

VÉDŐFAKTOROK NYOMÁBAN

A KÁROS SZENVEDÉLYEK MEGELŐZÉSE ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SERDÜLŐKORBAN

NEMZETI DROGMEGELŐZÉSI INTÉZET

SZAKMAI FORRÁS SOROZAT

KUTATÁSOK XI.

Sorozatszerkesztő: Demetrovics Zsolt és Buda Béla

VÉDŐFAKTOROK NYOMÁBAN

A KÁROS SZENVEDÉLYEK MEGELŐZÉSE
ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SERDÜLŐKORBAN



Pikó Bettina (szerk.)

L'Harmattan

Budapest, 2010

Lektorálta: Buda Béla

Nemzeti Drogmegelőzési Intézet
National Institute for Drug Prevention
1134. Budapest, Tüzér u. 33–35.
Tel: (+36 1) 237-6742, Fax: (+36 1) 237-6740

L'Harmattan France
7 rue de l'Ecole Polytechnique
75005 Paris
T.: 33.1.40.46.79.20

L'Harmattan Italia SRL
Via Bava, 37
10124 Torino–Italia
T./F.: 011.817.13.88

© Pikó Bettina, 2010
© Szerzők, 2010
© L'Harmattan Kiadó, 2010

ISBN 978 963 236 267 0
ISSN 1587-6071

A kiadásért felel Gyenes Ádám
A kiadó kötetei megrendelhetők, illetve kedvezménnyel
megvásárolhatók: L'Harmattan Könyvesbolt
1053 Budapest, Kossuth L. u. 14–16.
Tel.: 267-5979
harmattan@harmattan.hu
www.harmattan.hu

Olvasószerkesztő: Balogh Lídia
A borítóterv Pacher Nóra, a nyomdai előkészítés Csernák Krisztina munkája.
A nyomdai munkákat a Robinco Kft. végezte, felelős vezető Kecskeméthy Péter.

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ (<i>Pikó Bettina</i>)	7
VÉDŐFAKTOROK NYOMÁBAN: POZITÍV FORDULAT A MAGATARTÁSKUTATÁSOKBAN? (<i>Pikó Bettina</i>)	11
AZ ÚN. NEM HAGYOMÁNYOS KOCKÁZATI ÉS EGÉSZSÉGVÉDŐ FAKTOROK JELENTŐSÉGE (<i>Kovács Eszter, Pikó Bettina</i>)	23
SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2000, 2008 (<i>Pikó Bettina</i>)	39
PROTEKTÍV PSZICHOLÓGIAI JELLEMZŐK SZEREPE A SERDÜLŐK EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS MAGATARTÁSÁBAN (<i>Brassai László, Pikó Bettina</i>)	55
AZ OPTIMIZMUS MINT A SERDÜLŐK SZERFOGYASZTÁSÁNAK ÉS PSZICHIKAI EGÉSZSÉGÉNEK VÉDŐFAKTORA (<i>Pikó Bettina, Hamvai Csaba</i>)	71
KÖZÖSSÉGI HATÓKÉPESSÉG ÉS MÁS TÁRSAS BEFOLYÁS SZEREPE A SERDÜLŐK DOHÁNYZÁSÁBAN ÉS ALKOHOLFOGYASZTÁSÁBAN (<i>Pikó Bettina</i>)	87
SERDÜLŐK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA KÉT SZOCIÁLIS COPING-MECHANIZMUS TÜKRÉBEN (<i>Pikó Bettina, Keresztes Noémi</i>)	103
A SPORT MINT VÉDŐFAKTOR: FIZIKAI AKTIVITÁS, EGÉSZSÉG, KÁROS SZENVEDÉLYEK (<i>Mikulán Rita, Keresztes Noémi, Pikó Bettina</i>)	115
A CSALÁD EGÉSZSÉGVÉDŐ HATÁSA A SERDÜLŐK KÖRÉBEN (<i>Kovács Eszter, Pikó Bettina</i>)	131
A VALLÁSOSSÁG MINT A SERDÜLŐK SZERFOGYASZTÁSÁNAK VÉDŐFAKTORA (<i>Kovács Eszter, Pikó Bettina</i>)	143
LAKÓHELY ÉS A LAKÓKÖRNYEZET: KOCKÁZAT VAGY VÉDELEM? (<i>Balázs Máté Ádám, Pikó Bettina, Dékány Katalin, Plubár Zsuzsanna</i>)	159
A MÉDIATUDATOSSÁG JELENTŐSÉGE AZ ADDIKTOLÓGIAI PREVENCIÓBAN (<i>Pikó Bettina, Balázs Máté Ádám, Randy M. Page</i>)	187
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IMPLIKÁCIÓK: A SERDÜLŐK MINT CÉLCSOPORT SZEGMENSEINEK AZONOSÍTÁSA A VÉDŐFAKTOROK SEGÍTSÉGÉVEL (<i>Pikó Bettina</i>)	199
VÉDŐFAKTOROKTÓL AZ EGÉSZSÉGTUDATOSSÁGIG: A KOGNITÍV SZEMPONTÚ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS ADDIKTOLÓGIAI PREVENCIÓ (<i>Pikó Bettina</i>)	203

ELŐSZÓ

Amikor előző kötetünket (Pikó B., szerk.: Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban, L'Harmattan Kiadó, Budapest, 2005) készítettük, célunk elsősorban az volt, hogy bemutassuk a fiatalok viselkedésének társadalmi-kulturális hátterét a modern társadalomban. Már ekkor is nagy hangsúlyt fektettünk arra, hogy ne csupán a káros viselkedési mintákat vázoljuk fel, hanem a protektív, azaz a védőhatásokat is. A jelenlegi kötet viszont kifejezetten a védőfaktorokra koncentrál. Korábban is utaltunk arra, hogy a védőfaktorok erősítésére azért is van kiemelten szükség, mert a modern társadalom rizikótársadalom, az egyre kevésbé nyílt, inkább látens kockázatok kultúrája. A látens dolgokat sokkal nehezebb felismerni, mert gyakran pozitív köntösbe bújva bukkannak fel előttünk. A XX. század végének és a XXI. század elejének a jelszava az önmegvalósítás, amihez számtalan út vezet. Önmegismerés nélkül hogyan tudnánk igazán, mi tesz jót nekünk? A védőfaktorok felkutatásával egy olyan útmutatót kívánunk felvillantani, amely ha nem is ad receptet a boldogsághoz, de segítséget nyújt számunkra, hogy el tudjunk igazodni a bennünket körülvevő világban.

Az individualizáció korában az értékek is individualizálódnak, egyénivé, sőt, egyedivé válnak. 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 hosszú távú boldogulásunkat, jóllétünket biztosítja? A pozitív pszichológiai ihletésű kutatások a tudományos elemzés tárgyává tették e jelenségeket, hogy empirikusan is bizonyított összefüggésekkel segítsék az eligazodást. Látni fogjuk szinte minden esetben, hogy a felkínált védőfaktorok csupán lehetőségek; nem mindegy, hogyan élünk vele, azaz hogyan valósítjuk meg a gyakorlatban. Az optimizmus például az egyéni szintű védőfaktorok között igen jelentős, kivéve, ha irracionális optimizmusról van szó. A család védő hatását több oldalról is körbejárjuk, hiszen olyan védelemről van szó, amely már több mint száz éve a kutatások tárgya – elég, ha csak Durkheim öngyilkossággal kapcsolatos munkájára gondolunk – azonban azt is látnunk kell, hogy a modern társadalom számára a család teljesen mást jelent, mint korábban, amikor például a válás devianciának számított. Ma az ideális családmodell egészen másként jelenik meg a gyakorlatban, hiszen egy újraalakult család is lehet harmonikus. A család fogalma tehát individualizálódott, átalakult, éppen ezért nehezebb megtalálni azt az ideális modellt, amely az egyén számára a leginkább megfelel. A vallás mint védőfaktor szintén hosszú idő óta jelen van a társadalomtudományi kutatásokban. Korunkban azonban a vallás fogalma is

átformálódott, a vallásosság és spiritualitás egyéni definíciói váltak uralkodóvá, azaz mindenki a „maga módján” vallásos.

Már ezek a példák is rámutatnak arra, hogy a védőfaktorok elemzésénél sincs könnyű dolgunk. Ez a nehézség felmerült már a kockázati faktorokkal kapcsolatban is, mivel a rizikóhatást sokszor éppen a modern társadalom jellegzetességei miatt nehéz semlegesíteni. A védőfaktorokkal látszólag könnyebb dolgunk van, viszont a gyakorlati alkalmazásuk szintén függ a társadalomtól. Megvalósításukhoz ugyanis bátorságra és jelentős önbizalomra van szükség. Mernünk kell bízni magunkban, mernünk kell hinni abban, hogy képesek vagyunk önmagunkat megismerni, és sokszor az uralkodó értékekkel és társadalmi normákkal szemben azt választani, ami valóban jó nekünk. Hiába szól minden az önmegvalósításról, ha az uralkodó korszellem mást hirdet. A média komoly szerepet játszik a közvélemény formálásában, ezért is foglalkozunk kötetünkben a médiatudatosság kérdésével a szerfogyasztással kapcsolatban. Ismét csak egy látens hatásról van szó, amelyet nem mindig ismerünk fel. Ha megfelelő tudatossággal felvértezve vesszük a média üzeneteit, valódi védőfaktort jelent majd a médiatudatosság mindennapi életünkben: gondoljunk csak arra, milyen fontos szerepet tölt be a mai kor embere számára a televízió vagy az újság.

A kötet kezdőtanulmánya a védőfaktorok tudományos hátteréről szól, kiemelve a pozitív pszichológiai vonulatot, amely elindítója volt a későbbi pozitív társadalomtudományi mozgalomnak. Mindezek hatására a magatartáskutatásban is pozitív fordulat következett be, hiszen igyekszünk azt kutatni, hogy mi jelent védelmet például a szerfogyasztás terén. Az addiktológiai prevenció munkájában ez az újfajta szemlélet sokkal nagyobb sikereket érhet el, hiszen a megbirkózás erősítésével valódi hatalmat ad az egyének kezébe. A pozitív szemléletű egészségfejlesztés mindazokra az empirikus kutatási eredményekre épül, amelyek az utóbbi évtizedben születtek.

A következő fejezet az ún. nem hagyományos rizikó- és protektív faktorok modelljét hangsúlyozza, amelyet Kopp Mária vezetett be a hazai tudományos gondolkodásba. Az orvosi gyakorlat ugyanis számos kockázati tényezőt tart számon, azonban az olyanok, mint a család vagy a vallás, még nem igazán kerültek felismerésre az orvosi gyakorlatban. Ezeket nem hagyományos védőfaktoroknak tekintjük, ami által külön felhívjuk a figyelmet fontosságukra. Az egészséges személyiség meghatározása a mai napig sem egységes, hiszen a különböző személyiségelméletek más-más megközelítésre épülnek, azonban a pozitív pszichológia által nyújtott meghatározás az empirikus kutatás számára is kiváló alapot biztosít. Ebben a fejezetben szólunk az életvezetés jelentőségéről is, amely az életmód mellett (vagy helyett) egyre inkább egészségünk záloga lesz.

A fejezetek sorában az első empirikus tanulmány a szegedi ifjúság körében 2000-ben és 2008-ban végzett kutatások eredményeinek összevetésével foglalko-

zik, többek között a szerfogyasztás, valamint a védőfaktorok összehasonlításával. Látni fogjuk, hogy inkább javuló tendenciáknak lehetünk tanúi a depresszió terén, azonban a helyzet természetesen nem ennyire egyszerű.

A következő két tanulmány az egyéni szintű pszichológiai jellemzőket veszi számba, amelyek védelmet biztosíthatnak, így az optimizmust, az étellel való elégedettséget, az élet értelmébe vetett hiett, az énhatékonyságot, az önszabályozott viselkedést, vagy pedig a jövőorientációt. A pozitív pszichológia kiemelt témaköre a karaktererősségek felkutatása, ezért is helyeztük vizsgálataink középpontjába ezeket a védőfaktorokat.

Az egyéni védelem mellett kiemelten kell foglalkoznunk a szociális készségekkel, azaz a társas szintű védőfaktorokkal. A közösségi hatóképesség, valamint a szociális coping elősegíti az interperszonális harmóniát, s ezáltal e védőfaktorok fontos szerepet játszhatnak az addiktológiai prevencióban.

A sport védő hatását többszörösen is igazolták korábbi kutatások. Jelen kötetben két tanulmány is foglalkozik ezzel a témával. Egyrészt megnézzük, hogy a sport hogyan függ össze a szerfogyasztással és más egészségmagatartással, valamint az étellel való elégedettséggel, a depresszióval és az optimizmussal. Másik fejezetünk pedig kifejezetten sportoló populációban elemzi a sport védő hatásait. Valóban egészségesebb életmódot folytatnak a sportoló fiatalok, vagy ez csupán egy mítosz?

A társadalmi védőfaktorok közül a család és a vallás az a két terület, amelyet sok ellentmondás leng körül. Az elméleti megfontolások után empirikus tesztelésnek is alávetettük a két védőfaktort, hogy kiderüljön, képesek-e a fiatalok körében a mai társadalmi-kulturális viszonyok közepette védelmet biztosítani. Szintén társadalmi változó a lakóhely szerepe a fiatalok szerfogyasztásának és jóllétének alakulásában. Ez a viszonylag kevésbé vizsgált terület olyan kérdéseket boncolgat, hogy vajon a városban vagy a falun élő fiatalok hajlamosabbak-e dohányozni, vagy az iskolába járás típusa (például hogy valaki kollégista-e, vagy otthon él a szüleivel) befolyásolja-e a dohányzást és az alkoholfogyasztást.

Az utolsó empirikus fejezet a médiatudatosság kérdését járja körül. Számít-e a médiatudatosság szintjében az, hogy valaki dohányzik-e vagy sem? Felismerjük-e a reklámokban rejlő üzeneteket? Milyen hatással van egy filmben látott szerfogyasztás a fiatalokra? Szintén olyan területről van szó, amely ma még kevésbé szerepelt eddig vizsgálatok tárgyaként hazánkban, bár például az USA-ban kiemelt kutatási terület.

Végül az utolsó két összefoglaló fejezet rövid áttekintést ad a legfontosabb kutatási eredményekről, fókuszba helyezve az egészségtudatosságot, azaz az egészségfejlesztés kognitív szempontjait.

Az előző tanulmánykötetet fiatal kollégáimmal és tanítványaimmal közösen készítettük, ami ebben a kötetben sincs másként; kivéve, hogy régiek mellett kiemelkedően tehetséges, új tanítványaim is bemutatkoznak. A kutatások zöme

a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás adatfelvételén alapul, amelyet számos kisebb vizsgálat egészít ki. Valamennyi elemzésben közös pont, hogy a védőfaktorok állnak a középpontban. A kötet gondozásáért és megjelentetéséért a Nemzeti Drogmegelőzési Intézetnek, és igazgatójának, Felvinczi Katalinnak, valamint a L'Harmattan Kiadónak mondunk köszönetet. Külön köszönjük lektorunk, Buda Béla munkáját. Végül, kiemelten köszönetünket fejezzük ki Demetrovics Zsoltnak, a sorozatszerkesztőnek, folyamatos támogatásáért.

Korábbi kötetünk előszavát azzal fejeztem be, hogy a társadalmi és kulturális háttér ismerete nélkül tartós sikert nem érhetünk el az egészségfejlesztés és a drogmegelőzés terén, hiszen a probléma gyökere a modern kor társadalom-lélektani alapjaiból ered. Most viszont – talán az előzőnél optimistábban – azzal fejezem be, hogy ugyanilyen fontos a védőfaktorok megismerése, akár egyéni, akár társas vagy társadalmi szintű védelemről van szó. A védőfaktorok ismerete jelenthet igazi útmutatást a jövő generációja számára.

VÉDŐFAKTOROK NYOMÁBAN: POZITÍV FORDULAT A MAGATARTÁSKUTATÁSOKBAN?

Pikó Bettina

A MODERN TÁRSADALOM KIHÍVÁSAI

A modern társadalom átformálta az emberek életmódját és világnézetét, s ezzel összefüggésben a tudományhoz, valamint az egészséghez, betegséghez és jólléthez való viszonyulását is. A modernizáció ugyanis nemcsak gazdasági, politikai és társadalmi változás, valamint tudománytechnikai haladás, hanem társadalom-lélektani fordulat is (Pikó, 2003a). A társadalmi valóság olyan jelentős mértékben megváltozott, hogy átalakította a mindennapi életet, az emberek közötti viszonyulást, a társadalmi viselkedést szabályozó norma- és értékrendszert (Kiss és Pikó, 2004). A megváltozott társadalmi valóság egy jelentős szempontja az értékek transzformációja. A modernizáció ugyanis elvezetett az addig egységes világnézeti rendszer felbomlásához és megteremtette az alapját egy plurális értékrendű társadalomnak, amelyben jelenleg is élünk, annak minden előnyével együtt, de számos kihívással, nehézséggel sőt, fenyegetéssel terhelve meg életünket.

A premodern életmód gyökereiben volt más, mint a modern életstílus, hiszen ez utóbbi az egységes világkép helyett az értékek pluralizálódásával, az egyéni szemléletmódok előtérbe kerülésével, az individualizálódással és az egyének közötti viszonyok fellazulásával fémjelzett szabadságeszmény formálódásával jött létre. Mindez az egyéni és társadalmi fejlődés korábban soha nem tapasztalt ütemét hozta magával. Ugyanakkor az individualizált, fogyasztói társadalom árnyoldalai is megmutatkoztak a közösségi lét háttérbe szorulásával, a fokozott énközpontúsággal, a felgyorsult életritmus okozta stressz betegségokozó hatásaival. Az énközpontúság kiemelt fejlődési lehetőséget jelent az egyéni fejlődésre, és arra, hogy szabadon választott életet élhessünk, és fokozott figyelmet fordítsunk az önmegvalósításra. Azonban éppen annak hiányában, hogy nem ismerjük eléggé önmagunkat, és elveszítjük kontrollunkat a fogyasztói társadalom sokszor ellentmondásos normarendszerében, sokkal nagyobb veszélynek vagyunk kitéve, mint korábban, amikor az egységes értékrend megóvta az embereket a választás kétségeitől. A káros szenvedélyek járványszerű méretei kétségtelenül ennek az ellentmondásnak a lenyomatai.

Az előnyöknél maradva megállapíthatjuk, hogy a sokszínű társadalomkép teremkenyítően hatott a társadalomtudományok fejlődésére is. A mindent beszabályozó társadalmi értékrendszer megingásával és a plurális értékrend kiépülésével létrejövő színes társadalmi valóság ugyanis joggal keltette fel a társadalomtudósok érdeklődését. A társadalomtudományok modernizációbeli fejlődése szorosan összefüggött a

természettudományos és technikai haladással, amely egyfajta mintaként is szolgált a humán kutatások számára, elsősorban a haladás és fejlődés folyamatos mítoszával. A társadalomtudományok ehhez a szemlélethez igazodván kritikai szemléletmódra törekedtek, és elsősorban a diszfunkciókra, a kóros folyamatokra koncentráltak. A szociológia kritikai látásmódja jól tükrözi ezt a megközelítést, de a pszichológia is eredendően betegségközpontú, amely döntően a patológiás állapotok kiszűrését és kezelését tartja feladatának (Seligman, 2002). A magatartáskutatási eredmények közül is a problémafeltáró adatok kerültek elsősorban közvetlen felhasználásra.

A tudományos haladás tehát minden esetben követi a társadalom fejlődési trendjeit. Ugyanakkor ez a hatás kétirányú, hiszen a tudományos eredmények is formálják a társadalom működését, a társadalmi valóságot. Korunk társadalma – éppen ellentmondásossága és fokozott rizikóhatásai révén – azonban olyan jellegű, ami a kritikai látásmódon túl gyökeresen másfajta szemléletet kíván. Először a pszichológia területén kezdett körvonalazódni ez az újfajta szemlélet a pozitív pszichológiai irányzat révén, amely azonban mára valamennyi társadalomtudományi ágat meghódított.

A POZITÍV FORDULAT, AZAZ A PARADIGMAVÁLTÁS SZÜKSÉGESSÉGE A TÁRSADALOMTUDOMÁNYOKBAN

A pozitív pszichológia előtérbe kerülését Seligman (2002) társadalomtörténeti okokkal magyarázza. A XX. században a háborús és egyéb traumák megnövekedése folytán a pszichológusok még inkább a kóros magatartásformák korrigálása felé fordultak. Éppen ezzel összefüggésben felfigyeltek számos olyan egyénre is, akik a nehézségek és testi-lelki traumák ellenére is egészségesek maradtak; sőt, a trauma sikeres feldolgozása után személyiségük pozitív irányba fejlődött. Viktor E. Frankl (1985) a koncentrációs táborok túlélési mechanizmusait vizsgálva hangsúlyozta az események értelmezésének, a sors kiteljesedésének fontosságát, amely később a pozitív pszichológia egyik központi eleme lett. Később a hetvenes években kezdtek el olyan gyerekeket vizsgálni, akik deviáns, patogén környezetben nevelkedtek, s ennek ellenére mentálisan egészséges felnőtté váltak, jóllehet, pszichopatológiai szempontból magas kockázati hányadosnak voltak kitéve. Az ún. reziliencia, azaz lelki rugalmasság egyfajta lelki edzettséget feltételez, s egyben felhívja a figyelmet a személyiségfejlődés egyedi mintázatainak széles spektrumára (Masten, 2001). Bár továbbra is hangsúlyozzuk a szülői háttér, a családi pszichopatológia jelentőségét, alapos mérlegelés szükséges annak eldöntéséhez, hogy az ilyen családokban a gyermekeket magas rizikójú csoportba soroljuk-e, azaz címkézzük-e, vagy pedig másfajta mentálhigiénés fejlesztést szem előtt tartva próbálunk a megelőzés érdekében segíteni.

A pozitív pszichológia célja azoknak a tényezőknek a felkutatása és erősítése, amelyek az egyének és közösségek jóllétét segítik elő (Seligman és Csikszentmihalyi, 2000). Sheldon és King (2001) megfogalmazásában az ember pozitív jellemvonásainak tudománya. A modernizáció okozta életmódváltozás magában foglalta az értékek pluralizálódását, az egyéni szempontok előtérbe kerülését, új, szekularizált világkép formálódását. A premodern kor egységes vallásos világképe ugyanis a személyiségfejlődés meghatározó pontjait is kijelölte az egyén számára. A plurális értékrendszerrel párhuzamosan azonban ezek a vonatkoztatási pontok elveszítették általános érvényüket. A mai, (poszt)modern, fogyasztói társadalom pedig számos olyan magatartási normát hozott létre, amelyek egyenesen ellentmondanak a korábbi szempontoknak. A mértékletesség például humán erénynek számított az ókortól a középkoron át a protestáns etika által fémjelzett újkorig. A fogyasztói társadalomban azonban másfajta elvek kerültek előtérbe. A fogyasztói társadalom értékrendszerével azonosuló egyén gyakran előnyben részesíti a szerzés mindenek feletti normáját a mértékletességgel szemben. Ugyanakkor nemcsak a premodern értékrend, hanem a pozitív pszichológia tudományos eredményei szerint is a testi és lelki egészséget elősegítő személyiségvonásról van szó, amely a káros szenvedélyek hatékony megelőzésében is kulcsfontosságú (Seligman és Csikszentmihalyi, 2001). A premodern értékrendszert ma már nem vehetjük alapul, viszont a kutatás módszereivel igazolt eredmények bizonyítékként szolgálhatnak.

A pozitív fordulatnak azonban nem csupán a pszichológiát kell érintenie. Bár kétségtávol a pozitív személet a pszichológiában vetett először gyökeret, ma már a társadalomtudomány több más területén is kezd meghatározóvá válni ez a szemlélet. A szociológiai kutatások különösképpen kritikus szemléletet hirdetnek, hiszen lényegileg tartozik hozzájuk a társadalomkritika. Keyes (1998) viszont ma már a szociológia legfontosabb feladatának a szociális jóllét, a hatékony társadalmi-kulturális alkalmazkodás mibenlétének meghatározását és vizsgálatát, azaz a társadalmi védőfaktorok elemzését tartja. Mindez hatékonyan kiegészítheti a pozitív egészségpszichológia eredményeit, amely az egyéni szintű védőfaktorokat tárja fel. Talán nem véletlenül éppen a szociológia azon ágában vert gyökeret ez a szemlélet, amelyik a népegészségüggyel szoros kapcsolatban áll, azaz az egészségszociológiában (Pikó, 2009). Az egészségszociológia mindig is az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés szolgálatában állt. Éppen ezért nem csupán a kockázati tényezőkkel számolt, rámutatva ezzel a társadalom patológiás – és ezzel gyakran patogén, azaz betegségekeltő – sajátosságaira, hanem azokra a társadalomban és kultúrában fellelhető védőhatásokra is, amelyek a betegségek és káros magatartási elemek megelőzésében segítenek. Ilyen társadalmi védőfaktor például a társas támogatás, a társadalmi tőke vagy a vallás, amelyek az egészségszociológiában számos empirikus kutatás tárgyát képezik. A pozitív egyéni jellemvonásokon túl a pozitív társadalmi és kulturális erőforrások felkutatása különösen fontos a modern fogyasztói társadalom sokszínű,

és éppen ezért olykor zavartkeltő és ellentmondásos információkat nyújtó világában. Ezért ma már a pszichológia, a szociológia, az antropológia, a kommunikáció valamennyi területén meghonosodott a pozitív szemlélet, de talán nem véletlen, hogy a biológiában is a sejtszintű megelőzést segítő biokémiai folyamatok (például a szabadgyökök semlegesítését szorgalmazó anyagok) kutatása került előtérbe. A XXI. század új kihívása a védőfaktorok felkutatása, nemcsak egyéni szinten (akár a molekuláris, akár a személyiségből fakadó jelenségek szintjén), hanem társadalmi és kulturális szinten is, valamint a bio-pszichoszociális személet értelmében az élet valamennyi vetületében. Ahogy növekedett a rizikófaktorok száma, és ahogy egyre inkább látenssé váltak ezek a káros hatások az utóbbi évtizedekben, úgy egyre inkább rájövünk, hogy a védőfaktorok tudatos alkalmazására nagyobb szükségünk van, mint valaha bármikor.

VÉDŐFAKTOROK NYOMÁBAN

Az ún. rizikó- és protektív kutatási modell olyan elmélet, amely az empirikus kutatásokhoz megfelelő keretet, az egészségfejlesztési programokhoz pedig tudományosan megalapozott eredményeket nyújt (Jessor, 1993). A rizikófaktorok, illetve ezek kombinációja alapján megállapított rizikócsoportok azonosítása igen fontos, és a beavatkozások, illetve a megelőzés megtervezéséhez nélkülözhetetlen információt szolgáltat. A kutatások emiatt sokáig elsősorban a kockázati tényezők feltérképezésére koncentráltak. A társadalomtudományok kritikai szemlélete is a kockázatok kiiktatásával kívánta a megelőzést és beavatkozás véghezvinni.

Időközben kiderült azonban, hogy számos kockázati tényező olyan mélyen gyökerezik a társadalmi struktúrában, a modern kultúrában vagy akár az egyént körülvevő interszociális térben, hogy azok megváltoztatása rendkívül nehéz és hosszadalmas, sok esetben nem is lehetséges. Beck (1992) kockázati társadalomnak hívja korunk életterét, amelyhez az is hozzátartozik, hogy a nyílt, sokszor elsöpörő erejű fenyegetések helyett ma már inkább apróbb, de alattomosan jelentkező kockázatokkal kell szembenéznie a mai kor emberének. Ilyen kockázat például a zajszennyezés vagy az információdömping, amely egészségi állapotunkra és magatartási döntéseinkre mélyrehatóan kihat, de hatásmechanizmusát nehezebb igazolni, mint más környezetszennyezési ágens esetében. A környezet-egészség-tan mikrotóxicus hatásokról beszél, de ugyanilyen hatások a pszichés jelenségek szintjén is tetten érhetők. A freudi traumák helyett látens, sokszor felismerhetetlen, mégis stresszként ható mikrotraumák és mikrokonfliktusok veszélyeztetik mindennapi életünket, amelyek adaptációs kapacitásunkat úgy kimerítik, hogy gyakran észre sem vesszük (De Longis és mtsai, 1982).

A stressz és az adaptáció modernkori formái a medikalizáció jelenségére is ki-

hatással vannak. A megnövekedett kockázati helyzetek jelentősen igénybe veszik adaptációs kapacitásunkat, átformálják az egészség és betegség meghatározását, értelmezését. Ennek következtében számos olyan tünetet is betegségként határozzunk meg, amely a társadalom és a kultúra patogén természetéből fakad ugyan, de az egyéni viselkedés szintjén kerül diagnosztizálásra (Kovács, 2004). A káros szenvedélyek ugyancsak jó példát nyújtanak e folyamat következményeire.

Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy elsősorban a kultúra, a modern társadalom sajátosságait kellene igazán megváltoztatni ahhoz, hogy egészségesebbek legyünk testileg és lelkileg. Az egyén hatóköre azonban a társadalmi folyamatokra csak korlátozottan terjed ki. A pozitív szemlélet célja, hogy a hatékonyabb adaptációs lehetőségekre felhívja a figyelmet, s ezáltal az egyének és közösségek sikeresebben tudjanak alkalmazkodni a modern élet kihívásaihoz. Ehhez természetesen ismernünk kell a kultúrát, amelyben élünk. Minden segítő és fejlesztő program csak akkor lehet hatékony, ha figyelembe veszi a társadalmi valóságot. A pozitív szemléletű egészségfejlesztési programok üzenete, hogy nem feltétlenül kell a rizikótényezők teljes kiiktatására koncentrálni, hiszen ez nem is lehetséges. A cél sokkal inkább a védőfaktorok felkutatása és erősítése, mert segítségükkel még a sokszor reménytelen helyzetben is képessé válhatnak az egyének arra, hogy megbirkózzanak problémáikkal (Jessor, 1993).

A védelmet jelentő faktorok képesek semlegesíteni a kockázati helyzetek negatív hatásait, ahhoz hasonlóan, ahogyan a negatív érzéseket is semlegesíthetik a pozitív emóciók (Fredrickson, 2001). Az érzelmek ugyanis nem kétpólusúak, azaz nem egymást kizáróak. A negatív érzelmek ugyanis sokkal kevésbé károsak az egészségre, ha jelen vannak pozitív érzelmek is. A depresszió oki hátterében a pozitív érzelmek hiánya a legerősebb rizikófaktor, függetlenül a negatív érzelmek jelenlététől (Wood és Joseph, 2009). Mivel a társadalom és a kultúra felől érkező olykor patogén hatások csak lassan változtathatók meg, a negatív hatásokat ellensúlyozandó, erősíteni kell a pozitív erőforrásokat, amelyek védelmet nyújthatnak. Ahogy egy tizenévesekkel végzett kvalitatív kutatásunkban egy fiatal megfogalmazta: a drog helyett kellene valami más (Pikó és Piczil, 2004). Seligman (2002) a jövőorientáltságot, a kreativitás kiélését, a szociális készségek fejlesztését javasolja, amely megakadályozhatja a fiatalokat abban, hogy a drogok felé forduljanak. A pozitív pszichológia azonban nem olyan „boldogságtan”, amely tagadja a traumák, a kockázatot jelentő helyzetek, vagy akár a negatív érzelmek létjogosultságát. Éppen ellenkezőleg, ezek sikeres feldolgozásához kutatja a pozitív beavatkozás lehetőségeit. Korunk konfliktusokkal terhelt időszakában kiemelten fontos a védelem erősítése, hiszen a modern társadalom egyre kevésbé segíti elő a pozitív humán karakterjegyek érvényesülését. Az egészségfejlesztési programok sikeressége is ezt igazolja: az elrettentés helyett a pozitív szemlélet, az erőforrások és az alternatív viselkedési elemek bemutatása, valamint az önbizalom erősítése és a szociális készségek fejlesztése növeli a hatékonyságot.

POZITÍV SZEMLÉLET AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN

Korunk népegészségügyi problémáinak hátterében a biológiai okok mellett pszichoszociális, életmódbeli és a modern kultúrából eredő káros, ún. „nocebo”-hatások állnak (Krieger és Zierler, 1995). Azért is beszélünk civilizációs betegségekről, mert e betegségek szorosan összefüggnek a civilizációs ártalmakkal, amelyek középpontjában egészségkárosító életmódunk áll. Az életmód és az egészségmagatartás az egészségi állapot legfontosabb meghatározója mind egyéni, mind pedig közösségi szinten. A modern társadalomban általában úgy tekintünk az életmódra, mint olyan jelenségre, amely az egyén szabad akaratán múlik (Ogden 1995). A kutatási eredmények azonban felhívják a figyelmet a társadalmi és kulturális kényszerítő körülményekre is. Az életmód tehát egyaránt tükrözi az egyén személyiségét, az adott közösség sajátosságait, és a társadalmi struktúrában elfoglalt pozíció normatív jellemzőit. A társadalom széles rétegeit megcélzó népegészségügyi programok például sokkal több sikert érnek el a felsőbb társadalmi osztályokba tartozók körében, mert ők jobban bíznak saját belső kontrolljukban, képességeikben, lehetőségeikben (Pikó, 2002).

Mivel látszólag az életmód megváltoztatása a kulcs az egészségfejlesztéshez, az életmód gyökeres átalakítása és kontrollálása minden népegészségügyi program középpontjában áll (Blaxter, 1990). Az életmód azonban olyannyira átfogó jelenség, hogy módosítása rendkívül nehéz feladat (Pikó, 2004). Az egészségi állapottal kapcsolatos életmód ugyanis nem elszigetelten létezik, hanem az egyének és közösségek általános és átfogó életmódjának részét alkotja. Jó példa erre a káros szenvedély, a szerfogyasztás, az addiktív magatartás. Az életmód különböző elemei egymással is szoros kapcsolatban állnak, egy elemet önállóan megváltoztatni szinte lehetetlen a mögötte álló átfogó életszemlélet átformálása nélkül. Az egészséggel összefüggő magatartás megismerése ezért a XXI. század magatartástudományának egyik legnagyobb kihívása.

Az életmód szorosan összefügg az egyén személyiségjegyeivel, attitűdjeivel, a társadalom értékrendjének a saját jellemén átszűrődő világképével, életről alkotott felfogásával. Az ember komplex, bio-pszichoszociális lény, ezért egy átfogó szemlélet nélkül esélyünk sincs megérteni az emberi viselkedés mozgatórugóit és összefüggéseit. A pozitív pszichológia akkor fogadja el egy személyiségjegy védőhatását, ha az biokémiai szinten is elősegíti az élethez való pozitív viszonyulást, a mentális és testi egészséget (Seligman és Csikszentmihalyi, 2000). Egy-egy személyiségjegy értékelésénél azonban nem tekinthetünk el az uralkodó érték- és normarendszertől sem. Jó példa erre a megbocsátás, amely mint vallásos norma a premodern értékrendszer alapvető sajátossága volt, a posztmodern korban azonban általánosan elfogadott erényjellegét szinte már elveszítette. Ugyanakkor a magatartás-epidemiológiai kutatásokban igazolást nyert, hogy a megbocsátás képessége egészségvédő faktor

(Kaplan, 1992). Szerencsére a modern spirituális mozgalmak is ezt erősítik a társadalomban. A megfelelő önbecsülés, mások tisztelete, a jövőorientáltság és célok követése az életben hozzásegít nemcsak mentális egészségünkhöz, hanem mindez testi egészségünk kulcsa is, hiszen ezek a beállítódások életmódunkat is formálják, társadalmi valóságunkat is megalapozzák. Másik példa a társas kapcsolatok útján megvalósuló társas támogatás, amely kiemelt védőfaktor abban a modern társadalomban is, amikor a társas kapcsolatok konfliktustelítettsége óriási. Ugyanakkor egy társadalom és a gazdaság egészséges működését, a jólétet és a jóllétet, valamint a lakosság egészségi állapotát a társadalmi tőke, a társadalomban jelenlévő bizalmi potenciál alapozza meg (Kawachi, Kennedy és Glass, 1999).

A modern és posztmodern társadalomban alapvető kérdés a magatartáskontroll (Kopp és Skrabski, 1995). Ez nemcsak jóllétünk, hanem életmódunk és egészségmagatartásunk szempontjából is alapvető meghatározó tényező. A magatartáskontroll megvalósulása elsősorban a belső vagy külső irányultságtól függ. Ahhoz, hogy sikeresen változtassunk életmódunkon, hinnünk kell abban, hogy képesek vagyunk kontrollálni döntéseinket. Ez azért is lényeges kérdés, mert Riesman (1996) a posztmodern fordulattal kapcsolatban éppen azt emeli ki, hogy a modernizációval megerősödött belső kontroll helyébe a fogyasztói társadalomban a külső kontroll lép (Pikó, 2003a). A külsőleg kontrollált ember könnyebben válik bárminemű manipuláció áldozatává, mint az, aki belsőleg kontrollált módon, saját értékeihez és céljaihoz igazítva hozza meg döntéseit. Ugyanilyen fontos az is, hogy értelmet lássunk életünkben, higgyünk abban, hogy amit teszünk mindennapjainkban, annak értéke van, és saját, valamint közösségünk boldogságát szolgálja.

A magatartási döntéseink alapja tehát értékrendünk, céljaink és az élet értelméről alkotott nézeteink összessége. Bármennyire is távolinak tűnik az egészség meghatározottsága szempontjából, mindezek döntően megszabják nemcsak egészségmagatartásunkat, az egészség érték szerepét, hanem mentális egészségünket is (Brunstein, 1993; Compton, 2000). Lehet, hogy az anyagi javak mint értékek előtérbe kerülése hasznos a fogyasztói társadalomban elfoglalt pozíció és a mindennapi társadalmi valóság átélése, azaz a társadalmi identitás felépítése szempontjából, azonban a kutatások szerint ezek az értékek kevésbé járulnak hozzá jóllétünkhöz és életminőségünkhöz, mint az ún. posztmateriális értékek, például a család, barátság, becsületesség, lelki béke (Pikó, 2005).

Ez a néhány példa is rávilágít arra, hogy igen nagy szükség van a pozitív szemléletű kutatások eredményeinek közkinccsá tételére, hiszen ezek segítenek eligazodni a posztmodern, fogyasztói társadalomban, s megtalálni a valódi önmegvalósításhoz vezető utat a számos csapdahelyzet közepette. Ahhoz, hogy az egészségfejlesztést a gyakorlatban sikeresen meg tudjuk valósítani, olyan kutatási eredményekre van szükség, amelyek ehhez megfelelő útmutatást nyújtanak. Ez nemcsak a pozitív pszichológia missziója, hanem a társadalomtudományok széles spektrumának kell

átalakulnia, és szemléletében megújulnia, ahogy arra Seligman (2002) és Keyes (1998) felhívják a figyelmet.

E tekintetben Kelet- és Közép-Európa változó társadalmi sajátos helyzetben vannak, hiszen új szemléletű népegészségügyi programjaikban éppen a pozitív szemléletű magatartáskutatás eredményei játszhatják a legfontosabb szerepet (Pikó, 2004). A poszt szocialista társadalmakban a népegészségügyi programok tervezésénél figyelembe kell venni a társadalom változó jellegét, a változások okozta adaptációs nehézségeket mind egyéni, mind pedig közösségi szinten. Ahhoz ugyanis, hogy az egyének és közösségek kellőképpen motiváltak legyenek a megfelelő preventív attitűd és egészségmagatartás elsajátításához, nélkülözhetetlen az egészséges önbizalom és énhatékonyság. Egy népegészségügyi program csak akkor lehet sikeres, ha pszichikai síkon is megalapozza az attitűdváltozást. A pozitív pszichikai erőforrások elősegítik a hatékony adaptációt, míg ha az adott kultúra nem támogatja a megbirkózás hatékony formáit, az egyénekben nem alakul ki az a belső kontroll, amely a személyiség és az egészség folyamatos fejlesztésének igazi záloga. Az ún. énszabályozás jelenségében mindez benne van, amelynek alapja az optimizmus, az életcélok és a megvalósításhoz szükséges készségek megléte (Schwarzer, 1999). Ez utóbbiak közül külön kiemelendők az egyének és csoportok, közösségek együttműködését megalapozó szociális készségek (Griffin és mtsai, 2001a). Természetesen a szociális készségek alapfeltétele a személyes működést biztosító készségek előzetes elsajátítása (Griffin és mtsai, 2001b). Ha e készségek jelenlétét megvizsgáljuk a poszt szocialista térségben, azt tapasztaljuk, hogy éppen a társadalom sajátosságai miatt e készségek terén deficit alakult ki, ami a mai napig is érezteti hatását, akár munkahelyi vagy családi viszonyok között, akár nagyobb csoportokban (Pikó, 2003b). Hibás volna azonban az a nézet, amely kizárólag a korábbi szocialista társadalmi folyamatoknak tulajdonítaná a szociális készségek deficitjét. A posztmodern kor individualizált társadalma sem kedvez az egyén és közösségek harmonikus kapcsolatának és a társas készségek hatékony alkalmazásának, miközben az énhatékonyság viselkedésnek igen jelentős szerepet szán az egyéni érvényesülésben (Kiss és Pikó, 2004; Pikó, 2003a). Kétségtelen azonban, hogy a megfelelő önbecsülés és énhatékonyság birtokában sokkal nagyobb a lehetőség harmonikus közösségi formációk megvalósítására, mint olyan csoportokban, ahol az egyének önértékelése és önbecsülése nem stabil, ezért folyamatosan védelemre szorul.

Korábban a magas szintű önbecsülést pozitív jelenséggént értelmeztük, az újabb nézetek szerint azonban nem az önbecsülés alacsony vagy magas foka a lényeges, hanem az önbecsülésre törekvés folyamata, amelynek során egy optimális, azaz magatartási szinten is hatékony önbecsülés mutatkozik meg (Kernis, 2003). Ebben a tekintetben a mentális egészség szempontjából sokkal inkább lényeges elkülönítenünk az önbecsülés stabil és törekvő voltát, mint azt, hogy valaki alacsony vagy magas fokú önbecsüléssel jellemezhető. Ennek szükségességét alátámasztják

azok az adatok is, amelyek a problémaviselkedés, például az antiszociális, agresszív megnyilvánulások gyakoriságát a magasabb önbecsüléssel kötik össze (Rosenberg és mtsai, 1989). Az újfajta megközelítés értelmében a magas önbecsülés hátterében gyakran egy túlkompenzált, törekény önbizalom igazolható, amelynek instabilitása veszély esetén azonnal megmutatkozik. Az ilyen – látszólag magas önbecsüléssel rendelkező – egyének magatartási döntéseit nemegyszer öngazolási tendenciák határozzák meg, aminek komoly ára van, hiszen nem autentikus, a valódi személyiség kiteljesedését szolgáló viselkedésre ösztönöznek, hanem a törekény identitás védelmére. Ez Crocker és Park (2004) szerint aláássa a hatékony viselkedéses tanulást, az autonómiát és az énszabályozást. A látszólag magas szintű önbecsülés éppen ezért nem mindig jár testi és lelki egészséggel, ha az valójában törekény önbecsülést takar, hiszen ilyen esetekben az öngazolási folyamatokra nagyon sok odafigyelés és energia megy el. Crocker és Park (2004) felhívják a figyelmet az önbecsülés kulturális gyökereire is. A társadalmi valóság leképeződése az egyének mindennapi viselkedésében nyilvánul meg, ami magán hordozza az adott kultúra lenyomatait. A nem egyértelmű viselkedési szabályok jelentősen hozzájárulnak az instabil identitás kialakulásához, amely megalapozza a törekény önbecsülést (Pikó, 2003a). Mindehhez hozzájárul az a sajnálatos tény is, hogy Európának ebben a térségében az önismeret és más pszichikai készségek elsajátítása és fejlesztése nem tartozott hozzá a mindennapi élet kihívásaihoz. Ebből következően a prevenció és egészségfejlesztési programoknak fokozottabban kell fókuszálniuk a kulturális gyökerekre és sajátosságokra.

IRODALOM

- Beck, U. (1992) *Risk society: Towards a new modernity*. Sage, London.
- Blaxter, M. (1990) *Health and lifestyles*. Routledge, London.
- Brunstein, J.C. (1993) Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061–1070.
- Compton, W.C. (2000) Meaningfulness as a mediator of subjective well-being. *Psychological Reports*, 87, 156–160.
- Crocker, J., Park, L.E. (2004) The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392–414.
- De Longis A., Coyne, J.C., Folkman, S., Lazarus, R.S. (1982) Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*, 1, 119–136.
- Frankl, V.E. (1985) *Man's search for meaning*. Simon and Schuster, New York.
- Fredrickson, B.L. (2001) The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Griffin, K.W., Epstein, J.A., Borvin, G.J., Spoth, R.L. (2001a) Social competence and substance use among rural youth: Mediating role of social benefit expectancies of use. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 485–498.

- Griffin, K.W., Scheier, L.M., Borvin, G.J., Diaz, T. (2001b) Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 153, 194–203.
- Jessor, R. (1993) Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117–126.
- Kaplan, B.H. (1992) Social health and the forgiving heart: The Type B story. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 3–14.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., Glass, R. (1999) Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89, 1187–1193.
- Kernis, M.H. (2003) Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14, 1–26.
- Keyes, Corey, L.M. (1998) Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 63, 264–279.
- Kiss A., Pikó B. (2004) Elidegenedett én a modern, fogyasztói társadalomban. *Valóság* 46(7), 57–63.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995) *Alkalmazott magatartástudomány*. Corvinus Kiadó.
- Kovács J. (2004) Pszichiátria és medikalizáció. A pszichiatrizálás okai. *Lege Artis Medicinae*, 14(7), 520–524.
- Krieger, N., Zierler, S. (1995) What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology*, 7, 107–109.
- Masten, A.S. (2001) Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- Ogden, J. (1995) Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science and Medicine*, 10, 257–265.
- Pikó B. (2009) Az orvosi szociológia múltja és jövőbeli kihívásai: Az elmélettől a gyakorlatig. In: Bagdi E., Demetrovics Zs. és Pilling J. (szerk.) *Polibistória. Buda Béla 70. születésnapjára*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 163–177.
- Pikó B.F. (2005) Adolescents' health behaviors in the light of their value orientations. *Substance Use and Misuse*, 40, 735–742.
- Pikó, B. (2004) 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. (2003a) *Kultúra, társadalom és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó, B. (2003b) Magatartásorvoslás – egészségfejlesztés – társadalomlélektan. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13, 5–10.
- Pikó B. (2002) *Egészségpszichológia*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Pikó, B., Piczil, M. (2004) Focusing on youth's substance use and psychosocial well-being in Hungary's post-socialist transition. *Administration and Policy in Mental Health*, 32, 63–71.
- Riesman, D. (1996) *A magányos tömeg*. Polgár Kiadó, Budapest.
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C. (1989) Self-esteem and adolescent problems: Modeling reciprocal effects. *American Sociological Review*, 54, 1004–1018.
- Schwarzer, R. (1999) Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4, 115–127.
- 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, 3–9.

- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Sheldon, K.M., King, L. (2001) Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56, 216–217.
- Wood, A.M., Joseph, S. (in press) The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*.

AZ ÚN. NEM HAGYOMÁNYOS KOCKÁZATI ÉS EGÉSZSÉGVÉDŐ FAKTOROK JELENTŐSÉGE

Kovács Eszter, Pikó Bettina

AZ ÚN. NEM HAGYOMÁNYOS RIZIKÓ- ÉS VÉDŐFAKTOROK PREVENCIÓS JELENTŐSÉGE

Napjainkra a prevenció érdekében az egyének és közösségek életében egyre nagyobb hangsúlyt kapnak az egészségmegőrző, elsősorban életmódbeli tevékenységek, mint például az egészséges táplálkozás vagy a rendszeres testmozgás (Raczynski és DiClemente, 1999). Az életmód, és ezen belül az egészségmagatartás egészségre gyakorolt hatásai biokémiai úton igazoltak, mint például a dohányzás egészségkárosító hatásai, ami a prevencióban fontos támpontot nyújt. Ugyanakkor az ún. nem hagyományos rizikótényezők, illetve védőfaktorok (mint amilyenek a szociális vagy a személyiséggel összefüggő jellemzők) szerepe ma még csak kevésbé ismert és elfogadott a prevencióban. Sőt, a rizikófaktorokra történő erős fókuszálás mellett a védőfaktorok jelentősége sem kapott még méltó helyet a primer prevencióban (Romelsjö és mtsai, 1992). Köztudott pedig, hogy ezek a tényezők igen erőteljesen befolyásolják az életminőséget, és a mentális egészségen keresztül kihatnak a test állapotára is. Sőt, hosszú távon befolyásolják a morbiditás és a mortalitás alakulását is egy adott populációban (Kopp és Kovács, 2006). A pszichoszociális rizikófaktorok, mint például az élethelyzetek, a társadalmi egyenlőtlenségek, a munkahelyi vagy a házastársi stressz mellett igen erős védőfaktorok is hatnak; ezek között tartjuk számon például a vallásosságot, a családi kohéziót vagy a társas támogatást (Kopp, Skrabski és Szedmák, 2000), vagy a személyiség pozitív jellemzőit, illetve a sikeres életvezetést (Pikó, 2005). E védőfaktoroknak egy jelentős része serdülőkorban is kiemelten fontos: gondoljunk csak a család helyzetére, a vallásosságra vagy bizonyos személyiségvonásokra.

HAGYOMÁNYOS ÉS NEM HAGYOMÁNYOS RIZIKÓFAKTOROK

A rizikófaktor elnevezést először a szív- és érrendszeri betegségekkel kapcsolatban alkalmazták az 1970-es években, ezután pedig elterjedt nemcsak a tudományos életben, hanem a közgondolkodásban is. Az ezt követő évtizedekben a kutatások elsősorban a rizikófaktorok azonosítására irányultak, és egyre többet fedeztek fel közülük, kezdve a biológiai-genetikai hatásoktól a pszichoszociális rizikófaktorokig. A társadalom- és magatartástudományok módszertanának fejlődése következtében

az utóbbiak száma is jelentősen megnövekedett. Így például az alacsony társadalmi helyzet számos betegség, többek között szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát emeli (Pikó, 2002). Ebben az összefüggésben ki kell emelni a táplálkozás, a dohányzás vagy a túlzott alkoholfogyasztás társadalmi státuszfüggőségét is, hiszen az életmód, az egészségmagatartás, valamint a társadalmi helyzet összefüggése ebben az értelemben a szív- és érrendszeri betegségek kockázatemelkedésében nyilvánul meg (Pomerleau és mtsai, 1997). Hasonlóképpen, a daganatos halálozás társadalmi meghatározottságában kiemelten szerepel az életmódnak olyan eleme, mint a munkahelyen észlelt egészségkárosító környezeti tényezők jelenléte. Az alacsonyabb társadalmi státuszú egyének emiatt fokozottabban veszélyeztetettek a foglalkozási betegségek és foglalkozási daganatok kialakulása szempontjából (Jenkins, 1983). A munkanélküliség vagy a szociális depriváció betegségekeltő hatását szintén igazolták a kutatások.

A pszichoszociális rizikófaktorok között napjainkra már igazolás nyert az is, hogy számos pszichológiai faktor rizikótényezőként szerepelhet egy-egy betegség kialakulásában. A negatív érzelmi hangulat és gondolkodás, a depresszív állapot például a magasvérnyomás-betegség rizikófaktor, és növeli számos szív- és érrendszeri betegség kockázatát (Jonas és Land, 2000). Az ellenséges beállítódás (hosztilitás) nemcsak biokémiai szinten járul hozzá az erek állapotának romlásához, hanem dohányzásra is hajlamosít, azaz egy másik rizikófaktor esélyét is megemeli (Brummett és Williams Jr., 2000). Mindezek következtében egyre inkább előtérbe kerül a pszichoszociális rizikófaktorok jelentősége, és a hagyományos rizikófaktorok mellett a nem hagyományos rizikófaktorokkal is növekvő arányban kell számolnunk. A prevenciót, egészségfejlesztést célzó programok kiemelten a hagyományos életmódbeli rizikófaktorok csökkentésével kívánják a betegségeket megelőzni. Ennek következtében az egyének egyre jobban odafigyelnek életmódjukra, például táplálkozási szokásaikra, s emiatt a nyugati típusú társadalmakban csökkenő előfordulást mutat a dohányzás, és emelkedő tendenciát a sportolás vagy az egészségtudatos táplálkozás (Blaxter, 1990). A köztudatban az egészséges életmód domináns szerepe az egészség megőrzésében evidenssé vált. Mi a helyzet azonban a nem hagyományos, például a pszichoszociális rizikófaktorokkal? Vajon a lakosság mennyiben van tisztában azzal, hogy az ellenségesség vagy a konfliktusmegoldó képesség hiánya is megbetegíthet? Lehetséges, hogy ahogyan a hagyományos rizikófaktorok kontrollja megvalósul, többek között például az egyének növekvő egészségtudatossága, vagy a szűrővizsgálatok elterjedtsége következtében, a nem hagyományos rizikófaktorok szelektív hatása fog egyre inkább érvényesülni.

AZ EGÉSZSÉGES SZEMÉLYISÉG MINT A VÉDŐFAKTOROK FORRÁSA

Ha az egészség jelentéséből indulunk ki, a holisztikus egészségkép nemcsak azt hangsúlyozza, hogy a teljesség, tökéletesség jelenti az egészséget, hanem azt is, hogy az egészség lényegileg dinamikus egyensúlyi állapot (World Health Organisation, 1984). A dinamikus jelző azt fejezi ki, hogy nem statikus állapotról van szó, azaz folyamatosan változó feltételek mellett kell a relatív egyensúlyi állapotot megőrizni. A betegség vagy magatartászavar ebben az értelemben véve adaptációs zavar következménye, azaz az egyensúly hosszabb ideig fennálló megbomlásának jele. Az egyensúly megteremtéséhez mindenekelőtt hatékony adaptációra, alkalmazkodásra van szükség. Ez azonban csak akkor lehetséges, ha elegendő adaptációs kapacitás áll rendelkezésre az egyén számára. A megfelelő adaptációs kapacitást viszont nem egyszerűen a rizikófaktorok hiánya biztosítja – a mai, ún. kockázati társadalomban ez nem is lehetséges (Beck, 1992) –, hanem a védőfaktorok megléte. Ez utóbbiak közül is inkább a nem hagyományos védőfaktorok, azaz például az attitűdök, az érzelmek, a személyiségjegyek felé fordul a figyelem.

Az egészséges karakterjegyek olyan folyamatokat indítanak el a szervezetben, amelyek az egészségre védő hatásúak (Sternberg, 1985). A pszichológiai védőfaktorok között vannak érzelmi szintűek, mint például az optimizmus, a boldogság, a megelégedettség; motiváció szintűek, mint az énmegvalósítás vagy a belső motiváció; kognitív szintűek, például bölcsesség, kreativitás, érzelmi intelligencia, eredetiség; társas készségek, például empátia, proszociális viselkedés, kommunikációs készség; és társadalmi szintűek, mint a tolerancia, méltányosság, szolidaritás (Pikó, 2005). A pozitív pszichológia jelentősen hozzájárult az ún. nem hagyományos védőfaktorok azonosításához, amelyek a pszichológiai gyakorlatban már evidenciának számítanak (Seligman és Csíkszentmihályi, 2000), az egészségfejlesztési és a prevenció programok azonban ma még kevésbé építenek ezekre a jellemzőkre.

Mindenekelőtt azonban tudnunk kell, melyek az adaptációt segítő személyiségjegyek. Az egészséges személyiség legfontosabb tulajdonsága, hogy elősegíti az egyén hatékony alkalmazkodását adott körülmények között. Az egészséges személyiséget úgy is nevezzük, hogy „érett, integrált személyiség” (Buss, 1999; Sternberg, 1985). Az integráltság azt jelenti, hogy az érett személyiség képes integrált módon észlelni az élet történéseit, mintegy folyamatában látni és elhelyezni azokat a változások tükrében, továbbá képes az ellentétes nézetek összehangolására. Jellemző még rá a megfelelő reagálóképesség, reflexivitás, ami az adaptív viselkedés képességének sajátossága. Nélkülözhetetlen az egészséges személyiség működéséhez az érzelmi intelligencia bizonyos szintje is, például az egyén képes saját érzelmeit kontrollálni, illetve saját és mások érzelmeit értékelni, valamint azokra megfelelően reagálni. Mindezt kiegészíti még a hatékony kommunikációs készség és a diszkrét szociális nyitottság, vagy az alapos és megfontolt döntési képesség.

Érdekes megfontolni, hogy vajon miként függ össze a személyiség integráltsága, érettsége a pozitív pszichológia talán legfontosabb mutatójával, a boldogsággal vagy a sikerességgel. Vajon az egészséges személyiség mindig boldog és kiegyensúlyozott, sikeres és hatékony? Újabban a személyiségfejlődéssel kapcsolatban felmerült, hogy a személyiségfejlődés komplexitása, az érettség és integritás talán fontosabb, mint maga a boldogság (King és Hicks, 2007). Az önreguláció akkor hatékony, azaz akkor segíti elő a személyiségfejlődést, ha az egyén képes rugalmasan kezelni élete történéseit, s akár veszteségekről, akár sikerekről van szó, azok szélesítik látókörét, biztosítják alkalmazkodását. Ide tartozik ezért a változások „menedzselése”, az életváltoztatató tapasztalatokkal való megbirkózás. Az egészségfejlesztési programokban való részvétel akkor sikeres, ha készen állunk életmódunk, magatartásunk bizonyos elemeinek megváltoztatására. Ez a változás pedig szorosan összefügg a választások felett érzett kontrollal (Hitzler és Koenen, 1994). Az érettség magában foglal egyfajta életbölcsséget, az életút koherenciáját, az élet értelmébe vetett hitet. A boldog élet helyett az értelmes élet az, ami elégedetté tesz, ami elősegíti a személyiség fejlődését, integritását. Nem maguk az élet történései azok, amelyek segítenek a fejlődésben, ezek csupán lehetőségek a fejlődésre.

ÉLETMÓD HELYETT ÉLETVEZETÉS AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FÓKUSZÁBAN

Az életmód sok mindent elárul az egyénről, de még többet árul el életvezetése, személyiségének integritása, érettsége vagy annak hiánya. A XXI. század egészségfejlesztésének fókuszába éppen azért az életmód-változtatás mellett egyre inkább a nem hagyományos rizikó- és védőfaktorok kerülnek, és ezen belül is kiemelten a hatékony életvezetési készségek (Botvin és Griffin, 2000).

Mindenekelőtt le kell szögezni, hogy a hatékony és sikeres életvezetésnek nem az a célja, hogy az egyén élete minden szempontból problémamentes legyen. A serdülők esetében sem arra kell törekedni, hogy a fiatal életében egyáltalán ne legyenek problémák, konfliktusok. A Rosenberg (2002) által leírt, a pozitív kortárshatást megvalósító ún. pozitív serdülő kifejezés sem arra utal, hogy ezeknek a fiataloknak csak pozitív tapasztalataik vannak az életben, és egyáltalán nem jellemző rájuk sem a szerfogyasztás, sem pedig bármilyen negatív életesemény. Hiszen ha csak olyan változások történnének életünkben, amelyek nem kívánnak erőfeszítést, akkor nem is fejlődnénk. A konfliktusok teljes hiánya nem tenné lehetővé a konfliktusmegoldó képességünk fejlődését. A pozitív fejlődés inkább azt jelenti, hogy életünk történései személyiségünkön belül olyan karakterjegyek megerősödését vonják maguk után, amelyek elősegítik az alkalmazkodást és az egészséget. Ilyenek például a kompetencia, az önbecsülés, a kreativitás vagy a társas kapcsolatépítési készségek.

A kompetens viselkedés tehát nem azt jelenti, hogy kikerüljük a problémás helyzeteket, hanem hogy egyre hatékonyabban vagyunk képesek megoldani azokat. Amikor pedig ez nem sikerül maradéktalanul, akkor ezt tudomásul vesszük, és a személyiségfejlődést érintő tanulási folyamat részeként könyveljük el.

Ahhoz, hogy az egyén képes legyen kompetens viselkedésre, mindenekelőtt életvezetési készségekre van szükség, azaz egyéni és társas készségek hatékony használatára az életproblémák megoldására készterő helyzetekben. A hatékony alkalmazáshoz az egyénnek szüksége van egy alapvetően bizalmon alapuló és pozitív (azaz optimista) viszonyulásra önmagához, környezetéhez, valamint az élet dolgaihoz, amelynek megoldására az egyén képesnek hiszi magát. Lényeges azonban, hogy az optimizmusnak a realitás talaján kell állnia. Az életvezetési készségeket a serdülők drogprevenciójában sikerrel alkalmazzák, hiszen amellett, hogy hatékony a szerfogyasztás megelőzésében, a társas kapcsolatokat is pozitív irányba alakítja, akár a kortársak közötti, akár a szülőkkel, vagy a tanárokkal való kapcsolatokról van szó (Wenzel, Weichold és Silbereisen, 2009).

Az egyéni készségek mellett tehát ugyanilyen fontosak a szociális készségek, annál is inkább, mert az előbbiek is nagyrészt társas közegben nyilvánulnak meg és nyernek visszacsatolást. A szociális készségek a modern, individualista társadalomban különösen sorvadásnak indultak, amely többek között az addikciók gyakoriságának emelkedéséhez is jelentősen hozzájárult (Kiss és Pikó, 2004). Az egyéni boldogulásra, egyéni önmegvalósításra kihelyezett figyelem sokszor elfelejti azt az evidenciát, hogy az ember társas lény. A szociális kompetenciát is gyakran összekeverjük azzal, hogy az egyén képes saját akarát másokra erőltetni, „győzni”. Pedig a cél inkább az, hogy az egyén képes legyen úgy érvényesíteni saját elképzeléseit, hogy azt közben másokkal összehangolja. Lehet, hogy a versengő attitűd sikeres jellemvonás a mai társadalomban, de sokan egészségük elvesztésével fizetnek érte. A harmóniára törekvő személyiségjegyek inkább segítenek megőrizni a testi és lelki egészséget, mint a konfliktusokat keltő, megosztottságot elfogadó beállítódás. A társas készségek többek között a csoportban létezés minőségében is megnyilvánulnak. A családi kapcsolatok szintén sérülékenyek a szociális készségekben mutatkozó hiányosságok miatt, pedig ezzel egy jelentős védőfaktor válik elégtelenné a modern társadalomban. Ha pedig a fiatalok nem tanulják meg a sikeres családmodellt, akkor sem tudják ezt később megvalósítani, ha igazán szeretnék.

VÁLTOZÓ CSALÁD A MODERN TÁRSADALOMBAN

A házasság, a család protektív hatása már Durkheim tanulmányában felmerült mint az öngyilkosság elleni védőfaktor (Durkheim, 2000), azonban az utóbbi évtizedek empirikus kutatásai bebizonyították, hogy egy sokrétű, komplex hatásról

van szó. E témakör jelentősége igen nagy napjainkban, amikor sok társadalomtudós a házasság, a család válságáról szól, és a demográfiai adatok is a házasságkötések drámai csökkenéséről, ugyanakkor a válások emelkedéséről tájékoztatnak. Ennek ismeretében a család és az egészség összefüggéseinek elemzése különösen fontos, hiszen a társas támogatás mint nem hagyományos védőfaktor, kevésbé van jelen a szakmai és a laikus gondolkodásban.

A család az egyik legfontosabb közeg, ahol az időnk nagy hányadát eltöltjük. Éppen ezért domináns, hogy az egyén milyen családi kapcsolatokat ápol, és hogyan éli családi életét. Jól szemlélteti ezt a következő családfogalom: „A család ellenkező nemű partnerek, vagyis (házas)társak együttélését jelenti közvetlen leszármazottakkal együtt. A családot egyszersmind az emberi létezmód leginkább elterjedt és legstabilabb alapmintájának tekinthetjük a leglényegesebb, primer szükségletek és funkciók kielégítésében, illetve teljesítésében” (Buser és Kaus-Hecker, 1998). A kutatók manapság a család válságáról beszélnek, ami nem csupán a változásra utal, hanem emellett sok család valóban széteshet, dezintegrálódhat, ami veszélyeket rejt magában. Több szociológiai kutatás mérte fel a családok jelenlegi státuszát, működési módját és az új formák elfogadását hazánkban és világszerte. Számos szerző borúlátóan látja a házasság, a család jelenlegi helyzetét, például Cerroni vagy Ulrich Beck megítélése szerint például a modern család nem képes intézményesen ellátni azt a feladatot, amelyet a társadalom szán neki (Budgeon és Roseneil, 2004; Schadt, 1996). Szerintük számos korábbi feladatot át kell ruházni más intézményekre. Ez a változás jórészt az értékrend átformálódásával áll összefüggésben.

A modernizáció hatására a családi élet terén bekövetkezett változások a már megszokott képet, a tradicionális párkapcsolati és családi mintákat jelentősen átformálták (Amato és mtsai, 2000). Mára eltűntek, vagy legalábbis eltűnőben vannak a többgenerációs családi együttélések. Ritkulnak azok a családok, ahol több generáció él együtt. A nukleáris családok virágzásukat élik. Ugyanakkor hozzá kell tenni, hogy Peter Laslett 1977-es, a *The European Family* című munkában publikált kutatásaiban már a premodern társadalmakban is meghatározó fontosságúnak ítélte, és igen elterjedtnek találta a nukleáris családokat (Mitterauer és Sieder R, 1977). A folyamatosan erősödő társadalmi elvárások nem kedveznek a családcentrikus attitűdöknek. A teljesítményorientált társadalomkép a munka elsődlegességét vetíti elénk. A munkahely és az egzisztencia megteremtése fontos céllá vált a mai fiatalok körében, melynek hatására a magasabb képzettségi szint elérésére törekszenek, és hosszabb ideig maradnak az oktatási rendszerben. Az ifjúsági moratórium meghosszabbodása folytán kitolódik az első párkapcsolatok kialakításának időpontja (Gábor és Jancsák, 2004). Mindez oka lehet annak, hogy a családok egyre kevesebb gyermeket vállalnak, csökken a gyermekvállalási hajlandóság. A nők oktatási rendszerben kivívott egyenlőségével egyre többen állnak munkába. Ez az új helyzet újfajta konfliktusokat generál. A szakirodalom által

többszörös szerepkonfliktusnak nevezett jelenség fókuszpontjában a család *versus* karrier kérdése áll (Peake és Harris, 2002). A nőknek feladatuk a reprodukció, de a munka mellett nehezzé vált e szerepek kezelése. Bár a szerepek összehangolása megoldható különféle stratégiákkal, sok időnek kell eltelnie ahhoz, hogy megfelelően tudjunk adaptálódni az új szituációhoz. Mindazonáltal a szerepek összeegyeztetése pszichikai terhet ró a nőkre, különösen bizonyos hivatásokban, mint amilyen az orvoslás (Feith, Balázs és Kovácsné Tóth, 2006).

