosság mint a serdülők szerfogyasztásának védőfaktora. *Addiktológia*, 8(2), 147-161.
- Pikó B., Hamvai Cs. (2009) Az egészségi állapt önértékelését befolyásoló szülői és egyéni pszichológiai védőfaktorok vizsgálata serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(3), 239-248.
- Hamvai Cs., Pikó B. (2009) Serdülők szubjektív jóllétét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 4: 30-42.
- Fitzpatrick, K.M., Dulin, A., Pikó B. (2009) Bullying and depressive symptomatology among low-income, African-American youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(6), 634-645.
- Pluhár F.Zs., Pikó B, Kovács Sz., Uzzoli A. (2009) "Air pollution is bad to my health": Knowledge of the role of environment in health and illness among 9-11-year-old children. *Health & Place*, 15, 239-246.
- Keresztes N., Pikó B.F., Gibbons, F.X., Spielberger, C.A. (2009) Do high and low active adolescents have different prototypes of physically active peers? *Psychological Record*, 59(1), 39-52.
- Keresztes N., Pikó B., Pluhar, Zs., Page, R.M. (2008) Social influences of leisure time sports activity among early adolescents. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 128(1), 21-25.
- Keresztes N., Pikó B. (2008) Fiatalok sportolási és táplálkozási szokásainak összefüggése Donovan koherencia-elmélete tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 33(1), 14-19.
- Brassai L., Pikó B. (2008) Egyéni, családi és transzperszonális tényezők szerepe a táplálkozáskontrollban serdülőknél. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(2), 165-181.
- Brassai L., Pikó B. (2008) Fókuszban a táplálkozás: Erdélyi középiskolások étkezési szokásai. *Egészségfejlesztés*, 49(3), 10-15.
- Pikó B., Keresztes N. (2008) Középiskolás fiatalok étkezési szokásai és ezek hatása a saját táplálkozási magatartás megítélésére. *Egészségfejlesztés*, 49(1-2), 9-15.
- Pikó B., Keresztes N. (2008) Fegyelmezett és vonzó? Fiatalok egészséges és egészségtelen étkezéstről alkotott véleményeinek prototípusai. *Pszichológia*, 28(3), 287-299.
- Pikó B., Keresztes N. (2008) Táplálkozáskontroll középiskolások körében: Az étkezési magatartás társas összefüggéseinek nemek szerinti jellegzetességei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(2), 149-164.

- Pikó B. (2008) Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Egészségmagatartás és a depressziós tünetegyüttes előfordulása a szegedi középiskolások körében. *Magyar Epidemiológia*, 5(3-4), 213-227.
- Fitzpatrick, K.M., Pikó B.F., Miller, E. (2008) Suicide ideation and attempts among low-income African American adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(5), 552-563.
- Pikó B., Keresztes N. (2008) Sociodemographic and socioeconomic variations in leisure time physical activity in a sample of Hungarian youth. *International Journal of Public Health*, 53, 306-310.
- Fitzpatrick, K.M. Dulin, A., Pikó B.F. (2007) "Not just pushing and shoving": School bullying among African-American adolescents. *Journal of School Health*, 77, 16-22.
- Warner, L.M., Hohmann, C., Böhmer-Lasthaus, S., Luszczynska, A., Piko, B., Gibbons, F., Teközel, M. (2007) Eine 4-Länderstudie über sexuelles Schutzverhalten bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(3), 109-118.
- Pikó B., Keresztes N. (2007) Serdülők egészségmagatartása két szociális coping mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62(2), 185-196.
- Brassai L., Pikó B. (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(3), 211-217.
- Pikó B. (2007) Egyenlőtlenségek vizsgálata a serdülők és az idősek egészségi állapotában mint szociológiai kihívás. *Szociológiai Szemle*, 17(1-2), 99-108.
- Pikó B. (2007) Self-perceived health among adolescents: The role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatrics*, 166, 701-708.
- Piko B., Keresztes N. (2007) Self-perceived health among early adolescents: The role of psychosocial factors. *Pediatrics International*, 49(5), 577-583.
- Bak J., Pikó B. (2007) Smoke-free world for children's welfare: Perceptions of smoking in preadolescence. *Child and Youth Services Review*, 29, 283-293.
- Pikó B.F. Bak J., Gibbons, F.X. (2007) Prototype perception and smoking: Negative or positive social images are more important in adolescence? *Addictive Behaviors*, 32, 1728-1732.
- Keresztes N., Pikó B. (2007) A társas magatartás szerepe a serdülők sporttal kapcsolatos prototípusainak alakulásában. *Alkalmazott Pszichológia*, 9(3-4), 146-160.
- Brassai L., Keresztes N., Pikó B., Unger J. (2007) Az egészségmagatartás és problémaviselkedés egyes kulturális szempontjai. *Alkalmazott Pszichológia*, 9(1), 31-45.

- Brassai L., Pikó B. (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(3), 211-217.
- Pikó B.F. (2006) Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences. *Addictive Behaviors*, 31(1), 102-114.
- Pikó B.F., Keresztes N., Pluhár Zs. (2006) Aggression and psychosocial health among children. *Personality and Individual Differences*, 40, 885-895.
- Pikó B.F., Bak, J. (2006) Children's perceptions of health and illness: Images and lay concepts in preadolescence. *Health Education Research*, 21(5), 643-653.
- Pikó B., Keresztes N. (2006) Pszichoszomatikus tünetképzés mint egészségindikátor a korai serdülőkorban: Magatartás-epidemiológiai elemzés. *Orvosi Hetilap*, 147(18), 819-825.
- Pikó B. (2006) A mentálhigiéné jelentősége az ifjúságot érintő népegészségügyi munkában. *Magyar Epidemiológia*, 3(3), 97-106.
- Keresztes N., Pikó B. (2006) A dél-alföldi régió ifjúságának fizikai aktivitását meghatározó szociodemográfiai változók. *Magyar Sportudományi Szemle*, 7(1), 7-12.
- Brassai L., Pikó B., Keresztes N., Unger, J.B. (2006) Kulturális értékek kultúraközi vizsgálata egyetemisták körében. *Pszichológia*, 26(3), 265-274.
- Brassai L., Pikó B., Keresztes N., Unger, J.B. (2006) Kockázati magatartásformák összehasonlító vizsgálata Erdélyi, Magyarországi és Amerikai egyetemisták körében. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 7(4), 311-306.
- Skultéti D., Pikó B. (2006) Fiatalkori alkoholfogyasztás: A szocio-ökonómiai háttér és a szociális hatások szerepe. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(2), 75-94.
- Skultéti D., Pikó B. (2006) Szocioökonómiai és társas hatások szerepe a serdülők dohányzásában. *Addiktológia*, 5(1-2), 59-77.
- Fitzpatrick, K.M., Piko, B.F., Wright, D.R., LaGory, M. (2005) Depressive symptomatology, exposure to violence, and the role of social capital among African American adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 262-274.
- Pikó B. (2005) Középsiskolás fiatalok szabadidő-struktúrája, értékattitűdjei és egészségmagatartása. *Szociológiai Szemle*, 15(2), 88-99.
- Pikó B. (2005) A serdülőkori depressziós tünetegyüttes egészségpszichológiai összefüggései. *Fejlesztő Pedagógia*, 16(5-6), 16-20.
- Keresztes N., Pluhár Zs, Pikó B. (2005) Társas hatások a serdülők fizikai aktivitási magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(1), 35-51.

- Keresztes N., Makó M., Klembucz E., Hanusz K., Pikó B. (2005) Magatartási kockázati tényezők összehasonlító vizsgálata a Dél-alföldi régió ifjúsága körében. *Magyar Epidemiológia*, 3, 195-208.
- Keresztes N., Pikó B. (2005) Pszichoszociális egészségfaktorok összehasonlító epidemiológiai vizsgálata a Dél-alföldi régió ifjúsága körében. *Magyar Epidemiológia*, 3, 217-228.
- Pikó B. (2005) A csoportműködést befolyásoló néhány pszichológiai jellemző a modern kultúrában. *Pszichoterápia*, 14(2), 493-500.
- Brassai L., Pikó B. (2005) Szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál. *Addiktológia*, 4(1), 7-28.
- Brassai L., Pikó B. (2005) Szociodemográfiai, egyéni és viselkedési változók hatása a serdülőkori szerfogyasztásra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(2), 77-93.
- Pikó B. (2004) Interplay between self and community: A role for health psychology in Eastern Europe's public health. *Journal of Health Psychology*, 9(1), 111-120.
- Luszczynska, A. Gibbons, F.X., Piko, B.F., Teközel, M. (2004) Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19(5), 577-593.
- Pikó B.F., Vazsonyi A.T. (2004) Leisure activities and problem behaviors among Hungarian youth. *Journal of Adolescence*, 27, 717-730.
- Pikó B., Fitzpatrick (2004) Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095-1107.
- Pikó B., Pluhár Zs., Keresztes N. (2004) Külső kényszer vagy belső hajtóerő? Serdülők fizikai aktivitásának motivációs tényezői. *Alkalmazott Pszichológia*, 6(3), 40-54.
- Pluhár Zs., Keresztes N., Pikó B. (2004) A rendszeres fizikai aktivitás és a pszichoszomatikus tünetek kapcsolata általános iskolások körében. *Sportorvosi Szemle*, 45(4), 285-300.
- Keresztes N., Pluhár Zs., Pikó B., Vass I. (2004) Pszichikai közérzet és egészségmagatartás. Egészségpszichológiai összehasonlító vizsgálat szegedi és székelyudvarhelyi általános iskolások körében. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 5(3), 187-204.
- Pikó B., Piczil M. (2004) Youth substance use and psychosocial well-being in Hungary's post-socialist transition. *Administration and Policy in Mental Health*, 32, 63-71.
- Keresztes N., Pluhár Zs., Pikó B. (2003) A fizikai aktivitás gyakorisága és sportolási szokások általános iskolások körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 28(4), 43-47.

- Pikó B. (2003) Középiskolások veszélyeztetettsége iskolatípus szerint: A korai önállósodás csapdája? *Egészségnevelés*, 44(2), 57-64.
- Pikó B., Piczil M. (2003) Ahogyan ők látják... - Fókuszban az ifjúság. *Társadalomkutatás*, 21(2), 191-201.
- Pluhár Zs., Keresztes N., Pikó B. (2003) „Ép testben ép lélek” – Középiskolások értékrendje fizikai aktivitásuk tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 28(2), 29-33.
- Pikó B. (2003) A fiatalkori problémaviselkedés szindróma magatartás-epidemiológiai alapjai és a megelőzés lehetőségei. *Psychiatria Hungarica*, 18(4), 208-216.
- Pikó B. (2003) Vallásosság és káros szenvedélyek fiatalok körében. *Addictologia Hungarica*, 2(1), 53-64.
- Pikó B. (2003) A serdülőkori problémaviselkedés szindróma jelentősége az STD és a drogfogyasztás viszonylatában. *Magyar Venerológiai Archívum*, 6(4), 207-215.
- Pikó B.F., Fitzpatrick, K.M. (2002) Without protection: Substance use among Hungarian adolescents in high-risk settings. *Journal of Adolescent Health*, 30(6), 463-466.
- Pluhár Zs., Pikó B. (2003) A sport előfordulása és esetleges protektív hatása fiatalok körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 28(1), 26-29.
- Pikó B., Pluhár Zs. (2002) Tudatos-e a fiatalok egészségmagatartása? *Egészségnevelés*, 43, 246-252.
- Pikó B.F. (2002) Does knowledge count? Attitudes toward smoking among medical, pharmacy and nursing students. *Journal of Community Health*, 27(4), 269-276.
- Pikó B. (2001) Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors*, 26(2), 201-217.
- Pikó B. (2001) Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: Újabb kockák a „kirakós játékhoz”. *Addictologia Hungarica*, 9(3), 195-203.
- Pikó B., Burg K.-né (2001) A felmérési eredmények jelentősége egy középiskola egészségfejlesztési stratégiájának kialakításában. *Egészségnevelés*, 42, 101-105.
- Pikó B. (2000) Dohányzás serdülő- és ifjúkorban: az attitűdöktől a magatartásig. *Szenvedélybetegségek*, 8(3), 206-214.
- Pikó B. (2000) A társas kapcsolati háló szerepe a dohányzás serdülőkori előfordulásában. *Népegészségügy*, 81(2), 4-10.
- Pikó B. (2000) A rizikó- és protektív elméleti megközelítés alkalmazása a serdülő lányok kockázati magatartásának vizsgálatában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 11, 24-30.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Elsőként szeretnék köszönetet mondani Kopp Máriának, aki a kezdetektől fogva támogatta szakmai fejlődésemet, és általa fedezhettem fel az egészségpszichológia és a magatartástudomány szerteágazó, mégis komplex területét. Köszönetet mondok Molnár Péternek is, aki még hallgatóként figyelmemet az orvosi pszichológia és a pszichoszomatika felé irányította, valamint Barabás Katalinnak, akitől az epidemiológia és az egészségfejlesztés ismereteit kaptam, később pedig munkahelyi vezetőként támogatta kutatómunkámat.

