

# Szociális és pszichológiai tényezők szerepe a középiskolások dohányzásában és alkoholfogyasztásában

Doktori értekezés

**Varga Szabolcs**

Semmelweis Egyetem  
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Pikó Bettina, DSc., egyetemi tanár,

Hivatalos bírálók: Dr. Fónai Mihály, Csc., egyetemi tanár  
Dr. Hoyer Mária, Ph.D., főiskolai docens

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Tringer László, CSc., egyetemi tanár  
Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Feith Helga Judit, Ph.D., főiskolai docens  
Dr. Kiss Paszkál, Ph.D., egyetemi docens

Budapest  
2016

# Tartalomjegyzék

Rövidítések jegyzéke .....	4
1. Bevezetés .....	5
1.1. A serdülők társadalma, a Z generáció .....	6
1.2. Az ifjúsági moratórium, a serdülőkor határai .....	8
1.3. Az ifjúkori problémaviselkedés .....	8
1.4. A prevenció .....	10
1.4.1. A prevenció munkalehetőségei .....	11
1.5. A serdülők biológiai és lelki fejlődése .....	12
1.6. A serdülők szocioökonómiai státusza .....	13
1.7. A mentális jóllét .....	14
1.7.1. Magányosság .....	14
1.7.2. Szégyenlősség .....	14
1.7.3. Versengés .....	15
1.7.4. Kötődésvágy .....	15
1.7.5. Pszichoszomatikus tünetek .....	16
1.7.6. Önértékelés .....	16
1.8. Életmód és szabadidő .....	16
1.9. A serdülők értékválasztásai és az egészségmagatartás .....	19
1.10. A serdülőkori káros szenvedélyek elméleti modelljei .....	20
1.10.1. Rizikó és protektív tényezők elmélet .....	20
1.10.2. Szimbólum-modell .....	22
1.10.3. Adaptáció-modell .....	23
1.10.4. Életkori sajátosságok .....	24
1.11. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás egészségi következményei .....	24
1.11.1. A dohányzás társadalmi terhei .....	26
1.11.2. Az alkoholfogyasztás társadalmi költségei .....	27
1.12. A problémás alkoholfogyasztás .....	29
1.13. A társadalmi háttér és az egészségi állapot összefüggése .....	29
1.14. Az SES és a mentális jóllét .....	31
1.15. Az SES és a káros szenvedélyek .....	32
1.16. A genetikai háttér és a káros szenvedélyek .....	33
1.17. A szociális változók és a káros szenvedélyek .....	34
1.18. A pszichológiai változók és a káros szenvedélyek kapcsolata .....	34
1.19. A káros szenvedélyek motivációs tényezői .....	36
1.20. A szociometria módszere .....	40
1.21. A szociometriai pozíció és a társadalmi háttér kapcsolata .....	42
1.21.1. A szülők foglalkozása .....	42
1.21.2. A szülők legmagasabb iskolai végzettsége .....	42
1.22. A populáció-alapú vizsgálatok fontossága .....	44
2. Célkitűzések .....	45
2.1. Hipotézisek .....	46
2.1.1. A mentális jóllét és a rizikómagatartás .....	46
2.1.2. Az SES és a mentális jóllét kapcsolata .....	46
2.1.3. Az SES és a káros szenvedélyek összefüggése .....	46
2.1.4. Az SES és a szociometriai pozíció összefüggése .....	47
3. Módszerek .....	48

3.1. Minta.....	48
3.1.1. Előkészítő mintavétel .....	48
3.1.2. Fő mintavétel.....	48
3.2. Mérőeszközök.....	50
3.2.1. Előkészítő mintavétel .....	50
3.2.1.1. A szociometriai pozíció mérése .....	50
3.2.1.2. A társadalmi helyzet.....	52
3.2.2. Fő mintavétel.....	53
3.2.2.1. A szocioökonómiai státusz változói.....	53
3.2.2.2. Az alkoholfogyasztást és dohányzást mérő változók.....	53
3.2.2.3. A mentális jóllét mérése.....	54
3.2.2.4. Szociális változók.....	56
3.2.2.5. Motivációk .....	56
3.3. Statisztikai elemzés.....	57
4. Eredmények .....	58
4.1. Leíró statisztikák .....	58
4.2. Nemek közötti különbségek .....	60
4.2.1. A dohányzás és alkoholfogyasztás nemi különbségei.....	60
4.2.2. A pszichológiai változók nemi különbségei.....	61
4.2.3. A motivációs skálák nemi különbségei.....	61
4.3. Évfolyam és képzési típusok közötti különbségek .....	62
4.4. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás közötti kapcsolat .....	64
4.5. A szubjektív és objektív SES mutatók közötti kapcsolat .....	64
4.6. Az SES változók és a mentális jóllét.....	66
4.7. Az SES és a káros szenvedélyek kapcsolata .....	70
4.8. Az SES kapcsolata a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztással.....	71
4.9. A szociális és pszichológiai változók és a káros szenvedélyek kapcsolata.....	72
4.10. A dohányzás és alkoholfogyasztás motivációi .....	78
4.11. A szociometriai pozíció és a társadalmi háttér kapcsolata .....	82
5. Megbeszélés .....	83
5.1. Leíró statisztikák .....	83
5.2. A káros szenvedélyek eltérései nem, életkor és iskolatípus szerint .....	83
5.3. A pszichológiai és szociális változók és a káros szenvedélyek kapcsolata.....	84
5.4. Az SES változók.....	86
5.5. A káros szenvedélyek motivációi .....	89
6. Következtetések.....	92
6.1. A kutatás korlátai és erősségei, jövőbeni kutatási irányok.....	93
6.2. A kutatás új tudományos eredményei.....	94
6.3. Gyakorlati implikációk .....	95
7. Összefoglalás .....	97
8. Summary.....	98
9. Irodalomjegyzék .....	99
10. Saját publikációk jegyzéke .....	118
11. Köszönetnyilvánítás .....	120
12. Melléklet.....	121
12.1. A fő mintavétel kérdőíve .....	121
12.2. Az előkészítő mintavétel kérdőíve .....	126

## **Rövidítések jegyzéke**

CM mutató: centrális-marginális mutató

EH: Esélyhányados

HBSC: Health Behaviour in School-aged Children (Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása)

KSR: kiigazított standardizált reziduális (Adjusted standardized residual)

MT<sub>95%</sub>: 95%-os megbízhatósági tartomány

RCBSS: Revised Cheek and Buss Shyness Scale

SES: Szocioökonómiai státusz

UCLA: University of California, Los Angeles

## **1. Bevezetés**

A serdülőkorúak kitüntetett célcsoportja a prevenciónak a fokozott egészségi ártalmak, kockázati viselkedések miatt. A középiskolás időszak döntő fontosságú a fiatalok egészségmagatartásának, testi-lelki egészségének formálódása szempontjából, hiszen ebben az időszakban alakulnak ki azok a magatartásformák, melyek révén (ideális esetben) lelkileg és testileg egészséges felnőtt válik a gyermekből. A serdülőkor az átalakulás időszaka, a gyermekkorból és a felnőttkorba való átmenet, mely nem mentes a konfliktusoktól sem, és a fiatalok mentális állapotát tekintve is kockázatokkal teli. Az iskolás évek alatt a fiatalok szocializációs színtereinek rendszere jelentősen átértékelődik. Idejük számottevő részét intézményi keretek között töltik, szabadidős tevékenységeik és társas kapcsolataik jó része is az iskolához, mint szocializációs színtérhez kötődik. Az intézményi szocializáció közvetlen ismeretátadó funkciója mellett az iskola a szociális szabályok, minták, a társas érzelmi nevelés, a gondolkodás és a viselkedés terén is mintát nyújt a diákoknak. Ebben az időszakban jellemzően megnövekszik az otthonról távol, a kortársak körében töltött idő is, mely az iskoláskorban végbemenő bio-pszicho-szociális fejlődésnek egyszerre oka és következménye. A család szerepe átalakul ugyan, de még mindig fontos szocializációs színtér marad, hiszen alapvető értékeinket innen hozzuk magunkkal.

A kortársakkal együtt megélt élmények tartalma alapvetően eltér a családi és iskolai környezettől. A kortárs kapcsolatok színtere az érzelmi fejlődés fontos helyszíne. Ez a referenciakeret lehetőséget biztosít az önálló felelősségvállalásra, az új, társas és kognitív készségek megtanulására, valamint az identitásformálódásra. A kortárs csoport hatása az egyénre kétélű, hiszen a körükben eltöltött idő kockázati tényezőt jelent a különböző rizikómagatartásformák megjelenésére, másrészt a barátok társas támogatása segíti a serdülőt az új élethelyzetekkel, kihívásokkal való megküzdésben. (Zsíros és mtsai 2013)

A serdülő fiatalok káros szenvedélyeinek, ezen belül dohányzási és alkoholfogyasztási szokásainak és motivációinak vizsgálata kiemelten fontos téma. A felnőttkori káros szenvedélyek kezdete is ide vezethető vissza. A dohányosok közel kétharmada 18 éves korában vagy még fiatalabban szívta el első cigarettáját, harmaduk pedig már 16 évesen, vagy korábban rágyújtott. (Muttarak és mtsai 2013)

Jelen disszertációban azokat a mentális és szocioökonómiai tényezőket vizsgáljuk, amelyek a serdülőkori káros szenvedélyek kialakulásához járulhatnak hozzá. Ezzel célunk, hogy hozzájáruljunk a gyakorlati prevenció hatékonyabb működéséhez Magyarországon. Fontosnak tartjuk feltárni, hogy milyen védőfaktorok léteznek a mai magyar társadalomban és a pozitív pszichológiai irányoknak megfelelően (Kovács és Pikó 2007) a védelemre összpontosítani a kockázati tényezők helyett.