A társadalmi reprodukció szempontjából érdekes helyzettel kell szembenéznünk. A párkapcsolatok kialakításában új alternatívák váltak elfogadottá. A házasodási kor kitolódása magyarázható egy másik tényezővel is, nevezetesen az élettársi kapcsolatok elterjedésével. Kétségkívül sokan választják ezt az életformát, mint „próbaházasságot” (Martin és mtsai, 2003). Az együttélések fiatalokban azért is funkcionálnak próbaházasságként, mivel a házasságkötés fontos jellemzője a posztmodern társadalomnak (Dush, Cohan és Amato, 2003). Az együttélők másik csoportját az elváltak adják, ami abból következik, hogy a válások száma szintén megszorozódott. Ennek hatására a kollektív tudatban megváltozott a válásokkal kapcsolatos negatív attitűd. A válás után nagyobb arányban választják az élettársi kapcsolatokat, mint az újraházasodást. Továbbá nem ritka az sem, hogy az egyszülős családok szaporodnak. A házasság intézménye ennek következtében egy devalválódási folyamaton ment át (Barlow és Probert, 2004; Gillis, 2004). Egy szintén új jelenség, a „szingliség” is feltűnően nagy népszerűségnek örvend. Magyarországon Utasi Ágnes folytatott nagyszabású kutatást e témában. A fentebb említett ifjúsági életszakasz kitolódása eredményezte ennek az életformának az elterjedését (Utasi, 2005). A szinglik azt vallják, hogy az élet teljes lehet társ nélkül, ami pedig a szinglik életében nagy szerepet játszik, az a jelentős mértékű hivatástudat, a fogyasztás és a kiterjedt baráti kapcsolatháló. Erich Fromm szingliértelmezése a következő: „Partikra járnak, új ismeretségeket kötnek, isznak, kártyáznak, rádióznak, és így nap mint nap és minden áldott este becsapják önmagukat” (Fromm, 1996, 51).

Az ilyen nagymértékű változások kapcsán felmerül a kérdés, hogy vajon a mai társkapcsolataink megtartották-e védőfunkciójukat, vagy más területről pótoljuk ennek hiányát. A bizalmas kapcsolatok ugyanis jelentősek az individuum életútjában. Kisgyermekkorban a szülők és a testvérek, illetve a rokonok jelentik a legfontosabb bizalmas kapcsolatot. Ebben a közegben kapjuk a mintákat, és interiorizáljuk a makro- és mikroszintű, az együttéléshez szükséges társadalmi szabályokat. Ezek a szabályok társadalmi konszenzuson alapulnak, melyhez az emberek konform módon viszonyulnak, bár társadalmi rétegenként, szubkultúránként különbözhetnek. Az oktatási rendszerbe való bekerülés jelenti a szocializáció második lépcsőfokát, ahol a kortárskapcsolatok adják a bizalmas kapcsolatokat. Bár a szocializáció folyamata élethosszig tart, az egyének permanensen formálódnak az őket ért hatások miatt. A gyerekeknél az iskoláskorban szélesedik ki a kapcsolatháló, amely az élet fo-

lyamán egyre bővül. Alapjában véve az egyén személyiségétől is függ, hogy ez a „network” mekkorára duzzad. Azonban nem csupán a kapcsolatok számára kell fókuszálnunk, hanem azok szorosságára is. Több tanulmány született arról, hogy az erős és gyenge kötések hogyan befolyásolják az egyének életútját (Utasi, 2002). A kapcsolatok jelentősége a társas támogatásban rejlik. Az erős kötések figyelemre méltó hatással bírnak az egyén szempontjából. A legtöbb támaszt ezekről a kapcsolatokról várhatjuk. A mai ember kapcsolathálójára jellemző, hogy csökkentek az erős kötésekkel jelentő kapcsolatok, és több gyenge kötést alakítunk ki. Ezért mondhatjuk, hogy szerteágazó kapcsolatrendszerrel rendelkezik a XXI. század embere. A kérdés azonban, hogy mennyiben tud érvényesülni így a társas háló protektív ereje?

CSALÁDI TÁRSAS TÁMOGATÁS ÉS EGÉSZSÉG

A társas kapcsolatok támogató hatása és az egészségi állapot szoros összefüggésben van. Ha az egyén szoros kapcsolati hálót, és jól működő társas támogató rendszert képes kiépíteni, jelentős védőhatás igazolható az egészség vonatkozásában. A legtöbb megbetegedés esetében csökkenti a rizikófaktorok számát és protektív tényezőként jelenik meg például a szülőkkel, vagy házastárral való jó kapcsolat. A társas támogatás csökkenti a stresszortényezőket. A kapcsolatok léte, száma és minősége kulcsszerepet játszik a pszichológiai jóllétben. A kapcsolat és a kötődés meghatározó. Az ún. „biztos személy” léte elővetíti a pozitív szubjektív jóllét érzését. A stabil kötődésű kapcsolatokkal rendelkező egyének, akik körül vannak véve védőhálóval, kevésbé hajlamosak depresszióra, pszichoszomatikus betegségekre (Kafetsios és Sideridis, 2006). Az erősebb támaszt jelentő kapcsolatok nagyobb fokú jóllétérzettel járnak együtt (Kaedienne, Petrauskiene és Starkuviene, 2007).

A mentális betegségek és addiktív kórformák esetében a társas támogatás jelentősége igen nagy. Eleve más coping-stratégiákkal rendelkeznek az egészséges családban felnőtt emberek. A konfliktusmegoldást, ugyanúgy mint a szerepeinket vagy az értékeinket is, a származási családban kapjuk. A mentális betegségekről, pszichés zavarokról napjainkban sokkal többet hallunk, mint korábban, és ezáltal jobban is ismerjük ezeket a kórképeket. Az elidegenedés például egy új társadalomlélektani jelenség, amelynek valamennyi formája a pszichológiai jóllét érzésének csökkenésével jár (Kovács, 2004). Az elidegenedés mellett a depresszió szintén korunk betegsége. Kialakulásában gátat jelenhetnek a jól működő erős kötések, valamint ha már bekövetkezett a depresszív állapot, akkor a gyorsabb gyógyulásban is meghatározó a bizalmas kapcsolatok megléte és segítő szerepe. Az életkedvet, az életkilátásokat befolyásolják, és meg is határozzák a különböző alkalmazkodási stratégiák és alternatívák, a választások és kényszerek, emberi kapcsolatrendszerek,

a családban elfoglalt helyzet megváltozása, az együttműködési modellek, a társadalmi gondoskodás, a családi kooperáció és kohézió (Simonyi, 1995). A mindennapi terhekkel való megküzdésben a biztos családi háttér elengedhetetlen.

A mentális működés normális állapotához fűződik a deviáns viselkedésformák elkerülése is (Lye és Waldron, 1998). A szuicid gondolatok, a pszichoaktív szerek használata: a dohányzás, az alkoholizmus, a kábítószer-dependencia és egyéb addikciók kialakulásában domináns módon jelentkezik a családban látott minta és a család atmoszférája. A házasságban élők kevésbé hajlamosak dohányzásra és alkoholfogyasztásra. A dohányzás az élettársi kapcsolatban élők körében, az alkoholfogyasztás pedig az özvegyek körében jelent problémát. A párkapcsolatok kiüresedése számos esetben elégséges magyarázatul szolgálhat akár az öngyilkossághoz. Például, ahol a családon belüli agresszió gyakori – amelyet eleve szülhet valamilyen szenvedélyszer fogyasztása –, ahol a hatalomgyakorlás és a konfliktuskezelés formája az erőszak, az erőszakos szocializáció, vagy ahol szexuális abúzusra kerül sor, ott nagyobb eséllyel alakulhatnak ki az említett magatartásformák. A devianciahipotézis szerint a modern értékeknek, a tradíciók tagadásának kitüntetett szerepe van a deviáns magatartásformák kialakulásában. Azok tehát, akik nyitottak a hagyományos értékek tagadására, fokozott veszélyben vannak. A XX. század második felében felerősödtek a deviáns magatartásformák. A mikroközösségi kontroll lazulása hozzájárult ehhez. Boudon szerint: „A deviancia annak eredménye, hogy a társadalom kudarcot vall az emberi szenvedélyek szabályozásában és visszafogásában” (Boudon és mtsai, 1999). A szerző tehát magát a társadalmat teszi felelőssé, amivel pedig az egyének társas közegére utal.

A minket körülvevő társas közeg támogatása vagy annak hiánya erőteljesen befolyásolja egészségi állapotunkat, egészségkockázati magatartásunkat, szerfogyasztásunkat, jóllétünket. A korábban említett változások a családi életben szoros kapcsolatban állnak a deviáns viselkedések elterjedtségével. „Ha folytatódik a trend, a házasságok számának csökkenése, a válások magas aránya, a csonka családok, magányosan élők életformájának terjedése, akkor nagyon nehéz lesz a szenvedélybetegségek visszaszorítása” (Frenkl, 2002).

VALLÁSGYAKORLÁS MINT VÉDŐFAKTOR A XXI. SZÁZADBAN

A pozitív pszichológia megállapítja, hogy minden egyén életében jelen van a spiritualitás, a rítusok iránti igény, amelynek kielégítése védőfaktorként funkcionálhat (Pikó, 2005). Napjainkban azonban a vallásosság és a spiritualitás jelentősen megváltozott és új értelmet nyert. A változások legfontosabb szempontja, hogy a szekularizáció hatására a korábbi vallási dominancia háttérbe szorult és új vallási mozgalmak jelentek meg, új vallási irányzatok alakultak ki. A történelemben a

vallás mindig fontos szerepet játszott, szinte minden társadalomban az életkeretek természetes része volt. Évszázadok óta az egyházak hatalmi ágként funkcionáltak az európai társadalmakban. A XIX. században a tudományos élet fellendülésével és vívmányaival azonban a vallás fokozatosan háttérbe szorult. Az evolucionista szemlélet, a racionális gondolkodás térnyerése és a különböző tudományok, mint például a genetika, valamint a technológia fejlődésének hatására, a globalizáció és a fogyasztói társadalmak kialakulásával a vallás szerepe és létjogosultsága egyre inkább megkérdőjeleződött (Giddens, 1999). A szekularizációhoz Magyarországon az is hozzájárult, hogy különféle intézkedésekkel állami felügyelet alá helyezték az egyházakat, jelentősen korlátozták működésüket, mozgásterüket (Tomka, 1999; Székely, 2008). Az egyházaktól való elfordulás hatására alakult ki később egy sajátos vallásosság, melyet mindenki a maga módján gyakorol. Az 1970-es évektől lassú vallási megújulásnak lehettünk tanúi, napjainkban pedig új típusú vallásosságról beszélhetünk (Tomka, 2008). A nem hívők aránya különösen számottevő a 35 év alatti fiatal korosztályban, viszont érdemes kiemelni, hogy megjelent az új, fiatal, képzett vallásos lakossági csoport, s ebben a fiatalok aránya növekvőben van (Székely, 2008). A fiatalok körében tehát egyszerre van jelen a vallás elutasítása, valamint a vallás és spiritualitás új útjai felé irányuló érdeklődés.

A vallást Andorka (1997, 548) a következőképpen definiálja: „az emberi és a társadalmi élet végső kérdéseire, az élet értelmére és céljaira vonatkozó válaszokat megfogalmazó eszmerendszer”. Az empirikus kutatások számára nagy kihívást jelent a vallás fogalmi pluralizmusa. Az ún. Glock-Stark modell öt dimenziót határol el: a hit (ideológiai dimenzió), vallásgyakorlat (rituális dimenzió), vallási érzés, élmény (élmény és tapasztalat dimenziója), vallási ismeretek (intellektuális dimenzió), és a mindennapi élet vallásossága (következmény-dimenzió) szerint (Földváry és Rosta, 1998). Az amerikai kutatások a vallásosság tíz ismervét sorolták fel, amelyek meghatározóak az egyén vallásossága szempontjából: részvétel valamilyen vallási/spirituális közösség életében, kapcsolattartás hasonlóan gondolkodókkal, baráti körrel; részvétel vallási/spirituális eseményeken vagy tevékenységekben; vallásos vagy spirituális sorsfordító események, melyek megváltoztatták az egyén életéről, haláláról, világról való életfelfogását; gyakorlati vallásosság/spiritualitás: imádkozás, meditáció; vallásos/spirituális támogatás: a vallásos, spirituális gondolkodásmód által összehozott emberek részéről egymás kölcsönös támogatása; vallásos/spirituális megbirkózás: a vallásos, spirituális gondolkodásmód felhasználása az életproblémák vagy stresszhelyzetek megoldásában; vallásos/spirituális gondolkodás és értékek jelenléte; vallásos/spirituális elköteleződés; vallásos/spirituális megnyilvánulás az interperszonális kapcsolatokban; vallásos/spirituális megnyilvánulása az érzelmek szintjén és az ezzel kapcsolatos élmények (Kovács és Pikó, 2009). Mindebből következik, hogy a vallásosság az értékrend, a világtkép szerves része, és meghatározza mindennapjaink történéseit.

A VALLÁSI SZOCIALIZÁCIÓ JELENTŐSÉGE

Mivel az értékrend elsajátítása a szocializáció folyamán történik, a családi nevelés meghatározza a vallásossághoz fűződő viszonyt is. Magától értetődik, hogy a vallási szocializáció függ a fennálló általános értékrendtől. Az utóbbi évtizedekben hazánkban a következőképpen váltakozott a helyzet ezen a téren, például a születési időt figyelembe véve: az 1948 előtt születettek erősen vallásos környezetben nevelkedtek, az 1960-as évekig az agresszív szekularizáció időszaka jellemző, az 1970-es évek közepéig a vallásos kötődés minimalizálódik, az 1970-es évek második felétől pedig szekularizált értékrend, világias szemléletmód jellemző. A rendszerváltás után várható lett volna a vallásosság század eleji szerepének visszanyerése, azonban ez nem következett be (Tomka, 1999). Helyette az újfajta világias-vallásos kultúra (ún. civil vallásosság) nyert teret (Földvári, 2003; Valuch, 2001).

Köztudott, hogy a vallási szocializáció az USA-ban egyértelműen a szülői nevelési praxistól függ, azaz a szülők adják át közvetlenül ez irányú viselkedési gyakorlatukat a gyermekeiknek, amely a közösséghez való tartozás (vö. 'Sunday school', azaz a vasárnapi iskola intézménye) érzését is megalapozza (Turner, 1994). Továbbá az identitás fejlődésére (Youniss, McCellan és Yates, 1999) és az önbizalom alakulására (Smith, Weigert és Thomas, 1979) is kihat, hiszen a vallásosság a problémamegoldási készségek kiválasztását is alapvetően megszabja, beleértve a stresszoldást, a konkrét konfliktusmegoldást és a társas kapcsolatok rendezését (Baldacchino és Draper, 2001). Vannak, akik a morális fejlődés motorjának is tartják a vallásosságot, hiszen egyfajta értékrend közvetítésével viselkedési szabályok is átadásra kerülnek a szocializáció során (Duricz és Soenens, 2006).

A vallásosság tehát szorosan összefügg a társas kapcsolati háló működésével, a közösséggel. A közösségbe tartozás, társas és társadalmi integráltság biztosítja az egyén számára a „valahová való tartozás” élményét, amelynek a szerfogyasztás megelőzésében kiemelt szerepe lehet (Kovács, 2007). Az individualizálódás és posztmodernitás megjelenésével az egyén életében teljesen háttérbe szorultak a rítusok. A társadalmat egyfajta „rítuséhség” jellemzi. A korábbi rítusok kiveszőben vannak manapság és sok esetben hiányoznak e jelentőségteljes aktusok. Általában az életciklusok átmeneteihez kötődő rítusok kerültek feledésbe. Ezek hiányában sokan fordulnak az ún. „instant rítusok” felé, mint például a dohányzás vagy drogfogyasztás, ami egyfajta pótszerként funkcionál. Ugyanakkor újfajta rítusok is formálódnak, így fókuszálhatunk példaként az újfajta családi rítusokra is, amelyek kiemelkedő szervezőerőként is megjelenhetnek a családban, szabályozzák az interakciókat, és szimbolikus funkciót képviselnek. Az ilyen rituálék emocionális jellegűek, stabilak és viszonylagosan állandóak, erősítik a közösségi identitást (Viszket, 2002).

VALLÁS ÉS VÉDELEM

Már Émile Durkheim is kifejtette a vallással kapcsolatos írásaiban, hogy a vallás szerepe azért sem elhanyagolható, mert integrálja az embereket a közösségbe, a társadalomba. A társas támogatás pedig hosszú távon életminőségünket, testi és lelki egészségünket is erősítő mechanizmus, amely elősegíti például a káros magatartásformák elkerülését, vagy pedig biztonságos környezetet ad, és megbetegedés esetén segíti a gyógyulást (Kafetsios és Sideridis, 2006). A vallásosság befolyásolja a civil társadalom működését is, hiszen a közösséghez tartozás fokozza a spontán jótekonysági kedvet, a bizalom megléte pedig egyfajta társadalmi tőkeként működhet a társadalomban (Fukuyama, 1997).

Éppen a vallás kulturális szerepéből kifolyólag, számos szakirodalmi forrás mutat rá arra a tényre, hogy a vallásosság, a vallásgyakorlat hatással van jóllétünkre és egészségi állapotunkra (Aranda, 2008; Williams és Sternhal, 2007). Több ízben megfogalmazták, hogy a vallásosság önmagában is kiemelt protektív tényező az emberek életében. Pozitívan hat a mortalitási és morbiditási mutatókra, pozitív hatással van a várható élettartamra, csökkentve számos betegség kockázatát, illetve a beteg emberek gyógyulási folyamatában is segítő szerepet tölt be (Pikó, 1999). Általában véve, akik vallásosnak tartják magukat, jobb egészségi állapotról számolnak be a szubjektív mutatók alapján, elégedettebbek az életükkel, és boldogabbak. A vallásos emberek között kevesebb az öngyilkos, az alkohol- vagy drogfogyasztó, dohányzó és a mentális problémával küzdő (Aranda, 2008; Kovács, 2007; Moksony és Hegedűs, 2006; Williams és Sternhal, 2007). A vallásgyakorlók körében alacsonyabb a depresszió, a szorongás, a reménytelenség, az ellenséges beállítódás (Kopp, Székely és Skrabski, 2006).

A fiatalok jóllétére gyakorolt hatás külön kiemelendő: a pozitív pszichológia jelentős fejlődési potenciált tulajdonít a spirituális beállítódásnak, a transzcendencia jelenlétének, a vallásosságnak, amely elősegíti a koherens életfelfogás kialakulását, segít elkerülni a serdülőkorra jellemző identitásválságot, és a káros szenvedélyek megelőzésében is jelentős hatása van (Pikó és Fitzpatrick, 2004). Ennek az összefüggésnek a hátterében a szülői társas támogatás, illetve a szülői kontrollfunkció, illetve a közös értékrend is szerepet játszik (Kutter és McDermott, 1997; Mason és Windle, 2001).

IRODALOM

- Amato, P.R., Johnson, D.R., Booth, A., Rogers, S.J. (2003) Continuity and change in marital quality between 1980 and 2000. *Journal of Marriage and Family*, 65(1), 1–22.
- Andorka R. (1997) *Bevezetés a szociológiába*. Osiris, Budapest.
- Aranda, M.P. (2008) Relationship between religious involvement and psychological well-being: A social justice perspective. *Health & Social Work*, 33(1), 9–22.
- Baldacchino, D., Draper, P. (2001) Spiritual coping: A review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 833–841.
- Barlow, A., Probert, R (2004) Regulating marriage and cohabitation: Changing family values and policies in Europe and North America—An introductory critique. *Law & Policy*, 26(1), 1–11.
- Beck, U. (1992) *Risk society: Towards a new modernity*. Sage, London.
- Blaxter, M. (1990) *Health and lifestyles*. Routledge, London.
- Botvin, G.J., Griffin, K.W. (2000) Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 41–47.
- Boudon, R., Besnard, P., Cherkaoui, M., Lécuyer, B.P. (1999) *Szociológiai lexikon*. Dürer Nyomda és Kiadó, Gyula.
- Brummett, B.H., Williams Jr., R.B. (1998) Hostility and risk for disease. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 607–613.
- Budgeon, S., Roseneil, S. (2004) *Editors' introduction: Beyond the conventional family*. *Current Sociology*, 52(2), 127–134.
- Buser, K., Kaus-Hecker, U. (1998) *Orvosi pszichológia – Orvosi szociológia*. Medicina, Budapest, 319.
- Buss, D.M. (1999) *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. Allyn & Bacon, Boston.
- Duricz, B., Soenens, B. (2006) Religiosity, moral attitudes and moral competence: A critical investigation of the religiosity-morality relation. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 76–83.
- Durkheim, E. (2000) *Az öngyilkosság*. Osiris, Budapest.
- Dush, C.M., Cohan, C.L., Amato, P.R. (2003) The relationship between cohabitation and marital quality and stability: Change across cohorts? *Journal of Marriage and Family*, 65, 539–549.
- Feith H.J., Balázs, P., Kovácsné Tóth Á. (2006) Jövőkép. Az ötödéves orvostanhallgató-nők karrier- és családtervei. *Lege Artis Medicinae*, (16)6, 585–589.
- Frenkl R. (2002) Drogprevenció. *Lege Artis Medicinae*, 12(8), 452–453.
- Földvári M. (2003) A vallásosság típusai a mai magyar társadalom generációiban. *Szociológiai Szemle*, 13(4), 20–33.
- Földvári M., Rosta G. (1998) A modern vallásosság megközelítési lehetőségei. *Szociológiai Szemle*, 8(1), 127–137.
- Fromm E. (1996) *Férfi és nő. Szexuálpszichológiai tanulmányok*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 51.
- Fukuyama, F. (1997) *Bizalom. A társadalmi erények és a jólét megteremtése*. Európa, Budapest.
- Gábor K., Jancsák Cs. (szerk.) (2004) *Ifjúsági korszakváltás – Ifjúság az új évezredben*. Szeged, Belvedere Kiadó.
- Giddens, A. (1999) *Elszabadult világ. Hogyan alakítja át életünket a globalizáció?* Napvilág Kiadó, Budapest.

- Gillis, J.R. (2004) Marriages of the mind. *Journal of Marriage and Family*, 66, 988–991.
- Hitzler, R., Koenen, E. (1994) Kehren die Individuen zurück? Zwei divergente Antworten auf eine institutionentheoretische Frage. In: Beck, U., Beck-Gernsheim, E. (szerk.) *Riskante Freiheiten*. Suhrkamp, Frankfurt Am Main, 447–465.
- Jenkins, C.D. (1983) Social environment and cancer mortality in men. *The New England Journal of Medicine*, 308, 395–398.
- Jonas, B.S., Land, J.F. (2000) Negative affect as a prospective risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62, 188–196.
- Kaedienė, R., Petrauskienė, J., Starkuviene, S. (2007) Inequalities in mortality by marital status during socio-economic transition in Lithuania. *Public Health*, 121(5), 385–392.
- Kafetsios, K., Sideridis, G.D. (2006) Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 863–875.
- King, L.A., Hicks, J.A. (2007) Whatever happened to "What might have been"? Regrets, happiness, and maturity. *American Psychologist*, 62, 625–636.
- Kiss A., Pikó B. (2004) Elidegenedett én a posztmodern, fogyasztói társadalomban. *Valóság*, 46(7), 57–63.
- Kopp M., Kovács M.E. (szerk.) (2006) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Kopp M.S., Skrabski Á., Szedmák S. (2000) Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine*, 51, 1350–1361.
- Kopp M., Székely A., Skrabski Á. (2006) Vallásosság és életminőség az átalakuló társadalomban. In: Kopp M., Kovács M. E. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 156–166.
- Kovács J. (2004) Pszichiátria és medikalizáció. A depresszió. *Legis Artis Medicinae*, 14(10), 716–717.
- 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.
- Kutter, C.J., McDermott, D. S. (1997) The role of church in adolescent drug education. *Journal of Drug Education*, 27, 293–305.
- Lye, N.D., Waldron, I. (1998) Relationships of substance use to attitudes toward gender roles and family and cohabitation. *Journal of Substance Abuse*, 10, 185–198.
- Martin, P.D., Specter, G., Martin, D., Martin, M. (2003) Expressed attitudes of adolescents toward marriage and family life. *Adolescence*, 38, 359–367.
- 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.
- Mitterauer, M., Sieder, R. (1977) *The European family. Patriarchy to partnership from the middle ages to the present*. Oxford, Basil Blackwell.
- Moksony F., Hegedűs R. (2006) Társadalmi integráltság, kultúra, deviancia: A vallás hatása az öngyilkosságra Magyarországon. *Szociológiai Szemle*, 16(4), 3–18.
- Peake, A., Harris, K.L. (2002) Young adults' attitudes toward multiple role planning: The influence of gender, career traditionality, and marriage plans. *Journal of Vocational Behavior*, 60, 405–421.

- Pikó B. (1999) A vallás és az egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése. *Szociológiai szemle*, 9(3), 124–133.
- Pikó B. (2002) *Egészségszociológia*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2005) *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B., Fitzpatrick, K.M. (2004) Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095–1107.
- Pomerleau, J., Pederson, L.L., Ostbye, T., Speechley, M. Speechley, K.N. (1997) Health behaviours and socio-economic status in Ontario, Canada. *European Journal of Epidemiology*, 13, 613–622.
- Raczynski, J.M., DiClemente, R.J. (eds.) (1999) *Handbook of health promotion and disease prevention*. Kluwer Academic, Plenum Publishers, New York.
- Romelsjö, A., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., Allebeck, P., Andreasson, S. (1992) Protective factors and social risk factors for hospitalization and mortality among young men. *American Journal of Epidemiology*, 135, 649–658.
- Rosenberg, S.L. (2002) Positive peers – Differential impact of a social intervention strategy on four personality subgroups. *School Psychology International*, 23, 397–415.
- Schadt M. (szerk.) (1996) *Családszociológia. Szövegyűjtemény*. Bornus Kft., Pécs.
- Seligman, M.E.P., Csikszentmihalyi, M. (2000) Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Simonyi Á. (1995) Munka nélkül – Családi alkalmazkodási stratégiák és hiányuk. *Szociológia Szemle*, 32(1), 55–71.
- Smith, C.B., Weigert, A.J., Thomas, D.L. (1979) Self-esteem and religiosity: An analysis of catholic adolescents from five cultures. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 18(1), 51–60.
- Sternberg, R.J. (1985) Implicit theories of intelligence, creativity, and wisdom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 607–627.
- Székely A. (2008) A vallásosság alakulása Magyarországon 1995–2006 között. A vallásosság összefüggései a gyermekszámmal. Vallásosság és lelki-egészségi állapot. In: Kopp M. (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 373–381.
- Tomka M. (2008) Vallási változások Kelet-Közép-Európában a rendszerváltás óta. Előadás elhangzott a Magyar Szociológiai Társaság éves konferenciáján.
- Tomka M. (1999) A magyar vallási helyzet öt dimenziója. *Magyar Tudomány*, 5, 549–559.
- Turner, S. (1994) Family variables related to adolescent substance misuse: Risk and resiliency factors. In: Gullotta, G.R., Adams, G.R., Montemayor, R. (eds.) *Substance misuse in adolescence*. Sage, Thousand Oaks, 36–55.
- Ursai Á. (2002) *A bizalom hálója*. Új Mandátum, Budapest.
- Ursai Á. (2005) *Feláldozott kapcsolatok. A magyar szingli*. MTA Politikatudományi Intézet, Budapest.
- Valuch T. (2001) *Magyarország társadalomtörténete a XX. század második felében*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Viszket M. (2002a) Családi rituálék, múlt-jelen-jövő láncszemei életciklusaink füzérében. In: Bugán A. (szerk.) *A kapcsolati egyensúlyok szerepe az egészséges alkalmazkodásban*. Didakt Kiadó, Debrecen, 119–143.
- Wenzel, V., Weichold, K., Silbereisen, R.K. (2009) The life skills program IPSY: Positive influences on school bonding and prevention of substance misuse. *Journal of Adolescence*, 32, 1391–1401.

- Williams, D.R., Sternthal, M. J. (2007) Spirituality, religion and health: Evidence and research directions. *Spirituality and Health*, 186(10), 47–50.
- World Health Organisation (1984) *Health promotion: a WHO discussion on the concept and principles*. World Health Organisation, Geneva.
- Youniss, J, McCellan, J.A., Yates, M. (1999). Religion, community service, and identity in American youth. *Journal of Adolescence*, 22, 143–153.

SZEGEDI IFJÚSÁGKUTATÁS 2000, 2008: KÁROS SZENVEDÉLYEK ÉS A DEPRESSZIÓS TÜNET- EGYÜTTES ELŐFORDULÁSA SERDÜLŐK KÖRÉBEN¹

Pikó Bettina

BEVEZETÉS

A fejlett, modernizált országokban a káros szenvedélyt okozó szerek fogyasztása, így a dohányzás, az alkohol és a drogfogyasztás kiemelt népegészségügyi prioritás, különösen a serdülőkorú lakosság körében, akik a prevenció szempontjából fontos célcsoportot alkotnak (Botvin és Griffin, 2007). A serdülőkor egyrészt e szerek kipróbálásának időszaka, másrészt ebben az életperiódusban a lelki egyensúly is komoly kihívásnak van kitéve, ami megmutatkozik a depressziós tünetegyüttes gyakoriságának emelkedésében (Pikó és Fitzpatrick, 2003). Ezek a változások azért is érdemelnek külön figyelmet, mert az életminőséget is erőteljesen befolyásoló morbiditáshoz (például szív- és érrendszeri, daganatos megbetegedések, mentális zavarok), valamint a vezető halálokokhoz később jelentősen hozzájárulnak. Az Amerikai Egyesült Államok nemzeti egészségügyi programjának, az „Egészséges emberek 2010” kampánynak a célkitűzései között a fiatalokat érintő cselekvésvprogramok között az erőszak, a balesetek megelőzése és a reprodukzív egészségvédelem mellett a káros szenvedélyek megelőzése és a mentális egészségvédelem előkelő helyen szerepelnek (Park és mtsai, 2003). S bár az USA-ban a tinédzserkorúak dohányzásában, alkohol- és drogfogyasztásában már csökkenő tendencia érvényesül (Botvin és Griffin, 2007; Park és mtsai, 2003), az európai országokat ez kevésbé érinti, ami sajnos még fokozottabban igaz a kelet-európai országokra, és így hazánkra is. Izlandi fiatalok körében szintén csökkenő tendenciát igazoltak 1998 és 2006 között: a napi rendszerességgű dohányzás a 10. évfolyam diákjai körében 23%-ról 12%-ra, a kannabiszhasználat 17%-ról 9%-ra csökkent, és a lerészegedések aránya szintén kevesebb lett (Sigfusdottir és mtsai, 2008). Még a csökkenés ellenére is figyelemfelhívó jelenség azonban a nemek szerinti eltérésekben bekövetkezett változás, nevezetesen a serdülő lányok fokozódó szerfogyasztása. A dohányzás terén a lányok már sok helyen megelőzték a dohányzó státusz szerint a fiúkat, csak a rendszerességben vannak még némileg előnyben a fiúk (Rodham és mtsai, 2005). A korábban hagyományosan férfiszokásnak tartott alkoholfogyasztásban még erőteljesebb a növekedés, s bár a fiúk esetében a gyakorisága még enyhén nagyobb, már

¹ Eredeti megjelenés: *Magyar Epidemiológia*, 2008, 5(3-4), 213-227.

alig van különbség (Simantov, Schoen és Klein, 2008). Sajnos, újabban a nemek szerinti eltérés csökkenése a fiatalok körében az ún. „nagyivászatra” is vonatkozik (Miller és mtsai, 2007). Meg kell említeni azt is, hogy az egyszerre nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztása korrelál más egészségkockázati magatartással is, így a dohányzással, drogfogyasztással, kockázatos szexuális aktivitással (Leatherdale, Hammond és Ahmed, 2008).

Az európai országokban átfogó tendenciaként tarthatjuk számon, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás lényegesen nagyobb a kelet-európai országokban lakó serdülők körében, mint az Európai Unió egyéb országaiiban, ugyanakkor az illegális drogfogyasztás az utóbbi országokban mutat nagyobb előfordulást (Zaborskis és Lenciauskiene, 2006). Ez részben a hozzáérés különbségeiből adódik, részben pedig a társadalom általános toleranciaszintjétől; míg a dohányzás és az alkoholfogyasztás a kelet-európai régióban általánosan elfogadott, addig a drogfogyasztás iránt sokkal erősebb a szigorú elutasítás. A dohányzás és az alkoholfogyasztás viszont – akár a szélsőséges gyakoriságok is – a mindennapi élet társadalmi szokásrendjének szerves részét képezik. Ez megmutatkozik abban is, hogy a cigarettával való megismerkedés, illetve az alkohol kipróbálása már igen korai életkorban, nemritkán 8-9 éves korban megtörténik (Pikó, 2001). Amellett, hogy a dohányzás előfordulása évek óta drámaian magas, az alkoholfogyasztás és a nagyivászat, illetve a lerészegedés gyakoriságában mutatkozik leginkább emelkedés (Zaborskis és mtsai, 2006). Az alkoholfogyasztás olyan régiókban is terjed, ahol korábban nem volt jellemző, így például Törökországban is emelkedésről számoltak be a középiskolás korosztályban, ami azonban főként a fiúkat érintette (Alikasifoğlu és mtsai, 2004). Egy svájci vizsgálat kimutatta, hogy az alkoholfogyasztás növekedésének hátterében főként az áll, hogy jelentősen megnőtt azon alkalmak száma, ahol a fiatalok alkoholt fogyasztanak (Kuntsche és Gmel, 2006). A motivációt jelentősen növelte a barátok alkoholfogyasztása, a családi szokásrend, amibe beletartozik a rendszeres alkoholfogyasztás, az alkoholtartalmú italok íze, illetve az alkohol hangulatemelő hatása, de leginkább valaminek a megünneplése volt az az esemény, ami alkalmat jelentett az alkoholfogyasztásra. Ez utóbbi elfogadottsága egyre nő, és ilyenkor akár fiatalabb korú serdülők alkoholfogyasztása is engedélyezést nyer a családban.

A szakirodalmi áttekintésből arra következtethetünk, hogy a szociodemográfiai változók fontos szerepet játszanak az egészségkockázati magatartásformák gyakoriságában. A nem – ami éppen egyre csökkenő szerepe miatt érdemel figyelmet – mellett az életkor szerint a középiskolás évek alatt a szerfogyasztás fokozatos növekedést mutat egészen a fiatal felnőttkorig (Botvin és Griffin, 2007). Emellett a társadalmi helyzet is gyakran mutat összefüggést a gyakoriságokkal. A magas társadalmi helyzetű, jobb vagyoni helyzetben élő fiatalok körében gyakoribb az alkohol- és drogfogyasztás, a dohányzás viszont éppen ellenkező összefüggést mutat (Richter, Leppin és Gabhainn, 2006). Ezt a jelenséget hazai kutatásban is

tapasztaltuk (Pikó és Fitzpatrick, 2007). Ugyanakkor a kétszülős családi struktúra, a szülőkkel való jó kapcsolat, az együtt töltött idő, valamint a szülői kontroll védőhatást fejt ki, csakúgy, mint az iskolai élet és normák elfogadása (Kristjansson és mtsai, 2008; Pikó, 2000).

Jelen tanulmány célja, hogy a szegedi középiskolás populációban 2000-ben és 2008-ban végzett ifjúságkutatás adatait összevetve elemezzük az egészségmagatartás és lelki egészség adatait, valamint a védőfaktorokban bekövetkezett esetleges változásokat.

MINTA ÉS MÓDSZER

A 2000-es adatgyűjtés összesen 863 fő (életkori terjedelem 14–20 év; életkori átlag = 16,7, szórás = 1,5 év; a minta 44,7%-a lány) részvételével történt; összesen öt középiskola lett véletlenszerűen kiválasztva, ahol az osztályok szintén véletlenszerűen vettek részt a kérdőív kitöltésében. A 2008-as adatgyűjtés során 881 fő (életkori terjedelem 14–20 év; életkori átlag = 16,6, szórás = 1,3 év; a minta 44,6%-a lány) vett részt; összesen szintén öt középiskolában a véletlenszerűen kiválasztott osztályok voltak az adatgyűjtés egységei. A két minta nem tért el jelentősen sem az életkor, sem a nem, sem pedig a családok társadalmi helyzete szerint. Mindkét év tavaszi szemeszterében történt a vizsgálat. Az adatgyűjtéshez önkitöltéses kérdőívet alkalmaztunk, amely kiterjedt az egészségmagatartás, a lelki egészség, valamint az esetleges rizikó- és védőfaktorok felmérésére (Pikó, 2000; Pikó, 2001; Pikó és Fitzpatrick, 2003).

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.

A depressziós tünetegyüttes felmérése a Children's Depression Inventory (CDI), azaz a gyermekdepresszióra vonatkozó kérdőív hazai rövidített változatának segítségével történt (Aszmann, 2001, Kovács 1992; Pikó és Fitzpatrick, 2003). A hazai adaptált változattal kapcsolatban a klinikai alkalmazás során pontosan meghatározták a kérdőív pszichometriai és diagnosztikai jellemzőit (Rózsa és mtsai, 1999). A nyolc (eredetileg 27) tételből álló, egyenként 3 válaszlehetőséget tartalmazó tünetorientált skálát a 7–18 éves korú gyermekek depressziós zavarainak feltárására tervezték. A pontozás a három válaszlehetőség alapján 0–2 ponttal történt, ennek megfelelően az összesített pontszám minimuma 0, maximuma pedig 16 lehetett.

Az összehasonlítás érdekében az átlagokat súlyoztuk, azaz 3,375-tel megszoroztuk (az eredeti 27 item / rövidített skála 8 iteme). A skála megbízhatóságát jellemző, saját mintákkal mért Cronbach alfa-értékek a következők voltak: 0,72 (2000-es minta) és 0,74 (2008-as minta).

Az egészségmagatartás esetében 5 fajta szerfogyasztást vizsgáltunk a lekérdezést megelőző 3 hónapra vonatkozóan (Kann, 2001). A következő kérdéseket tettük fel a résztvevőknek: Az elmúlt három hónapban milyen gyakran fogyasztottál alkoholt/egyszerre több pohár alkoholt/marihuánát/amfetamint, illetve mennyit dohányoztál?” A válaszkategóriákat az 1. táblázat mutatja.

A protektív tényezőkkel (Fitzpatrick, 1997) kapcsolatban megkérdeztük, hogy milyen gyakran vacsorázik együtt a család, amely a szakirodalom alapján a családi együttlét egyik indikátora. Szintén a családi, illetve a tanárokkal való kapcsolat jellemzésére szolgált a következő kérdés: „Milyen gyakran beszéled meg a problémáidat szüleiddel, illetve tanáraiddal?” A szülői kontrollfunkciót 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). 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).

Az adatok feldolgozása SPSS statisztikai programmal történt, az elemzésekhez Chi-négyzet próbát, kétmintás t-próbát, illetve varianciaanalízist, valamint a kétoldali kapcsolatokat megállapításához korrelációanalízist alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK

Az egészségmagatartás és a depressziós tünetegyüttes alakulásában jelentős változások történtek a 2000-es és 2008-as szegedi középiskolás mintát összehasonlítva (1. táblázat). A dohányzásban és az amfetaminfogyasztásban igazolódott a legkisebb változás; az előbbi esetben főként csak a napi 20 szál feletti dohányzásban történt növekedés, az utóbbi esetben pedig azok számában volt némi csökkenés, akik egyáltalán nem éltek ezzel a szerrel. Leginkább az alkoholfogyasztásban igazolhatók az emelkedő tendenciák, ami már abban is megmutatkozik, hogy azok aránya, akik egyáltalán nem fogyasztottak alkoholt a lekérdezést megelőző három hónap alatt, 34,5%-ról 13,1%-ra csökkent, a csak 1-2 alkalommal fogyasztók aránya pedig 40,3%-ról 29,4%-ra. Jelentős eltolódás következett be a nagyobb gyakoriságok irányába is: a 3–9 alkalommal fogyasztók aránya 19,7%-ról 29,9%-ra, a 10–19 alkalommal fogyasztóké 3,4%-ról 16,6%-ra, a 20–39 alkalommal fogyasztóké

1,2%-ról 4,9%-ra, az ennél is többet fogyasztóké pedig 1%-ról 6,1%-ra emelkedett. A nagyivászat arányai hasonló módon emelkedtek: azok aránya, akik egyáltalán nem jeleztek ilyen magatartást a vizsgált három hónap alatt, 2000-ben 55,2% volt, míg 2008-ban 32,1%. Ugyanakkor azok aránya, akik 10 vagy ennél több alkalommal fogyasztottak egyszerre nagyobb mennyiségű alkoholt, 1,9%-ról 10,1%-a nőtt. A marihuána fogyasztásában szintén emelkedés igazolható, főként azok körében, akik 1-2 alkalommal nyúltak ehhez a szerhez. Ez az arány 4,5%-ról 8,5%-ra nőtt, miközben az egyáltalán nem fogyasztók aránya 91%-ról 83,3%-ra csökkent. A depressziós tüneti skála pontszámában csökkenés igazolható.

1. táblázat. Az egészségmagatartás és a depressziós tünetegyüttes összehasonlítása a 2000-es és 2008-as szegedi középiskolás mintában

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS LELKI EGÉSZSÉG	2000-AS ADATBÁZIS (N = 863)	2008-AS ADATBÁZIS (N = 881)	SZIGNIFIKANCIA
<i>dobányzás (%)</i>			
egyáltalán nem	44,8	45,6	p<0,001 *Chi ² = 35,315
néha 1-2 szálát	11,8	16,3	
1-5/nap	14,4	11,1	
6-10/nap	16,6	10,7	
11-20/nap	10,4	10,8	
>20/nap	2,0	5,5	
<i>alkoholfogyasztás (%)</i>			
egyáltalán nem	34,5	13,1	p<0,001 *Chi ² = 244,235
1-2 alkalommal	40,3	29,4	
3-9 alkalommal	19,7	29,9	
10-19 alkalommal	3,4	16,6	
20-39 alkalommal	1,2	4,9	
40 vagy több alkalommal	1,0	6,1	
<i>„nagyivászat” (%)</i>			
egyáltalán nem	55,2	32,1	p<0,001 *Chi ² = 157,883
1-szer	16,6	12,6	
2-szer	12,3	17,0	
3-5-ször	11,0	18,9	
6-9-szer	3,1	9,2	
10-szer vagy többször	1,9	10,1	
<i>marihuána (%)</i>			
egyáltalán nem	91,0	83,3	p<0,001 *Chi ² = 23,169
1-2 alkalommal	4,5	8,5	
3-9 alkalommal	2,4	3,1	
10-19 alkalommal	0,8	1,6	
20-39 alkalommal	0,7	1,1	
40 vagy több alkalommal	0,6	1,9	

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS LELKI EGÉSZSÉG	2000-AS ADATBÁZIS (N = 863)	2008-AS ADATBÁZIS (N = 881)	SZIGNIFIKANCIA
<i>amfetamin (%)</i>			
egyáltalán nem	99,1	95,5	$p < 0,001$ $^a\text{Chi}^2 = 27,161$
1–2 alkalommal	0,3	3,0	
3–9 alkalommal	0,2	1,0	
10–19 alkalommal	0,1	0,2	
20–39 alkalommal	0,2	–	
40 vagy több alkalommal	–	0,2	
<i>depressziós tünetegyüttes (CDI)</i>			
átlag (szórás)	10,2 (8,2)	8,1 (8,0)	$p < 0,001$ $^b t = 5,058$

Megjegyzés. ^aChi-négyzet próba ^bKétmintás t-próba

A 2. táblázat a nemek szerinti eltéréseket mutatja be. Érdekes kiemelni, hogy a dohányzásban eltűnt a nemek szerinti különbség, a napi 20 szál fölötti fogyasztók körében például a lányok vannak többen (6,4%, szemben a fiúk 4,7%-ával). Az alkoholfogyasztásban és a nagyivászatban megmaradtak a nemek szerinti eltérések, azonban ezek mértéke jelentősen csökkent, azaz itt is közeledés figyelhető meg. Ugyanez a marihuánafogyasztásra is érvényes. A depressziós tünetegyüttes mindkét évben a lányok körében volt gyakoribb, azonban a csökkenés lényegesen nagyobb mértékű a lányok körében.

2. táblázat. Az egészségmagatartás és a depressziós tünetegyüttes nemenkénti összehasonlítása a 2000-es és 2008-as szegedi középiskolás mintában

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS LELKI EGÉSZSÉG	2000-AS ADATBÁZIS (N = 863)		2008-AS ADATBÁZIS (N = 881)	
<i>dohányzás (%)</i>	FIÚK	LÁNYOK	FIÚK	LÁNYOK
egyáltalán nem	43,3	46,5	47,5	43,2
néha 1–2 szálal	9,7	14,5	15,4	17,4
1–5/nap	13,0	16,1	9,9	12,5
6–10/nap	18,9	13,8	9,9	11,8
11–20/nap	12,4	8,1	12,6	8,7
>20/nap	2,7	1,0	4,7	6,4
szignifikancia	$p < 0,001$ $^a\text{chi}^2 = 16,489$		$> 0,05$ $^a\text{chi}^2 = 7,560$	
<i>alkoholfogyasztás (%)</i>	FIÚK	LÁNYOK	FIÚK	LÁNYOK
egyáltalán nem	30,7	39,0	12,8	13,0
1–2 alkalommal	37,5	43,6	25,3	34,4
3–9 alkalommal	23,2	15,6	28,2	32,1
10–19 alkalommal	5,5	0,8	18,3	14,5
20–39 alkalommal	1,7	0,5	6,0	3,6
40 vagy több alkalommal	1,5	0,5	9,5	2,0
szignifikancia	$p < 0,001$ $^a\text{chi}^2 = 30,584$		$p < 0,001$ $^a\text{chi}^2 = 31,219$	

„nagyivászat” (%)	FIÚK	LÁNYOK	FIÚK	LÁNYOK
egyáltalán nem	48,1	63,6	30,3	34,4
1–szer	15,81	17,7	10,1	15,8
2–szer	3,7	10,6	15,3	19,1
3–5–szőr	14,5	6,8	20,4	17,0
6–9–szer	5,0	0,8	10,9	7,1
10 vagy többször	2,9	0,5	13,0	6,6
szignifikancia	$p < 0,001$ $^a\chi^2 = 41,964$		$p = 0,001$ $^a\chi^2 = 21,907$	
<i>maribúána</i> (%)	FIÚK	LÁNYOK	FIÚK	LÁNYOK
egyáltalán nem	87,4	95,3	81,6	86,5
1–2 alkalommal	5,7	3,1	8,1	8,9
3–9 alkalommal	3,8	0,8	3,3	2,8
10–19 alkalommal	1,1	0,5	2,1	1,0
20–39 alkalommal	1,3	0	2,1	0
40 vagy több alkalommal	0,8	0,3	2,9	0,8
szignifikancia	$p < 0,01$ $^a\chi^2 = 19,233$		$p < 0,01$ $^a\chi^2 = 15,664$	
<i>amfetamin</i> (%)	FIÚK	LÁNYOK	FIÚK	LÁNYOK
egyáltalán nem	99,2	99,0	94,2	97,2
1–2 alkalommal	0,4	0,3	3,5	2,3
3–9 alkalommal	0,2	0,3	1,5	0,5
10–19 alkalommal	0	0,3	0,4	0
20–39 alkalommal	0,2	0,3	0	0
40 vagy több alkalommal	0	0	0,4	0
szignifikancia	$p > 0,05$ $^a\chi^2 = 1,440$		$p > 0,05$ $^a\chi^2 = 6,454$	
<i>depressziós tünetegyüttes</i> (%)	FIÚK	LÁNYOK	FIÚK	LÁNYOK
átlag (szórás)	8,6 (7,6)	12,1 (8,6)	7,1 (8,0)	9,3 (7,9)
szignifikancia	$p < 0,001$ $^b t = -6,264$		$p < 0,001$ $^b t = -3,913$	

Megjegyzés. ^aChi-négyzet próba ^bKétmintás t-próba

A 3. táblázatban láthatjuk a védőfaktorok előfordulását a két mintában. Három esetben fordult elő változás: gyakoribbá vált a problémák megbeszélése a szülőkkel és a tanárokkal, valamint kis mértékben az is, hogy a szülők tudják, gyermekük hol van. Nincs változás annak mértékében, hogy hányszor vacsorázik együtt a család, az iskolai elégedettségben, illetve abban sem, hogy a szülők megmondják, hányra kell a serdülőknek hazamenniük.

3. táblázat. A védőfaktorok összehasonlítása a 2000-es és 2008-as szegedi középiskolás mintában

VÉDŐFAKTOROK	2000-AS ADATBÁZIS (N = 863)	2008-AS ADATBÁZIS (N = 881)	SZIGNIFIKANCIA
vacsora a családdal (%)			
soha	9,9	8,7	p>0,05 ^a chi ² = 3,040
elég ritkán	22,6	20,3	
néhányszor	29,2	29,9	
legtöbbször	25,5	28,3	
mindig	12,8	12,7	
problémák megbeszélése a családdal (%)			
soha	8,6	6,6	p<0,05 ^a chi ² = 10,696
elég ritkán	23,1	19,4	
néhányszor	29,8	30,1	
legtöbbször	27,1	28,4	
mindig	11,4	15,5	
problémák megbeszélése a tanárokkal (%)			
soha	47,4	43,8	p<0,01 ^a chi ² = 13,695
elég ritkán	34,7	32,1	
néhányszor	13,3	17,5	
legtöbbször	4,1	4,6	
mindig	0,6	1,9	
a szülők megmondják, hányra kell hazamenni (%)			
soha	30,3	27,2	p>0,05 ^a chi ² = 4,134
elég ritkán	22,7	21,3	
néhányszor	14,2	16,0	
legtöbbször	16,6	17,0	
mindig	16,3	18,5	
a szülők tudják, hogy gyermekük hol van (%)			
soha	8,6	5,5	p<0,01 ^a chi ² = 14,936
elég ritkán	14,8	12,0	
néhányszor	10,3	13,4	
legtöbbször	31,0	35,4	
mindig	35,2	33,7	
elégedettség az iskolával (%)			
nagyon elégedett	8,5	12,1	p>0,05 ^a chi ² = 6,098
inkább elégedett	68,8	65,8	
inkább elégedetlen	16,9	16,3	
nagyon elégedetlen	5,7	5,8	

Megjegyzés. ^aChi-négyzet próba

Az egészségi állapot változói közötti kétoldalú kapcsolatokat korrelációanalízissel elemezve megállapíthatjuk, hogy valamennyi egészségkockázati magatartás között erős kapcsolat van, így a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a drogfogyasztás között is. A depresszió a dohányzással, és jóval kisebb mértékben a drogfogyasztással mutatott összefüggést 2000-ben, ezek a kapcsolatok azonban 2008-ban már nem igazolhatók (4. táblázat).

4. táblázat. Az egészségi állapot változói közötti kétoldalú kapcsolatok korrelációs mátrixa

	Év	DEPRESSZIÓ	DOHÁNYZÁS	ALKOHOL-FOGYASZTÁS	NAGYIVÁSZAT	MARIHUÁNA
DEPRESSZIÓ	2000	–	–	–	–	–
	2008	–	–	–	–	–
DOHÁNYZÁS	2000	0,12***	–	–	–	–
	2008	0,05	–	–	–	–
ALKOHOLFOGYASZTÁS	2000	0,05	0,40***	–	–	–
	2008	-0,02	0,44***	–	–	–
NAGYIVÁSZAT	2000	0,04	0,41***	0,78***	–	–
	2008	-0,03	0,44***	0,77***	–	–
MARIHUÁNA	2000	0,06 (p=0,08)	0,28***	0,30***	0,32***	–
	2008	0,03	0,32***	0,28***	0,32***	–
AMFETAMIN	2000	0,10**	0,16***	0,14***	0,11**	0,41***
	2008	0,02	0,13***	0,13***	0,19***	0,53***

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

Az 5. táblázat az egészségi állapot változói és a szociodemográfiai változók közötti összefüggéseket mutatja be a korrelációs együtthatók segítségével a 2000-es és 2008-as szegedi középiskolás mintában. A szerfogyasztás néhány kivétellel – ilyen a dohányzás 2008-ban vagy az amfetaminfogyasztás 2000-ben – a fiúkra volt jellemzőbb, szemben a depressziós tünetegyüttessel, ami a lányok körében fordult elő gyakrabban. Az életkorral előrehaladva a szerfogyasztás mértéke nő, a depresszió pontszámaira viszont ez nem jellemző. A társadalmi helyzet-mutatókkal a kapcsolat jóval kisebb mértékű. Érdekes kiemelni, hogy a 2008-as mintában a depresszió pontszáma az apa és az anya magasabb iskolai végzettségével csökken: ez korábban nem volt jellemző. Az anya magasabb iskolai végzettsége viszont pozitívan korrelál a marihuánafogyasztással, és 2008-ban az amfetaminfogyasztással is. Szintén a 2008-as mintára jellemző, hogy az alkoholfogyasztás a magasabb társadalmi helyzettel függ össze, viszont a depresszió a magasabb társadalmi helyzettel negatívan korrelál. A teljes család, azaz a kétszülős családi struktúra bizonyos esetekben (dohányzás, depresszió) védőfaktorként funkcionál.

5. táblázat. Az egészségi állapot változói és a szociodemográfiai változók összefüggése a 2000-es és 2008-as szegedi középiskolás mintában (korrelációanalízis)

SZOCIODEMOGRÁFIAI VÁLTOZÓK	Év	DOHÁNYZÁS	ALKOHOL-FOGYASZTÁS	NAGYIVÁSZAT	MARIHUÁNA	AMFETAMIN	DEPRESSZÓ
<i>nem (lány=2)</i>	2000	-0,10**	-0,17***	-0,22***	-0,14***	0,02	0,21***
	2008	0,02	-0,16***	-0,13***	-0,12***	-0,08*	0,14***
<i>életkor</i>	2000	0,18***	0,19***	0,20***	0,10**	0,02	0,01
	2008	0,16***	0,08*	0,12***	0,08*	0,11**	0,04
<i>apa iskolai végzettsége</i>	2000	-0,01	0,02	0,01	0,04	0,02	-0,03
	2008	-0,04	0,01	-0,04	0,01	0,04	-0,09*
<i>anya iskolai végzettsége</i>	2000	-0,02	0,01	0,01	0,07*	-0,01	-0,04
	2008	-0,02	0,03	0,02	0,07*	0,07*	-0,10**
<i>társadalmi helyzet</i>	2000	0,01	0,01	0,01	0,02	-0,03	-0,14***
	2008	-0,01	0,07*	0,07*	0,02	0,01	-0,17***
<i>teljes család</i>	2000	-0,11**	-0,02	-0,04	-0,01	-0,04	-0,05
	2008	-0,08*	-0,01	-0,04	-0,08*	-0,01	-0,07*

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

A 6. táblázatban láthatjuk az egészségi állapot változói és a védőfaktorok közötti összefüggéseket. A családdal eltöltött közös vacsoraidő, a problémák megbeszélése a szülőkkel, illetve tanárokkal, a szülői monitorfunkció, az elégedettség az iskolával, eltérő mértékben ugyan, de igazolt védőfaktorként működnek. A szülői kontroll például a szerfogyasztással összefüggésben fejt ki leginkább a védőhatást, a depresszióval kapcsolatban kevésbé. A depresszió esetében viszont a családi vacsora, az iskolai elégedettség és a problémák megbeszélése a szülőkkel jelentik a legfontosabb védőfaktorokat. A problémák megbeszélése a tanárokkal kisebb mértékben ugyan, de szintén védőfaktorként működött 2008-ban, ami 2000-ben csak a marihuánafogyasztással összefüggésben igazolható.

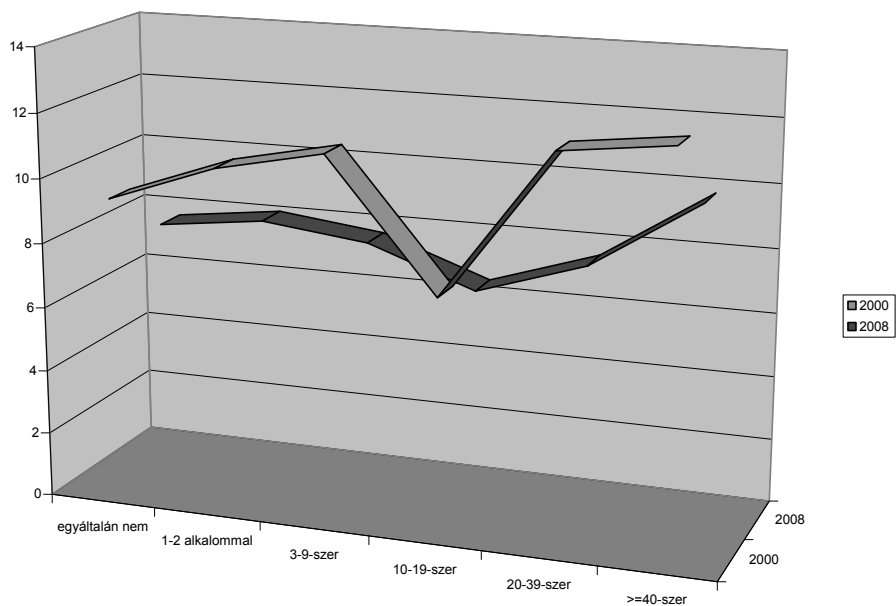
6. táblázat. Az egészségi állapot változói és a védőfaktorok összefüggése a 2000-es és 2008-as szegedi középiskolás mintában (korrelációanalízis)

VÉDŐFAKTOROK	ÉV	DOHÁNYZÁS	ALKOHOLFOGYASZTÁS	NAGYIVÁSZAT	MARIHUÁNA	AMFETAMIN	DEPRESSZIÓ
<i>vacsora a családdal</i>	2000	-0,08*	-0,08*	-0,10**	-0,05	0,01	-0,15***
	2008	-0,15***	-0,09**	-0,12***	-0,08*	-0,07*	-0,24***
<i>problémák megbeszélése a szülőkkel</i>	2000	-0,12***	-0,17***	-0,20***	-0,10**	-0,04	-0,11**
	2008	-0,08*	-0,09**	-0,11**	-0,06*	-0,01	-0,28***
<i>problémák megbeszélése a tanárokkal</i>	2000	-0,04	-0,03	-0,06	-0,07*	-0,05	-0,04
	2008	-0,06	-0,10**	-0,10**	-0,11**	0,01	-0,08*
<i>a szülők megmondják, bányra kell hazamenni</i>	2000	-0,16***	-0,19***	-0,23***	-0,08*	0,05	0,08*
	2008	-0,15***	-0,15***	-0,18***	-0,14***	-0,14***	0,04
<i>a szülők tudják, hogy gyermekük hol van</i>	2000	-0,20***	-0,21***	-0,23***	-0,18***	-0,03	-0,04
	2008	-0,19***	-0,24***	-0,23***	-0,20***	-0,07*	-0,10**
<i>elégedett az iskolával</i>	2000	-0,10**	-0,13***	-0,11***	-0,08*	-0,05	-0,16***
	2008	-0,12***	-0,12***	-0,12***	-0,17***	-0,09**	-0,24***

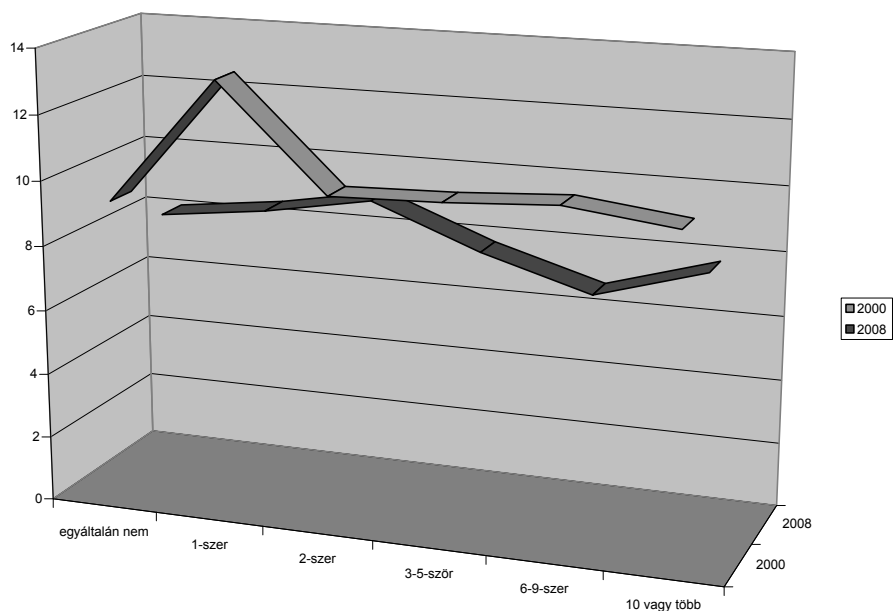
Megjegyzés. * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Végül, az 1. és 2. ábrákon a depressziós tünetegyüttes pontszámainak átlagértékei láthatók, az alkoholfogyasztás és a nagyivászat függvényében. Érdekes kiemelni, hogy az alkoholfogyasztással összefüggésben egy V-alakú görbe azonosítható, azaz a legkisebb depressziós pontszám azok körében fordul elő, akik 10–19 alkalommal fogyasztottak alkoholt a megkérdezett időperiódusban. A nagyivászáttal az összefüggés nem ennyire egyértelmű, látszik azonban, hogy az egyszer-kétszer ivók körében a pontszám a legnagyobb, a gyakoribbá válással azonban csökken. Az összefüggések a 2008-as vizsgálat nagyivászatra vonatkozó adatain kívül szignifikánsnak bizonyultak varianciaanalízissel ($p < 0,05$). Érdekes azt is kiemelni, hogy míg a 2000-es mintában 15,8% volt azok aránya, akik egyáltalán nem jeleztek depressziós tüneteket, 2008-ban ez az arány 23,6%-ra nőtt. A 28 feletti, tehát klinikai depressziónak tekinthető tünetgyakoriságot (Kiss, Pikó és Vetró, 2006) jelző tanulók száma alig változott: 5,8%-ról mindössze 4,6%-ra csökkent, és a maximális pontérték nagyobb, mint a 2000-es minta esetében.

1. ábra A depressziós tünetegyüttes előfordulása az alkoholfogyasztás függvényében



2. ábra A depressziós tünetegyüttes a nagyivászat függvényében



MEGBESZÉLÉS

Jelen tanulmányban összehasonlítottuk az egészségmagatartás és a depressziós tünetegyüttes gyakoriságát a szegedi középiskolások 2000-es és 2008-as mintáiban. Az adatok alapján megállapíthatjuk, hogy az amúgy is magas előfordulást mutató dohányzás terén igazolható a legkisebb változás, az eltérés főként a napi rendszerességű, nagy mennyiségű dohányzás növekedéséből adódott. Ki kell azonban emelni, hogy 2008-ban a nemek szerinti eltérés nem jelentős, azaz a lányok dohányzása vált nemcsak gyakoribbá, hanem rendszeresebbé is. Ez azonban nem magyar sajátosság, hanem világszerte felbukkanó tendencia (Rodham és mtsai, 2005). A drogfogyasztásban is enyhe emelkedés figyelhető meg, ami azonban nem a rendszeres fogyasztásból, hanem az alkalmoszerű próbálgatás gyakoribbá válásából adódik. A legnagyobb problémát az alkoholfogyasztás rendszeressé válása és a nagyivászat emelkedő tendenciája jelenti. Ez ismét egybecseng a nemzetközi tendenciákkal, amelyek felhívják a figyelmet arra is, hogy a lányok körében egyre inkább elfogadottá válik az alkoholfogyasztás (Miller és mtsai, 2007). Az egyes szerfogyasztás tendenciái a kelet-európai szokásoknak felelnek meg, amennyiben az alkohol legális és elfogadott szer, a szociális ivás a társas és társadalmi események nélkülözhetetlen kelléke, és a fiatalok szocializációjában ez internalizálódik is (Pikó, 2001; Zaborskis és Lenciauskiene, 2006; Zaborskis és mtsai, 2006). A dohányzás társadalmi elfogadottsága is igen magas ezekben az országokban, ami megmutatkozik a gyakoriságokban is, szemben például az amerikai vagy a nyugat-európai trenddel, amely már sok helyen csökkenést jelez (Park és mtsai, 2008; Rodham és mtsai, 2005; Sigfusdottir és mtsai, 2008). Az illegális drogfogyasztás viszont a középiskolások körében – bár enyhén emelkedő tendenciát mutat – a nyugat-európai nemzetekhez és az amerikai lakossághoz képes lényegesen ritkább, amiben az itt élő lakosság erős intoleranciája is szerepet játszik (Pikó, 2001; Zaborskis és Lenciauskiene, 2006). A hazai fiatalok leginkább a kipróbálást választják, ami sok esetben nem vezet rendszerességhez, sajnos azonban a veszély így is elég nagy, hiszen vannak, akikből így válik rendszeres fogyasztó. A szerfogyasztási formák közötti erős korrelációk azt mutatják, hogy általában azok próbálják ki a drogokat, akik dohányoznak és nagyobb mennyiségű alkoholt is fogyasztanak, ezért a prevencióban érdemes együtt kitérni ezekre a szerekre.