Szeretnék köszönetet mondani valamennyi tanítványomnak, akikkel együttműködtünk a kutatásokban, így Brassai Lászlónak, Tari-Keresztes Noéminek, Fejes Zsuzsannának, Hamvai Csabának, Mikulán Ritának, Balázs Máténak, Kriston Pálmának és Kovács Eszternek.

Külföldi kollégáimtól sokat tanultam szakmai téren, ezért külön köszönetet mondok nekik, név szerint: Kevin Fitzpatrick, Frederick X. Gibbons, Thomas Ashby Wills, Randy M. Page és Aleksandra Luszczynska, aki a statisztikai módszerekben is sokat segített.

Köszönetet mondok minden munkatársamnak az SZTE ÁOK Magatartástudományi Intézetben, és külön Szélné Földi Anikónak a könyvtári segítségért.

Végül pedig férjemnek, Füz Istvánnak támogatásáért és türelméért.

KOCKÁZATI MAGATARTÁS KÉRDŐÍV

Kedves Tanuló!

Ez nem vizsgateszt!

Szeretnénk megkérni, hogy e kérdőív kitöltésével segíts nekünk abban, hogy többet tudjunk meg a szegedi fiatalok életmódjáról. Kérünk, figyelmesen olvasd el a kérdéseket és a hozzájuk tartozó válaszokat, és válaszd ki a Rád legjellemzőbbet. Néhány kérdésnél szöveges választ vagy számot kértünk, különben a kérdésekre a **válaszok előtti vonalra tett X jellel** válaszolj! Kérünk, válaszolj minden kérdésre, minden sorban.

A kérdőívre **NE ÍRD RÁ A NEVEDET!** A válaszaid titokban maradnak, az iskolában senki sem nézheti meg a kitöltött kérdőívet. A válaszok statisztikai úton kerülnek feldolgozásra, a személyes azonosítás így nem lehetséges.

Együttműködésed nagyon nagy segítség számunkra!

Szeged, 2000. március

Dr. Pikó Bettina
kutatásvezető

dc_310_11

1. Nemed: 1 _____ Fiú
2 _____ Lány
2. Milyen típusú iskolába jársz? 1 _____ Általános iskola
2 _____ Gimnázium
3 _____ Szakközépiskola
4 _____ Szakmunkásképző
3. Hányadik osztályba jársz? 1 _____ Ált. isk. 6. osztály
2 _____ Ált. isk. 7. osztály
3 _____ Ált. isk. 8. osztály
4 _____ Középisk. 1. osztály
5 _____ Középisk. 2. osztály
6 _____ Középisk. 3. osztály
7 _____ Középisk. 4. osztály
8 _____ Középisk. 5. osztály
4. Az iskolában általában milyen jegyeket kapsz? 1 _____ 5-öst
2 _____ 4-est, 5-öst
3 _____ 4-est
4 _____ 3-ast, 4-est
5 _____ 3-ast
6 _____ 2-est, 3-ast
7 _____ 1-est, 2-est
5. Hány éves vagy? _____
6. Kivel élsz együtt? 1 _____ Mindkét szülővel
2 _____ Egyik szülő és nevelőszülő
3 _____ Csak édesanyával
4 _____ Csak édesapával
5 _____ Más rokkal, éspedig:.....
6 _____ Egyéb, éspedig:.....
7. Apukád legmagasabb iskolai végzettsége: 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi
4 _____ Főiskola/egyetem
8. Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége: 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi
4 _____ Főiskola/egyetem
9. Lakásotok típusa: 1 _____ Lakótelepi öröklakás
2 _____ Társasházi öröklakás
3 _____ Bérlakás
4 _____ Családi ház
5 _____ egyéb, éspedig:.....
10. Apukád alkalmazási minősége: 1 _____ Diplomás vagy vezető
2 _____ Egyéb szellemi
3 _____ Önálló vállalkozó
4 _____ Szakmunkás
5 _____ Segédmunkás

- 6 _____ Munkanélküli
7 _____ egyéb, éspedig:.....
11. Anyukád alkalmazási minősége: 1 _____ Diplomás vagy vezető
2 _____ Egyéb szellemi
3 _____ Önálló vállalkozó
4 _____ Szakmunkás
5 _____ Segédmunkás
6 _____ Munkanélküli
7 _____ Háztartásbeli
8 _____ egyéb, éspedig:.....
12. Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?
1 _____ Felső osztály
2 _____ Felső-közép osztály
3 _____ Középosztály
4 _____ Alsó-közép osztály
5 _____ Alsó osztály
13. Milyen gyakran vacsorázik nálatok együtt a család?
1 _____ Soha
2 _____ Elég ritkán
3 _____ Néhányszor
4 _____ Legtöbbször
5 _____ Mindig
14. Hétköznapokon milyen gyakran fordul elő, hogy amikor hazaérsz az iskolából, nincs otthon felnőtt?
1 _____ Soha
2 _____ Nagyon ritkán
3 _____ Egyszer egy hónapban
4 _____ Egyszer egy héten
5 _____ 2-4 szer egy héten
6 _____ Mindennap
15. Hogyan érzed magad az iskolában? 1 _____ Nagyon jól
2 _____ Elég jól
3 _____ Elég rosszul
4 _____ Nagyon rosszul
16. Az elmúlt évben hány iskolai sportszaktáborban játszottál? _____
17. Az elmúlt évben hány (nemcsak iskolai) szakkörnek voltál a tagja? _____
18. Milyen gyakran beszéled meg szüleiddel vagy nevelőiddel a velük vagy másokkal kapcsolatos problémáidat?
1 _____ Soha
2 _____ Elég ritkán
3 _____ Néhányszor
4 _____ Legtöbbször
5 _____ Mindig
19. Milyen gyakran beszéled meg tanáraiddal a velük vagy másokkal kapcsolatos problémáidat?
1 _____ Soha
2 _____ Elég ritkán
3 _____ Néhányszor
4 _____ Legtöbbször
5 _____ Mindig

20. Milyen gyakran érzed, hogy tanáraid személyes figyelemben részesítenek?

- 1 _____ Soha
 2 _____ Elég ritkán
 3 _____ Néhányszor
 4 _____ Legtöbbször
 5 _____ Mindig

21. Végzel-e olyan munkát, amiért fizetést kapsz?

- 1 _____ Nem
 2 _____ Igen:..... órát hetente

22. Milyen vallású vagy? _____

23. Szoktál-e imádkozni? 1 _____ Nem
 2 _____ Igen

24. Milyen gyakran jársz templomba? 1 _____ Soha
 2 _____ Ritkán (1-2 szer egy évben)
 3 _____ Időnként
 4 _____ Gyakran
 5 _____ Rendszeresen

25. Amikor a barátaiddal elmész szórakozni, milyen gyakran mondják meg a szüleid, hányra kell hazamenned?

- 1 _____ Soha
 2 _____ Elég ritkán
 3 _____ Néhányszor
 4 _____ Legtöbbször
 5 _____ Mindig

26. Amikor a barátaiddal vagy, milyen gyakran tudják a szüleid, hogy hová mentek?

- 1 _____ Soha
 2 _____ Elég ritkán
 3 _____ Néhányszor
 4 _____ Legtöbbször
 5 _____ Mindig

Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal? Jelöld X-szel a Rád legjellemzőbb állítást

	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek egyet	Egyetértek	Teljesen egyetértek
27. Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalábbis másokhoz képest				
28. Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van				
29. Mindent egybevetve, hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelen, sikertelen embernek tartsam magam				
30. Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások				
31. Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke				

32. Jó véleménnyel vagyok magamról				
33. Mindent fontolóra véve, elégedett vagyok magammal				
34. Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni				
35. Időnként értéktelennek érzem magam				
36. Néha azt gondolom, semmiben sem vagyok jó				

Kérjük, az alábbi hármas csoportokból válaszd ki és jelöld meg X-szel az az egy mondatot, amelyik legjobban jellemzi érzéseidet az utóbbi KÉT HÉT BEN

37. Ritkán vagyok szomorú
 Gyakran vagyok szomorú
 Mindig szomorú vagyok
38. Sok mindenben örömöm telik
 Néhány dologban lelem csak örömöm
 Semmi sem szerez nekem örömet
39. Gyűlölöm magam
 Nem szeretem magam
 Szeretem magam
40. Mindig sírhatnékom van
 Gyakran van sírhatnékom
 Csak elvétve van sírhatnékom
41. Képtelen vagyok bármiben is dönteni
 Nehezen tudok valamiben is dönteni
 Nem esik nehezemre dönteni
42. Sohasem gondolok arra, hogy megöljem magam
 Gondoltam rá, hogy megölöm magam, de nem tenném meg
 A legszívesebben megölném magam
43. Engem senki nem szeret igazán
 Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán
 Biztos vagyok benne, hogy valaki szeret
44. Jól kijövök másokkal
 Gyakran összeveszek másokkal
 Szinte mindig összeveszek valakivel

Gondolj az **ELMÚLT HÓNAP** történéseire, és jelöld X-szel a Rád jellemző válaszokat:

Az elmúlt hónapban HÁNYSZOR....	Soha	Egyszer	Kétszer-háromszor	Négyszer-öttször	Hatszor vagy többször
45. Ültél olyan gépjárműben, amelyet ittas vagy drog hatása alatt álló személy vezetett?					
46. Vezettél úgy gépjárművet, hogy előtte vagy közben alkoholt vagy drogot fogyasztottál?					
47. Volt nálad önvédelmi eszköz, pl.					

gázspray vagy kés, stb.?					
48. Keveredtél valakivel verekezésbe?					
49. Hiányoztál az iskolából igazolatlanul?					
50. Hiányoztál az iskolából azért, mert beteg voltál?					
51. Kaptál büntetést rossz magaviseleted miatt az iskolában?					

Az elmúlt hónapban HÁNYSZOR....	Soha	1-2 szer	3-5 ször	6-9 szer	>=10 szer
52. Tettél kárt más holmijában csak úgy szórakozásból?					
53. Loptál el valamit valakitől, boltból vagy az iskolából?					
54. Csináltál valamilyen veszélyes dolgot heccből?					