A dolgozat első részében bemutatjuk a serdülőkor jellegzetességeit a mai információ-alapú társadalomban, az életciklusra jellemző speciális kihívásokat, pszichológiai veszélyeket. Ezután összegyűjtjük azokat a tényezőket, melyek befolyásolják az általunk vizsgált káros szenvedélyek, azaz a dohányzás és alkoholfogyasztás serdülőkori kialakulását. Ezután ismertetjük a dolgozat főbb célkitűzéseit, majd a téziseket. A kutatás két adatgyűjtésen alapul, egy előkészítő és egy fő mintavételen. Ismertetjük ezek körülményeit, a vizsgált változókat és alkalmazott skálákat, a kutatás módszereit és körülményeit. Az Eredmények fejezet célja a vizsgálat eredményeinek bemutatása. A fejezetben a leíró statisztikák mellett elemezzük a káros szenvedélyek és a mentális jóllét vizsgált indikátorainak nemek közötti különbségeit; a diákok szocioökonómiai státusza (SES) és mentális egészsége, valamint dohányzási és alkoholfogyasztási státusza közötti összefüggéseket. Emellett vizsgáljuk még az Eredmények fejezetben a mentális jóllét tényezői és a káros szenvedélyek kapcsolatát, végül bemutatjuk a dohányzás és alkoholfogyasztás motivációit a diákok körében. A Megbeszélés és Következtetések fejezetek célja a kapott eredmények értelmezése, azok összevetése a nemzetközi és magyar szakirodalom korábbi eredményeivel, valamint olyan információk nyújtása, amelyek jól használhatóak a serdülők körében végzett, gyakorlati dohányzás-, és alkohol prevenciók munka során. A disszertáció összefoglalással, mely a főbb eredményeket és azok értelmezését tartalmazza, majd a bibliográfia bemutatásával ér véget.

### ***1.1. A serdülők társadalma, a Z generáció***

A tanulók új generációját, akik beleszülettek az információs korba, Z generációnak vagy netgenerációnak nevezzük. A korosztály határai bizonytalanok. A kezdetek beleérnek az előző korosztály, az Y generáció életkori határába, hiszen már a '90-es években születettektől kezdődően beszélhetünk Z generációról egészen napjainkig (1. táblázat).

Ez, a mai általunk vizsgált adolescens korosztályt is adó generáció az, amely nem ismerte az internet és mobiltelefonok nélküli világot. (Székely 2008)

1. táblázat Generációk életkori határai

<b>Generációk</b>	<b>Születési év</b>
Veteránok	1939-1938 előtt
Baby boom nemzedéke	1940-1941 - 1968-1969 között
X generáció	1970-1971 - 1978-1979 között
Y generáció	1980-1981 - 1991-1993 között
Z generáció	1994-1995 után
Alfa nemzedék	nem vizsgálható

A rendszerváltásokat követően Közép-Kelet Európában kialakuló kapitalista gazdasági rendszer és fogyasztói társadalom értékrendszere jelentős hatással volt a felnövekvő generációk egész életére. A magyar piacgazdaság fejlettségében elmarad a nyugati országokétól, így a fiatalok kevesebb termékhez férhettek hozzá, ugyanakkor a kínálati oldalon nincs ekkora különbség: ugyanazok a világmárkák, trendek. Hasonló igények, de gyökeresen eltérő lehetőségek jellemzőek. Szembeötlő a falu és város, vidék és Budapest közötti különbség a kulturális fogyasztás lehetőségeinek tekintetében. Az információs technológiák folyamatos fejlődése és elterjedése miatt kialakul a már az Y generációra is érvényes, de a Z generáció tagjai körében kiteljesedő digitális szocializáció. A Z generáció tagjainak az infokommunikációs eszközök gyermekkoruktól életük természetes részét képezik. (Székely 2008)

A közelmúltban kezdte meg középiskolai tanulmányait világszerte a Z generáció. Mivel számos, csak rájuk jellemző tulajdonsággal és értékkel rendelkeznek, így kihívást jelentenek az iskolarendszernek. Óriási változást jelent, hogy a generáció tagjai már egy kényelmes hozzáférést biztosító, médiával telített korban nőttek fel. Nagy tanulási vágygal, de az internetnek köszönhetően már egyfajta kifejlesztett tudással lépnek be az iskolába. A „netgeneráció” nem hajlandó megtanulni és elfogadni azt, amit elé tesznek csak azért, mert egy tanár vagy szakember teszi azt. Meg akarják érteni, boncolgatni

akarják, szétszedni és valóban átélni a dolgot, amiről tanulnak (Tari 2012). Ez az új szemlélet a prevenciós munka gyakorlatának, azt ezzel foglalkozó szakembereknek is új kihívást jelent.

### ***1.2. Az ifjúsági moratórium, a serdülőkor határai***

A modern társadalom számos jelentős változást okozott a fiatalok életében, egyik ilyen sajátos jelenség az ifjúsági moratórium, amely lényegében a serdülő- és ifjúkor meghosszabbodását jelenti, melynek része a családalapítás és az életkezdés kitolódása (Pikó 2005a). Napjaink társadalmában ez az életszakasz, az adolezcens és posztadolezcens kor pszichoszociális kihívásokkal, problémákkal, krízisekkel és traumákkal teli (Jacobson és mtsai 2002).

A serdülőkor igen komplex jelenség, határai nem írhatóak le egyértelműen, teljes pontossággal, hiszen azok nem pusztán fiziológiai határok, hanem az életkörülmények, életmód, gazdasági helyzet, stb függvényei. A fogalom definiálására számos elmélet született. Találhatunk olyan elméleteket is, amelyek a fiatalkor tagolását szintén elvégzik. Cole és Cole (2001) felosztása szerint 11-14 éves kor között korai, 15-18 között középső serdülőkorról beszélhetünk. A 18-21 éves kort késői serdülőkornak vagy ifjúkornak nevezik. Ezzel szemben az UNICEF hivatalos tagolása korai- (early) és a kései- (late) adolezcens kort különböztet meg (UNICEF). Jelen dolgozat keretein belül a 9. és 13. évfolyam közötti középiskolai tanulókat, az utóbbi definíció szerinti késői serdülőket vizsgálunk.

### ***1.3. Az ifjúkori problémaviselkedés***

Jellemző erre az időszakra egy olyan tünetegyüttes, mely magában foglal iskolai beilleszkedési és tanulási zavarokat, kockázatos szexuális aktivitást, pszichés zavarokat, antiszociális és agresszív viselkedést, valamint dohányzást, alkohol- és drogfogyasztást (Pikó 2005a). A felsorolt problémák és magatartások megjelenése között igen erős korreláció áll fenn. Azok, akik az egyik magatartásformát kipróbálják, általában a többit is ki fogják próbálni, például azok a serdülők, akik alkoholt fogyasztanak, nagyobb valószínűséggel dohányoznak. Ezek a viselkedési formák tehát tünetegyüttest alkotnak, mert közöttük igen gyakori az összefüggés és a halmozódás. A tünetegyüttes egyes tényezőinek megjelenéséért közös háttértényezők felelősek, melyek struktúrájában a rizikó- és védőfaktorok egyensúlyának megbomlása jellemző. Ezek a viselkedésformák



tehát egy átfogó életmód megnyilvánulásai, melyet ifjúkori problémaviselkedésnek nevezünk (Pikó és mtsai 2005).

Az ifjúkori problémaviselkedés szindróma egy tünetegyüttes, amely magában foglal tanulási és iskolai beilleszkedési nehézségeket, antiszociális és agresszív viselkedést, kockázatos szexuális aktivitást, pszichés zavarokat, valamint a káros szenvedélyek, köztük a dohányzás és alkoholfogyasztás kipróbálását (Jessor 1993). A serdülőkori problémaviselkedésnek már az elnevezése is arra utal, hogy nem elfogadott, problematikus viselkedésről van szó, emiatt jelenik meg a társadalomban gyakran megoldandó problémaként, akár devianciaként (Deković 1999).

A problémaviselkedés internalizáló és externalizáló formában is megjelenhet. Internalizáló formáknak tekinthetők az alacsony önértékelés, szorongás, visszahúzódás vagy a depresszió. Externalizáló forma például az életvezetési problémák megjelenése, agresszív-erőszakos kitörések vagy antiszociális, normasértő viselkedés (Formoso és mtsai 2000). A két irány jellegzetes nemi különbségeket is mutat: míg a fiúkra elsősorban az externalizálás, addig a lányokra a problémák internalizálása jellemző (Bongers és mtsai 2003).

Az alkoholfogyasztás, a dohányzás és a drogfogyasztás együttes előfordulása az empirikus vizsgálatok által számtalanszor igazolt tény, ez a komorbiditás, azaz a problémaviselkedés elemeinek halmozódása (Gilvarry 2000). A dohányzás és az alkoholfogyasztás szinte általános a drogfogyasztó fiatalok között. Ezek a szerek tulajdonképpen „kapudrogként” szolgálnak, amiben szerepet játszhatnak a közös biokémiai hatásmechanizmusok. Ezen felül a káros szenvedélyek a függetlenséget és felnőttéget megjelenítő szimbólumhatása, valamint társas hatásokkal összefüggő szerepe is összekapcsolja a szerek használatát. A pszichoszociális tényezők közül hangsúlyozni kell a társas hatásokat, a csoportkonformitást és elfogadottságot sokszor biztosító társas adaptációs folyamatokat (Kiesner és mtsai 2002). Emellett az érzelmi szabályozó mechanizmusokat, a konfliktusmegoldó funkciót, valamint a káros szenvedélyek stresszoldó szerepét kell kiemelnünk (Wills és mtsai 2011). A káros szenvedélyek gyakoribb előfordulásával járnak együtt a szorongás és a depresszió, valamint a hiperaktív, figyelemdeficites szindrómák. A folyamat azonban nem egyirányú, hiszen a mentális zavarok kialakulására maguk a káros szenvedélyek is hajlamosítanak (Boys és mtsai 2003). Az előzőekben leírtak jól mutatják a közös oki

háttérrel a káros szenvedélyek és a problémaviselkedés között. Ez a közös háttér az adaptációs zavar, ami pedig a szociális készségek hiányosságaira vezethető vissza. (Rácz 1992)