A depressziós tünetegyüttes gyakoriságában bekövetkezett csökkenés első pillanatra öröndetesnek tűnik, azonban érdemes a szerfogyasztással, főként a megnövekedett alkoholfogyasztással együttesen értékelni. Bár jelen összehasonlításban nem ugyanazt a mintát elemeztük, az időbeli tendenciák alapján felmerül a gyanú, hogy vajon a csökkenő depresszió nem a nagyobb mértékű alkoholfogyasztásnak köszönhető-e. Erre utalhat a depressziós pontszám és az alkoholfogyasztás közötti V-alakú görbe, illetve a nagyivászattal összefüggésben látott görbe is.

Ráadásul 2008-ban ugyan csökkent azok száma, akik egyáltalán nem jeleztek depressziós tüneteket, de a maximális pontérték nagyobb, mint a 2000-es minta esetében. A klinikai depresszió tehát nem csökkent, sőt, a veszélyeztetettekre kiemelt figyelmet kell fordítani az általános prevenció mellett.

Összefoglalásként megállapíthatjuk, hogy a szerfogyasztásnak és a mentális egészségnek továbbra is fontos prioritást kell képeznie a prevenciós programokban, sőt, még az eddigieknél is többet kell figyelnünk ezek összefüggésére. A szerfogyasztást sokan hangulatjavításra használják, ami ideiglenesen elnyomhatja a hangulatzavart, azonban ez nem jelent valódi problémamegoldást, azaz a konfliktusmegoldási és életvezetési készségek javulását. A komplex programok ezért hatékonyabbak lehetnek, mintha csupán egy-egy területre koncentrálnánk, hiszen ezek a magatartásformák szorosan összefüggnek egymással.

IRODALOM

- Alikaşifoğlu, M., Erginöz, E., Ercan, O., Uysal, O., Albayrak-Kaymak, D., Ilter, O. (2004) Alcohol drinking behaviors among Turkish high school students. *Turkish Journal of Pediatrics*, 46, 44–53.
- Aszmann A. (2001) *Fiatalok egészségi állapota és egészségmagatartása*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- Botvin, G.J., Griffin, K.W. (2007) School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19, 607–615.
- Fitzpatrick, K.M. (1997) Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 131–148.
- Kann, L. (2001) The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 25, 272–277.
- Kiss E., Píró B., Vetró Á. (2006) Dohányzás és szerhasználat előfordulása és kapcsolata a pszichiátriai komorbiditással depressziós gyermekek körében. *Psychiatria Hungarica*, 21, 219–226.
- Kovacs, M. (1992) *The Children's Depression Inventory (CDI)*. Multi-Health Systems, Toronto.
- Kristjansson, A.L., Sigfusdottir, I.D., Allegrante, J.P., Helgason, A.R. (2008) Social correlates of cigarette smoking among Icelandic adolescents: A population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7, 86.
- Kuntsche, E., Gmel, G. (2006) Changes in adolescents' reasons for drinking in Switzerland and associations with alcohol use from 1994 to 2002. *Journal of Adolescent Health*, 39, 705–711.
- Leatherdale, S.T., Hammond, D., Ahmed, R. (2008) Alcohol, marijuana, and tobacco use and patterns among youth in Canada. *Cancer Causes & Control*, 19, 361–369.
- Miller, J.W., Naimi, T.S., Brewer, R.D., Jones, S.E. (2007) Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*, 119, 76–86.
- Park, M.J., Brindis, C.D., Chang, F., Irwin, Jr. C.E. (2008) A midcourse review of The Healthy People 2010: 21 critical health objectives for adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 42, 329–334.

- Pikó B. (2000) A rizikó- és protektív elméleti megközelítés alkalmazása a serdülő lányok kockázati magatartásának vizsgálatában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11, 24–30.
- Pikó B. (2001) Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: Újabb kockák a „kirakós játékhöz”. *Addictologia Hungarica*, 9, 195–203.
- Pikó, B.F., Fitzpatrick, K.M. (2003) Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 44–54.
- 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.
- Richter, M., Leppin, A., Gabhainn, S.N. (2006) The relationship between parental socio- economic status and episodes of drunkenness among adolescents: Findings from a cross-national survey. *BMC Public Health*, 6, 289.
- Rodham, K., Hawton, K., Evans, E., Weatherall, R. (2005) Ethnic and gender differences in drinking, smoking and drug taking among adolescents in England: A self-report school-based survey of 15 and 16 year olds. *Journal of Adolescence*, 28, 63–73.
- Rózsa S., Vetró Á., V. Komlósi A., Gáboros J., Kő N., Csorba J. (1999) Gyermek és serdülőkori depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia*, 19, 459–482.
- Sigfusdottir, I.D., Kristjansson, A.L., Thorlindsson, T., Allegrante, J.P. (2008) Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995–2006. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3, 12.
- Simantov, E., Schoen, C., Klein, J.D. (2008) Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 1025– 1033.
- Zaborskis, A., Lenciauskiene, I. (2006) Health behavior among Lithuania's adolescents in context of European Union. *Croatian Medical Journal*, 47, 335–343.
- Zaborskis, A., Sumskas, L., Maser, M., Pudule, I. (2006) Trends in drinking habits among adolescents in the Baltic countries over the period of transition: HBSC survey results, 1993–2002. *BMC Public Health*, 15, 67.

PROTEKTÍV PSZICHOLÓGIAI JELLEMZŐK SZEREPE A SERDÜLŐK EGÉSZSÉGGEL KAP- CSOLATOS MAGATARTÁSÁBAN¹

Brassai László, Pikó Bettina

BEVEZETÉS

Serdülőkorban az egészséggel kapcsolatos magatartás a pszichoszociális fejlődés jelentős összetevője. Ebben az életperiódusban az egészségkockázati magatartásformák gyakoribbá válnak, az egészségvédő magatartásformák, mint például a sportolás, viszont nemegyszer csökkennek (Fairclough és Stratton, 2005). Az egészségvédő magatartás ugyanakkor több az egészségkockázati magatartás hiányánál. A biztonsági öv viselésében, a táplálkozásra való odafigyelésben, a szexuális együttlét védettségében a jelenen túlmutató, előre vetített egészséghaszon gondolata munkál. A közép- vagy hosszútávú haszonért le kell mondanunk a jelenben elérhető kielégülésről. Ezért is kiemelten jelentős a serdülőkorban az egészségmagatartások és azokkal kapcsolatos védő tényezők vizsgálata. Ezek jelentik ugyanis a serdülőkori magatartás azon elemeit, a közöttük lévő kapcsolatrendszer pedig azt a pszichoszociális kötőszövetet, amely a felnőttkori egészséges életmód legfőbb táptalaja.

Az egészségmagatartással összefüggésben egyre több figyelmet kap a protektív pszichológiai tényezők vizsgálata, mint például a jövőorientáltság, az énhatékonyság vagy az élet értelmébe vetett hit. Számos vizsgálati eredmény a pozitív lelki fejlődés védőtényezői közötti erős koherenciára mutat rá. Oshi és mtsai (1999) az étellel való elégedettség és a kompetens viselkedés pozitív életminőséggel kialakított szoros összefüggését hangsúlyozzák. Hossack (1997) az élet értelmébe vetett hit és a pozitív életminőség között mutatott ki szoros összefüggést. Asakawa és Csikszentmihályi (1998), Elliot és mtsai (2001) az élet értelmébe vetett hit és az étellel való elégedettség között igazoltak szoros korrelációt. Schwarzer és Renner (2000) a kompetens viselkedés cselekvéses szakasza és a jövőorientáltság közötti összefüggésre hívják fel a figyelmet. Vajon van-e eltérés az egészségkockázati és egészségvédő tényezők protektív struktúrájában, azaz eltérően hatnak-e a védőhatások a különböző motivációjú egészségmagatartásokra?

¹ Eredeti megjelenés: *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 2007, 8(3), 211-217.

AZ EGÉSZSÉGGYAKORLATI MAGATARTÁS EPIDEMIOLÓGIÁJA ÉS PROTEKTÍV TÉNYEZŐI

Az egészségkockázati magatartásformák között a dohányzás és az alkoholfogyasztás a leggyakoribb, e szerekkel való megismerkedés a korai serdülőkör végén, 14–15 éves kor körül a legjellemzőbb (Pikó, 2001). A szerfogyasztás igen gyakran a serdülőkori problémaviselkedés részjelensége, így társulhat pszichés problémákkal, depresszióval, szorongással, öngyilkossági gondolatokkal, tanulási és beilleszkedési nehézségekkel (Jessor 1993). Nemzetközi viszonylatban a két legkiemelkedőbb epidemiológiai jellegű felmérés, a National Survey on Drug Use and Health (Wright és mtsai, 2007), valamint a Monitoring the Future (Johnston és mtsai 2006) adatai szerint a szerfogyasztás a 12 és 18 év közötti serdülők körében a 2005-ös évben némi csökkenést mutatott. Wright és mtsai (2007) megállapításai szerint 2003–2004 és 2004–2005 között a 12–17 évesek körében a dohányzás havi prevalenciája 12%-ról 11,3%-ra csökkent. Habár a „nagyivás” ('binge drinking') előfordulása a 2003–2004-es évhez viszonyítva 2004–2005-ben stagnált, a szeszesital-fogyasztás előfordulása a 12–17 évesek körében csakúgy, mint a dohányzás esetében, csökkenő tendenciát mutatott. Nem nőtt, sőt valamelyest csökkent a marihuánahasználat havi prevalenciája is: 7,7%-ról (2003–2004-ben) 7,2%-re (2004–2005-ben). A bemutatott adatok megerősítést nyernek a Monitoring the Future eredményeinek a tükrében is. E szerint, míg a dohányzás havi prevalenciája 1996-ban 21% volt, 2005-re 9%-ra csökkent, és hasonló csökkenő tendenciát mutatott a szeszesital-fogyasztás havi prevalenciája is (Johnston és mtsai, 2006).

Európai viszonylatban az ESPAD felmérés adatai 1999–2003 között 28 államból 12-ben jeleznek csökkenő tendenciát a dohányzást, és 7-ben a nagyivást illetően (Hibell és mtsai, 2004). A szeszesital-fogyasztás havi prevalenciája túlnyomórészt stagnál. A konkrét számadatok szintjén, a HBSC eredményei szerint a napi rendszeres dohányzás előfordulása a 15–16 évesek körében 1997–1998-hez viszonyítva 2002–2003-ra számos nyugat európai államban csökkenő tendenciát mutatott (Currie és mtsai, 2004). Mindezek ellenére, a rizikómagatartások előfordulása serdülőkörben így is figyelemreméltóan magas. A vizsgált 30 ország átlagában az európai 15 évesek 30%-a dohányzik napi gyakorisággal, 29%-a fogyaszt szeszesitalt heti gyakorisággal, és 7,3%-a próbálta ki a marihuánát az adatgyűjtést megelőző hónapban (Currie és mtsai, 2004).

A kísérleti jellegű szerkipróbálás a serdülőkori optimális lelki fejlődés részének tekinthető (Shedler és Block, 1990). Nem így azonban a rendszeres szerfogyasztás. Saluja és mtsai (2004) igazolták, hogy a szerfogyasztás már serdülőkörben is negatívan befolyásolja az egészségi állapotot. Ugyanakkor a szerfogyasztás negatív kapcsolatban áll a szubjektív életminőséggel és az étellel való elégedettséggel. A jólléti skálákon magas értéket elért serdülők nagyobb arányban tartózkodnak a

rizikómagatartásoktól (Diener és mtsai, 2003). Emellett a szerfogyasztó serdülők negatívnak ítélik meg egészségi állapotukat (Pikó, 2002).

Bizonyos protektív tényezők jelenléte gyakran eredményezi az egészségkockázati magatartás alacsonyabb szintjét, mint például a jövőorientáltság (Pikó, 2002). Az énhatékonysággal együttjáró magas önbecsülés azonban a személyes kontroll túlbecsülését eredményezheti, aminek következményeként a személy felértékeli saját képességeit viselkedéses megnyilvánulásaiival kapcsolatban. Az önbecsülés magas szintje egy olyan kompenzációs mechanizmus eredménye is lehet, amelyben a rizikómagatartások az önértékelés növelése érdekében hozott erőfeszítések tartozékai. Ennek következtében a dohányzás akár magas önértékeléssel is együtt járhat, amennyiben az önértékelés magas szintjében éppen a dohányzás mint megerősítés játszik fontos szerepet (Pikó, 2002).

AZ EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁS EPIDEMIOLOGIÁJA ÉS PROTEKTÍV TÉNYEZŐI

Az egészségvédő magatartásformák közül a sportolás és a táplálkozási szokásokkal összefüggő magatartás a leginkább vizsgált (Luszczynska és mtsai, 2004). A kedvező élettani hatásokon túl figyelmet érdemel, hogy a rendszeres fizikai aktivitású személyekre jobb közérzet, nagyobb érzelmi stabilitás és jobb intellektuális teljesítmény a jellemző (Brown és Wang, 1992; Landers és Petruzzello, 1994). Más epidemiológiai vizsgálati eredmények szerint a fizikai aktivitás negatívan korrelál a serdülőkori depresszív (Camacho és mtsai 1991) és szorongásos tünetekkel (Stephoe és mtsai, 1989), valamint pozitívan korrelál a jó pszichés közérzettel (Cramer, 1991). A U.S. Department of Health and Human Services (1996) adatai alapján a serdülők 14%-a nem végez rendszeres fizikai aktivitást. Az inaktivitás szintje magasabb a lányok körében, és mindkét nemnél az életkorral arányosan nő. Egy másik jelentős epidemiológiai felmérés, a Youth Risk Behavior Surveillance (Eaton és mtsai, 2006) eredményei szerint a fiúk 75,8%-a és a lányok 61,7%-a végzett rendszeresen (legalább öt napon át) mérsékelt fizikai aktivitást az adatgyűjtést megelőző héten.

A másik kiemelten vizsgált egészségvédő magatartás a táplálkozáskontroll. Neumark-Sztainer és mtsai (1997a) számos, egészséggel kapcsolatos magatartásforma vizsgálatának bevonásával végzett faktoranalízis eredményeként empirikusan is igazolták, hogy a táplálkozáskontroll az egészséggel kapcsolatos preventív magatartás-struktúra részét képezi. Ellenkező oldalról közelítve, ugyancsak Neumark-Sztainer és munkatársai (1997b) a különféle rizikómagatartások közös etiológiájára mutattak rá, amely magatartások között a pszichoaktív szerekkel való visszaélés, a bűnözés, az öngyilkosság kockázata és a nem védett szexuális együttlét mellett ott található az egészségtelen táplálkozási magatartás is. A serdülőkorúak egészséges

táplálkozási magatartását befolyásoló tényezők között Conner és mtsai (2002) a családi táplálkozási szokások mellett jelentős befolyásoló tényezőnek találták a táplálkozással kapcsolatos tudatosságot. Pikó (2002) ezt a fajta tudatosságot a jövőorientáltsághoz, Schwarzer és Renner (2000) pedig a kompetens viselkedéshez (énhatékonysághoz) köti.

A táplálkozási tudatosságot tekintve az európai (vö. Eaton és mtsai, 2006) és az amerikai (vö. Larson és mtsai, 2007) kutatási eredmények meglehetősen pesszimista képet tükröznek a táplálkozási szokásokkal kapcsolatosan. Az adatgyűjtést megelőző héten a serdülők 30%-a fogyasztott zöldségeket és gyümölcsöket, napi rendszerességgel mindössze csupán 20%-uk. A lányok általában több zöldséget és gyümölcsöt, kevesebb gyorsétkezdéből származó ételt, ugyanakkor több édességet fogyasztanak (Neumark-Sztainer és mtsai, 1998; Sweeting és mtsai, 1994). A fiúkra a húsalapú élelmiszerek és az állati eredetű zsírok fogyasztása jellemző, ugyanakkor a lányoknál több tejterméket is fogyasztanak (Eaton és mtsai, 2006).

A serdülőkorúak egészségmagatartását befolyásoló védőfaktorokat vizsgáló kutatások mindeddig inkább a kockázati tényezőkre összpontosítottak. Számos kutató egyetért azonban abban, hogy a kockázati tényezők mellett a védőtényezők azonosításának kiemelkedő szerepe van (Blum és Ireland, 2004; Jessor és mtsai, 1998). A protektív tényezők között az énhatékonyság az egészségmagatartás alapvető fontosságú szociokognitív prediktora (Motl és mtsai, 2002; Rodgers és mtsai, 2002). Egyes szerzők szerint (pl. Deci és Ryan, 2000) a kompetencia, valamint ezzel összefüggésben az önbecsülés érzése az önbeteljesülés egyik legfontosabb személyhez kötött képessége. Pozitív összefüggést mutat úgy a fizikai aktivitással (Barr-Anderson és mtsai, 2007; Dishman és mtsai, 2005), az egészséges táplálkozási magatartással (Glynn és Ruderman, 1996; Luszczynska és mtsai, 2004; Pikó, 2002), mint egyéb egészségvédő magatartási formákkal (Boney-McCoy és mtsai, 1999).

Az önszabályozott viselkedés egy jól meghatározott cél vagy feladat végrehajtásában a viselkedés módosítása érdekében tett erőfeszítésre vonatkozik (Tice és Bratslavsky, 2000). Karoly (1993) szerint a viselkedéskontrollra vonatkozó stabil személyiségvonás. Az önszabályozott viselkedés esetében ez a viselkedéskontroll a figyelemnek a felelősségre történő összpontosítására és az érzelmeknek a felelősségre szempontjából történő szabályozására vonatkozik (Baumann és Kuhl, 2002). Zimmerman (1995) leszögezi, hogy az önszabályozott viselkedés nem egy az önellenőrzéssel, az öntudatossággal vagy a metakognícióval.

A jövőorientáció az egészségvédő magatartás jelentős motivációs összetevője (Rothspan és Read, 1996; Strathman és mtsai, 1994). A szociál-kognitív motivációelmélet szerint a jövőképzet meghatározó a preventív egészségmagatartásokban (Bandura, 1997). Más vélemény szerint (Shapiro és mtsai, 1998) az egészségmagatartás közvetlenül összefügg a jövővel kapcsolatos döntési folyamatokkal. A jövőorientáció jelentheti a rizikómagatartások kínálta „pszichoszociális haszon” jelenbeli

elutasítását valamely, a jövőben élvezhető egészséghaszon érdekében. Ugyanakkor, amint azt Croll és mtsai (2001) vizsgálati eredményei is igazolták, az egészséges táplálkozást a jövőorientáció alacsony szintje nagyobb mértékben akadályozza, mint a táplálkozási előírások ismeretének a hiánya.

Szintén protektív tényező az élet értelmébe vetett hit, az egyénnek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, annak a bizonyossága, hogy a minket körülvevő és a bennünk megnyilvánuló világ összefüggő, kiszámítható, az események pedig befolyásolhatóak. Antonovsky (1993) szerint az élet értelmébe vetett hit olyan létbizonyosság, amelynek birtokában az egyén a viselkedéses kihívásokat képes pozitívan értelmezni (hinni abban, hogy a nehéz élethelyzetek értékes élettapasztalatok megszerzésének a lehetőségét jelentik), képes derűlátó lenni a jelenben, megkeresni a társas támogatás adekvát formáit, megőrizni teljesítménymotivációját, ésszerűen gazdálkodni az idővel. Az élet értelmébe vetett hit és az egészség kapcsolatával számos empirikus vizsgálat foglalkozik. Häggman-Laitila és Pietilä (1998) az élet értelmébe vetett hit és az egészség összefüggésrendszerének a magyarázatában gazdag szakirodalmi adatokra hivatkoznak, amelynek vezérgondolata, hogy az egészséges életmód szempontjából kiemelt jelentőségű tudatosság nem képzelhető el anélkül a bizonyosság nélkül, hogy életünk értelemmel telített. Ez ugyanis a jövőnkkel, életünkkel és egészségünkkel kapcsolatosan mindenféle tervezési folyamat kiindulópontja. Von Bothmer és Fridlund (2003) igazolták, hogy az optimizmus és az étellel szembeni pozitív érzelmi beállítottság az általános egészségi állapot jelentős prediktora.

Az élet értelmébe vetett hit negatívan befolyásolja az egészségkockázati magatartásformák gyakoriságát is (Larson és mtsai, 1998; Nicholson és mtsai, 1994). Zullig (2001) eredményei szerint a szerfogyasztókra – a nem fogyasztókkal szemben – az étellel való elégedettség lényegesen alacsonyabb szintje jellemző. Topolsky (2001) szerint pedig, a szerfogyasztókhoz képest a szerfogyasztástól tartózkodó serdülők szignifikánsan jobbnak ítélik életminőségüket. Az élet értelmébe vetett hit nemcsak az egészségi állapot és a betegségekkel való megküzdés, hanem az életminőség meghatározott összetevője is (Ebert, Tucker és Roth, 2002).

A jelen kutatás célja az egészségmagatartásokkal összefüggésbe hozható protektív tényezők hatásrendszerének a vizsgálata, arra a hipotézisre alapozva, hogy az énhatékonyság motivációs tényezőként, az önszabályozott viselkedés akarati tényezőként, a jövőorientáció kognitív tényezőként, az élet értelmébe vetett hit pedig spirituális tényezőként eltérő összefüggésrendszert alakít ki az egészségkárosító és az egészségvédő magatartásformákkal.

MINTA ÉS MÓDSZER

A vizsgálati populáció a Maros és Kovászna megyei IX–XII-ikes tanulók sokasága. A mintavétel alapjául a 2005–2006-os tanév beiskolázási adatai szolgáltak. A Maros megyei mintában 1200, a Kovászna megyei mintában pedig 800 tanulót vettünk be. A mintavétel rétegzett mintavételi eljárással történt, a mintavétel alapegységei az iskolai osztályok voltak.

A vizsgálatra 2006 tavaszán került sor, előzetesen felkészített kérdőbiztosok segítségével. A kérdőív kiosztását megelőzően a kérdőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés konfidencialitásáról. A kérdőív kitöltése – előzetes tesztelésre alapozva – 50-60 percet vett igénybe. A kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt urnába helyezték el. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 98,8%-os válaszadási arányt állapítottunk meg. Így az alapmintából 1977 Maros és Kovászna megyei tanuló kérdőívét dolgoztuk fel.

Függő változónak két egészségzrizikót (dohányzás és szeszesitalfogyasztás) és két egészségvédő magatartást (fizikai aktivitás és táplálkozáskontroll) vettünk, független változónak pedig az énhatékonyságot, az önszabályozott viselkedést, a jövőorientációt és az élet értelmébe vetett hitet tekintettük.

Az egészséggel kapcsolatos magatartások felmérésére Gerrard és mtsai (1996) által kidolgozott mérőeszközt használtuk fel. A dohányzás és a szeszesitalfogyasztás esetében az elmúlt havi gyakoriságot („Az elmúlt hónapban kb. mennyit dohányoztál?” „Az elmúlt hónapban hányszor ittál egyszerre nagyobb mennyiségű, »több pohár« alkoholt?”) vizsgáltuk. A válaszlehetőségek mindkét változó esetében hatfokú Likert-skálán oszlottak meg. A fizikai aktivitás esetében a mérés az intenzív, legkevesebb 30 percig tartó fizikai aktivitás havi gyakoriságára irányult. A „soha” illetve a „hetente három vagy több alkalommal” válaszlehetőségek egy ötfokú Likert-típusú skála végpontjait jelentették. Az odafigyelés a táplálkozásra a következő kérdés segítségével valósult meg: „Az elmúlt hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre (azaz próbáltál egészségesen táplálkozni)?” A válaszlehetőségek a következők voltak: „egyáltalán nem”, „egy kissé”, „időnként”, „legtöbbször”, „mindig”.

Az énhatékonyság mérése a General Self-Efficacy Scale (Schwarzer és Jerusalem, 1995) segítségével történt. A skála 10 kijelentésből áll, amelyeket a válaszadónak saját személyére vonatkozóan kell megítélnie. A válaszlehetőségek a következők voltak: „egyáltalán nem jellemző rám”, „alig jellemző rám”, „jellemző rám”, „teljes mértékben jellemző rám”. A skála Magyarországi adaptációja Kopp Mária és mtsai (1993) munkája révén valósult meg. A Cronbach-alfa mutató a magyarországi serdülőpopulációban 0,81 volt (Pikó, 2002), mintánkban pedig 0,86.

Az önszabályozott viselkedés mérése a Wills és mtsai (2002) által kidolgozott Self-Regulation Scale segítségével valósult meg. A skála 7 kijelentést tartalmaz,

melyek érvényességét a válaszdónak négyfokú skálán kell megítélnie. Mintánkban a skála Cronbach-alfa mutatója 0,78 volt.

A jövőorientációt a Strathman és mtsai (1994) nevéhez fűződő skálával (Consideration of Future Consequences Scale) mértük. A skála hat kijelentéséhez egyenként öt válaszlehetőséget rendeltek hozzá, amelyek az „egyáltalán nem jellemző rám” és a „teljes mértékben jellemző rám” válaszlehetőségek között oszlanak meg. Magyarországi mintán a skála megbízhatóságát mérő Cronbach-alfa 0,55 (Luszczynska és mtsai, 2004), mintánkban pedig 0,66 volt.

Az élet értelmébe vetet hitet Rahe és Tolles (2002) Brief Stress and Coping Inventory "Purpose and connection" (magyarul: Életcél és kapcsolatok) alskálájának a segítségével mértük. A skála nyolc kijelentést, és kijelentésenként három válaszlehetőséget tartalmazott. Magyarországi adaptációját Rózsa és mtsai (2005) végezték el. Magyarországi mintán a skála Cronbach-alfa mutatója 0,72 (Rózsa és mtsai, 2005), mintánkban pedig 0,85 volt.

EREDMÉNYEK

AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁSI FORMÁK ELŐFORDULÁSA A MINTÁBAN

Amint az 1. táblázatból (lásd a következő oldalon) kitűnik, a dohányzás havi prevalenciája a teljes mintában 55,5%, a szeszesitalfogyasztásé (nagyivás) 36,5%, a fizikai aktivitásé 90,3% és a táplálkozáskontrollé 83,9%. A chi-négyzet próba mind a négy vizsgált egészséggel kapcsolatos magatartás esetében nemi eltéréseket igazolt, mind a négy változó esetében a fiúk javára.

A vizsgált két egészségkockázati magatartásforma esetében a rendszeres fogyasztás a fiúkra jellemzőbb. A fizikai aktivitás esetében a nemek közötti különbségek a heti gyakorisággal végzett aktivitásban mutatkoznak meg. A táplálkozásra való odafigyelés esetében, habár a lányoknál regisztráltunk nagyobb prevalenciaértékeket, mégis a fiúk többen figyelnek oda minden alkalommal táplálkozási szokásaikra.

1. táblázat. Nemi különbségek az egészséggel kapcsolatos magatartások szintjén

EGÉSZSÉGGEL KAPCSOLATOS MAGATARTÁSOK	TELJES MINTA (N=1977)	FIÚK (N=950)	LÁNYOK (N=1027)
<i>„Az elmúlt hónapban kb. mennyit dohányoztál?”***</i>			
egyszer sem	44,5%	43,3%	45,7%
csak néha egyet	16,3%	14,1%	18,4%
1–5 szálát naponta	8,3%	7,8%	8,9%
6–10 szálát naponta	6,7%	8,2%	5,3%
11–20 szálát naponta	4,2%	6,7%	1,9%
20-nál többet naponta	3,2%	5,4%	1,2%
<i>„Az elmúlt hónapban hányszor ittál egyszerre nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?”***</i>			
egyszer sem	63,5%	48,5%	77,4%
1-szer	17,7%	21,7%	13,9%
2-szer	9,6%	13,2%	6,3%
3–5-ször	6,3%	11,5%	1,5%
6–9-szer	1%	1,8%	0,2%
10-szer vagy annál többször	1,5%	2,9%	0,1%
<i>A fizikai aktivitás gyakorisága az elmúlt hónapban***</i>			
soha	9,7%	6,1%	12,9%
párszor	31,7%	23,1%	39,6%
havonta 2–3-szor	8,8%	8,1%	9,4%
hetente 1–2-szer	27,3%	28,7%	26,0%
hetente 3 vagy több alkalommal	22,4%	33,9%	11,8%
<i>Az táplálkozásra való odafigyelés gyakorisága az elmúlt hónapban***</i>			
egyéltalán nem	16,1%	19,3%	13,2%
egy kissé	27,1%	24,6%	29,3%
időnként	30,0%	26,0%	33,7%
legtöbbször	18,6%	19,6%	17,7%
mindig	8,0%	10,3%	5,8%

^achi-négyzet próba, *** p < 0,001

A PROTEKTÍV TÉNYEZŐK ELŐFORDULÁSI SZINTJE A MINTÁBAN

A 2. táblázat az egészségmagatartásokkal kapcsolatba hozott protektív tényezők leíró statisztikáját tartalmazza. Amint a táblázatból is kitűnik, az énhatékonyság, az önszabályozott viselkedés és a jövőorientáció a fiúkra jellemzőbb, az élet értelmébe vetett hit pedig nem mutat nemek közötti eltérést.

2. táblázat. Nemi különbségek a protektív tényezők szintjén

	TELJES MINTA (ÁTLAG/SZÓRÁS/ CRONBACH α)	FIÚK (ÁTLAG/SZÓRÁS)	LÁNYOK (ÁTLAG/SZÓRÁS)
énhatékonyság *** ^a	18,63(5,31)(0,86)	19,22(5,65)	18,08(4,97)
önszabályozott viselkedés*	11,74(3,92)(0,78)	11,92(4,20)	11,57(3,64)
jövőorientáció*	12,81(4,27)(0,66)	13,01(4,26)	12,62(4,27)
az élet értelmébe vetett hit	8,77(2,20)(0,85)	8,69(2,27)	8,78(2,12)

^afüggetlen kétmintás t-próba, * $p < 0,05$, *** $p < 0,001$,

AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁST BEFOLYÁSOLÓ PROTEKTÍV TÉNYEZŐK
TÖBBVÁLTOZÓS ELEMZÉSE

A 3. táblázat az egészséggel kapcsolatos magatartásformák többváltozós lineáris regresszióanalízisének eredményeit mutatja be. Az egészségkockázati és az egészségvédő magatartásformák eltérő prediktorstruktúrával rendelkeznek. A dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében az élet értelmébe vetett hit meghatározó, méghozzá negatív előjellel, azaz védőfaktorként funkcionál. A szerfogyasztás azonban magasabb énhatékonysággal jár együtt. Az egészségvédő magatartásformák esetében viszont az élet értelmébe vetett hit helyett más változók kerültek előtérbe, mint az énhatékonyság, a jövőorientáltság és az önszabályozott viselkedés. Az énhatékonyság az egészségvédő magatartások esetében is pozitív előjelű, így mindhárom vizsgált pszichológiai jellemző protektív hatású. A vizsgálatba bevett szociodemográfiai változók közül a nem és az életkor a táplálkozáskontrollt leszámítva mindhárom egészséggel kapcsolatos magatartás esetében prediktor. A dohányzás, a szeszesitalfogyasztás és a fizikai aktivitás gyakorisága a fiúkra jellemzőbb, az egészségkockázati magatartások gyakorisága az életkorral növekvő, a fizikai aktivitásé pedig csökkenő tendenciát mutat. A szülők iskolai végzettsége semmilyen befolyást nem gyakorol a vizsgált egészségmagatartások előfordulásának gyakoriságára, a család jó társadalmi réteghelyzete viszont növeli mind az egészségkockázati, mind pedig az egészségvédő magatartások előfordulását.

3. táblázat. Az egészséggel kapcsolatos magatartásformák havi gyakoriságának többváltozós lineáris regresszióanalízise (β -regressziós együtthatók)

	EGÉSZSÉGGOKKÁZATI MAGATARTÁSFORMÁK		EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁSFORMÁK	
	DOHÁNYZÁS	ALKOHOL- FOGYASZTÁS	FIZIKAI AKTIVITÁS	TÁPLÁLKOZÁS- KONTROLL
<i>protektív pszichológiai jellemzők</i>				
élet értelmébe vetett hit	·0,08***	·0,07*	·0,04	0,05
énhatékonyság	0,15***	0,06*	0,12***	0,09**
önszabályozott viselkedés	·0,02	·0,04	0,11***	0,09**
jövőorientáció	·0,05	0,01	0,12***	0,06*
<i>szociodemográfiai jellemzők</i>				
nem (fiú =1, lány =2)	·0,15***	·0,31***	·0,24***	·0,01
élektor	0,10***	0,05*	·0,06*	·0,03
apa iskolai végzettsége	·0,01	0,01	0,04	0,03
anya iskolai végzettsége	0,01	·0,01	0,02	0,01
társadalmi helyzet megítélése	0,07*	0,14***	0,06*	0,07*
konstans	·1,089	0,001	3,288***	1,057*
R ²	0,06*** ^a	0,12***	0,11***	0,05***

^a β standardizált regressziós együttható; ^bR² változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt

MEGBESZÉLÉS

A rendszeres dohányzás és szeszesitalfogyasztás a fiúknál gyakoribb. Eredményeink Reitz (2005) vizsgálati eredményeihez kapcsolódnak, aki az externalizált problémaviselkedési formákat egyértelműen a fiúkra találta jellemzőbbnek. A fiúk a lányoknál gyakrabban végeznek fizikai aktivitást, és bár a táplálkozásra való odafigyelés prevalenciaértéke a lányoknál nagyobb, mégis a fiúk azok, akik nagyobb arányban figyelnek oda minden alkalommal táplálkozásukra. Eredményeink összhangban vannak európai epidemiológiai felmérések adataival (Eaton és mtsai, 2006, Mathieson és Koller, 2006) és egyéb kutatási eredményekkel (Fairclough és Stratton, 2005; Von Bothmer és Fridlund, 2005).

Serdülőkorban az egészségkockázati magatartásformák növekedéséről és az egészségvédő magatartásformák csökkenéséről számolnak be a kutatási eredmények (vö. Fairclough és Stratton, 2005). Éppen ezért kiemelt fontosságú a védőfaktorok felkutatása. A jövőorientáltság, az élet értelmébe vetett hit, az énhatékonyság vagy az önszabályozott viselkedés olyan pszichológiai változók, amelyek védőfaktorként funkcionálhatnak (pl. Barr-Anderson és mtsai, 2007; Croll és mtsai, 2001; Dishman és mtsai, 2005; Glynn és Ruderman, 1996; Luszczynska és mtsai, 2004; Pikó,

2002). A szakirodalom alapján feltételeztük, hogy az egyes egészséggel kapcsolatos magatartásformákra eltérő prediktorstuktúra jellemző.

Az egészséggel kapcsolatos magatartások regresszióanalíziséből nyert adataink valóban arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségvédő magatartás nem egyszerűen az egészségkockázati magatartásformák hiánya, hanem egészségtudatos döntés eredménye. Erre következtethetünk abból, hogy a sportolást és a táplálkozáskontrollt a jövőorientáltság és az önszabályozott viselkedés határozza meg, míg a szerfogyasztás legfontosabb prediktora az élet értelmébe vetett hit hiánya volt. Korábbi vizsgálatok is igazolták a jövőorientáltság szerepét a sportolás és a táplálkozáskontroll meghatározásában (Croll és mtsai, 2001; Luszczynska és mtsai, 2004; Pikó, 2002). Az önszabályozott viselkedés prediktív hatása pedig az egészségvédő magatartásformákkal kapcsolatban a tudatosság szerepét hangsúlyozza (Tice és Bratslavsky, 2000). Az élet értelmébe vetett hit preventív hatása az egészségkockázati magatartásformákban nyer hangsúlyt a hivatkozott nemzetközi szakirodalomban is (Larson és mtsai, 1998; Nicholson és mtsai, 1994; Zullig, 2001).

Az énhatékonyság sajátos helyzetére utal az, hogy pozitívan korrelál mind az egészségkockázati, mind az egészségvédő magatartásformákkal. Az énhatékonyság tehát együtt jár egy egészségtudatosabb viselkedéssel, azonban nagyobb szerfogyasztási gyakorisággal is. Mivel a jelen vizsgálat keresztmetszeti jellegű, ok-okozati kapcsolatot nem igazolhatunk. Longitudinális vizsgálatok azonban arra hívják fel a figyelmet, hogy ez a kapcsolat valójában azt jelzi, hogy az énhatékonyság hiánya hajlamosíthat szerfogyasztásra, ami viszont növelheti a fiatalok énhatékonyságát és önbizalmát (Glendinning, 2002). Ebbe az irányba mutatnak azon kutatási eredmények is, miszerint a kompetens viselkedés alapját képező önértékelés az internalizált problémaviselkedés egyértelmű védőfaktora, szerepe azonban az externalizált problémaviselkedéssel kapcsolatban többértelmű (Pikó, 2002).

Kutatási eredményeink megerősítik a protektív pszichológiai hatások szerepét a fiatalok egészségtudatos viselkedésének kialakításában, illetve az egészségkockázati magatartásformák megelőzésében.

IRODALOM

- Antonovsky, A. (1993) The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725–733.
- Asakawa, K., Csikszentmihályi, M. (1998) Feeling of connectedness and internalization of values in Asian American adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 121–145.
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman, New York.
- Barr-Anderson, D.J., Young, D.R., Sallis, J.F., Neumark-Sztainer, D.R., Gittelsohn, J., Webber, L., Saunders, R., Cohen, S., Jobe, J.B. (2007): Structured physical activity and psychosocial correlates in middle-school girls. *Preventive Medicine*, 44, 404–409.

- Baumann, N., Kuhl, J. (2002) Intuition, affect, and personality: Unconscious coherence judgments and self-regulation of negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1213–1223.
- Blum, R.W., Ireland, M. (2004) Reducing risk, increasing protective factors: Findings from the Caribbean Youth Health Survey. *Journal of Adolescent Health*, 35, 493–500.
- Boney-McCoy, S., Gibbons, F.X., Gerrard, M. (1999) Self-esteem, compensatory self-enhancement, and the consideration of health risk. *Journal of Personal and Social Psychology*, 8, 954–965.
- Brown, D.R., Wang, Y. (1992) The relationships among exercise training, aerobic capacity, and psychological wellbeing in the general population. *Medicine, Exercise, Nutrition, and Health*, 3, 125–142.
- Camacho, T.C., Roberts, R.E., Lazarus, N.B., Kaplan, G.A., Cohen, R.D. (1991) Physical activity and depression: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, 134, 220–231.
- Conner, M., Norman, P., Bell, R. (2002) The theory of planned behavior and healthy eating. *Health Psychology*, 21, 194–201.
- Cramer, S.R., Nieman, D.C., Lee, J.W. (1991) The effects of moderate exercise training on psychological well-being and mood state in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 437–449.
- Croll, J.K., Neumark-Sztainer, D., Story, M. (2001) Healthy eating: What does it mean to adolescents? *Journal of Nutrition Education*, 33, 193–198.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (2004) *HBSC-Health Behavior in School-aged Children: WHO Cross-National Study. International Reports*. WHO Denmark.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000) The 'what' and 'way' of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- Diener, E., Oishi, S., Lucas, R.E. (2003) Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403–425.
- Dishman, R.K., Motl, R.W., Saunders, R., Dowda, M., Felton, G., Ward, D.S., Pate, R.R. (2005) Enjoyment mediates increased physical activity among adolescent girls. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 37, 478–487.
- Eaton, D.E., Kann, L., Kinchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Harris, W.A., Lowry, R., McManus, T., Chyen, D., Shanklin, S., Lim, C., Grunbaum, J.A., Wechsler, H. (2006) *Youth Risk Behavior Surveillance — United States, 2005*. Centers for Disease Control and Prevention. Surveillance Summaries. Vol. 55 / No. SS-5.
- Ebert, S.A., Tucker, D.C., Roth, D.L. (2002) Psychological resistance factors as predictors of general health status and psychical symptoms reporting. *Psychology, Health and Medicine*, 7, 77–83.
- Elliot, A., Chirkov, V.I., Kim, Y., Sheldon, K.M. (2001) A cross-cultural analysis of avoidance (relative to approach) personal goals. *Psychological Science*, 12, 505–510.
- Fairclough, S., Stratton, G. (2005) Improving health-enhancing physical activity in girls' physical education. *Health Education Research*, 20, 448–457.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T. (1996) Adolescent resiliency to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 281–292.
- 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.

- Glendinning, A (2002) Self-esteem and smoking in youth – muddying the waters? *Journal of Adolescence*, 25, 415.
- Glynn, S.M., Ruderman, A.J. (1986) The development and validation of an eating self- efficacy scale. *Cognitive Therapy Research*, 10, 403–420.
- Häggman-Fairclough, A., Pietilä, A.M. (1998) Life control and health in view of qualitative and quantitative research. *International Journal of Nursing Practice*, 4, 103–112.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A., Morgan, M. (2004) *The ESPAD Report 2003. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN. Stockholm.
- Hossack, R.C. (1997) Salutogenic and pathogenic orientations to life: Attachment, personality, sense of coherence and well-being in late adolescence: A structural equation model. Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering, 58, 2153.
- Jessor, R. (1993) Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117–126.
- Jessor, R., Turbin, M.S., Costa, F.M. (1998) Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788–800.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E. (2006) *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975–2005: Volume I, Secondary school students* (NIH Publication No. 06-5883). National Institute on Drug Abuse, Bethesda, MD.
- Karoly, P. (1993) Mechanisms of self-regulation: A system view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23–52.
- Kopp, M.S., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993) *Hungarian questionnaire in psychometric scales for cross-cultural self-efficacy research*. Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.
- Landers, D.M., Petruzzello, S.J. (1994) Physical activity, fitness, and anxiety. In: Bouchard, C., Shephard, R.J., Stephens, T. (eds.) *Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement*. Human Kinetics, Champaign, IL, 868–882.
- Larson, D.B., Swyers, J.P., McCullough, M.E. (eds.) (1998) *Scientific research on spirituality and health: A consensus report*. National Institute for Healthcare Research, Rockville MD.
- Larson, N.I., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P.J., Story, M. (2007) Trends in adolescent fruit and vegetable consumption, 1999–2004: project EAT. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, 147–150.
- Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Pikó, B., Teközel, M. (2004) Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19, 577–593.
- Mathieson, A., Koller, T. (2006) *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. WHO/HBSC Forum WHO European Office for Investment for Health and Development.
- Motl, R.W., Dishman, R.K., Saunders, R.P., Dowda, M., Felton, G., Ward, D.S., Pate, R.R. (2002) Examining social-cognitive determinants of intention and physical activity among Black and White adolescent girls using structural equation modeling. *Health Psychology*, 21, 459–467.

- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Dixon, L.B., Murray, D.M. (1998) Adolescents engaging in unhealthy weight control behavior: Are they at risk for other health- compromising behaviors? *American Journal of Public Health*, 88, 952–955.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Toporoff, E., Himes, J.H., Resnick, M.D., Blum, R. W.M. (1997a) Covariates of eating behavior with other health-related behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 20, 450–458.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S.A., Resnick, M.D. (1997b) Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research*, 12, 37–52.
- Nicholson, T., Higgins, W., Turner, P., James, S., Sickle, F., Pruitt, T. (1994) The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: A retrospective study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 24–28.
- Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodrick, D.A., Sawzer, S.M. (2003) Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1–11.
- Oshi, S., Diener, E., Lucas, R.E., Such, E. (1999) Cross-cultural variation in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs, and values. *Personal and Social Psychology Bulletin*, 25, 980–990.
- Pikó B. (2001) Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: Újabb kockák a “kirakós játékhoz”. *Addictologia Hungarica*, 9, 195–203.
- Pikó B. (2002) *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Rahe, R.H., Tolles, R.L. (2002) The Brief Stress and Coping Inventory: A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9, 61–70.
- Reininger, B.M., Evans, A.E. Griffin, S.F., Sanderson, M., Vincent, M.L., Valois, R.F., Parra-Medina, D. (2005) Predicting adolescent risk behaviors based on an ecological framework and assets. *American Journal of Health Behavior*, 29, 150– 161.
- Reitz, E., Dekovic, M., Meijer, A.M. (2005) The structure and stability of externalizing and internalizing problem behavior during early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 577–588.
- Rodgers, W.M., Hall, C.L., Blanchard, C.M., McAuley, E., Munroe, K.J. (2002) Task and scheduling self-efficacy as predictors of exercise behavior. *Psychology and Health*, 17, 405–416.
- Rothspan, S., Read, S.J. (1996) Present versus time perspective and HIV risk among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15, 131–134.
- Rózsa S., Kó N., Csoboth Cs., Purebl Gy., Beöthy-Molnár A., Szebik I., Berghammer R., Réthelyi J., Skrabski Á., Kopp M. (2005) Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6, 275–294.
- Saluja, G., Iachan, R., Scheidt, P.C., Overpeck, M.D. (2004) Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 760–766.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995) Generalized self-efficacy scale. In: Weinman, J., Wright, S. and Johnston, M. (eds.) *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*. NFER-NELSON, Windsor, UK., pp. 35–37
- Schwarzer, R., Renner, B. (2000) Social-cognitive predictors of health behavior: action self- efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, 487–495.

- Shapiro, R., Siegel, A.W., Scovill, S.L., Hays, J. (1998) Risk-taking patterns of female adolescents: what they do and why. *Journal of Adolescence*, 21, 143–159.
- Shedler, J., Block, J. (1990) Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612–630.
- Steptoe, A., Edwards, S., Moses, J., Mathews, A. (1989) The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 537–547.
- Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D.S., Edwards, C.S. (1994) The consideration of future consequences: Weighting immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 742–752.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., Koskenvuo, M. (2001) Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 77–86.
- Sweeting, H., Anderson, A., West, P. (1994) Socio-demographic correlates of dietary habits in mid to late adolescence. *European Journal of Clinical Nutrition*, 48: 736–748.
- Tice, D.M., Bratslavsky, E. (2000) Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychological Inquiry*, 11, 149–159.
- Topolski, T.D., Patrick, D.L., Edwards, T.C., Huebner, C.E., Connell, F.A., Mount, K.K. (2001) Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 29, 426–435.
- U.S. Department of Health and Human Services (1996) *Physical activity and health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Von Bothmer, M.I., Fridlund, B. (2005) Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among Swedish university students. *Nursing Health Science*, 7, 107–118.
- Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A.M. (2002) Moderators of the relation between substance use level and problems: Test of a self-regulation model in middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 3–21.
- Wright, D., Sathé, N., Spagnola, K. (2007) *State estimates of substance use from the 2004–2005 National Surveys on Drug Use and Health* (DHHS Publication No. SMA 07-4235, NSDUH Series H-31). Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, Rockville, MD.
- Zimmerman, B.J. (1995) Self-regulation involves more than metacognition: A social cognitive perspective. *Educational Psychologist*, 30, 217–221.
- Zullig, K.J., Valois, R.F., Huebner, S.E., Oeltmann, J.E., Drane, W.J. (2001): Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279–288.

AZ OPTIMIZMUS MINT A SERDÜLŐK SZERFOGYASZTÁSÁNAK ÉS PSZICHI- KAI EGÉSZSÉGÉNEK VÉDŐFAKTORA

Pikó Bettina, Hamvai Csaba

A serdülőkorban jelentős változások történnek a biológiai és pszichoszociális fejlődésben, többek között megugrik a szerfogyasztás kipróbálása, valamint csökken a sportolás és az egészséges táplálkozásra törekvés, emellett a pszichikai állapotban is több problémával kell számolnunk, amire utal a depresszió, a szorongás vagy az agresszív viselkedés gyakoribbá válása (Henry, Slater és Oetting, 2005; Milam és mtsai 2000). Ezért kiemelten fontosak azok a vizsgálatok, amelyek a serdülőkori egészségmagatartást a kedvező irányba mozdíthatják el. Az optimizmus egyike lehet e protektív tényezőknek, azonban keveset tudunk a serdülőkori jólléttel és egészségmagatartással való összefüggéséről. Jelen tanulmány célja ezért kettős: 1) Megvizsgálni azokat a szociálpszichológiai és szocioökonómiai, szociáldemográfiai változókat, amelyek hatással lehetnek az optimizmus szintjére ebben a korban, 2) Igazolni az összefüggést az optimizmus és az egészségmagatartások, valamint a jóllét és az egészségi állapot változói között.

Az utóbbi évtizedekben sok jelentős tanulmány született az optimizmus és az egészség témakörében. Ezekben a vizsgálatokban az optimizmust úgy definiálták, mint a pozitív jövőbeli kimenetelre vonatkozó általános elvárást (Scheier és Carver, 1985). Így az optimizmus a pozitív gondolkodás útján szabályozó szerepet tölthet be az egészség fenntartása szempontjából. Számos tanulmány igazolta a pozitív kapcsolatot az optimizmus és a különböző egészségi állapot-változó között, többek között a fizikális állapotra vonatkozóan. Igen sok tanulmány foglalkozott az immunrendszerre ható kedvező változásokkal (Taylor, Kemeny, Reed és Bower, 2000) vagy például a daganatos betegek esetében az optimizmus túlélési esélyre gyakorolt szerepével (Allison, Guichard, Fun és Gilain, 2003). Az optimizmus stressz-semlegesítő hatással van az immunrendszerre, például a természetes öltősejtek vagy bizonyos T-sejtek százalékos arányának emelése révén. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy ez csak a kontrollálható helyzetekre érvényes. Nehezen kontrollálható helyzetekben a magas kortizolszint megakadályozhatja az optimizmus jótékony hatását a stresszhelyzetre koncentrálás miatt (Segerstrom, 2005). A fizikális egészségre gyakorolt jótékony hatás részben a hangulaton, részben a magatartáson keresztül valósulhat meg (Segerstrom, Taylor, Kemeny és Fahey, 1998). Ez megerősíti a további vizsgálatok szükségességét az optimizmus és a magatartás, többek között az egészségmagatartás összefüggéseiről.

A hangulatnál maradva ki kell emelni, hogy az optimizmus a hangulaton és az érzelmeken keresztül is befolyásolja az immunrendszert (Segerstrom és mtsai, 1998), valamint a pszichikai alkalmazkodóképességet, a depressziót és az étellel való elégedettséget (Chang, Sanna és Yang, 2003). Extremera, Durán és Rey (2007) negatív kapcsolatot találtak az optimizmus és a depresszió, valamint pozitív kapcsolatot az optimizmus és az étellel való elégedettség között. Huan, Yeo, Ang és Chong (2006) pedig éppen serdülők körében az optimizmus és az iskolai stressz között találtak negatív kapcsolatot. Lai (2009) szintén az optimizmus védőfaktorjellegét igazolta serdülők körében: a napi konfliktusok semlegesítésében az optimizmus fontos szerepet játszik. Mindez az optimizmus pozitív fejlődépszichológiai hatását emeli ki. Seligman, Steen, Park és Peterson (2005) ennek érdekében ún. boldogsággyakorlatokat szorgalmaz, és ebben az optimista perspektíva is lényeges szerepet kap. Kutatások igazolták is a gyakorlatok jótékony hatását például a depresszió prevenciójában.

A hangulat mellett az optimizmus egészségre gyakorolt hatásában a „coping”-gal, azaz a megbirkózással kapcsolatos jelenségek is fontosak, amelyek szintén összefüggnek az optimizmussal. Az optimizmus ugyanis hatást gyakorolt a coping-folyamatra és annak kimenetelére. Gondoljunk csak a stresszfolyamatok értékelésére (Lazarus, 1993). Az, hogy milyen megbirkózási stratégiát választunk ki, szintén függ az optimista beállítódástól vagy annak hiányától (Chang, 1998). Az eredmények azt mutatják, hogy az optimizmus elsősorban az aktív coping-technikákhoz kötődik, és például a problémamegoldó stratégiákat mobilizálja (Scheier, Weintraub és Carver, 1986; Carver, Scheier és Weintraub, 1989; Iwanaga, Yokoyama és Seiwa, 2004), valamint a problémával való szembenézést (Nes és Segerstrom, 2003), és a társas támogatás coping-szerepét is elősegíti (Hatchett és Park, 2004). Az érzelmi coping-folyamatok inkább alacsonyabb optimizmusszinttel járnak (Scheier, Weintraub és Carver, 1986), csakúgy, mint a problémától való eltávolodás technikái (Nes és Segerstrom, 2003; Carver, Scheier és Weintraub, 1989; Hatchett és Park, 2004). A kedvező immunválasz (például a magasabb limfocitaszint) kapcsolatba hozható az optimizmussal összefüggő jobb pszichológiai alkalmazkodással és a megbirkózás során a társas támogatás keresésével (Antoni, 2002). A remény mint megbirkózási stratégia erősítésében szintén szerepet kap az optimizmus (Rogers és mtsai, 2005). Összességében a coping-folyamatokkal kapcsolatban elmondható, hogy ha pozitív elvárásokkal tekintünk egy szituáció elé, akkor hajlamosabbak vagyunk aktív, hatékony coping-stratégiák mobilizálására, vagy akár olyan érzelmemközpontú technikák alkalmazására, amelyek közelebb visznek a megoldáshoz például kontrollálhatatlan helyzetekben (Conway és Terry, 1992).

A magatartás szerepe vitathatatlan az optimizmus és az egészség összefüggésében. Sajnos azonban, ezen a téren viszonylag kevés kutatási eredmény áll rendelkezésünkre. Számos magatartási elem szerepel a coping-folyamatban is, amelyek

között vannak adaptívak (mint például a sport) vagy inadaptívak (mint amilyenek a káros szenvedélyek). Az optimizmus elősegíti a hatékony coping-folyamatokat mobilizáló egészségmagatartásokat, és segít megelőzni az egészségkárosító magatartásformákat. Egy felnőtteket érintő vizsgálatban kiderült például, hogy az optimizmus több fizikai aktivitással hozható összefüggésbe, valamint elősegíti az egészséges táplálkozást, például a zöldség- és gyümölcsfogyasztást, a teljes kiőrlésű gabonával készített termékeket, de például a dohányzástól való tartózkodást is (Giltay és mtsai, 2007). Egy másik vizsgálat is megerősítette, hogy a fizikailag aktívabb egyének optimistábbak (Kavussanu és McAuley, 1995). Egy finn fiatalok körében végzett vizsgálat pedig azt mutatta, hogy az optimizmus hajlamosít az egészséges táplálkozásra, például saláták, gyümölcsök, vagy alacsonyabb zsírtartalmú sajtok fogyasztására, emellett az egészségkockázati magatartások alacsonyabb gyakoriságával is összefügg (Kelloniemi és Laitinen, 2005).

Serdülők körében viszonylag kevésbé vizsgált terület az optimizmus és az egészségmagatartás közötti kapcsolat témaköre. Néhány vizsgálat azonban megerősíti az optimizmus pozitív összefüggését az egészségvédő magatartásokkal, így a több sporttal, a kevesebb szerfogyasztással, a kedvezőbb táplálkozási szokásokkal, relaxációval, nagyobb biztonsággal (lásd például Yarcheski, Mahon és Yarcheski, 2004; Ayres, 2008). Szondy (2008) egyetemista populáción végzett elemzése az mutatják, hogy bizonyos egészségmagatartások az optimizmussal, mások a pesszimizmussal állnak összefüggésben, míg olyanok is vannak, amelyek egyikkel sem. A testedzés függ össze leginkább az optimizmussal, míg a tudatos étkezés azokra jellemző, akik mind az optimizmus, mind pedig a pesszimizmus skálán nagyobb pontszámot értek el. A dohányzás az optimizmussal nem, csak a pesszimizmussal függ össze (pozitívan), viszont a szélsőségesen optimisták körében nagyobb az alkoholfogyasztás gyakorisága.

Az optimizmust elősegítő társas hatások vizsgálata még az előzőeknél is kevésbé vizsgált terület, noha fontos lenne megismeri a befolyásoló tényezőit, éppen az egészségfejlesztés céljából. Egyik ilyen kiemelt fontosságú terület a társas támogatás és az optimizmus összefüggése, annál is inkább, mert a társas támogatás is kiemelt egészségvédő faktor. Kutatások megerősítik a kapcsolatot az optimizmus és a társas támogatás között is, és ahogy azt serdülőkkel végzett kutatásokban igazolták, nem egyszer az optimizmus játssza a mediátorszerepet a társas támogatás és a pozitív egészségváltozók között (Ayres, 2008; Mahon, Yarcheski, Yarcheski és Hanks, 2007). A szülői társas támogatás talán a legfontosabb a társas háló elemei közül e tekintetben. Különösen a szülő-gyermek kötődés minősége jelentős a pszichoszociális fejlődésben, ami a serdülők körében jelentősen átalakul a gyermekkorhoz képest; elsősorban az ún. biztonságos kötődésnek van szerepe ebben amelllett, hogy a szülői kontroll látensebbé válik a serdülők autonómiatörekvései miatt (Scharf, Mayseless és Kivenson-Baron, 2004). A társas támogatás tehát az optimista beállítódás erő-

sítésével vagy a hatékony coping-stratégiák mintaszerű bemutatásával elősegíti a serdülők egészséges személyiségfejlődését, aminek következtében a serdülők körében kevésbé kell számolnunk depresszióval, ugyanakkor jellemző rájuk a jóllétmutatók kedvezőbb szintje (Wong & Lim, 2009). Longitudinális vizsgálatok megerősítik az optimizmus/pesszimizmus hosszú távú fejlődéstani következményeit. Az ellenséges szülői attitűd hajlamosít később a gyermekek pesszimizmusára, annak mindenféle egészségügyi következményeivel (Heinonen, Räikkönen és Keltikangas-Järvinen, 2005). A jó szülő-gyermek kapcsolat viszont felnőttkorban az optimista beállítódást segíti elő, sőt, a negatív életesemények (mint például a családi konfliktusok, válás, anyagi problémák) okozta depressziót is csökkenti (Korkeila és mtsai, 2004).

A társadalmi helyzet is meghatározó az optimizmus szempontjából. A társadalmi egyenlőtlenségekről szóló kutatások némelyike egyenesen azt állítja, hogy a szocializáció során átörökölt attitűdök, normák és értékek vagy éppen a megbirkózás módjai sokkal fontosabb szerepet játszanak ebben, mint az anyagiak (Singh-Manoux és Marmot, 2005). Az optimizmus vagy éppen a pesszimizmus is része lehet ennek a folyamatnak. Vannak kutatások, amelyek azonban inkább a pesszimizmussal találtak összefüggést, az optimizmussal viszont nem. Az alacsony társadalmi helyzet tehát leginkább a jövővel kapcsolatos negatív elvárásokra hajlamosít (Robb, Simon és Wardle, 2009; Taylor és Seeman, 1999). Más vizsgálatok viszont mind az optimizmus, mind pedig a pesszimizmus esetében meghatározónak találták a gyermekkori társadalmi helyzetet (Heinonen és mtsai, 2006).

Jelen vizsgálatunkban egyrészt az optimizmust befolyásoló társadalmi-gazdasági, szülői és iskolai háttértényezőket elemeztük, másrészt az optimizmus kedvező hatásait kívántuk igazolni a serdülők egészségmagatartásával és jóllétével kapcsolatban. Feltételeztük, hogy a család jó társadalmi helyzete és a szülők társas támogatása pozitívan hat a gyermekek optimizmusára, csakúgy, mint az iskolai védőfaktorok jelenléte. Második hipotézisünk az volt, hogy az optimizmus kedvező egészségmagatartási státusszal (például alacsonyabb szerfogyasztással és több sporttal vagy étkezési kontrollal) és jólléttel (például az étellel való nagyobb elégedettséggel, alacsonyabb depressziópontszámmal és a saját egészség jobb értékelésével) jár együtt.

MINTA ÉS MÓDSZER

Elemzésünkhöz a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás adatait használtuk fel (részletesen lásd: Píró Bettina: Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében c. fejezetet).

A kérdőívben szerepelt az optimizmus, az étellel való elégedettség, az egészség önértékelése, a szülői társas támogatás, és egyéb szülői és iskolai változó. A szocio-

demográfiai és a szocioökonómiai kérdések között szerepelt a szülők iskolázottsága (általános iskola = 1, szakmunkásképző = 2, érettségi = 3, főiskola/egyetem = 4), valamint a társadalmi helyzet önmeghatározása (alsó osztály = 1, alsó középosztály = 2, középosztály = 3, felső közép- és felső osztály), a nem és az életkor (Pikó és Fitzpatrick, 2007). Az iskolai előmenetelre vonatkozóan a leggyakrabban kapott jegyek átlaga szerepelt változóként.

Az optimizmus mérésére a Scheier és Carver (1985) által kidolgozott Life Orientation Test (LOT) nevű skála magyar verzióját alkalmaztuk. A diszpozicionális optimizmus mértékét tesztelő mérőeszköz nyolc állításból épül fel (például: „Bizonytalan időkben a legjobbat várom.”), és ötpontos válaszadási skálán lehet megjelölni az egyetértés mértékét. A módszer megbízhatósági mutatója, a Cronbach-alfa = 0,70.

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) módszerének felhasználásával történt. 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 és 24 között változhatnak. A skála megbízhatóságát jelző Cronbach-alfa értéke 0,92 (apai támogatás), illetve 0,91 (anyai támogatás) volt. A szülői és iskolai védőfaktorok részletes leírását lásd: Pikó Bettina: Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében c. fejezetben, illetve az 1. táblázatban.

Az étellel való elégedettség mérésére a Satisfaction With Life Scale elnevezésű skálát alkalmaztuk (Diener és mtsai, 1985). A skála öt állítást tartalmaz (például: „Az életkörülményeim kiválóak”). A válaszok 1–7-ig terjedő skálán mérhetők, ahol 1 = „egyáltalán nem értek egyet az állítással”, 7 = „teljesen egyetértek az állítással”. A végső skála pontszámai 5 és 35 között változhatnak, a saját mintával kiszámított megbízhatósági mutató (Cronbach-alfa) = 0,83. A depressziós tünetegyüttes mérésére a Child Depression Inventory (CD) magyar nyelvre adaptált, rövidített változatát alkalmaztuk (Kovács, 1992; Pikó és Fitzpatrick, 2003). 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-alfa értéke 0,74 lett.

A magatartási változók és egészség önértékelése esetében dichotóm változókat alkalmaztunk: dohányzás (az elmúlt három hónapban dohányzott-e: igen/nem), nagyivászat (az elmúlt három hónapban fogyasztott-e egyszerre legalább öt adag alkoholt: igen/nem), fizikai aktivitás (részt vett-e heti legalább egy alkalommal

minimum fél óráig tartó fizikai aktivitásban: igen/nem), étkezési kontroll (próbált-e odafigyelni étkezési szokásaira és egészségesen enni: igen/nem) (Kann, 2001; Luszczynska és mtsai, 2004). Végül az egészség önértékelését is dichotóm formában alkalmaztuk (kiváló/jó és elfogadható/rossz) (Tremblay, Dahinten és Kohen, 2003; Pikó, 2000).

A statisztikai elemzésben a leíró statisztikán túl korrelációelemzést, többváltozós regresszióelemzést és bináris logisztikus regresszióelemzést alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázat mutatja be a szocioökonómiai, szülői és iskolai faktorok leíró statisztikáját. Jellemző a mintára, hogy a legtöbb szülő szakmunkásvégzettséggel rendelkezett. Legtöbben a középosztályba sorolták magukat (63,9%), 2,9% az alsó, 1,7% pedig a felső osztályba tartozónak vélte magát. A szülői változók jelentős változatosságot mutattak az eloszlás terén, ami különösen igaz a „vacsora a családdal” elnevezésű védőfaktor esetében, amellyel kapcsolatban jellemző, hogy mindössze 12,7% jelezte, hogy mindig együtt vacsorázik a család. A személyes problémák megbeszélése a családdal sokkal gyakoribbnak bizonyult (a diákok 15,5%-a választotta azt a gyakoriságot, hogy „mindig”), mint a tanárokkal (mindössze 1,9%). A többség elégedett volt az iskolával (65,8%).

1. táblázat. A szocioökonómiai, szülői és iskolai faktorok leíró statisztikája a mintában (N = 881)

VÁLTOZÓK	%
<i>apa iskolázottsága</i>	
általános iskola	6,2
szakmunkásképző	48,2
érettségi	28,4
főiskola/egyetem	17,2
<i>anya iskolázottsága</i>	
általános iskola	9,1
szakmunkásképző	38,6
érettségi	30,5
főiskola/egyetem	21,8
<i>társadalmi helyzet</i>	
alsó osztály	2,9

alsó közép	15,1
középosztály	63,9
felső közép	16,4
felső osztály	1,7
<i>vacsora a családdal</i>	
soha	8,7
elég ritkán	20,3
néhányszor	29,9
legtöbbször	28,3
mindig	12,7
<i>problémák megbeszélése a családdal</i>	
soha	6,6
elég ritkán	19,4
néhányszor	30,1
legtöbbször	28,4
mindig	15,5
<i>problémák megbeszélése a tanárokkal</i>	
soha	43,8
elég ritkán	32,1
néhányszor	17,5
legtöbbször	4,6
mindig	1,9
<i>elégedettség az iskolával</i>	
nagyon elégedetlen	5,8
elégedetlen	16,3
elégedett	65,8
nagyon elégedett	12,1

A 2. táblázat tartalmazza a dichotomizált magatartási és egészségváltozók leíró statisztikáját a mintában. A hallgatók közül 38,5% számított aktuálisan dohányosnak, azaz az elmúlt három hónapban ennyien dohányoztak több-kevesebb gyakorisággal. 68,6%-uk vett részt ún. nagyívászatban legalább egyszer a kérdezett időperiódus alatt. Fizikai aktivitás (rendszeres, azaz heti legalább egyszeri alkalom az iskolai testnevelési órákon túl) 65,9%-ukra volt jellemző, és 78,6%-uk mindig vagy legtöbbször odafigyelt étkezésére. Az egészség önértékelését illetően 66,9%-uk jónak vagy kiválónak értékelte saját egészségét.