55. Az ELMŰLT HÓNAPBAN foglalkoztál-e komolyan az öngyilkosság gondolatával?

1 _____ Nem

2 _____ Igen



56. Ha igen, ténylegesen megkísérelted-e? 1 _____ Nem

2 _____ Igen

57. Szoktál-e dohányozni?

1 _____ Nem (a 61-es kérdésre ugorhatsz)

2 _____ Igen

58. Ha szoktál dohányozni, hány éves voltál, amikor először dohányoztál?

1 _____ Kevesebb, mint 9

2 _____ 9-10 éves

3 _____ 11-12 éves

4 _____ 13-14 éves

5 _____ 15-16 éves

6 _____ 17 vagy több

59. Az ELMŰLT HÓNAPBAN kb. hány napon dohányoztál?

1 _____ Kevesebb, mint 5 nap

2 _____ 5-15 nap

3 _____ 16-25 nap

4 _____ Több, mint 25 nap

60. Amikor dohányzol, átlagosan mennyit szívsz?

1 _____ Csak néha egyet

2 _____ 1-5 szálát naponta

3 _____ 6-10 szálát naponta

4 _____ 11-20 szálát naponta

5 _____ 20-nál többet naponta

- 6 _____ 17 vagy több
73. Az ELMÚLT HÓNAPBAN hányszor szívtál marihuánát?
- 1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer
74. Szoktál-e amfetamint (Speed, Extasy) szedni?
- 1 _____ Nem
2 _____ Igen
75. Ha szoktál, hány éves voltál, amikor először amfetamint szedtél?
- 1 _____ Kevesebb, mint 9
2 _____ 9-10 éves
3 _____ 11-12 éves
4 _____ 13-14 éves
5 _____ 15-16 éves
6 _____ 17 vagy több
76. Az ELMÚLT HÓNAPBAN hányszor szedtél amfetamint?
- 1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer
77. Szoktál-e egyéb illegális drogot szedni?
- 1 _____ Nem (A 80-as kérdésre ugorhatsz)
2 _____ Igen, éspedig:.....
78. Ha szoktál, hány éves voltál, amikor először használtad?
- 1 _____ Kevesebb, mint 9
2 _____ 9-10 éves
3 _____ 11-12 éves
4 _____ 13-14 éves
5 _____ 15-16 éves
6 _____ 17 vagy több
79. Az ELMÚLT HÓNAPBAN hányszor használtad ezt a szert?
- 1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer
80. Szoktál-e szipózni?
- 1 _____ Nem (A 83-as kérdésre ugorhatsz)
2 _____ Igen
81. Ha szoktál, hány éves voltál, amikor először szipóztál?
- 1 _____ Kevesebb, mint 9
2 _____ 9-10 éves
3 _____ 11-12 éves

dc_310_11

- 4 _____ 13-14 éves
5 _____ 15-16 éves
6 _____ 17 vagy több

82. Az ELMÚLT HÓNAPBAN hányszor szipóztál?

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

Mi a barátaid, a szüleid, valamint a Te magad véleménye a serdülők drogfogyasztásáról?
(Minden sorba tegyél X jelet!)

	Erősen ellenzik	Inkább ellenzik	Semleges	Inkább elfogadják	Teljesen elfogadják
83.Barátaid					
84.Szüleid					
	Erősen ellenzed	Inkább ellenzed	Semleges	Inkább elfogadod	Teljesen elfogadod
85.Te magad					

86. Bántalmaztak-e valaha szüleid vagy más felnőtt, aki veled él?

- 1 _____ Soha
2 _____ 1-2 szer
3 _____ Néhányszor
4 _____ Sokszor
5 _____ Mindig

87. Szexuálisan zaklatott-e valaha idősebb személy (pl. rokon vagy más felnőtt)?

- 1 _____ Soha
2 _____ 1-2 szer
3 _____ Néhányszor
4 _____ Sokszor
5 _____ Mindig

88. Megkértek-e valaha arra, hogy csatlakozz egy bandához?

- 1 _____ Nem
2 _____ Igen

89. Van-e olyan barátod, aki tagja valamilyen bandának?

- 1 _____ Nem
2 _____ Igen

90. Tagja vagy-e valamilyen bandának?

- 1 _____ Nem
2 _____ Igen

Ugye, nem is tartott olyan nagyon sokáig? Köszönjük, hogy kitöltötte!

Egyéb megjegyzés: _____

2. melléklet: SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001 kérdőíve

FIATALOK ÉLETMÓDJA

Szeretnénk jobban megismerni a fiatalok életmódját, mindennapjait, ezért néhány kérdést fogunk Neked feltenni. A kitöltés név nélküli, a válaszaidat senki nem tudja azonosítani. Kérünk, hogy figyelmesen olvasd el a kérdéseket, és válaszolj a valóságnak megfelelően. Előre is köszönjük a segítségedet!

Kérünk, tegyél (X) jelet a megfelelő vonalra, vagy karikázd be a megfelelő számot. Fontos, hogy minden kérdésre válaszolj.

1. Nemed: 1 _____ Fiú
2 _____ Lány
2. Milyen típusú iskolába jársz?
1 _____ Gimnázium
2 _____ Szakközépiskola
3 _____ Szakmunkásképző
3. Születési évéd: _____
4. Apukád legmagasabb iskolai végzettsége: 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi
4 _____ Főiskola/egyetem
5. Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége: 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi
4 _____ Főiskola/egyetem
6. Apukád alkalmazási minősége: 1 _____ Diplomás vagy vezető
2 _____ Egyéb (nem diplomás) szellemi
3 _____ Önálló vállalkozó
4 _____ Szakmunkás
5 _____ Segédmunkás
6 _____ Munkanélküli
7 _____ Nyugdíjas
7. Anyukád alkalmazási minősége: 1 _____ Diplomás vagy vezető
2 _____ Egyéb (nem diplomás) szellemi
3 _____ Önálló vállalkozó
4 _____ Szakmunkás
5 _____ Segédmunkás
6 _____ Munkanélküli
7 _____ Háziasszony
8 _____ Nyugdíjas
8. Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?
1 _____ Felső osztály
2 _____ Felső-közép osztály
3 _____ Közép osztály
4 _____ Alsó-közép osztály
5 _____ Alsó osztály

17. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (pl. sport, munka)?

- 1 _____ Soha
 2 _____ Egyszer-kétszer
 3 _____ Havonta kétszer-háromszor
 4 _____ Hetente egyszer-kétszer
 5 _____ Hetente három vagy több alkalommal

18. Az elmúlt három hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?

- 1 _____ Egyáltalán nem
 2 _____ Egy kissé
 3 _____ Időnként
 4 _____ Legtöbbször
 5 _____ Mindig

19. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran fogyasztottál valamilyen drogot (pl. marihuána, ecstasy)?

- 1 _____ Soha
 2 _____ Egyszer-kétszer
 3 _____ Néhányszor
 4 _____ Gyakran
 5 _____ Rendszeresen (kb. minden héten)

A következőkben azt szeretnénk megtudni, mi a véleményed a dohányzásról. Kérünk, jelöld be, mennyire érzed igaznak az alábbi állításokat.

20. A dohányzás segít beilleszkedni a többi ember közé

egyáltalán nem igaz					teljes mértékben igaz
	1	2	3	4	5

21. A dohányzás megkönnyíti a kapcsolatteremtést

egyáltalán nem igaz					teljes mértékben igaz
	1	2	3	4	5

22. A dohányzás segít, hogy jól érezd magad egy buliban

egyáltalán nem igaz					teljes mértékben igaz
	1	2	3	4	5

23. A dohányzás élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket

egyáltalán nem igaz					teljes mértékben igaz
	1	2	3	4	5

24. A dohányzástól energikusabbnak érzi magát az ember

egyáltalán nem igaz					teljes mértékben igaz
	1	2	3	4	5

25. A dohányzás segít a koncentrációban

egyáltalán nem igaz					teljes mértékben igaz
	1	2	3	4	5

dc_310_11

26. A dohányzás növeli az önbizalmat

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

27. A dohányzástól magabiztosabb lesz az ember

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

28. Az ember általában akkor gyújt rá, ha nincs más dolga

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

29. A dohányzás elúzi az unalmat

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

30. A dohányzás segít megszüntetni az aggodalmakat

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

31. A dohányzás megnyugtat, amikor az ember ideges

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

32. A dohányzás segít, amikor az ember dühös

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

33. A dohányzás felvidítja az embert, amikor rosszkedvű

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

A következőkben azt szeretnénk megtudni, mi a véleményed az alkoholfogyasztásról. Kérünk, jelöld be, mennyire érzed igaznak az alábbi állításokat.

34. Az alkoholfogyasztás segít beilleszkedni a többi ember közé

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

35. Az alkoholfogyasztás megkönnyíti a kapcsolatteremtést

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

36. Az alkoholfogyasztás segít, hogy jól érezd magad egy buliban

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

dc_310_11

37. Az alkoholfogyasztás élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

38. Az alkoholfogyasztástól energikusabbnak érzi magát az ember

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

39. Az alkoholfogyasztás segít a koncentrálásban

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

40. Az alkoholfogyasztás növeli az önbizalmat

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

41. Az alkoholfogyasztástól magabiztosabb lesz az ember

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

42. Az ember általában akkor iszik, ha nincs más dolga

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

43. Az alkoholfogyasztás elúzi az unalmat

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

44. Az alkoholfogyasztás segít megszüntetni az aggodalmakat

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

45. Az alkohol megnyugtat, amikor az ember ideges

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

46. Az alkohol segít, amikor az ember dühös

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

47. Az alkohol felvidíti az embert, amikor rosszkedvű

egyáltalán nem igaz				teljes mértékben igaz	
	1	2	3	4	5

dc_310_11

Mennyire fontosak számodra az alábbiak?

Mennyire fontos?	1. Egyáltalán nem	2. Valamennyire	3. Fontos	4. Nagyon fontos
48. Fittség érzése				
49. Energikusság				
50. Fizikai erőnlét				
51. Megfelelő testsúly				
52. Ellenállóképesség betegségekkel szemben				

Mennyire fontosak számodra az alábbiak?

Mennyire fontos?	1. Egyáltalán nem	2. Valamennyire	3. Fontos	4. Nagyon fontos
53. Pénz				
54. Egészség				
55. Lelki béke				
56. Társadalmi elismertség				
57. Barátság				
58. Becsületesség				
59. Karrier				
60. Család				
61. Hatalom				

62-70. Kérünk, állíts fel egy **fontossági sorrendet** (legfontosabb: 1-es, legkevésbé fontos: 9-es).

- PÉNZ
- EGÉSZSÉG
- LELKI BÉKE
- TÁRSADALMI ELISMERTSÉG
- BARÁTSÁG
- BECSÜLETESSÉG
- KARRIER
- CSALÁD
- HATALOM

71. **Naponta** kb. mennyit nézel televíziót?

- 1 _____ Egyáltalán nem szoktam TV-t nézni
- 2 _____ Kevesebb, mint fél órát naponta
- 3 _____ Fél és egy óra között naponta
- 4 _____ 2-3 órát
- 5 _____ Kb. 4 órát
- 6 _____ Több, mint 4 órát

72. **Hetente** kb. mennyit nézel videót?

- 1 _____ Egyáltalán nem szoktam videót nézni
- 2 _____ Kevesebb, mint egy órát hetente
- 3 _____ 1-3 órát hetente
- 4 _____ 4-6 órát hetente
- 5 _____ 7-9 órát hetente
- 6 _____ Tíz órát vagy többet

73. **Hetente** kb. mennyit játszol számítógépes játékokat?