A fiatalok körében, kezdetben a káros szenvedélyek kipróbálásának jellemző okai közül a társas kipróbálás a legfontosabb. A fő motiváció eleinte nem lelkiállapotuk javításának szándéka. Az első néhány használat során azonban a serdülő megtapasztalhatja tanult viselkedési és biokémiai reakciók eredményeként azt, hogy a káros szenvedélyek alkalmasak a feszültség oldására. A függővé válás esélye tehát azon fiatalok körében, akik pszichés zavarokkal küzdenek sokkal nagyobb. A dohányzás és alkoholfogyasztás azonban hosszú távon nem hatékony stresszkezelési módszer, hiszen számos egészségügyi károsodás előidézője. (Pikó és Varga 2014)

#### ***1.4. A prevenció***

A problémaviselkedés tünetegyüttesében megjelenő káros szenvedélyek leküzdésére irányuló törekvések közül a prevenciós tevékenység kiemelkedő fontosságára hívjuk fel a figyelmet. A daganatos betegségek felelősei a magyar lakosság közismerten katasztrofális egészségi állapotának. A halálozási statisztika drámai változásáért is felelősek. A betegségcsoporton belül is első helyen a tüdőrák áll, a betegség a daganatos halálokok között világszerte az első helyen szerepel. Magyarország világszerte a tüdőrák halálozás arányát illetően, az epidemiológiai adatok tehát kirívóan rosszak. A betegség visszaszorításában nagyon fontos szerepe van a prevenciónak. (Kovács 2000)

A prevenciós tevékenységen belül elkülönítünk primer és szekunder prevenciót. Egy adott betegség kockázati tényezőinek csökkentését, kiiktatását értjük primer prevenció alatt. A primer prevenció elsődleges célja tehát az, hogy az adott betegség ne alakuljon ki. Ehhez két alapvető eszköze az egészségnevelés, valamint lehetőség szerint a környezeti káros hatások csökkentése. A megelőzésnek, a szó eredeti értelmét tekintve a prevenció ezen fajtája felel meg. (Kovács 1997)

A prevenció segítségével megvalósítható a betegségek minél korábbi stádiumban történő felfedezése, valamint a megbetegedések számának csökkenése. A betegségek visszaszorításának legjobb lehetőségét a prevenció módszereinek széleskörű elterjesztése és korszerűsítése, valamint a hatékony prevenció megvalósítása jelenti. (Kovács 2000)

Az egészségmegőrzés mind az egyén, mind a társadalom közös felelőssége (Pikó 2012). A jövőorientált fiatalok kisebb eséllyel fordulnak kockázati magatartások felé. A szociális közeg, a barátok hatása kétélű fegyver – a barátok hatására kialakulhat az egészségmegtartó magatartás, de nőhet a dohányzás és alkoholfogyasztás kockázata is (Pikó 2003, Várkonyi 2011). A fiatallal meg kell ismertetni, hogy az életmódbeli választások milyen következményekkel járhatnak. Az ennek tudatában meghozott döntések sora az egyén felelőssége. Emellett azonban figyelembe kell venni a mikroszociális, társas nyomást is. A serdülő diák általában nem tudatosan válik dohányzóvá vagy alkoholfogyasztóvá, hiszen magatartásformáikat az őket körülvevő társas környezethez igazítják. Kiemelt szerepet játszanak ebben a folyamatban különböző társadalmi és pszichológiai tényezők: társadalmi-gazdasági háttér, a szocializációban elsajátított tapasztalatok, mentális jóllét, a kortársak káros szenvedélyekkel kapcsolatos támogató, megengedő vagy elutasító viselkedése. (Várkonyi 2011)

#### **1.4.1. A prevenció munkalehetőségei**

A dohányzás-prevenció tevékenység két nagy csoportját különíthetjük el, ezek a leszoktatás és a megelőzés. A módszerek közül hatékonyság és ráfordítás tekintetében a megelőzés a legkedvezőbb, vagyis annak elérése, hogy a serdülők ne szokjanak rá a dohányzásra. Aki nem szokik rá a dohányzásra tizennyolc éves koráig, annak már igen nagy esélye van arra, hogy később se legyen függő. Jóval eredménytelenebbek a leszoktatási kísérletek azoknál, akik már tizennyolc éves koruk előtt rendszeresen dohányoztak. Az egészségnevelés a dohányzás megelőzésének egyik leghatékonyabb eszköze. Fontos, hogy a fiatalok minél többször találkozzanak a dohányzás ártalmasságával, az oktatás keretén belül és kívül, minden fogékony korosztályban, az óvodáskortól a serdülőkorig. A korcsoport sajátosságait figyelembe véve, nem ugyanazokat az információkat és nem ugyanazon a módon kell átadni egy általános iskolában vagy egy középiskolában, sőt, akár egy óvodában. A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet „dohányzás vagy egészség” munkacsoportjának úttörő kezdeményezése, hogy a dohányzásellenes prevenció munkát mesészerű, játékos módszerekkel az óvodákra is kiterjeszti. Az egészségnevelés, a megelőző tevékenység tehát csak akkor lehet hatékony, ha figyelembe veszi az adott korosztály

befogadóképességét, meglévő ismeretanyagát és a korcsoport sajátosságait. (Kovács 1997)

### ***1.5. A serdülők biológiai és lelki fejlődése***

A biológiai-hormonális folyamatokban történő változások miatt pszichoszociális kihívásokkal kell a serdülő életciklus alatt megküzdenie a fiataloknak. Ilyen kihívások az identitás átalakulása, a nemi szerepek elsajátítása, valamint a társas kapcsolati háló eltolódása a kortársak felé a család és a szülők irányából (Rice és Mulkeen 1995). A serdülők ekkor kezdenek saját lelki és testi jelenségeik fele fordulni, megismerni azok jelentését. Az említett problémák miatt a serdülőkor labilitással és fokozott érzékenységgel, igen gyakran akár identitáskrízissel, vagy introverzióval, befelé fordulással is együtt járhat. A serdülőkorban a leírt okok miatt gyakori a pszichoszomatikus és depressziós tünetképzés (Haugland és mtsai 2001). A serdülőkort a biológiai-hormonális folyamatok átalakulása mellett a pszichoszociális történés fémjelzi. Ezt a döntések időszakának is szokás nevezni és alapvető a személyiségfejlődés szempontjából. A gyermekkor még a „korlátlan lehetőségek” kora, ezzel szemben a serdülőkori választásaink (pl. iskola, szakma, stb.) a további életút lehetőségeinek beszűkülését eredményezik, ami pszichológiai értelemben veszteségélményként mutatkozik meg (Kulcsár 1998).

Fontos, hogy a fiatalok később, felnőttként egészséges személyiségként integrálódni tudjanak a társadalomba. Ebben pedig az identitás kialakulása a legfontosabb fejlődés-lélektani kihívás, ami serdülőkorban megy végbe. A helyes önértékelést, a folytonosan változó világban a saját egyediség elfogadását is meghatározza az identitás kialakulásának folyamata. (Eccles és mtsai 1993)

Az identitáskrízis később számos pszichikai probléma okozója, vagy megalapozója lehet. A pszichoszociális kihívások közül az egyik legnehezebb a kapcsolati hálóban bekövetkező struktúraváltozás (Fuligni és mtsai 2001). Ez megmutatkozik a növekvő autonómiaigény és szülőktől való távolság formájában, valamint a kortárskapcsolatok jelentőségének növekedésében is. A folyamat azért kódol magában komoly konfliktusforrást, mert párhuzamosan van jelen benne a kifelé fordulás, a közeledés és a szeparáció, a befelé fordulás is. A serdülőkor folyamán ez a konfliktus egyre többször kerül előtérbe, okoz problémát addig, amíg a kapcsolati struktúra változása véget nem ér. Az életciklus utolsó szakaszában a két kialakított viszonyrendszer (kortársakkal és

szülőkkel) ideális esetben újra összhangba kerülhet. Ez azonban csak akkor következik be, ha a hormonális rendszer egyensúlyba kerül, és mindkét fél megtalálja a maga szerepkörének megfelelő helyet a serdülő életében (Angold és mtsai 1999).

A serdülőkori pszichikai állapotot a biológiai érés folyamata is befolyásolja. Ennek része például a nemi érés, a testkép és énkép megváltozása. Emellett az intézmény, család és kortárs csoport szocializációs szintereken létező támogató rendszerek újraszerveződésének időszaka is ez a szakasz. A hangsúly a családi szintértől a kortársak irányába mozdul el, azonban a család, mint elsődleges szocializációs szintér továbbra is erősen befolyásolja a fiatalok mindennapjait. A serdülők mentális jóllétének fontos meghatározója marad a család, a szülők felől jövő monitorozás, lelki támogatás és szeretet, az értő módon odafigyelő hozzáállás, a jól funkcionáló családi kommunikáció ennek mind fontos tényezői. Azok a fiatalok, akik olyan családban nőnek fel, amely egységet alkot és támogat, emellett az egyéni autonómiát is lehetővé teszi, boldogabbak, elégedettebbek az életükkel és jobban is teljesítenek (Kökönyei és mtsai 2007).

A serdülőkor tehát a jelentős bio-pszicho-szociális változások kora, emellett a dohányzás és alkoholfogyasztás kipróbálásának időszaka is. A serdülők egészségmagatartása ezért is érdemel kitüntetett figyelmet. Az egészségnevelés szempontjából kiemelten fontos a befolyásoló tényezők összefüggésrendszerének megismerése. Számos nemzetközi és hazai vizsgálat koncentrálna a serdülők egészségmagatartására, az egészségmagatartást befolyásoló tényezők feltárására (Pikó 2008).