2. táblázat. A dichotomizált magatartási és egészség változók leíró statisztikája a mintában (N = 881)

VÁLTOZÓK	%
<i>dobányzás (valaha)</i>	
igen	38,5
nem	61,5
<i>„nagyivászat” (legalább egyszer)</i>	
igen	68,6
nem	31,4
<i>fizikai aktivitás (minimum egyszer egy héten)</i>	
igen	65,9
nem	34,1
<i>étkezési kontroll (legtöbbször vagy mindig)</i>	
igen	78,6
nem	21,4
<i>egészség önértékelése</i>	
kiváló/jó	66,9
elfogadható/rossz	33,1

A 3. táblázat az iskolai előmenetel, a szülői társas támogatás és a jóllét változóinak leíró statisztikáját mutatja. Az apai támogatás alacsonyabb pontszámot kapott (átlag = 16,7), mint az anyai (átlag = 19,8). A mintában a depresszió mintabeli eloszlása viszonylag kedvező, csakúgy, mint az élettel való elégedettség vagy az optimizmus.

3. táblázat. Az iskolai előmenetel, a szülői társas támogatás és a jóllét változóinak leíró statisztikája a mintában (N = 881)

VÁLTOZÓK	ÁTLAG (SZÓRÁS)	MINIMUM	MAXIMUM
iskolai előmenetel	3,56 (1,46)	1	7
apai társas támogatás	16,71 (5,28)	6	24
anyai társas támogatás	19,83 (4,25)	6	24
depresszió (CDI)	8,11 (8,04)	0	47
optimizmus (LOT)	28,11 (5,50)	9	40
élettel való elégedettség (SWL)	21,79 (6,37)	5	35

A 4. táblázatban az optimizmust befolyásoló tényezők többváltozós regresszió-elemzésének eredményei láthatók. A szülői változók között a problémák megbeszélése

a szülőkkel és a szülői társas támogatás jelentős prediktorai voltak az optimizmusnak. A szülői változók összesen a variancia 14%-át magyarázták meg. Az iskolai változók között az iskolai előmenetel és a problémák megbeszélése a tanárokkal nem bizonyultak szignifikánsnak, azonban az iskolai elégedettség igen. Összességében ezek a változók is szignifikánsan járultak hozzá az optimizmus előrejelzéséhez ($p < 0,05$). Végül, az életkor és a nemi hovatartozás mint szociodemográfiai jellemzők nem hoztak jelentős változást a varianciában ($p > 0,05$).

4. táblázat. Az optimizmust befolyásoló tényezők többváltozós regresszióelemzése

	<i>Beta^a</i>
<i>Szülői változók</i>	
apa iskolázottsága	0,14***
anya iskolázottsága	0,05
társadalmi helyzet	0,04
vacsora a családdal	0,05
problémák megbeszélése a szülőkkel	0,19***
apai társas támogatás	0,09*
anyai társas támogatás	0,09*
ΔR^2	0,14***
<i>Iskolai változók</i>	
jó iskolai előmenetel	0,03
problémák megbeszélése a tanárokkal	0,01
elégedettség az iskolával	0,11**
ΔR^2	0,012*
<i>szociodemográfiai változók</i>	
kor	0,01
nem	-0,06
ΔR^2	0,003
totál R^2	0,15***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$; egyoldali próba

^astandardizált regressziós koefficiens

Az 5. táblázat az optimizmus, a depresszió és az étellel való elégedettség közötti kétoldali kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatókat tartalmazza. A depresszió negatív, az étellel való elégedettség pozitív korrelációt mutatott az optimizmussal, valamint az előbbi két változó között is negatív kapcsolat volt igazolható.

5. táblázat. Az optimizmus, a depresszió és az étellel való elégedettség közötti kétoldali kapcsolatok elemzése (korrelációs mátrix)

	1.	2.	3.
1. optimizmus (LOT)	–	–	–
2. depresszió (CDI)	-0,458*	–	–
3. étellel való elégedettség (SWL)	0,428*	-0,480*	–

* $p < 0,01$

Végül, a 6. táblázat a magatartási, a jólléttel összefüggő és az egészségi állapot változóinak (mint függő változók) összefüggését mutatja az optimizmussal (mint független változó). Az esélyhányadosok a bináris logisztikus regresszióelemzés eredményei. Az egészségmagatartási változók közül az optimizmus előrejelezte a nagyívászatot ($OR = 0,971$, $p < 0,05$), a fizikai aktivitást ($OR = 1,045$, $p < 0,01$) és az étkezési kontrollt ($OR = 1,070$, $p < 0,001$), egyedül a dohányzás esetében nem bizonyult szignifikáns prediktornak a p érték és a 95%-os konfidencia intervallum alapján. Prediktornak bizonyult továbbá az optimizmus a depresszió ($OR = 0,851$, $p < 0,001$), az étellel való elégedettség ($OR = 1,351$, $p < 0,001$) dichotomizált változói esetében, amelyeket a felső 10%-ot jelző 'cut-off score' alapján hoztunk létre. Az egészség (jó/kiváló) értékelése esetében is szignifikáns prediktor lett az optimizmus ($OR = 1,179$, $p < 0,001$). Az értékeléshez figyelembe kell venni, hogy az 1-nél nagyobb esélyhányados esetén az összefüggés fordított, az 1-nél kisebb pedig egyenes arányosságot jelöl.

6. táblázat. A magatartási, a jólléttel összefüggő és egészségi állapot változóinak összefüggése az optimizmussal – bináris logisztikus regresszióelemzés

FÜGGŐ VÁLTOZÓK	OPTIMIZMUS MINT FÜGGETLEN VÁLTOZÓ OR ^a 95% CI ^a
nagyívászat	0,971 (0,945–0,998)*
dohányzás	0,991 (0,966–1,017)
rendszeres fizikai aktivitás	1,045 (1,017–1,073)**
étkezési kontroll (legtröbbször/mindig)	1,070 (1,039–1,102)**
depresszió (cdi): score $\geq 20^+$	0,851 (0,799–0,905)**
étellel való elégedettség: score $\geq 30^+$	1,351 (1,239–1,472)**
egészség önértékelése: jó/kiváló	1,179 (1,128–1,233)**

^aOR, esélyhányados ^b95% CI, 95%-os konfidenciaintervallum

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$ (p értékek)

⁺A 'cut-off' pontszám a felső 10% értékein alapul

MEGBESZÉLÉS

Az optimizmust jelentős védőfaktorként tartjuk számon, amely kihat a testi (Allison, Guichard, Fun és Gilain, 2003; Segerstrom, 2005; Taylor, Kemeny, Reed és Bower, 2000) és a lelki egészségre (Chang, Sanna és Yang, 2003; Extremera, Durán és Rey, 2007; Seligman, Steen, Park és Peterson, 2005). Serdülők körében is igazolták az optimizmus és a stresszoldás közötti pozitív kapcsolatot (Huan, Yeo, Ang és Chong, 2006), valamint a konfliktusok megoldásában játszott pozitív szerepet (Lai, 2009). A pozitív pszichológia egyértelműen a karaktererőségek közé sorolja (lásd Seligman, Steen, Park és Peterson, 2005). Mégis, viszonylag keveset tudunk az optimizmust befolyásoló tényezőkről. Eredményeinkkel ehhez a kutatási vonalhoz szeretnénk hozzájárulni, hiszen az egészségfejlesztésben és a prevencióban ismernünk kell ezeket a háttérváltozókat.

A szülői tényezők közül a társadalmi helyzet a vártnál kisebb szerepet játszott a serdülők optimizmusában (vö. Robb, Simon és Wardle, 2009; Taylor és Seeman, 1999). Meg kell azonban jegyezni, hogy a mostani, keresztmetszeti elemzésünk helyett a longitudinális vizsgálatok alkalmasabbak arra, hogy az optimizmus és a társadalmi helyzet közötti kapcsolat összefüggését igazolják, hiszen ez egyébként is csak hosszú távon fejlődik ki a szocializáció során (Heinonen és mtsai, 2006). Adataink azt mutatják, hogy az apa iskolázottsága a meghatározó a serdülők optimista beállítódásával kapcsolatban, kevésbé az anyagi helyzetet tükröző társadalmi helyzet-mutató. Úgy tűnik, az iskolázottság olyan erőforrás, ami okot ad az optimista beállítódásra, azaz hajlamosíthat a jövővel kapcsolatos kedvező elvárásokra (Robb, Simon és Wardle, 2009).

A szülői változók közül ki kell emelni a szülői társas támogatás és a szülőkkel való problémamegbeszélés jelentőségét, amelyek azt mutatják, hogy a serdülő és a szülő közötti biztonságos kötődés valóban lényeges fejlődéstani elem (vö. Scharf, Mayseless és Kivenson-Baron, 2004). A társas támogatásnak tehát szerepe lehet az optimista beállítódás erősítésével a serdülők egészséges személyiségfejlődésében (Wong és Lim, 2009). Ez pedig később kihat a pszichikai egészség számos területére (Heinonen, Räikkönen és Keltikangas-Järvinen, 2005, Korceila, és mtsai, 2004). A szülői változók mellett lényeges az iskolával való elégedettség is, hiszen az iskolában eltöltött idő a személyiségfejlődés szempontjából is meghatározó a szocializáció során.

A kutatásunk másik célja az optimizmus összefüggéseinek megerősítése volt a serdülők pszichikai jóllét-mutatóival, valamint egészségmagatartásukkal. Ez utóbbi különösen ritkán vizsgált terület, pedig igen fontos volna tudnunk kapcsolatát például a szerfogyasztással. Néhány vizsgálat beszámol az optimizmus pozitív hatásairól a kedvezőbb egészségmagatartás irányában (Giltay és mtsai, 2007; Kavussanu és McAuley, 1995; Kelloniemi és Laitinen, 2005). Serdülők körében alig találunk vizsgálatokat, néhány vizsgálat azonban megerősíti az optimizmus

pozitív összefüggését az egészségvédő magatartásokkal (például Yarcheski, Mahon és Yarcheski, 2004; Ayres, 2008). Szondy (2008) elsősorban a testedzés és az optimizmus kapcsolatát erősítette meg, míg a szerfogyasztást inkább a pesszimizmussal hozta összefüggésbe. Adataink megerősítik, hogy az optimizmus prediktornak tekinthető a fizikai aktivitás, valamint az étkezési kontroll esetében, ugyanakkor bár a nagyívászáttal kimutatható az összefüggés, a dohányzással ez nem igazolható. A depresszióval szemben azonban az optimizmus egyértelműen védőfaktornak bizonyult, és jelentősen hozzájárult az élettel való elégedettséghez. Az optimistábbak továbbá saját egészségüket is jobbnak értékelték. Ezek az eredmények a korábbi tanulmányok adataihoz hasonlóak (Chang, Sanna és Yang, 2003; Extremera, Durán és Rey, 2007).

Kutatásunk megállapította, hogy 1) az optimista beállítódás kialakulását jelentősen befolyásolja az apa iskolai végzettsége, a szülők társas támogatása és a problémák megbeszélése a szülőkkel; 2) az optimizmus összefügg a kedvező egészségmagatartással, valamint 3) az optimistábbak kevésbé hajlamosak depresszióra, ugyanakkor jobbnak értékelik saját egészségüket és elégedettebbek életükkel. Longitudinális vizsgálatokra van szükség az optimizmus, valamint a társas befolyás és jóllét mutatói közötti összefüggések alakulásának nyomon követésére. Kétségtelen azonban, hogy az optimizmus jelentős védőfaktor a serdülők szerfogyasztása és pszichikai állapota terén.

IRODALOM

- Allison, P.J., Guichard, C., Fung, K., Gilain, L. (2003) Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 543–548.
- Antoni, M. C. (2002) *Stress management intervention for women with breast cancer. Therapist's manual*. American Psychological Association.
- Ayres, C.G. (2008) Mediators of the relationship between social support and positive health practices in middle adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 22, 94–102.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989) Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Chang, E. C., Sanna, L. J. Yang, K.-M. (2003) Optimism, pessimism, affectivity, and psychological adjustment in US and Korea: A test of meditation model. *Personality and Individual Differences*, 34, 1195–1208.
- Chang, E.C. (1998) Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109–1120.
- Conway, V.J., Terry, D.J. (1992) Appraised controllability as a moderator of the effectiveness of different coping strategies: A test of the goodness of fit hypothesis. *Australian Journal of Psychology*, 44, 1–7.

- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S. (1985) The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- 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.
- Giltay, E.J., Geleijnse, J.M., Zitman, F.G., Buijsse, B. Kromhout, D. (2007) Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 483–490.
- Hatchett, G.T., Park, H.L. (2004) Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36, 1755–1769.
- Heinonen, K., Räikkönen, K., Matthews, K.A., Scheier, M.F., Raitakari, O.T., Pulkki, L., Keltikangas-Järvinen, L. (2006) Socioeconomic status in childhood and adulthood: Associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*, 74, 1111–1126.
- Heinonen, K., Räikkönen K., Keltikangas-Järvinen L. (2005) Dispositional optimism: Development over 21 years from the perspectives of perceived temperament and mothering. *Personality and Individual Differences*, 38, 425–435.
- Henry, K.L., Slater, M.D., Oetting, E.R. (2005) Alcohol use in early adolescence: The effect of changes in risk taking, perceived harm and friends' alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 275–83.
- Huan, V.S., Yeo, L.S., Ang, R.P., Chong, W.H. (2006) The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of academic stress. *Adolescence*, 41, 533–547.
- Iwanaga, M., Yokoyama, H., Seiwa, H. (2004) Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences*, 36, 11–22.
- Kann, L. (2001) The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 25, 272–277.
- Kavussanu, M., McAuley, E. (1995) Exercise and optimism: Are highly active individuals more optimistic? *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 17, 246–258.
- Kelloniemi, H., Ek, E., Laitinen, J. (2005) Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite*, 45, 169–176.
- Korkeila, K., Kivelä, S.L., Suominen S., Vahtera, J., Kivimäki, M., Sundell, J., Helenius, H., Koskenvuo, M. (2004) Childhood adversities, parent-child relationships and dispositional optimism in adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 286–292.
- Kovacs, M. (1992) Children's Depression Inventory (CDI). Multi-Health Systems, Toronto.
- Lai, J. C. L. (2009) Dispositional optimism buffers the impact of daily hassles on mental health in Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 247–249.
- Lazarus, R.S. (1993) Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Pikó, B.F., Tekozel, M. (2004) Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19, 577–593.

- Mahon, N.E., Yarcheski, A., Yarcheski, T.J., Hanks, M.M. (2007) Mediation models of health practices in early adolescents. *Clinical Nursing Research*, 16, 302–316.
- Milam, J.E., Sussman, S., Ritt-Olson, A., Dent, C.W. (2000) Perceived invulnerability and cigarette smoking among adolescents. *Addictive Behaviors*, 25, 71–80.
- Nes, L.S., Segerstrom, S.C. (2006) Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 235–251.
- 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., Fitzpatrick, K.M. (2003) Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 44–54.
- Pikó, B. (2000) Health-related predictors of self-perceived health in a student population: The importance of physical activity. *Journal of Community Health*, 25, 125–137.
- Robb, K.A., Simon, A.E., Wardle, J. (2009) Socioeconomic disparities in optimism and pessimism. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 331–338.
- Rogers, M.E., Hansen, N.B., Levy, B.R., Tate, D.T., Sikkema, K.J. (2005) Optimism and coping with loss in bereaved HIV-infected men and women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24, 341–360.
- Scharf, M., Mayseless, O., Kivenson-Baron, I. (2004) Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Development and Psychopathology*, 40(3), 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.
- Scheier, M.F., Weintraub, J.K., Carver, C.S. (1986) Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257–1264.
- Segerstrom, S.C. (2005) Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain Behavior and Immunity*, 9, 195–200.
- Segerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Fahey, J.L. (1998) Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1646–1655.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., Peterson, C. (2005) Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.
- 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.
- Szondy M. (2008) *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás*. PhD-disszertáció. ELTE Budapest.
- Taylor S.E., Seeman, T.E. (1999) Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 210–225.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., Gruenewald, T.L. (2000) Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.
- Tremblay, S., Dahinten, S., Kohen, D. (2003) Factors related to adolescents' self-perceived health. *Health Report*, 14S, 7–16.

- Turner, R.J., Marino, F. (1994) Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 513–519.
- Yarcheski, T.J., Mahon, N.E., Yarcheski, A. (2004) Depression, optimism, and positive health practices in young adolescents. *Psychological Reports*, 95, 932–934.
- 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.

KÖZÖSSÉGI HATÓKÉPESSÉG ÉS MÁS TÁRSAS BEFOLYÁS SZEREPE A SERDÜLŐK DOHÁNY- ZÁSÁBAN ÉS ALKOHOLFOGYASZTÁSÁBAN¹

Pikó Bettina

BEVEZETÉS

A dohányzás és az alkoholfogyasztás a serdülőkori szerfogyasztás két leggyakoribb típusa. Megjelenését számos tényező befolyásolja, közöttük igen jelentősen a társas faktorok. A társas befolyások között kell megemlíteni a szociális normákat és elvárásokat, a konkrétabb társas behatásokat és viselkedési nyomásokat (lásd például Oostveen, Knibb és de Vries, 1996; Simons-Morton és mtsai, 2001). A kortárshatás talán a legnyilvánvalóbb prediktora a serdülőkori szerfogyasztásnak, amely gyakran mint a kortársaitól eredő csoportnyomás játszik szerepet a szerfogyasztással való ismerkedés (ún. „beavatás”) során (Hussong, 2002; Pikó, 2001a). A csoportnyomáshoz való alkalmazkodás a dohányzás (Li, Unger, Schuster, Rohrbach, Howard-Pitney és Norman, 2003), valamint az alkoholfogyasztás (Stewart, Zeitlin és Samoluk, 1996; Wild, 2002) elkezdésében a kulcsfontosságú rizikófaktorok közé tartozik. A barátok dohányzása, különösképpen a legjobb baráté gyakran a legerősebb prediktora a serdülőkori dohányzásnak (de Vries és mtsai, 2003; Pikó, 2001a; Stein, Newcomb és Bentler, 1996). A szociális motivációk, beleértve az olyan hiedelmeket, mint hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás élvezetesebbé teszik a társas összejöveleteket, a mértéktelen szerfogyasztás előrevetítői, nemtől függetlenül (Bradizza, Reifman és Barnes, 1999).

E szociális hatások következményeként megállapítható, hogy a dohányzással és alkoholfogyasztással való ismerkedés főként serdülőkorban növekszik meg drámai mértékben. Ráadásul szoros összefüggés van a dohányzás és az alkoholfogyasztás között, tehát együttes előfordulásuk igen gyakori (Johnson, Boles, Vaughan és Kleber, 2000). Bár a szociális tényezők kulcsfontosságúak, a serdülők gyakran mint maladaptív coping-stratégiákat alkalmaznak e szereket, megerősítve a serdülőkor problémás alkalmazkodási folyamatairól szóló elméleteket (Pikó, 2001b).

A kortárshatás szorosan összefügg azzal, ahogyan a társas háló ebben a korban átstrukturálódik, azaz a fiatalok a szülők irányából elmozdulnak a kortárskapcsolá-

¹ Eredeti megjelenés: Pikó, B.F. (2006) Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences. *Addictive Behaviors*, 31(1), 102-114. Copyright © 2010 Elsevier Ltd. Engedélyével. A szerző fordítása.

tok felé (Cotterell, 1996; Pikó, 2000). A serdülőkör olyan átmeneti időszak, amely számos fejlődéstani kihívással jellemezhető, mint például a növekvő függetlenség a családtól vagy az új, kortársakkal kapcsolatos társadalmi szerepek betöltése. A megnövekedett autonómiaigény a serdülőkör sajátossága, és nem véletlen, hogy a serdülők problémamegoldási stratégiáik során kevesebb társas elemet használnak fel, mint korábban (Arnett, 1998).

A megnövekedett autonómiaigény fokozottabban jelentkezik a serdülő fiúknál (Pikó, 1998; Pikó, 2001b). Például sokkal több serdülő lány kér segítséget a szülőktől, barátoktól, vagy akár szakembertől, ha valamilyen problémája van, mint fiú (Schonert-Reichl és Muller, 1996). Korábbi tanulmányok felhívják a figyelmet arra, hogy nemi különbségek nemcsak a szerfogyasztás gyakoriságában mutathatók ki, hanem a serdülők szerfogyasztását befolyásoló társas hatások szerepében is (Hops, Davis és Lewin, 1999). A társas hatásokban fellelhető nemi különbségek visszavezethetők a társas készségekben vagy a társas támogatást kereső magatartási megnyilvánulások eltéréseire, hiszen például a nők általában több társas kontaktusról és társas támogatásról számolnak be (Pikó, 2001b).

Az individualizált társadalmakban a szociokulturális normák az autonómiát, az énhatékonyságot, a személyes ügyességet és egyéni készségeket hangsúlyozzunk (Arnett, 1998; Baer és Bray, 1999). E kulturális tendenciák ellenére a szociális készségek és a társas támogatás minősége nagyon fontos szerepet játszik a pszichikai jóllétünkben, egészségmagatartásunkban és az egészségünk alakulásában. Ez azt sugallja, hogy harmóniát kell találnunk a személyes hatékonyságunk és a társas létezésünk között. A szociális kompetencia és a szerfogyasztás összefüggéseiről szóló kutatások azt mutatják, hogy azok, akik szociálisan magabiztosabbak és jobb kommunikációs készségekkel rendelkeznek, kevésbé hajlamosak dohányzásra és alkoholfogyasztásra (Griffin és mtsai, 2001). Ezzel ellentétben a kevésbé kompetens fiatalok számára a dohányzás és alkoholfogyasztás nemegyszer szociális előnyökkel jár, mivel elősegíti a kortársakkal való konformitást (Ungar, 2000). Számos szerző javasolja a pozitív kortárshatást az ehhez hasonló negatív hatások semlegesítésére. A prevenciós programoknak ebben az értelemben kell bevonni a „pozitív kortársakat”, elmozdítva a fiatalokat a kedvezőtlen aktivitásokról az egészséget szolgáló magatartásformák felé (Rosenberg, 2002).

Serdülőkörben nem csupán a társas támogatás rendszere és a társas kapcsolati háló változik meg, hanem a serdülőknek új szociális szerepeket és készségeket is el kell sajátítaniuk (Cotterell, 1996). Amint már azt említettük, a kortárshatások nem feltétlenül negatívak, hanem a serdülők azonosságtudatának fontos forrásai is. A kortársnyomás negatív jellege főként a szerfogyasztással kapcsolatban nyilvánul meg, ez azonban erősen függ a szociális kompetencia és a közösségi/társas hatóképesség egyéni különbségeitől.

Amint Hobfoll és munkatársai (2002a) leírták, az ún. közösségi hatóképesség

(‘communal mastery’) az a képesség, ahogyan sikeresen elérünk valamilyen célt azáltal, hogy másokkal kölcsönhatásba kerülünk. A közösségi hatóképesség az egymással kölcsönös kapcsolatban álló egyéneket jelképezi, szemben az autonóm, független énnel (Helgeson, 1994). Sok esetben a coping, azaz a megbirkózás közösségi folyamat, és szorosan összefügg egy csoport vagy közösség együttes hatékonyságával (Lyons és mtsai, 1998). A megosztott, közös hatékonyság például a kollektivisztikus kultúrákban sokkal inkább meghatározója az egyének lelki edzettségének, mint az egyéni hatóképesség (Hobfoll és mtsai, 2002a). A közösségi hatóképesség vagy a kollektív ügyesség azonban még az individualisztikus társadalmakban is közel áll a társas támogatás megvalósulásához, és ezáltal a stresszoldás folyamatában kulcsszerepe van (Hobfoll és mtsai, 2002b). Az énről alkotott azon uralkodó nézet, hogy az én autonóm és független, alááshatja vagy korlátozhatja azt a nézetet, hogy az én társas konstruktum (Markus és Kitayama, 1994). Kétségtelen, hogy nemi különbségek is vannak a társas orientációkban, hiszen például a nők a férfiakhoz képest hajlamosabbak úgy tekinteni magukra, mint társas kölcsönhatásban lévőkre (Helgeson, 1994; Hobfoll és mtsai, 2002b).

Bár a pszichikai jólléttel, a stresszel való megküzdéssel és az egészségkockázati magatartásokkal összefüggésben sokan vizsgálták már a személyes ügyesség, a személyes hatóképesség vagy az optimizmus szerepét (lásd például Andersson, 1996; Flay, Petraitis és Hu, 1999; Majer és mtsai, 2003; Schweitzer és mtsai, 1992), a serdülők szerfogyasztása és a közösségi hatóképesség kapcsolatát még nem vizsgálták eddig. A dohányzásban és az alkoholfogyasztás gyakoriságában fennálló, valamint a társas hálóban megmutatkozó nemi különbségekre tekintettel feltételezzük, hogy a szerfogyasztás és a közösségi hatóképesség összefüggéseiben is igazolhatók nemi eltérések.

A jelen tanulmány célja a serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint a szerfogyasztás társas befolyásoló tényezőinek elemzése. E társas befolyásoló tényezők kiterjednek a társas motivációkra, a közösségi hatóképességre, valamint a kortársak szerfogyasztására. Feltételezzük, hogy a közösségi hatóképességnek (amely ebben az értelemben a társas készségek egyik megnyilvánulási formája) egy magasabb szintje egyfajta védőfunkciót tölt be a serdülők dohányzásában és alkoholfogyasztásában. Feltételezzük továbbá, hogy a társas befolyásoló tényezőknek a szerfogyasztással való összefüggéseiben nemi különbségek is megmutatkoznak.

MINTA ÉS MÓDSZER

Az adatgyűjtés általános iskolai felső tagozatos, valamint középiskolás diákok (11–19 évesek) körében történt Szegeden 2003-ban. Összesen 634 középiskolás vett részt a végső mintában, a 700 kiosztott kérdőívből ennyi került feldolgozásra

és elemzésre, így a válaszadási arány 90,6% volt. A diákok életkorának átlaga 15,6 év volt, szórás 2,0 év. A mintában 321 fiú (50,6%) és 313 (49,4%) lány vett részt. A mintaválasztás során négy általános és középiskola lett kiválasztva véletlenszerűen, és az osztályokat szintén ezzel a módszerrel vontuk be. Kb. 30 perc állt rendelkezésre a kérdőív kitöltésére osztályfőnöki óra keretében.

Az adatgyűjtés módszere önkitöltéses kérdőív volt, amelynek kitöltésekor mentálhigiénikus végzettségű pedagógus vagy tanár szakos egyetemi hallgató vett részt, akik felkészülten adták meg az instrukciókat a kitöltéshez, biztosítva az anonimitást. A kérdőív kiterjedt a szociodemográfiai változókon túl a hallgatók dohányzásának és alkoholfogyasztásának mértékére, a társas befolyásoltság változóira, a társas motivációkra, valamint a közösségi hatóképességre. A skálákat kétnyelvű fordító segítségével adaptáltuk magyar nyelvre: először angolról magyar, majd magyarról angol nyelvre történő kétszeres fordítással.

A következő szociodemográfiai változók kerültek be az elemzésbe: életkor (években), nem (fiú = 1), szülők iskolázottsága és társadalmi helyzete. Az iskolai végzettségnél négy kategóriát mértünk fel: főiskolai, egyetemi végzettség; érettségi; szakmunkás bizonyítvány; általános iskola. A társadalmi helyzet önbesorolásánál a szokásos kategóriákat (felső; felső közép; közép; alsó közép; alsó) alkalmaztuk (Pikó és Fitzpatrick, 2001). A fenti szociodemográfiai változókon túl az alacsony iskolai teljesítmény is szerepelt kontrollváltozóként, amely igazoltan hatással van a serdülők szerfogyasztására, főként a dohányzásra (Tyas és Pederson, 1998). Az önmaguk által megadott értékeket hét kategóriából álló skálán helyezhették el, ahol az 1-es érték = a főként 5-ös, a 7-es pedig = a főként 1-es és 2-es osztályzatokat jelezte.

A dohányzást és az alkoholfogyasztást a következő kérdésekkel mértük (Gerrard és mtsai, 1996): „Az elmúlt három hónapban mennyit dohányoztál/fogyasztottál alkoholt?” A válaszkategóriák a dohányzás esetében a következők voltak: egyáltalán nem (1), havonta egyszer-kétszer (2), hetente néhányszor (3), 1–2/naponta rendszeresen (4), 3–10/naponta rendszeresen (5), 10–20/naponta rendszeresen (6) és >20/naponta rendszeresen (7). Az alkoholfogyasztás esetében pedig: soha (1), alkalmanként (2), havonta kétszer-háromszor (3), hetente egyszer-kétszer (4), valamint hetente minimum háromszor (5).

A társas motivációkat a Substance Use Coping Inventory (Wills és mtsai, 1999) segítségével ismertük meg, az elemzésben a skálák összesített pontértékei szerepeltek. A mérés célja a dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos társas előnyök vizsgálata volt. Erre utal például a skálában szereplő következő állítás: „A dohányzás/alkoholfogyasztás szórakoztatóbbá teszi a társas összejöveleteket”. A dohányzásra vonatkozó alskála megbízhatóságát mérő Cronbach-alfa értéke 0,84, az alkoholfogyasztásra vonatkozó skáláé pedig 0,82 lett.

A társas befolyásoltságot a következő változókkal mértük (Pikó, 2001a): a dohányzó/alkoholt fogyasztó barátok számának vélt becslése, a legjobb barát

dohányzásának, illetve alkoholfogyasztásának gyakorisága, a barátok és a szülők attitűdje, azaz elfogadása a dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozóan. Az első változó segítségével (a dohányzó/alkoholt fogyasztó barátok számának vélt becslése) a kortársak viselkedéséről próbáltunk információt szerezni. A következő kérdéssel mértük: „barátaid közül hányan dohányoznak/fogyasztanak alkoholt rendszeresen?” A válaszkategóriák a következők voltak: egyik sem (1), néhányan (2), kb. fele (3), legtöbbször (4), és mindegyik (5). A legjobb barát viselkedésére külön is rákérdeztünk a következő kérdéssel: „Véleményed szerint legjobb barátod az elmúlt három hónapban hányszor dohányzott/fogyasztott alkoholt?” A következő válaszkategóriák álltak rendelkezésre: egyáltalán nem (1), havonta egyszer-kétszer (2), hetente néhányszor (3), 1–2/naponta rendszeresen (4), 3–10/naponta rendszeresen (5), 10–20/naponta rendszeresen (6) és >20/naponta rendszeresen (7). Végül megkérdeztük, hogy véleményük szerint barátaik, illetve szüleik mennyire fogadják el a dohányzást, alkoholfogyasztást; a válaszokat egy ötfokozatú skálán (ahol 1 = erősen ellenzik, 5 = teljesen elfogadják) mértük.

A közösségi hatóképesség mérése az ún. Communal Mastery Scale (Hobfoll és mtsai, 2002b), egy 10 elemből álló módszer segítségével történt. A diákokat megkértük, hogy jelezzék, mennyire értenek egyet az állításokkal, mint például: „A barátaimmal vagy a családommal közösen együttműködve jól tudom kontrollálni, hogy mi történik velem” vagy „A hozzám közelállók segítségével jobban tudom kontrollálni az életemet”. A válaszkategóriák négyfokú skálán mozogtak, ahol 1 = egyáltalán nem értek egyet, 4 = teljes mértékben egyetértek jelentést kapott. A megbízhatóságot mérő Cronbach-alfa értéke 0,83 volt.

A statisztikai elemzés leíró statisztikával kezdődött. Ezt követően Chi-négyzet próbával a dohányzási és alkoholfogyasztási gyakoriságok nemi eltéréseit teszteltük. Ehhez hasonlóan, kétmintás t-próbával igazoltuk a társas motivációk és a közösségi hatóképesség skálákban fellelhető nemi különbségeket, valamint a fogyasztási státusz szerinti eltéréseket. Végül, többváltozós regresszioelemzéssel számoltuk ki nemenként az egyes társas hatások dohányzásra és alkoholfogyasztásra gyakorolt befolyását, kontrollálva a szociodemográfiai mutatókat.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázat a dohányzás és alkoholfogyasztás gyakoriságait mutatja be nemenkénti bontásban. Ahogy a Chi-négyzet próba igazolta, a dohányzó magatartásban nem voltak nemek szerinti eltérések, bár a rendszeresen, napi több mint 10 szálát elszívók között több fiút találhatunk. Az alkoholfogyasztás viszont a fiúk körében gyakoribb volt, különösen a rendszeres használat.

1. táblázat. A dohányzás és az alkoholfogyasztás gyakorisága nemenként (N = 634)

%	FIÚK (N = 321)	LÁNYOK (N = 313)
DOHÁNYZÁS ^a		
egyáltalán nem	60,1	56,6
havonta egyszer-kétszer	10,1	14,1
hetente néhányszor	3,5	3,5
1–2/naponta rendszeresen	3,5	4,5
3–10/naponta rendszeresen	11,4	13,5
10–20/naponta rendszeresen	9,2	6,1
>20/naponta rendszeresen	2,2	1,6
ALKOHOLFogyasztás ^b		
soha	35,5	36,7
alkalmanként	28,3	38,9
havonta kétszer-háromszor	20,9	18,3
hetente egyszer-kétszer	10,3	3,9
hetente minimum háromszor	5,0	2,3

^aChi-négyzet próbával a nemek szerinti különbség nem szignifikáns ($p > 0,05$)

^bChi-négyzet próbával a nemek szerinti különbség szignifikáns ($p < 0,001$)

A 2. táblázat a dohányzás és alkoholfogyasztás társas befolyást jelző változóinak leíró statisztikáját láthatjuk. Mindössze 17,2%-uk válaszolta azt, hogy a barátaik közül egyáltalán nem dohányoznak, 7%-uk pedig úgy vélte, hogy mindegyikük dohányzik. A rendszeres dohányzással kapcsolatban hasonló arányok figyelhetők meg. Kb. 43%-uk válaszolta azt, hogy legjobb barátjuk egyáltalán nem dohányzik, míg 28,7%-uk úgy becsülte, hogy legjobb barátjuk egyáltalán nem fogyaszt alkoholt. Annak becsült értéke, hogy a barátok elfogadják a dohányzást és alkoholfogyasztást, jóval meghaladta annak mértékét, ahogyan a szülőkről vélekednek.

2. táblázat. A társas háló dohányzási és alkoholfogyasztási jellemzőinek leíró statisztikája (N = 634)

VÁLTOZÓ	%	ÁTLAG	SZÓRÁS
DOHÁNYZÁS			
<i>A legjobb barát dohányzása</i>			
Egyáltalán nem	43,2		
Havonta egyszer-kétszer	13,7		
Hetente néhányszor	5,9		
1-2/naponta rendszeresen	5,9		
3-10/naponta rendszeresen	15,4		
10-20/naponta rendszeresen	10,5		
>20/naponta rendszeresen	5,4		

<i>Barátok dohányzása</i>			
Egyik sem	17,2		
Néhányan	33,6		
Kb. fele	13,7		
Legtöbbjük	28,5		
Mindegyik	7,0		
A barátok elfogadják a dohányzást (pontszám: 1-5)		3,2	1,3
A szülők elfogadják a dohányzást (pontszám: 1-5)		2,0	1,1
ALKOHOLFogyasztás			
<i>A legjobb barát alkoholfogyasztása</i>			
Soha	28,7		
Alkalmanként	32,2		
Havonta kétszer-háromszor	21,2		
Hetente egyszer-kétszer	12,7		
Hetente minimum háromszor	5,2		
<i>Barátok alkoholfogyasztása</i>			
Egyik sem	14,4		
Néhányan	36,3		
Kb. fele	16,7		
Legtöbbjük	25,0		
Mindegyik	7,6		
A barátok elfogadják az alkoholfogyasztást (pontszám: 1-5)		3,3	1,2
A szülők elfogadják az alkoholfogyasztást (pontszám: 1-5)		2,1	1,0

Megjegyzés. A nem 100%-ot kiadó összesített értékek a hiányzó adatokból vagy kerekítésből adódnak.

A 3. táblázat a társas motivációk és a közösségi hatóképesség leíró statisztikájának adatait tartalmazza nemenként. A fiúk mindkét motivációs skálán nagyobb pontszámot értek el, bár statisztikailag csak az alkoholfogyasztási motivációs skála pontszámai tértek el jelentős mértékben nemenként. A lányok magasabb pontszámot értek el a közösségi hatóképesség skáláján, azonban ez az eltérés nem érte el a kijelölt statisztikai szignifikanciahatárt ($p > 0,05$).

3. táblázat. A társas motivációk és a közösségi hatóképesség leíró statisztikája nemenként

	FIÚK (N = 321) ÁTLAG (SZÓRÁS)	LÁNYOK (N = 313) ÁTLAG (SZÓRÁS)	SZIGNIFIKANCIA ^a
a dohányzás társas motivációs skálája (pontszám: 4–20)	6,81 (3,62)	6,58 (3,25)	$p > 0,05$
az alkoholfogyasztás társas motivációs skálája (pontszám: 4–20)	9,40 (3,97)	8,80 (3,76)	$p < 0,05$
közösségi hatóképesség skála (pontszám: 4–40)	29,81 (4,70)	29,91 (4,44)	$p > 0,05$

^aKétmintás t-próba

A 4. táblázat a motivációs skálák és a közösségi hatóképesség leíró statisztikáját szerfogyasztói státusz szerint mutatja be nemenként külön-külön. A szerfogyasztói státusz a dohányzás és alkoholfogyasztás dichotóm változói szerint lett kialakítva: dohányzó és nemdohányzó (azaz, hogy valaki dohányzott-e az elmúlt három hónapban, mennyiségtől függetlenül), illetve alkoholt fogyasztó (rendszeres fogyasztáson alapuló kategória) és nem fogyasztó (egyáltalán nem vagy csak alkalmanként). Amint az várható volt, a dohányzók a társas motivációs skálán nagyobb pontszámot értek el, mint ahogy a rendszeresen alkoholt fogyasztók is az alkoholfogyasztási motivációs skálán. Ez nemtől független összefüggés volt. Nemenként eltérés mutatkozott azonban a szerfogyasztás és a közösségi hatóképesség összefüggésében. A fiúk körében a dohányzók és az alkoholt rendszeresen fogyasztók alacsonyabb pontszámot kaptak, míg ezek az összefüggések a lányok mintájában nem igazolhatók. Mindez arra enged következtetni, hogy a közösségi hatóképesség szerfogyasztásra gyakorolt hatása eltérő lehet a fiúk és a lányok között.

Az 5. táblázatban a dohányzásra vonatkozó többváltozós regressziómodellek láthatók nemenkénti bontásban. A regresszió modelljei a közösségi hatóképesség (modell 1), a társas hatások (modell 2), valamint a szociodemográfiai kontrolltényezők relatív jelentőségét hivatottak mérni a dohányzás gyakoriságában. Mindkét nemben szignifikánsnak bizonyultak a társas motivációk, a legjobb barát dohányzása és a szülők elfogadása ($p < 0,001$). Az életkor és az anya iskolázottsága szintén szignifikáns lett a fiúk almintájában ($p < 0,05$). Az R^2 változás csak a fiúk almintájában volt végig statisztikailag is szignifikáns. Az így bevitt összes változó a teljes variancia 61%-át magyarázta meg a fiúk és 71%-át a lányok esetében.

A 6. táblázatban az alkoholfogyasztásra vonatkozó többváltozós regressziómodellek láthatók nemenkénti bontásban. A lányok esetében mindössze két változó lett szignifikáns a társas hatások közül: a társas motivációs skála és a legjobb barátok alkoholfogyasztása ($p < 0,001$). A fiúk esetében az említett két változó (motivációs skála, legjobb barát hatása) mellett a barátok alkoholfogyasztása és a szülők elfogadása is szignifikáns prediktorok lettek ($p < 0,01$). A szociodemográfiai változók közül az apa iskolázottsága ($p < 0,01$), valamint az alacsony iskolai teljesítmény ($p < 0,05$) volt prediktora a fiúk alkoholfogyasztásának. A közösségi hatóképesség mind a dohányzás, mind pedig az alkoholfogyasztás ($p < 0,05$) jelentős prediktora lett a fiúk almintájában.

4. táblázat. A társas motivációk és a közösségi hatóképesség leíró statisztikája nemeként és szerfogyasztási státusz szerint

	FIÚK (N = 321)			LÁNYOK (N = 313)		
	NEMDOHÁNYZÓ ÁTLAG (SZÓRÁS)	DOHÁNYZÓ ÁTLAG (SZÓRÁS)	SZIGNIFIKANCIA ^a	NEMDOHÁNYZÓ ÁTLAG (SZÓRÁS)	DOHÁNYZÓ ÁTLAG (SZÓRÁS)	SZIGNIFIKANCIA ^a
a dohányzás társas motivációs skálája (pontszám: 4–20)	5,33 (2,40)	9,00 (4,00)	p<0,001	5,43 (2,19)	8,07 (3,77)	p<0,001
közösségi hatóképesség (pontszám: 4–40)	30,50 (4,74)	28,93 (4,40)	p<0,01	30,28 (4,50)	29,41 (4,33)	p>0,05
az alkoholfogyasztás társas motivációs skálája (pontszám: 4–20)	ALKOHOLT NEM FOGYASZTÓ 6,45 (2,92)	RENDSZERESEN ALKOHOLT FOGYASZTÓ 11,02 (3,51)	SZIGNIFIKANCIA ^a	ALKOHOLT NEM FOGYASZTÓ 6,59 (2,76)	RENDSZERESEN ALKOHOLT FOGYASZTÓ 10,07 (3,68)	SZIGNIFIKANCIA ^a
közösségi hatóképesség (pontszám: 4–40)	30,87 (4,90)	29,25 (4,49)	p<0,01	30,31 (4,74)	29,70 (4,27)	p>0,05

^aKétmintás t-próba

5. táblázat. A dohányzás többváltozós regressziós modellje nemenkénti bontásban

	FÜK			LÁNYOK		
	MODELL 1	MODELL 2	MODELL 3	MODELL 1	MODELL 2	MODELL 3
<i>közöségi barátságosság</i>	-0,15***	-0,07*	-0,07*	-0,09	-0,01	-0,006
<i>társas hatások</i>						
társas motivációs skála		0,17***	0,16***		0,11*	0,12**
legjobb barát dohányzása		0,44***	0,40***		0,68***	0,69***
barátok dohányzása		0,11	0,08		0,08*	0,04
barátok elfogadó attitűdje		0,05	0,05		0,05	0,05
szülők elfogadó attitűdje		0,19***	0,18***		0,16***	0,16***
<i>szociodemográfiai változók</i>						
kor			0,11*			0,06
alacsony iskolai teljesítmény			0,06			0,04
apa iskolázottsága			-0,06			-0,03
anya iskolázottsága			-0,11*			-0,01
társadalmi helyzet			-0,01			-0,03
konstans	4,28***	0,01	-1,60	3,37***	-0,29	-1,29
R ²	0,03* ^{a,b}	0,59***	0,61*	0,008	0,71***	0,71

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001; egyoldali t-próba
Megjegyzés: ^aStandardizált regressziós együttható, ^bR² változás szignifikanciájának alapja a hierarchikus F-teszt

6. táblázat. Az alkoholfogyasztás többváltozós regressziós modellje nemenkénti bontásban

	FÜFÜK			LÁNYOK		
	MODELL 1	MODELL 2	MODELL 3	MODELL 1	MODELL 2	MODELL 3
<i>közösségi hatóképeség</i>	-0,17***	-0,08*	-0,08*	-0,05	0,02	0,03
<i>társas hatások</i>						
társas motivációs skála		0,19***	0,19***		0,24***	0,24***
legjobb barát dohányzása		0,50***	0,51***		0,47***	0,47***
barátok dohányzása		0,13**	0,13**		0,09	0,09
barátok elfogadó attitűdje		0,03	0,04		-0,03	-0,06
szülők elfogadó attitűdje		0,13***	0,12**		0,05	0,06
<i>szociodemográfiai változók</i>						
kor			0,05			-0,01
alacsony iskolai teljesítmény			0,09*			0,02
apa iskolázottsága			-0,13**			-0,07
anya iskolázottsága			-0,02			0,01
társadalmi helyzet			-0,01			-0,06
konstans	3,54***	0,33	-0,69	3,37***	-0,29	-1,29
r ²	0,03** ^{a,b}	0,64***	0,66*	0,003	0,48***	0,49

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

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

MEGBESZÉLÉS

Amint a szakirodalomból kitűnik, a társas hatások a serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás legerősebb meghatározói (lásd például Oostveen, Knibb és de Vries, 1998; Pikó, 2001a; Simons-Morton és mtsai, 2001; Tyas és Pederson, 1998). A kortárshatás, a kortárscsoportból eredő nyomás azonban szorosan kapcsolódik a fiatalok szociális kompetenciájához (pl. Griffin, Epstein, Botvin és Sporth, 2001; Rosenberg, 2002). Ezért meg kell értenünk, mit jelent az alacsony szintű szociális kompetencia, és hogyan befolyásolja a fiatalok szerfogyasztását. A közösségi hatóképesség, mint a közösségi működés hatékonysága a szociális coping (megbirkózás) fontos szempontja (Hobfoll és mtsai, 2002a, Hobfoll és mtsai, 2002b; Lyons és mtsai, 1998). A coping-folyamat része lehet a szerfogyasztás, méghozzá annak nem hatékony módja (Pikó, 2001b). A közösségi hatóképesség viszont más társas hatás mellett jelentős védőfaktora lehet a serdülők dohányzásának és alkoholfogyasztásának. Feltételezhetjük továbbá, hogy a dohányzásban és alkoholfogyasztásban fellelhető nemi különbségek visszavezethetők a közösségi hatóképesség és más társas hatások nemek szerinti eltéréseire. Korábbi tanulmányok a társas támogatás és a társas coping folyamatában jelentős eltéréseket igazoltak nemek szerint (Pikó, 2001b; Schonert-Reichl és Muller, 1996). Ebben a tanulmányban kifejezetten a közösségi hatóképességre és más társas hatásokra koncentráltunk a serdülőkori dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatban.

Serdülőkorban a dohányzás és az alkoholfogyasztás a két leggyakoribb szerfogyasztás. Jelen vizsgálatban részt vevő serdülők (felső tagozatos és középiskolás tanulók) több mint 40%-a dohányzott az elemzést megelőző három hónapban, és 60%-uk fogyasztott alkoholt ugyanezen időszak alatt legalább hetente egyszer-kétszer. A dohányzásban nem mutathatók ki nemenkénti eltérések, míg a (rendszeres) alkoholfogyasztás a fiúk körében gyakoribb volt. A dohányzás és alkoholfogyasztás emelkedő tendenciája világszerte megfigyelhető a tinédzser lányok esetében (Tyas és Pederson, 1998). További vizsgálatok szükségesek a háttérváltozók kiderítésére.

A fiúk számára a társas motivációk erőteljesebben érvényesülnek az alkoholfogyasztás terén. A nemen kívül a szerfogyasztói státusz a legerősebb meghatározója a társas motivációk szintjének, hiszen akik dohányoznak vagy alkoholt fogyasztanak, sokkal inkább ismerik és elismerik, azaz magukon megtapasztalják a társas motiváció hatását. A közösségi hatóképesség szintjében nem volt nemek szerint jelentős eltérés, a fiúk körében viszont igazolható, hogy a szerfogyasztó fiatalok a közösségi hatóképességet mérő skálán elért pontszáma alacsonyabb, mint azoké, akik nem szerfogyasztók. Ez a jelenség a lányok körében nem igazolható.

A többváltozós elemzés megerősíti a közösségi hatóképesség szerepét és védőfaktor jellegét a fiúk dohányzásában és alkoholfogyasztásában. A lányok körében ez az összefüggés nem erősíthető meg. A többi társas hatás közül ki kell emelni

a társas motivációkat, a szerfogyasztó barátok számát, a legjobb barát szerfogyasztását, valamint a szülők elfogadó attitűdjét, amelyek mind rizikófaktorokként funkcionálnak. Korábbi kutatások hasonló eredményekre vezettek (pl. Bradizza, Reifman és Barnes, 1999; Hussong, 2002; Li és mtsai, 2003; Pikó, 2000; Wild, 2002). Azonban a fiúk az alkoholfogyasztás terén fokozottabbak érzékenyek a társas hatásokra. Az eredmények továbbá azt sugallják, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás közötti gyakori erős korreláció ellenére más-más társas hatás lehet meghatározó a két szerfogyasztás esetében. A lányok eredményeit tekintve az érzelmileg hangsúlyos legjobb barát hatása a legerősebb prediktor, míg a fiúk esetében a tágabb baráti kör és a szülők véleménye is ugyanilyen meghatározó mind a dohányzás, mind pedig az alkoholfogyasztás terén. Ezek a nemek szerinti eltérések felhívják a figyelmet a társas attitűdök lehetséges eltéréseire a fiúk és lányok között. A fiúk számára a társas befolyás sokkal inkább számít normatívnak, míg a lányok esetében az érzelmi befolyásoltóság lényegesebb a társas kapcsolatokban, erre utal a legjobb barát szerepe.

A társas hatóképesség a szerfogyasztással kapcsolatban normatív szerepet játszhat, alacsony szintje a barátok irányába nagyobb konformitási igényt alakíthat ki. A szerfogyasztás és egyéb problémaviselkedés elkezdésében gyakran szerepel a kortársakhoz fűződő konformitási igény, amely a serdülők társas identitásának megerősítéséhez járulhat hozzá (Ungar, 2000). Így a serdülők dohányzásában és alkoholfogyasztásában a közösségi hatóképesség azáltal válhat meghatározóvá, hogy a szociális készség alacsony szintje esetén a szerfogyasztás válik adaptívá, és a kortársakhoz való igazodás eszközévé. Lányoknál ez a jelenség nem igazolható, az ő esetükben a normatív viselkedés helyett az érzelmileg hangsúlyos társas jellemzők fontosabbak.

Eredményeink a serdülőkorú dohányzást és más szerfogyasztást befolyásoló társas hatások megismeréséhez járulhatnak hozzá. Kétségtelen, hogy a kortársak befolyása óriási, azonban a kortárs hatás pontos mechanizmusa még további vizsgálatokat igényel. Adataink arra engednek következtetni, hogy a társas befolyások terén jelentős nemek szerinti különbségekkel is számolnunk kell. Annak ellenére, hogy keresztmetszeti adataink nem teszik lehetővé ok-okozati összefüggések igazolását, eredményeink azt sugallják, hogy a szociális készségek és attitűdök meghatározó védőfaktorok a serdülőkorú szerfogyasztásban, és a közösségi hatóképesség része lehet ennek a védelemnek. További vizsgálatok szükségesek a közösségi hatóképesség szerepének további tisztázásához a szociális kompetencia és a szerfogyasztás összefüggésében.

IRODALOM

- Andersson, G. (1996) The benefits of optimism: A meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21, 719–725.
- Arnett, J.J. (1998) Learning to stand alone: The contemporary American transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41, 295–315.
- Baer, P.E., Bray, J.H. (1999) Adolescent individuation and alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 13S, 52–62.
- 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.
- Cotterell, J. (1996) *Social networks and social influences in adolescence*. London and New York, Routledge.
- De Vries, H., Engels, R., Kremers, S., Wetzels, J., Mudde, A. (2003) Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset: Findings from six European countries. *Health Education Research*, 18, 627–636.
- Flay, B.R., Petraitis, J., Hu, F.B. (1999) Psychosocial risk and protective factors for adolescent tobacco use. *Nicotine & Tobacco Research*, 1, S59–S65.
- 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.
- Griffin, K.W., Epstein, J.A., Borvin, G.J., Sporth, 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.
- Helgeson, V.S. (1994) Relation of agency and communion to well being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116, 412–428.
- Hobfoll, S.E., Jackson, A., Hobfoll, I., Pierce, C.A., Young, S. (2002a) The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: A prospective study of Native American women. *American Journal of Community Psychology*, 30, 853–871.
- Hobfoll, S.E., Schröder, K.E.E., Wells, M., Malek, M. (2002b) Communal versus individualistic construction of sense of mastery in facing life challenges. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21, 362–399.
- Hops, H., Davis, B., Lewin, L.M. (1999) The development of alcohol and other substance use: A gender study of family and peer context. *Journal of Studies on Alcohol*, 13S, 22–31.
- Hussong, A.M. (2002) Differentiating peer context and risk for adolescent substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 207–220.
- Johnson, P.B., Boles, S.M., Vaughan, R., Kleber, H.D. (2000) The co-occurrence of smoking and binge drinking in adolescence. *Addictive Behaviors*, 25, 779–783.
- Li, C., Unger, J.B., Schuster, D., Rohrbach, L.A., Howard-Pitney, B., Norman, G. (2003) Youths' exposure to environmental tobacco smoke (ETS). Associations with health beliefs and social pressure. *Addictive Behaviors*, 28, 39–53.
- Lyons, R.F., Mickelson, K.D., Sullivan, M.J.L., Coyne, J.C. (1998) Coping as a communal process. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 579–608.

- Majer, J.M., Jason, L.A., Ferrari, J.R., Olson, B.D., North, C.S. (2003) Is self-mastery always a helpful resource? Coping with paradoxical findings in relation to optimism and abstinence self-efficacy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 385–399.
- Markus, H.R., Kitayama, S. (1994) A collective fear of the collective: Implications for selves and theories of the selves. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 568–579.
- Oostveen, T., Knibbe, R., de Vries, H. (1996) Social influences on young adults' alcohol consumption: Norms, modeling, pressure, socializing, and conformity. *Addictive Behaviors*, 21, 187–197.
- Pikó B. (1998) Social support and health in adolescence: A factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, 3, 333–344.
- Pikó, B. (2000) Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Substance Use & Misuse*, 35, 617–630.
- Pikó, B., Fitzpatrick, K.M. (2001) Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Social Science and Medicine*, 53, 817–830.
- Pikó, B. (2001a) Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors*, 26, 201–217.
- Pikó, B. (2001b) Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223–235.
- Rosenberg, S.L. (2002) Positive peers – Differential impact of a social intervention strategy on four personality subgroups. *School Psychology International*, 23, 397–415.
- Schonert-Reichl, K.A., Muller, J.R. (1996) Correlates of help-seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 705–731.
- Schweitzer, R.D., Seth-Smith, M., Callan, V. (1992) The relationship between self-esteem and psychological adjustment in young adolescents. *Journal of Adolescence*, 15, 83–97.
- 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.
- Stein, J.A., Newcomb, M.D., Bentler, P.M. (1996) Initiation and maintenance of tobacco smoking: Changing personality correlates in adolescence and young adulthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 26, 160–187.
- Stewart, S.H., Zeitlin, S.B., Samoluk, S.B. (1996) Examining of a three-dimensional drinking motives questionnaire in a young adult university student sample. *Behavior Research and Therapy*, 34, 61–71.
- Tyas, S.L., Pederson, L.L. (1998) Psychosocial factors related to adolescent smoking: A critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7, 409–420.
- Ungar, M.T. (2000) The myth of peer pressure. *Adolescence*, 35, 167–180.
- Wild, C.T. (2002) Personal drinking and sociocultural drinking norms: A representative population study. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 469–475.
- 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.

SERDÜLŐK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA KÉT SZOCIÁLIS COPING-MECHANIZMUS TÜKRÉBEN¹

Pikó Bettina, Keresztes Noémi

BEVEZETÉS

A serdülőkori kitüntetett életperiódus, amelyben a biológiai és pszichoszociális változások mellett jelentős magatartási változások is végbemennek (Eccles és mtsai, 1993). Többek között ez a káros szenvedélyek kipróbálásának időszaka (Gilvarry, 2000). Nemcsak az egészségkárosító magatartásformák gyakorisága emelkedik, hanem egyben csökken bizonyos egészségvédő magatartásformák előfordulása is, mint amilyen a sportolás (Kulig, Brenner és McManus, 2003). Az egészségmagatartás elemeinek hátterében azonban különböző motivációk állhatnak, ami azt eredményezi, hogy az egészségvédő magatartásformák nem minden esetben járnak együtt az egészségkárosító magatartásformák hiányával és fordítva (Sobal, Revicki és DeForge, 1992). Az eltérő motiváció állhat annak hátterében is, hogy az egészségvédő magatartásformák együttes előfordulása kevésbé jellemző, míg a káros szenvedélyek (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) közötti összefüggés jóval egyértelműbb (Johnson és mtsai, 1998).

Az egészségmagatartási formák gyakoriságát sokféle tényező befolyásolja, amelyek között a pszichológiai jellemzők megismerése különösen fontos. Ilyenek a coping-mechanizmusok, amelyek köztudott, hogy jelentős mértékben kihatnak magatartási döntéseinkre, így az egészségmagatartásunkban bekövetkező változásokra is (Pikó, 2001). Amikor az életproblémáink megoldásán dolgozunk, külső és belső erőforrásainkat mozgósítjuk az egyensúlyi állapotunk megtartása érdekében (Folkman és mtsai, 1986a). Coping-módszereink fókuszálhatnak közvetlenül a problémamegoldásra (ezek a problémaközpontú, racionálisabb megoldások), illetve az érzelmi egyensúly elérésére (ezek az érzelempözpontú megoldások) (Folkman és mtsai, 1986b). Kutatások azt igazolják, hogy az előbbieket elősegítik az egészségtudatos magatartásformákat, míg az érzelemorientált megoldások hajlamosíthatnak káros szerfogyasztásra, például dohányzásra vagy alkoholfogyasztásra (Pikó, 2001). A racionális és érzelemorientált mechanizmusok között azonban egyensúly szükséges, hiszen ismeretes, hogy az érzelmek túlzott represszálása, azaz a túl erős racionalitásra törekvés betegségekkel lehet (Swan és mtsai, 1992).

A coping-stratégiák között kiemelt helyen szerepelnek a társas mechanizmusok, a társas kapcsolataink kezelése, a társas támogatás megvalósulása, a társas

¹ Eredeti megjelenés: *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2007, 62(2), 185–196.

készségek megfelelő alkalmazása (Helgeson, 1994). Szintén igazolható a társas kapcsolatok hatékony kezelése, a társas támogatás, mint coping, valamint a kedvező egészségmagatartás közötti összefüggés (Pikó, 2001; Pikó, 2006). A családi kapcsolatok ápolása, a családon, illetve tágabb közösségen belüli altruista tendenciák hatékonyabb coping-módszerek kiválasztásával járnak együtt, ami adaptív mechanizmusként működik a fiatalkori káros szenvedélyek megelőzésében (Cuellar, Arnold és Gonzales, 1995; Unger és mtsai, 2002).

A társas kapcsolatok ápolása, a társas készségek hatékony alkalmazása a személyiség szintjén is megjelenik, hiszen a „Nagy öt modell” egyik alapidenziója a barátságosság, amelynek alapelemei például a kedvesség, az önzetlenség vagy az udvariasság (McCrae és Costa Jr, 1999). Gyermekek körében is igazolták, hogy a barátságosság, mint személyiségjegy elsősorban a lányok esetében növeli a bizalom és az empátia szintjét, valamint a társas készségek hatékonyságát (Sneed, 2002). A társas kapcsolatok minősége pedig közvetlenül befolyásolja a gyermekek pszichikai jóllétét, többek között az egészséges önbecsülés megalapozása révén (Rigby és Slee, 1993). A barátságossággal és a lelkiismeretességgel kapcsolatban igazolták azt is, hogy ezek a személyiségjegyek kihatnak az egészségmagatartásra (Booth-Kewley és Vickers Jr, 1994).

A nemek szerinti eltérések nem egyértelműek; hagyományosan a kutatások a fiúk nagyobb hajlamát igazolják a racionalitásra (Stone és Neale, 1984). Ugyanakkor a coping-mechanizmusokkal kapcsolatban a fiúk és a lányok között gyakran nincs különbség a racionális módok megválasztásában (Frydenberg és Lewis, 1991; Pikó, 2001). A társas támogatás felé fordulók körében azonban többnyire a lányok, nők vannak fölényben (Van Oostrom és mtsai, 1995). Bár ez nem minden esetben jár együtt azzal, hogy a társas coping szintjén is jobban teljesítenének a lányok (Parsons, Frydenberg és Poole, 1996; Pikó, 2001).

Jelen vizsgálat célja, hogy serdülők egészségmagatartását elemezze két szociális coping-mechanizmus tükrében, a racionális, érzelmekkel szemben védekező (R/ED), valamint a harmóniára törekvő, altruista (NH/A) skálák (Spielberger, Reheiser és Lunsford, 2002) segítségével.

MINTA ÉS MÓDSZER

Felmérésünket 2005-ben végeztük Békés és Csongrád megyei középiskolások körében (14–21 évesek) lépcsőzetes mintavétellel, véletlenszerűen kiválasztott iskolák és osztályok segítségével (minden megyéből 3 iskolát választottunk ki). A válaszadók 42%-a fiú, 58%-a lány, az átlagéletkor pedig 16,3 év (szórás: 1,3 év) volt. A 600 kérdőívből 548 volt értékelhető, így a válaszadási arány 91% lett.

Az adatgyűjtésre 2005 tavaszi félévében került sor, önkitöltéses kérdőív segítségével. A kérdőívek alkalmazásához standard eljárást dolgoztunk ki, a kérdőívek kitöltése és összegyűjtése a kutatásba bevont egyetemi hallgatók segítségével történt. Az adatszolgáltatás önkéntes és anonim volt. Az adatok gyűjtése osztályfőnöki órák keretében történt, elmagyarázva az óra elején a kérdőíves kutatás lényegét. A kérdőív kitöltése kb. 30–40 percing tartott.

Az önkitöltéses kérdőív a következő részekből állt: szociodemográfiai kérdések (kor, nem, szülők iskolai végzettsége és a társadalmi helyzet saját megítélése), az iskolai jegyek átlaga, az egészségmagatartás egyes elemei, valamint a két szociális coping-skála.

Az egészségmagatartás hat elemből állt; három egészségkárosító formából (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) és három egészségvédő formából (sportaktivitás, táplálkozáskontroll és fogápolás) (Kann és mtsai, 2001; Luszczyńska és mtsai, 2004; Ronis, Antonakos és Lang, 1996). Mindegyik egészségmagatartási forma mérése az elmúlt egy hónapra vonatkozott. A következő kérdést tettük fel: „Az elmúlt hónapban milyen gyakran dohányoztál; fogyasztottál 5 egységnél több alkoholt; fogyasztottál valamilyen drogot; végeztél fizikai aktivitást az iskolai testnevelés órán kívül; figyeltél oda táplálkozásodra; mostál fogat”? A válaszkategóriák a dohányzással kapcsolatban a következők voltak: (1) egyáltalán nem, (2) párszor egy héten, (3) napi 1–5 szál között, (4) napi 6–10 szál között, (5) napi 11–20 szál között, (6) napi 20 szál fölött. A túlzott alkoholfogyasztással kapcsolatban: (1) soha, (2) egyszer, (3) kétszer, (4) háromszor-ötször, (5) hatszor-kilencszer, (6) több mint tízszer. A drogfogyasztással kapcsolatban: (1) soha, (2) egyszer-kétszer, (3) háromszor-kilencszer, (4) 10–19 alkalommal, (5) 20–39 alkalommal, (6) 40 vagy több alkalommal. A táplálkozáskontroll esetében: (1) egyáltalán nem, (2) egy kissé, (3) az esetek felénél, (4) legtöbbször, (5) mindig. A sportaktivitás esetében: (1) soha, (2) egyszer-kétszer, (3) 2 vagy három alkalommal, (4) hetente egyszer-kétszer, (5) hetente három vagy több alkalommal. A fogmosás gyakorisága a következő volt: (1) rendszertelenül, (2) naponta egyszer, (3) naponta kétszer, (4) több mint napi két alkalommal.

Az ún. Lifestyle Defense Mechanisms (LDM) Inventory két skálát tartalmazott, amelyek 12–12 tételből állnak (Spielberger, Reheiser és Lunsford, 2002): a racionális, érzelmekkel szemben védekező (R/ED) skála, valamint a harmóniára törekvő, altruista (NH/A) skála. A magyarnyelvű adaptálás Sipos Kornél nevéhez fűződik (Sipos és Balassa, 2004). Az előbbi azt méri, hogy milyen gyakoriak a racionális, emóciómentes viselkedési elemek az interperszonális kapcsolatokban, például viták, konfliktusok megoldása során (például: „Ha egyáltalán nem értek egyet másokkal, igyekszem nem kimutatni érzelmeimet.”). A második pedig arra enged következtetni, hogy mennyire erős az a törekvés, hogy a családtagjaival, barátaival jó legyen a kapcsolata a megkérdézettnek, illetve mennyire hajlandó

saját érdekeit is feláldozni a harmónia érdekében (például: „Nagyon fontos, hogy a hozzám közelállókkal jól kijöjjek”). Az állításokkal kapcsolatos válaszkategóriák a következők voltak: (1) szinte soha, (2) néha, (3) gyakran, (4) majdnem mindig.

Faktoranalízis segítségével mindkét skála további két alskálára bontható: az R/ED skála a racionális és az érzelmekkel szembeni védekezés alskálára (mindkettő 5–5 itemből áll), az NH/A skála pedig a harmóniára törekvés, valamint az altruista alskálákra, amelyek szintén 5–5 itemből állnak (Sipos és Balassa, 2004). A skálák megbízhatóságát jelző Cronbach-értékek a saját mintával a következők voltak: R/ED skála: 0,70 (racionalitás-alskála: 0,60; érzelmekkel szembeni védekezésre vonatkozó alskála: 0,62), NH/A skála: 0,83 (harmóniára törekvés: 0,75; altruizmus: 0,67).