- 1 _____ Egyáltalán nem szoktam játszani
- 2 _____ Kevesebb, mint egy órát hetente
- 3 _____ 1-3 órát hetente
- 4 _____ 4-6 órát hetente
- 5 _____ 7-9 órát hetente
- 6 _____ Tíz órát vagy többet

74. Az **elmúlt évben** hányszor voltál **külföldön** nyaralni?

- 1 _____ Egyáltalán nem voltunk
- 2 _____ Egyszer
- 3 _____ Kétszer
- 4 _____ Kettőnél többször

75. Az **elmúlt évben** hányszor voltál **belföldön** nyaralni?

- 1 _____ Egyáltalán nem voltunk
- 2 _____ Egyszer
- 3 _____ Kétszer
- 4 _____ Kettőnél többször

76. Milyen **gyakran** szoktad a szabad idődet a barátaiddal tölteni?

- 1 _____ Szinte soha
- 2 _____ Nagyon ritkán
- 3 _____ Hetente 1-2 szer
- 4 _____ Hetente 3-4 napon
- 5 _____ Ált. minden nap

77. Milyen **gyakran** szoktál a barátaiddal telefonon beszélgetni?

- 1 _____ Szinte soha
- 2 _____ Nagyon ritkán
- 3 _____ Hetente 1-2 szer
- 4 _____ Hetente 3-4 napon
- 5 _____ Ált. minden nap

78. Általában mennyi pénzed van egy héten (zsebpénz + saját kerest, ha van):

Egyéb megjegyzés, észrevétel: _____

Köszönjük a fáradozásodat! Dr. Pikó Bettina, Szegedi Tudományegyetem

3. melléklet: KULTÚRAKÖZI IFJÚSÁGKUTATÁS 2001 kérdőíve

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS - NEMZETKÖZI ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLAT

Szeretnénk jobban megismerni a fiatalok életmódját, mindennapjait, ezért néhány kérdést fogunk Neked feltenni. A kitöltés név nélküli, a válaszaidat senki nem tudja azonosítani. Kérünk, hogy figyelmesen olvasd el a kérdéseket, és válaszolj a valóságnak megfelelően. Előre is köszönjük a segítségedet. Kérünk, tegyél (X) jelet a megfelelő vonalra, vagy karikázd be a megfelelő számot. Fontos, hogy minden kérdésre válaszolj.

1. Nemed: 1 _____ Fiú
2 _____ Lány
2. Hányadik osztályba jársz?
1 _____ 1.osztály
2 _____ 2.osztály
3 _____ 3.osztály
4 _____ 4.osztály
5 _____ 5.osztály
3. Az iskolában általában milyen jegyeket kapsz?
(Csak egy válaszd jelölj be!)
1 _____ 1-est, 2-est
2 _____ 2-est, 3-ast
3 _____ 3-ast
4 _____ 3-ast, 4-est
5 _____ 4-est
6 _____ 4-est, 5-öst
7 _____ 5-öst
4. Születési éved: _____
5. Kivel élsz együtt?
1 _____ Mindkét szülővel
2 _____ Egyik szülővel és nevelőszülővel
3 _____ Csak édesanyával
4 _____ Csak édesapával
5 _____ Egyéb, éspedig: _____
6. Apukád legmagasabb iskolai végzettsége:
1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi
4 _____ Főiskola/egyetem
7. Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége:
1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi
4 _____ Főiskola/egyetem
8. Apukád alkalmazási minősége:
1 _____ Diplomás vagy vezető
2 _____ Egyéb (nem diplomás) szellemi
3 _____ Önálló vállalkozó
4 _____ Szakmunkás
5 _____ Segédmunkás
6 _____ Munkanélküli
7 _____ Nyugdíjas
9. Anyukád alkalmazási minősége:
1 _____ Diplomás vagy vezető
2 _____ Egyéb (nem diplomás) szellemi
3 _____ Önálló vállalkozó
4 _____ Szakmunkás

- 5 _____ Segédmunkás
- 6 _____ Háztartásbeli
- 7 _____ Munkanélküli
- 8 _____ Nyugdíjas

10. Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

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

Kérünk, jelöld be, hogy az alábbi állítások mennyire jellemzők Rád:

11. Szoktam a jövőm alakulásán gondolkodni, és meg is próbálok tudatosan befolyásolni

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

12. Gyakran olyan dolgokat is megteszek, amelynek eredményei csak évek múlva valósulnak meg

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

13. Csak a pillanatnyi érdekeimnek megfelelően cselekszem, az idő ügyis mindent elrendez magától

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

14. A viselkedésemet csak a közvetlen (napokra-hetekre kiható) következmények határozzák meg

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

15. Hajlandó vagyok a pillanatnyi kényelmemet vagy boldogságomat feláldozni jövőbeli célok érdekében

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

16. Azt hiszem, komolyan kell venni a figyelmeztő jeleket, még akkor is, ha a negatív következményekkel nem kell a közeljövőben számolni

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

Az alábbiakban 5 állítást találsz. Egy hét fokozatú skála segítségével karikázd be, hogy mennyire értesz egyet ezekkel az állításokkal. Az 1-es fokozat azt jelöli, ha egyáltalán nem, míg a 7-es, ha teljes mértékben egyetértesz egy állítással.

17. Az életem a legtöbb szempontból közel van az általam elképzelthez
 egyáltalán nem értek egyet 1 2 3 4 5 6 7 teljesen egyetértek

18. Az életkörülményeim kiválóak
 egyáltalán nem értek egyet 1 2 3 4 5 6 7 teljesen egyetértek

dc_310_11

19. Elégedett vagyok az életemmel
 egyáltalán nem értek egyet teljesen egyetértek
 1 2 3 4 5 6 7

20. Eddig megkaptam az élettől a fontos dolgokat, amiket akartam
 egyáltalán nem értek egyet teljesen egyetértek
 1 2 3 4 5 6 7

21. Ha még egyszer újraélhetném az életemet, szinte semmit nem változtatnék
 egyáltalán nem értek egyet teljesen egyetértek
 1 2 3 4 5 6 7

Kérünk, jelöld be, mennyire jellemzők Rád az alábbi állítások:

	Egyáltalán nem jellemző	Alig jellemző	Jellemző	Teljesen jellemző
22. Mindig sikerül megoldanom a nehéz problémákat, ha nagyon akarom				
23. Ha valaki szembeszegül velem, megtalálom a módját, hogy elérjem, amit szeretnék				
24. Nem esik nehezemre, hogy kitartsak szándékaim mellett és elérjem céljaimat				
25. Ötletességemnek köszönhetően tudom, miként kezeljem a váratlan helyzeteket				
26. Biztos vagyok benne, hogy jól tudok boldogulni a váratlan helyzetekben				
27. Megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára találok megoldást				
28. Meg tudom őrizni a nyugalمامat a nehézségekkel szemben, mert támaszkodni tudok megoldóképességemre				
29. Ha a szembesülök egy problémával, általában több ötletem támad a megoldásra				
30. Ha sarokba szorítanak, rendszerint kitalálom, hogy mitévő legyek				
31. Bármilyen történik, általában kezelni tudom a helyzeteket				

Az alábbiakban 8 állítást találsz. Egy 5 fokozatú skála segítségével karikázd be, hogy mennyire jellemző Rád. Az 1-es fokozat azt jelöli, ha egyáltalán nem, míg az 5-ös, ha teljes mértékben jellemző Rád egy állítás.

32. Néha majdnem megőrjíti a féltékenység
 egyáltalán nem jellemző teljes mértékben jellemző
 1 2 3 4 5

33. Néha úgy érzem, az élet komiszul elbánt velem
 egyáltalán nem jellemző teljes mértékben jellemző
 1 2 3 4 5

dc_310_11

44. Nem vagyok az az ember, aki gyakran összehasonlítja magát másokkal

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

45. Gyakran összehasonlítom a teljesítményemet azzal, amit mások értek el az életben

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

46. Szeretek másokkal közös tapasztalatainkról és élményeinkről beszélni

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

47. Gyakran megpróbálom kitalálni, más emberek mit gondolhatnak az enyémhez hasonló problémáról

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

48. Szeretem tudni, mások mit tennének hasonló helyzetben

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

49. Ha szeretnék többet megtudni valamiről, megpróbálom megtudni, mit gondolnak róla mások

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

50. Soha nem viszonyítom az éltemet más emberekéhez

egyáltalán nem jellemző 1 2 3 4 5 teljes mértékben jellemző

51. Hogyan értékelnéd saját egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?

- 1 Kiváló
- 2 Nagyon jó
- 3 Rendben van
- 4 Nem túl jó
- 5 Rossz

52. Mit gondolsz, 25 év múlva milyen lesz az egészségi állapotod (a hasonló korúakkal összehasonlítva)?

- 1 Sokkal jobb
- 2 Jobb
- 3 Kb. ugyanilyen
- 4 Valamivel rosszabb
- 5 Sokkal rosszabb

53. Az elmúlt három hónapban mennyit dohányoztál?

- 1 Egyáltalán nem
- 2 Néhányszor
- 3 Párszor minden héten
- 4 Rendszeresen, 1-2 szálát naponta
- 5 Rendszeresen, 3-10 szálát naponta
- 6 Rendszeresen, 10-20 szálát naponta
- 7 Rendszeresen, >20 szálát naponta

dc_310_11

54. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran fogyasztottál alkoholt?

- 1 Soha
- 2 Párszor
- 3 Néhányszor
- 4 Gyakran (kb. minden héten)
- 5 Rendszeresen (legalább kétszer hetente)

55. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (pl. sport, munka)?

- 1 Soha
- 2 Párszor
- 3 Havonta kétszer-háromszor
- 4 Hetente egyszer-kétszer
- 5 Hetente három vagy több alkalommal

56. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran voltál figyelmetlen utazás közben (mint utas vagy mint vezető)?

- 1 Soha
- 2 Párszor
- 3 Néhányszor
- 4 Gyakran
- 5 Rendszeresen (kb. minden héten)

57. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran fogyasztottál marihuánát?

- 1 Soha
- 2 Párszor
- 3 Néhányszor
- 4 Gyakran
- 5 Rendszeresen (kb. minden héten)

58. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran fogyasztottál más drogot (pl. Extasy, LSD, kokain)?

- 1 Soha
- 2 Párszor
- 3 Néhányszor
- 4 Gyakran
- 5 Rendszeresen (kb. minden héten)

59. Az elmúlt három hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre (azaz próbáltál egészségesen táplálkozni)?

- 1 Egyáltalán nem
- 2 Egy kissé
- 3 Időnként
- 4 Legtöbbször
- 5 Mindig

60. Az elmúlt három hónapban volt e szexuális kapcsolatod?

- 1 Még soha nem volt szexuális kapcsolatom
- 2 Egyáltalán nem az elmúlt három hónapban
- 3 Párszor
- 4 Néhányszor
- 5 Gyakran
- 6 Rendszeresen (kb. minden héten)

61. Szexuális kapcsolat során használtak-e partnereiddel óvszert?

- 1 Még soha nem volt szexuális kapcsolatom
- 2 Soha nem használok
- 3 Néhányszor
- 4 Kb. az esetek felénél
- 5 Legtöbbször
- 6 Mindig

dc_310_11

62. Amikor autóban utazol, milyen gyakran viselsz biztonsági övet?

- 1 _____ Soha
- 2 _____ Alkalmanként
- 3 _____ Kb. az esetek felénél
- 4 _____ Legtöbbször
- 5 _____ Mindig

63. Véleményed szerint mennyi a valószínűsége annak, hogy a jövőben közúti baleset okozója vagy sérültje legyél?

- | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|----------------------------|
| Semmi esélye nincs | | | | | | | Biztosan be fog következni |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |

64. Mennyi a valószínűsége annak, hogy a jövőben közúti baleset okozója vagy sérültje legyél a hasonló korúakkal összehasonlítva?

- | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|-------------|
| Sokkal kevesebb | | | | | | Sokkal több |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

65. Véleményed szerint mennyi a valószínűsége annak, hogy a jövőben alkohollal kapcsolatos problémáid legyenek?

- | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|
| Semmi esélye nincs | | | | | | Biztosan be fog következni |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

66. Mennyi a valószínűsége annak, hogy a jövőben alkohollal kapcsolatos problémáid legyenek a hasonló korúakkal összehasonlítva?

- | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|-------------|
| Sokkal kevesebb | | | | | | Sokkal több |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

67. Véleményed szerint mennyi a valószínűsége annak, hogy a jövőben dohányzással kapcsolatos problémáid legyenek (pl. tüdőrák)?

- | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|
| Semmi esélye nincs | | | | | | Biztosan be fog következni |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

68. Mennyi a valószínűsége annak, hogy a jövőben dohányzással kapcsolatos problémáid legyenek (pl. tüdőrák) a hasonló korúakkal összehasonlítva?

- | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|-------------|
| Sokkal kevesebb | | | | | | Sokkal több |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

69. Véleményed szerint mennyi a valószínűsége annak, hogy a jövőben olyan problémáid legyenek, amelyek a nem eléggé biztonságos szex következményei (pl. nem kívánt terhesség, szexuális úton terjedő betegségek)?

- | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|----------------------------|
| Semmi esélye nincs | | | | | | Biztosan be fog következni |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

70. Mennyi a valószínűsége annak, hogy a jövőben olyan problémáid legyenek, amelyek a nem eléggé biztonságos szex következményei (pl. nem kívánt terhesség, szexuális úton terjedő betegségek) a hasonló korúakkal összehasonlítva?

- | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|-------------|
| Sokkal kevesebb | | | | | | Sokkal több |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

71. A barátaid közül hányan dohányoznak?

- 1 _____ Egyik sem
- 2 _____ Néhány

dc_310_11

- 3 _____ Kb. fele
- 4 _____ Legtöbb
- 5 _____ Mindegyik

72. A barátaid közül hányan isznak rendszeresen alkoholt?

- 1 _____ Egyik sem
- 2 _____ Néhány
- 3 _____ Kb. fele
- 4 _____ Legtöbb
- 5 _____ Mindegyik

73. A barátaid közül hányan használnak drogokat (pl. marihuána, LSD, kokain)?

- 1 _____ Egyik sem
- 2 _____ Néhány
- 3 _____ Kb. fele
- 4 _____ Legtöbb
- 5 _____ Mindegyik

74. A barátaid közül hányan vezetnek vagy utaznak figyelmetlenül?

- 1 _____ Egyik sem
- 2 _____ Néhány
- 3 _____ Kb. fele
- 4 _____ Legtöbb
- 5 _____ Mindegyik

75. A barátaid közül hányan volt már szexuális kapcsolata?

- 1 _____ Egyik sem
- 2 _____ Néhány
- 3 _____ Kb. fele
- 4 _____ Legtöbb
- 5 _____ Mindegyik

76. Mit gondolsz, a barátaid közül hányan lehetnek, akik nem fordítanak figyelmet a biztonságos szexre (pl. óvszer)?

- 1 _____ Egyik sem
- 2 _____ Néhány
- 3 _____ Kb. fele
- 4 _____ Legtöbb
- 5 _____ Mindegyik

77. A barátaid közül hányan sportolnak rendszeresen?

- 1 _____ Egyik sem
- 2 _____ Néhány
- 3 _____ Kb. fele
- 4 _____ Legtöbb
- 5 _____ Mindegyik

78. A barátaid közül hányan próbálnak egészségesen táplálkozni?

- 1 _____ Egyik sem
- 2 _____ Néhány
- 3 _____ Kb. fele
- 4 _____ Legtöbb
- 5 _____ Mindegyik

Egyéb megjegyzés, észrevétel: _____
Köszönjük a fáradozásodat!

4. melléklet: A DÉL-ALFÖLDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2004 kérdőíve

EGÉSZSÉG ÉS ÉLETMÓD KÉRDŐÍV

Szeretnénk jobban megismerni a fiatalok életmódját, mindennapjait, ezért néhány kérdést fogunk Neked feltenni. A kitöltés név nélküli, a válaszaidat senki nem tudja azonosítani. Kérünk, hogy figyelmesen olvasd el a kérdéseket, és válaszolj a valóságnak megfelelően. Előre is köszönjük a segítségedet. Kérünk, tegyél (X) jelet a megfelelő vonalra. Fontos, hogy minden kérdésre válaszolj.

1. Nemed: 1 _____ Fiú
2 _____ Lány
2. Hányadik osztályba jársz? 1 _____ Középisk. 1. osztály
2 _____ Középisk. 2. osztály
3 _____ Középisk. 3. osztály
4 _____ Középisk. 4. osztály
5 _____ Középisk. 5. osztály
3. Az iskolában általában milyen jegyeket kapsz?
(Csak egy választ jelölj be!) 1 _____ 1-est, 2-est
2 _____ 2-est, 3-ast
3 _____ 3-ast
4 _____ 3-ast, 4-est
5 _____ 4-est
6 _____ 4-est, 5-öst
7 _____ 5-öst
4. Hány éves vagy? _____
5. Melyik városban jársz iskolába? _____ Hol van az állandó lakhelyed? _____
6. Ha nem a jelenlegi városban élsz, hogy jársz be az iskolába?
1 _____ A jelenlegi helyen élek
2 _____ Kollégiumban lakom
3 _____ Albérletben lakom
4 _____ Rokonnál/ismerősnél
5 _____ Bejáró vagyok/ingázom
7. Otthon kivel élsz együtt? 1 _____ Mindkét szülővel
2 _____ Egyik szülővel és nevelőszülővel
3 _____ Csak édesanyával
4 _____ Csak édesapával
5 _____ Egyéb, éspedig: _____
8. Lakásotok típusa: 1 _____ Lakótelepi öröklakás
2 _____ Társasházi öröklakás
3 _____ Bérlakás
4 _____ Családi ház
5 _____ Egyéb: _____
9. Apukád legmagasabb iskolai végzettsége: 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi
4 _____ Főiskola/egyetem
10. Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége: 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi

11. Apukád alkalmazási minősége:
- 4 _____ Főiskola/egyetem
 1 _____ Vezető
 2 _____ Beosztott diplomás
 3 _____ Egyéb (nem diplomás) szellemi
- 4 _____ Önálló vállalkozó
 5 _____ Szakmunkás
 6 _____ Segédmunkás
 7 _____ Munkanélküli
 8 _____ Nyugdíjas

12. Anyukád alkalmazási minősége:
- 1 _____ Vezető
 2 _____ Beosztott diplomás
 3 _____ Egyéb (nem diplomás) szellemi
 4 _____ Önálló vállalkozó
 5 _____ Szakmunkás
 6 _____ Segédmunkás
 7 _____ Háztartásbeli
 8 _____ Munkanélküli
 9 _____ Nyugdíjas

13. Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?
- 1 _____ Felső osztály
 2 _____ Felső-közép osztály
 3 _____ Közép osztály
 4 _____ Alsó-közép osztály
 5 _____ Alsó osztály

14. Milyenek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?

Kiváló	Jó	Még éppen elfogadható	Rossz

15. Milyenek tartod edzettségi szintedet a hasonló korúakkal összehasonlítva?

Kiváló	Jó	Még éppen elfogadható	Rossz

Az elmúlt néhány hónap során milyen gyakran...

	Gyakran	időnként	ritkán	soha
16. volt idegességből eredő fejfájásod?				
17. volt hát- vagy derékfájásod?				
18. voltak alvási problémáid?				
19. érezted magadat kimerültnek, gyengének?				
20. volt gyomorégésed vagy gyomorfájásod?				
21. volt idegességből eredő hasmenésed?				
22. volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogásod?				

A következőkben a JÖVŐ-vel kapcsolatos elképzeléseidről teszünk fel Neked kérdéseket. Kérünk, hogy jelöld be, mennyire tartod fontosnak, hogy a jövőben ezek bekövetkezzenek:

A JÖVŐBEN	Egyáltalán nem fontos	Kevésbé fontos	Is-is/nem tudom eldönteni	Valamennyire fontos	Nagyon fontos
23. Saját magad fogod irányítani az életedet					
24. Életed végén úgy fogsz visszatekinteni az életedre, mint ami értelmes és teljes					

dc_310_11

volt					
25. Hatékonyan fogod kezelni az életedben felmerülő problémákat					
26. Ismerni fogod és elfogadod magadat olyannak, amilyen valójában vagy					

A JÖVŐBEN	Egyáltalán nem fontos	Kevésbé fontos	Is-is/nem tudom eldönteni	Valamennyire fontos	Nagyon fontos
27. Lesznek jó barátaid, akikre számíthatsz					
28. Meg fogod osztani az életedet valakivel, akit szeretsz					
29. Lesznek olyanok körülötted, akik törődnek veled és támogatnak					
30. Ismerni fogsz olyan embereket, akikkel kikapcsolódhatsz					
31. Lesz néhány olyan közeli barátod, akikkel személyes dolgaidat is megbeszélheted					

A JÖVŐBEN	Egyáltalán nem fontos	Kevésbé fontos	Is-is/nem tudom eldönteni	Valamennyire fontos	Nagyon fontos
32. Időt vagy pénzt fogsz áldozni jótékonyági célokra					
33. A társadalom jobbra tételéért fogsz dolgozni					
34. Azon fogsz fáradozni, hogy a világ jobb legyen					
35. Segíteni fogsz másoknak, hogy jobb legyen az életük					
36. Segíteni fogsz a rászorulókon					

A JÖVŐBEN	Egyáltalán nem fontos	Kevésbé fontos	Is-is/nem tudom eldönteni	Valamennyire fontos	Nagyon fontos
37. Sok drága holmid lesz					
38. Jól fizető állásod lesz					
39. Magas presztízű foglalkozásod lesz					
40. Anyagilag sikeres leszel					

A JÖVŐBEN	Egyáltalán nem fontos	Kevésbé fontos	Is-is/nem tudom eldönteni	Valamennyire fontos	Nagyon fontos
41. Testileg egészséges leszel					
42. Elégedett leszel a fizikai állóképességeddel					

dc_310_11

43. Telve leszel energiával és életkedvvel					
44. Nem lesz semmilyen komolyabb betegség					

A JÖVŐBEN	Egyáltalán nem fontos	Kevésbé fontos	Is-is/nem tudom eldönteni	Valamennyire fontos	Nagyon fontos
45. Sokan megjegyzik majd, hogy milyen vonzó vagy					
46. Lépést tartasz a divattal					
47. El fogod érni azt a külsőt, amire vágysz					
48. Sikeresen el fogod rejteni az öregedés jeleit					
49. Mások megnyerőnek fogják tartani a megjelenésedet					

A JÖVŐBEN	Egyáltalán nem fontos	Kevésbé fontos	Is-is/nem tudom eldönteni	Valamennyire fontos	Nagyon fontos
50. Sokan fogják ismerni a nevedet					
51. Híres leszel					
52. Sok ember fog csodálni					
53. A neved gyakran megjelenik majd a médiában					
54. Valamit elérsz majd, ami elismertséget hoz					

A következő két táblázatban a sikerről teszünk fel Neked kérdéseket. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal?