### ***1.6. A serdülők szocioökonómiai státusza***

A serdülők társadalmi-gazdasági helyzete, más néven szocioökonómiai státusza összetett jelenség, objektív és önbesoroláson alapuló (szubjektív) módszerekkel egyaránt mérhető (Pikó és Fitzpatrick 2001). Beszélhetünk egyrészt „klasszikus” SES mutatókról, ezek a szülők foglalkozása, iskolai végzettsége, a család havi jövedelme, melyek objektívnek tekinthető mutatók. Másrészt gyakran alkalmazzák az önbesoroláson alapuló SES mutatót is, melynek során a serdülő saját családját egy gazdasági-társadalmi skálán helyezi el. Ez a mérési módszer szubjektív ítéleten alapul. (Pikó és Fitzpatrick 2001, 2007)

A különböző mérési módszerek néha ellentmondásos eredményekhez vezethetnek, például az összefüggés az SES és a serdülők egészségi állapota között gyakran nem igazolható az objektív mutatók használata esetén, ezzel szemben az önbesorolással mért SES mutatókkal olykor még a látens összefüggések is kimutathatóak. (Kopp és mtsai 2004)

Emiatt érdemes mindkét módszert alkalmazni, különösen a serdülőket érintő kutatásokban. Jelen tanulmányban az SES egy széleskörű meghatározását használjuk, abba beleértjük a serdülő szüleinek iskolai végzettségét és foglalkozási státuszát, valamint a serdülő saját családjának társadalmi-gazdasági önbesorolását is.

### ***1.7. A mentális jóllét***

A serdülők mentális jóllétének számos indikátora van, ezek közül néhányat igyekszünk bemutatni, melyek a kutatás részeként később is megjelennek a dolgozatban.

#### **1.7.1. Magányosság**

A magányosság érzése egy gyakran előforduló negatív érzés, mely az egyén szociális kapcsolatainak, azok mennyiségének vagy minőségének deficitéből adódik (Zhang és mtsai 2015).

A serdülőkor két jelentős kihívása a szociális háló átalakulása és az egészséges énkép kialakítása. Ez a két kihívás azonban konfliktusba kerülhet egymással. Az egyéni énkép kialakításához szükséges elszigetelődés és a másokkal való intimitás keresése konfliktusba kerülhetnek, növelve a magányosság veszélyét. Ennek eredményeképpen a magányosság elterjedt probléma a serdülők körében (Pikó és Hamvai 2012)

A magányosság érzése szorosan összekapcsolódik a serdülők mentális jóllétével, összefügg az étellel való elégedettség alacsonyabb szintjével, a rosszabb tanulmányi eredménnyel, a nagyobb szégyenlősséggel, a depresszió és a szociális fóbia kialakulásának nagyobb valószínűségével. (Zhang és mtsai 2015)

#### **1.7.2. Szégyenlősség**

A szégyenlősség definiálható olyan félelemként és kényelmetlenség-érezésként, mely társas helyzetben jelentkezik. Emiatt a szégyenlős személy igyekszik távol maradni a társas helyzetektől. (Kiran 2016)

Ezt az érzést szinte mindenki megtapasztalta már. Problematikusnak akkor tekinthető, ha az egyén azt képtelen kezelni és mindennapjaiban, egyéni, társas vagy szakmai

életében problémát okoz számára. Az egyénnek nehézséget okoz részt venni társas összejöveteleken, találkozni emberekkel és társaságban kommunikálni. Ez bizonyos esetekben jelentősen leszűkíti az egyén társas életét. Sok esetben a serdülők körében a szégyenlősség később szociális fóbia kialakulásához és elszigetelődéshez vezet, mivel nem szívesen ismerkednek és vesznek részt társasági eseményeken. A pedagógusok gyakran problémásnak tekintik a szégyenlős diákokat, hiszen nem szívesen vesznek részt az osztálytermi munkában, nem kommunikálnak osztálytársaikkal és a pedagógussal, nem válaszolnak a kérdésekre akkor sem, ha rendelkezésükre áll a megfelelő információ. A szégyenlős diákok többször szembesülnek nehézségekkel mindennapi életük során, mint nem szégyenlős társaik azért is, mert nem szívesen kérnek segítséget társaiktól, tanáraiktól. Ritkábban vesznek részt közösségi sporttevékenységekben és egyéb fizikai aktivitást is ritkábban végeznek, mert hajlamosabbak az otthon maradáshoz preferálni a kimozdulással szemben. Fontos felismerni, kiszűrni ezeket a diákokat azért, hogy sikerüljön hatékony segítséget nyújtani számukra a szégyenlősségük, és az ezzel összefüggő problémák kezelésében, annak érdekében, hogy képesek legyenek egészséges szociális életet élni. (Kiran 2016)

### **1.7.3. Versengés**

A versengést, a versengés mértékét (Competitiveness) általában olyan módszerrel mérik, mely az egyén teljesítményét hasonlítja össze verseny, illetve nem versenyhelyzetben. Szintén gyakran használt módszer, amikor az egyén preferenciáit mérik. Azt, hogy adott helyzetekben a verseny vagy a nem versenyhelyzetet választja (Cárdenas és mtsai 2012). Jelen tanulmányban a versengés mértékét azzal azonosítjuk, hogy az egyén adott szituációkban milyen arányban választja a versenyhelyzetet a nem versenyhelyzettel szemben.

### **1.7.4. Kötődésvágy**

Az elmúlt húsz évben szélesedő figyelem kíséri a kötődésvágyról szóló kutatásokat. Minden emberi lénynek igénye van arra, hogy létrehozson és fenntartsa legalább néhány tartós, pozitív interperszonális kapcsolatot (Baumeister és Leary 1995). Ennek az igénynek a kielégítetlensége, vagy hiányos kielégítése negatív hatással van az általános jóllétre, növeli a depresszió és a szorongás esélyét. A kötődésre irányuló vágy alapvető, azonban egyénenként eltérő mértékű lehet. Akinél ez a vágy nagyobb

mértékű, több és/vagy mélyebb emberi kapcsolatra van szüksége, hogy kielégítse a kötődésvágyát. (Pillow és mtsai 2015)

### **1.7.5. Pszichoszomatikus tünetek**

A leggyakoribb pszichoszomatikus tünetek csoportjába sorolhatóak a kimerültség, fáradékonyság, az azonosíthatatlan eredetű fejfájás, alvási problémák, emésztési zavarok, hasfájás, gerincfájdalmak. Az egyik leggyakoribb ok az alapellátáshoz fordulók körében a krónikus fáradtságérzet. Ezen felül, ez a tünet kiemelten hajlamosít szorongásra és depresszióra is. Már a középiskolás tanulók körében is magas előfordulás mutatnak bizonyos pszichoszomatikus eredetű tünetek, ilyenek a fejfájás, a hát- és derékfájás és a fáradtságérzés. A hát- és derékfájás a stressz halmozódásával is kapcsolatba hozható, nem csak az ülő életmóddal és a kevés mozgással. (Pikó 2001a)

A pszichoszomatikus tünetek gyakran megoldatlan pszichikai vagy szociális problémák jelenlétére utalnak. Ezen tünetek mögött legtöbbször pszichoszociális stresszterhelés áll. Jelentkezésük ugyan nem szervi okokra vezethető vissza, de egyértelműen az egészségi állapot egyensúlyának megbombolására utalnak. (Pikó 2001b)

### **1.7.6. Önértékelés**

A stabil önazonosság, az egészséges énkép az önértékelés magas szintjével jár együtt. Ez fordítva is igaz, a jó önbecslésű emberek konzisztens énképpel rendelkeznek. Az önértékelés olyan mérőműszer („szociométer”), amely szubjektív belső jelölőként kifejezi pillanatnyi társas helyzetünket (Költő és Zsiros 2013). A serdülőkor az önértékelés szempontjából fontos szakasz az ember életében, hiszen az egyén és környezete (barátok, osztálytársak, család) közötti kapcsolat dinamikusan változik. (Pikó és Hamvai 2012)

## ***1.8. Életmód és szabadidő***

Az európai fiatalok szabadidő-eltöltési struktúrájában jelentős változások történtek: szabadidejük megnőtt és új típusú eltöltési módok jelentek meg. A társadalmi helyzet egyre kevésbé határozza meg a szabadidős tevékenységek mintázatát a serdülők körében, inkább a kulturális identitás a fő determináns (Roberts és Parsell 1994). Egyfajta „egyenlősödés” jelent meg, ami elsősorban a középiskolás populációban figyelhető meg, és összefügg az ebben a korcsoportban tapasztalható egészségi állapotbeli egyenlőtlenség relatív hiányával (West 1997). A fiatalok ízlésvilága tehát



kevésbé függ szüleik társadalmi helyzetétől, mint más korcsoportokban. Ez összecseng a fogyasztói társadalom értékrendszerével, sugárzott normáival, amelyek kényszerítő erővel hatnak bizonyos szimbolikus fogyasztási cikkek, termékek megszerzésének irányába (Pikó 2005b).

Hazai szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy a Közép-Kelet európai, volt szocialista országok sajátos helyzetben vannak. Ez abban jelentkezik, hogy a magyar fiatalok életmódjában, életvitelében jelentős a strukturális meghatározottság (Pikó 2005b). A társadalmi különbségek növekedése a szubjektív megítélések (pl. jövőperspektívák) és az objektív strukturális változók (pl. oktatási egyenlőtlenségek) szintjén is igazolható (Macek és mtsai 1998). A felnőtteken kívül tehát, akiknek a munkanélküliséggel, a kilátástalansággal és létbizonytalansággal kellett szembenézniük, a fiatalok generációját is érintették azok a társadalmi és gazdasági feszültségek, amelyek a rendszerváltozással jártak együtt (Pikó 2005b). Ez kifejeződik abban is, hogy fiatalok körében az egészségmagatartásban megfigyelhető egyenlőtlenség, míg a nyugat-európai országokban egyértelműen az „egyenlősödés” dominál, Magyarországon ez nem egyértelmű. Igaz, hogy az egészségmagatartás és egészségi állapot indikátorai nagyrészt függetlenek a szülők szocioökonómiai státuszától, a szubjektív SES mégis egyenlőtlenségeket alapja lehet (Pikó 2000, Pikó és Fitzpatrick 2001).