A statisztikai eljárás leíró statisztikai elemzéssel kezdődött (kétmintás t-próbák), a kétoldalú kapcsolatok elemzéséhez korrelációanalízist alkalmaztunk. Faktoranalízis segítségével megállapítottuk az egészségmagatartás elemei közötti kapcsolatokat, amelyek alapján egészségmagatartási faktorváltozókat hoztunk létre. A többváltozós lineáris regresszioanalízis során az egészségmagatartási faktorváltozók (egészségkárosító magatartás és egészségvédő magatartás) szerepeltek függő változóként, a skálák pedig, a szociodemográfiai (kontroll) változókkal együtt független változóként. A statisztikai szignifikancia maximum értékét $\alpha = 0,05$ szinten állapítottuk meg.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázat a két skála nemek szerinti leíró statisztikáját (átlag, szórás) mutatja be. Látható, hogy a racionális, érzelmekkel szemben védekező (R/ED) skála pontszámainak átlagértékeiben nincs jelentős különbség a nemek szerint. A harmóniára törekvő és altruista (NH/A) skála pontértékeiben azonban eltérnek a nemek, amiről a lányok nagyobb pontszáma tanúskodik ($p < 0,001$, kétmintás t-próbával). Az előzőekhez hasonló eredményeket kaptunk az alskálák nemek szerinti elemzésénél: a racionális és érzelmekkel szemben védekező alskálák nem mutattak különbséget, a másik két alskála viszont igen.

Az egészségmagatartási formák csoportosításához varimax-rotációval végzett faktoranalízist alkalmaztunk. Az elemzés két faktorból álló megoldáshoz vezetett. Az 1-nél nagyobb sajátértéket tekintettük támpontnak a faktorok azonosításához. A két faktor a variancia 50%-át magyarázza meg. A 2. táblázat mutatja be a végső faktorstruktúrát, amelyben a 0,3-nál nagyobb faktorsúlyokat (Kaiser-kritérium) tüntettük fel. Az első faktort egészségkárosító faktornak neveztük el, amely a következő elemeket foglalta magában: dohányzás, alkoholfogyasztás és drogfogyasztás. A második faktor elnevezése egészségvédőmagatartás-faktor lett, amely a következő elemekből állt: sportaktivitás, táplálkozáskontroll és fogápolás.

1. táblázat. Az egyéni jellemzők nemek szerinti leíró statisztikája (N=548)

	FIÚK	LÁNYOK	SZIGNIFIKANCIA
R/ED-skála(Átlag, szórás)	30,80 (5,32)	30,84 (4,63)	$t = -0,094$ $p > .05$
R-alskála	14,39 (2,82)	14,28 (0,35)	$t = 0,525$ $p > .05$
ED-alskála	11,76 (2,82)	11,90	$t = -0,561$ $p > .05$
NH/A-skála (Átlag, szórás)	35,03 (6,06)	38,93 (4,77)	$t = -8,328$ $p < .001$
NH-alskála	15,23 (2,95)	17,75 (2,23)	$t = -11,231$ $p < .001$
A-alskála	13,08 (2,84)	13,80 (2,49)	$t = -3,059$ $p < .01$

2. táblázat. A faktoranalízis eredménye: egészségmagatartási faktorok végső faktorstruktúrája (N = 548). Faktorok a sajátértékekkel

	1. FAKTOR (1,7)	2. FAKTOR (1,3)
dohányzás	0,732	–
alkoholfogyasztás	0,777	–
drogfogyasztás	0,729	–
sportaktivitás	–	0,497
táplálkozáskontroll	–	0,770
fogápolás	–	0,641
%-os variancia	28,4	21,0
faktorok elnevezés	„Egészségkárosító magatartás” faktor	„Egészségvédő magatartás” faktor

A 3. táblázat az E/RD (R/ED), a NH/A skálák, valamint a két egészségmagatartási faktor közötti korrelációs együtthatókat tartalmazza. A racionális, érzelmekkel szemben védekező skála pontértékei negatív összefüggést mutatnak az egészségkárosító magatartás faktorról, és pozitívát az egészségvédő faktorról. A harmóniára törekvő, altruista skála értékei között szintén hasonló kapcsolat igazolható. Az alskálák hasonló összefüggéseket mutattak az egészségmagatartási faktorokkal.

3. táblázat. Kétoldalú korrelációs kapcsolatok az egészségmagatartási faktorok és az életstílus skála (LDM) elemei között (N=548)

	„EGÉSZSÉGGOKKÁZATI MAGATARTÁS” FAKTOR	„EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁS” FAKTOR
R/ED-skála	0,23***	0,13**
R-alskála	0,20***	0,12**
ED-alskála	0,19***	0,11**
NH/A-skála	0,21***	0,16***
NH-alskála	0,21***	0,17***
A-alskála	0,12**	0,14***

*p<.05 **p<.01 ***p<.001

A 4. táblázat mutatja be az egészségmagatartási faktorokat befolyásoló tényezők többváltozós regresszioelemzését, amely tartalmazza a skálakon kívül a kontrollváltozókat is. Az egészségkárosító magatartásformát szignifikáns módon befolyásolja a kor, az iskolai teljesítmény, az anya iskolázottsága, valamint mindkét skála pontértékei. A racionális, érzelmekkel szemben védekező attitűd, valamint a harmóniára törekvő, altruista attitűd az egészségkárosító magatartással szemben védőfaktorként funkcionálnak (negatív előjel), csakúgy, mint a jó iskolai teljesítmény. Az egészségvédő magatartáshoz szintén hozzájárul a harmóniára törekvés és altruista tendenciákat mutató attitűd, ugyanakkor a racionális, érzelmekkel szemben védekező hozzáállás nem szignifikáns. Míg a korral az egészségkárosító magatartásformák gyakorisága nő, az egészségvédő magatartásra a lányok hajlamosabbak. Az anya iskolai végzettségével nő mind az egészségvédő magatartások, mind pedig a káros szenvedélyek gyakorisága. A magasabb társadalmi helyzet szintén összefügg az egészségvédő mechanizmusok nagyobb előfordulásával, ugyanakkor a káros szenvedélyek gyakoriságával az összefüggés nem szignifikáns.

Az alskálák alkalmazásával végzett regresszioelemzés az iménti képet némileg módosítja (5. táblázat). Az egészségkárosító magatartást befolyásoló független változók közül az R/ED mindkét alskálája szignifikáns összefüggést jelez, míg az NH/A skála két alskálája közül az altruizmus nem szignifikáns. Az egészségvédő magatartás prediktorai között egyedül a harmóniára törekvés bizonyult szignifikánsnak; sem az R/ED alskálái, sem pedig az altruizmus alskála nem volt meghatározó.

4. táblázat. Regresszioelemzés az egészségmagatartási faktorok és az életstílus skálák (LDM) közötti kapcsolat értelmezéséhez a teljes mintában (N=548)

	„EGÉSZSÉGGYAKORLATI MAGATARTÁS” FAKTOR	„EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁS” FAKTOR
<i>Szociodemográfiai változók</i>		
nem (fiú = 1, lány = 2)	0,05 ^a	0,13**
kor (évek)	0,12**	0,01
iskolai teljesítmény	0,22***	0,06
apa iskolázottsága	0,04	0,01
anya iskolázottsága	0,21***	0,17***
társadalmi helyzet besorolása	0,02	0,12**
<i>Egyéni jellemzők</i>		
R/ED-skála	0,16***	0,07
NH/A-skála	0,13**	0,10*
konstans	0,694	2,487***
R ²	0,18***	0,10***

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

Megjegyzés. ^aStandardizált regressziós koefficiens

5. táblázat. Regresszioelemzés az egészségmagatartási faktorok és az életstílus alskálák (LDM) közötti kapcsolat értelmezéséhez a teljes mintában (N=548)

	„EGÉSZSÉGGYAKORLATI MAGATARTÁS” FAKTOR	„EGÉSZSÉGVÉDŐ MAGATARTÁS” FAKTOR
<i>Szociodemográfiai változók</i>		
nem (fiú = 1, lány = 2)	0,02 ^a	0,12*
kor (évek)	0,12**	0,02
iskolai teljesítmény	0,21***	0,06
apa iskolázottsága	0,04	0,02
anya iskolázottsága	0,21***	0,17***
társadalmi helyzet besorolása	0,02	0,11**
<i>Egyéni jellemzők</i>		
R-alskála	0,11*	0,04
ED-alskála	0,11**	0,04
NH-alskála	0,16**	0,08*
A -alskála	0,04	0,06
konstans	0,519	2,389***
R ²	0,18***	0,10***

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

Megjegyzés. ^aStandardizált regressziós koefficiens

MEGBESZÉLÉS

A pozitív serdülőkori fejlődéshez kiemelten fontos bizonyos megbirkózási stratégiák sikeres elsajátítása, mint amilyen a társas kapcsolatok kezelése konfliktushelyzetben, illetve az interperszonális stressz megelőzésként a társas kapcsolatok harmóniájának fenntartása, és az érzelmek hatékony kezelése a célzott konfliktusmegoldás során (Steen, Kachorek és Peterson 2003; Pikó, 2005). Ezek a mechanizmusok egyben a serdülőkori káros szenvedélyek kialakulásának legfontosabb megelőzési módszerei is (Botvin és Griffin, 2002). Tanulmányunk legfontosabb célkitűzése az volt, hogy megvizsgáljuk, hogyan függ össze a serdülők egészségmagatartása két sajátos szociális coping-mechanizmussal; a racionális, érzelmekkel szemben védekező, valamint a harmóniára törekvő, altruista módokkal. Korábbi vizsgálatok azt mutatják, hogy a racionális, problémaorientált coping-módszerek alkalmazása elősegíti az egészségkárosító magatartásformák megelőzését (Pikó, 2001). A társas kapcsolatok hatékony kezelése pedig szintén egészségvédő hatású a fiatalok körében (Rigby és Slee, 1993; Booth-Kewley és Vickers Jr, 1994), ami részben az egészségmagatartásra gyakorolt kedvező hatáson keresztül valósul meg (Cuellar, Arnold és Gonzales, 1995; Unger és mtsai 2002).

Eredményeink azt igazolják, hogy a racionális, érzelmekkel szemben védekező skála, valamint a harmóniára törekvő, altruista skála pontértékei negatív összefüggést mutatnak az egészségkockázati magatartás faktorról, és pozitívat az egészségvédő faktorról. Az alskálák hasonló összefüggéseket mutattak az egészségmagatartási faktorokkal. A többváltozós regresszióelemzés azonban a változók közötti, valamint a kontrollváltozókkal kapcsolatos összefüggések módosító hatása után némileg árnyékolta ezt az egyszerű képet. Az egészségkockázati magatartás, azaz a káros szenvedélyek gyakoriságát mindkét skála befolyásolta, azaz a racionális, érzelmekkel szemben védekező, valamint a harmóniára törekvő és altruista viszonyulás egyaránt protektív hatásúnak bizonyult. Az egészségvédő magatartással kapcsolatban azonban csak a második skála emelhető ki, tehát a harmóniára törekvés és altruizmus elősegíti az egészségtudatos viselkedést, míg a racionális és érzelmekkel szemben védekező viszonyulás hatása nem jelentős.

Ha a szociális coping-skálákat további alskálákra bontjuk, még árnyaltabb képet kapunk az összefüggésekről. A R/ED skála mindkét alskálája továbbra is szignifikáns marad, azonban a NH/A skála két alskálája közül csupán a harmóniára törekvés a meghatározó az egészségkárosító magatartás prediktorai között. Az egészségvédő magatartás esetében a négy alskála közül csupán egy bizonyult meghatározónak, a harmóniára törekvés; tehát sem a racionális megközelítések, sem pedig az altruizmus nem befolyásolja. Ez utóbbi háttérben szerepet játszhat az, hogy fiatalokról lévén szó, az altruizmusuk még ritkán terjed ki mások gondoskodására, amire a kérdéssor számos kérdése utal.

Az elemzés megerősíti, hogy a társas kapcsolatok hatékony kezelése, a társas kapcsolatokban meglévő harmónia fenntartása fontos eleme lehet a prevenciónak már a serdülők körében is, hiszen segít megelőzni az egészségkárosító magatartásformák kialakulását, ugyanakkor segít fenntartani az egészségvédő magatartásokat. A káros szenvedélyek kialakulásában nagyon sok irracionális, érzelmi, hangulati elem játszik szerepet (Gilvarry, 2000). Éppen ezért nem meglepő, hogy eredményeink szerint a racionális coping-módok alkalmazása elősegíti a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás megelőzését, tehát védő hatású. Ráadásul ez mindkét nem esetében érvényes, hiszen a racionális, érzelmekkel szemben védekező mechanizmusok alkalmazásában nem találtunk jelentős nemek szerinti eltérést, hasonlóan korábbi kutatásokhoz (Frydenberg és Lewis, 1991; Pikó, 2001). A nemek szerint leginkább a harmóniára törekvés fontosságában mutatkozik eltérés, ami a lányokra jellemző inkább. Ennek erősítése a fiúkban fontos megelőzési stratégia lehet a káros szenvedélyek kialakításában, valamint az egészségvédő magatartásformák gyakorlásában.

Összességében elmondható, hogy kutatási eredményeink megerősítik a coping-módszerek fontosságát a serdülők egészségmagatartásával összefüggésben. A racionális megoldások előtérbe helyezése elősegíti a káros szenvedélyek megelőzését, a harmóniára törekvés pedig a dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás mellett az egészségvédő magatartásra is kedvezően hat. A pszichológiai jellemzők – mint például a szociális coping-mechanizmusok – felkutatása és elemzése igen fontos gyakorlati implikációkkal egészíti ki a magatartás-epidemiológiai vizsgálatok eredményeit, hiszen azokat a változókat ismerhetjük meg így, amelyek közvetlenül befolyásolják a gyakorlati adatokat, és így a megelőzésben is alkalmazhatók.

IRODALOM

- Booth-Kewley, S., Vickers, R.R. Jr. (1994) Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62, 281–298.
- Borvin, G.J., Griffin, K.W. (2002) Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behavior. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4, 41–47.
- Cuellar, I., Arnold, B., Gonzales, G. (1995) Cognitive referents of acculturation: Assessment of cultural constructs in Mexican Americans. *Journal of Community Psychology*, 23, 339–356.
- 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.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R. (1986a) The dynamics of stressful encounters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992–1003.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., DeLongis, A. (1986b) Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571–579.

- Frydenberg, E., Lewis, R. (1991) Adolescent coping: The different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 4, 119–133.
- Gilvarry, E. (2000) Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55–80.
- Helgeson, V.S. (1994) Relation of agency and communion to well being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116, 412–428.
- Johnson, M.F., Nichols, J.F., Sallis, J.F., Calfas, K.J., Howell, M.F. (1998) Interrelationships between physical activity and other health behaviors among university women and men. *Preventive Medicine*, 27, 536–544.
- Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B.I., Ross, J.G., Lowry, R., Hill, C.V., Grunbaum, J.A., Blumson, P.S., Collins, J.L., Kolbe, L.J. (1998) Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1997. *MMWR Surveillance Summaries*, 47, 1–89.
- Kulig, K., Brenner, N.D., McManus T. (2003) Sexual activity and substance use among adolescents by category of physical activity plus team sports participation. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 157, 905–912.
- Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Pikó, 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, 577–593.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. (1999) A five-factor theory of personality. In: Pervin, L.A., John, O.P. (eds) *Handbook of personality*. Guilford Press, New York, 139–153.
- Parsons, A., Frydenberg, E., Poole, C. (1996) Coping strategies of adolescent males. *British Journal of Educational Psychology*, 66, 109–114.
- Pikó B. (2001) Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record*, 51, 223–235.
- Pikó B. (2005) *Lelei egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2006) Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences. *Addictive Behaviors*, 31, 102–114.
- Rigby, K., Slee, P.T. (1993) Dimensions of interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being. *Journal of Social Psychology*, 133, 33–42.
- Ronis, D.L., Antonakos, C.L., Lang, W.P. (1996) Usefulness of multiple equations for predicting preventive oral health behaviors. *Health Education Quarterly*, 23, 512–527.
- Sipos, K., Balassa, L. (2004) *Preliminary version of the Hungarian Lifestyle Defense Mechanisms (LDM) Inventory*. Manuscript. Semmelweis University, Budapest.
- Sneed, C.D. (2002) Correlates and implications for agreeableness in children. *Journal of Psychology*, 136, 59–67.
- Sobal, J., Revicki, D., DeForge, B.R. (1992) Patterns of interrelationships among health-promotion behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*, 8, 351–359.
- Spielberger, C.D., Reheiser, E.C., Lunsford, G.D. (2002) *Preliminary Test Manual for the Lifestyle Defense Mechanisms Inventory*. Center for Research in Behavioral Medicine and Health Psychology, University of South Florida, Tampa, FL.
- Steen, T.A., Kachorek, L.V., Peterson, C. (2003) Character strengths among youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 5–16.

- Stone, A.A., Neale, J.M. (1984) New measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892–906.
- Swan, G.E., Carmelli, D., Dame, A., Rosenman, R.H., Spielberger, C.D. (1992) The rationality/emotional defensiveness scale – II. Convergent and discriminant correlational analysis in males and females with and without cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 349–359.
- 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.
- Van Oostrom, M.A., Tijhuis, M.A.R., De Haes, J.C.J.M., Tempelaar, R., Kromhout, D. (1995) A measurement of social support in epidemiological research: The social experiences checklist tested in a general population in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 518–524.

A SPORT MINT VÉDŐFAKTOR: FIZIKAI AKTIVITÁS, EGÉSZSÉG, KÁROS SZENVEDÉLYEK

Mikulán Rita, Keresztes Noémi, Pikó Bettina

BEVEZETÉS

A védőfaktorok között a sportolás, a rendszeres fizikai aktivitás kiemelt helyen szerepel, hiszen a testi és lelki egészség megőrzésében, a káros szenvedélyek megelőzésében hatása ma már számos területen igazolt (Pikó és Keresztes, 2007). Egy olyan védőfaktorról van szó, amely minden életkorban alapvetően befolyásolja az életminőséget, és az élet szinte valamennyi területére hatást gyakorol (Bize, Johnson és Plotnikoff, 2007). Ezért a sport pszichés és pszichoszociális egészségre gyakorolt hatásának, valamint az életmódbeli elemek összefüggésének vizsgálata kiemelt kutatási területnek számít a serdülők körében is. A vizsgálatok egy része a versenysportban való részvételt állítja középpontjába, más részük viszont a szabadidős sportolási szokások területén végez elemzéseket. Tanulmányunkban ezért mindkét területet igyekeztünk figyelembe venni.

SZABADIDŐSPORT ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

A szabadidősportnak, mint aktív magatartási formának az egészségvédő hatásai széles körben ismertek, és különösen nagy jelentőségük van a serdülő korosztályban. Fiatalok körében folytatott vizsgálatokból arra következtethetünk, hogy a szabadidejükben rendszeresen aktívnak tekinthető fiatalok életmódja kedvezőbb. Az eredmények azt mutatják, hogy például kevesebben dohányoznak (Burke és mtsai, 1997), étkezési szokásaik kedvezőbbek (Pate és mtsai, 1996; Steptoe és Wardle, 1992), és biztonságosabb szexuális életet élnek (Sabo és mtsai, 1999).

Azonban előfordulnak olyan vizsgálati eredmények is, melyek a sportolás és a rizikómagatartások (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, szexuális partnerek gyakori váltogatása) közötti pozitív összefüggésről számolnak be (Faurie és mtsai, 2004). Találunk olyan tanulmányokat is, melyek a sport és az egészséges életmód összefüggését csak részben bizonyítják (Keresztes és Pikó, 2008).

Ennek az ellentmondásnak a feloldásához meg kell különböztetnünk két alapvető nézetet. Az egyik nézet az életmódbeli elemek koherenciáját hangsúlyozza, vagyis aki hangsúlyt fektet egészségének megőrzésére, az nemcsak egyféleképpen teszi ezt, hanem sportol, odafigyel étkezési szokásaira és tartózkodik a káros szenvedélyektől is (Donovan és mtsai, 1993). A másik nézet pedig azt állítja, hogy

mivel a magatartás komplex jelenség, és nem mindig tudatos döntés eredménye, az egyes egészségmagatartási formák más-más motivációt tükrözhetnek. Ennek következtében az, aki egyfelől védi egészségét, nem biztos, hogy az életmód más területein is tudatosan törekszik erre. Ennek hatására pedig az egészséggel összefüggő magatartási formák sajátos mintázatú egyéni variációi alakulhatnak ki (Karvonen és mtsai, 2000). Ilyenkor előfordulhat a sportolás és a dohányzás vagy alkoholfogyasztás közötti pozitív korreláció, ami élménykereső motivációt feltételez a tudatos magatartási döntés helyett (Pikó, Barabás és Markos, 1996). Empirikus vizsgálatok gyakran bizonyítják mindkét elmélet létjogosultságát, azonban összességében azt mondhatjuk, hogy az életmód elemei között megfigyelhetünk egyfajta koherenciát, ami azonban az egyéni motivációk hatására néhol megbomlik. Ennek gyakorlati következményei pedig azt jelentik, hogy az egészségfejlesztés során a tudatos magatartásformák preferálása és a tudattalan választások tudatosabbá tétele egyaránt fontos lenne (Pikó, 2002a).

SPORT ÉS LELKI EGÉSZSÉG

A szerfogyasztásra gyakorolt hatásban a lelki egészség gyakran mediátorszerepet tölt be, ezért a fizikai aktivitás és az egészségmagatartás közötti összefüggések vizsgálata az egészség fizikális oldala mellett annak pszichikai (például emocionális) dimenzióira is kiterjed. A globális egészségindikátorok alkalmasak a testi és lelki állapot alakulásának követésére. Ilyen indikátorok a pszichikai közérzeti index, az egészségi állapot önértékelése, az élettel való elégedettség, a depresszív és a pszichoszomatikus tünetképzés gyakorisága. Számos tanulmány megállapította, hogy a fizikai aktivitás pozitívan korrelál az előbb említett egészségindikátorokkal (Kull, 2002; Okano, 2003; Sacker, 2006). Fiatalok körében is igazolt, hogy a sport növeli az önbizalmat (Bowker, 2006), segít megelőzni a depressziót és a pszichoszomatikus tünetképzést (Pastor és mtsai, 2003).

Ezek az indikátortényezők egymással és az életmód elemeivel is összefüggést mutatnak. A pszichoszomatikus tünetképzés például nagy hatást gyakorol az egészség önminősítésére (Pikó, Barabás és Boda, 1995), ez pedig jelentősen befolyásolja az életminőséget (Pal, 1996). Összefüggést figyelhetünk meg a káros egészségmagatartási szokások, valamint az egészség alacsony önértékelése és a gyakoribb pszichoszomatikus tünetképzés között (Pikó, 2002b). A sport védőhatása megmutatkozik a rizikómagatartások és a tünetképzések során is (Burke és mtsai, 1997; Pluhár, Keresztes és Pikó, 2004). Fiatalok körében végzett kutatások bizonyítják, hogy azok, akik rendszeresen sportolnak, jobb közérzetről és kevesebb pszichoszomatikus tünetről számolnak be, mint nem sportoló társaik (Pluhár és mtsai, 2004). A rendszeres fizikai aktivitás összefügg a jobb életminőséggel is

(Bize, Johnson és Plotnikoff, 2007). A hatásmechanizmus alapja, hogy a fizikai aktivitás kiemelt társadalmi immunogén (védő) tényező, mely „pszichoszociális pufferként” semlegesíti a káros stresszhatásokat, és így segít az egészségmegőrzésben, az egyensúly fenntartásában, betegségek megelőzésében és a hatékony regenerációban. Ebben az is szerepet játszik, hogy a sport elősegíti az optimista gondolkodást (Taylor és mtsai, 2004).

A rendszeres sport pszichikai hatásai közül említésre méltó, hogy fejleszti az önbizalmat, elősegíti a pozitív gondolkodásmód (Baker, Little és Brownell, 2003), a kompetenciaérzés, az autonómia, a belső kontroll, az öndetermináció kialakulását (Ntoumanis, 2001). Javítja továbbá az önértékelést és az énhatékonytságot (Dishman és mtsai, 2005), formálja a fiatalok versenyszellemét és teljesítményorientációját (Hagger, Chatzisarantis és Biddle, 2002; Cervello és Santos-Rosa, 2001). A rendszeresen sportoló fiatalok fontosabbnak tartják a posztmaterális értékeket, így a családot, a barátságot, a lelki békét, a becsületességet és az egészséget (Pluhár, Keresztes és Pikó, 2003). A sportoló fiatalok szabadidejüket is hasznosabban szervezik meg, töltik el, mint azok, akik nem végeznek fizikai aktivitást (Aszmann, 2000).

VERSENYSPORT ÉS KÁROS SZENVEDÉLYEK

A sportoló személyiségének, a versenyzés pszichológiai vonatkozásainak vizsgálati eredményei alapján a sportoló extrovertáltabb, stabilabb, kevésbé feszült, kevésbé depressziós, kevésbé neurotikus, mint a nem sportoló (Newcombe és Boyle, 1995). Ezen összességében pozitív mentálhigiénés státusz mellett – vagy inkább ellenére – a kutatási eredmények azt mutatják, hogy számos rizikómagatartás hozható összefüggésbe a versenysporttal. A szabadidősporttal összefüggésben már említettük ezt a jelenséget, a versenysporttal összefüggésben pedig megállapították, hogy amennyiben a sportágválasztást a fokozott élménykeresés motiválja, úgy a fizikai aktivitás párosulhat káros szenvedélyekkel (Pikó, 2002b). A szakirodalom főleg az alkohol- és a kábítószer-fogyasztás, valamint a dohányzás előfordulását és gyakoriságát vizsgálja sportolóknál.

Az alkohol a leggyakrabban és a legáltalánosabban használt rekreációs, illetve bizonyos sportágakban (pl. lövészet) teljesítményfokozó drog ősidők óta a sportolók között. Néhány olimpiai sportágban használatuk doppingolásnak minősül. Azonban nemcsak ez jelent problémát. A kutatások eredményei rávilágítottak, hogy pozitív korreláció áll fenn az alkoholfogyasztás és a sportsérülések között (O'Brien és Lyons, 2000). A rendszeres alkoholfogyasztás másik veszélye, hogy összefüggésbe hozható más rizikómagatartások gyakoribb előfordulásával, mint amilyen az ittas vezetés, a szexuális agresszió, a váratlan teherbeesés, vagy a nemi úton terjedő betegségek nagyobb számú előfordulása (CDC Surveillance Summaries, 1998).

A sportolók (akiket versenyszerűen, rendszeresen magas szintű fizikai aktivitás jellemez) és nem sportolók (akiket csak alacsony szintű, nem versenyszerű fizikai aktivitás jellemez) alkoholfogyasztási szokásainak összehasonlítása kapcsán két, egymásnak ellentmondó hipotézis fogalmazódott meg. Egyes kutatók szerint a sportolók több alkoholt fogyasztanak, korábbi életkorban kezdenek el inni, mint azok, akik soha nem sportoltak (Hildebrand, Johnson és Bogle, 2001; Leichter, Meilman és Presley, 1998; Nattiv, Puffer és Green, 1997; Wechsler, Davenport és Dowdai, 1994; Wetherill és Fromme, 2007). Más vizsgálatok eredményei szerint viszont az alkoholfogyasztás negatívan korrelál a sportaktivitással (Koss és Gains, 1993; Overman és Terry, 1991; Peretti-Watel, Guagliardo és Verger, 2003). A téma ellentmondásosságát bizonyítja, hogy ugyanezen kutatócsoport egy évvel későbbi vizsgálata szignifikáns összefüggést talált a sportolás és a rizikómagatartások (dohányzás, alkoholfogyasztás, marihuánahasználat, veszélyes utazási magatartás) motivációja között (Peretti-Watel, Guagliardo és Verger, 2004).

Moore és Werch (2005) vizsgálatai finomították az eddigi eredményeket. Vizsgálataik szerint a férfidominanciájú iskolai sportok összefüggésbe hozhatók a fokozott dohányzással, alkoholfogyasztással és marihuánahasználattal a fiúk körében, míg az iskolán kívüli, mindkét nemre jellemző sportok inkább a lányok körében. Egy nagy elemszámú, követéses vizsgálat adatainak feldolgozása alapján a sportolók és nem sportolók rizikómagatartási szokásainak döntő különülése 16,5 és 18,4 közötti életévekre tehető (Wetherill és Fromme, 2007).

A dohányzás tekintetében egyértelműen kedvezőbb képet kapunk a sportnak a dohányzásra gyakorolt hatásáról: a sportolás negatívan korrelál a cigarettázással. Ez azonban nem jelent csökkent nikotinbevitelt. Azokban az országokban, ahol elérhető a „smokeless tobacco” (a dohányfogyasztás füst nélküli formája), ott a sportolók többet fogyasztanak belőle, mint nem sportoló társaik (Melnick, Miller és Sabo, 2001; Terry és Connie, 1997; Walsh, Hilton és Ernster, 1994). Összességében azonban a sportolók és nem sportolók cigarettázási szokásait vizsgálva, saját előző kutatásunk eredményei alapján, a sportnak alapvetően protektív szerep tulajdonítható a cigarettázással szemben (Mikulán, 2007).

ELSŐ TANULMÁNY

A TANULMÁNY CÉLJA

A sport kedvező hatásait az egészségmagatartásra korábbi vizsgálatok részben már igazolták. Mostani elemzésünk célja a sport egészségmagatartásra gyakorolt hatásainak ismételt tesztelése mellett kiemelten a lelki egészség indikátorai – így az optimizmus, a depressziós tünetek, az egészség önértékelése, az étellel való elége-

dettség és a szülői társas támogatás – és a fiatalok sportolása közötti összefüggések igazolása volt. Feltételeztük, hogy a lelki egészség ezen indikátoraival kapcsolatban megmutatkozik a fizikai aktivitás jótékony hatása.

MINTA ÉS MÓDSZER

Elemzésünkhöz a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás adatait használtuk fel (részletesen lásd: Pikó Bettina: Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében c. fejezetet, illetve a könyv többi fejezetét). A szabadidős fizikai aktivitás iskolán kívüli tevékenységet jelölt az elmúlt három hónapra vonatkozóan, amelynek során legalább harminc percig végzett valaki izzadásig tartó tevékenységet. A válaszkategóriák a következők voltak: soha, párszor, havonta kétszer-háromszor, heti egy-két alkalommal, heti három vagy több alkalommal.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázatban a fizikai aktivitás és egyéb egészségmagatartási formák közötti összefüggések közül azok láthatók, amelyek statisztikailag is szignifikánsnak bizonyultak. Az összehasonlításhoz a sportaktivitás alapján három kategóriát alakítottunk ki: soha nem végez valaki szabadidős (iskolán kívüli) sportot, alkalmanként, illetve heti rendszerességgel végez. A szabadidős fizikai aktivitási gyakoriság és a dohányzás közötti összefüggést vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy az aktivitás szintje nem mutat összefüggést a dohányzás életprevalenciájával, azonban a dohányzás elmúlt 3 havi gyakoriságával szignifikáns a kapcsolat. Ahogy az 1. táblázatban is jól látható, a heti rendszerességgel sportoló fiatalok között magasabb számban vannak olyanok, akik egyáltalán nem dohányoztak az elmúlt 3 hónapban (48,8%), és közöttük a legalacsonyabb a napi 20 szálnál többet fogyasztók aránya (4,2%).

Az aktivitási szint és az alkoholfogyasztás kapcsolatáról elmondhatjuk, hogy a szabadidős fizikai aktivitás gyakorisága nem áll szignifikáns kapcsolatban sem az alkoholfogyasztás életprevalenciájával, sem az elmúlt 3 havi alkoholfogyasztási gyakorisággal, sem a lerészegedés gyakoriságával.

A fizikai aktivitás és a táplálkozáskontroll – mint preventív egészségmagatartási forma – egymással erős szignifikáns kapcsolatban állnak (1. táblázat). A fizikailag aktívak csoportjában (akik heti rendszerességgel vesznek részt fizikai aktivitásban) a legalacsonyabb azoknak az aránya, akik egyáltalán nem figyelnek oda a táplálkozásukra (19,2%), illetve közöttük találjuk nagyobb arányban azokat, akik a legtöbbször és mindig odafigyelnek erre (22,1%, illetve 7,5%).

A szabadidőben végzett fizikai aktivitási gyakoriság nem mutat összefüggést a szexuális magatartással. Nincs szignifikáns kapcsolatban a szexuális kapcsolat életprevalenciájával, gyakoriságával és az óvszerhasználattal, azaz a biztonságos szexuális magatartással sem.

1. táblázat. A fizikai aktivitás és egyéb egészségmagatartási formák összefüggése (szignifikáns eredmények)

DOHÁNYZÁSI GYAKORISÁG (%)*	FIZIKAI AKTIVITÁSI GYAKORISÁG (%)		
	<i>soba</i>	<i>alkalmanként</i>	<i>beti rendszerességgel</i>
egyáltalán nem	32,5	39,8	48,8
csak néha 1–1	17,5	15,3	16,7
1–5 szál naponta	10,0	12,0	10,6
6–10 szál naponta	17,5	12,9	9,5
11–20 szál naponta	10,0	12,4	10,2
20-nál több naponta	12,5	7,6	4,2
totál	100,0	100,0	100,0
EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS (%)**	FIZIKAI AKTIVITÁSI GYAKORISÁG (%)		
	<i>soba</i>	<i>alkalmanként</i>	<i>beti rendszerességgel</i>
egyáltalán nem	40,0	23,6	19,2
egy kissé	25,0	21,2	16,8
időnként	17,6	35,2	34,4
legtöbbször	10,0	14,8	22,1
mindig	7,4	5,2	7,5
totál	100,0	100,0	100,0

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ chi-négyzet próba

A fizikai aktivitás és az önminősített egészség állapot között szignifikáns kapcsolatot találunk (2. táblázat). A heti rendszerességgel fizikai aktivitást végzők bátrabban értékelik saját egészségi állapotukat kiválónak (25,7%), és közöttük fordul elő legkisebb arányban az egészségüket rossznak minősítők gyakorisága (2,8%).

2. táblázat. A fizikai aktivitás és az önminősített egészségi állapot összefüggése

ÖNMINŐSÍTETT EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT (%)**	FIZIKAI AKTIVITÁSI GYAKORISÁG (%)		
	<i>soba</i>	<i>alkalmanként</i>	<i>heti rendszerességgel</i>
kiváló	15,0	10,1	25,7
jó	37,5	40,3	49,3
még elfogadható	37,5	44,4	22,2
rossz	10,0	5,2	2,8
totál	100,0	100,0	100,0

** $p < 0,01$ Chi-négyzet próba

A pszichoszociális egészségindikátor-skálák és a fizikai aktivitási gyakoriság összefüggéseit a 3. táblázatban láthatjuk. A heti rendszerességgel fizikai aktivitást végző fiatalok szignifikánsan elégedettebbek életükkel, és kevesebb depresszív tünetről számolnak be. Ugyanebben a táblázatban látható a sport optimista/pesszimista beállítódással való összefüggése is, melyről megállapítottuk, hogy a fizikai aktivitás erős szignifikáns kapcsolatban áll az optimizmussal. Az aktív fiatalokra szignifikánsan gyakrabban jellemző ez a beállítódás. Azonban a pesszimista attitűdnél nem tapasztaltunk szignifikáns összefüggést.

A szülők társas támogatása és a szabadidős fizikai aktivitás közötti kapcsolatról pedig elmondhatjuk, hogy nagyon fontos a fiatalok sportolási gyakoriságában mindkét szülő támogatása.

3. táblázat. A fizikai aktivitás, a pszichoszociális egészség és a szülői társas támogatás közötti összefüggések

VÁLTOZÓ	<i>soba</i>		<i>alkalmanként</i>		<i>heti rendszerességgel</i>		
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	ANOVA: szig. szint
élettel való elégedettség**	21,45	6,60	20,77	6,26	22,23	6,36	$f=4,49$ $p < 0,01$
depresszív tünetek***	9,84	8,92	9,36	8,19	7,42	7,86	$f=5,58$ $p=0,001$
VÁLTOZÓ	<i>soba</i>		<i>alkalmanként</i>		<i>heti rendszerességgel</i>		
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	ANOVA: sig. szint
optimizmus***	13,41	4,03	14,13	3,31	14,97	3,35	$f=7,97$ $p=0,001$
pesszimizmus	10,97	3,57	10,73	3,52	10,44	3,54	$f=0,84$ $p > 0,05$

VÁLTOZÓ	<i>soba</i>		<i>alkalmanként</i>		<i>heti rendszerességgel</i>		
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	ANOVA: sig. szint
apai társas támogatás***	16,50	5,71	15,81	5,42	17,12	5,12	f=4,97 p=0,001
anyai társas támogatás**	18,10	5,99	19,74	4,56	20,03	3,84	f=4,08 p<0,01

*p< 0,05; **p<0,01; ***p=0,001 ANOVA = Varianciaanalízis

KÖVETKEZTETÉSEK

Tanulmányunknak ebben a részében arra kerestük a választ, hogy a szabadidős fizikai aktivitás gyakorisága hogyan befolyásolja a lelki egészséget, illetve az egészségmagatartást. Korábbi empirikus vizsgálatokra támaszkodva feltételeztük, hogy összehasonlítva a különböző szabadidős fizikai aktivitású csoportokat, eltéréseket találunk majd a pszichés és pszichoszociális egészségüket meghatározó változóiban, úgymint az étellel való elégedettség, depresszív és pszichoszomatikus tünetek, egészség és edzettség önértékelése (Baker, Little és Brownell, 2003; Ntoumanis 2001; Pikó és Keresztes 2007; Pluhár, Keresztes és Pikó, 2004).

Korábbi tanulmányok a fizikai aktivitás kedvező hatásáról számoltak be a lelki egészségre vonatkozóan (Bowker, 2006; Pastor és mtsai, 2003; Sacker, 2006), például a rendszeres sport növeli az önbizalmat, és alacsonyabb depresszív és a pszichoszomatikus tünetképzéssel jár együtt. Eredményeink is igazolták, hogy a rendszeres fizikai aktivitásban részt vevő fiatalok egészségi állapotukat jobbnak értékelik, elégedettebbek életükkal, kevesebb depresszív tünettől rendelkeznek, optimista attitűd jellemzi őket; tehát összességében jobb életminőségről és kedvezőbb pszichoszociális egészségi állapotról számolnak be.

Tanulmányunkban azt is vizsgáltuk, hogy a szabadidős fizikai aktivitás hogyan függ össze más preventív és rizikómagatartási formákkal. A korábbi kutatási eredményeket és az ellentmondásokat figyelembe véve feltételeztük, hogy a szabadidejükben aktívnak tekinthető egyének életmódja bizonyos szempontból kedvezőbb inaktív társaiknál. Megállapítottuk, hogy a magasabb szabadidős aktivitási szint szignifikáns összefüggést mutat a dohányzás alacsonyabb szintjével, és a tudatosabb táplálkozással, azonban nincs összefüggésben az alkoholfogyasztás gyakoriságával és a szexuális magatartással. A protektív hatás tehát részben beigazolódott, ráadásul a sportolás nem jár együtt a szerfogyasztások nagyobb gyakoriságával; sőt, a dohányzás alacsonyabb szintjével függ össze. Az alkoholfogyasztás esetében azonban a protektív hatás nem érvényesül, ami korábbi vizsgálatokat erősít meg (Pikó, Barabás és Markos, 1996).

MÁSODIK TANULMÁNY

A TANULMÁNY CÉLJA

Az elemzés következő szakaszában kiemelten a versenysportolók életvitelére koncentráltunk, és arra voltunk kíváncsiak, hogy a versenysportolókra – összehasonlítva nem sportoló kortársaikkal – valóban jellemzőbb-e a kedvezőbb egészségmagatartási spektrum és az alacsonyabb szintű pszichoszomatikus tünetképzés. Ehhez az összehasonlításhoz részben a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás, részben pedig a 2004-es Dél-Alföldi Ifjúságkutatás adatbázisait használtuk fel.

MINTA ÉS MÓDSZER

A sportolói csoport a szegedi sportorvosi rendelőben bizonyos időintervallumban (2007-2009) megjelent fiatalokat érintette ($n = 195$, 14–23 évesek, életkoruk átlaga 16,7 év; szórása 2,2 év). A mintában 103 fő volt fiú és 92 fő lány. Az összehasonlító elemzéshez a szerfogyasztások gyakoriságát a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás (részletesen lásd: Pikó Bettina: Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében c. fejezetet) adataival vetettük össze. Ehhez az adatbázisból randomizációval egy hasonló elemszámú almintát hoztunk létre ($n = 199$, 14–23 évesek, életkoruk átlaga 16,6 év; szórása 1,4 év). A mintában 121 fő volt fiú és 78 fő lány. A pszichoszomatikus tünetképzés gyakoriságait pedig a 2004-es Dél-Alföldi Ifjúságkutatás (Pikó, 2005) adatbázisából hasonló módon kialakított random almintá adataihoz hasonlítottuk ($n = 164$, 14–23 évesek, életkoruk átlaga 16,9 év; szórása 1,5 év). A mintában 91 fő volt fiú és 73 fő lány.

A pszichoszomatikus skála olyan gyakori, főként pszichoszomatikus tünetek előfordulására kérdezett rá, amelyek – amint azt előzetes kutatási eredményeink is igazolták – gyakoriak a lakosság körében. A következő tünetek szerepeltek a kérdések között: idegességből eredő (ún. tenziós) fejfájás, hát- és derékfájás, gyomor- és hasfájás, szapora vagy szabálytalan szívdobogás (palpitáció), idegességből eredő hasmenés, gyengeségérzés és alvászavarok. A tünetek előfordulási gyakoriságát, melyet az elmúlt 12 hónapra vonatkozóan kérdeztünk meg, négyfokozatú skála segítségével értékeltük: a soha válasz 0, a ritkán 1, az időnként 2, a gyakran válasz 3 pontot kapott. Az értékeket összeadtuk, és ennek segítségével alakítottuk ki az egyénre jellemző tüneti skála pontértéket. Az összesített pontszám minimális értéke 0, a maximális pedig 21 lehetett.

EREDMÉNYEK

A 4. táblázatban a sportolók és nem sportolók alkoholfogyasztási és dohányzási szokásait hasonlíthatjuk össze. A rendszeresen sportolók között szignifikánsan alacsonyabb a dohányzás előfordulása, illetve kipróbálása (56% és 71,9%) és a sportolók által az elmúlt hónapban elszívott cigaretták száma is jelentősen kevesebb (egyszer sem, illetve csak néha egyet: 91,6%, illetve 64,5%). Az alkoholfogyasztás tekintetében a sportolók között szignifikánsan többen voltak azok, akik még életükben nem ittak szeszes italt (12,1% vs. 4,5%). Az elmúlt hónapban alkoholt fogyasztók között jóval több sportoló volt, aki egyszer sem ivott vagy csak 1–2-szer, mint nem sportoló (82,4% vs. 38,9%). Az elmúlt hónapban egyszerre több pohár alkoholt fogyasztók között is döntően kevesebb sportoló fordult elő (egyszer sem: 54,4% szemben a 29,9%-kal).

4. táblázat. Sportolók és nem sportolók alkoholfogyasztási és dohányzási szokásainak összehasonlítása (2008-as adatbázissal)

VÁLTOZÓK	SPORTOLÓ (N=195)	NEM SPORTOLÓ (N=199)
<i>Dohányzás valaha **</i>		
igen	56,0	71,9
nem	44,0	28,1
<i>Az elmúlt hónapban kb. mennyit dohányzott? ***</i>		
egyszer sem	76,4	45,4
csak néha egyet	15,2	19,1
1–5 szálát naponta	4,2	9,3
6–10 szálát naponta	2,6	6,7
11–20 szálát naponta	1,0	15,5
20-nál többet naponta	0,5	4,1
<i>Alkoholfogyasztás valaha**</i>		
igen	87,9	95,5
nem	12,1	4,5
<i>Az elmúlt hónapban hányszor ittál alkoholt? ***</i>		
egyszer sem	30,1	13,1
1–2-szer	52,3	25,8
3–9-szer	15,0	31,3
10–19-szer	2,1	16,7
20–39-szer	0,5	6,1
több, mint 40-szer	0,0	7,1

<i>Az elmúlt hónapban hányszor ittál egyszerre több pohár alkoholt? ***</i>		
egyszer sem	54,4	29,9
1-szer	22,8	15,7
2-szer	13,0	17,8
3–5-ször	6,7	17,8
6–9-szer	1,6	9,1
10-szer vagy ennél többször	1,6	9,6

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ (Chi-négyzet próba)

Az 5. táblázatban a sportoló és nem sportoló fiatalok között az elmúlt egy évben tapasztalt pszichoszomatikus tünetek gyakoriságait hasonlíthatjuk össze. A sportolóknak jelentősen kevesebbet fájt a feje ideg feszültségből eredően, mint a nem sportolóknak (soha: 61,5% vs. 38,4%; gyakran: 3,6% vs. 11%). A hát- és derékfájás, valamint az idegességből eredő hasmenés előfordulását illetően nem volt a vizsgált személyek között eltérés. Alvászavar döntően kevesebbszer figyelhető meg a sportolók között (soha: 45% vs. 38,4%; gyakran: 4,2% vs. 13,2%). Jelentősen alacsonyabb a kimerültség előfordulása a sportoló fiatalok esetében (soha: 14,2% vs. 7,4%; gyakran: 13,2% vs. 31,5%). Szapora szívdobogás a sportolók 68,8%-ánál, a nem sportolók 45,1%-ánál soha nem fordult elő az elmúlt évben, túl gyors vagy szabálytalan szívverésre (azaz palpitációra) a sportolók 2,65%-a, a nem sportolóknak pedig 8,65%-a panaszkodott gyakran.

A 6. táblázatban a pszichoszomatikus tüneti skála összesített pontértékeinek átlagait láthatjuk. A nem sportoló csoport pontértékei kétmintás t-próbával szignifikánsan nagyobbak voltak, mint sportoló társaiké ($p < 0,001$).

5. táblázat. Sportolók és nem sportolók pszichoszomatikus tünetképzésének összehasonlítása (2004-es adatbázissal)

VÁLTOZÓK	SPORTOLÓ (N=195)	NEM SPORTOLÓ (N=164)
<i>fejfájás*** (idegfeszültségből eredő)</i>		
soha	61,5	38,4
ritkán	26,0	31,7
időnként	8,9	18,9
gyakran	3,6	11,0
<i>bát- és derékfájás</i>		
soha	37,4	28,2
ritkán	35,8	35,0
időnként	17,4	25,8
gyakran	9,5	11,0
<i>alvászavar**</i>		
soha	45,0	38,4
ritkán	36,1	29,6
időnként	14,7	18,9
gyakran	4,2	13,2
<i>kimerültség***</i>		
soha	14,2	7,4
ritkán	33,7	23,5
időnként	38,9	37,7
gyakran	13,2	31,5
<i>hasmenés (idegességből eredő)</i>		
soha	83,2	82,7
ritkán	11,6	8,6
időnként	3,7	6,2
gyakran	1,6	2,5
<i>szapora szívdobogás***</i>		
soha	68,8	45,1
ritkán	23,4	34,0
időnként	5,2	12,3
gyakran	2,6	8,6

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ (Chi-négyzet próba)

6. táblázat. A pszichoszomatikus tüneti skála pontértékeinek összehasonlítása sportolók és nem sportolók között (2004-es adatbázissal)

	Átlag	Szórás	T-érték	Szignifikancia
SPORTOLÓ (N=195)	10,4	3,0	$t = -6,482$	$p < 0,001$
NEM SPORTOLÓ (N=164)	12,5	3,2		

Kétmintás t-próba

MEGBESZÉLÉS

Elemzésünkben versenysportoló fiatalok egészségmagatartását és pszichoszomatikus egészségét hasonlítottuk össze az átlag középiskolás populációval két korábbi, reprezentatív mintájú adatbázis felhasználásával. Feltételeztük, hogy a sportolók pszichikai egészségét jobbnak találjuk nem sportoló társaiknál. Korábbi vizsgálatok számos jótékony pszichikai hatást igazoltak a sporttal kapcsolatban (vö. Baker, Little és Brownell, 2003; Dishman és mtsai, 2005; Ntoumanis, 2001). A pszichoszomatikus tünetképzés terén is kisebb előfordulást mutattak a vizsgálatok a sportolók körében (pl. Pluhár, Keresztes és Pikó, 2004). Jelen eredmények igazolták a korábbi adatokat; a sportolók pszichoszomatikus skálapontjai szignifikánsan alacsonyabbak voltak, mint a nem sportoló átlagpopulációé. A fizikai aktivitás tehát kedvező élettani és pszichikai hatásai révén jelentősen hozzájárul a pszichoszomatikus tünetek megelőzéséhez. Különösen az idegességből eredő fejfájás, az alvászavarok, a kimerültség és a palpáció ritkább a sportoló mintában. Ezek a tünetek igen fontosak a mindennapi orvosi gyakorlatban, hiszen egyensúlyhiányt jeleznek, érdemes ezért odafigyelni rájuk. Rontják az egészség önértékelését, és hosszú távon az életminőséget is (Pikó, Barabás és Boda, 1995).

A lelki egészség indikátoraival ellentétben a káros szenvedélyek vonatkozásában nem teljesen egyértelmű az összefüggés a versenysporttal (vö. Hildebrand, Johnson és Bogle, 2001; Leichter, Meilman és Presley, 1998; Nattiv, Puffer és Green, 1997; Wechsler, Davenport és Dowdai, 1994; Wetherill és Fromme, 2007). Elemzésünk azonban még a szabadidősportnál is nagyobb protektív hatást talált a versenysporttal kapcsolatban: a sportoló fiatalok egyértelműen kevesebb alkoholt és cigarettát fogyasztottak. További vizsgálatok szükségesek annak kiderítésére, hogy bizonyos sportágak esetén vajon mennyire érvényesülnek ezek az összefüggések, és mi állhat annak hátterében, ha ellenkező eredményeket kapunk. Mindesetre jelen eredményeink a korábbi adatok közül azokkal állnak szinkronban, amelyek a sportolást kedvezőbb egészségmagatartással és életmóddal hozzák összefüggésbe

(pl. Burke és mtsai, 1997). Úgy tűnik, ez a hatás elsősorban a dohányzással kapcsolatban igazolható, amely köztudottan rontja a sportteljesítményeket (Sasco és mtsai, 2003). Jelen tanulmány első részében a szabadidősporttal összefüggésben is a dohányzás terén sikerült igazolnunk a kedvező hatást, míg az alkoholfogyasztással kapcsolatban nem. Korábbi tanulmányok szintén az alkoholfogyasztással való összefüggést találták problematikusnak (Poortinga, 2007).

Összességében azt mondhatjuk, hogy a sportolás kedvező hatása egyértelműen megmutatkozott elemzéseink során. Fontos védőfaktorról van tehát szó, amely segíthet a lelki egészségmegőrzésében, testi és pszichikai egészségünk fejlesztésében, a káros szenvedélyek megelőzésében és számos betegség prevenciójában. Korábbi tanulmányok azt sugallják, hogy a serdülőkor nagyon kritikus időszak a rendszeres fizikai aktivitás mint életmódbeli szokás megőrzésében (Telama és Yang, 2000), hiszen ilyenkor hagyják legtöbbször abba a sportolást. Ha ezt az akadályt sikerülne leküzdeni, elkerülhető lenne az ún. ülő életmód terjedése, amely számos más káros életmódbeli elemmel (mint például a dohányzás) együtt megalapozza a civilizációs betegségek kialakulását a későbbi életkorokban.

IRODALOM

- Aszmann, A. (2000) *Fiatalok egészségi állapota és egészségi magatartása*. Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Budapest.
- Baker, C.W., Little, T.D., Brownell, K.D. (2003) Predicting adolescent eating and activity behaviors: The role of social norms and personal agency. *Health Psychology*, 22, 189–198.
- Bize, R., Johnson, J.A., Plotnikoff, R.C. (2007) Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*, 45(6), 401–415.
- Bowker, A. (2006) The relationship between sports participation and self-esteem during early adolescence. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 38(3), 214–229.
- Burke, V., Milligan, R.A.K., Beilin, L.J., Dunbar, D., Spencer, M., Balde, E., Gracey, M.P. (1997) Clustering of health-related behaviors among 18-year-old Australians. *Preventive Medicine*, 26, 724–733.
- Centers for Disease Control and Prevention (1998) CDC Surveillance Summaries, MMWR 49, (No.SS–5)
- Cervello, E.M., Santos-Rosa, F.J. (2001) Motivation in sport: An achievement goal perspective in young Spanish recreational athletes. *Perception and Motor Skills*, 92, 527–534.
- Dishman, R.K., Motl, R.W., Sallis, J.F., Dunn, A.L., Birnbaum, A.S., Welk, G.J., Bedimo-Rung, A.L., Voorhees, C.C., Jobe, J.B. (2005) Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 10–18.
- Donovan, J.L., Frankel, S.J., Eyles, J.D. (1993) Assessing the need for health status measures. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 47, 158–162.
- Faurie, C., Pontier, D., Raymond, M. (2004) Student athletes claim to have more sexual partners than other students. *Evolution and Human Behavior*, 25, 1–8.

- Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D., Biddle, S.J.H. (2002) The influence of autonomous and controlling motives on physical activity intentions within the Theory of Planned Behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 7, 283–297.
- Hildebrand, K.M., Johnson, D.J., Bogle, K. (2001) Comparison of patterns of tobacco use between high school and college athletes and non-athletes. *American Journal of Health Education*, 32, 75–80.
- Karvonen, S., Abel, T., Calmonte, R., Rimpelä, A. (2000) Patterns of health-related behavior and their cross-cultural validity – A comparative study on two populations of young people. *Sozial und Präventivmedizin*, 45, 35–45.
- Keresztes, N., Pikó, B. (2008) Fiatalok sportolási és táplálkozási szokásainak összefüggése. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 9(1), 14–19.
- Koss, M.P., Gains, J.A., (1993) The prediction of sexual aggression by alcohol use, athletic participation, and fraternity affiliation. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(1), 94–108.
- Kull, M. (2002) The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility aged women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 12(4), 241–247.
- Leichliter, J., Meilman, P., Presley, C. (1998) Alcohol use and related consequences among college students with varying levels of involvement in college athletics. *Journal of College Health*, 46, 257–262.
- Melnick, M.J., Mille, K.E., Sabo, D.F. (2001) Tobacco use among high school athletes and non-athletes: Results of 1997 youth risk behavior survey. *Adolescence*, 36(144), 727–747.
- Mikulán, R. (2007) Versenysportolók dohányzási szokásai és alkoholfogyasztása. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 8(30), 28–32.
- Moore, M.J., Werch, C.E. (2005) Sport and physical activity participation and substance use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36, 486–493.
- Nattiv, A., Puffer, J.C., Green, J.A. (1997) Lifestyles and health risks of collegiate athletes: A multi-center study. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 7(4), 262–272.
- Newcombe, P.A., Boyle, G.J. (1995) High school students sport personalities variations across participation level, gender, type of sport and success. *International Journal of Sport Psychology*, 26, 277–297.
- Ntoumanis, N. (2001) A self-determination approach to the understanding of motivation in physical education. *British Journal of Educational Psychology*, 71, 225–242.
- O'Brien, C.P., Lyons, F. (2000) Alcohol and the athlete. *Sports Medicine*, 29 (5), 295–300.
- Okano, G. (2003) Leisure time physical activity as a determinant of self-perceived health and fitness in middle aged male employees. *Journal of Occupational Health*, 45(5), 286–292.
- Overman, S.J., Terry, T. (1991) Alcohol use and attitudes: A comparison of college athletes and non athletes. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 21(2), 107–117.
- Pal, D.K. (1996) Quality of life assessment in children: A review of conceptual and methodological issues in multidimensional health status measures. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, 391–396.
- Pastor, Y., Balaguer, I., Pons, D., García-Merita, M. (2003) Testing direct and indirect effects of sports participation on perceived health in Spanish adolescents between 15 and 18 years of age. *Journal of Adolescence*, 26(6), 717–730.
- Pate, R.R., Heath, G.W., Dowda, M., Trost, S.G. (1996) Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*, 86, 1577–1781.

- Peretti-Watel, P., Guagliardo, V., Verger, P. (2003) Sporting activity and drug use: Alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. *Addiction*, 98(9), 1249–1256.
- Peretti-Watel, P., Guagliardo, V., Verger, P. (2004) Risky behaviours among young elite-student-athletes: Results from a pilot survey in South-Eastern France. *International Review for the Sociology of Sport*, 39, 233–244.
- Pluhár, Zs., Keresztes, N., Pikó, B. (2003) „Ép testben ép lélek” – Középiskolások értékrendje fizikai aktivitásuk tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 4(2), 29–33.
- 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.
- Pikó, B., Barabás, K., Boda, K. (1995) Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 136, 1667–1671.
- Pikó, B., Barabás, K., Markos, J. (1996) Health risk behaviour of a medical student population. Report on a pilot study. *Journal of Royal Society of Health*, 116, 97–100.
- Pikó, B. (2002a) *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó, B. (2002b) *Egészségsszociológia*. Új Mandátum könyvkiadó, Budapest.
- Pikó, B., Keresztes, N. (2007) *Sport, lélek, egészség*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Poortinga, W. (2007) Associations of physical activity with smoking and alcohol consumption: A sport or occupation effect? *Preventive Medicine*, 45, 66–70.
- Sabo, D.F., Miller, K.E., Farrell, M.P., Melnick, M.J., Barnes, G.M. (1999) High school athletic participation, sexual behavior and adolescent pregnancy: A regional study. *Journal of Adolescent Health*, 25, 207–216.
- Sacker, A. (2006) Do adolescent leisure-time physical activities foster health and well-being in adulthood? Evidence from two British birth cohorts. *European Journal of Public Health*, 16(3), 331–335.
- Sasco, A.J., Merrill, R.M., Benhaïm-Luzon, V., Gérard, J.-P., Freyer, G. (2003) Trends in tobacco smoking among adolescents in Lyon, France. *European Journal of Cancer*, 39, 496–504.
- Septoe, A., Wardle, J. (1992) Cognitive predictors of health behaviour in contrasting regions of Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 485–502.
- Taylor, W.C., Baranowski, T., Klesges, L.M., Ey, S., Pratt, C., Rochon, J., Zhou, A. (2004) Psychometric properties of optimism and pessimism: Results from the Girls' Health Enrichment Multisite Studies. *Preventive Medicine*, 38(S1), 69–77.
- Telama, R., Yang, X. (2000) Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32, 1617–1622.
- Terry, C.D., Connie, A. (1997) Tobacco use among male high school athletes. *Journal of Adolescent Health*, 21, 97–101.
- Walsh, M.M., Hilton, J.F., Ernster, V.L. (1994) Prevalence, patterns and correlates of spit tobacco use in college athlete population. *Addictive Behaviors*, 19(4), 411–427.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdaii, G. (1994) Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of American Medical Association*, 272(21), 1672–1677.
- Wetherill, R., Fromme, K. (2007) The effects of perceived awareness and caring, family motives and social motives on alcohol use by high school and first semester college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 147–154.

A CSALÁD EGÉSZSÉGVÉDŐ HATÁSA A SERDÜLŐK KÖRÉBEN¹

Kovács Eszter, Pikó Bettina

BEVEZETÉS

A család meghatározó tényező az életünkben: identitást ad, erősít, szocializál; itt tanuljuk meg, hogyan élünk a társadalomban, hogyan alkalmazkodjunk, és hogyan birkózzunk meg a mindennapi stresszhatásokkal. A szülők erőteljes hatással vannak a gyermekekre, mind a normák átadásában, mind a követendő minta közvetítőjeként. A származási családnak kiemelkedő szerepe van az értékek átadásában és a világnézet kialakításában, a biztonságérzet megteremtésében (Bardi és Schwartz, 2003). Az értékrend elsajátításában tehát megkérdőjelezhetetlen a család szerepe (Cseh-Szombathy, 1995; Neményi, 2000), legyen az akár modern vagy tradicionális értékeken nyugvó. Az elmúlt évtizedekben a család szerepe folyamatos változáson ment keresztül, ami nemcsak a család működésére hatott, de a család értékrendjére is (Beluszky, 2000; Kuijsten, 1996; Rácz, 2005; Szretykó, 2002). A kutatások szerint a tradicionális családi modell háttérbe szorult ugyan, ám dominanciáját nem veszítette el (Cseh-Szombathy, 1994; Tóth és Dupcsik, 2007). Az újabb családformák esetenként problémákat okozhatnak a gyermekek szocializációs mechanizmusában, például a szülők különköltözése, vagy maga a válás, ami rövid- és hosszútávon, gazdaságilag, pszichológiailag és kapcsolati szinten is erős hatást gyakorol a gyermekre (Brown, 2006; Kiernan, 2007; Oldehinkel és mtsai, 2008; Videon, 2002). A család átalakulása hatással van az egyén családhoz való viszonyára, a kapcsolat szorosságára, a szocializációra, a biztonságérzetre és a társas támogatásra is (Kopp és Skrabski, 2001; 2003; Poortinga, 2006). A családformák átalakulása miatt manapság kevés erős kötődésünk, fontos kapcsolatunk van, így a társas támogatás is kevésnek bizonyulhat. A társas támogatásnak, mint védőfunkciónak pedig a stresszel és a mindennapok problémáival való megküzdésben van kiemelt szerepe (Kopp és Skrabski, 2006; Kovács és Pikó, 2007; Pikó, 2000). A megváltozott értékek mellett az életmód (például a szabadidő-struktúra) is módosult (Pikó, 2005b; Koski, 2008), ami összefügg a fiatalok egészségmagatartásával, problémaviselkedésével.

Az értékrendbe természetesen beletartozik az egészség fontosságának, az egészséges vagy éppen egészségkárosító magatartásformák (mint dohányzás, alkohol- vagy drogfogyasztás) minta útján való átadása is (Pikó, 2002; Rácz, 1989). A fiatalok

¹ Eredeti megjelenés: *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 2009, 10(3), 223-237.

káros szenvedélyekre vonatkozó tudását az egyéb szocializáló és „fontos mások” csoportja mellett meghatározhatja a család is, amely egyfajta szerfogyasztó modellként funkcionál, ami lehet kockázati vagy protektív (Brassai és Pikó, 2005; Greenberger és mtsai, 2000; Pikó és Fitzpatrick, 2003; Skultéti, 2005). Az egészségkockázati magatartásformák a fiatalkori problémaviselkedést vetítik előre. A fiatalkori problémaviselkedés középpontjában egészségkárosító szerek fogyasztása áll, és emellett több magatartási elemet is tartalmaz, mint például a szorongás, depresszió és egyéb nehézségek, pszichés zavarok megjelenése (Pikó, 2005a; Brassai és Pikó, 2007; Vázsonyi, 2005). A devianciahipotézis szerint mindez szoros kapcsolatban van az értékkövetéssel. A devianciahipotézis ugyanis megfogalmazza, hogy a modern értékek térnyerésének, a tradíciók tagadásának – amely hazánkban az utóbbi évtizedekben felerősödött – kitüntetett szerepe van a deviáns magatartásformák kialakulásában (Lye és Waldron, 1998). Az egészség szociális aspektusa magába foglalja a kapcsolat kialakítást, a beilleszkedést és a kihívásoknak való megfelelést is (Pikó, 2003; Susánszky és Szántó, 2003). Szorosan kapcsolódik ehhez emellett a testi és lelki egészség, a jóllét állapota, amely összefüggésben van az élettel való elégedettséggel (Lewinsohn és mtsai, 1991). Az élettel való elégedettség hiánya például kapcsolatban áll a társas és érzelmi nehézségekkel, mind intra-, mind interperszonális szinten (Huebner és mtsai, 2000).

A családnak többféle védő szerepe is van a fiatalok egészségmagatartásában. A szülői társas támogatás, a szülőkkel kialakított kapcsolat minősége a serdülőkorban átalakul ugyan, de a biztonságos kötődés fontossága továbbra is megmarad. A depresszió ellen főként a családon belüli kötődés biztonsága, a problémák megbeszélése és a feszültség csökkentése hat fontos védőfaktorként (Allen és mtsai, 2006; Choi és mtsai, 2008; Kirkcaldy és Siefen, 1998). Ugyanakkor a káros szenvedélyek ellen a szülői kontroll és „monitoring” jelenti a leghatékonyabb védelmet (Aquilino és Supple, 2001; Beck és mtsai, 1999; Jackson és mtsai, 1998; Li és mtsai, 2000; Sieving és mtsai, 2000; Steinberg és mtsai, 1994; Stronski és mtsai, 2000; Trager és mtsai, 2007). Egy dániai kvalitatív vizsgálatban Järvinen és Østergard (2009) például azt találta, hogy azokban a családokban, ahol a szülői kontroll erős volt, szigorúan szabályozták a fiatalok szabadidejét, ott a „nagyivás” jelentősen ritkábban fordult elő. Hasonlóképpen Ford (2009) a droghasználatra vonatkozóan állapította meg, hogy a szülői monitoring és a szoros családi kapcsolatok csökkentik a szerhasználat gyakoriságát. Természetesen előfordulhatnak nemre specifikus eltérések a szülői monitoring és kontroll kapcsán, a lánygyermek esetén sokszor erőteljesebben érvényesülnek az aggódó, sőt, túlaggódó mechanizmusok. A túlzott aggodás pedig szintén növelheti a szerhasználat gyakoriságát (Svensson, 2003). A szülői értékrend elfogadása a családi kohézió fokmérője lehet, ami szintén hozzájárulhat a hatékony társas adaptációhoz, ami az egészséghez és a káros szenvedélyekhez való viszonyulásban is megmutatkozik (Pampel és Aguilar, 2008; Unger és mtsai, 2002).

Vizsgálatunk célja a fiatalkori problémaviselkedés és a családi jellegzetességek összefüggéseinek feltárása. Korábbi kutatásokra alapozva feltételezzük, hogy az egészségkárosító magatartás és a mentális zavarok közül a depresszió kevésbé jelenik meg azokban a családokban, ahol erős a családi kohézió. Továbbá kisebb mértékű szerfogyasztást és alacsonyabb depresszió szintet várunk azokban a családokban, ahol a szerzett társas támogatás magas, továbbá szoros, jó minőségű a szülő-gyermek kapcsolat.