	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek teljesen egyet	Semleges/nem tudom eldönteni	Valamennyire egyetértek	Teljes mértékben egyetértek
55. Csodálom azokat az embereket, akiknek drága lakásuk, autójuk és ruháik vannak					
56. Az életben az egyik legfontosabb cél az anyagi megszerzése					
57. Nem tartom túl fontosnak a sikeresség megítélésében, hogy valaki mennyi vagyont halmoz fel					
58. Az anyagi javaim sokat elmondanak arról, hogy mennyire boldogulok az életben					
59. Szeretem, ha olyan dolgaim vannak, amelyekre az emberek odafigyelnek					
60. Nem érdekel különösképpen, hogy más embereknek milyen anyagi					

dc_310_11

javaik vannak					
	Egyáltalán nem értek egyet	Nem értek teljesen egyet	Semleges/nem tudom eldönteni	Valamennyire egyetértek	Teljes mértékben egyetértek
61. Mindenem megvan, amire valóban szükségem van ahhoz, hogy élvezzem az életet					
62. Az életem jobb lenne, ha bizonyos anyagi javakat meg tudnék szerezni					
63. Jobb lenne az életem, ha menőbb dolgaim lehetnének					
64. Boldogabb lehetnék, ha megengedhetném magamnak, hogy több dolgot vásárooljak					
65. Néha nagyon is zavar, hogy nem telik rá, hogy mindent megvegyek, amit szeretnék					

66. Az elmúlt három hónapban mennyit dohányoztál?

- 0 _____ Még soha nem dohányoztam
 1 _____ Már kipróbáltam, de az elmúlt 3 hónapban nem
 2 _____ Csak néhányszor
 3 _____ Rendszeresen, 1-2 szálát naponta
 4 _____ Rendszeresen, 3-10 szálát naponta
 5 _____ Rendszeresen, 11-20 szálát naponta
 6 _____ Rendszeresen, több mint 20 szálát naponta

67. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran fogyasztottál alkoholt?

- 0 _____ Még soha nem próbáltam
 1 _____ Már kipróbáltam, de az elmúlt 3 hónapban nem
 2 _____ Párszor
 3 _____ Néhányszor
 4 _____ Gyakran (kb. minden héten)
 5 _____ Rendszeresen (legalább kétszer hetente)

68. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran fogyasztottál valamilyen drogot (pl. marihuána, ecstasy)?

- 0 _____ Még soha nem próbáltam
 1 _____ Már kipróbáltam, de az elmúlt 3 hónapban nem
 2 _____ Egyszer-kétszer
 3 _____ Néhányszor
 4 _____ Gyakran
 5 _____ Rendszeresen (kb. minden héten)

69. Az elmúlt három hónapban milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (pl. sport, munka)?

- 1 _____ Soha
 2 _____ Egyszer-kétszer
 3 _____ Havonta kétszer-háromszor
 4 _____ Hetente egyszer-kétszer
 5 _____ Hetente három vagy több alkalommal

70. Az elmúlt három hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?

- 1 _____ Egyáltalán nem
 2 _____ Egy kissé
 3 _____ Időnként
 4 _____ Legtöbbször
 5 _____ Mindig

dc_310_11

Szabadidőben milyen tevékenységgel szoktál kikapcsolódni?

	1. Soha	2. Ritkán	3. Alkalmanként	4. Gyakran
71. Mozi				
72. Színház				
73. Könnyűzenei koncert				
74. Olvasás				
75. Beszélgetés barátokkal				
76. TV nézés/videózás				
77. Bulizás				
78. Sportolás				
79. Számítógépezés				
80. Zenehallgatás				
81. Hobbitevékenység				
82. Bevásárlás/"plázázás"				
83. Lődörgés, csavargás				
84. Házimunka				
85. Vallási rendezvények				

Kérjük, az alábbi hármas csoportokból válaszd ki és jelöld meg X-szel az az egy mondatot, amelyik legjobban jellemzi érzéseidet az utóbbi KÉT HÉT BEN

- | | |
|---|---|
| 86. <input type="checkbox"/> Ritkán vagyok szomorú
<input type="checkbox"/> Gyakran vagyok szomorú
<input type="checkbox"/> Mindig szomorú vagyok | 87. <input type="checkbox"/> Sok mindenben örömöm telik
<input type="checkbox"/> Néhány dologban lelem csak örömöt
<input type="checkbox"/> Semmi sem szerez nekem örömet |
| 88. <input type="checkbox"/> Gyűlölöm magam
<input type="checkbox"/> Nem szeretem magam
<input type="checkbox"/> Szeretem magam | 89. <input type="checkbox"/> Mindig sírhatnékam van
<input type="checkbox"/> Gyakran van sírhatnékam
<input type="checkbox"/> Csak elvétve van sírhatnékam |
| 90. <input type="checkbox"/> Képtelen vagyok bármiben is dönteni
<input type="checkbox"/> Nehezen tudok valamiben is dönteni
<input type="checkbox"/> Nem esik nehezemre dönteni | 91. <input type="checkbox"/> Sohasem gondolok arra, hogy megöljem magam
<input type="checkbox"/> Gondoltam rá, hogy megölöm magam, de nem tenném meg
<input type="checkbox"/> A legszívesebben megölném magam |
| 92. <input type="checkbox"/> Engem senki nem szeret igazán
<input type="checkbox"/> Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán
<input type="checkbox"/> Biztos vagyok benne, hogy valaki szeret | 93. <input type="checkbox"/> Jól kijövök másokkal
<input type="checkbox"/> Gyakran összeveszek másokkal
<input type="checkbox"/> Szinte mindig összeveszek valakivel |

Végül, az alábbiakban 5 állítást olvashatsz, jelöld be egy hét fokozatú skálán, mennyire értesz egyet velük:

94. Az életem a legtöbb szempontból közel van az ideálshoz
egyáltalán nem értek egyet teljesen egyetértek
- 1 2 3 4 5 6 7
95. Az életkörülményeim kitűnőek
egyáltalán nem értek egyet teljesen egyetértek
- 1 2 3 4 5 6 7
96. Elégedett vagyok az életemmel
egyáltalán nem értek egyet teljesen egyetértek
- 1 2 3 4 5 6 7
97. Eddig megkaptam az élettől, amit akartam
egyáltalán nem értek egyet teljesen egyetértek
- 1 2 3 4 5 6 7
98. Ha még egyszer újra élhetném az életemet, szinte semmit nem változtatnék
egyáltalán nem értek egyet teljesen egyetértek
- 1 2 3 4 5 6 7

Köszönjük! Dr. Píkó Bettina kutatásvezető, SZTE Magatartástudományi Csoport, Szeged

5. melléklet: SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2008 kérdőíve

ÉLETMÓD KÉRDŐÍV

Kedves Tanuló! Ez nem vizsgateszt!

Szeretnénk megkérni, hogy e kérdőív kitöltésével segíts nekünk abban, hogy többet tudjunk meg a szegedi fiatalok életmódjáról. Kérünk, figyelmesen olvasd el a kérdéseket és a hozzájuk tartozó válaszokat, és válaszd ki a Rád legjellemzőbbet. Néhány kérdésnél szöveges választ vagy számot kértünk, különben a kérdésekre a válaszok előtti vonalra tett X jellel válaszolj! Kérünk, válaszolj minden kérdésre, minden sorban.

A kérdőívre NE ÍRD RÁ A NEVEDET! A válaszaid titokban maradnak, az iskolában senki sem nézheti meg a kitöltött kérdőívet. A válaszok statisztikai úton kerülnek feldolgozásra, a személyes azonosítás így nem lehetséges.

Együttműködésed nagyon nagy segítség számunkra! SZTE Magatartástudományi Csoport

1. Nemed: 1 _____ Fiú
2 _____ Lány
2. Milyen típusú iskolába jársz? 1 _____ Gimnázium
2 _____ Szakközépiskola
3 _____ Szakmunkásképző
3. Hányadik osztályba jársz? 1 _____ Középisk. 1. osztály
2 _____ Középisk. 2. osztály
3 _____ Középisk. 3. osztály
4 _____ Középisk. 4. osztály
5 _____ Középisk. 5. osztály
5. Az iskolában általában milyen jegyeket kapsz? 1 _____ 5-öst
2 _____ 4-est, 5-öst
3 _____ 4-est
4 _____ 3-ast, 4-est
5 _____ 3-ast
6 _____ 2-est, 3-ast
7 _____ 1-est, 2-est
5. Hány éves vagy?
6. Hány testvéred van?
7. Kivel élsz együtt? 1 _____ Mindkét szülővel
2 _____ Egyik szülő és nevelőszülő
3 _____ Csak édesanyával
4 _____ Csak édesapával
5 _____ Mással, éspedig:.....
8. Szüleid legmagasabb iskolai végzettsége:
APA: 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Érettségi
4 _____ Főiskola/egyetem
ANYA: 1 _____ Általános iskola
2 _____ Szakmunkásképző
3 _____ Gimnázium
4 _____ Főiskola/Egyetem
9. Szüleid alkalmazási minősége:
APA: 1 _____ Diplomás vagy vezető
2 _____ Egyéb szellemi
3 _____ Önálló vállalkozó
4 _____ Szakmunkás
5 _____ Segédmunkás
6 _____ Munkanélküli
ANYA: 1 _____ Diplomás vagy vezető
2 _____ Egyéb szellemi
3 _____ Önálló vállalkozó
4 _____ Szakmunkás
5 _____ Segédmunkás
6 _____ Munkanélküli
7 _____ Háztartásbeli

dc_310_11

10. Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

- 1 _____ Alsó osztály
- 2 _____ Alsó-közép osztály
- 3 _____ Középosztály
- 4 _____ Felső-közép osztály
- 5 _____ Felső osztály

11. Milyen gyakran vacsorázik nálatok együtt a család?

- 1 _____ Soha
- 2 _____ Elég ritkán
- 3 _____ Néhányszor
- 4 _____ Legtöbbször
- 5 _____ Mindig

12. Milyen gyakran beszéled meg problémáidat...

SZÜLEIDDEL?

- 1 _____ Soha
- 2 _____ Elég ritkán
- 3 _____ Néhányszor
- 4 _____ Legtöbbször
- 5 _____ Mindig

TANÁRAIDDAL?

- 1 _____ Soha
- 2 _____ Elég ritkán
- 3 _____ Néhányszor
- 4 _____ Legtöbbször
- 5 _____ Mindig

13. Amikor a barátaiddal elmész szórakozni, milyen gyakran mondják meg a szüleid, hányra kell hazamenned?

- 1 _____ Soha
- 2 _____ Elég ritkán
- 3 _____ Néhányszor
- 4 _____ Legtöbbször
- 5 _____ Mindig

14. Amikor a barátaiddal vagy, milyen gyakran tudják a szüleid, hogy hová mentek?

- 1 _____ Soha
- 2 _____ Elég ritkán
- 3 _____ Néhányszor
- 4 _____ Legtöbbször
- 5 _____ Mindig

15. Hogyan érzed magad az iskolában?

- 1 _____ Nagyon jól
- 2 _____ Elég jól
- 3 _____ Elég rosszul
- 4 _____ Nagyon rosszul

16. Milyen vallású vagy?

17. Mennyire tartod magad vallásosnak?

Egyáltalán nem vallásos

1 2 3 4 5 6 7

Nagyon vallásos

18. Milyen gyakran jársz templomba vagy vallási jellegű rendezvényekre?

- 1 _____ Soha
- 2 _____ Ritkán (1-2 szer egy évben)
- 3 _____ Időnként
- 4 _____ Gyakran
- 5 _____ Rendszeresen

dc_310_11

Kérjük, az alábbi hármas csoportokból válaszd ki és jelöld meg X-szel azt az egy mondatot, amelyik legjobban jellemzi érzéseidet az utóbbi KÉT HÉT BEN

- | | |
|--|--|
| 19. _____ Ritkán vagyok szomorú
_____ Gyakran vagyok szomorú
_____ Mindig szomorú vagyok | 20. _____ Sok mindenben örömöm telik
_____ Néhány dologban lelem csak örömöm
_____ Semmi sem szerez nekem örömet |
| 21. _____ Gyűlölöm magam
_____ Nem szeretem magam
_____ Szeretem magam | 22. _____ Mindig sírhatnékam van
_____ Gyakran van sírhatnékam
_____ Csak elvétve van sírhatnékam |
| 23. _____ Képtelen vagyok bármiben is dönteni
_____ Nehezen tudok valamiben is dönteni
_____ Nem esik nehezemre dönteni | 24. _____ Sohasem gondolok arra, hogy megöljem magam
_____ Gondoltam rá, hogy megölöm magam, de nem tenném meg
_____ A legszívesebben megölném magam |
| 25. _____ Engem senki nem szeret igazán
_____ Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán
_____ Biztos vagyok benne, hogy valaki szeret | 26. _____ Jól kijövök másokkal
_____ Gyakran összeveszek másokkal
_____ Szinte mindig összeveszek valakivel |

27. Dohányoztál-e már valaha? 1 _____ Nem 2 _____ Igen

28. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál? 1 _____ Egyáltalán nem
2 _____ Csak néha egyet-egyet
3 _____ 1-5 szálát naponta
4 _____ 6-10 szálát naponta
5 _____ 11-20 szálát naponta
6 _____ 20-nál többet naponta

29. Fogyasztottál-e már valaha alkoholt? 1 _____ Nem 2 _____ Igen

30. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt? 1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer

31. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt? 1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1 szer
3 _____ 2 szer
4 _____ 3-5 ször
5 _____ 6-9 szer
6 _____ 10 szer vagy többször

32. Kipróbáltad-e valaha a marihuánát? 1 _____ Nem 2 _____ Igen

33. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor szívtál marihuánát? 1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer

dc_310_11

34. Kipróbáltad-e valaha az amfetamint (Speed, Extasy)? 1 _____ Nem 2 _____ Igen

35. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor szedtél amfetamint?