A rendszerváltozást követően a fogyasztói társadalom norma- és értékrendszerének elterjedése, valamint a globalizáció nagy hatást gyakorolt a serdülők életmódjára (Gábor és Balog 1995, Roberts és Fagan 1999). A közép-kelet európai térség fiataljainak szabadidő eltöltése azonban, összevetve a nyugat-európai fiatalokéval, kevésbé vizsgált terület (Pikó 2005a). Több, magyar serdülők körében végzett kutatás is beszámol róla, hogy az ifjúsági csoportkultúrák jellegzetességei (pl. zenei ízlés), a kortárshatás és a szabadidős tevékenységek szoros kapcsolatban állnak (Pikó 2005a).

A serdülők szabadidő eltöltésének jelentős hatása van az identitás-fejlődésre, közeli kapcsolatban áll céljaikkal, norma-, és értékrendszerükkel. A társadalom egészének életében, és ez a megnövekedett szabadidő miatt fokozottan érvényes a serdülőkre, az egyik legfontosabb alkotóelem a szabadidő eltöltésének módja. A fiatalok körében ez, mint életmód, életstílus jelentkezik, és formálja az élet más területeit is (Pikó 2005b).

A fiatalok szabadidős tevékenységeinek különböző dimenzióit igyekezett leírni számos nyugat-európai vizsgálat. Ezek többségében három-öt dimenzió rajzolódik ki.

Elkülönülnek a művészeti-intellektuális, a kortársakkal közös szabadidő eltöltési formák, a szabadidősport és a természetben töltött szabadidő (Pikó 2005a). Roberts és Parsell (1994) ezzel szemben három faktor írtak le: a kortársakkal és a felnőttekkel eltöltött szabadidős tevékenységet, valamint a sportot. Más eredmények is három dimenzióról számolnak be. Elkülönülnek a szervezett szabadidő eltöltési módok, például a sporttevékenység. A második csoport a fogyasztásorientált tevékenységek köre, mint például a moziba járás vagy közös vásárlás. A harmadik kör az ad-hoc jellegű, alkalmi szabadidős tevékenységek csoportja, ilyen például a csavargás (Witt 1971). A kortársakkal, valamint a szülőkkel együtt töltött szabadidő hatással van az egészségmagatartásra is. A szabadidős faktorok és a káros szenvedélyek kapcsolatát vizsgálva kitűnik, hogy főképp a szervezettség-szervezetlenség a meghatározó az alkoholfogyasztás és dohányzás esélyének csökkentésében, illetve növelésében. A szakkörök, sportklubok, vallásos közösségek, melyek szervezett formái a szabadidő eltöltésének, a káros szenvedélyek alacsonyabb esélyével függenek össze. Az úgynevezett utcai formák, valamint a fogyasztásorientált szabadidő-eltöltés, amelyek általában szervezetlenek, ezzel szemben az ellenkező hatást érik el, kockázati tényezőnek tekinthetők a dohányzás és az alkoholfogyasztás szempontjából (Karvonen és mtsai 2001, Mahoney és Stattin 2000, Pikó és Fitzpatrick 2004).

A szülőkkel eltöltött szabadidős tevékenység védőfaktorot jelent a kockázati magatartásokkal szemben (Aseltine 1995). A vallás protektív hatásait szintén számos kutatás kimutatta (Brown és mtsai 2001, Pikó és Fitzpatrick 2004). A szabadidős tevékenységek jelentős része azonban ebben a korban a kortársakhoz kötődik, és ellenkező hatást válthat ki. Főként kockázati tényezőt jelent, a kortárs nyomás révén hajlamosíthat dohányzásra, alkoholfogyasztásra, drogok kipróbálására és egyéb rizikómagatartásokra (Aseltine 1995). Az említett tényezőkön felül a szabadidős tevékenységek rendszere közvetetten az életmód más elemeire is hatással van, ilyenek a káros szenvedélyek kialakulása és a rizikómagatartás (Caldwell és Darling 1999, Pikó és Vázsonyi 2004, Vicary és mtsai 1998). A káros szenvedélyek védőfaktorai között a rendszeres fizikai aktivitás, a sportolás kiemelt helyen szerepel. A testi és lelki egészség megőrzésében, a rizikómagatartások megelőzésében hatása ma már számos területen igazolt (Pikó 2010a).

A szabadidő növekedése és struktúrájának megváltozása tehát, az említett tényezőkön keresztül jelentős szerepet játszik a disszertációban vizsgált káros szenvedélyek, a dohányzás és alkoholfogyasztás kialakulásában és gyakoriságában is.

### ***1.9. A serdülők értékválasztásai és az egészségmagatartás***

A serdülők értékpreferenciái a mindennapi élet döntéseiben nyilvánulnak meg és kihatnak a fiatalok életmódbeli döntéseire és választásaira. Az értékorientációk a magatartásunkat szabályozó olyan kulturális célok (Schwartz 1996), amelyek a viselkedésre főként motivációs folyamatokon keresztül hatnak, emiatt kiemelten fontosak. Iskoláskorban a diákok értékrendszere még nem teljesen megformált. Identitásuk és jövőképük formálásában, világlátásukban, étellel való elégedettségükben viszont ekkor is fontos szerepet játszanak az értékek (Sagiv és Schwartz 2000). Az értékek átörökítése gyakran látens csatornákon keresztül történik meg. Eközben több különböző értékrendszer hatása is keveredhet egymással (Pikó 2008). Az értékorientációk befolyásolják a fiatalok életmódját, egészségét, egészséggel összefüggő magatartását, így ebben az értelemben is meghatározzák jövőjüket (Pikó és Brassai 2007). A legkülönfélébb értékattitűdjeik is formálják rizikómagatartásukat, egészségképüket. Az egészség értéként való felfogása, vagy ennek hiánya is része az értékrendjüknek (Christopher és mtsai 2000).

Az értékek átadásának elsődleges helyszíne a család. Az egészséges családi környezet védelmet jelent a rizikómagatartásokkal szemben. Az egészséges család egyik fontos jellemzője, hogy világos értékeket közvetít (pl. munka, tanulás), és tagjai ezen értékek szerint próbálnak élni. (Hoyer 2010)

Az értékválasztásokat befolyásolja még az adott kultúra értékfelfogása is. Az ázsiai csoporttársadalmakban a kollektívizmust preferálják, itt a jóllét teljesen más kritériumokon alapul, mint a modern fogyasztói társadalomban. Bizonyos értékek, mint a vallásosság vagy a konzervatív beállítódás védő hatással vannak a dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint egyéb problémaviselkedések tekintetében (Aszmann 2002, Liu és mtsai 2007, Wallace Jr. és Forman 1998). A fogyasztói társadalom értékrendjének alapja azonban a materialisztikus beállítottság, a hedonizmus, az egyéniség elsőbbségére építő teljesítményelv (Spencer-Rodgers és mtsai 2004). A nyugati típusú kapitalista társadalmakban az anyagi javak ideája szorosan összefügg a boldogság mítoszával (Van Boven és Gilovich 2003). Az anyagi javak, így a pénz és

más szimbolikus fogyasztási cikkek (pl. okostelefon, laptop, stb.) kiemelt jelentőséget kapnak. Ez a serdülők számára társadalmi normaként, követendő példaként jelenik meg, beépül a szocializációs folyamatba és az értékrendbe (Sheldon és McGregor 2000). A kutatások azonban azt erősítik meg, hogy a túlzottan materiális értékrend, mely preferálja ezeket az anyagi javakat, együtt jár a rosszabb pszichikai jólléttel, közérzettel, az alacsonyabb szintű vitalitással és boldogságérzéssel, valamint romlik a fiatal élettel való elégedettségének szintje is. Ezzel együtt megnövekedett pszichoszomatikus tünetképzéshez és szorongáshoz vezet (Pikó 2008). Ez az értékrend hajlamosítja a fiatalokat az alkohol- és drogfogyasztásra, a dohányzásra és az egyéb rizikómagatartásokra (Nickerson és mtsai 2003, Pikó 2008).

### ***1.10. A serdülőkori káros szenvedélyek elméleti modelljei***

A fejlődéslélektan szempontjából az adolescens életszakasza kritikus időszaknak tekinthető, melyben számos hormonális és pszichoszociális változás megy végbe. Emellett ez a káros szenvedélyek kipróbálásának időszaka is. A serdülők káros szenvedélyeinek kialakulására a szakirodalomban többféle elméleti modell is megjelenik magyarázatként.

#### **1.10.1. Rizikó és protektív tényezők elmélet**

Az empirikus kutatásokhoz, és ahhoz, hogy a kutatási eredményeket a gyakorlatban is hasznosítani tudjuk a rizikó- és protektív elmélet megfelelő keretet nyújt (Fitzpatrick 1997). Az elmélet szerint az egészség-fejlesztési stratégiák kialakításához mindenképp ismernünk kell a legfontosabb rizikó- és védőfaktorokat. Az egyes rizikócsoportok azonosítása a rizikófaktorok ismeretének segítségével igen fontos. Ez a hatékony és célzott megelőzés, valamint beavatkozások megtervezéséhez fontos segítséggel szolgál. A vizsgálatok nagyobbik része emiatt sokáig a kockázati tényezők feltérképezését hangsúlyozta (Pikó 2012). A megelőzést, illetve a beavatkozást a társadalomtudományok kritikai szemlélete is úgy igyekezett kivitelezni, hogy a kockázatok kiiktatására koncentrált. Ezzel szemben az utóbbi időben inkább a védő tényezők felkutatása került előtérbe. Ennek egyik fontos oka, hogy a protektív tényezők sok esetben megváltoztathatók, így jelentős szerepük lehet a káros hatások kiküszöbölésében. Ezzel szemben (nagyon sok esetben) a kockázati tényezők, úgymint

nem, kor, szocioökonómiai státusz, iskolai környezet, stb. megváltoztatása nem lehetséges (Leventhal és Brooks-Gunn 2000, Pikó 2012).