MINTA ÉS MÓDSZEREK

Kérdőíves adatfelvételünkre 2008 tavaszán került sor. A mintavételre, a szerfogyasztás, valamint a védőfaktorok mérésére vonatkozó leírásokat lásd: Pikó Bettina: Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008, a „Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében” c. fejezetben. Jelen vizsgálatban új változóként szerepelt az értékkevető magatartás, amelynek kapcsán Unger és mtsai (2002) gyermeki kötelezettség skáláját alkalmaztuk (Cronbach-alfa értéke: 0,61). A megkérdezetteknek az egyetértés fokát kellett kifejezniük olyan állításokkal kapcsolatosan, mint például „Szüleim halála után is követni fogom értékrendjüket és életszabályaikat” (válaszlehetőségek: 1 = egyáltalán nem ért egyet, 2 = inkább nem ért egyet, 3 = inkább egyetért, 4 = teljesen egyetért).

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázatban láthatjuk a szerfogyasztásra vonatkozó prevalenciákat. A dohányzás mértéke a megkérdezett fiatalok körében igen magas: 54,5% dohányzik, míg 45,5%-uk vallotta, hogy egyáltalán nem él ezzel az egészségkárosító szerrel. Meglepő, hogy 16,3%-uk akár egy doboz cigarettát is elszív naponta. A szeszesital-fogyasztásnál a „nagyivást” mértük: a diákok 31,7%-a nem fogyasztott nagy mennyiségű alkoholt az elmúlt 3 hónapban, ezzel szemben 10,2%-uk több mint 10 alkalommal tette ezt. A marihuána fogyasztása szempontjából 83,7% egyáltalán nem fogyasztott az elmúlt időszakban, viszont 4,7% több mint 10 alkalommal szívott marihuánát (1. táblázat).

1. táblázat. *Fiatalok káros szenvedélye és a szülői támogatásra vonatkozó változók leíró statisztikája (N = 881)*

VÁLTOZÓK	%
<i>Dobányzás az elmúlt 3 hónapban</i>	
egyáltalán nem	45,5
csak néha egyet-egyet	16,3
1–5 szálát naponta	11,1
6–10 szálát naponta	10,8
11–20 szálát naponta	10,8
20-nál többet naponta	5,5
<i>Nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztása az elmúlt 3 hónapban</i>	
egyszer sem	31,7
1-szer	12,7
2-szer	17,1
3–5-ször	19,0
6–9-szer	9,3
10-szer vagy többször	10,2
<i>Maribuána fogyasztása az elmúlt 3 hónapban</i>	
egyszer sem	83,7
1–2-szer	8,5
3–9-szer	3,1
10–19-szer	1,6
20–39-szer	1,1
több mint 40-szer	2,0
VÁLTOZÓK	ÁTLAG (SZÓRÁS)
<i>anyai támogatás (6–24)</i>	19,8 (4,2)
<i>apai támogatás (6–24)</i>	16,7 (5,3)
<i>közös vacsora a családdal (1–5)</i>	3,2 (1,2)
<i>problémamegbeszélés a szülőkkel (1–5)</i>	3,3 (1,1)
<i>szülői kontroll (1–5)</i>	2,8 (1,5)
<i>szülői monitoring (1–5)</i>	3,8 (1,2)
<i>gyermeki elkötelezettség skála (5–20)</i>	15,1 (3,0)

Szintén az 1. táblázat mutatja be azokat a szülői protektív változókat, amelyeket az elemzésbe bevontunk. A skálákról elmondható, hogy a szülőktől kapott társas támogatásban az anyák előkelő helyet kaptak, de természetesen ez összefügg az apától kapott támogatással ($r = 0,281$ $p < 0,001$). A gyermeki kötelesség skálán (5–20) a megkérdezettek magas átlagpontszámot értek el ($M = 15,1$ $SD = 3$), ami azt mutatja, hogy a szülők tisztelete és értékrendjük követése erősen él bennük. Egyéb itemeket is bevontunk az elemzésbe, amelyek a szülői praxist állítják fókusz-

pontba. A szülő-gyermek kapcsolat minőségére kérdeztünk rá, amit az együtt töltött idő mértékével és a problémamegbeszéléssel mértünk. Emellett a szülői kontroll és monitoring vizsgálata során azt az eredményt kaptuk, hogy a szülők inkább tudják, hogy gyermekük hol tölti szabadidejét, minthogy szigorúan kontrollálnák a szabadidő mértékét. Ezeken a területeken nemi különbségek is kimutathatók: a lányokra sokkal jobban odafigyelnek a szülők, mint a fiúkra ($t = 7,05$ $p < 0,001$ a kontroll esetében, valamint $t = 5,6$ $p < 0,001$ a monitoring esetében).

A családi háttér vizsgálatakor ki kell térnünk arra is, hogy a szülők milyen jellegű kapcsolatban élnek. A szerfogyasztást vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy egyedül a dohányzásnál mutatható ki szignifikáns különbség a szülők családi állapota alapján ($\chi^2 = 34,9$ $p < 0,05$). Ahol a gyermekek kétszülős családban élnek, ott a legkisebb a dohányzás mértéke, ahol viszont a gyerekek megtapasztalták szüleik válását, vagy esetleg elvesztették az egyik szülőt, ott a dohányzás nagyobb méreteket ölt. A depresszió megjelenésére nem volt hatással a szülők családi állapota ($F = 1,3$ $p > 0,05$), viszont az étellel való elégedettségre hatással volt, hogy a fiatal mindkét biológiai szülőjével él-e együtt, vagy sem ($F = 2,7$ $p < 0,05$).

A 2. táblázatból kitűnik, hogy a vizsgált változók között mennyire szoros összefüggéseket tárt fel a korrelációelemzés. A szerfogyasztás erős összefüggést mutatott a szülői változókkal. Ez azt jelenti, hogy minél magasabb a kapott társas támogatás a szülőktől, minél nagyobb a kontroll és a monitoring mértéke, minél szorosabb és bizalmasabb a szülő-gyerek kapcsolat, annál biztosabb, hogy a gyermek nem dohányzik, nem fogyaszt mértéktelenül alkoholt, és nem szív marihuánát. A szülőkkal való jó és szoros kapcsolat tehát jelentős védőfaktorként működik. Az egészségkárosító magatartás mellett a depresszió mértéke és az étellel való elégedettség szintén összefüggést mutatott a szülőkkal való kapcsolattal. Az eredmények azt mutatják, hogy minél magasabb a kapott társas támogatás a szülőktől, minél nagyobb a kontroll és a monitoring mértéke, minél szorosabb a szülő-gyerek kapcsolat, annál kevésbé jelentkezik a depressziós tünetegyüttes, és annál elégedettebbek a fiatalok az életükkel.

2. táblázat. Korrelációs együtthatók értékei a káros szenvedélyek és a szülői támogatásra vonatkozó változók között (N = 881)

	DOHÁNYZÁS	ALKOHOLFOLYASZTÁS	MARIHUÁNAFOGYASZTÁS	CDI	ELÉGEDETTSÉG AZ ÉLETTEL
anyai támogatás (6–24)	-0,107**	-0,134***	-0,082*	-0,323***	0,316***
apai támogatás (6–24)	-0,153***	-0,122**	-0,118**	-0,331***	0,325***
közös vacsora a családdal (1–5)	-0,146***	-0,118**	-0,080*	-0,235***	0,305***
problémamegbeszélés a szülőkkel (1–5)	-0,081*	-0,111**	-0,060	-0,277***	0,405***
szülői kontroll (1–5)	-0,153***	-0,179***	-0,137***	0,044	0,001
szülői monitoring (1–5)	-0,0184***	-0,227***	-0,198***	-0,097**	0,132***
gyermeki elkötelezettség skála (5–20)	-0,117**	-0,170***	-0,098**	-0,217***	0,314***

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

A 3. táblázat tartalmazza a többváltozós lineáris regresszióelemzés eredményeit (azaz a béta standardizált együtthatókat): a szülői változók hatását a szerfogyasztásra nézve. A dohányzás, az alkohol- és marihuánafogyasztás tekintetében a szülői kontroll és monitoring egyaránt védőfaktort jelent. A dohányzás valószínűsége kisebb azokban a családokban, ahol a közös vacsorák gyakoribbak, és ahol a szülők követik gyermekük szabadidős tevékenységeit, valamint korlátokat is szabnak nekik. Az alkoholfogyasztás esetében a kontroll és monitoring mellett a gyermeki kötelesség játszik szerepet. Minél inkább érzi a fiatal a szülők és értékeik tiszteletének szükségességét, annál kevésbé hajlamos „nagyivásra”. Hasonló eredményeket találunk a marihuánafogyasztással kapcsolatosan is. A szülői kontroll és monitoring mellett fontos, hogy az apai támogatás hiánya jelentős rizikófaktor a droghasználat esetén.

A 4. táblázatban foglaltuk össze a depresszió megjelenésére és az élettel való elégedettségre vonatkozó szülői hatást. A depresszió és az élettel való elégedettség esetében több változó jelentős hatása mutatható ki. Az anyától és az apától kapott támogatás befolyásolja a depresszió megjelenését és súlyosságát, valamint az elégedettség szintjét. Minél több támogatást élnek meg a fiatalok, annál kevésbé észlelhetők depressziós tünetek, és annál inkább elégedettek az életükkel. Ugyanez az összefüggés mutatható ki a közös vacsorák számának emelkedésével kapcsolatban, és azzal is, hogy mennyire képesek a problémák nyílt megosztására és megbeszélésére otthon. Ugyanakkor érdemes kiemelni, hogy a szülői kontroll és monitoring

nem működik védőfaktorként a mentális egészség mutatóival kapcsolatban. Mivel ok-okozati kapcsolatot keresztmetszeti jellegű vizsgálatban nem tudunk igazolni, mindössze arra következtethetünk, hogy a kontroll sértheti a serdülők autonómiáját, ami nem járul hozzá a jóllétükhöz, de az is előfordulhat, hogy a depressziós serdülők fokozott felügyeletet kapnak (4. táblázat).

Mindezekből jól látható, hogy a családi miliő és a családi kötelékek jó minősége jelentős pozitívumokat hordoz az egészségkárosító magatartással szemben, védelmet jelent a lehangoltság, a depresszió ellen, és pozitívan hat az étellel való elégedettség érzésére.

3. táblázat. Többváltozós lineáris regressziómodell a káros szenvedélyekkel összefüggő szülői támogatásra vonatkozó változók bevonásával

Szülői támogatásra vonatkozó változók	DOHÁNYZÁS	ALKOHOLFOGYASZTÁS	MARIHUÁNA FOGYASZTÁS
anyai támogatás	-0,031	-0,023	0,003
apai támogatás	-0,097	-0,049	-0,077*
közös vacsora a családdal	-0,090*	-0,044	-0,046
problémák megbeszélése a szülőkkel	0,077	0,079	0,070
szülői kontroll	-0,086*	-0,132***	-0,084*
szülői monitoring	-0,151**	-0,222***	-0,189***
gyermeki kötelesség skála	-0,033	-0,088*	-0,025
<i>konstans</i>	4,51***	5,5***	2,3***
<i>R</i> ²	0,07***	0,10***	0,06***

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

4. táblázat. Többváltozós lineáris regressziómodell a mentális egészséggel összefüggő szülői támogatásra vonatkozó változók bevonásával

Szülői támogatásra vonatkozó változók	CDI	ELÉGEDETTSÉG AZ ÉLETTEL
anyai támogatás	-0,242***	0,132**
apai támogatás	-0,239***	0,187***
közös vacsora a családdal	-0,103**	0,134***
problémamegbeszélés a szülőkkel	-0,095**	0,232***
szülői kontroll	0,069*	-0,042
szülői monitoring	0,026	-0,069*
gyermeki kötelesség skála	0,034	0,086*
<i>konstans</i>	24,4***	6,8***
<i>R</i> ²	0,21***	0,26***

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

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk céljaul tűztük ki a család szerepének, a szülők hatásának elemzését a fiatalok problémaviselkedésére vonatkozóan. Mivel a család modellfunkciót lát el, amelynek keretein belül a gyermekek a szocializáció alatt elsajátíthatják a káros szenvedélyekre vonatkozó információt, aktusokat és rítusokat (Brassai és Pikó, 2005; Greenberger és mtsai, 2000; Pikó és Fitzpatrick, 2003), ezért kikerülhetetlen a családi kapcsolatháló és kötelékek vizsgálata. A szülők hatása leszámazottaitkra megkérdőjelezhetetlen. A gyermekek tőlük tanulják a követendő normákat, mintákat, magatartásformákat. A származási családnak kiemelkedő szerepe van az értékátadásában, valamint a biztonságérzet megteremtésében, magában az egyén társadalmi lénné formálásában (Bardi és Schwartz, 2003; Bernstein, 1971). Jelen kutatásban a szülő-gyermek kapcsolat minőségére fókuszáltunk, a szerzett társas támogatásra és a szülői kontrollra, az egészségkárosító magatartásra vonatkozóan. Továbbá célunk volt feltérképezni a családi klíma, mint protektív tényező szerepét és megjelenését a fiatal korosztályra vonatkoztatva.

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy mind az anya, mind az apa részéről érkező társas támogatás, valamint a szülő-gyermek kapcsolat szorossága fontos az egészséges adaptáció és életvezetés szempontjából. A társas támogatást és a jó szülő-gyermek kapcsolatot protektív tényezőként tartják számon, s ezt saját, korábbi eredményeink is alátámasztják (Kovács és Pikó, 2007; Pikó, 2000). Az egészségkárosító magatartással kapcsolatban láthatjuk, hogy a fiatalok nagy hányadára jellemző a szerfogyasztás, amely növekedő tendenciát mutat a korábbi adatokhoz képest (Pikó, 2003). Megfigyelhetjük, hogy azok a fiatalok élnek inkább kockázati magatartással, ahol a szülői támasz mértéke kisebb és a szülő-gyermek kapcsolat meggyengül. A szülői kontroll és monitoring szintén protektív szereppel bír (Aquilino és Supple, 2001; Li és mtsai, 2000; Sierving, 2000; Steinberg és mtsai, 1994; Stronski és mtsai, 2000; Trögesser és mtsai, 2007). Amennyiben kevésbé jellemző a szülőkre, azzal hozzájárul a fiatalok problémaviselkedésének kialakulásához (Pikó, 2005a). Hasonlóképpen Järvinen és Østergard (2009) és Ford (2009) eredményeihez, kutatásunkban igazoltuk, hogy a szülői kontroll és monitoring csökkenti a devianciák, mint a nagyívás és drogfogyasztás megjelenésének gyakoriságát. A családi klíma, a szülők szerepe nemcsak az egészségkárosító szerhasználat esetében igazolódott be, hanem a depressziós tünetegyüttes és az étellel való elégedettség kapcsán is. A korábbi vizsgálatok eredményeivel összhangban azt találtuk, hogy a depressziós tünetegyüttes megjelenését és súlyosságát, valamint az étellel való elégedettség mértékét befolyásolja a szülőkkel való kapcsolat szoros volta (Allen és mtsai, 2006; Choi és mtsai, 2008; Huebner és mtsai, 2000; Kirkcaldy és Siefen, 1998). Ahol tehát a szülők és gyermekeik között erős és bizalmas kapcsolat áll fenn, magas szintű a szerzett támogatás, ott mindez csökkenti a depresszív állapot és mentális

zavarok kialakulásának veszélyét, és pozitívan hat az élettel való elégedettségre. Ugyanakkor a szülői kontroll és monitoring magasabb depressziós tünetegyüttessel és az élettel való elégedettség kisebb mértékével jár együtt. Ok-okozati kapcsolat hiányában feltételezhetjük, hogy a serdülők nem örülnek a túlzott felügyeletnek, hiszen ez autonómiájuk megsértését jelenti. Másrészt viszont az is elképzelhető, hogy a depressziós serdülőkre jobban odafigyelnek a szülők, és ezt jelzi a változók közötti kapcsolat. További vizsgálatokra van szükség az összefüggés pontos megismeréséhez.

Összegezve kijelenthetjük, hogy a család megkérdőjelezhetetlen jelentőségű egy fiatal életében. Egyrészt a tanult modellszerű viselkedések kapcsán kétségtelenül mintakövetés jellemzi őket. Másrészt a szülők és gyermekeik közötti kapcsolat minősége szintén hatással van a szerfogyasztó magatartásra. A családi kohézió és a családban érzett integritás mértéke befolyásolja a devianciákhoz való odafordulást és a problémaviselkedést. Mindezek alapján célszerű a szülő-gyerek kapcsolatok folyamatos vizsgálata, a kötődés megerősítésének elősegítése a szerhasználat csökkentéséért, a depressziós tünetek enyhítéséért és az élettel való elégedettség növeléséért.

IRODALOM

- Allen, J. P., Insabella, G., Porter, M. R., Smith, F. D., Landm, D., Phillips, N. (2006) A social-interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 55–65.
- Aquilino, W. S., Supple, A. J. (2001) Long-term effects of parenting practices during adolescence on well-being outcomes in young adulthood. *Journal of Family Issues*, 22, 289–308.
- Bardi, A., Schwartz, S. H (2003) Values and behaviour: strength and structure of relations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1207–1220.
- Beck, K. H., Shattuck, T., Haynie, D., Crump, A. D., Simons-Morton, B. (1999) Associations between parents' awareness, monitoring, enforcement and adolescent involvement with alcohol. *Health Education Research*, 14, 765–775.
- Beluszky T. (2000) Érték, értékrendi változások Magyarországon 1945 és 1990 között. *Korall*, 1, 137–155.
- Bernstein, B. (1971) Társadalmi osztály, nyelv és szocializáció. *Valóság*, 11, 47–58.
- Brassai L., Pikó B. (2005) Szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál. *Addiktológia*, 4 (1), 7–28.
- Brassai L. Pikó B. (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (3) 211–227.
- Brown, S. L. (2006) Family structure transitions and adolescent well-being. *Demography*, 43 (3), 447–461.
- Choi, Y., He, M., Harachi, T. W. (2008) Intergenerational cultural dissonance, parent–child conflict and bonding, and youth problem behaviors among Vietnamese and Cambodian immigrant families. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 85–96.

- Cseh-Szombathy L. (1994) Értékváltozások a családban. *INFO Társadalomtudomány*, 30, 19–26.
- Cseh-Szombathy L. (1995) A társadalmi normák változása és a családi élet alakulása. *Magyar Tudomány*, 5, 521–531.
- Ford J. A. (2009) Nonmedical prescription drug use among adolescents: The influence of bonds to family and school. *Youth & Society*, 40, 336–352.
- 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.
- Huebner E. S., Funk B. A., Gilman I., Gilman R. (2000) Cross-sectional and longitudinal psychosocial correlates of adolescent life satisfaction reports. *Canadian Journal of School Psychology*, 16, 53–64.
- 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.
- Järvinen, M., Østergard, J. (2009) Governing adolescent drinking. *Youth & Society*, 40 (3), 377–402.
- Kiernan, K. (2007) Parental separation and disadvantage. Az előadás elhangzott: The fourth International Conference of the EAPS Working Group 'Social exclusion and the changing demographic portrait of Europe' 6–8 September 2007, Budapest.
- Kirkcaldy, B., Siefen, G. (1998) Depression, anxiety and self-image among children and adolescents. *School Psychology International*, 19, 135–149.
- Kopp M., Skrabski Á. (2001) Magatartás és család. *Magyar Bioetikai Szemle*, 7 (4), 1–25.
- Kopp M., Skrabski Á. (2003) Magatartás és család. In: Makó J., Ullrich Z. (szerk.) *Bioetika – Ökumené. Válogatott tanulmányok a Magyar Bioetikai Társaság és a KÖT (Keresztény Ökumenikus Baráti Társaság) két évtizedes munkásságából*. Széphalom KVMűhely, Budapest, 92–108.
- Kopp M., Skrabski Á. (2006) A támogató család, mint a pozitív életminőség alapja. In: Kopp M., Kovács M.E. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 220–233.
- Koski, P. J. (2008) Leisure-time activities and the social capital of the young. Az előadás elhangzott: The 10th Nordic Youth Research Information Symposium 'Bonds and Communities – Young people and their social ties' 13–15 June 2008, Lillehammer.
- Kovács E., Pikó B. (2007) Nem hagyományos egészségvédő faktorok jelentősége: család, társas támogatás, egészség. *HIPPOCRATES*, 3, 91–94.
- Kuijsten, A. C. (1996) Changing family patterns in Europe: A case of divergence? *European Journal of Population*, 12 (2), 115–143.
- Lewinsohn, P.M., Redner, E., Seeley, J.R. (1991) The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: New perspectives. In: Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N. (eds.) *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Pergamon, New York, 193–212.
- 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.
- Lye, D. N., Waldron, I. (1998) Relationships of substance use to attitudes toward gender role, family and cohabitation. *Journal of Substance Abuse*, 10, 185–198.
- Neményi M. (2000) *Csoportkép nőkkel*. Új Mandátum Kiadó, Budapest.
- Oldehinkel, A. J., Ormel, J., Veenstra, R., De Winter, A. F., Verhulst, F. C. (2008) Parental divorce and offspring depressive symptoms: Dutch developmental trends during early adolescence. *Journal of Marriage and Family*, 70, 284–293.

- Pampel, F. C., Aguilar, J. (2008): Changes in youth smoking, 1976–2002: A time-series analysis. *Youth & Society*, 39, 453–480.
- Pikó B. (2000) Nyertesekből vesztesek? Veszélyeztetett ifjúság a poszt szocialista társadalomban. *Társadalomkutatás*, 3–4, 183–196.
- Pikó B. (2002) *A deviáns magatartás szociológiai alapjai és megjelenési formái a modern társadalomban*. JATEPress, Szeged.
- Pikó B. (2003) *Kultúra, társadalom és lélektan*. Akadémia Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (2005a) Ifjúkori problémaviselkedés. In: Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 20–30.
- Pikó B. (2005b) Középiskolás fiatalok szabadidő-stuktúrája, értékattitűdjei és egészségmagatartása. *Szociológiai Szemle*, 2, 88–99.
- Pikó, B. F., Fitzpatrick, K. M. (2003) Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 44–54.
- Poortinga, W. (2006) Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science & Medicine*, 63, 255–270.
- Rácz J. (1989) *Ifjúsági szubkultúrák és fiatalok „devianciák”*. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.
- Rácz L. (2005) Érték és ifjúság. In: Pikó B. (szerk.) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 58–86.
- Sieving, R. E., Maruyama, G., Williams, C. L., Perry, C. L. (2000) Pathways to adolescent alcohol use: Potential mechanisms of parent influence. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 489–514.
- Skultéti D. (2005) Társas hatások szerepe a fiatalok egészségkockázati magatartásában. In: Pikó B. (szerk.) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 104–121.
- Steinberg L., Fletcher A., Darling N. (1994) Parental monitoring and peer influences on adolescent substance use. *Pediatrics*, 93, 1060–1064.
- Stronski, S. M., Ireland, M., Michaud, P.-A., Narring, F., Resnick, M. D. (2000) Protective correlates of stages in adolescent substance use: A Swiss National Study. *Journal of Adolescent Health*, 26, 420–427.
- Susánszky É. Szántó Zs. (2003) Szociokulturális környezet, megküzdési stratégiák, életminőség. *Szociológiai Szemle*, 2, 84–101.
- Svensson, R. (2003) Gender differences in adolescent drug use: The impact of parental monitoring and peer deviance. *Youth & Society*, 34, 300–329.
- Szretykó Gy. (2002) Válságban van-e a jelenlegi családmodell? Esettanulmányok. In: Szretykó Gy. *Globalizáció és család. A család szociológia új kihívásai*. Comenius Bt., Pécs, 38–52.
- Tóth O., Dupcsik Cs. (2007) Családok és formák – Változások az utóbbi ötven évben Magyarországon. *Demográfia*, 50 (4), 430–437.
- Tragesser, S. L., Beauvais, F., Swaim, R. C., Edwards, R. W., Oetting, E. R. (2007) Parental monitoring, peer drug involvement, and marijuana use across three ethnicities. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 670–694.
- 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.

- Vázsonyi A.T. (2005) Szülő-serdülő viszony és problémaviselkedés Magyarországon, Hollandiában, Svájcban és az Egyesült Államokban. In: Pikó B. (szerk.) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 121–134.
- Videon, T. M. (2002) The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. *Journal of Marriage and Family*, 64, 489–503.

A VALLÁSOSSÁG MINT A SERDÜLŐK SZERFOGYASZTÁSÁNAK VÉDŐFAKTORA

Kovács Eszter, Pikó Bettina

BEVEZETÉS

A serdülők szerfogyasztásában számos tényező játszik szerepet; biológiai, pszichikai és szociális egyaránt (Demetrovics, 2007; Simons-Morton, 2007). Az addiktológiái prevenció szempontjából a társadalmi és kulturális rizikó- és védőfaktorok különösen fontosak, hiszen a programok meghatározott társadalmi és kulturális térben zajlanak, ami a hatékonyságukat erőteljesen befolyásolja. A vallás különleges helyet foglal el a társadalmi védőfaktorok sorában, hiszen annak ellenére, hogy erősen szekularizált társadalomban élünk, az újfajta vallási mozgalmak és a vallás individualizálódása hatására továbbra is jelentős tudatformáló erő maradt. A vallás/spiritualitás egészségre gyakorolt sokrétű hatása klinikailag igazolt (Mueller és mtsai, 2001; Pikó, 2005a). Ez az összefüggés számos olyan vizsgálatnak is tárgya, amelyek a serdülőket érintik (Cotton és mtsai, 2006). Kérdés, hogy a modern társadalomnak jelen stádiumában a vallásosság továbbra is be tudja-e tölteni védőfaktor szerepét az egészségvédelemben, illetve a szerfogyasztás prevenciójában.

A vallás szerepe sokat változott az elmúlt évtizedek során (Kovács és Pikó, 2009). Az egyházak korábbi dominanciája háttérbe szorult az európai társadalmakban a globalizáció és a liberalizálódás következményeként (Manderscheid, 2008). Magyarországon a XX. század derekán az uralkodó politikai hatalmaknak köszönhetően a vallásosság és a vallásos neveltetés nem élvezett prioritást, sőt sok esetben nemkívánatosnak minősítették (Valuch, 2001). A társadalmi és politikai változások a rendszerváltással a vallási pluralizmust kezdték meghonosítani hazánkban is, ami a nyugat-európai országokban már hamarabb megvalósult (Manderscheid, 2008). A szekularizáció egyértelmű jele, hogy a korábbi, domináns történelmi egyházak vesztettek szerepükből és egyfajta „elvallástalanodás” vált jellemzővé, ugyanakkor új kisegyházak, szekták és vallási mozgalmak fejlődtek ki (Kovács és Pikó, 2009; Pikó, 2006; Tomka, 1996; 1999; 2008). A vallásosság fogalma mellett újabban a spiritualitás fogalma vált népszerűvé (Pikó, 2005b; 2006; Lapierre, 1994; Williams és Sternthal, 2007). Mindez jól mutatja, hogy az emberekből nem vészett ki a transzcendens iránti vonzalom, csupán átalakult. Cook (2004) szerint az egészség és életminőség vonatkozásában a spirituális dimenziót is figyelembe kell venni, amely kiemelten fontos az addikciók témakörében, a szerfogyasztást befolyásoló tényezőként.

SERDÜLŐKORI VALLÁSOSSÁG ÉS SZERHASZNÁLAT

Serdülőkorban az egyén egy sajátos élethelyzetbe kerül. Az eriksoni pszichoszociális fejlődésmélet szerint életünknek e szakaszában identitáskrizissel nézünk szembe. Miután a gyermekkor véget ér, a fiatalok számára valóságos kihívás az új identitás kialakítása. Ebben a folyamatban a szocializáció során a szülők helyét a kortárscsoportok veszik át, a kortársak körében tapasztalt viselkedésminták és értékpreferenciák válnak meghatározóvá. Az értékek, értékrend terén szintén változások zajlanak. A szülők által kialakított értékrend szilárd marad ugyan, viszont a kortársak, esetenként a „mainstream” ifjúsági kultúra felől érkező hatások átmenetileg, különösen kora serdülőkorban felülírják azt (Brassai és Pikó, 2005; Lees és mtsai, 2008; Simons-Morton, 2007). Egyfajta értékválság jellemző, amely sebezhetőséget is jelent a fiataloknak. Mindemellett az előzőekből fakadó stresszel való találkozaskor a sebezhetőség úgy mutatkozhat meg, hogy a megküzdési stratégiák, a coping-folyamat gyakran maladaptívvá – az egyénre vagy környezetére hátrányossá – válhat. Számos esetben a fiatalok tévesen a szerhasználatot választják, mint megküzdési módot, vagy a coping-stratégiák hiányából fakad ez a viselkedés. Egybecseng mindezzel több korábbi elméleti megközelítés, például Wills és Cleary (1995) modelljében négy fő motivációs faktort különböztet meg a serdülőkori szerfogyasztással kapcsolatban: a szociális/társas motivációt, a stresszoldó/coping-motivációt, az énmege erősítés motivációját és az unaloműzés/élménykeresés motivációját. Hasonlóan Gullota és munkatársai modelljében szintén négy funkció jelenik meg, amely megfeleltethető az előzővel: adaptáció, coping, rituális felnőtttség és életmód (Pikó, 2006).

A kockázati és protektív faktorok közé pszichológiai, családi és kortárstényezők is tartoznak (Brassai és Pikó, 2005; 2007). Mindezek szerepet kapnak a fiatalok életében a káros szenvedélyek, egészségkárosító magatartásformák, függőségi állapotok, viselkedési addikciók, öndestruktív viselkedésformák kialakulásában (Rácz, 2001). A vallásosságot az egészségkárosító magatartás kapcsán a protektív faktorok között tartjuk számon (Levin és Puchalski, 1997; Pikó, 2004; Schlundt és mtsai, 2008, Strawbridge és mtsai, 2001). A vallásosság az értékrend egyik meghatározó alapjának is tekinthető. Korábbi kutatások kimutatták, hogy a vallásos életvitel és szemlélet védőfaktorként funkcionál. Azok, akik vallásosnak tartják magukat, kisebb arányban élnek káros szenvedélyekkel, tehát kisebb mértékben jellemző rájuk a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a drogok használata (Turner, Musa és Lipscomb, 2007).

A vallásosság mint védőfaktor például tiltásokat jelenthet a magas egészségkockázattal járó viselkedésre, „értelmet ad” az életnek, képessé teszi az egyént a szenvedés elfogadására és az ezzel való megbirkózásra, és lehetővé teszi a társas támogatást (Indries, 2005). A társas támasz kiemelkedő szereppel bír a morbiditási mutatók csökkentésében, illetve betegségekkel való megküzdésben is elengedhetetlen a szociális kapcsolathálótól érkező védőhatás. Továbbá a káros szenvedélyek

esetében fontos kontrollt jelent a szermentesség fenntartásában, illetve a szerfogyasztó magatartás feladásában és az ártalomcsökkentésben (Rácz, 2001). Egy Svédországban lefolytatott kutatás szerint a káros szenvedélyeket illetően a család a legjelentősebb protektív faktor, melyet kiegészít a munka/tanulmányok, szabadidő, baráti kapcsolatok és a vallásosság által nyújtott védelem (Mondée, 2008). McCarrol (2008) kiegészíti mindezt a szomszédság életközösségével, mivel kutatásai szerint a szociális depriváció, területi elmaradottság (érti ez alatt a szerveződési szintet, integrációt és társas kontrollt) is erős hatással van a fiatalok egészségkárosító magatartására. Közösség (például a vallási közösségek), társas támogatás, család és a szomszédsági környezet így gyakran egy hasonló értékrend mentén szerveződik, és jelenít meg védő hatást a fiatalok felé.

VALLÁSOSSÁG ÉS SZERHASZNÁLAT NEMENKÉNT

A serdülőkori szerfogyasztás és a vallásosság összefüggését már számos kutatás igazolta, azonban keveset tudunk e kapcsolat nemenkénti jellegzetességeiről. A szakirodalom azt mutatja, hogy a lányokra és a felnőtt nőkre jellemzőbb a vallásosság, különösen az aktív vallásgyakorlás; az ő életükben fontosabb szerepet tölt be a vallás, közülük többen imádkoznak, vagy hisznek olyan fogalmakban, mint például a halál utáni élet, ördög, mennyország, pokol vagy a szellemek (Donahue és Benson, 1995; Hunt, 2005). A vallásgyakorlás egyéni megnyilvánulásai mellett gyakrabban járnak templomba is (Markstrom, 1999; Wright, Frost és Wisecarver, 1993). A nők vallásossága mélyebbnek és megalapozottabbnak tekinthető (Bridges és Moore, 2002; Roth és Kroll, 2007; Wallace és mtsai, 2007). Ez a jelenség egyúttal feltételezi, hogy a nők nagyobb védelemben is részesülnek a vallásosságukból kifolyólag. A fiúk és felnőtt férfiak a vallási dogmákat kevésbé hajlamosak elfogadni (Hunt, 2005). Ugyanakkor ez nem jelenti azt, hogy ők kevésbé részesednének a vallás jótékony, protektív hatásaiból. Sőt, vannak kutatások, amelyek azt jelzik, hogy az alacsonyabb vallásos részvétel ellenére a védelem, amiből a vallás kapcsán részesülnek, sok esetben még meg is haladja a lányok esetében tapasztalt védelmet (van den Bree, Whimer és Pickworth, 2004; Pikó és Fitzpatrick, 2004). E téren eléggé ellentmondásos eredmények vannak, hozzátéve azonban, hogy a szerfogyasztással kapcsolatban alig állnak rendelkezésre adatok. Egy, a kockázatos szexuális magatartást vizsgáló kutatásban a vallásosság – nemtől függetlenül – fontos védőfaktornak bizonyult (Zaleski és Schiaffino, 2000). Ezért további vizsgálatokra van szükség a vallásosság és a szerfogyasztás összefüggéseinek mélyebb megismerésére, többek között a nemek szerinti hasonlóságok és eltérések terén.

Jelen kutatás célja röviden áttekinteni, hogy a vallásossággal és a vallási élettel kapcsolatos változók hogyan függnek össze a középiskolás fiatalok szerfogyasztási

szokásaival. Célkitűzésünk középpontjában annak kiderítése áll, hogy a vallásosság a korábbi kutatások eredményeinek megfelelően védőfaktorként funkcionál-e, azaz a szerhasználat alacsonyabb előfordulásával jár-e együtt. Végül, a vallásosság és a szerfogyasztás összefüggésében teszteltük, hogy vannak-e nemenkénti eltérések a kapcsolat jellegében és erősségében.

MINTA ÉS MÓDSZER

Elemzésünkhöz a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás adatait használtuk fel (részletesen lásd: Pikó Bettina: Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünetegyüttes előfordulása serdülők körében c. fejezetet). A kérdőív felépítését tekintve tartalmazta a legfőbb demográfiai változókat (nem, életkor, iskolatípus, szülők iskolai végzettsége, családi struktúra, társadalmi rétegbesorolás), valamint a vallásosságot mérő kérdéseket.

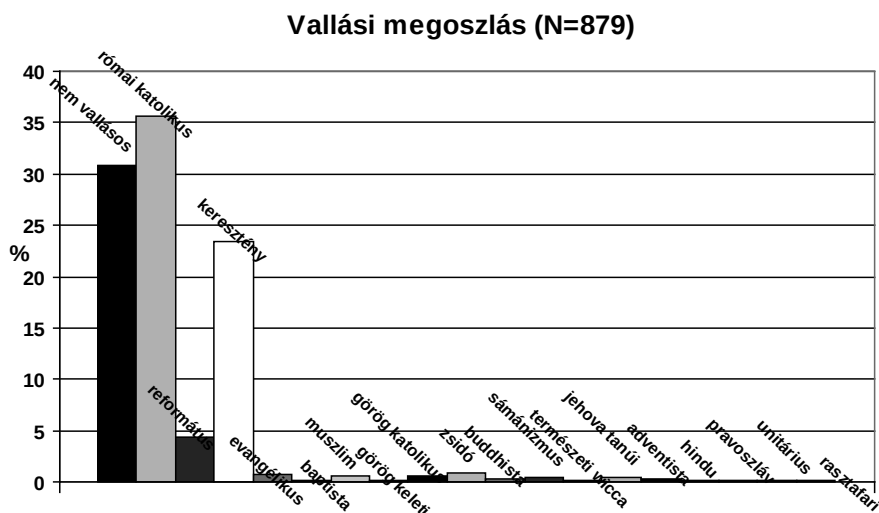
A vallásosságot több változó segítségével mértük (National Survey on Drug Use, 2002). A „Milyen vallású vagy?” nyitott kérdés alapján állapítottuk meg a felekezeti megoszlást. Zárt kérdésekkel azt mértük, hogy a fiatalok mennyire tartják magukat vallásosnak, illetve mennyiben gyakorolják vallásukat. Az erre vonatkozó két kérdés a következő volt: „Mennyire tartod magad vallásosnak?” (1= „egyáltalán nem vallásos”, 7= „nagyon vallásos”) és „Milyen gyakran jársz templomba vagy vallási jellegű rendezvényre?” (1= soha, 2= alkalmanként, 1–2/év, 3= időnként, 4= gyakran, 5= rendszeresen).

A következőkben a fenti változókat átkódoltuk a gyakorisági megoszlások alapján, amit a további elemzések tettek szükségessé. A vallással kapcsolatos változóknál létrehoztunk egy felekezeti hovatartozás változót, ahol három kategóriát különböztettünk meg: 1 = felekezethez nem tartozó, 2 = maga módján vallásos és 3 = felekezethez tartozó. A középső kategóriát abból a célból hoztuk létre, hogy a felekezeti kötődés nélküli vallásos elköteleződést külön jelöljük, amelynek aránya ebben a mintában jelentős. A vallásosság hétfokú skáláját szintén összevontuk: 1 = egyáltalán nem vallásos, 2 = valamennyire vallásos és 3 = vallásos (négy vagy több pontérték). A vallási aktivitásnál pedig a következő kategóriákkal dolgoztunk: 1 = soha, 2 = egyszer-kétszer évente/ünnepi alkalmakkor és 3 = több-kevesebb rendszerességgel járó (három vagy több pontérték). A minta elemszáma nem tette lehetővé a rendszeresség további gyakorisági bontását, azonban úgy gondoljuk, hogy a középiskolások körében a rendszeresség elsősorban azt jelzi, hogy a gyakoriság túlmutat az ünnepi alkalmakon. A szerfogyasztásra vonatkozóan, az életprevalencia (kipróbálta / nem próbálta ki) változókhoz hasonlóan dichotóm változókat hoztunk létre. Így az elmúlt három hónapban a különböző szerek fogyasztása: 0 = egyszer sem fordult elő, és 1 = előfordult.

EREDMÉNYEK

A vallási háttérrel három kérdés alapján térképeztük fel. Az 1. ábrán a „Milyen vallású vagy?” nyitott kérdésre kapott válaszokat mutatjuk be. A kérdés típusából fakad, hogy több felekezet és kisegyház is említésre került, mint például a természeti wicca vallás (0,2%), a rasztafarik (0,2%) a buddhisták (0,3%) vagy pedig az ősmagyar sámánizmus követői (0,5%). Valamint észrevehető, hogy sokan pusztán kereszténynek tartják magukat és nem jelöltek meg pontosabb kategóriát (23,4%). Megfigyelhető viszont még mindig a római katolikusok dominanciája (35,6%). Figyelemre méltó azok nagy aránya is, akik egyértelműen jelezték, hogy egyáltalán nem vallásosak, és nincs semmiféle vallási kötődésük (30,9%), ami jól tükrözi a szekularizációs elmélet érvényességét.

1. ábra. Középiskolások vallási és felekezeti megoszlása



Az 1. táblázatban olvashatjuk a felekezethez tartozás összevont kategóriáit. A megkérdezettek nagy része tagja valamely felekezetnek, viszont sokan felekezeti hovatartozás nélkül tartják magukat vallásosnak („maga módján vallásos”). Szintén itt láthatjuk a vallásosság mértékét az összevont kategóriák alapján. A megkérdezettek eredetileg hétfokú skálán jelölték, hogy mennyire tartják magukat vallásosnak. A válaszok ismét tanúskodnak a szekularizáció mértékéről; a válaszadók 41%-ban az „egyáltalán nem vagyok vallásos” kategóriát választották. A harmadik kérdésben a vallásgyakorlásra koncentráltunk, mégpedig arra kérdeztünk rá, hogy milyen gyakran járnak templomba és/vagy vallási jellegű rendezvényekre. A válaszadók

majdnem fele jelezte, hogy sohasem látogatja a templomot, és semmilyen vallási jellegű rendezvényre sem jár (49,8%), sokan évente egy-két alkalommal jelennek meg ilyen rendezvényeken (36,6%).

1. táblázat. A vallásos változók leíró statisztikája a mintában (N=881)

	%
<i>felekezet</i>	
felekezethez nem tartozó	30,9
maga módján vallásos	23,4
felekezethez tartozó	45,7
<i>vallásosság</i>	
nem vallásos	41,0
valamennyire	38,9
vallásos	20,1
<i>vallási aktivitás</i>	
soha	49,8
alkalmanként (1–2/év)	36,6
rendszeresen	13,6

A 2. táblázat mutatja be, hogy a vizsgált középiskolások körében milyen arányban jelentkezik a szerfogyasztás. A „Dohányoztál-e már valaha?” kérdésre a megkérdezettek 73,4%-a felelt igennel. Kétségtelen, hogy ebbe beletartoznak azok is, akik csak kipróbálták a cigarettát. Az elmúlt három hónap fogyasztási gyakorisága megmutatja, kik azok, akik akár csekély mértékben is, de rendszeresen dohányoznak. A dohányzó státusz a teljes minta 38,5%-ára jellemző.

Az alkoholfogyasztás terén megfigyelhető, hogy alapvetően többen ittak már alkoholt (96,1%), mint ahányan dohányoztak. A kérdezett fiatalok csupán 3,9%-a nem ivott még sohasem életében alkoholtartalmú italt. Az elmúlt három hónap alkoholfogyasztási szokásainál az ivás előfordulása mellett a „nagyivásra” is kíváncsiak voltunk, tehát a nagy mennyiségű alkoholfogyasztásra. Az alkoholfogyasztás 86,9%-ban jelentkezett, a nagyivás pedig 68,6%-ban, ami azt jelenti, hogy a fiatalok jelentős része rendszeresen fogyaszt több-kevesebb alkoholt.

A drogok közül a legelterjedtebb marihuána esetében viszont jóval kisebb arányokat találunk. A marihuána kipróbálása 29,3%, ami szintén magasnak mondható, de a cigarettához és az alkoholhoz képest határozottan elmarad azoktól. A kipróbálás mellett a fogyasztás mértéke csökkent ugyan, de majdnem a fiatalok 1/5-ére jellemző (17,3%).

2. táblázat. Szerfogyasztási szokások leíró statisztikája (N=881)

	%
<i>Dohányoztál-e már valaha?</i>	
Nem.	26,6
Igen.	73,4
<i>Dohányzás az elmúlt 3 hónapban</i>	
Nem dohányzik.	61,5
Dohányzik.	38,5
<i>Ittál-e már valaha alkoholt?</i>	
Nem.	3,9
Igen.	96,1
<i>Alkohol fogyasztása az elmúlt 3 hónapban</i>	
Egyszer sem fordult elő.	13,1
Előfordult.	86,9
<i>Nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztása az elmúlt 3 hónapban</i>	
Egyszer sem fordult elő.	31,4
Előfordult.	68,6
<i>Fogyasztottál-e már valaha marihuánát?</i>	
Nem.	70,7
Igen.	29,3
<i>Marihuána fogyasztása az elmúlt 3 hónapban</i>	
Egyszer sem fordult elő.	82,7
Előfordult.	17,3

A vizsgálat következő lépésében logisztikus regresszióelemzéseket alkalmaztunk a szerfogyasztás bekövetkezésének esélyeit latolgatva. A 3-4. táblázatban láthatók az eredmények. A 3. táblázatban a különböző egészségkárosító szerek kipróbálására, azaz az életprevalencia értékekre esett a hangsúly. A felekezeti hovatartozás nem szignifikáns prediktora a szerkipróbálásnak. Vallásosság alapján viszont megállapítható, hogy azok a diákok, akik valamennyire is vallásosnak tartják magukat, kisebb valószínűséggel próbálják ki a cigarettát és a marihuánát. A vallási aktivitás mindhárom szer esetében szignifikáns védelmet jelent. Azok a fiatalok, akik rendszeresen járnak templomba, és vesznek részt vallási rendezvényeken, kisebb eséllyel fordulnak az egészségkárosító szerekhez. Az esélyhányadosok eredményei alapján tehát a vallásosság és a vallási aktivitás valóban protektív faktor. Ez azt jelenti, hogy eleve már a szerkipróbálások kapcsán védelmet jelent, ha valaki vallásosként, vallásilag aktívként tekint önmagára.

3. táblázat. Logisztikus regressziós esélyhányadosok a szerhasználat (életprevalencia) és a vallásosság kapcsolatára a mintában (N=881)

	DOHÁNYZÁS	ALKOHOLFOGYASZTÁS	MARIHUÁNÁFOGYASZTÁS
Teljes minta (N=881)	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c
<i>felekezet</i>			
felekezethez nem tartozó ^a	1,00	1,00	1,00
maga módján vallásos	0,75 (0,50–1,13) ^b	0,68 (0,28–1,63)	1,10 (0,74–1,63)
felekezethez tartozó	0,82 (0,58–1,18)	1,14 (0,49–2,64)	0,92 (0,65–1,29)
<i>vallásosság</i>			
nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00
valamennyire	0,63 (0,45–0,89)**	1,14 (0,49–2,68)	0,72 (0,52–1,00)*
vallásos	0,54 (0,36–0,81)	0,52 (0,22–1,19)	0,66 (0,44–0,99)*
<i>vallási aktivitás</i>			
soha ^a	1,00	1,00	1,00
alkalmanként (1–2/év)	0,88 (0,63–1,22)	1,03 (0,45–2,35)	0,78 (0,57–1,06)
rendszeresen	0,61 (0,39–0,94)*	0,40 (0,17–0,95)*	0,44 (0,26–0,73)**

^aReferencia kategória ^bEsélyhányados ^c95%-os Konfidencia intervallum *p < 0,05 **p < 0,01

4. táblázat. Logisztikus regressziós esélyhányadosok a szerhasználat (hárombavi prevalencia) és a vallásosság kapcsolatára a mintában (N=881)

	DOHÁNYZÁS	ALKOHOLFOGYASZTÁS	NAGYIVÁS	MARIHUÁNÁFOGYASZTÁS
Teljes minta (N=881)	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c
<i>felekezet</i>				
felekezethez nem tartozó ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
maga módján vallásos	0,86 (0,59–1,25) ^b	0,75 (0,52–1,08)	0,83 (0,56–1,23)	1,14 (0,72–1,84)
felekezethez tartozó	0,90 (0,66–1,23)	0,86 (0,63–1,17)	0,86 (0,62–1,20)	0,98 (0,65–1,48)
<i>vallásosság</i>				
nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
valamennyire	0,72 (0,53–0,98)*	0,69 (0,51–0,94)*	0,78 (0,57–1,08)	0,68 (0,45–1,00)*
vallásos	0,57 (0,39–0,84)**	0,51 (0,35–0,74)**	0,53 (0,36–0,77)**	0,74 (0,46–1,20)
<i>vallási aktivitás</i>				
soha ^a	1,00	1,00	1,00	1,00
alkalmanként (1–2/év)	0,73 (0,54–0,98)*	0,93 (0,70–1,25)	1,20 (0,88–1,65)	0,82 (0,56–1,19)
rendszeresen	0,61 (0,39–0,93)*	0,59 (0,39–0,89)*	0,63 (0,42–0,96)*	0,51 (0,27–0,95)*

^aReferencia kategória ^bEsélyhányados ^c95%-os Konfidencia intervallum *p < 0,05 **p < 0,01

A 4. táblázatban a szerfogyasztás gyakoriságára fókuszáltunk. Hasonló eredményeket kaptunk; mind a dohányzás, az alkohol- és marihuánafogyasztás esetében kimutatható a védőfaktor jelleg. A felekezeti hovatartozás szintén nem szignifikáns védőfaktor a szerfogyasztással szemben, habár a dohányzás ($OR = 0,90$) és alkoholfogyasztás ($OR = 0,86$) esetében alacsonyabb fogyasztási valószínűségeket mutat. Továbbá a vallásosság a cigaretta- és alkoholfogyasztás esetében is csökkenti a fogyasztási valószínűséget. A vallásosság még kis mértékben is védelmet jelent a dohányzás, az alkohol- és marihuánafogyasztással szemben. A „nagyon vallásos” fiatalok számára a nagyívás kockázata csekély. A vallási aktivitás szintén védőfunkciót lát el a szerhasználatra vonatkozóan. A vallásilag aktív fiataloknál kevésbé valószínű a szerfogyasztás. Kimutatható, hogy azok körében, akik rendszeresen járnak vallási jellegű rendezvényekre és/vagy templomba, csökken a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a nagyívás és a marihuánafogyasztás esélye.

5. táblázat. A vallásos változók leíró statisztikája nemenként ($N=881$)

	FIÚK	LÁNYOK
<i>felekezet*</i>		
felekezethez nem tartozó	32,8	28,5
maga módján vallásos	26,8	19,1
felekezethez tartozó	40,4	52,4
<i>vallásosság</i>		
nem vallásos	43,4	38,1
valamennyire vallásos	36,2	42,2
vallásos	20,5	19,7
<i>vallási aktivitás</i>		
soha	52,9	46,0
alkalmanként (1–2/év)	34,6	39,1
rendszeresen	12,5	14,8

* $p < 0,01$ (Chi-négyzet próba)

Az 5. táblázat a vallásos változók leíró statisztikáját tartalmazza nemenként bontásban. A felekezeti hovatartozás szerint nemi különbséget találtunk: a fiúk közül többen választották azt, hogy egyáltalán nem tartoznak felekezethez, illetve azt is, hogy a „maguk módján” vallásosak. A lányok lényegesen többen tartoznak felekezethez.

6. táblázat. A szerfogyasztás leíró statisztikája nemenként

	FIÚK	LÁNYOK
<i>Dohányoztál-e már valaha?</i> ⁺		
Nem.	29,2	23,4
Igen.	70,8	76,6
<i>Dohányzás az elmúlt 3 hónapban</i>		
Nem dohányzik.	62,5	60,3
Dohányzik.	37,5	39,7
<i>Ittál-e már valaha alkoholt?</i>		
Nem.	4,7	2,8
Igen.	95,3	97,2
<i>Alkohol fogyasztása az elmúlt 3 hónapban**</i>		
Egyszer sem fordult elő.	38,1	47,6
Előfordult.	61,9	52,4
<i>Nagyobb mennyiségű alkohol fogyasztása az elmúlt 3 hónapban**</i>		
Egyszer sem fordult elő.	54,9	68,4
Előfordult.	45,1	31,6
<i>Fogyasztottál-e már valaha marihuánát?</i> ⁺		
Nem.	68,0	73,9
Igen.	32,0	26,1
<i>Marihuána fogyasztása az elmúlt 3 hónapban*</i>		
Egyszer sem fordult elő.	80,3	85,8
Előfordult.	19,7	14,2

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ ⁺ $p = 0,05$ (Chi-négyzet próba)

A 6. táblázat a szerfogyasztási gyakoriságokat mutatja be nemenkénti bontásban. A dohányzásban nem volt jelentős eltérés, sőt, a lányok enyhe fölénye figyelhető meg az életprevalencia terén ($p = 0,05$). Az alkoholfogyasztás életprevalenciájában a nemek szerinti eltérés nem volt szignifikáns, azonban a jelenlegi fogyasztás a fiúkra jellemző inkább ($p < 0,01$). A marihuánafogyasztás szintén a fiúk körében gyakoribb, az alkoholfogyasztásnál enyhébb mértékben ugyan, de az eltérés statisztikailag jelentős ($p < 0,05$).

A 7. táblázat a logisztikus regresszióelemzés eredményeként kiszámított esélyhányadosokat láthatjuk a szerhasználat (életprevalencia) és a vallásosság kapcsolatára nemenként. A felekezeti hovatartozás nem volt jelentős prediktor egyik esetben sem. A fiúk körében a szerfogyasztási fajták közül a dohányzás mutatott összefüggést a vallásossággal és a vallási aktivitással. A lányok esetében a vallásosság a marihuánafogyasztással függ össze, a vallási aktivitással viszont valamennyi szerfogyasztási típus alacsonyabb előfordulással jár együtt.

7. táblázat. Logisztikus regressziós esélyhányadosok a szerhasználat (életprevalencia) és a vallásosság kapcsolatára nemeként

	DOHÁNYZÁS	ALKOHOLFOGYASZTÁS	MARIHUÁNAHASZNÁLAT
FIÚK	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c
<i>Felekezeti</i>			
Felekezethez nem tartozó ^a	1,00	1,00	1,00
Maga módján vallásos	0,74 (0,44 – 1,24)	0,53 (0,18 – 1,52)	1,22 (0,75 – 1,99)
Felekezethez tartozó	0,69 (0,43 – 1,11)	0,92 (0,31 – 2,71)	0,89 (0,57 – 1,42)
<i>Vallásosság</i>			
Nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00
Valamennyire	0,59 (0,38 – 0,93)*	1,08 (0,39 – 2,95)	0,86 (0,56 – 1,33)
Vallásos	0,53 (0,31 – 0,89)*	0,59 (0,21 – 1,63)	0,82 (0,49 – 1,38)
<i>Vallási aktivitás</i>			
Soha ^a	1,00	1,00	1,00
Alkalmanként (1–2/év)	1,13 (0,73 – 1,75)	1,03 (0,39 – 2,71)	0,88 (0,58 – 1,33)
Rendszeresen	0,57 (0,32 – 0,99)*	0,49 (0,17 – 1,49)	0,54 (0,26 – 1,05)
LÁNYOK	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c
<i>Felekezeti</i>			
Felekezethez nem tartozó ^a	1,00	1,00	1,00
Maga módján vallásos	0,79 (0,40 – 1,56)	1,35 (0,24 – 7,57)	0,86 (0,44 – 1,70)
Felekezethez tartozó	0,97 (0,56 – 1,69)	1,48 (0,39 – 5,63)	0,98 (0,58 – 1,66)
<i>Vallásosság</i>			
Nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00
Valamennyire	0,65 (0,38 – 1,12)	1,11 (0,22 – 5,58)	0,59 (0,36 – 0,97)*
Vallásos	0,55 (0,29 – 1,06)	0,37 (0,08 – 1,70)	0,48 (0,25 – 0,94)*
<i>Vallási aktivitás</i>			
Soha ^a	1,00	1,00	1,00
Alkalmanként (1–2/év)	0,59 (0,35 – 0,99)*	0,85 (0,17 – 4,26)	0,68 (0,42 – 1,12)
Rendszeresen	0,58 (0,30 – 1,17)	0,23 (0,05 – 0,99)*	0,34 (0,15 – 0,77)**

^aReferencia kategória ^bEsélyhányados ^c95%-os konfidenciaintervallum *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

Végül, a 8. táblázatban az esélyhányadosok a szerhasználat (háromhavi prevalencia) és a vallásosság kapcsolatait jelzik nemenkénti bontásban. Az előzőben tapasztaltakhoz hasonlóan a fiúk esetében itt is csak a dohányzással összefüggésben talá-lunk szignifikáns kapcsolatot, még hozzá a vallási aktivitás bizonyult a dohányzás prediktorának. A lányok esetében a vallásosság mindhárom, a vallási aktivitás pedig a nagyívászat prediktora volt.

8. táblázat. Logisztikus regressziós esélyhányadosok a szerhasználat (háromhavi prevalencia) és a vallásosság kapcsolatára nemenként

	DOHÁNYZÁS	NAGYIVÁSZAT	MARIHUÁNAHASZNÁLAT
FIÚK	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c	OR ^a (95% CI) ^c
<i>Felekezet</i>			
Felekezethez nem tartozó ^a	1,00	1,00	1,00
Maga módján vallásos	1,04 (0,65 – 1,67)	0,89 (0,54 – 1,50)	1,28 (0,73 – 2,27)
Felekezethez tartozó	0,85 (0,55 – 1,31)	0,83 (0,52 – 1,31)	0,96 (0,56 – 1,66)
<i>Vallásosság</i>			
Nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00
Valamennyire	0,78 (0,52 – 1,18)	0,98 (0,63 – 1,54)	0,77 (0,46 – 1,30)
Vallásos	0,66 (0,40 – 1,09)	0,61 (0,37 – 1,02)	1,24 (0,70 – 2,20)
<i>Vallási aktivitás</i>			
Soha ^a	1,00	1,00	1,00
Alkalmanként (1–2/év)	0,71 (0,48 – 1,07)	1,43 (0,92 – 2,22)	0,95 (0,59 – 1,54)
Rendszeresen	0,49 (0,26 – 0,91)*	0,76 (0,42 – 1,35)	0,57 (0,26 – 1,27)
LÁNYOK	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c
<i>Felekezet</i>			
Felekezethez nem tartozó ^a	1,00	1,00	1,00
Maga módján vallásos	0,63 (0,34 – 1,16)	0,72 (0,39 – 1,33)	0,82 (0,34 – 1,96)
Felekezethez tartozó	0,92 (0,58 – 1,46)	0,92 (0,56 – 1,51)	1,06 (0,55 – 2,04)
<i>Vallásosság</i>			
Nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00
Valamennyire	0,64 (0,41 – 1,01)	0,62 (0,38 – 1,00)*	0,58 (0,32 – 1,06)
Vallásos	0,47 (0,26 – 0,84)**	0,43 (0,24 – 0,77)**	0,22 (0,07 – 0,64)**
<i>Vallási aktivitás</i>			
Soha ^a	1,00	1,00	1,00
Alkalmanként (1–2/év)	0,73 (0,47 – 1,14)	1,01 (0,64 – 1,61)	0,68 (0,37 – 1,26)
Rendszeresen	0,74 (0,40 – 1,37)	0,53 (0,29 – 0,97)*	0,45 (0,17 – 1,23)

^aReferenciakategória ^bEsélyhányados ^c95%-os konfidenciaintervallum *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

MEGBESZÉLÉS

Vizsgálatunk középpontjában a spirituális dimenzió hatását elemeztük a serdülőkori szerfogyasztással összefüggésben. A vallásosság és spiritualitás jelen van a mindennapokban, az értékrend bázisát is képezheti (Pikó, 2005a, 2006; Lapierre, 1994; Williams és Sternthal, 2007). Először felmértük, hogy a középiskolás korosztály milyen felekezeti megoszlású, mennyire tartja magát vallásosnak, és mennyire aktívan gyakorolja vallását. Az utóbbi évtizedekre jellemző egyfajta „elvallástalanodás”

(Pikó, 2006; Tomka, 1996) megjelent a vizsgált mintában; a fiatalok nagy hányada kifejezetten nem tartja magát vallásosnak, többen csak bizonyos mértékben, és kevesen vallották magukat nagyon vallásosnak. Szintén megmutatkozott ez a felekezeti megoszlásnál; a megkérdezettek majdnem egyharmada nem jelölt meg felekezetet. Említésre méltó az újabb vallási irányzatok és napjainkban népszerűbbé váló kisegyházak választása (Kovács és Pikó, 2009), mint például a buddhizmus, ősmagyar sámánizmus, vagy éppen a rasztafarianizmus. Vallási aktivitás terén is visszaesés jellemző korábbi kutatások arányait figyelembe véve (Pikó és Fitzpatrick, 2004; Pikó, 2006). Ezek az eredmények aggodalomra intenek, hiszen a vallásosság fontos protektív faktor a szerfogyasztás és más egészségkárosító magatartás kapcsán, valamint növeli az egyének integritását, koherenciaérzését, elégedettségét és jóllétét (Levin és Puchalski, 1997, Schlundt és mtsai, 2008; Strawbridge és mtsai, 2001). Azonban azt is szem előtt kell tartanunk, hogy vizsgálatunkban az adolescensekre koncentráltunk, arra az életperiódusra, ahol a szülői szocializáció a háttérbe szorul a kortárshatás mellett (Brassai és Pikó, 2005; Lees és mtsai, 2008; Simons-Morton, 2007). Mindez szintén érvényesül a vallási szocializáció, a vallásos neveltetés és a szülők vallásos értékeinek esetleges elutasítása terén.

A serdülőkori szerhasználatot górcső alá véve megállapíthatjuk, hogy mind az életprevalencia, mind pedig a kurrens anyaghasználat esetén magas rátákkal találkozhatunk. A szegedi középiskolás mintában magas azoknak a diákoknak az aránya, akik már kipróbálták életükben a cigarettát és az alkoholt, viszont ehhez képest kevesebb a könnyű drogokat kipróbálók és használók aránya. Természetesen ebben az életkorban a kortárshatás, csoportnyomás erős, valószínűleg ezért kapunk ilyen magas gyakoriságokat az életprevalencia vizsgálatokor. A dohányzás és az alkoholfogyasztás magas gyakorisága kapcsán elmondható, hogy ezek az arányok már addikcióra utalhatnak, főként azoknál, ahol dohányzás esetében napi, nagyívás esetén pedig havi fogyasztással állunk szemben. Az ilyen gyakoriságú szerfogyasztások ebben az esetben adaptációs problémára, maladaptív copingra utalhatnak (Rácz, 2001). Ki kell emelni a nemek szerinti eltéréseket: bár az alkoholfogyasztás és a drogfogyasztás a fiúkra jellemzőbb, a dohányzásban már a lányok vannak enyhén többségben. Éppen ezért is voltunk kíváncsiak, hogy vajon a vallás és szerfogyasztás kapcsolatában vannak-e nemek szerinti eltérések.

A vallásosság eleve már a szerkipróbálásnál védőfaktornak számít, a használatban pedig nagymértékű védelmet biztosít. Elemzéseink alátámasztják, hogy a vallásos életszemléletű, vallási rendezvényekre gyakrabban járó fiatalok kisebb valószínűséggel próbálják ki és használnak egészségkárosító szereket. Tehát azok a fiatalok, akik vallásosnak tartják magukat, és vallásilag aktívak, kisebb valószínűséggel próbálják ki, és kezdik fogyasztani a cigarettát, az alkoholt és a marihuánát. Csupán felekezeti kötődés esetében viszont ez még nem bizonyítható.

Összességében elmondhatjuk, hogy bár a felekezeti hovatartozás nem bizonyult védőfaktornak, vallásosság és a vallási aktivitás igen. Az utóbbi két változó azonban nemtől függően befolyásolja a serdülők szerfogyasztását. Úgy tűnik, a lányok számára nagyobb védelmet jelent a vallásosság, hiszen valamennyi szerfogyasztás esetében prediktorként viselkedett a már említett két vallásos változó. A fiúk esetében csak a dohányzás esetében igazolható összefüggés. Valószínűsíthető, hogy a vallási szocializációban jelentkező eltérések vezetnek a különbségekhez, amit a lányok nagyobb felekezethez tartozása is fémjelez (Lees és Horwath, 2009; Regnerus és Burdette, 2006). Külföldi kutatások a lányok nagyobb vallási részvételéről és vallásos aktivitásáról számolnak be (Bridges és Moore, 2002; Roth és Kroll, 2007; Wallace és mtsai, 2007). A fiúk esetében érdemes figyelembe venni, hogy körükben nagyobb előfordulást mutatott a „maga módján vallásos” kategória, ami a felekezet nélküli, privát vallásosság preferenciájára utal.

Eredményeink felhívják a figyelmet, hogy az egyéni védőfaktorok erősítésén túl a kollektív tudatra is hatással kell lenni, hiszen az egészségkárosító szerek kipróbálása adott társadalmi térben zajlik. A vallásosság/spiritualitás egészségvédő jellegét a prevencióban fokozottabban ki kell aknázni a családokban, a vallási közösségekben és az egészségpolitikai fórumokon.

IRODALOM

- Brassai L., Pikó B. (2005) Szerhasználat és családi tényezők vizsgálata középiskolásoknál. *Addiktológia*, 4(1), 5–26.
- Brassai L., Pikó B. (2007) Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(3), 221–227.
- Bridges, L.J., Moore, K.A. (2002) *Religion and spirituality in childhood and adolescence*. Child Trends, Washington, DC.
- Cook, C. H. (2004) Addiction and spirituality. *Addiction*, 99, 539–551.
- Demetrovics Zs. (szerk.) (2007) *Az addiktológia alapjai I.* ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 357–377.
- Donahue, M.J., Benson, P.L. (1995) Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51, 145–160.
- Cotton, S., Zabracki, K., Rosenthal, S.L., Tsevat, J., Drotar, D. (2006) Religion/spirituality and adolescent health outcomes: A review. *Journal of Adolescent Health*, 38, 472–480.
- Elekes Zs. (2004) A középiskolás fiúk és lányok dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaiban bekövetkezett változások 1992–2002 között. *Addiktológia*, 3(4), 515–532.
- Elekes Zs. (2007) Változó trendek, változó fogyasztási szokások. A budapesti középiskolások alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásai, 1992–2007. *Addiktológia*, 4(3), 189–211.
- 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.