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

36. Kipróbáltál-e valaha egyéb drogot? 1 _____ Nem 2 _____ Igen, és pedig:.....

37. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor használtad ezt a szert?

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

38. Volt-e valaha szexuális kapcsolatod? 1 _____ Nem 2 _____ Igen

39. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN volt-e szexuális kapcsolatod?

- 1 _____ Egyszer sem
 2 _____ Párszor
 3 _____ Néhányszor
 4 _____ Gyakran
 5 _____ Rendszeresen
 (kb. minden héten)

40. Szexuális kapcsolat során a partnereddel használtatok-e óvszert?

- 1 _____ Soha
 2 _____ Néhányszor
 3 _____ Kb. az esetek felénél
 4 _____ Legtöbbször
 5 _____ Mindig

41. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?

- 1 _____ Soha
 2 _____ Párszor
 3 _____ Havonta kétszer-háromszor
 4 _____ Heti egy-két alkalommal
 5 _____ Heti három vagy több alkalommal

42. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?

- 1 _____ Egyáltalán nem
 2 _____ Egy kissé
 3 _____ Időnként
 4 _____ Legtöbbször
 5 _____ Mindig

43. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal? Tegyéél X-et a legmegfelelőbbhöz!

Állítások	Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Nem tudom eldönteni	Inkább egyet értek	Teljesen egyet értek
1. Bizonytalan helyzetben általában a legjobbat várom					
2. Könnyen el tudok lazulni					
3. Ha nálam valami rosszul alakulhat,					

dc_310_11

akkor úgy is lesz					
4. A dolgoknak mindig a jobbik oldalát nézem					
5. Mindig optimista vagyok a jövőmmel kapcsolatban					
6. Jól érzem magam a barátaimmal					
7. Fontos számomra, hogy állandóan elfoglaljam magam valamivel					
8. Szinte sohasem számítok arra, hogy a dolgok úgy fordulnak, ahogyan szeretném					
9. A dolgok sohasem működnek úgy, ahogyan én szeretném					
10. Nem borulok ki könnyen					
11. Hiszek abban, hogy „minden rosszban van valami jó”					
12. Ritkán számolok azzal, hogy jó dolgok is történhetnek velem					

44. A családtagjaidon kívül hány olyan barátod van, akivel közös az érdeklődési vagy tevékenységi köröd?

.....

45. A családtagjaidon kívül hány igazán jó barátod van, akit valóban kedvelsz, és aki törődik veled?

.....

46. Milyennek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?

1 _____ Kiváló 2 _____ Jó 3 _____ Elfogadható 4 _____ Rossz

47. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal? Karikázd be a legmegfelelőbbet!

	Egyáltalán nem érek egyet			Teljesen egyetértek			
1. Az életem a legtöbb szempontból közel van az általam elképzelthez	1	2	3	4	5	6	7
2. Az életkörülményeim kiválóak	1	2	3	4	5	6	7
3. Elégedett vagyok az életemmel	1	2	3	4	5	6	7
4. Eddig megkaptam az élettől a fontos dolgokat, amiket akartam	1	2	3	4	5	6	7
5. Ha még egyszer újraélhetném az életemet, szinte semmit nem változtatnék	1	2	3	4	5	6	7

48. Mi jellemző a szüleiddel való kapcsolatodra?

APA	Egyáltalán nem	Kevésbé	Eléggé	Nagyon
1. Nagyon közel áll hozzám				
2. Mindig talál időt arra, hogy megbeszélje velem a problémáimat, amikor csak igénylem ezt				
3. Gyakran érezteti velem, hogy fontos vagyok a számára				
4. Ha vele vagyok, képes vagyok teljesen nyugodt lenni és önmagamot adni				
5. Akármilyen történik is, ő mindig segíteni fog, ha szükségem lesz rá				

dc_310_11

6. Tudom, hogy megbízik bennem				
ANYA	Egyáltalán nem	Kevésbé	Eléggé	Nagyon
1. Nagyon közel áll hozzám				
2. Mindig talál időt arra, hogy megbeszélje velem a problémáimat, amikor csak igénylem ezt				
3. Gyakran érezteti velem, hogy fontos vagyok a számára				
4. Ha vele vagyok, képes vagyok teljesen nyugodt lenni és önmagamot adni				
5. Akármilyen történjék is, ő mindig segíteni fog, ha szükségem lesz rá				
6. Tudom, hogy megbízik bennem				

Állítások	Egyáltalán nem érték egyet	Inkább nem érték egyet	Inkább egyet érték	Teljesen egyet érték
1. Szüleim halála után is követni fogom értékrendjüket és életszabályaikat				
2. A legrosszabb dolog, amit egy ember tehet, hogy tiszteletlenül bánik a szüleivel				
3. Párvalasztásnál figyelembe veszem szüleim véleményét				
4. Még akkor is tisztelnem kell szüleimet, ha nem értek egyet minden cselekedetükkel				
5. Azért is szeretnék sikeres lenni az életben, hogy az emberek lássák, hogy szüleim helyesen neveltek fel				

Ugye, nem is tartott sokáig? Köszönjük!

dc_310_11

11. Dohányoztál-e már valaha? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
12. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?
1 _____ Csak néha egyet-egyet
2 _____ 1-5 szálat naponta
3 _____ 6-10 szálat naponta
4 _____ 11-20 szálat naponta
5 _____ 20-nál többet naponta
13. Fogyasztottál-e már valaha alkoholt? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
14. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?
1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer
15. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?
1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1 szer
3 _____ 2 szer
4 _____ 3-5 ször
5 _____ 6-9 szer
6 _____ 10 szer vagy ennél többször
16. Kipróbáltad-e valaha a marihuánát? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
17. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor szívtál marihuánát?
1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer
18. Kipróbáltad-e valaha az amfetamint (Speed, Extasy)? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
19. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor szedted amfetamint?
1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer
20. Kipróbáltál-e valaha egyéb drogot? 1 _____ Nem 2 _____ Igen, és pedig _____
21. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor használtad ezt a szert?
1 _____ Egyszer sem
2 _____ 1-2 szer
3 _____ 3-9 szer
4 _____ 10-19 szer
5 _____ 20-39 szer
6 _____ Több, mint 40 szer
22. Dohányoznak-e a közeli barátaid? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
23. Fogyasztanak-e alkoholt a közeli barátaid? 1 _____ Nem 2 _____ Igen
24. Fogyasztanak-e a marihuánát, vagy egyéb drogokat a közeli barátaid?
1 _____ Nem 2 _____ Igen
25. Milyennek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?
1 _____ Kiváló 2 _____ Jó 3 _____ Elfogadható 4 _____ Rossz

dc_310_11

26. Kérjük, az alábbi hármas csoportokból válaszd ki és jelöld meg X-szel azt az egy mondatot, amelyik legjobban jellemzi érzéseidet az utóbbi KÉT HÉT BEN

- | | |
|---|---|
| 1. _____ Ritkán vagyok szomorú
_____ Gyakran vagyok szomorú
_____ Mindig szomorú vagyok | 2. _____ Sok mindenben örömöm telik
_____ Néhány dologban lelem csak örömöm
_____ Semmi sem szerez nekem örömet |
| 3. _____ Gyűlölöm magam
_____ Nem szeretem magam
_____ Szeretem magam | 4. _____ Mindig sírhatnékem van
_____ Gyakran van sírhatnékem
_____ Csak elvétve van sírhatnékem |
| 5. _____ Képtelen vagyok bármiben is dönteni
_____ Nehezen tudok valamiben is dönteni
_____ Nem esik nehezemre dönteni | 6. _____ Sohasem gondolok arra, hogy megöljem magam
_____ Gondoltam rá, hogy megölöm magam, de nem tenném meg
_____ A legszívesebben megölném magam |
| 7. _____ Engem senki nem szeret igazán
_____ Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán
_____ Biztos vagyok benne, hogy valaki szeret | 8. _____ Jól kijövök másokkal
_____ Gyakran összeveszek másokkal
_____ Szinte mindig összeveszek valakivel |

27. Jelöld meg azt az állítást a kettő közül, amelyik a legjobban kifejezi érzelmi állapotodat.

1.
 - a) Az emberek életében sok rossz dolog részben a balszerencsének köszönhető
 - b) Az emberek életében sok rossz dolog saját tévedésüknek köszönhető
2.
 - a) A háborúk legfőbb oka az emberek érdektelensége a közügyek iránt
 - b) Mindig is lesznek háborúk, akárhogy is próbálják az emberek elkerülni
3.
 - a) Hosszú távon az emberek megkapják a nekik kijáró tiszteletet
 - b) Sajnos egy ember értékét nem mindig ismerik fel akármennyire is igyekszik
4.
 - a) Képtelenség azt gondolni, hogy a tanárok nem jól viszonyulnak a diákokhoz
 - b) A legtöbb diák nem veszi észre, hogy a jegyeit mennyire befolyásolják a véletlenek
5.
 - a) Jó lehetőségek híján nem lehet valakiből hatékony vezető
 - b) Azok az emberek, akik alkalmasak lennének a vezetésre, sokszor nem élnek a lehetőségeikkel
6.
 - a) Bármennyire is igyekszel, mindig lesznek, akik nem fognak kedvelni
 - b) Azok az emberek, akik nem tudják megkedveltetni magukat, nem értik, hogyan lehet jól kijönni másokkal
7.
 - a) Gyakran szembesültem azzal, hogy ami megtörténhet, az meg is történik
 - b) Jobban beválik nekem, hogy a dolgokat előre megtervezzem, minthogy a sorsra bízom
8.
 - a) Ha egy tanuló jól felkészült, ritkán vagy soha nem fordul elő az, hogy rosszul sikerül a dolgozata
 - b) Sokszor van olyan, hogy a dolgozat kérdései annyira eltérnek a tananyagtól, hogy felesleges tanulni
9.
 - a) Sikert elérni kemény munka, ebben nincs vagy csak alig van szerepe a szerencsének
 - b) Ahhoz, hogy jó állása legyen valakinek, jó időben kell lenni jó helyen
10.
 - a) Egy egyszerű állampolgárnak lehet beleszólása a kormányzati döntésekbe
 - b) A világ irányítása a hatalmon lévő kevesek kezében van, egy egyszerű állampolgárnak nincs sok beleszólása
11.
 - a) Ha eltervezek valamit, majdnem biztos vagyok benne, hogy véghez tudom vinni
 - b) Nem mindig bölcs dolog túlságosan előre tervezni, mert sok minden valahol a szerencsén múlik

dc_310_11

12.