A kockázati tényezők körében a gyerekek iskolához való viszonya és az iskolai teljesítmény közvetlen kapcsolatban van a káros szenvedélyekkel (Ford 2009). Serdülőkorban a személyiség autonómmá válása és a kortárskapcsolatok felerősödése, a családi kötelékek fellazulása is kedvez a cigaretta és alkohol kipróbálásának (Green és Pope 2000, Pikó 2012). A kortárskapcsolatok a legtöbb esetben a dohányzás és az alkoholfogyasztás kipróbálását segítik elő (Ary és mtsai 1999). Ha azonban a káros szenvedélyeket elítélő kortárs csoport veszi körül az egyént (pl. vallásos közösség), a társas kapcsolatok hálózata lehet a legfontosabb az úgynevezett protektív, tehát védő, a káros szenvedélyek esélyét csökkentő tényezők közül (Pikó 2012).

Több kutatás is foglalkozott már a családi tényezők szerepével, mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás tekintetében. Az eredmények arra utalnak, hogy a szülővel való kapcsolat serdülőkorban átalakul ugyan, de továbbra is fontos fejlődéstani szerepet tölt be az úgynevezett biztonságos kötődés talaján. Ez a kapcsolat ugyanakkor sokkal ellentmondásosabb, olykor rejtettebb, mint a gyermekkorban, mégis jelentős protektív tényező (Hair és mtsai 2008). A szülői magatartás egyik fontos tényezője, amely elsősorban védőfaktorra teszi, az a szülők kontrolltevékenysége. Ennek során a serdülő szülei ellenőrzik, hogy gyermekeik kikkel és hová járnak el szabadidejüket eltölteni, valamint megszabják, meddig tarthat ez a szabadidő, mikorra kell hazaérni (Deković 1999). A másik fontos tényező pedig a serdülő problémáinak közös megbeszélése, ez egyben a szülő-gyermek kapcsolat minőségét is meghatározza. Ezek a tényezők összefüggnek a család szocioökonómiai státuszával, az alacsonyabb státuszú családokban gyakrabban fordul elő a szülők gyengébb kontrolltevékenysége (Fitzpatrick 1997, Pikó 2012).

A bemutatott elmélet egyaránt magában foglal szociális-környezeti (pl. családi, iskolai, környezeti) és pszichológiai (pl. magányosság, önértékelés, szociális szégyenlősség, kötődésre irányuló vágy, versengés, stb.) tényezőket. Ezáltal egy értelmezési keretet nyújt, amely abban segít, hogy megértsük a problémaviselkedés és az egészségmagatartás elemeinek kapcsolatrendszerét (Fitzpatrick 1997). Az elmélet szerint a társas hatások, melyek a serdülőkori magatartásformák kialakulásában fontos

szerepet játszanak, a serdülők kapcsolati struktúrájának átszerveződése miatt kiemelt figyelmet érdemelnek (Ary és mtsai 1999, Pikó 2012).

### **1.10.2. Szimbólum-modell**

A szimbólum-modell szerint a serdülő fiatal olyan viselkedésformákat preferál, amelyek a felnőtt életet szimbolizálják. A dohányzással, vagy az alkohol fogyasztásával a serdülő felnőttként tekinthet önmagára. A modern társadalomban a felnőtté válási folyamat időben meghosszabbodott (posztadoleszcencia), nincsen egyértelmű határ a fiatal és a felnőtt között, így még nagyobb szükség van a felnőtt szimbólumokra, ez növeli a káros szenvedélyek esélyét. A középiskolás diákra már hatással vannak a felnőttkor életének sajátosságai, a fogyasztói társadalom hatásai. A gyermekkorból már kinőtt, de a felnőttkort még nem érte el egyértelműen, a két életszakasz közötti átmeneti időszakban él. Ebben az időszakban még nem találta meg identitását, ezért a felnőttkor szimbólumaival igyekszik bizonytalanságát kompenzálni (Pikó 2007b). A nem kiegyensúlyozott családi háttérrel rendelkező serdülők előbb válnak alkoholfogyasztóvá, mint a megfelelő szocializációs körben élők. A felnőttkori alkoholizmus kialakulásának veszélye is nagyobb a szocializációs zavart átélt fiatalok esetén (Buda 1992). A szociális tanulás kiemelkedő szerepet kap a személyiség fejlődésében. A tanulási mechanizmusok legfontosabb színtere a család. A család segít az identitás kialakításában, a szocializáció elsődleges színtere, a mindennapi konfliktusok megoldásában, a coping mechanizmusok kidolgozásában is segítséget nyújt. A modern pszichológia álláspontja szerint a személyiség elsősorban társadalmi termék és a családi környezet erős hatása alatt áll. A mintaadás, a nevelés modellként jelenik meg a fiatal számára, aki utánozni próbálja a különböző viselkedésformákat. Eszerint a serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás a családi szocializáció hibájaként értelmezhető. A minta hatására, melyet a serdülő a családban lát, kialakul az itallal és a dohányzással kapcsolatos beállítódás, személyiségébe beépül a káros szenvedélyhez kapcsolódó értékszemplélet – a társas együttlét nélkülözhetetlen velejárója, fokozza a jó hangulatot, oldja a feszültséget, segít ellazulni. Ez torzíthatja a serdülő káros szenvedélyekhez való viszonyát, mely attitűd sokáig rejtve marad a személyiségben, de a későbbi társas nyomásra a káros szenvedély kialakulásában törhet felszínre (Buda 1992, Pikó 2007b, Várkonyi 2011). A középiskolás életévek tehát meghatározzák a felnőttkori dohányzás és alkoholfogyasztás esetleges kialakulását, ezt számos empirikus

kutatás is alátámasztja. Egy, a 14-15 éves diákok körében végett kutatás tapasztalatai arra mutattak rá, hogy erős kapcsolat van a középiskolás fiatalok alkoholfogyasztása és a család szerkezete között. A csonka családokban nagyobb, a teljes családokban a legkisebb arányú a fogyasztás, ez igaz mind a mennyiségre, a gyakoriságra és a nagyivásra is (Elekes 2007). A káros szenvedélyek kialakulására a családi kapcsolatok minősége is hatással van. A családban előforduló káros viselkedésformák, a rossz gyermek-szülő kapcsolat és a kisebb szülői kontroll növeli a káros szenvedélyek esélyét (Elekes 2007, Kovács és Pikó 2009).

### **1.10.3. Adaptáció-modell**

Az adaptáció-modell szerint a serdülő viselkedésében megjelenő problémacentrikusság arra hivatott, hogy elősegítse az identitás megerősítését (Pikó 2007a). Azokban a mikroközösségekben, ahol a káros szenvedély csoportnormaként jelenik meg, a konformitás funkciója a serdülő tudatában a kortárs csoport kohézióját erősíti. Fontos azonban megjegyezni, hogy az egészségtudatos életmód is a kohéziót erősítheti, ha a közeg megfelelő. Korábbi vizsgálatok alapján, melyek a vallási közösségekbe járó fiatalok káros szenvedélyeivel foglalkoztak, a vallásosság védőfaktorak bizonyult – a vallásos összejövetelekre járó fiatalok körében kisebb a dohányzók és alkoholt fogyasztók aránya (Pikó 2007b). Az alkoholtól tartózkodó fiatalok esetében regisztrálták az étellel való elégedettség legnagyobb szintjét. Az alkoholfogyasztás vagy dohányzás a pozitív pszichológia képviselői szerint inkább a pozitív életpálya hiányát jelenti, nem feltétlenül a társas kapcsolatokban vagy a családban megjelenő alkalmazkodás sikertelenségét. A középiskolás diákok alkoholfogyasztásával foglalkozó kutatások szerint 1995 és 2003 közötti időszakban nemcsak az alkoholfogyasztás előfordulása nőtt, hanem annak gyakorisága és mértéke is. A diákok 90 %-a fogyasztott már legalább egyszer alkoholt életében. Jellemző a fiatalokra, hogy ritkábban fogyasztanak alkoholt, de akkor nagyobb mennyiségben. A nemek közötti különbség, mely korábban egyértelmű volt, eltűnőben van. A lányok alkoholfogyasztása megközelítette a fiúkét (Elekes 2007). A nemzetközi összehasonlítások további tanulsága, hogy míg a nagy fogyasztó országok mutatói csökkentek (pl. Dánia), addig a volt szocialista országokban növekvő alkoholfogyasztás tapasztalható. Nyugat-Európában csökken a fogyasztás, míg Kelet-Közép-Európában nő. Az alkoholfogyasztás inkább azokra a serdülőkre jellemző, akiknek nincs stabil jövőképük,

viselkedésüket a pillanat határozza meg (Pikó 2001a, Pikó és mtsai 2007). Egy szegedi általános és középiskolás diákokból álló minta eredményei alapján a 11-20 év közötti fiatalok 64 %-a fogyaszt alkoholt és a gyakoriság az életkor növekedésével fokozatosan nő (Skultéti és Pikó 2006).

#### **1.10.4. Életkori sajátosságok**

Az életkori sajátosságok modellje szerint a kortársak, valamint a társas tanulás a fő determinánsai a dohányzás és az alkoholfogyasztás kialakulásának (Pikó 2007a). A káros szenvedély kialakulása többlépcsős folyamat. Fiatalkorban viszonylag sokan próbálják ki a dohányzást és az alkoholfogyasztást, de ezeknek csak töredéke válik később függővé. Ezért a modell nem deviáns magatartásnak tekinti a serdülőkori experimentális kipróbálást, hanem életkori sajátosságának (Várkonyi 2011). Szomorú tendencia azonban, hogy a középiskolás diákok körében egyre elterjedtebb a baráti körben történő lerészegedés (Skultéti és Pikó 2006). A szabadidő szervezetlen eltöltése növeli a káros szenvedélyek, elsősorban az alkoholfogyasztás, mint unaloműző megjelenésének kockázatát (Pikó 2007a). A fogyasztásorientált értékeket valló fiatalok nagyobb eséllyel rabjai a káros szenvedélyeknek, mint azok, akik a hagyományos szabadidős tevékenységeket preferálják. Az iskolatípus, valamint az iskolai teljesítmény is fontos determinánsok. A szakiskolákban nagyobb arányban fordul elő dohányzás, valamint rendszeres vagy szélsőséges alkoholfogyasztás. A jobb tanulmányi eredmény a káros szenvedélyek kisebb esélyével jár együtt (Elekes 2007). Az átmeneti, bizonytalan életszakaszban lévő diák akár pszichés zavarral is küzdhet, és ez növeli a káros szenvedélytől való függés kockázatát (Várkonyi 2011). Az alkohol esetében ez ördögi kört is eredményezhet – a bizonytalanság miatt a serdülő fiatal alkoholhoz fordul, ami módosítja a mentális funkciókat, ezzel tovább növeli a bizonytalanság érzését (Elekes 2007).