- Hunt, S. (2005) *Religion and everyday life*. Routledge Publishing.
- Indries K. (2005) Vallásosság. *Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003*. Kutatási jelentés. Országos Epidemiológiai Központ.
- Kovács E., Pikó B. (2009) Vallásosság magyar középiskolások körében. *Társadalomkutatás*, 27(1), 27–49.
- Lapierre, L.L. (1994) A model for describing spirituality. *Journal of Religion and Health*, 2(33), 153–161.
- Lees J., Howarth, J., Sidebotham, P., Higgins, J., Imtiaz, A. (2008) Religion, beliefs and parenting practices. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2265.pdf>. Letöltve: 2009. 06. 20.
- Lees, J., Howarth J. (2009) 'Religious parents...just want the best for their kids': Young people's perspectives on the influence of religious beliefs on parenting. *Children & Society*, 23(3), 162–175.
- Levin, J.S., Puchalski, C.M. (1997) Religion and spirituality in medicine: Research and education. *Journal of the American Medical Association*, 278, 792–793.
- 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.
- Markstrom, C.A. (1999) Religious involvement and adolescent psychosocial development. *Journal of Adolescence*, 22, 205–221.
- McCarrol, L. (2008) Young people, substance use and their neighbourhood: A secondary analysis of the Belfast Youth Development Study. Lecture was held at the 'Re- presenting childhood and youth' 2nd International Conference, in Sheffield, UK.
- Manderscheid, M., Tröndle, C. (2008) Volkskirchen in Deutschland im gesellschaftlichen Wandel. *European Journal of Mental Health*, 3(1), 21–34.
- Mondée, L. (2008) The meaning of life – family and friends and young people's well being. Lecture was held at the 'Bonds and Communities – Young people and their social ties' The 10th Nordic Youth Research Information Symposium, in Lillehammer, Norway.
- Mueller, P.S., Plevak, D.J., Rummans, T.A. (2001) Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225– 1235.
- National Survey on Drug Use (2002): <http://icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/STUDY/06542.xml>
Letöltve: 2008. 03.03.
- Paksi B., Elekes Zs. (2004) A 11–12. évfolyamos középiskolások alkohol- és drogfogyasztása Budapesten 2004-ben. *Addiktológia*, 3(3), 308–330.
- Pikó B. (2004) A vallás és az egészség kapcsolatának szociológiai értelmezése. In: Vingender I. (szerk.) *Egészségzociológia. Szöveggyűjtemény*. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 51–61.
- Pikó B. (2005a) Vallásosság, egészség és káros szenvedélyek az ifjúság körében. In: Pikó B. (szerk.) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan Kiadó, Budapest, 200–210.
- Pikó B. (2005b) „Isten halott?” – Hit és spiritualitás a modern társadalomban. *Valóság*, 47(12), 83–93.
- 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, 327–343.
- Pikó, B.F., Fitzpatrick, K.M. (2004) Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095–1107.

- Rácz J. (2001) Kémiai és viselkedéses addikciók. In: Buda B., Kopp M. (szerk.) *Magatartástudományok*. Medicina Kiadó, Budapest, 633–655.
- Roth, L.M., Kroll, J.C. (2007) Risky business: Assessing risk preference explanations for gender differences in religiosity. *American Sociological Review*, 72(2), 205–221.
- Schlundt, D.G., Franklin, M.D., Patel, K., McClellan, L., Larson, C., Niebler, S., Hargreaves, M. (2008) Religious affiliation, health behaviors and outcomes: Nashville REACH 2010. *American Journal of Health Behavior*, 32(6), 714–724.
- Simons-Morton, B. (2007) Social influences on adolescent substance use. *American Journal of Health Behavior*, 31(6), 672–684.
- Strawbridge, W.J., Shema, S.J., Cohen, R.D., Kaplan, G.A. (2001) Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health and social relationships. *Annual Behavioral Medicine*, 23(1), 68–74.
- Tomka M. (1996) A vallásszociológia új útjai. *Replika*, 21–22, 163–171.
- Tomka M. (1999) A magyar vallási helyzet öt dimenziója. *Magyar Tudomány*, 5, 549–559.
- Tomka M. (2008) Vallási változások Kelet-Közép-Európában a rendszerváltás óta. Előadás, elhangzott a Magyar Szociológiai Társaság éves konferenciáján.
- Turner-Musa, J., Lipscomb, L.S. (2007) Spirituality and social support on health behaviors of African American undergraduates. *American Journal of Health Behavior*, 31(5), 495–501.
- Valentine G., Holloway, S.L., Jayne, M., Knell, C. (2007) Drinking places: Where people drink and why. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2139.pdf> Letöltve: 2009. 06. 30.
- Valuch T. (2001) *Magyarország társadalomtörténete a XX. század második felében*. Osiris Kiadó, Budapest.
- van den Bree, M.B.M., Whitmer, M.D., Pickworth, W.B. (2004) Predictors of smoking development in a population-based sample of adolescents: A prospective study. *Journal of Adolescent Health*, 35, 172–181.
- Wallace, J.M. Jr., Yamaguchi, R., Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D. (2007) Religiosity and adolescent substance use: The role of individual and contextual influences. *Social Problems*, 54(2), 308–327.
- Williams, D.R., Sternthal, M.J. (2007) Spirituality, religion and health: Evidence and research directions. *Spirituality and Health*, 186(10), 47–50.
- Wills, T.A., Cleary, S.D. (1995) Stress coping model for alcohol—tobacco interactions in adolescence. In: Ferting, J.B., Allen, J.P. (szerk.) *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD, 107–128.
- Wright, L.S., Frost, C.J., Wisecarver, S.J. (1993) Church attendance, meaningfulness of religion, and depressive symptomatology among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 559–568.
- Zaleski, E.H., Schiaffino, K.M. (2000). Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to college. *Journal of Adolescence*, 23, 223–227.

LAKÓHELY ÉS A LAKÓKÖRNYEZET: KOCKÁZAT VAGY VÉDELEM?

Balázs Máté Ádám, Pikó Bettina,
Dékány Katalin, Pluhár Zsuzsanna

BEVEZETÉS

A hely, ahol élünk, akár tudatosan, akár pedig tudattalanul is fontos tényező az életünkben, hiszen itt van az otthonunk. A minket körülvevő környezet hat a magatartásunkra és az egészségünkre, mint ahogy mi is formáljuk környezetünket (Tunstall, Shaw és Dorling, 2004). A környezet változásait és hatásait a benne élők nem minden esetben érzékelik, hiszen mindennap azt látják, ugyanazzal a környezettel érintkeznek. Ezért nagyon fontos, hogy megismerjük szűkebb és tágabb értelemben vett lakóhelyünket/lakókörnyezetünket, és értelmezni tudjuk szerepét az egészség alakulásában és a betegségek kialakulásában. A hely bizonyos földrajzi és fizikai jellemzők összessége, leggyakrabban a *lokációnak* megfelelő értelemben használjuk. Ugyanakkor társadalmi fogalom is, tükrözi az adott hely társadalmi-gazdasági fejlettségét vagy elmaradottságát, az életfeltételek minőségi kritériumait, tehát ebben az értelemben a *környezettel* rokon jelentést hordoz. Az egészségi állapotra, egészségmagatartásra gyakorolt hatásokban mindkét értelmezésnek létjogosultsága van (Curtis és Jones, 1998). Mind szűkebb (otthon, lakás), mind tágabb lakókörnyezetünk (lakóhely) fontos szerepet tölt be életünkben. Befolyásolja egészségünket, hatással van rizikó- és egészségmagatartásunk kialakulására, valamint a különböző betegségek és pszichoszomatikus tünetek megjelenésére. A különböző környezeti elemek a szabadidős tevékenységek befolyásolásán keresztül meghatározóak az életkörülményekben és az életmódban is. A környezeti hatások részben közvetlen módon hatnak (ilyen például a környezetszennyezés betegségkeltő hatása), részben pedig indirekt, sokszor nehezen észrevehető módon, amely megmutatkozik az adott helyen lakók pszichoszociális egészségében, egészség- és rizikómagatartásában, pszichoszomatikus vagy depresszív tünetek kialakulásában. Éppen ezért fontos, hogy meghatározzuk az egészségkárosító hatások mellett a prevenció szempontjából az egészséget támogató környezet fogalmát is, amit Kishegyi és Makara (2004) a következőképpen határoztak meg: „Egészséget támogató környezetben az emberek alkalmassá válnak képességeik fejlesztésére és önbizalmuk növelésére”.

LAKÓKÖRNYEZET ÉS MAGATARTÁS

Az egészséggel kapcsolatos magatartásformák megtanulása nagyrészt társas folyamat, a társas környezeti tényezőknek kiemelt szerepük van benne (McArdle és mtsai, 2000). A környezet meghatározásához tágabb értelem hozzátartozik az adott hely kultúrája is, amit nagyrészt azok az emberek alakítanak, akik egy adott területen tartósan együttélnek, hiszen a térbeli helyhez kötöttségen kívül meghatározott társadalmi folyamatok, viselkedésformák, szokásrend és szociális kontroll is összeköt, s ezáltal elkülönít más lakókörnyezetektől (Hou és Myles, 2005). Gondoljunk csak egy kisebb faluközösségre. Különösen a káros szenvedélyek mint rizikómagatartások kialakulásában van fontos szerepe az adott lakóhelyhez kötődő társas kapcsolatoknak (Ennett és mtsai, 1997). A fiatalok értékrendje például serdülőkorban még nem stabil, könnyen befolyásolhatóak minden irányba, ezért nem mindegy, hogy ebben az érzékeny időszakban milyen közeggel állnak kapcsolatban.

Egy másik kiemelt pszichoszociális egészségindikátor a pszichoszomatikus tünetképzés. A pszichoszomatikus tünetek alatt olyan pszichés problémákat értünk, melyek testi tünetekben nyilvánulnak meg (Kopp, 2001). Olyan tünetek tartoznak ide, mint például fejfájás, alvási zavarok vagy krónikus fáradtság, amelyekkel az emberek nagy része nem is fordul orvoshoz, mert nincsenek tisztában a tünetek jelentésével, illetve jelentőségével, hiszen kevésbé gátolják őket mindennapi életvitelükben (Verbrugge és Asconi, 1987). A pszichoszomatikus tünetek előfordulása számos szociodemográfiai és társadalmi-gazdasági tényezővel összefügg, amelyek nem függetlenek a lakóhelytől, lakókörnyezettől. A fiatalok körében tapasztalható tünetek megjelenését például befolyásolja a szülők munkanélkülisége is, ami bizonyos lakókörnyezetben gyakoribb (Pikó, 2001a).

Bolam, Murphy és Gleeson (2006) szerint a környezet számos ok miatt lehet hatással a rizikómagatartások kialakulására. Például az azonos szociális identitású emberek megbeszélik egymással egészségi problémáikat, tapasztalataikat. Az emberek továbbá azonosulnak azzal a környezettel, amelyben élnek, így a környezet befolyásolhatja egészségüket a stresszhatásokon és a coping-mechanizmusokon keresztül. Végül, a szociális tőke és az egészség terén fellépő földrajzi egyenlőtlenségek összefüggnek a szociális identitással, ami meghatározza magatartásukat. A környezet hatását e magatartásformákra számos külföldi vizsgálat bizonyította, leggyakrabban a rossz szociális környezeti viszonyokon keresztül. E tekintetben kiemelten oda kell figyelni a nagyvárosi szegregációs jelenségekre és a következőkben említett egészségkockázatokra. A nagyvárosi életforma ugyanis fokozottan összefügg a társadalmi heterogenitással. Vannak olyan területek, ahol a társadalmi hátrányok halmozódnak. Elhanyagolt lakókörnyezet, bűnözés, alkohol- és drogfogyasztás, antiszociális viselkedés, és az életkilátások jelentős beszűkülése jellemzi ezeket a deprivált területeket. Az ún. „törött ablakok szindróma” ezeket az elhanyagolt

helyeket jelöli, amelyek minden szempontból veszélyeztetettek. A szociális helyzet és az egészségi állapot többszörösen kedvezőtlenül befolyásolja egymást (Fitzpatrick és LaGory, 2000).

Ismeretes, hogy a rossz szociális környezet nemcsak elősegíti a dohányzás kialakulását, hanem rontja a leszokás esélyeit is (Stead és mtsai, 2001). A környezet nemcsak a dohányzás mint rizikómagatartás megjelenésére hathat. Azon a környéken, ahol nagyobb a munkanélküliség, magas a bűnözés, az alkoholfogyasztás is gyakoribb. Ugyanis az itt élők rizikómagatartások segítségével igyekeznek feszültségüket, depressziójukat oldani (Hill és Angel, 2005). Ennek oka lehet, hogy a rossz szociális környezetben élőknek nagy problémát jelent a mindennapi megélhetés, szociális problémáik mellett nem marad erejük a minőségi élet megteremtésére (Uzzoli, 2000a; Uzzoli, 2000b). Az ebből eredő feszültséget pedig gyakran rizikómagatartások segítségével vezetik le (Hill és Angel, 2005).

A környezet nemcsak a rizikómagatartásokra hat, hanem befolyásolja az egészségi állapotot is. Mindkét esetben a szociális környezet problémái lehetnek a mediátortényezők, sőt, ezek a jelenségek egymással szorosan összekapcsolódnak, és önrontó kört hoznak létre (Starrin és mtsai, 1993). Azok, akik hátrányos szociális helyzettel és alacsony társadalmi státussal jellemezhető városrészben élnek, gyakran szegregálódnak, és elszigetelődnek a magasabb társadalmi osztályoktól. A szociális szempontból veszélyes környéken élők nemcsak földrajzilag és pénzügyileg, hanem pszichoszociálisan is elkülönülnek a többi társadalmi rétegtől (Kawachi és Kennedy, 1999). Az alacsonyabb iskolai végzettségű, státuszú, rossz helyen élők kevesebb és rosszabb minőségű ellátást kapnak, illetve a ritka és drága egészségügyi szolgáltatásokból, a krónikus állapotok gondozásából, a rehabilitációból kevésbé részesülnek, illetve kevésbé jutnak hozzá a prevenció szolgáltatásaihoz, megelőzéssel kapcsolatos információkhoz is (Macintyre, Maciver és Soomans, 1993).

A LAKÓHELY HATÁSA A FIATALOK SZABADIDŐ-ELTÖLTÉSÉRE, EGÉSZSÉGÉRE ÉS SZERFOGYASZTÁSÁRA

Napjainkra az életstílus és a szabadidő eltöltése jelentősen átformálódott. A technika fejlődése alapvetően meghatározza a fiatalok életvitelét és a szabadidős tevékenységeket. Több lett a fiatalok szabadideje, és új szabadidős tevékenységek is kialakultak (Furlong és Cartmel, 1997; Pikó és Vázsonyi, 2004).

A kutatások szerint a nagyvárosokban, például a megyeszékhelyeken élő fiatalok szabadidő-struktúrájára a kortárs- és fogyasztásorientált szabadidőeltöltés a legjellemzőbb. Ennek oka lehet a megyeszékhelyeken, nagyvárosokban a fiatalok magasabb aránya, illetve az itt élők jobb anyagi helyzete (Keresztes és mtsai, 2006). Ez veszélyeket is rejt magában, ugyanis az intenzívebb kortárskapcsolatok szoros

összefüggést mutatnak a rizikómagatartások kialakulásával. Baráti társaságok – bandák – alakulnak ki, ami elősegíti azt a jelenséget, hogy azok a fiatalok, akiknek baráti körében többen dohányoznak vagy alkoholt fogyasztanak, hajlamosabbak rizikómagatartásokra, ugyanis a társas hatások révén megerősödik a rizikómagatartások motivációja. A kisvárosokban, falvakban az intellektuális szabadidő-eltöltés gyakoribb, aminek oka, hogy kevesebb szórakozóhely található: a falvakban nem épülnek plázák/bevásárlóközpontok, kisebb mértékű a fogyasztásorientáltóság (Keresztes és mtsai, 2006).

A szabadidő eltöltésében a fizikai aktivitás is fontos szerepet kap a serdülő fiatalok életében. E tekintetben is jelentősek a város és falu különbségei. A tanulmányok elsősorban a szabadidős sport létesítményeinek meglétét vagy hiányát emelik ki, s e tekintetben a városok sokszor előnyben vannak (Humpel, Owen és Leslie, 2002). Ugyanakkor a fiatalok körében végzett vizsgálatok az életkort és a nemet jelentősebb meghatározónak találják, mint a város/falu különbségeit, igazolva azt az állítást, hogy a sportolást mint magatartást elsősorban motivációs hatások formálják (Plotnikoff és mtsai, 2004).

A lakókönyezet lelki egészségre gyakorolt hatásaival kapcsolatban meg kell jegyeznünk, hogy egyrészt a közvetlen környezet jellege elősegítheti olyan tünetek, illetve betegségek kialakulását, mint a szorongás vagy a depresszió (Hill és Angel, 2005). Ugyanakkor, ha a civil társadalom megfelelően működik egy-egy lakóközösségen belül, amely szoros kapcsolati hálót és működő társas támogató rendszert képes kiépíteni, jelentős védőhatás igazolható az egészség vonatkozásában is. Ez különösen igaz a serdülők esetében, hiszen ha egy lakóközösség megfelelő helyet és programokat képes biztosítani a fiataloknak, akkor sokkal kevesebb az esély, hogy a fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással mulatják az időt (Pikó és Vazsonyi, 2004). A lakókönyezet szerepe igazolható a fiatalok pszichikai állapotában, hiszen amint egy korábbi kutatásunkból kiderült, a dél-alföldi megyékben sem egyformán jelentkeznek a pszichoszomatikus tünetek: Csongrád megyében a legmagasabb a pszichoszomatikus tünetek előfordulása, aminek oka valószínűleg Csongrád megye – így Szeged – régióban betöltött központi szerepe. Békés megyében viszont a legmagasabb az étellel való elégedettség szintje, és itt a legalacsonyabb a depresszív tüneteknek a száma (Keresztes és Pikó, 2005). Mindez egybecseng egy amerikai kutatással, amely a nagyvárosi létet a fokozott stresszhatásokkal köti össze, ami kihat a fiatalok pszichoszociális egészségére (Weist és mtsai, 1995).

Különösen fontos a fiatalok rizikómagatartásának ismerete, feltérképezése, mivel szilárd értékrend hiányában befolyásolhatóak, és ezért könnyen alakulhat ki náluk rizikómagatartás. Ezért is fontos megismerni azt, hogy az egyes rizikómagatartások esetében észlelhető e területi jellegzetesség. Ennek ismeretében célzott, hatékonyabb prevenciók munka végezhető egy adott területen, közösségben. A 2004-es Dél-

Alföldi Ifjúságkutatás keretében fény derült arra, hogy az egyes rizikómagatartások területi eloszlást is mutatnak. Így a dohányzás életprevalenciája Békés megyében, az alkoholfogyasztásé Bács-Kiskun megyében, a drogfogyasztásé pedig Csongrád megyében a legnagyobb. A dohányzás az alacsonyabb társadalmi osztályokra, a kevesebbet keresőkre jellemző, ami összhangban van Békés megye gazdasági elmaradottságával. A drogfogyasztás viszont a jobb anyagi helyzettel, a nagyvárosi élettel kapcsolódik össze. Bács-Kiskun megyében pedig a magas alkoholfogyasztás helyi adottság, és adódhat a hagyományos bortermelésből (Keresztes és mtsai, 2005). Ez megerősíti azokat az eredményeket, mely szerint a rizikómagatartások egyes típusának előfordulási gyakorisága függ a térség gazdasági állapotától és kulturális szokásrendjétől (Metsch és Pollack, 2005). Falu/város vonatkozásában egy litvániai vizsgálat is megerősíti, hogy a falusi környezetben a serdülők dohányzása – különösen a fiúké – gyakoribb, mint a városi környezetben (Zaborskis és mtsai, 2009).

A közvetlen lakóhely, illetve lakókörnyezet szerepe sem elhanyagolható a serdülők esetében, hiszen a társadalmi normák gyakorlati megvalósulása itt lép érvénybe (Hou és Myles, 2005). A serdülők szempontjából az, hogy valaki a szülői házban, a szülők által gyakorolt közvetlen kontroll alatt él vagy ebből kiszakadva, például kollégiumban, szintén erősen meghatározó lehet. Korábbi vizsgálatok megerősítik a szülői kontroll hatékony szerepét a fiatalok szerfogyasztásával kapcsolatban (Li, Stanton és Feigelman, 2000). A közvetlen lakókörnyezet a szülői kontroll eltérő szintjével összefüggésben befolyásolhatja a fiatalok dohányzással vagy alkoholfogyasztással kapcsolatos attitűdjeit és magatartását is.

Amint a szakirodalmi összefoglalásból kiderült, a lakóhely, a lakókörnyezet kiemelt helyen szerepel a fiatalok egészségmagatartását, szerfogyasztását, egészségi állapotát befolyásoló tényezők között. Hazánkban ez a terület még kevésbé vizsgált, ezért ebben a fejezetben két olyan tanulmányt mutatunk be, amelyek éppen a lakóhely és a serdülők egészsége között kerestek összefüggéseket.

ELSŐ TANULMÁNY

A TANULMÁNY CÉLJA

Jelen kutatásunkban elsősorban a dohányzó magatartást és a különböző attitűdöket (mint a társas és a jövőre vonatkozó attitűdöket) vizsgáltuk különböző szempontok szerint; mint a lakóhely típusa; az iskolába járás típusa, azaz, hogy a tanuló lakóhelyén jár-e iskolába, vagy mindennap ingázik iskolája és otthona között, vagy kollégiumban lakik; továbbá elemeztük a szociodemográfiai változók mentén is. Hipotézisünk elsősorban arra irányult, hogy azon tanulók körében, akik nem a lakóhelyükön járnak iskolába, feltételezhetően nagyobb nemcsak a dohányzás

prevalenciája, hanem a kipróbálás és rászakas esélye is. Feltételeztük továbbá, hogy mind a társas attitűdök, mind a jövőre vonatkozó attitűdök szignifikáns összefüggést mutatnak a dohányzó magatartással.

MINTA ÉS MÓDSZER

Felmérésünket egy dél-alföldi kisvárosban, Makón végeztük 2008 szeptemberében a városban működő összes oktatási intézmény valamennyi nyolcadikos (13–15 éves) és tizenkettedikes (17–19 éves) diákjának részvételével, amely így teljes körűen reprezentálja a város adott korú populációját. A minta 546 főből állt, a teljes elemszám (összes kérdőív) = 602 volt, így a válaszadási arány 90,7% lett. Az eltérés a hiányzásokból adódott. A minta 49,5%-a fiú, 50,5%-a lány volt. A vizsgálat egy nemzetközi projekt részeként került megvalósításra. Az adatgyűjtés önkitöltéses kérdőív segítségével történt (Primack és mtsai, 2006).

A kérdőív első pár kérdése a szociodemográfiai változókat mérte fel, amelyek a következők: életkor (év), nem, iskolatípus, iskolai osztály, lakóhely típusa, iskolába járás típusa (bejáró, kollégista vagy lakóhelyén jár iskolába). A kérdőív kiterjedt a szociodemográfiai változók mellett a dohányzással kapcsolatos magatartás és attitűdök számos aspektusára. 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. A jobb adatkezelés miatt a fenti hét lehetőséget négy osztályba soroltuk: egyáltalán nem; kevesebbet, mint 5 nap; kevesebbet, mint 20 nap; d) 20–30 nap. Továbbá felmértük a dohányzás napi mennyiségét is: „Az elmúlt hónapban, amikor dohányoztál, átlagosan mennyit szívtál el egy nap alatt?” 0) semennyit az elmúlt hónapban; 1) kevesebb, mint egy szál; 2) naponta egyet; 3) 2–5 szál naponta; 4) 6–10 szál; 5) 11–20 szál; 6) 20 szálnál többet. A fenti adatsort ugyancsak négy csoportra szűkítettük: 0 szál; maximum egy szál; 10 szál alatt, 11–20 vagy annál több szál.

Ezt követően a dohányzással kapcsolatosan az attitűdökre vonatkozóan fogalmaztunk meg állításokat, amelyekre négy válaszlehetőség volt: 1) egyáltalán nem értek egyet; 2) inkább nem értek egyet; 3) inkább egyetértek; 4) teljesen egyetértek. Az attitűdökre vonatkozó állításokat alapvetően két csoportra lehetett osztani, mégpedig a jövőre vonatkozó, illetve a társas attitűdökre. A társas attitűdökhöz tartozott: a) „Csakúgy, mint szüleimnek, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak.”; b) „Csakúgy, mint barátainknak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak.”; c) „Csakúgy, mint más korombeli fiatalnak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak.” A jövőre vonatkozó attitűdökhöz is három állítás tartozott: a) „Tervezed azt, hogy a közeljövőben elszívj

egy szál cigarettát?” b) „Mit gondolsz, a jövő évben rendszeresen fogsz dohányozni?” és c) „Ha az egyik barátod megkínálna cigarettával, elszívnád?”

Az adatok feldolgozásához SPSS MS 15,0 statisztikai program állt rendelkezésünkre, a statisztikai elemzéshez keresztábrákat alkalmaztunk, a szignifikanciaszintet Chi-négyzet próbával határoztuk meg.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázat a dohányzó magatartás összefüggését mutatja a nemmel. Megállapíthatjuk, hogy a dohányzás élet- és havi prevalenciaértékeit tekintve nincs szignifikáns különbség, megközelítőleg a lányok és a fiúk mintegy 60%-a már kipróbálta a dohányzást. A dohányzás napi mennyiségében van csekély különbség, ott is a napi 11–20 vagy annál több szálát, azaz közel egy doboz vagy még több cigarettát elszívók között valamennyivel magasabb a fiúk aránya.

1. táblázat. A dohányzó magatartás összefüggése a nemmel

PREVALENCIAÉRTÉKEK	NEM	
	FIÚK	LÁNYOK
<i>dohányzás életprevalencia</i>		
nem	41,5%	39,5%
igen	58,5%	60,5%
	Chi-négyzet próba: $p>0,05$	
<i>dohányzás havi prevalencia</i>		
egyáltalán nem	73,0%	70,9%
kevesebbet, mint 5 nap	9,3%	12,4%
kevesebbet, mint 20 nap	4,4%	3,6%
20–30 nap	13,3%	13,1%
	Chi-négyzet próba: $p>0,05$	
<i>dohányzás napi mennyisége</i>		
0 szál	73,2%	70,3%
maximum 1 szál	7,4%	11,2%
10 szál alatt	13,4%	16,7%
11–20 vagy annál több szál	5,9%	1,8%
	Chi-négyzet próba: $p<0,05$	

A 2. táblázatban a dohányzó magatartás és attitűdök szerepelnek az iskolába járás típusa szerint. Nagyon érdekes adat, hogy a dohányzás életprevalenciája a kollégiumban lakók között a legmagasabb (80%), és az otthonélők között a legalacsonyabb (54,8%). A havi prevalenciát tekintve látható, hogy a bejárók (20,4%) és a

kollégiumban lakók (17,5%) dohányoznak legtöbbet egy hónapban. A dohányzás napi mennyiségét tekintve a bejárók között vannak legtöbben azok, akik csaknem egy doboz cigarettát vagy annál többet szívnak el egy nap alatt, azonban az adatokat összevetve megállapítható, hogy a kollégiumban lakók szívják el naponta a legtöbb szál cigarettát.

2. táblázat. A dohányzó magatartás az iskolába járás típusa szerint

PREVALENCIAÉRTÉKEK	OTTHON ÉL	KOLLÉGIUMBAN LAKIK	MINDENNAP BEJÁR
<i>dohányzás életprevalencia</i>	54,8%	80,0%	65,5%
igen	45,2%	20,0%	34,5%
nem			
Chi-négyzet próba: $p < 0,01$			
<i>dohányzás havi prevalencia</i>	76,8%	62,5%	62,7%
egyhatalán nem	10,8%	10,0%	11,3%
kevesebbet, mint 5 nap	2,8%	10,0%	5,6%
kevesebbet, mint 20 nap	9,7%	17,5%	20,4%
20–30 nap			
Chi-négyzet próba: $p < 0,01$			
<i>dohányzás napi mennyisége</i>	76,8%	57,5%	63,4%
0 szál	8,0%	15,0%	11,3%
maximum 1 szál	11,6%	25,0%	21,1%
10 szál alatt	3,6%	2,5%	4,2%
11–20 vagy annál több szál			
Chi-négyzet próba: $p < 0,05$			

A 3. táblázat adatai alapján elmondható, hogy a dohányzó magatartás szemszögéből nézve a városban, illetve a falun élő fiatalok között szignifikáns különbség nincs, azaz csak minimális különbség van, mivel a falun élők között valamivel magasabb a dohányzást már kipróbálók aránya (66,4%) a városiakhoz (57%) hasonlítva. A dohányzás havi prevalenciája, illetve a dohányzás napi mennyisége között nincs különbség.

A következőkben rátérünk az attitűdök különböző aspektusból történő elemzésére. A 4. táblázatban láthatjuk az attitűdök és a nemek kapcsolatát. A jövőre vonatkozó attitűdöket tekintve látható, hogy a fiúk közül többen állítják, hogy a közeljövőben elszívnak egy szál cigarettát. Szignifikánsan magasabb a fiúk aránya abban az esetben is, amikor arra kérdeztünk rá, hogy a jövő évben rendszeresen fog-e dohányozni. Arra vonatkozóan, hogy elfogadná-e, ha egy barát kínálná meg cigarettával, a válaszok között nem volt szignifikáns különbség. A társas attitűdök esetében a nemek szerint nem találtunk jelentős különbségeket, mind a három esetben a Chi-négyzet próbák a szignifikancia szint ($p > 0,05$) felett voltak.

3. táblázat. A dohányzó magatartás és a lakóhely

PREVALENCIAÉRTÉKEK	LAKÓHELY TÍPUSA	
	VÁROS	FALU
<i>dohányzás életprevalencia</i>		
nem	43,0%	33,6%
igen	57,0%	66,4%
	Chi-négyzet próba: $p < 0,05$	
<i>dohányzás havi prevalencia</i>		
egyáltalán nem	73,8%	67,1%
kevesebbet, mint 5 nap	11,0%	10,5%
kevesebbet, mint 20 nap	3,5%	5,6%
20–30 nap	11,7%	16,8%
	Chi-négyzet próba: $p > 0,05$	
<i>dohányzás napi mennyisége</i>		
0 szál	73,6%	67,1%
maximum 1 szál	8,5%	11,9%
10 szál alatt	14,5%	16,8%
11–20 vagy annál több szál	3,5%	4,2%
	Chi-négyzet próba: $p > 0,05$	

4. táblázat. Attitűdök a nemek szerint

JÖVŐRE VONATKOZÓ ATTITŰDÖK	NEM	
	FIÚK	LÁNYOK
„Tervezed azt, hogy a közeljövőben elszívj egy szál cigarettát?”		
Mindenképpen.	26,6%	13,8%
Talán igen.	34,8%	41,3%
Inkább nem.	18,7%	26,1%
Semmiképpen.	19,9%	18,8%
Chi-négyzet próba: $p<0,001$		
„Mit gondolsz, a jövő évben rendszeresen fogsz dohányozni?”		
Mindenképpen.	12,4%	3,6%
Talán igen.	22,2%	14,5%
Inkább nem.	22,6%	29,0%
Semmiképpen.	42,9%	52,9%
Chi-négyzet próba: $p<0,001$		
„Ha az egyik barátod megkínálna cigarettával, elszívnád?”		
Mindenképpen.	25,8%	18,1%
Talán igen.	36,0%	42,0%
Inkább nem.	18,7%	22,1%
Semmiképpen.	19,5%	17,8%
Chi-négyzet próba: $p>0,05$		

TÁRSAS ATTITÜDÖK	FIÚK	LÁNYOK
<i>„Csakúgy, mint a szüleimnek, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”</i>		
Egyáltalán nem értek egyet.	8,6%	6,9%
Inkább nem értek egyet.	9,4%	10,9%
Inkább egyetértek.	13,9%	16,4%
Teljesen egyetértek.	68,2%	65,8%
Chi-négyzet próba: $p > 0,05$		
<i>„Csakúgy, mint barátaimnak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”</i>		
Egyáltalán nem értek egyet.	10,9%	8,8%
Inkább nem értek egyet.	11,3%	12,0%
Inkább egyetértek.	14,7%	21,9%
Teljesen egyetértek.	63,2%	57,3%
Chi-négyzet próba: $p > 0,05$		
<i>„Csakúgy, mint más korombeli fiatalnak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”</i>		
Egyáltalán nem értek egyet.	10,9%	7,3%
Inkább nem értek egyet.	12,4%	15,3%
Inkább egyetértek.	15,8%	20,7%
Teljesen egyetértek.	60,9%	56,7%
Chi-négyzet próba: $p > 0,05$		

Ha az 5. táblázatot nézzük, akkor láthatjuk a különböző attitűdöket az iskolába járás típusa szerint. Ezekben az esetekben szinte kivétel nélkül erősen szignifikáns különbségeket láthatunk, de érdemes részletesebben is megtekinteni az alábbi adatokat. A jövőre vonatkozó attitűdök esetében a kollégisták és a bejárók azok, akik a közeljövőben (20,0% és 21,1%) biztosan dohányozni fognak, és érdekes módon a bejárók között vannak a legnagyobb arányban azok, akik biztosak abban, hogy a jövő évben is rendszeresen fognak dohányozni. A barát által felkínált cigarettát ugyancsak a kollégisták (20%) és a bejárók (21,8%) fogadnák el legnagyobb arányban a lakóhelyükön iskolába járókhoz képest (12,1%). A társas attitűdöket vizsgálva ugyanebből a szempontból kirajzolódik, hogy az otthonélők legnagyobb része, 72,9%-a számára ugyanolyan fontos az, hogy ne dohányozzon, mint a szüleinek, míg a bejárók értenek ezzel a legkevésbé egyet (54,6%). A bejárók közül sokkal többen gondolják úgy, hogy a barátaiknak sem fontos, hogy ne dohányozzanak. Az otthonélők közül értettek azzal is legmagasabb arányban egyet, hogy „más korombeli fiatalnak is ugyanolyan fontos, hogy ne dohányozzanak, mint nekem”, az ő egyetértésük szignifikánsan magasabb volt mind a kollégisták (50,0%) mind pedig a bejárókhoz viszonyítva (48,9%).

5. táblázat. Attitűdök az iskolába járás típusa szerint

JÖVŐRE VONATKOZÓ ATTITŰDÖK	OTTHON ÉL	KOLLÉGIUMBAN LAKIK	MINDENNAP BEJÁR
<i>„Tervezed azt, hogy a közeljövőben elszívj egy szál cigarettát?”</i>			
Mindenképpen.	10,5%	20,0%	21,1%
Talán igen.	13,5%	7,5%	18,3%
Inkább nem.	16,5%	22,5%	18,3%
Semmiképpen.	59,5%	50,0%	42,3%
Chi-négyzet próba: $p < 0,01$			
<i>„Mit gondolsz, a jövő évben rendszeresen fogsz dobányozni?”</i>			
Mindenképpen.	4,1%	,0%	7,1%
Talán igen.	8,5%	17,9%	19,1%
Inkább nem.	12,1%	17,9%	17,0%
Semmiképpen.	75,2%	64,1%	56,7%
Chi-négyzet próba: $p < 0,001$			
<i>„Ha az egyik barátod megkínálna cigarettával, elszívnád?”</i>			
Mindenképpen.	12,1%	20,0%	21,8%
Talán igen.	13,5%	12,5%	15,5%
Inkább nem.	20,4%	17,5%	22,5%
Semmiképpen.	54,0%	50,0%	40,1%
Chi-négyzet próba: $p < 0,001$			
TÁRSAS ATTITŰDÖK	OTTHON ÉL	KOLLÉGIUMBAN LAKIK	MINDENNAP BEJÁR
<i>„Csakúgy, mint a szüleimnek, nekem is fontos, hogy ne dobányozzak”</i>			
Egyáltalán nem értek egyet.	6,9%	2,6%	11,3%
Inkább nem értek egyet.	7,2%	18,4%	14,9%
Inkább egyetértek.	13,0%	21,1%	19,1%
Teljesen egyetértek.	72,9%	57,9%	54,6%
Chi-négyzet próba: $p < 0,001$			
<i>„Csakúgy, mint barátaimnak, nekem is fontos, hogy ne dobányozzak”</i>			
Egyáltalán nem értek egyet.	10,2%	2,6%	10,7%
Inkább nem értek egyet.	6,9%	23,7%	20,0%
Inkább egyetértek.	18,0%	23,7%	17,9%
Teljesen egyetértek.	64,8%	50,0%	51,4%
Chi-négyzet próba: $p < 0,001$			
<i>„Csakúgy, mint más korombeli fiatalnak, nekem is fontos, hogy ne dobányozzak”</i>			
Egyáltalán nem értek egyet.	9,4%	2,6%	9,9%
Inkább nem értek egyet.	9,1%	26,3%	22,0%
Inkább egyetértek.	17,7%	21,1%	19,1%
Teljesen egyetértek.	63,7%	50,0%	48,9%
Chi-négyzet próba: $p < 0,001$			

Az attitűdöket a lakóhely típusa szerint vizsgálva nem kaptunk szignifikáns különbségeket, hasonlóan ahhoz, mint a dohányzó magatartást vizsgálva tapasztaltuk. A következő, 6. táblázatban ezt láthatjuk. A társas attitűdők esetében találtunk kisebb különbségeket a városi és a falusi fiatalok válaszai között: mind a szülőkre, mind a barátokra vonatkozó attitűdökkel kapcsolatos állításokkal a városban élők értettek leginkább egyet.

6. táblázat. Attitűdök a lakóhely típusa szerint

JÖVŐRE VONATKOZÓ ATTITŰDÖK	LAKÓHELY TÍPUSA	
	VÁROS	FALU
<i>„Tervezed azt, hogy a közeljövőben elszívj egy szál cigarettát?”</i>		
Mindenképpen.	12,2%	18,9%
Talán igen.	13,9%	15,4%
Inkább nem.	17,2%	18,2%
Semmiképpen.	56,7%	47,6%
Chi-négyzet próba: $p>0,05$		
<i>„Mit gondolsz, a jövő évben rendszeresen fogsz dobányozni?”</i>		
Mindenképpen.	3,7%	6,4%
Talán igen.	10,9%	15,6%
Inkább nem.	13,2%	15,6%
Semmiképpen.	72,1%	62,4%
Chi-négyzet próba: $p>0,05$		
<i>„Ha az egyik barátod megkínálna cigarettával, elszívnád?”</i>		
Mindenképpen.	13,7%	19,6%
Talán igen.	13,9%	14,0%
Inkább nem.	20,4%	21,7%
Semmiképpen.	52,0%	44,8%
Chi-négyzet próba: $p>0,05$		
TÁRSAS ATTITŰDÖK	VÁROS	FALU
<i>„Csakúgy, mint a szüleimnek, nekem is fontos, hogy ne dobányozzak”</i>		
Egyáltalán nem értek egyet.	6,8%	10,6%
Inkább nem értek egyet.	8,5%	14,2%
Inkább egyetértek.	14,3%	17,7%
Teljesen egyetértek.	70,5%	57,4%
Chi-négyzet próba: $p<0,05$		
<i>„Csakúgy, mint barátaimnak, nekem is fontos, hogy ne dobányozzak”</i>		
Egyáltalán nem értek egyet	9,5%	10,7%
Inkább nem értek egyet.	9,3%	17,9%
Inkább egyetértek.	18,8%	17,1%
Teljesen egyetértek.	62,4%	54,3%
Chi-négyzet próba: $p<0,05$		

<i>„Csakúgy, mint más korombeli fiatalnak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”</i>		
Egyáltalán nem értek egyet.	8,8%	9,9%
Inkább nem értek egyet.	11,8%	19,1%
Inkább egyetértek.	18,3%	18,4%
Teljesen egyetértek.	61,2%	52,5%
Chi-négyzet próba: $p > 0,05$		

A következő két táblázatban (7. és 8. táblázat) a társas attitűdöket vetettük össze a dohányzó magatartással. Minden esetben erőteljes összefüggéseket találtunk ($p < 0,001$). A legtöbb napon dohányzók (havonta 20–30 nap) értettek a legkevésbé egyet a társas attitűdökkel kapcsolatban megfogalmazott állításainkkal, amíg ugyan-ezekkel az állításokkal az egyáltalán nem dohányzók értettek teljesen egyet.

7. táblázat. Társas attitűdök és a dohányzó magatartás I.

		DOHÁNYZÁS HAVI PREVALENCIA			
		EGYÁLTALÁN NEM	KEVESEBBET, MINT 5 NAP	KEVESEBBET, MINT 20 NAP	20–30 NAP
TÁRSAS ATTITÜDÖK	<i>„Csakúgy, mint a szüleimnek, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”</i>				
	Egyáltalán nem értek egyet.	3,3%	8,8%	9,1%	31,0%
	Inkább nem értek egyet.	2,0%	8,8%	45,5%	45,1%
	Inkább egyetértek.	10,0%	40,4%	31,8%	16,9%
	Teljesen egyetértek.	84,7%	42,1%	13,6%	7,0%
	Chi-négyzet próba: $p < 0,001$				
	<i>„Csakúgy, mint barátaimnak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”</i>				
	Egyáltalán nem értek egyet.	3,8%	12,5%	13,6%	39,4%
	Inkább nem értek egyet.	3,1%	17,9%	54,5%	39,4%
	Inkább egyetértek.	14,4%	46,4%	27,3%	15,5%
	Teljesen egyetértek.	78,7%	23,2%	4,5%	5,6%
	Chi-négyzet próba: $p < 0,001$				
	<i>„Csakúgy, mint más korombeli fiatalnak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”</i>				
	Egyáltalán nem értek egyet.	3,6%	10,5%	22,7%	33,8%
	Inkább nem értek egyet.	4,9%	22,8%	45,5%	46,5%
	Inkább egyetértek.	15,4%	40,4%	27,3%	12,7%
	Teljesen egyetértek.	76,2%	26,3%	4,5%	7,0%
	Chi-négyzet próba: $p < 0,001$				

Ugyanezt a szignifikáns összefüggést kaptuk, amikor a társas attitűdöket vettük össze a dohányzás napi mennyiségével. A legtöbbet elszívó fiatalok értettek legkevesbé egyet az általunk megfogalmazott állításunkkal, és ugyancsak a nem-dohányzók voltak azok, akik leginkább egyetértettek ezekkel az állításokkal.

8. táblázat. Társas attitűdök és a dohányzó magatartás II.

		DOHÁNYZÁS MENNYISÉGE			
		0 SZÁL	MAXIMUM 1 SZÁL	10 SZÁL ALATT	11–20 VAGY ANNÁL TÖBB SZÁL
TÁRSAS ATTITÜDÖK	„Csakúgy, mint a szüleimnek, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”				
	Egyáltalán nem értek egyet.	3,3%	12,0%	15,0%	52,4%
	Inkább nem értek egyet.	2,3%	14,0%	41,3%	23,8%
	Inkább egyetértek.	10,3%	42,0%	21,3%	19,0%
	Teljesen egyetértek.	84,1%	32,0%	22,5%	4,8%
	Chi-négyzet próba: $p < 0,001$				
	„Csakúgy, mint barátaimnak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”				
	Egyáltalán nem értek egyet.	4,1%	10,2%	22,5%	66,7%
	Inkább nem értek egyet.	3,1%	24,5%	43,8%	19,0%
	Inkább egyetértek.	14,1%	49,0%	22,5%	9,5%
	Teljesen egyetértek.	78,7%	16,3%	11,3%	4,8%
	Chi-négyzet próba: $p < 0,001$				
	„Csakúgy, mint más korombeli fiatalnak, nekem is fontos, hogy ne dohányozzak”				
	Egyáltalán nem értek egyet.	3,6%	10,0%	20,0%	66,7%
	Inkább nem értek egyet.	5,1%	24,0%	48,8%	19,0%
	Inkább egyetértek.	14,9%	50,0%	17,5%	4,8%
	Teljesen egyetértek.	76,3%	16,0%	13,8%	9,5%
	Chi-négyzet próba: $p < 0,001$				

MEGBESZÉLÉS

A dohányzás a serdülőkori problémaviselkedések közül (a dohányzás mellett ide tartozik az alkoholfogyasztás, a droghasználat, az agresszív viselkedés, magatartászavar) kiemelkedően fontos, hiszen egyike a világ legnagyobb népegészségügyi problémáinak, és nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a dohányzás a legjelentősebb megelőzhető halálok a fejlett országokban (Edwards, 2004).

Jelen kutatásunkban a dohányzó magatartás néhány jellemzőit vizsgáltuk meg a különböző attitűdök és szociodemográfiai változók mentén. Eredményeink azt mutatják, mint ahogy más kutatások is megerősítették, hogy a dohányzás élet- és havi prevalenciáját tekintve a nemek között nincs szignifikáns különbség. Ugyanezt

tapasztaljuk, ha a lakóhely típusát nézzük meg: a város-falu differencia nem jelenik meg, habár tudjuk, hogy az alacsonyabb társadalmi státuszú egyének között magasabb a dohányzás mértéke, így vidéken mi is magasabb arányát vártuk a dohányzó fiataloknak. Saját kutatásunk esetében ez a város-falu különbség valószínűleg azért csökkent minimálissá, mert a mintában szereplő, egyébként falun lakó fiatalok mindegyike abban a városban tanul, ahol a kutatást végeztük. Ezért is tartottuk fontosnak az iskolába járás típusát is bevonni az elemzésbe a későbbiekben.

Az iskolába járás típusa szerint azonban már szignifikáns különbségeket látunk. Ennek oka valószínűsíthetően az, hogy a lakóhelyükön iskolába járók egyben városi fiatalok, tehát a dohányzás gyakorisága és mértéke is várhatóan elmarad a vidékhez képest. Emellett a szülői kontroll is ebben a csoportban a legnagyobb, amely sok fiataalt visszatart attól, hogy rendszeresen dohányozzon, hiszen természetesen nagyobb az esélye, hogy a szülők ezt észreveszik. A legkisebb a szülői kontroll a kollégisták esetében, amely meg is mutatkozik az adatok szintjén, hiszen az életprevalencia ebben a csoportban a legmagasabb. Egyrészt ez az erős kortárshatással magyarázható. A kortárscsoportokban a dohányzás esetében megfigyelhető az ún. „legjobb barát”- ('best friend') hatás, illetve a túlbecsülés ('overestimation') jelensége (Pikó, 2001b). Az előbbi arra utal, hogy a közeli baráttal való azonosulás a dohányzással kapcsolatos attitűdöket olyan módon formálja át, hogy a serdülő végül eljut a szer kipróbálásáig. A másik jelenség pedig azt jelzi, hogy a serdülők hajlamosak túlbecsülni a dohányzás vagy más káros szerfogyasztás mértékét a környezetükben, ha erre példát látnak maguk körül. A kollégium, mint a kortárscsoportok jellegzetes terepe, rendelkezik egyfajta normarendszerrel, a csoportnormákkal való azonosulás pedig szerepet játszhat a fiatalok szerfogyasztáshoz való pozitív viszonyulásában (Kiesner és mtsai, 2002; McVea és mtsai, 2009). Nyilván e hatásoknak a fordítottjai is igazak; azaz a nem dohányzó barátok protektív tényezőként hatnak; azonban a kollégiumi fiatalság esetében ez kisebb mértékben érvényesül. Másrészt a szerfogyasztást is érintő beavatási rítusok is közrejátszhatnak a magas prevalencia értékekben, amelyek között valószínűsíthető, hogy az első szál cigaretta elszívása is szerepel. A bejárók esetében is nagyfokú a szülői kontrollvesztés (Li, Stanton és Feigelman, 2000), hiszen átlagosan napi 10–12 órát, azaz majdnem a nap felét az otthontól távol töltik el. Ez magyarázhatja a magas prevalencia értéket körükben is.

Az attitűdöket vizsgálva a nemek esetében a magatartáshoz hasonlóan nem találunk szignifikáns különbségeket, így adataink is megerősítik, hogy a dohányzáshoz való viszonyulásában eltűntek a korábbi nemi különbségek, amelyek szerint a fiúk közül többen dohányoznak, mint a lányok. Ez a jelenség, azaz a tizenéves lányok dohányzásának drasztikus emelkedése világszerte megfigyelhető tendencia (Warren, 2009). Azonban aktuális eredményeink azt mutatják, hogy a fiúk a jövőre vonatkozóan sokkal határozottabbak a dohányzást illetően, jóval többen állítják azt, hogy mind a közeljövőben, mind a jövő évben rendszeresen fognak dohányozni

a lányokhoz képest. Valószínűsíthető, hogy a fiúk esetében talán erőteljesebb a szerfüggőség.

A lakóhely típusa szerint sem oszlanak meg élesen az eredmények az attitűdök esetében, amelyre az adhat magyarázatot, hogy a mintánkat egyazon városban járó diákok alkotják. Az iskolába járás típusa szerint pedig ugyancsak jól differenciálódnak az eredményeink, hiszen az attitűdöket tekintve a bejárók azok, akik közül a legtöbben dohányoznak naponta, míg a kollégiumokban és az otthonélők között feltételezhető, hogy magasabb az alkalmi dohányosok aránya. A jövőre vonatkozó attitűdök eredményei is ezt igazolják, hiszen a bejárók azok, akik a legmagasabb arányban állítják, hogy dohányozni fognak. Hasonlóan korábbi vizsgálatokhoz (Pikó, 2001b), a barátok hatása itt is erőteljesen érvényesül, hiszen a mindennapi ingázás során kialakult csoportok tagjai erős hatást fejtenek ki egymásra. Ezt bizonyítja, hogy ebből a csoportból fogadnák el a legtöbben a barát által felkínált cigarettát.

A bejárók többsége falusi környezetből származik, ahol – mint az előbb is említettük – az alacsonyabb társadalmi helyzet miatt a felnőttek körében is magasabb a dohányzás gyakorisága, azaz a szülők többsége valószínűleg dohányzik, így nyilván ennek a csoportnak a tagjai azok, akik azt állítják, hogy csakúgy, mint önmaguknak, a szüleiknek sem fontos az, hogy ne dohányozzanak. Egy korábbi, litvániai vizsgálat is megerősíti, hogy a falusi környezetben a serdülők dohányzása gyakoribb, összehasonlítva a városi környezetben élőkkel (Zaborskis és mtsai, 2009). Mivel a bejárók legjobb barátainak egy része saját környezetéből kerül ki, azaz egy részük szintén bejáró, így az ő barátaiknak és kortársaiknak sem fontos az, hogy ne dohányozzanak. A fenti állítások közel azonos módon igazak a kollégistákra is. Az otthon élők esetében a szülői hatás kifejezett, azaz több lehetőség van a szülői kontroll megvalósulására (Li, Stanton és Feigelman, 2000). Különböző kutatások megerősítették, hogy amennyiben a szülői magatartás nem is, a szülők attitűdje, véleménye indirekt módon mégis befolyásolja a serdülőkorú populáció dohányzáshoz való viszonyát, és így motivációit, valamint nemcsak jelenlegi, hanem jövőbeli dohányzó magatartását is (Pikó, 2001b). Saját eredményeink szintén megerősítik a szülői attitűdök kiemelt hatását.

Végül megállapíthatjuk, hogy az attitűdökre egyértelmű hatással van a dohányzó magatartás, amely valószínűleg egy kétirányú, egymást triggerelő folyamat, hiszen a függőség kialakulásával a személyiség is torzul, így egyértelmű, hogy a dohányzáshoz való viszonyulás is egyre erőteljesebben változik pozitív irányba. A viselkedésbeli változások következménye, hogy a rendszeresen dohányzók inkább a dohányzó barátokat részesítik előnyben, így nyilván számukra evidens az, hogy a korabeli fiataloknak sincsenek ellenvetéseik a dohányzással kapcsolatban, és a saját barátaiknak sem lehet probléma a dohányzó magatartás. A probléma másik magyarázata pedig éppen az, hogy a szerfogyasztással együtt fellép a probléma

hárítása is, azaz a szerfogyasztó olyan állításokat fogalmaz meg, amelyek igazolják viselkedését, azaz jelen esetben azt, hogy a környezetének sem jelent problémát az, hogy dohányzik. E jelenség hátterében a fiatalok dohányzásával kapcsolatba hozható sérthetetlenség illúziója is állhat (Quadrel, Fischhoff és Davis, 1993).

Az általunk érintett problémák rávilágítanak arra, hogy az iskolai prevenciós munka során ajánlott lenne fokozott figyelmet fordítani azokra a kiemelten veszélyeztetett szubpopulációkra, akiknél a rászakás esélye többszöröse az átlagnál, amely hazánkban amúgy is igen magas. A kollégisták és a bejárók alcsoportjaira a pedagógusoknak kiemelten kell figyelniük a mindennapi gyakorlatban, hiszen mint kutatásunkban is tapasztaltuk, rendkívül nagy problémát okoz a szülői kontroll teljes vagy részleges hiánya a fiatalok egészségmagatartásában, és ezt a többi problémaviselkedésre is minden bizonnyal rávetíthetjük, mint az alkoholfogyasztásra és a droghasználatra. A helyzet kezelésében szerepet kaphatnának a kollégiumokban végzendő felvilágosító kampányok, amelyek indirekt módon a társas kapcsolatok összefüggéseinek megvilágításán és a különböző dohányzással kapcsolatos attitűdök formálásán keresztül próbálnák meg orvosolni a problémát. Arról sem lehet elfelejtkezni, hogy a kollégiumban a nevelők közreműködésével és a szabályok hatékonyabb betartásával mérsékelni lehetne a szerfogyasztás lehetőségeit. Eredményeink adalékokkal szolgálnak arra vonatkozóan, hogy az egészségfejlesztési programok csak akkor lehetnek sikeresek, ha a speciális szubpopuláció sajátosságait is figyelembe veszik.

MÁSODIK TANULMÁNY

A TANULMÁNY CÉLJA

Jelen kutatásunkban a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás kiegészítéseként egy Békés megyei (8546 fős) kisvárosban végeztünk elemzést a szerfogyasztásra, egészségmagatartásokra, egészségi állapotra és jóllétre vonatkozóan. A vizsgálat célja az volt, hogy összehasonlítsuk a kisváros és a nagyváros jellegzetességeit e mutatók mentén. Feltételeztük, hogy bizonyos szerfogyasztás, főként a drogok előfordulása a nagyvárosra jellemző inkább, szemben például a dohányzással vagy az alkoholfogyasztással. Azt is feltételeztük, hogy a depressziós pontszám magasabb lesz a nagyvárosban, de ugyanezt feltételeztük az optimizmusról és az élettel való elégedettségről is. Bizonyos mutatókat (pl. a vallásosság vagy a szülői értékrend elfogadása), amelyek a hagyományos értékrendhez állnak közelebb, a kisvárosi fiatalok körében vártuk gyakoribbnak.

MINTA ÉS MÓDSZER

Felmérésünket egy békés megyei kisvárosban, Dévaványán végeztük 2008 októberében a helyi középiskolában, amelyben gimnáziumi, szakközépiskolai, illetve szakmunkásképző oktatás is zajlik. A felmérésben a kilencedik évfolyamtól a tizenharmadik évfolyamig minden osztályban véletlenszerűen 10–15 diák részére osztottunk ki kérdőívet. Az eredetileg szétosztott 150 kérdőívből 146-ot tekinthettünk értékelhetőnek. A minta 42,5%-a fiú, 57,5%-a lány volt, az életkor minimuma 14, maximuma 20 év volt. Az összehasonlításhoz a szegedi, eredetileg 880 fős alpminta 16%-át random módon kiválasztva létrehoztunk egy 144 fős almintát, amely így teljes mértékben reprezentálta az eredeti mintát. Az adatgyűjtés módszere is teljes mértékben megfelelt a Szegedi Ifjúságkutatás során alkalmazott módszerekkel.

A kérdőív első pár kérdése a következő tényezőket mérte fel: nem, kor, iskola típusa, iskolai osztály. Majd kitértünk a szocioökonómiai tényezőkre, és megkérdeztük a szülők iskolai végzettségét és munkahelyi beosztásukat, illetve, hogy a diák milyen társadalmi rétegbe sorolná magát. A családi kötelék értékelésére a közös családi vacsorák és problémák megbeszélésének gyakoriságát a szülővel, a szülői kontrollt (az alábbi kérdések alapján: „Amikor barátaiddal elmész szórakozni, milyen gyakran mondják meg szüleid, hányra kell hazamenned, illetve milyen gyakran tudják, hogy hová mentek?”), a szülővel való kapcsolat értékelését, illetve a szülői értékrenddel való azonosulást vizsgáltuk. Felmértük a vallásosság mértékét is. A pszichoszociális egészség értékelése kapcsán vizsgáltuk a diákok élettel való elégedettségét, egészségi/edzettségi állapot önminősítését, optimizmusát, illetve a depressziós tünetek gyakoriságát. A kérdőív kitért a dohányzással, alkoholfogyasztással, drogfogyasztással és a szexuális aktivitással kapcsolatos magatartási tényezőkre is. A szerfogyasztás életprevalenciája mellett a szexuális aktivitás életprevalenciáira is rákérdeztünk: „Volt-e valaha szexuális kapcsolatod?”. Majd a szerfogyasztás (dohányzás, alkoholfogyasztás és drogfogyasztás) háromhavi prevalenciáját vizsgáltuk. Az elemzésekhez a statisztikai megoszlások függvényében összevontunk bizonyos kategóriákat (lásd 12. táblázat).

Az adatok feldolgozásához SPSS MS 15,0 statisztikai programot használtunk, a statisztikai elemzéshez kereszttáblákat alkalmaztunk, a szignifikancia szintet Chi-négyzet próbával határoztuk meg.

EREDMÉNYEK

A 9. táblázat a szocioökonómiai faktorok összehasonlító statisztikájának eredményeit tartalmazza a két városban. Az adatokból kitűnik, hogy a szülők iskolai végzettsége a nagyvárosban, azaz Szegeden lényegesen magasabb (például az érettségizettek

aránya Szegeden az apák körében 32,1, az anyáké 32,6%, míg Dévaványán 10,6, illetve 17,2%). A felsőfokú végzettségűek aránya is jóval nagyobb Szegeden, ugyanakkor Dévaványán a legtöbb szülő szakmunkásképző bizonyítvánnyal rendelkezik (az apák 63,4, az anyák 47,5%-a). A különbségek megmutatkoznak a szülők alkalmazási minőségében is, például az értelmiségiek arányában, de a munkanélküliek aránya is jellegzetes eltérés mutat: az apák 5,2%-a, az anyák 5,6%-a munkanélküli Szegeden, ugyanezek az arányok Dévaványán: 10,9% az apák, és 13,0% az anyák körében. Ugyanakkor a társadalmi helyzet besorolása nem mutat jelentős eltérést, bár a kisvárosi eloszlás kicsit nagyobb szórást mutat; többen sorolják magukat a szélső kategóriákba, azaz mind az alsó, mind pedig a felső rétegbe.

9. táblázat. A szocioökonómiai faktorok összehasonlító statisztikája a két városban

VÁLTOZÓK	SZEGED (N =144)	DÉVAVÁNYA (N =146)
<i>apa iskolázottsága***</i>		
általános iskola	7,1	23,9
szakmunkásképző	45,7	63,4
érettségi	32,1	10,6
főiskola/egyetem	15,0	2,1
<i>anya iskolázottsága***</i>		
általános iskola	11,8	31,0
szakmunkásképző	39,6	47,6
érettségi	32,6	17,2
főiskola/egyetem	16,0	4,1
<i>társadalmi helyzet</i>		
alsó osztály	1,4	4,2
alsó-közép	17,6	13,3
középosztály	65,5	68,5
felső-közép	14,8	11,2
felső osztály	0,7	2,8
<i>apa munkahelyi beosztása**</i>		
vezető/értelmiségi	9,6	2,3
egyéb nem fizikai	3,0	4,7
vállalkozó	28,9	16,3
szakmunkás	45,9	48,1
segédmunkás	30,3	69,7
munkanélküli	5,2	10,9

VÁLTOZÓK	SZEGED (N =144)	DÉVAVÁNYA (N =146)
<i>anya munkahelyi beosztása***</i>		
vezető/értelmiségi	7,7	2,9
egyéb nem fizikai	19,6	8,7
vállalkozó	16,1	2,9
szakmunkás	28,7	34,1
segédmunkás	5,6	9,4
munkanélküli	5,6	13,0
háztartásbeli	16,8	29,0

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ (Chi-négyzet próba)

A 10. táblázat a szülői védőfaktorok adatainak összehasonlítását mutatja be. A közös vacsora eltöltése a családdal a kisvárosban gyakoribb. Nincs jelentős eltérés a problémák megbeszélése terén a szülőkkel. A szülői kontroll viszont a nagyvárosban erősebb; többen választották azt, hogy a szülők megszabják, hányra kell hazamenni, és azt is, hogy a szülők tudják, hol vannak gyermekeik, amikor azok barátaikkal mennek szórakozni.

A 11. táblázatban a szerfogyasztások és a szexuális aktivitás életprevalenciájának összehasonlító statisztikája látható. Az alkoholfogyasztásban nem volt jelentős eltérés. A dohányzás és a szexuális aktivitás a kisvárosban, a marihuána kipróbálása viszont a nagyvárosban bizonyult gyakoribbnak.

Végül, a 12. táblázatban a szerfogyasztások és az egészségmagatartások három-havi prevalenciájának, valamint a jóllét mutatóinak összehasonlító statisztikája látható. Bár a dohányzás életprevalenciájában statisztikailag jelentős volt az eltérés, a kurrens dohányzásban ez nem volt tetten érhető. Az alkoholfogyasztás terén egyik prevalenciaérték terén sem volt jelentős különbség. A marihuánafogyasztás viszont, hasonlóan az életprevalenciához, itt is jelentős eltérést, azaz a nagyvárosi fiatalok fölényét mutatta.

A jóllét mutatóit összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy a depresszió és az étellel való elégedettség mértékében nem volt eltérés, ugyanakkor a nagyvárosi fiatalok optimistábbnak bizonyultak. A vallásosság a kisváros fiatalokra kevésbé volt jellemző, viszont a szülői értékrenddel többen azonosulnak, mint a nagyvárosban.

10. táblázat. *A szülői védőfaktorok összehasonlító statisztikája a két városban*

VÁLTOZÓK	SZEGED (N =144)	DÉVAVÁNYA (N =146)
<i>vacsora a családdal *</i>		
soha	12,6	6,3
elég ritkán	21,7	16,7
néhányszor	28,0	23,6
legtöbbször	27,3	32,6
mindig	10,5	20,8
<i>problémák megbeszélése a családdal</i>		
soha	9,1	5,5
elég ritkán	18,9	17,2
néhányszor	35,0	37,2
legtöbbször	23,1	21,4
mindig	42,6	57,4
<i>a szülők megmondják, bányra kell hazamenni***</i>		
soha	27,8	47,6
elég ritkán	20,1	20,3
néhányszor	16,0	14,7
legtöbbször	16,7	4,9
mindig	19,4	12,6
<i>a szülők tudják, hogy gyermekük hol van*</i>		
soha	5,6	9,8
elég ritkán	15,3	7,7
néhányszor	8,3	14,7
legtöbbször	40,3	29,4
mindig	30,6	38,5

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ (Chi-négyzet próba)

11. táblázat. A szerfogyasztások és a szexuális aktivitás életprevalenciájának összehasonlító statisztikája a két városban

VÁLTOZÓK	SZEGED (N =144)	DÉVÁVÁNYA (N =146)
<i>dobányzás (valaha)*</i>		
nem	27,8	17,9
igen	72,2	82,1
<i>alkoholfogyasztás (valaha)</i>		
nem	4,9	6,2
igen	95,1	93,8
<i>marihuánafogyasztás (valaha) **</i>		
nem	69,9	84,1
igen	30,1	15,9
<i>szexuális aktivitás (valaha) **</i>		
nem	43,3	28,8
igen	56,7	72,0

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ (Chi-négyzet próba)

12. táblázat. A szerfogyasztások és az egészségmagatartások háromhavi prevalenciájának, valamint a jóllét mutatóinak összehasonlító statisztikája a két városban

VÁLTOZÓK	SZEGED (N =144)	DÉVÁVÁNYA (N =146)
<i>*dobányzás</i>		
egyáltalán nem	41,7	38,5
napi 5 szál alatt	26,4	25,2
napi 5–10 szál	9,7	14,7
napi több, mint 10 szál	22,2	21,7
<i>*alkoholfogyasztás</i>		
egyáltalán nem	13,9	20,1
1–2-szer	29,2	33,3
3–9-szer	29,2	37,6
több, mint 10-szer	27,8	16,0
<i>*nagyivászat</i>		
egyáltalán nem	34,0	33,3
1-szer	11,8	17,4

2-szer	17,4	16,7
3–5-ször	18,8	18,1
6–9-szer	6,9	3,5
több, mint 10-szer	11,1	11,1
<i>^amaribúánafogyasztás*</i>		
egyáltalán nem	79,7	90,3
1–2-szer	8,4	6,3
3–9-szer	4,9	2,1
több, mint 10-szer	7,0	1,4
<i>^bdepresszió (CDI)</i>		
átlag (szórás)	8,30 (6,89)	9,02 (8,82)
<i>^boptimizmus (LOT)*</i>		
átlag (szórás)	28,41 (5,38)	26,87 (5,70)
<i>^bélettel való elégedettség (SWL)</i>		
átlag (szórás)	20,95 (5,89)	22,15 (6,15)
<i>^bvallásosság mértéke**</i>		
átlag (szórás)	2,32 (1,55)	1,83 (1,16)
<i>^bszülői értékek elfogadása skála*</i>		
átlag (szórás)	15,04 (3,13)	15,89 (2,91)

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$ ^aChi-négyzet próba ^bKétmintás t-próba

MEGBESZÉLÉS

A serdülőkori szerfogyasztás háttértényezői között kiemelt helyen szerepel többek között a lakóhely, a lakókörnyezet (Ennett és mtsai, 1997). A hely, ahol élünk nemcsak fizikai, hanem társadalmi-gazdasági és kulturális alapot biztosít mindennapi életünknek (Hou és Myles, 2005). Szabályozza például a szabadidő eltöltésének módjait, lehetőségeket és veszélyeket teremt (Furlong és Cartmel, 1997; Pikó és Vázsonyi, 2004). Eredményeinkkel a lakóhely szerepéhez kívántunk adalékokkal szolgálni egy kisváros (Dévaványa) és egy nagyváros (Szeged) összehasonlításával a szerfogyasztásra, valamint az egészségi állapot és a jóllét néhány mutatójára fókuszálva.