- a) Főként nem a szerencsén múlik, ha valamit meg akarok szerezni
 b) A legtöbb esetben akár pénzfeladással is meghozhatnánk a döntéseinket

13.

- a) Az, hogy mi történik velem, énrajtam múlik
 b) Néha úgy érzem, nem tudom befolyásolni, hogy merre tart az életem

28. Mennyire tartod magad vallásosnak?

Egyáltalán nem vallásos

1 2 3 4 5 6 7

Nagyon vallásos

29. Mennyire vagy biztos a hitedben, vallási meggyőződésedben?

1 _____ Nagyon biztos vagyok

2 _____ Eléggé biztos

3 _____ Eléggé bizonytalan

4 _____ Nagyon bizonytalan

30. Mennyire tartod fontosnak a hitedet, vallási meggyőződésedet?

1 _____ Nagyon fontos

2 _____ Eléggé fontos

3 _____ Kevésbé fontos

4 _____ Egyáltalán nem fontos

31. Mennyire tartod fontosnak a hitedet, vallási meggyőződésedet a mindennapi életben?

1 _____ Nagyon fontos

2 _____ Eléggé fontos

3 _____ Kevésbé fontos

4 _____ Egyáltalán nem fontos

32. Tartozol-e jelenleg valamely egyházhoz?

1 _____ Igen 2 _____ Nem

33. Melyik egyházhoz tartozol? Melyik egyházhoz jegyezték be Téged és a Szüleidet?

	Én magam	Anya	Apa
1. Római katolikus			
2. Görög katolikus			
3. Református			
4. Evangélikus			
5. Baptista			
6. Unitárius			
7. Zsidó			
8. Iszlám			
9. Buddhizmus			
10. Hinduizmus			
11. Jehova Tanúi			
12. Hit Gyülekezete			
13. Egyéb, éspedig:			

34. Milyen gyakran jársz templomba, vagy vallási jellegű rendezvényekre?

Én magam

Anya

Apa

Soha

Ritkán (1-2 szer egy évben, ünnepeken)

Időnként (1-2 szer egy hónapban)

Gyakran (1 szer egy héten)

Rendszeresen (Többször egy héten)

Naponta

35. Milyen gyakran imádkozol, meditálsz?

Soha

Ritkán (1-2 szer egy évben, ünnepeken)

Időnként (1-2 szer egy hónapban)

Gyakran (1 szer egy héten)

Rendszeresen (Többször egy héten)

Naponta

	Én magam	Anya	Apa
Soha			
Ritkán (1-2 szer egy évben, ünnepeken)			
Időnként (1-2 szer egy hónapban)			
Gyakran (1 szer egy héten)			
Rendszeresen (Többször egy héten)			
Naponta			

dc_310_11

36. Hiszel-e az alábbiakban:

- | | | |
|---|--------------|-------------|
| 1. Hiszel-e Istenben? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 2. Hiszel-e abban, hogy Jézus Isten fia? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 3. Hiszel-e abban, hogy van Ördög? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 4. Hiszel-e a pokolban? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 5. Hiszel-e a Halál utáni életben? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 6. Hiszel-e a mennyországban? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 7. Hiszel-e abban, hogy vannak Gyógyító Erők? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 8. Hiszel-e abban, hogy vannak Szellemi erők,
akikkel kapcsolatba lehet lépni? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 9. Hiszel-e a Reinkarnációban? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 10. Hiszel-e abban, hogy az Átkok hatnak? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 11. Hiszel-e a Telepáciában? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 12. Hiszel-e a Jövendőmondásban? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |
| 13. Hiszel-e abban, hogy az embereknek van lelkük? | 1 _____ Igen | 2 _____ Nem |

37. Kérjük, jelöld be, mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal! Jelöld X-szel a Rád legjellemzőbb állítást!

	Teljesen egyetértek	Egyetértek	Is-is	Nem értek egyet	Egyáltalán nem értek egyet
1. Hiszek abban, hogy Isten vagy egy Természetfeletti Hatalom szeret engem és törődik velem					
2. Jelentőségteljes, bensőséges kapcsolatom van Istennel/a Természetfeletti hatalommal					
3. Nem sok személyes megerősítést és támogatást kapok Istentől/a Természetfeletti hatalomtól					
4. Hiszek abban, hogy Isten/Természetfeletti hatalom törődik a problémáimmal					
5. Istennel vagy Természetfeletti hatalommal való kapcsolatom hozzájárul ahhoz, hogy jól érezzem magam					
6. Nem tudom, ki vagyok, honnan jöttem és hová tartok					
7. Teljesnek érzem az életemet, és elégedett vagyok vele					
8. Bízom a jövőmben					
9. Életemnek nincs sok értelme					
10. Hiszem, hogy van igazi célja az életemnek					

38. Tegyük fel, hogy valaki meg akar ismerni téged. Mennyire tartanád fontosnak, hogy tudjanak a vallási meggyőződésedről, hitedről?

	Nagyon fontos	Eléggé fontos	Nem fontos	Egyáltalán nem fontos
1. Mennyire tartod fontosnak, hogy a barátaidnak hasonló legyen a vallási meggyőződésük, hitük?				
2. Mennyire tartod fontosnak, hogy olyan lánnyal/fiúval járj, akinek hasonló a hite, vallási meggyőződése?				
3. Mennyire tartod fontosnak, hogy olyan lánnyal/fiúval köss házasságot, akinek hasonló a hite, vallási meggyőződése?				
4. Mennyire hiszel benne, hogy Isten/természetfeletti erő figyel és irányítja az életed?				

39. Kérjük, jelöld be, mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal! Jelöld X-szel a Rád legjellemzőbb állítást!

	Nagyon egyetértek	Inkább egyetértek	Egyet is értek meg nem is	Inkább nem értek egyet	Nagyon nem értek egyet
1. A vallásgyakorlás a legfontosabb dolog az életemben.					
2. Konfliktusok adódnak köztem és a családom és/vagy partnerem között amiatt, hogy mennyit foglalkozok a vallással, vallásgyakorlással.					
3. A vallást arra használom, hogy a hangulatomon változtassak (pl. hogy kellemesebben érezzem magam, vagy, hogy ne kelljen a problémáimmal foglalkoznom.)					
4. Az elmúlt időszak során növeltem a napi imák/meditáció mennyiségét.					
5. Ha ki kell hagynom egy istentisztelet rosszkedvű és ideges leszek.					
6. Ha lecsökkentem a szokásos imáim/meditáció mennyiségét, akkor, amikor újra elkezdem, addig folytatom, amíg az eredeti mennyiséget el nem érem.					

40. Kérünk, jelöld be, mennyire jellemzők Rád az alábbi állítások:

	Egyáltalán nem jellemző	Nem jellemző	Semleges/nem tudom eldönteni	Jellemző	Teljes mértékben jellemző
1. Nyíltan elmondom a barátaimnak, ha nem értek velük egyet					
2. Gyakran vitatkozom az emberekkel					
3. Mikor bosszant valaki, megmondom neki, hogy mi a véleményem róla					
4. Nem tudom megállni, hogy össze ne vitatkozzam azokkal, akik nem értenek velem egyet					
5. A barátaim szerint szeretek vitatkozni					
6. Van úgy, hogy nem tudom kontrollálni magam, hogy meg ne üssek valakit					
7. Ha eléggé ingerelnek, előfordul, hogy megütök valakit					
8. Ha megütnek, visszaütök					
9. Kicsit gyakrabban keveredek verekedésbe, mint az átlagemberek					
10. Ha erőszakhoz kell folyamodnom, hogy megvédjem a jogaimat, megteszem					
11. Vannak olyan emberek, akik annyira felbosszantanak, hogy végül összeverekedünk					
12. Úgy gondolom, nincs jó ok arra, hogy megüsse valakit					
13. Már fenyegettem meg olyan embert, akit ismerek					
14. Volt már, hogy idegességemben valamit					

dc_310_11

összetörtem					
15. Gyorsan dühbe jövök, de gyorsan meg is nyugszom					
16. Amikor valami nem sikerül és csalódom, kimutatom az ingerültségemet					
17. Néha úgy érzem magam, mint egy puskaporos hordó, ami mindjárt felrobban					
18. Kiegyensúlyozott ember vagyok					
19. Néhány barátom forrófejűnek tart					
20. Néha megfelelő indok nélkül is dühbe gurulok					
21. Indulataim kontrollálása gondot okoz					

41. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal? Tegyel X-et a legmegfelelőbbhez!

Állítások	Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Nem tudom eldönteni	Inkább egyet értek	Teljesen egyet értek
1. Bizonytalan helyzetben általában a legjobbat várom					
2. Könnyen el tudok lazulni					
3. Ha nálam valami balul sülnhet el, akkor az úgy is lesz					
4. A dolgoknak mindig a jobbik oldalát nézem					
5. Mindig optimista vagyok a jövőmmel kapcsolatban					
6. Jól érzem magam a barátaimmal					
7. Fontos számomra, hogy állandóan elfoglaljam magam valamivel					
8. Szinte sohasem számítok arra, hogy a dolgok úgy fordulnak, ahogyan szeretném					
9. A dolgok sohasem működnek úgy ahogyan én szeretném					
10. Nem borulok ki könnyen					
11. Hiszek abban hogy „mindig rosszban van valami jó”					
12. Ritkán számolok azzal, hogy jó dolgok is történhetnek velem.					

42. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal? Karikázd be a legmegfelelőbbet!

	Egyáltalán nem értek egyet				Teljesen egyetértek		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Az életem a legtöbb szempontból közel van az általam elképzeltéhez							
2. Az életkörülményeim kiválóak		1	2	3	4	5	6 7
3. Elégedett vagyok az életemmel		1	2	3	4	5	6 7
4. Eddig megkaptam az élettől azokat a fontos dolgokat, amiket akartam	1	2	3	4	5	6	7
5. Ha még egyszer újraélhetném az életemet, szinte semmit nem változtatnék	1	2	3	4	5	6	7

Köszönjük! Szegedi Tudományegyetem Magatartástudományi Intézet Ifjúságkutató Munkacsoportja

7. melléklet: **Mértékadó Nevelés Index** (*Authoritative Parenting Index*) (Jackson, Henriksen és Foshee, 1998)

Mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal? Jelöld X-szel a rád legjellemzőbb állítást!
(Csak egy választ jelölj meg!)

Mi jellemző az anyukádra/apukádra?	Nem ilyen	Egy kicsit ilyen	Nagyon is ilyen	Pontosan ilyen
1. Mindig megmondja nekem, mit kell tennem.				
2. Szabályokat állít fel, anélkül, hogy megkérdezne.				
3. Segít, hogy jobban érezzem magam, amikor feldúlt vagyok.				
4. Túlságosan elfoglalt ahhoz, hogy beszélgessen velem.				
5. Meghallgatja, amit mondani szeretnék.				
6. Olyannak szeret, amilyen vagyok.				
7. Leginkább akkor szeret, amikor jól végzem a munkámat.				
8. Tudni akar a problémáimról.				
9. Elégedett a viselkedésemmel.				
10. Szabályokat állít fel, amelyeket követnem kell.				
11. Közli velem az időpontot, amikorra haza kell érkezniem.				
12. Biztos akar lenni abban, hogy oda megyek, ahová neki mondom.				
13. Biztos akar lenni abban, hogy időben fekszem le.				
14. Megkérdi, hogyan töltöm el az időmet a barátaimmal.				
15. Tudja, hogy hol tartózkodom iskola után.				
16. Ellenőrzi, hogy elkészítettem-e a házi feladatomat.				