#### ***1.11. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás egészségi következményei***

Számos korábbi kutatás foglalkozott az egészségi állapot és az alkoholfogyasztás összefüggésével. Közel négyszáz vizsgálat eredményeinek összevetésével arra jutottak, hogy szignifikáns összefüggés áll fenn a mértéktelen alkoholfogyasztás és az emésztő- és légzőrendszer felső szakaszának daganatai, a májsugorodás, az agyvérzés, valamint az erőszakos cselekményekből származó sérülések között. A jelenleg érvényes



tudományos álláspont szerint az etanol önmagában nem karcinogén, az alkoholos italok viszont igen. Gyakoribbak a rosszindulatú daganatok (nyelőcső, gége, szájüregi, colorectalis carcinomák, májrák, stb.) a krónikus alkoholfogyasztók körében. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a rendszeres alkoholfogyasztók nagyobb része dohányzik és rosszabb a szájhigiénéje. Emellett számos vizsgálat foglalkozik az alkoholmetabolitok kokarcinogén hatásával, vagyis azzal, hogy alkohol lebomlása során keletkező acetaldehid rákkeltő. A túlzott alkoholfogyasztás számos különböző szerv károsodását okozhatja, ezzel hozzájárulva a megbetegedésükhöz. Károsítja a gyomor, a nyelvcső, a hasnyálmirigy, a belek, és a máj működését. Emellett okozhatja a kardiovaszkuláris rendszer, az idegrendszer, a csontrendszer és a hormonrendszer zavarát, valamint egyéb anyagcsere betegségek kialakulásához is hozzájárulhat. Ezen megbetegedéseken felül még számos pszichiátriai kórképet is létrehozhat a mértéktelen alkoholfogyasztás, ilyenek a hallucinózis, a delirium tremens, a Korsakow szindróma pszichés tünetei, a depresszió, a szorongás. (Szalay 2003)

Meg kell említenünk az alkoholfogyasztás protektív szerepét is. Az erre vonatkozó vizsgálatok eredményei szerint a mértékletes fogyasztók körében feleannyi szívroham fordul elő, mint az ugyanolyan testsúlyú, alkoholt nem fogyasztó, sőt még rendszeres testmozgást is végző kontrollcsoportban. A vizsgálat tanulságai igen érdekesek, hiszen eszerint az absztinencia ugyanolyan kockázati tényező lehet a szív- és érrendszeri betegségek kialakulásában, mint a mozgáshiány vagy a túlsúly. (Szalay 2003)

Ehhez hozzá kell tenni, hogy nemcsak a kamaszok körében, hanem egész felnőttkorban társadalmi norma, és a fiatalok körében sem csak kortárs, hanem gyakran családi elvárás is, hogy ünnepi vagy társasági alkalmakkor egy-egy pohár alkoholt fogyassunk (Elekes 2000, Elekes 2011). Az alkoholfogyasztáson belül tehát a mérsékelt, alkalmi alkoholfogyasztás nem tekinthető egyértelműen káros szenvedélynek, annak normatív és nem egyértelműen egészségkárosító volta miatt.

A leírtak miatt fontos különbséget tenni a normál és a patológiás alkoholfogyasztás között, még a középiskolások körében is, hiszen a mértékletes alkoholfogyasztás bizonyos esetekben akár protektív tényezőként is viselkedhet.

A tüdőrákos halálozás és a dohányzás közötti összefüggést, valamint a dohányzás prevenció fontos szerepét a betegség visszaszorításában már az 50-es évek elején leírták (Doll és Hill 1950). A nemdohányzók között 15-ször ritkábban észleltek tüdőrákos

megbetegedést, mint a rendszeresen dohányzók körében. A tüdőrákban megbetegedtek csupán 2%-a nem dohányzik, vagy nem dohányzott korábban rendszeresen (Davis 1997). A nemdohányzók várható élettartama nyolc évvel hosszabb, mint a dohányosoké. A WHO úgy tartja, hogy minden második személy, aki rendszeresen dohányzik, a dohányzásával kapcsolatos betegségben fog meghalni (Doll és mt sai 1994). A magyarországi, dohányzással összefüggő halálesetek száma ijesztően magas. Aktív dohányzás miatt körülbelül 23 ezer ember hal meg évente, közel 2300 nő és 20 ezer férfi. Az összes halálesetek egyharmada a 35 év feletti férfiak körében a dohányzásnak tulajdonítható (Szilágyi 2007a). A dohányzással összefüggő halálokok közül a férfiaknál jóval nagyobb a szíveredetű halálozás, míg a nőknél a tüdőrák és a dohányzással összefüggő idült légúti betegség következtében történő halálozás aránya magasabb. A dohányzással összefüggő rokkantossági esetek aránya férfiaknál 25-26%, nőknél 3,3% (összesítve 16%). Ez 500 új rokkant nőt és 5200 új rokkant férfit jelent évente. A dohányzás nemcsak halálozással, hanem a kórházi ápolással is összefügg, leggyakrabban idült hörghurut, illetve szív- és érrendszeri betegségek miatt szorulnak kórházi ellátásra a dohányosok. 2004-ben a nők körében közel tízezer, férfiaknál 45 ezer ápolási eset volt a dohányzásnak tulajdonítható. A 35 év feletti népesség körében ez az összes ápolási eset 2,35%-a. Ehhez hozzá kell adni a passzív dohányzásnak tulajdonítható eseteket is. A három leggyakoribb megbetegedés, mely ennek tulajdonítható, a tüdőrák, az agyvérzés (stroke) és a szívinfarktus. A passzív dohányzásnak tulajdonítható esetek száma 2004-ben közel 25 ezer volt, ez nagyrészt az otthon elszenvedett passzív dohányzásnak köszönhető. A dohányzás tehát az idő előtti és értelmetlen megbetegedés és halálozás egyik kiemelt oka. (Szilágyi 2007a)

Az adatok alapján kimondható, hogy a gyakorlatban a tüdőrákos megbetegedések, valamint az egyéb, dohányzással kapcsolatos betegségek primer prevencióját a dohányzás visszaszorítása jelenti, azon belül is kiemelkedő az egészségnevelés szerepe (Kovács 2000).

### **1.11.1. A dohányzás társadalmi terhei**

A dohányzás betegségeket idézhet elő, akár halált is okozhat. Ennél fogva jelentős társadalmi költségekkel is jár, az adott ország gazdaságának jelentős terhet jelent. A dohányzás társadalomra rótt költségei eléri az évi 98-130 milliárd eurót az Európai Unió országaiban, ami az éves GDP 1%-ának felelt meg. A "Dohányzásellenes és

fejlesztéspolitikai magas szintű kerekasztal” szakmai elnevezésű fórumon, melyet az Európai Bizottság rendezett, a résztvevők arra a megállapításra jutottak, hogy az országok gazdasági potenciáljának egyik alapvető befolyásoló faktora az, hogy az illető ország mennyire képes a dohányzás visszaszorítására. (Szilágyi 2007b)

Az Európai Bizottság már jó ideje tesz erőfeszítéseket annak érdekében, hogy minél kevesebben kezdjenek el dohányozni, és minél többen szokjanak le a dohányzásról. Az elmúlt években számos kezdeményezés indult a dohányzásból eredő problémák leküzdésére. „A volt dohányosok megállíthatatlanok” sorozat legújabb kampánya (2014-2016) elszántan törekszik arra, hogy segítsen a 25–34 éves fiataloknak a leszokásban. A kampány azokra a pozitív változásokra igyekszik felhívni a figyelmet, amelyekben a dohányzással felhagyók részesülhetnek (jobb egészség, jóllét, több költőpénz, stb.). Emellett megfelelő eszközöket is biztosít a leszokáshoz. (Európai Bizottság)

Magyarország a nemzeti GDP 1,7%-a vész el dohányzás miatt, az aktív és passzív dohányzás majdnem 350 milliárd forint kiadást okozott a költségvetésnek. Jelentős, a dohányzás számlájára írható társadalmi terhet jelent a betegség miatti jövedelem-kiesés, a gyógyszerkiadás, a rokkantnyugdíj és a fekvőbeteg-ellátás költsége. Ezzel szemben a dohánytermékek áfájából (70,3 milliárd) és jövedéki adójából (183,9 milliárd) összesen 254 milliárd forint bevételt realizál. Ez közel 100 milliárddal kevesebbet, mint amennyit a dohányzás társadalmi költségeire elkölt. (Szilágyi 2007b)

Fontos, hogy a gyermekek megismerjék a dohányzással összekapcsolódó egészségi károkat, az épüljön be gondolkodásukba, és mire elérik az igazán veszélyeztetett, 12-14 éves kort, döntéseiket ezek tudatában hozzák meg. Legyenek felvértezve a már dohányzó idősebb iskolatársakkal, barátokkal, dohányzó környezettel szemben, akik a fő motiváló erőt jelentik a dohányzás megkezdésében. Sokkal könnyebb és társadalmi szempontból olcsóbb elérni azt, hogy a diák ne gyújtson rá, mint a már dohányzókat leszoktatni a dohányzásról (Kovács 2000).