A család egyik fontos szerepe a gyermek szocializációja (Somlai, 1997). E folyamat során tanulja meg a gyermek a társadalmi normákat, és illeszkedik be azok segítségével a társadalomba. A harmonikus családi köteléknek nagy jelentősége van ebben. Ráadásul a serdülőkorból ez még nagyobb fontosságot nyer, mivel igen kritikus és sérülékeny időszaknak tekinthető mind az egészségvédő, mind

pedig az egészségkockázati magatartások kialakulásában (Mason és Windle, 2001). Tehát a család akár védő-, akár kockázati faktorként is megjelenhet ebben a folyamatban, illetve nem elhanyagolható a kortárs csoportok befolyásoló szerepe sem (Pikó, 2001b). Jelen kutatásban a családi befolyás mértékére történő vizsgálat során arra az eredményre jutottunk, hogy bár a kisvárosban gyakoribbak az együtt eltöltött vacsorák, a szülői kontroll erősebb a nagyvárosban, tehát Szegeden jobban tisztában vannak a szülők, hogy gyermekeik hol töltik el szabadidejüket, illetve jobban megszabják kimenőjüket. Ez persze arra is utalhat, hogy egy vidéki településen korlátozott szórakozási lehetőség nyílik a fiatalok számára, illetve egy kis helyen „mindenki ismer mindenkit” alapon sokkal nyugodtabban engedik el a szülők gyermeküket szórakozni. Ezzel ellentétben egy megyeszékhelyen több szórakozóhely van, és a kortárs- és fogyasztásorientált szabadidő-eltöltés a jellemzőbb (Keresztes és mtsai, 2006). Ez potenciális veszélyt jelenthet a rizikómagatartások kialakulására, amennyiben a baráti társaságban többen dohányoznak, vagy fogyasztanak alkoholt, akár alkalmilag is (Pikó, 2001b). Ezen okokból kifolyólag nem csoda, ha a szülői kontroll erősebb itt, a nagyvárosi bűnözés mértékéről és egyéb veszélyekről nem is beszélve. A problémák megbeszélése viszont mindkét helyen közel azonosnak bizonyult.

Érdekesség, hogy a szülői értékrend elfogadását vidéken találtuk gyakoribbnak. Amennyiben a hagyományos értékrendet a település nagyságával hozhatjuk összefüggésbe, ez az eredmény nem meglepő. Ugyanakkor a várt eredménnyel ellentétben a szegedi diákok bizonyultak vallásosabbnak. Talán ezzel függhet össze az is, hogy a szexuális tapasztalatok terén nem a nagyvárosi fiatalok voltak az élen. Amennyiben szintén a hagyományos értékrendhez kötnénk a vallásosságot, ez szokatlan eredmény lenne, azonban ebben az elemzésben csupán a privát vallásosságot vettük számba, amely az új típusú spiritualitást és vallásgyakorlást is magában foglalja (Kovács és Pikó, 2009). A másik magyarázat pedig az lehet, hogy a kisvárosban alacsonyabb a szülők iskolázottsága, köztudott pedig, hogy a szexuális élet korai elkezdése, a tartós párkapcsolat létesítése, valamint a házasságkötés korai tervezése (de ugyanígy sajnos, a nem kívánt terhesség is) összefüggésben áll a szülők alacsonyabb iskolai végzettségével (Price és Hyde, 2009).

A szülők iskolázottsága a nagyvárosban magasabbnak bizonyult, illetve magasabb pozíciókat is töltenek be. Ennek ellenére a kisvárosi diákok nem értékelték rosszabbnak társadalmi helyzetüket. Déványán magasabb volt a szülők munkanélküliségének az aránya. A szülők munkanélkülisége befolyásolhatja a gyermek egészségét, pszichoszomatikus tünetekhez vezethet (Pikó, 2001a). A jóllét mutatói szintén fontos indikátornak tekinthetők a hely társadalmi-gazdasági viszonyaira vonatkozóan (Koivumaa-Honkanen és mtsai, 2004). Ebben az esetben viszont nem figyelhettünk meg szignifikáns eltérést a depresszió és az élettel való elégedettség mértékében a két helyen. Ugyanakkor a megyeszékhelyen optimistábbnak bizo-

nyultak a diákok. Ez magyarázható akár azzal, hogy a nagyvárosban több lehetőség kínálkozik a jövőbeli vágyak valóra váltására, ami eleve a család magasabb társadalmi helyzetéből, illetve az optimistább szülői attitűdökből is fakadhat. Az optimizmus és a társadalmi helyzet közötti összefüggést ugyanis már igazolták kutatások (Taylor és Seeman, 1999).

A káros egészségmagatartási formák életprevalenciáinak vizsgálata során a már korábban feltételezett eredményeket kaptuk. A dohányzás életprevalenciáját a kisvárosban magasabbnak találtuk, ezzel ellentétben a drogok kipróbálása a nagyvárosban volt magasabb. Az alkohol esetében pedig nem találtunk lényeges eltérést. Ez a fent említett különbség arra utalhat, hogy a kisváros gazdaságilag kedvezőtlenebb helyzetű, és a dohányzás az alacsony jövedelemmel rendelkezőkre és alacsony iskolázottságúakra jellemzőbb, tehát az itt élők szülei is nagyobb valószínűséggel dohányozhatnak, ami befolyásolhatja gyermekeik magatartását is (Keresztes és mtsai, 2005). A drogfogyasztás ezzel ellentétben a jobb anyagi helyzettel, a nagyvárosi élettel áll kapcsolatban, ami szintén magyarázza az általunk kapott eredményt.

Ezen magatartási formák háromhónapos időintervallumban történő további vizsgálata alapján jelentős eltérést csak a drogfogyasztásban figyeltünk meg a nagyváros javára, mely a már említettekkel magyarázható. Bár egy litvániai vizsgálat (Zaborskis és mtsai 2009) alapján is arra számítottunk, hogy a vidéki környezetben a serdülők dohányzása gyakoribb lesz, a dohányzás életprevalenciájánál tapasztalt kisvárosi „fölény” hosszútávon eltűnt. Az alkoholfogyasztásban sem jelentkezett jelentős különbség. E változás magyarázatára több elképzelés lehet. Bár több kisvárosi diák kipróbálta a dohányzást, mint nagyvárosi, ennek ellenére a dévaványai diákok többsége helyben él családjával, ezért valószínűbb lehet a fokozott szülői kontroll (Li, Stanton és Feigelman, 2000). Kevesebb szórakozóhely lévén ritkább az ún. „bandázás” lehetősége is, ami elősegítheti a rizikómagatartások kialakulását (Pikó és Fitzpatrick, 2002). Szegeden pedig, mint már korábban említettük, a baráti társaságok kialakulására több lehetőség nyílik (plázák, szórakozóhelyek).

Mint tanulmányunkból látható, a hely, ahol felnövünk, majd élünk, jelentős mértékben befolyásolja magatartásunkat, kihat egészségünkre is. Az adott hely adottságai, esetleges eltérő kulturális szokásai mellett környezeti tényezők alakítják, formálják életünket közvetve vagy közvetlenül. Ezért fontos a lakóhelyre is külön hangsúlyt fektetni az egészségmagatartás vizsgálata során, hiszen ennek jelentősége a megelőzésben is megjelenik. Speciális foglalkozások, szabadidős programok megtervezése és létrehozása, ezek számára megfelelő hely biztosítása fontos szerepet játszhat a serdülőkori szerfogyasztás elkerülésében és a mentális egészség fejlesztésében (Pikó és Vázsonyi, 2004).

IRODALOM

- Bolam, B., Murphy, S., Gleeson, K. (2006) Place-identity and geographical inequalities in health: A qualitative study. *Psychology and Health*, 21, 399–420.
- Curtis, S., Jones, I.R. (1998) Is there a place for geography in the analysis of health inequality? *Sociology of Health & Illness*, 20, 645–672.
- Edwards, R. (2004) The problem of tobacco smoking. *British Medical Journal*, 328, 217–219.
- Ennett S.T., Flewelling, R.L., Lindrooth, R.C., Norton, E.C. (1997) School and neighborhood characteristics associated with school rates of alcohol, cigarette, and marijuana use. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 55–71.
- Fitzpatrick, K., LaGory, M. (2000) *Unhealthy places. The ecology of risk in the urban landscape*. Routledge, London and New York.
- Furlong, A., Cartmel, F. (1997) *Young people and social change. Individualization and risk in late modernity*. Open University Press, Buckingham.
- Hill, D.T., Angel, J.R. (2005) Neighborhood disorder, psychological distress, and heavy drinking. *Social Science and Medicine*, 61, 965–975.
- Hou, F., Myles, J. (2005) Neighbourhood inequality, neighbourhood affluence and population health. *Social Science and Medicine*, 60, 1557–1569.
- Humpel, N., Owen, N., Leslie, E. (2002) Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: A review. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 188–199.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P. (1999) Income inequality and health: pathways and mechanisms. *Health Services Research*, 34, 215–227.
- Keresztes N., Makó M., Klembucz E., Hanusz K., Pikó B. (2005) Magatartási rizikófaktorok összehasonlító epidemiológiai 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 ifjúság körében. *Magyar Epidemiológia*, 3, 217–228.
- Keresztes N., Pluhár Zs., Pikó B. (2006) Fiatalok életmódja és egészsége a lakóhely tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*, 2006. 6, 36–47.
- 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.
- Kishegyi J., Makara P. (szerk.) (2004) *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- 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.
- Kopp M. (2001) Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell. In: Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk.) *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 23–46.
- Kovács E., Pikó B. (2009) Vallásosság a magyar középiskolások körében. *Társadalomkutatás*, 27(1), 27–48.
- 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.

- Macintyre, S., Maciver, S., Soomans, A. (1993) Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy*, 22, 213–234.
- 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.
- McArdle, P., Wieggersma, A., Gilvarry, E., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Kolte, B., Johnson, R., Quensel, S. (2000) International variations in young drug use: The role of individual behaviors, peer and family influences and geographical location on drug use in young people. *European Addiction Research*, 6, 163–169.
- McVea, K.L., Miller, D.L., Creswell, J.W., McEntarrfer, R., Coleman, M.J. (2009). How adolescents experience smoking cessation. *Qualitative Health Research*, 19, 580–592.
- Metsch, L.R., Pollack, H.A. (2005) Welfare reform and substance abuse. *The Milbank Quarterly*, 83, 65–99.
- Pikó B. (2001a) Magatartás-epidemiológiai vizsgálatok. In: Buda B., Kopp M., Nagy E. (szerk.) *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 729–753.
- Pikó, B. (2001b) Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors*, 26, 201–217.
- Pikó, B.F., Fitzpatrick, K.M. (2002) Without protection: Substance use among Hungarian adolescents in high-risk settings. *Journal of Adolescent Health*, 30, 463–466.
- Pikó, B.F., Vazsonyi, A.T. (2004) Leisure activities and problem behaviours among Hungarian youth. *Journal of Adolescence*, 27, 717–730.
- Plotnikoff, R.C., Mayhews, A., Birkett, N., Loucaides, C.A., Fodor, G. (2004) Age, gender, and urban-rural differences in the correlates of physical activity. *Preventive Medicine*, 39, 1115–1125.
- Price, M.N., Hyde, J.S. (2009) When two isn't better than one: Predictors of early sexual activity in adolescence using a cumulative risk model. *Journal of Youth and Adolescence*, 38, 1059–1071.
- Primack, B.A., Gold, M.A., Switzer, G.E., Hobbs, R., Land, S.R., Fine, M.J. (2006) Development and validation of a smoking media literacy scale for adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 369–74.
- Quadrel, M.J., Fischhoff, B., Davis, W. (1993) Adolescent (in)vulnerability. *American Psychologist*, 48, 102–116.
- Somlai P. (1997) *Szocializáció. A kulturális átörökítés és a társadalmi beilleszkedés folyamata*. Corvina, Budapest.
- Starrin, B., Hagquist, C., Larsson, G., Svensson, P.G. (1993) Community types, socio-economic structure and IHD mortality – a contextual analysis based on Swedish aggregate data. *Social Science and Medicine*, 36, 1569–1578.
- Stead, M., MacAskill, S., MacKintosh, A.M., Reece, J., Eadie, D. (2001) „It's as if you're locked in”: qualitative explanations for area effects on smoking in disadvantaged communities. *Health and Place*, 7, 333–343.
- Taylor S.E., Seeman, T.E. (1999) Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 210–225.
- Tunstall, H.V.Z., Shaw, M., Dorling, D. (2004) Glossary: Places and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 6–10.
- Uzzoli A. (2000a) A budapesti 14–19 év közötti korosztály életkörülményeinek vizsgálata esettanulmányok alapján. *Tér és Társadalom*, 2–3, 229–237.

- Uzzoli A. (2000b) Az egészségi állapot vizsgálata Budapest VIII. kerületében. *Comitatus Önkormányzati Szemle*, július–augusztus, 48–56.
- Verbrugge, L.M., Asconi, F.J. (1987) Exploring the iceberg: Common symptoms and how people care for them. *Medical Care*, 25, 539–569.
- Warren, C.W., Lea, V., Lee, J., Jones, N.R., Adma, S., McKenna, M. (2009) Change in tobacco use among 13–15 year olds between 1999 and 2008: Findings from the Global Youth Tobacco Survey. *Global Health Promotion*, 16S, 38–90.
- 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.
- Zaborskis, A., Sumskas, L., Zemaitiene, N., Grabauskas, V., Veryga, A., Petkevicius, R. (2009) Trends of smoking prevalence among Lithuanian school-aged children in 1994–2006. *Medicina (Kaunas)*, 45, 798–806.

A MÉDIATUDATOSSÁG JELENTŐSÉGE AZ ADDIKTOLÓGIAI PREVENCIÓBAN¹

Pikó Bettina, Balázs Máté Ádám, Randy M. Page

BEVEZETÉS

Az egészségkockázatok között a dohányzás és az alkoholfogyasztás kiemelt helyen szerepel, ezért a prevencióban is fontos célkitűzést jelent a dohányzó és alkoholt fogyasztó magatartás populációsztű kontrollja. Bár a káros szenvedélyekkel kapcsolatban, amelyek az életmód részei, többnyire az egyéni felelősséget hangsúlyozzuk, nem szabad elfelejtkeznünk az addiktológiai epidemiológiában szerepet játszó társadalmi és kulturális hatásokról sem (Sasco és Kleihues, 1999). Nem véletlen ugyanis, hogy a káros szenvedélyek a modern társadalomban öltöttek tömegméreteket. Ilyen társadalmi hatás például a lakosság általános tolerancia szintje egy-egy káros szer iránt, ami jelentősen befolyásolja az adott szer fogyasztásának gyakoriságát. A kulturális hatások között kell megemlíteni a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás szimbólum jellegét; a fiatalok számára ugyanis a cigaretta vagy az alkohol a felnőttkort demonstrálja, ami hozzájárul a szerek serdülőkori iniciációjához (Pikó, 2001a). Ahhoz, hogy hatékony prevenció programot tudjunk kialakítani, ismernünk kell a modern társadalom sajátosságait, addiktogén klímáját, azaz a szerfogyasztás irányába mutató társadalmi-kulturális hatásokat. A szerfogyasztás tekintetében a serdülőkor kitüntetett időszak, hiszen a legtöbb fiatal ebben az időszakban próbálja ki a káros szenvedélyhez vezető szereket. A szocializáció felgyorsult ütemének köszönhetően számos társas hatás erősíti a szerfogyasztáshoz való pozitív viszonyulást. Ezek közül a kortárshatás a leggyakrabban vizsgált befolyásoló tényező, de a szülők és a tágabb társas háló szerepe is sokszor kerül a kutatások középpontjába (Pikó, 2001b). Hazánkban még kevésbé vizsgált terület a médiában (például reklámokban, mozifilmekben, tévéfilmekben, magazinokban) megjelenő szerfogyasztás hatása. Ahogy egy amerikai tanulmányban olvasható, a serdülők a különböző formában megjelenő médiatermékek jelentős fogyasztóinak számítanak, hiszen átlagosan mintegy 5–7 órát töltenek el közvetlenül e hatások alatt (Sargent és mtsai, 2006). Annak ellenére ugyanis, hogy a dohányreklámok direkt megjelenítése a médiában a fejlett országok többségében – így hazánkban is – tiltott, a mozifilmek egy jelentős része például tartalmaz olyan kockákat, ahol alkoholfogyasztás vagy dohányzás látható (Everett, Schnutt és Tribble, 1998). Az illegális drogfogyasztással ellentétben ugyanis a cigaretta és az alkohol legális, és a

¹ A tanulmány rövidített formában megjelent: *Lege Artis Medicinae*, 2010/2.

modern társadalomban elfogadott szer. Vajon milyen hatással vannak ezek a filmkockák vagy reklámjelenetek (az alkohol esetében) a serdülőkre, esetleg növelik-e a kipróbálás lehetőségét a körükben?

A tömegkommunikációs eszközök erős szocializációs hatást fejtenek ki a serdülőkorúakra, akik különösen fogékonyak a különböző üzenetekre ebben az életkorban. Ezek az üzenetek formálják attitűdjeiket, amelyek viszont az egészségüket is érintő magatartási döntéseikre is kihatnak. Az attitűdök körében az ún. szociális képzetek arról szólnak, hogy az egyéneknek milyen képük alakul ki azokról, akik különböző egészségkárosító magatartást végeznek, például dohányoznak vagy alkoholt fogyasztanak (Gerrard és mtsai, 2002). Minél pozitívabb a dohányzóról alkotott kép, annál nagyobb a valószínűség a dohányzás kipróbálására (Pikó, Bak és Gibbons, 2007).

A szerfogyasztásról (például dohányzásról vagy alkoholfogyasztásról), illetve a szerfogyasztóról (dohányzóról vagy rendszeresen alkoholt fogyasztóról) kialakított képzeteket nemcsak a közvetlen környezetünk formálja, hanem a médiában látottak is, sőt ennek valódi jelentőségére csak mostanában kezdenek az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek figyelni. Összességében a vizsgálatok többsége igazolta, hogy a mozifilmekben látott dohányzás és alkoholfogyasztás növeli a serdülőkorúak körében a cigaretta (Sargent és mtsai, 2001; Sargent és mtsai, 2002) és az alkohol (Sargent és mtsai, 2006; Hanewinkel, Tanski és Sargent, 2007) kipróbálásának valószínűségét.

Vannak kutatások, amelyek hatásvizsgálatok nyomán megállapították, hogy a hagyományos reklámoknál sokkal hatékonyabb a mozifilmekben bemutatott dohányzás vagy alkoholfogyasztás (Glantz, 2003). Érdemes megjegyezni azt is, hogy sok olyan film is tartalmaz dohányzást vagy alkoholfogyasztást bemutató filmkockákat, amelyek korhatár nélküliek. A dohányzással kapcsolatban például a cigaretta legtöbbször olyan jelenetekben bukkan fel, ahol a szereplők konfliktust vagy drámát élnek át, és a stresszoldás eszközeként alkalmazzák a dohányzást, vagy pedig az unalom elűzésére, a céltalanság, kilátástalanság ellenszereként gyűjtanak rá a színészek (McCool, Cameron és Petrie, 2001). A felnőttkérdőképek ábrázolásához gyakran hozzátartozik az alkoholfogyasztás is, ami szocializáló hatással bír. A médiabeli alkoholfogyasztás szerfogyasztást növelő hatását főként olyankor találták kiemelkedőnek, ha kifejezetten fiataloknak szóló szórakoztató műsorokban, például zenei csatornákon bukkannak fel alkoholt bemutató képkockák (Hanewinkel, Tanski és Sargent, 2007). Az alkoholfogyasztással kapcsolatos attitűdökre pozitív hatással vannak ezek a jelenetek, növelik az elfogadottságot, s azon fiatalok számára, akik már kipróbálták az alkoholt, megerősítést jelentenek (Snyder és mtsai, 2006).

A társas tanulás elmélet, azaz mások viselkedésének megfigyelése és reprodukálása kiterjed a mozifilmekben szereplő színészekre is, akik a fiatalokra különösen nagy hatással vannak. Egy amerikai vizsgálat ezzel kapcsolatban kimutatta, hogy

azok a serdülők, akiknek kedvenc sztárjai a mozifilmekben dohányoznak, pozitívabban viszonyulnak a dohányzáshoz, illetve hajlamosabbak maguk is rágyújtani (Tickle, 2008). Ráadásul a dohányzó serdülők esetében a szokás fenntartásához, azaz a magatartás megerősítéséhez is hozzájárul az, ha kedvenc sztárjaik a médiában dohányoznak, s ezzel a dohányzást a sikerrel, a csillogással, a jó megjelenéssel asszociálják (Distefan és mtsai, 1999).

Az eredmények alapján egyértelmű üzenet, hogy a prevenciós programoknak figyelembe kell venniük a médiahatást. A legújabb, serdülőket érintő egészségfejlesztési programok középpontjában ma már gyakran a médiával kapcsolatos ismeretek elemzése áll (Banerjee és Greene, 2007). A tömegkommunikációval kapcsolatos tájékoztatásnak ki kell terjednie a különböző médiabeli üzenetek megértő elemzésére, mivel az ezen alapuló intervenció megerősíti a fiatalokat abban, hogy tudatos döntést hozhassanak. Ez jelenti az ún. médiatudatosságot. A médiával kapcsolatos tájékozottság – például annak felismerése, hogy egy dohányzást megjelenítő filmkocka milyen rejtett üzenetet hordoz – ugyanis kihat az egészséggel kapcsolatos tájékozottságra, ami közvetlenül az egészséget befolyásoló döntéseinket megalapozza (Davis és Wolf, 2004). A mai, információgazdag környezetben nem is annyira a hozzáférés, mint a megfelelő információ kiválasztása a döntő, ami hosszú távon is megalapozhatja a lakosság egészségi állapotát. Ennek tudatos alakítását már kora gyermekkorban el kell kezdeni (Brown, Teufel és Birch, 2007).

Jelen kutatásunk középpontjába a serdülők tömegkommunikációval kapcsolatos tájékozottságának, médiatudatosságának megismerését helyeztük. A médiával kapcsolatos tájékozottságot elemeztük továbbá az egyes szociodemográfiai változók (életkor, nem) mentén, valamint a dohányzó és alkoholfogyasztó státusz szerint is.

MINTA ÉS MÓDSZER

Felmérésünket egy dél-alföldi kisvárosban, Makón végeztük 2008 szeptemberében a városban működő összes oktatási intézmény valamennyi nyolcadikos (13–15 éves) és tizenkettedikes (17–19 éves) diákjának részvételével, amely így teljes körűen reprezentálja a város adott korú populációját. A minta 546 főből állt, a teljes elemszám (összes kérdőív) = 602 volt, így a válaszadási arány 90,7% lett. Az eltérés a hiányzásokból adódott. A minta 49,5%-a fiú, 50,5%-a lány volt, az életkor minimuma 13, maximuma 19 volt. A vizsgálat egy nemzetközi projekt részeként került megvalósításra. Az adatgyűjtés önkitöltéses kérdőív segítségével történt. A kérdőív kiterjedt a szociodemográfiai változókon túl az alkoholfogyasztás élet- és havi prevalenciájára, a szerfogyasztással kapcsolatos attitűdök felmérésére, valamint a médiával kapcsolatos tájékozottság megismerésére.

A médiatudatosság felméréséhez a Media Literacy skálát adaptáltuk, amely összesen 31 állítást tartalmazott (Audrain-McGovern és mtsai, 2003). A validált skálát eredetileg egy 120 állítást tartalmazó gyűjteményből hozták létre, a validitási és megbízhatósági elemzések eredményeként. Az állításokból álló gyűjteményt az ide vonatkozó szakirodalom skáláiból válogatták össze, ami kiterjedt a médiaüzemek jelentésére, az ipari érdekeltségekre, a célcsoportok sajátosságaira. A hazai adaptáláshoz a többszörös szimultán fordítás és visszafordítás módszerét alkalmaztuk. A tájékozottsági szempontok megállapításához faktoranalízist alkalmaztunk varimax-rotációval, az így létrehozott skálák megbízhatósági indexét (Cronbach-alfa értékeit) kiszámítottuk. A szociodemográfiai változók (életkor és nem), valamint a magatartás (dohányzás és alkoholfogyasztás élet- és havi prevalenciája) szerinti szempontelemzéshez a fenti skálákat használtuk fel, és kétmintás t-próbákat alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázatban a dohányzás és alkoholfogyasztás élet- és havi prevalencia értékeit láthatjuk nemenként és iskolai évfolyamonként. Sem a havi, sem pedig az életprevalencia értékeiben nem volt jelentős nemi különbség a vizsgált fiatalok dohányzása és alkoholfogyasztása terén. Az életkor szerint azonban jelentős növekedés figyelhető meg mindkét szer fogyasztásában.

A 2. táblázat (lásd a 192. oldalon) a médiatudatossági skála faktoranalízisét mutatja. Az első faktor a profitszerzés célú manipuláció elnevezést kapta (például: „A hirdetések a dohányzást olyan természetes jelenséggént ábrázolják az ember életében, mint a szerelem, a jó megjelenés vagy a hatalom.”). A második faktor a magatartásbefolyásolást körvonalazza (például: „Minél több alkoholreklámot lát az ember, annál nagyobb a valószínűsége, hogy kipróbálja.”). A harmadik faktor a reklámtervezésre vonatkozik (például: „A reklámok minden képkockája megrendezett”). A negyedik faktor a rejtett üzenetekkel kapcsolatos; nagyon fontos ugyanis, hogy felismerjük-e a reklámok rejtett üzeneteit. Az ötödik faktor („pozitív marketing”) szerint ezek a cégek igyekeznek korrekt módon viselkedni. Összesen a faktorváltozók a variancia 42%-át magyarázták meg, a faktorváltozók összeadásával létrehozott skálák megbízhatóságát jelző Cronbach-alfa értékek 0,60 (pozitív marketing) és 0,80 (profitszerzés célú manipuláció) között változtak.

1. táblázat. A dohányzás és alkoholfogyasztás élet- és havi prevalenciája nemeként és iskolai évfolyamonként

	FIÚK (%)	LÁNYOK (%)
<i>dohányzás: életprevalencia</i>		
nem	41,5	39,5
igen	58,5	60,5
<i>dohányzás: havi prevalencia</i>		
nem	73,2	70,3
igen	26,8	29,7
<i>alkohol: életprevalencia</i>		
nem	10,0	10,1
igen	90,0	89,9
<i>alkohol: havi prevalencia</i>		
nem	33,9	39,3
igen	66,3	60,7
	KÖZÉPISKOLA 12. OSZTÁLY (%)	ÁLTALÁNOS ISKOLA 8. OSZTÁLY (%)
<i>dohányzás: életprevalencia*</i>		
nem	23,6	55,6
igen	76,4	44,4
<i>dohányzás: havi prevalencia*</i>		
nem	58,0	84,0
igen	42,0	16,0
<i>alkohol életprevalencia*</i>		
nem	0,8	18,5
igen	99,2	81,5
<i>alkohol havi prevalencia*</i>		
nem	16,0	55,1
igen	84,0	44,9

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

2. táblázat. A médiatudatosság dimenziói (faktoranalízis eredményei alapján)

FAKTOROK A SAJÁTÉRTÉKKEL	JELLEMZŐ FAKTORVÁLTOZÓK A FAKTORSÚLYOKKAL
1. <i>Manipuláció profitszerzés céljából</i> (6,3)	Bizonyos cigarettamárkák csomagolását úgy tervezik meg, hogy az vonzó legyen a fiatalok számára. (0,598) Egy olyan póló viselése, amelyen egy cigarettamárka logója van, mozgó reklámmá változtatja az embert. (0,581) Bizonyos szeszesitalmárkák csomagolását úgy tervezik meg, hogy az vonzó legyen a fiatalok számára. (0,555) A hirdetések a dohányzást olyan természetes jelenséggé ábrázolják az ember életében, mint a szerelem, a jó megjelenés vagy a hatalom. (0, 551) A szeszesitalt gyártó cégek a haszonszerzés érdekében bármire képesek. (0,550) Egy olyan póló viselése, amelyen egy sörmárka logója van, mozgó reklámmá változtatja az embert. (0,536) A dohányipari cégek a haszonszerzés érdekében bármire képesek. (0,508) A hirdetések az alkoholt olyan természetes jelenséggé ábrázolják az ember életében, mint a szerelem, a jó megjelenés vagy a hatalom. (0,476) A dohányreklámoknak gyakran rejtett üzenetük van. (0,435)
2. <i>Magatartás-befolyásolás</i> (2,1)	A reklámok befolyásolják az embereket, függetlenül attól, hogy azok észreveszik-e hatásukat vagy sem. (0,612) Minél több dohányreklámot lát az ember, annál nagyobb a valószínűsége, hogy kipróbálja. (0,610) A szeszesitalreklámok olyan egészséges, boldog életérzést sugároznak, amelyek elfeledtetik az alkohol egészségkárosító hatásait. (0,602) Minél több alkoholreklámot lát az ember, annál nagyobb a valószínűsége, hogy kipróbálja. (0,589) A legtöbb tévéműsor és mozifilm az alkoholfogyasztást sokkal megnyerőbbnek ábrázolja, mint amilyen az valójában. (0,487) A dohányreklámok olyan egészséges érzetet keltenek, amelyek elfeledtetik az egészségkárosító kockázatokat. (0,465) Az esetek többségében, amikor egy reklámot elkészítenek, a korrekt tájékoztatás helyett inkább a profitszerzés a cél. (0,317) A legtöbb tévéműsor és mozifilm a dohányzást sokkal megnyerőbbnek ábrázolja, mint amilyen az valójában. (0,317)

3. Reklámbatás-tervezés (1,6)	Két emberben különböző benyomást kelthet ugyanaz a tévéműsor vagy film. (0,633) Két emberre másképp hathat ugyanaz a reklám. (0,632) A reklámok minden képkockája megrendezett. (0,570) A reklámokból rendszerint több, fontos információ hiányzik. (0,496) A mozifilmek és a tévéműsorok általában nem a valós világot ábrázolják. (0,491) A tévéműsorok és filmek minden egyes képkockája gondosan megrendezett. (0,446) A filmek és a tévéműsorok befolyásolják az embereket, függetlenül attól, hogy azok észreveszik-e hatásukat vagy sem. (0,357) Az esetek többségében, amikor egy reklámot elkészítenek, a korrekt tájékoztatás helyett inkább a profitszerzés a cél. (0,314)
4. Rejtett üzenetek felismerése (1,5)	Amikor egy alkoholareklámot lát, nagyon fontos, hogy arra is gondoljon, ami a reklámból kimaradt. (0, 770) Amikor egy reklámot lát, nagyon fontos, hogy arra is gondoljon, ami a reklámból kimaradt. (0,687) Amikor egy cigarettareklámot lát, nagyon fontos, hogy arra is gondoljon, ami a reklámból kimaradt. (0,684) A dohányzareklámoknak gyakran rejtett üzenetük van. (0,377)
5. Pozitív marketing (1,3)	A filmben azokat a jeleneteket, amelyekben alkoholt fogyasztanak, nagy gonddal rendezik meg. (0,639) A filmben azokat a jeleneteket, amelyekben dohányoznak, nagy gonddal rendezik meg. (0,631) A reklámkészítők szem előtt tartják a vásárlók érdekeit. (0,482) Az esetek többségében, amikor egy reklámot készítenek, a korrekt tájékoztatás helyett inkább a profitszerzés a cél. (-0,388)

A 3. táblázat szerint a lányok és a nyolcadikosok inkább egyetértenek azzal, hogy a reklámok rejtett üzeneteket tartalmazhatnak. A lányok közül többen veszik észre a reklámok tudatos, befolyásolásra irányuló tervezését is.

3. táblázat. A médiatudatosság összefüggése a szociodemográfiai változókkal

	NEM (ÁTLAG/SZÓRÁS)		ISKOLAI ÉVFOLYAM (ÁTLAG/SZÓRÁS)	
	<i>fiúk</i>	<i>lányok</i>	<i>Középiskola, 12. osztály</i>	<i>általános iskola, 8. osztály</i>
profitszerzés célú manipuláció	37,5 (6,6)	38,2 (6,7)	37,7 (6,5)	38,1 (6,8)
	p>0,05		p>0,05	
magatartásbefolyásolás	24,9 (5,1)	25,5 (5,0)	24,8 (4,7)	25,6 (5,3)
	p>0,05		p>0,05	
reklámtervezés	24,3 (3,8)	25,3 (3,5)	25,1 (3,7)	24,6 (3,7)
	p<0,01		p>0,05	
rejtett üzenetek	11,7 (2,6)	12,4 (2,5)	11,6 (2,6)	12,6 (2,5)
	p<0,05		p<0,01	
pozitív marketing	8,9 (2,3)	8,8 (2,2)	8,9 (2,1)	8,9 (2,3)
	p>0,05		p>0,05	

Megjegyzés. Kétmintás t-próba.

A 4-5. táblázatban látható, hogy főként az aktuális szerfogyasztás függ össze a médiatudatossággal: azok, akik nem dohányoznak, vagy alkoholt nem fogyasztanak, inkább elismerik a profitszerző manipuláció, a rejtett üzenetek és a magatartásbefolyásolás megjelenését a médiában. A rejtett üzenetek az életprevalencia-értékekkel is kapcsolatban állnak.

4. táblázat. A médiatudatosság összefüggése a dohányzó magatartással

	ÉLETPREVALENCIA (ÁTLAG/SZÓRÁS)		HAVI PREVALENCIA (ÁTLAG/SZÓRÁS)	
	<i>még nem dohányzott</i>	<i>már dohányzott</i>	<i>múlt hónapban nem dohányzott</i>	<i>múlt hónapban dohányzott</i>
profitszerzescélú manipuláció	38,6 (6,6)	37,4 (6,7)	38,5 (6,6)	36,2 (6,7)
	p>0,05		p<0,001	
magatartásbefolyásolás	25,6 (5,0)	25,0 (5,0)	25,7 (4,9)	24,0 (5,3)
	p>0,05		p<0,01	
reklámtervezés	24,9 (3,5)	24,8 (3,8)	24,9 (3,7)	24,6 (3,8)
	p>0,05		p>0,05	
rejtett üzenetek	12,6 (2,5)	11,6 (2,6)	12,4 (2,5)	11,2 (2,8)
	p<0,001		p<0,001	
pozitív marketing	8,8 (2,3)	9,0 (2,2)	8,8 (2,2)	9,0 (2,3)
	p>0,05		p>0,05	

Megjegyzés. Kétmintás t-próba.

5. táblázat. A médiatudatosság összefüggése az alkoholfogyasztó magatartással

	ÉLETPREVALENCIA (ÁTLAG/SZÓRÁS)		HAVI PREVALENCIA (ÁTLAG/SZÓRÁS)	
	<i>még nem fogyasztott alkoholt</i>	<i>már fogyasztott alkoholt</i>	<i>múlt hónapban nem fogyasztott alkoholt</i>	<i>múlt hónapban fogyasztott alkoholt</i>
profitszerzés célú manipuláció	39,6 (7,3)	37,7 (6,6)	39,3 (6,5)	37,0 (6,6)
	p>0,05		p<0,001	
magatartásbefolyásolás	27,1 (5,4)	25,0 (5,0)	26,2 (5,0)	24,5 (4,9)
	p<0,001		p<0,001	
reklámtervezés	25,4 (4,1)	24,8 (3,7)	25,3 (3,5)	24,4 (3,7)
	p>0,05		p<0,05	
rejtett üzenetek	12,9 (2,8)	11,9 (2,6)	12,7 (2,4)	11,6 (2,6)
	p<0,05		p<0,001	
pozitív marketing	9,1 (2,3)	8,9 (2,2)	8,6 (2,3)	9,0 (2,1)
	p>0,05		p>0,05	

Megjegyzés. Kétmintás t-próba.

MÉGBESZÉLÉS

Jelen tanulmányunk középpontjába a médiatudatosságot és a tömegkommunikációs eszközökkel kapcsolatos tájékozottságot állítottuk, mint egy olyan szocializációs hatást, amely meghatározó lehet a serdülőkori dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatban. A jelenség azért is aktuális, mert a serdülőkor kitüntetett időszak a káros szenvedélyt okozó szerekkel való megismerkedés szempontjából. A szerfogyasztást befolyásoló társas hatások mindig is a kutatások középpontjában voltak (Gerrard és mtsai, 2002; Pikó, Bak és Gibbons, 2007; Pikó, 2001b; Sasco és Kleihues, 1999). A médiabeli hatás – annak ellenére, hogy a köztudatban például a televízióban látott reklámok vagy filmek attitűdformáló hatása jelen van – csak nemrég került a kutatók érdeklődésének fókuszába, valamint az egészségfejlesztési programok tematikájába. A most tizenéves generáció már a multimédiás eszközök bűvöletében nő föl, és a tömegkommunikációs eszközök nyújtotta szórakozás szabadidejüknek sokkal nagyobb arányát tölti ki, mint a megelőző generációk esetében (Sargent és mtsai, 2006). Éppen ezért a fokozott hatás nagyobb veszélyeztetettséget is jelent, hiszen amit látnak, szocializációs hatásként nyilvánulhat meg. Ilyen hatás lehet a médiában bemutatott dohányzás vagy alkoholfogyasztás, hiszen a kutatások azt igazolták, hogy az itt látott szerfogyasztás növeli a serdülőkorúak körében a cigaretta és az alkohol kipróbálásának a valószínűségét (Hanewinkel, Tanski és Sargent, 2007; Sargent és mtsai, 2001; Sargent és mtsai, 2002; Sargent és mtsai, 2006).

Ugyanakkor ezek a vizsgálatok azt is sugallják, hogy az egészségfejlesztési programoknak ki kell terjedniük a médiatudatosság szintjének emelésére, és megmutatni például azt, hogy a reklámokban rejtett üzenetek is vannak. Mivel hazánkban a fogyasztói társadalom csak alig pár évtizede kezdett kiépülni, a lakosság ezirányú tájékozottsága messze elmarad a nyugati országokétól, ahol nemcsak a fogyasztói tudatosság, de az erre irányuló kutatások száma is jóval nagyobb.

Eredményeink azt mutatják, hogy a tömegkommunikációval kapcsolatos tájékozottsági faktorok jól elkülönülnek, és nemcsak a szociodemográfiai változók mentén, hanem a dohányzó vagy alkoholfogyasztó magatartás függvényében is differenciálódnak. Korábbi vizsgálatok azt mutatják, hogy a fiúk fogékonyabbak a reklámokra, a promóciós lehetőségekre (Audrain-McGovern és mtsai, 2003). Saját eredményeink is azt jelzik, hogy a lányok hajlamosabbak észrevenni a reklámokban és a filmekben megjelenő szerfogyasztás rejtett üzeneteit, a dohányipar és szeszipar érdekeinek megjelenését a filmvásznon. Az életkor függvényében vizsgálva az összefüggéseket, a fiatalabbak fogadják el inkább az érdekeltség reprezentációit. Ez részben meglepő, hiszen azt várhatnánk, hogy a korral előrehaladva a médiabeli tájékozottság szintje nő. Másrészt viszont a szerfogyasztás (mind az alkohol, mind pedig a cigaretta esetében) az életkorral nő, s emiatt a probléma hárítása is előtérbe kerül. Ezt igazolják azok az eredmények is, amelyek szerint a nemdohányzók és az alkoholt nem fogyasztók lényegesen nagyobb mértékben vannak tisztában a média manipulációs hatásaival. Úgy tűnik, hogy a médiabeli hatások esetében is érvényesül az irreális optimizmus jelensége (Clarke és mtsai, 2000), amikor a szerfogyasztó a saját magatartását alátámasztó megfogalmazásokat hajlamos elfogadni.

Eredményeink felhívják a figyelmet a médiatudatosság jelentőségére a prevencióban. Az üzleti érdekeltség megjelenése a médiában olyan terület, amelyre az egészségfejlesztési programok során külön érdemes felhívni a figyelmet, illetve célzottan fejleszteni a lakosság ezirányú ismereteit és készségeit. A prevenció programoknak mindig az adott társadalom sajátosságaihoz kell igazodniuk, s mivel a fogyasztói társadalomban – különösen a fiatalok esetében – a média központi szerepet tölt be, a tömegkommunikációval kapcsolatos tájékozottság megismerése és fejlesztése nélkülözhetetlen.

IRODALOM

- Audrain-McGovern, J., Tercyak, K.P., Shields, A.E., Bush, A., Espinel, C.F., Lerman, C. (2003) Which adolescents are most receptive to tobacco industry marketing? Implications for counter-advertising campaigns. *Health Communication*, 15, 499–513.
- Banerjee, S.C., Greene, K. (2007) Antismoking initiatives: Effects of analysis versus production media literacy interventions on smoking-related attitude, norm, and behavioral intention. *Health Communication*, 22, 37–48.

- Brown, S.L., Teufel, J.A., Birch, D.A. (2007) Early adolescents' perceptions of health and health literacy. *Journal of School Health*, 77, 7–15.
- Clarke, V.A., Lovegrove, H., Williams, A., Machperson, M. (2000) Unrealistic optimism and the health belief model. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 367–376.
- Davis, T.C., Wolf, M.S. (2004) Health literacy: Implications for family medicine. *Family Medicine*, 36, 595–8.
- Distefan, J.M., Gilpin, E.A., Sargent, J.D., Pierce, J.P. (1999) Do movie stars encourage adolescents to start smoking? Evidence from California. *Preventive Medicine*, 28, 1–11.
- Everett, S.A., Schnutt, R.L., Tribble, J.L. (1998) Tobacco and alcohol use in top-grossing American films. *Journal of Community Health*, 23, 317–324.
- Gerrard, M., Gibbons, F.X., Reis-Bergan, M., Trudeau, L., Vande Lune, L.S., Buunk, B. (2002) Inhibitory effects of drinker and non-drinker prototypes on adolescent alcohol consumption. *Health Psychology*, 21, 601–609.
- Glantz, S.A. (2003) Smokig in movies: A major problem and a real solution. *Lancet*, 362, 258–259.
- Hanewinkel, R., Tanski, S.E., Sargent, J.D. (2007) Exposure to alcohol use in motion pictures and teen drinking in Germany. *International Journal of Epidemiology*, 36, 1068–1077.
- McCool, J.P., Cameron, L.D., Petrie, K.J. (2001) Adolescent perceptions of smoking imagery in film. *Social Science and Medicine*, 52, 1577–1587.
- Pikó B. (2001a) Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélemények: Újabb kockák a „kirakós játékhoz”. *Addictologia Hungarica*, 9, 195–203.
- Pikó B. (2001b) Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addictive Behaviors*, 26, 201–17.
- 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.
- Primack, B.A., Gold, M.A., Switzer, G.E., Hobbs, R., Land, S.R., Fine, M.J. (2006) Development and validation of a smoking media literacy scale for adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 369–374.
- Sargent, J.D., Beach, M.L., Dalton, M.A., Mott, L.A., Tickle, J.J., Ahrens M.B., Heatherton, T.F. (2001) Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: Cross-sectional study. *British Medical Journal*, 323, 1–6.
- Sargent, J.D., Dalton, M.A., Beach, M.L., Mott, L.A., Tickle, J.J., Ahrens, M.B., Heatherton, T.F. (2002) Viewing tobacco use in movies: Does it shape attitudes that mediate adolescent smoking? *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 137–145.
- Sargent, J.D., Wills, T.A., Stoolmiller, M., Gibson, J., Gibbons, F.X. (2006) Alcohol use in motion pictures and its relation with early-onset teen drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 54–65.
- Sasco, A.J., Kleihues, P. (1999) Why can't convince the young not to smoke? *European Journal of Cancer*, 35, 1933–1940.
- Snyder, L.B., Milici, F.F., Slater, M., Sun, H., Strizhakova, Y. (2006) Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160, 18–24.
- Tickle, J.J., Sargent, J.D., Dalton, M.A., Beach, M.L., Heatherton, T.F. (2008) Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. *Tobacco Control*, 10, 16–22.

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IMPLIKÁCIÓK: A SERDÜLŐK MINT CÉLCSOPORT SZEGMENSEINEK AZONOSÍTÁSA A VÉDŐFAKTOROK SEGÍTSÉGÉVEL

Pikó Bettina

A hatékony prevenciós stratégia alapja a tudományosan igazolt program (Demetrovics és Paksi, 2003). A stratégia ezért mindig támaszkodik az epidemiológiai és magatartáskutatási eredményekre, amelyek az elemzés koncepcionális keretét alkotó elméleti alapokon nyugszanak. Különösen a primer prevenció az a terület, ahol az adott kulturális és társadalmi-gazdasági környezet fontos szerepet játszik az alapelvek kidolgozásakor. Az egészségfejlesztés célja olyan ismeretek átadása, valamint készségek fejlesztése, amelyek az experimentális szerkipróbálást kedvező irányba mozdíthatják. A szerfogyasztást és a problémaviselkedés más elemeit – amennyiben nem okoznak fejlődéstani krízist – nem feltétlenül kell devianciának tekintenünk, hiszen a fejlődéstani adaptációs folyamat részjelenségei is lehetnek. Ugyanakkor odafigyelést igényelnek a primer prevenciót érintő egészségfejlesztési programok esetében.

Mivel a problémaviselkedés elemei egymással szoros kapcsolatban állnak, mindenképpen komplex programokra van szükség. Az egészségmagatartás elemei között azonban nem feltétlenül koherens a kapcsolat. Azaz például a káros szenvedélyek és az egészségtudatos magatartásformák nem feltétlenül zárják ki egymást, ezért érdemesebb az adott célpopulációt szegmentálni, és a konkrét összefüggésszerkezből kiindulni (Keresztes és Pikó, 2008). A szegmentálás azonban főként akkor tölti be valódi szerepét, azaz akkor segít a célcsoportokra adaptált program megvalósításában, ha a sajátosságok feltérképezésén túl az egyes jellemzők rizikó- és védőfaktor jellegét is azonosítani tudjuk. Mivel serdülőkorban a társas kapcsolati háló átrendeződése komoly kihívást jelent a fiatalok számára, a kortárskapcsolatok és a szülőkhöz fűződő kapcsolat az a két terület, amelyeknek –mint társas védőfaktoroknak – feltétlenül szerepelniük kell a célcsoport leírásakor (Field, Diego és Sanders, 2002).

A rizikó- és protektív elméleti modell gyakorlati alkalmazása azt jelenti, hogy egy közösségi diagnózisnak mindig rá kell világítania a problémák és kockázatok mellett a pozitív, alkalmazkodást segítő erőforrásokra, lehetőségekre, azaz a védőfaktorokra is (Wright és Lopez, 2002). Ez a szemléletváltás azt is jelenti, hogy az egészségkommunikációnak is a pozitív tartalmú üzenetekre kell fókuszálnia, azaz azt kell előtérbe helyezni, hogy mit nyer az egyén, illetve a közösség az egészségtudatossággal, a drogmentes, egészséges életmóddal (Reitmanova, 2009).

AZ ELEMZÉS CÉLJA

Az eddigiekből kitűnik, hogy a hatékony prevenciók program kialakításához a rizikó- és protektív modellből kiindulva szükség van a célcsoport alapos megismerésére. Ezért az empirikus tanulmányok befejezéseként a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás adatainak felhasználásával a középiskolás fiatalok szegmentálását, azaz a célcsoport sajátosságainak feltérképezését mutatjuk be, különösképpen az egyéni és társas védőfaktorokra fókuszálva.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázat az egészségmagatartási változók faktorelemzésének végső, rotált struktúráját mutatja. Három faktort eredményezett az elemzés (amelyek a variancia 56%-át magyarázták meg). Az első faktor a „hedonista, felnőtt” magatartás elnevezést kapta, amely magában foglalja a dohányzást, az alkohol- és marihuánafogyasztást, valamint a szexuális aktivitást, s emellett a táplálkozáskontroll negatív előjellel szerepel benne, azaz egyáltalán nem jellemző erre a változóra. A második faktort „drogfogyasztó, kockázatos” magatartásnak neveztük el; ide tartozik a drogfogyasztás mellett a kondomhasználat hiánya is (negatív előjel). A harmadik faktor az „egészségtudatos” magatartást jelöli, amelybe a táplálkozáskontroll, a sportolás és a biztonságos szex (kondomhasználat) tartozik.

1. táblázat. Az egészségmagatartási faktorok végső faktorstruktúrája (faktoranalízis)

	FAKTOROK A SAJÁTÉRTÉKEKKEL		
	1. FAKTOR (1,577)	2. FAKTOR (1,571)	3. FAKTOR (1,245)
dohányzás	0,753	0,042	-0,247
nagyivászat	0,742	0,198	0,071
marihuánafogyasztás	0,340	0,775	0,023
amfetaminfogyasztás	0,098	0,857	-0,008
szexuális aktivitás	0,431	0,064	0,024
kondomhasználat	0,242	-0,422	0,508
sportaktivitás	-0,022	0,105	0,772
táplálkozáskontroll	-0,301	-0,046	0,569
%-os variancia	20%	20%	16%
faktorok elnevezése	<i>hedonista, felnőtt magatartás</i>	<i>drogfogyasztó, kocká- zatos magatartás</i>	<i>egészségtudatos magatartás</i>

A 2. táblázat a klaszterelemzés útján kapott szegmentáció eredményeit mutatja be. A három klaszter a következő volt: az elsőbe olyan kiegyensúlyozott, kompenzáló fiatalok tartoznak, akik élvezik az életet (jellemzőek rájuk a káros szenvedélyek, de közepes mértékben az egészségtudatosság is; nem depressziósak, elégedettek az élettel, optimisták, és kapcsolati hálójuk is kiegyensúlyozott: vannak barátaik, és szüleiktől is elég érzelmi támogatást kapnak); a második csoport lelkiileg veszélyeztetett, kockázatos magatartású, amihez hozzátartozik a drogfogyasztás is (depressziósak, az életükkel elégedetlenek, hiányzik belőlük az optimizmus, és kevés barátal rendelkeznek); a harmadik csoportra az egészségtudatosság jellemző, megfelelő társas kapcsolati hálóval rendelkeznek, és lelkiileg is kiegyensúlyozottak.

2. táblázat. A középiskolás minta szegmentálása az egészségmagatartás, a mentális egészség, és a társas védőfaktorok alapján (ún. K-átlagalapú klaszteranalízis)

VÁLTOZÓK	ÁTLAGÉRTÉKEK		
	1. KLASZTER	2. KLASZTER	3. KLASZTER
hedonista, felnőttes magatartás	14	13	11
drogfogyasztó, kockázatos magatartás	4	5	3
egészségtudatos magatartás	11	9	13
depressziós tünetegyüttes (CDI)	2,2	10,3	1,1
élettel való elégedettség (SWL)	25,4	20,2	23,3
optimizmus skála (LOT)	32	27	32
barátok, akikkel közös az érdeklődés	22	6	100
barátok, akik törődnek vele	9	4	23
apai társas támogatás	18,0	15,2	18,0
anyai társas támogatás	21,0	19,3	23,3
szegmens elnevezése	<i>kiegyensúlyozott, kompenzáló</i>	<i>lelkiileg veszélyeztetett, kockázatos magatartású</i>	<i>egészségtudatos, jó társas hálóval rendelkező, lelkiileg kiegyensúlyozott</i>
%	48%	24%	28%

KÖVETKEZTETÉSEK

Jelen tanulmányban bemutattuk a káros szenvedélyek, a mentális egészség, valamint az egyéni és társas védőfaktorok alapján létrehozott klaszterek sajátosságait, amelyek egy lehetséges drogst stratégia célcsoportjának szegmentációját fedik le. A modellhez felhasználtuk a rizikó- és protektív elméleti keretet, valamint a kohe-

rencia szerepét bemutató koncepciót, amely az egyes egészségmagatartási elemek közötti összefüggések rendszerén alapul. Az eredmények alapján a következőt emelhetjük ki:

– Az egészségmagatartási változók közötti kapcsolatok alapján három faktor különült el: a hedonista, felnőttes magatartás; a drogfogyasztó, kockázatos magatartás és az egészségtudatos magatartás. Érdekes megjegyezni, hogy a szerfogyasztás két különböző faktorban is szerepel, ami arra utal, hogy a drogfogyasztás – bár szorosan összefügg egyéb szerfogyasztással – motivációjában eltérő mechanizmusok játszhatnak szerepet. Egyes fiataloknál a felnőttes viselkedés része lehet, másoknál azonban kockázatos viselkedéshez és a lelki egészség zavaraihoz társul.

– Az egészségmagatartás szorosan összefügg a lelki egészséggel, a társas kapcsolati hálóval, az egyéni és társas védőfaktorokkal. Mindezek alapján a fiatalok többsége kiegyensúlyozott, kompenzáló. Kevesebben vannak, akik a lelkileg veszélyeztetett, kockázatos magatartással jellemezhető csoportba tartoznak; és azok is, akik egészségtudatosak, jó társas kapcsolati hálóval rendelkeznek, és lelkileg is kitűnő állapotban vannak.

Összességében a bemutatott modell alkalmas a célcsoport és szegmenseinek jobb megismeréséhez, s ezáltal elősegítheti egy hatékony program működtetését.

IRODALOM

- Field, T., Diego, M., Sanders, C. (2002) Adolescents' parent and peer relationships. *Adolescence*, 37, 121–130.
- Keresztes, N., Pikó, B. (2008) Fiatalok sportolási és táplálkozási szokásainak összefüggése Donovan koherencia-elmélete tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 33(1), 14–19.
- Paksi, B., Demetrovics, Zs. (2003) *A drogprevenció gyakorlat megismerése*. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
- Reitmanova, S. (2009) Knowledge translation in health research: A novel approach to health sciences education. *Medical Education Online*, 18, 10.
- Wright, B.A., Lopez, S.J. (2002) Widening the diagnostic focus. A case for including human strengths and environmental resources. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (eds.): *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York, 26–44.

VÉDŐFAKTOROKTÓL AZ EGÉSZSÉGTUDATOSSÁGIG: A KOGNITÍV SZEMPONTÚ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS ADDIKTOLÓGIAI PREVENCIÓ

Pikó Bettina

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 és az önmegvalósítás igénye került a középpontba. Mintha azonban ez nem egészen úgy valósulna meg a fogyasztói társadalomban, mint ahogyan azt a társadalmi értékrend hirdeti. Az önmegvalósítás egy mítosz lenne csupán, a modern társadalom mítosza? Az angolszász szakirodalomban előtérbe kerültek azok a – magyar nyelvre szinte lefordíthatatlan – szakkifejezések, amelyek egyéni védőfaktorként működnek, és az egyének életvezetési képességét erősítik, mint például 'mastery', 'agency', 'efficacy', 'empowerment'. Az egyén boldogsága, szubjektív jólléte, sikeres és adaptációt szolgáló személyiségfejlesztése nem véletlenül került a pozitív pszichológia középpontjába (Pikó, 2005a). Ma már rájöttünk arra a tudományosan is igazolt tételre, hogy lehetetlen boldog, egészséges és gazdaságilag is stabil társadalmat építeni boldogtalan, megkeseredett egyénnel (Layard, 2005). A jövő záloga pedig a kiegyensúlyozott, boldog, egészséges személyiségű és hatékony coping-stratégiákkal felvértezett ifjúság nevelése.

A serdülőkor az életciklus sajátos állomása, és éppen a modern társadalomban vált kitüntetett életszakasszá az ifjúkori átmenet meghosszabbodása révén (Pikó, 2005b). 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 serdülők még csak próbálkoznak ezzel, több-kevesebb sikerrel, de az igazi megmérettetés majd felnőttkorban történik. Ha megnézzük a felnőttek kapcsolatrendszerét, akár a párkapcsolatokra, akár a munkahelyi viszonyokra gondolunk, könnyen arra következtethetünk, hogy a serdülőkorban megkezdett

próbálkozás később sem jár sok sikerrel. A modern, individualista társadalomban az egyéni önmegvalósítás és a társas lét összehangolása továbbra sem valósul meg igazán. A szerfogyasztás fiataloknál leggyakrabban társas tevékenység, a társas kapcsolatokat elősegítő „kenőanyag”, később pedig nemegyszer már a kisiklott harmónia elleplezésére szolgáló manőverek egyike.

A bemutatott tanulmányok célja korántsem az, hogy egyszerűen receptet adjon. Ha végignézzük azokat a védőfaktorokat, amelyek a kutatásokban szerepeltek, akkor azt mondhatjuk, hogy ezek általános érvényű, örök megállapítások. Sőt, közhelyek. A vallás, a család, az iskolai élet, a sportolás vagy az optimizmus mindig is a védelem bástyái voltak. A kutatásoknak nem is az volt a célja, hogy közhelyekre világítson rá, hiszen ha minden ennyire egyértelmű lenne, akkor miért nem valósítjuk meg a gyakorlatban? Ha tudjuk, hogy a vallás vagy a házasság védelmet biztosít, miért nem jár mindenki templomba, vagy miért nem él mindenki boldog házasságban? *A kutatási eredményeink legfontosabb hozadéka, hogy egy védőfaktor csupán lehetőség, és mindig az adott környezettől függ, hogy mi valósul meg belőle. A kutatások célja nem egyszerűen az, hogy ún. örök igazságokat közhelyszerűen megfogalmazzunk, hanem hogy felhívjuk a figyelmet a védőfaktorok kontextusfüggőségére, valamint feltárjuk az adott védőfaktor összefüggéseit. Mindez talán közelebb visz bennünket ahhoz, hogy megtaláljuk a választ a megvalósítás mikéntjére.*

A kontextusfüggőség olyan elemeket foglal magában, mint például az egyik vizsgálatban szereplő lakóhely. A lakókörnyezet jelentősen áthatja mindennapi életünket, formálja egészségtudatosságunkat. Más a társas kapcsolatrendszer, az informális kontroll egy kisvárosban vagy egy faluban, mint egy nagyvárosban. Láthattuk, hogy a szerfogyasztás formái közül a dohányzás a kisvárosban és a faluban gyakoribb, míg a drogfogyasztás a nagyvárosban. Az sem mindegy, hogy a serdülő kollégiumban lakik-e, vagy pedig naponta ingázik az állandó lakóhelye és az iskola között. A lakóhelytől függően változik a szülők nevelési gyakorlata, de a veszélyek jellege és a kockázatos szituációk gyakorisága is. Van olyan magatartás, amelyre inkább a faluban alakul ki védelem, de olyan is, amelynek megelőzésére a nagyvárosban van több lehetőség. A helyzet korántsem egyszerű, minden esetben az előnyök és hátrányok egyedi mérlegelésére van szükség. Ami előny az egyik esetben, könnyen hátránnyá válhat egy másikban.

A kontextusfüggőség megnyilvánul az életkor szerepében is, hiszen az életciklus során a védőfaktorok jellege változik, a befolyásoló tényezők struktúrája is módosul. Gondoljunk csak a serdülőkorra: mennyire más nevelési gyakorlatot igényel a szülőktől, ha a gyermekkorral hasonlítjuk össze. A kutatások azt igazolják, hogy a szülővel való viszony továbbra is meghatározó marad, de a jellege átalakul, és a nyílt kontroll helyett az ún. *biztonságos kötődés* kerül előtérbe (Scharf, Mayseless és Kivenson-Baron, 2004). Erre van szükség ahhoz, hogy a fiataloknak elég önbizalmuk legyen, és meg tudják védeni magukat egy kockázatot jelentő helyzetben. Nem

véletlen, hogy két csoport kerül kiemelten veszélyeztetett helyzetbe: az elhanyagoltak, valamint azok, akiket túlságosan védenek, és ezért nem alakul ki bennük egy ösztönös, természetesen lelki immunitás.

A kontextusfüggőség megmutatkozik abban is, ahogyan a történelem folyamán a védőfaktorok jellege módosul. A család és a vallás két olyan terület, ahol az utóbbi évtizedekben jelentős változások történtek, és a két fogalom is pluralizálódott és individualizálódott. Új családi és párkapcsolati formák jelentek meg, mint például az ún. látogató együttélés (Levin, 2004), az újraalakult családok – vagy gondoljunk az élettársi kapcsolat elfogadottságára (Kovács és Pikó, 2007). Bár a fiatalok ebben a plurális értékrendszerben élnek, és saját bőrükön érzik a párkapcsolati paletta kiszélesedését, továbbra is a házasságot preferálnák. Ugyanakkor, hogyan tudnák ez sikeresen megvalósítani a későbbiekben, amikor alig látnak maguk előtt pozitív példát, jól működő párkapcsolatot, hosszú távon is megmaradó, folyamatosan fejlődő házasságot?

A vallásosság/spiritualizmus 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? Amikor például a vallásosság és a szerfogyasztás kapcsolatát kezdtük el elemezni, egyáltalán nem voltunk biztosak benne, hogy a mai társadalomban valóban védőfaktorként funkcionál-e a vallás a fiatalok körében. Eredményeink részben igazolták a védő jelleget, azonban arra is felhívták a figyelmet, hogy még abban az esetben is, ha igazoljuk a védőhatást, meg kell ismernünk, hogy milyen körülmények között, kik körében, hogyan fejti ki ezt az aktivitást.

Kontextust jelent a nemi hovatartozás is. A vallásosság és a szerfogyasztás összefüggésében például eddig a nemet elhanyagolták a kutatások. Legújabb vizsgálatunkból viszont kiderül, hogy a serdülő fiúk és lányok nemcsak vallásosságukban különböznek, hanem a vallás másként fejti ki védő hatását is a szerfogyasztás ellen. Amellett, hogy a védőfaktorok szerepét is igazoljuk kutatásainkban, sok esetben azt is igazolni kell, ha az adott kontextusban egy potenciális védőfaktor nem nyújt védelmet. Mindig felmerül a kérdés: ha a védelem működik, mi teszi ezt lehetővé, ha viszont nem, mi állja ennek útját? A prevencióban tehát nem közhelyekre kell építeni, hanem igazolt kutatási eredmények alapján, kontextustól függően kifejleszteni egy-egy módszert.

Ha a védőfaktoroktól az egészségtudatosságig szeretnénk eljutni, akkor a kockázati társadalom sajátosságait szem előtt tartva, egy fontos szempontra figyelhetünk fel. Ez pedig a kognitív megközelítés. A XXI. század remélhetőleg a tudat és a tudatosság évszázada lesz. A hangsúly a kognitív folyamatokra tevődik át, ami

azonban nem jelenti azt, hogy figyelmen kívül kellene hagynunk például az érzelmi-hangulati elemeket az egészségfejlesztésben. Éppen ellenkezőleg; tudatosítanunk kell magunkban, hogy magatartási döntéseinkben gyakran irracionálisnak tűnő, érzelmi és hangulati elemek is szerepelnek. Az optimizmus hatékony védelmet biztosít, feltéve, ha a realitás talaján áll (Clarke és mtsai, 2000). A boldogság pillanatnyi öröm, amit valamennyien hajszolunk. Megtartani nem lehet, de tudatosan újra és újra megteremthetjük és megtanulhatjuk, hogyan lehet jelen lenni benne. A tudatosság vagy éberség ('mindfulness') lehet a kulcsfogalom a boldog, hatékony tudatállapot megteremtéséhez, ami hosszú távú egészséget biztosít. Ma már számos területen alkalmazzák az erre alapozott terápiákat (Dobkin, 2008). Az éberség többek között emeli a coping-folyamatok hatékonyságát, és a konfliktussal terhelt helyzetek pozitív ártértékelésével fontos szerepe lehet az addiktológiai prevencióban (Garland, Gaylord és Park, 2009). Talán ezen az úton sikerül elérni, hogy nem kell különféle kémiai szerekekkel visszaélnie a mai kor emberének ahhoz, hogy a kockázati társadalom okozta frusztrációktól szabadulni tudjon, ami persze csupán ideiglenes és illúzió.

A pozitív pszichológiai szemlélet hangsúlyozza, hogy a cél nem az, hogy a serdülők problémamentesek legyenek, hanem hogy képesek legyenek megbirkózni a problémáikkal (Hamvai és Pikó, 2009). A konfliktusmegoldási képesség igazi próbája akkor jön el, amikor megjelenik egy olyan életesemény, ami jelentősen megterheli az adaptációs kapacitást. A készségek fejlesztése, beleértve az egyéni és a szociális kompetenciát is, a legerősebb forrása a védelemnek, ami megalapozza a szubjektív jóllétet, és növeli az élettel való elégedettséget (Gilman és Huebner, 2006). A védőfaktorok tudatos erősítése segíthet leginkább ebben a folyamatban, hiszen csak egészséges személyiségű egyének építhetnek olyan társas kapcsolatrendszereket, amelyek megteremtik a hatékonyabb és egészségesebb társadalmat.

IRODALOM

- Clarke, V.A., Lovegrove, H., Williams, A., Machperson, M. (2000) Unrealistic optimism and the health belief model. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 367–376.
- Dobkin, P.L. (2008) Mindfulness-based stress reduction: What processes are at work? *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(1), 8–16.
- Garland, E., Gaylord, S., Park, J. (2009) The role of mindfulness in positive reappraisal. *The Journal of Science and Healing*, 5(1), 37–44.
- Gilman, R., Huebner, E.S. (2006) Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 311–319.
- Hamvai Cs., Pikó B. (2009) Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: A pozitív pedagógia kihívásai. *Magyar Pedagógia*, 108(1), 71–92.

- Kovács E., Pikó B. (2007) Válságban a család? Középiskolások párkapcsolati preferenciái értéktitűdjük tükrében. *Demográfia*, 50(2-3), 282–296.
- Kovács E., Pikó B. (2009) Vallásosság a magyar középiskolások körében. *Társadalomkutatás*, 27(1), 27–48.
- Layard, R. (2005) *Happiness. Lessons from a new science*. Penguin Books, London.
- Levin, I. (2004) Living apart together: A new family form. *Current Sociology*, 52(2), 223–240.
- Pikó B. (2005a) *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pikó B. (szerk.) (2005b) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L'Harmattan, Budapest.
- 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.
- Scharf, M., Mayseless, O., Kivenson-Baron, I. (2004) Adolescents' attachment representations and developmental tasks in emerging adulthood. *Development and Psychopathology*, 40(3), 430–444.
- Ybrandt, H. (2008) The relation between self-concept and social functioning in adolescence. *Journal of Adolescence*, 31, 1–16.