### **1.11.2. Az alkoholfogyasztás társadalmi költségei**

A világ teljes bortermelésének fele és az összes alkoholdermelésének 25%-a az Európai Közösség országaiból származik, Európa tehát központi szerepet játszik a globális alkoholpiacon. Az alkohol importjának 50%-a, exportjának pedig 70 %-a az Európai Unión belül zajlik, az alkohol-kereskedelem tehát még ennél is inkább Európa-

központúnak mondható. A forgalom nagy része az európai országok közötti kereskedelem révén valósul meg. Az alkohol-kereskedelem 9 milliárd eurót tesz hozzá az Európai Unió kereskedelmi mérlegéhez. Az alkohol-ipar gazdasági szerepe tehát jelentősnek mondható, 2001-ben az alkoholból származó jövedéki adó az akkori 15 tagországban elérte a 25 milliárd eurós összeget (az ellátói láncolaton belül befizetett kereskedelmi és egyéb adók nélkül). Az alkoholnak az adóbevételen kívül másodlagos haszna is van. Sok munkalehetőséget teremt, az alkoholos italok (főleg a bor) előállítása mintegy 750 ezer embernek ad munkát. Az ellátói láncolat más helyein (pl. kocsmák, üzletek) is sok munkavállalót foglalkoztatnak. (Anderson és Baumberg 2006)

A mérleg másik serpenyőjében ott van az alkoholfogyasztás miatt bekövetkező többletkiadás. Az Európai Unió országaiban az alkoholfogyasztással kapcsolatos kiadások eléri a GDP 1,3 %-át, ami évi 125 milliárd eurót jelent. Ez nagyjából megegyezik a dohányzás vizsgálatokor megállapított társadalmi költséggel. Ha kilépünk az anyagi költségek köréből, számos egyéb kárt is számba kell vennünk, amelyet az alkoholfogyasztás okoz. A nem anyagi jellegű kiadások közé kell számítani a szenvedést, a fájdalmat és az élet elvesztését is, amelyet az alkohol által generált bűnözés, társadalmi problémák és egészségkárosító hatás okoz. A felsorolt károk összegszerűsítésére tett kísérletek szerint ezek a költségek évi 270 milliárd euróra rúgnak. A becslések ugyan sok olyan szegmensét tárják fel az emberi létezésnek, melyre az alkoholfogyasztás hatást gyakorol, de még mindig létezik számos további szféra, ahol nem történtek becslések, mivel az adatszerzés lehetetlen volt. Nem született még olyan kutatás, amely alkalmas lenne a társadalomnak okozott károk teljes körű, átfogó számbavételére. (Anderson és Baumberg 2006)

Az Európai Unió alkoholpolitikájában megfigyelhető a prevenció folyamatos hangsúlynövekedése. Az alkoholfogyasztással összefüggő ártalmak csökkentését szolgáló együttes fellépés (JA RARHA) feladata, hogy a 2014–2016 közötti időszakban segítse a tagországokat az alkoholfogyasztással összefüggő ártalmak visszaszorításában. Az alkoholfogyasztást, valamint az azzal összefüggő ártalmak alakulását és tendenciáit az alkohollal és egészséggel kapcsolatos európai uniós információs rendszer (EUSAH) kíséri figyelemmel. Az EUSAH rendszert az uniós közegészségügyi programok keretében közösen gondozza az Európai Bizottság és a WHO. (Európai Bizottság)

### ***1.12. A problémás alkoholfogyasztás***

Az alkohol epidemiológiai kutatások a kezdetektől fogva próbálják mérni a fogyasztás veszélyeztető és problémás formáinak elterjedtségét. A problémás fogyasztási formák leggyakrabban használt mutatói a nagyivás és a lerészegedés. A nagyivást leggyakrabban a férfiak esetében 5 vagy 6, nőknél 4 standard ital egymás után (in a row) történő elfogyasztásával szokás mérni. A mennyiséggel kapcsolatos érvelések elsősorban a vér károsnak tartott alkoholszintjéről szólnak. Az sem egyértelmű, hogy az „egymás után” kifejezés milyen időtartamra vonatkozik. Végül nem egyértelmű a „standard ital” mennyisége sem. A problémát nemcsak az jelenti, hogy országonként különböző lehet ugyanannak az italfajtának az alkoholtartalma, hanem az is, hogy országonként eltérő lehet az a tipikus mennyiség, amit egy italból egyszerre fogyasztanak (pl. rövid ital esetén 4 vagy 5 centiliter). A fenti viták ellenére a binge drinking/nagyivás ma is az egyik legelterjedtebben alkalmazott és legjobban operacionalizált mutató a szélsőséges alkoholfogyasztási formák mérésére. (Elekes 2011)

Jelen disszertációban a nagyivást a leggyakrabban használt definícióval, tehát több ital egymás utáni elfogyasztásával azonosítjuk.

### ***1.13. A társadalmi háttér és az egészségi állapot összefüggése***

Az elmúlt 40 évben számos kutatás foglalkozott az általános egészségi állapot és a társadalmi háttér közötti összefüggés vizsgálatával. Az egyeduralkodó hipotézis szerint a társadalmi egyenlőtlenségek az egész életciklus folyamán kihatnak az egészségi állapotra (Adler és Mtsai 1994). A felnőttekkel foglalkozó kutatások arra a következtetésre jutottak, hogy a halálozási (mortalitási) és megbetegedési (morbidity) adatokban az iskolai végzettség, jövedelem és foglalkozási presztízs szerint jelentős, lépcsőzetes eltérés van. A szocioökonómiai státusz tehát mélyrehatóan befolyásolja az egészséget Európában és az USA-ban egyaránt (Lobmayer és Wilkinson 2000). Számos más kutatás azonban azt igazolta, hogy bár az SES és az egészségi állapot között kapcsolat van a teljes életciklus folyamán, az összefüggés iránya, erőssége eltér a különböző korosztályokban (Ben Shlomo és Kuh 2002). Az SES hatása az egészségre a felnőttek körében a legnagyobb, míg a serdülők és az időskorúak esetében bizonyos mértékű „relatív egyenlősödés” igazolható. Ezekben a korcsoportokban, más

korosztályokhoz – például a felnőttekhez vagy a gyermekekhez – képest a különbségek kisebbek, kevésbé koherensek. Az összefüggés az egyes társadalmi kategóriáknak megfelelően nem mindig lépcsőzetes, sőt, bizonyos esetekben ellentétes (inverz) irányú is lehet (Pikó 2007b). Ennek felismerését követően a kutatásokban előtérbe kerültek a gyermek- és serdülőpopulációt érintő kutatások (Goodman 1999).

Az Egyesült Államokban élő gyermekek körében az SES összefügg számos egészségügyi problémával, ilyenek a légzőszervi betegségek, fogászati problémák, magas vérólom-szint, vashiány, alulfejlettség, érzékszervi károsodás (Bradley és Corwyn 2002). Kevésbé erős ez az összefüggés az egalitáriánusabb országokban, valamint a kapcsolat attól is függ, milyen hosszán tart a szegénység és hány éves a gyermek (Adler 1999). A betegségek lefolyásában is találunk különbségeket a társadalmi csoportok, kategóriák között, nem csak előfordulásukban. Az USA-ban az alacsony SES csoportba tartozó gyermekeknél közel háromszor nagyobb eséllyel lép fel súlyos komplikáció appendicitisnél vagy bakteriális betegségeknel, és halnak bele a fertőzésekbe (Bradley és Corwyn 2002).

A serdülők társadalmi háttéré összefügg ugyan az egészségi állapottal, de nem annyira konzisztensen, mint gyermekkorban. Bizonyos esetekben még inverz kapcsolat is előfordul, azaz bizonyos egészségi állapotbeli eltérések a magasabb státuszúak körében gyakoribbak. Ilyenek például a gyengeség (ill health), szembetegségek, pszichoszociális egészség (anya munkanélkülisége esetén) (West 1997, Pikó és Fitzpatrick 2007, Pikó 2010a). A serdülők körében tehát az összefüggés már kevésbé egyértelmű. Az okokat, melyek miatt a társadalmi háttér szerepe visszaszorult, a szülőktől való fokozatos függetlenedésben, illetve a növekvő kortárshatásban és az ifjúságkultúra sajátos hatásaiban látják a kutatók (West 1997). Emellett olyan eredmények is ismertek, melyek szerint a gyermekeknél tapasztalt összefüggések serdülőkorban sem változnak. A Chen és munkatársai (2006) által az USA-ban élő, 0-18 év közöttiek körében végzett kutatás az általános egészség összes tényezője esetén gradiensszerű összefüggést mutatott ki a társadalmi helyzettel, gyermekeknél és serdülőknél egyaránt. Emerson és munkatársai (2005) az Egyesült Királyságban élő gyermekek és serdülők egészségi állapotát vetették össze a háztartás összebevételével, és hasonló eredményekre jutottak. Ők sem találták jelét a serdülőkori „egyenlősődésnek”.

Az alacsonyabb SES a közvetlen hatásokon kívül olyan hátrányt is eredményezhet a serdülőknél, amely a felnőttkori egészségre van hatással. Mind a gyermekkori, mind a serdülőkori SES összefügg a 23 éves egészségi állapottal (Power 1991). Ez a kapcsolat, tehát a fiatalkori SES és a felnőttkori egészségi állapot összefüggése is mutatja, mennyire fontos annak vizsgálata, hogyan határozza meg a serdülők társadalmi háttére az egészséget, és ebben a kapcsolatrendszerben milyen mediátortényezők játszanak szerepet. Ez a hatás az alkoholfogyasztás, a dohányzás és más egészségmagatartási tényezők, valamint a mentális jóllét formájában mutatkozik meg (Varga és Pikó 2013). A serdülőkori életmód tehát a felnőttkori egészségi állapot egyik döntő befolyásoló tényezője.

#### ***1.14. Az SES és a mentális jóllét***

A gyermekek körében az egyik lehetséges mediátortényező a társadalmi háttér és a felnőttkori egészségi állapot között a mentális egészség (Dalgard 2008). A mentális egészség, vagy mentális jóllét több a betegségek hiányánál. Az egyenlőtlenségek nem elsősorban az egészségi állapotban, hanem többek között a pszichikai állapotban, mint későbbi mediátortényezőben mutatkozhatnak meg (Pikó és Fitzpatrick 2001, 2007). A társas kompetencia, bizonyos pszichoszomatikus tünetek hiánya vagy az önbecsülés mértéke például közvetlenül kihatnak az életminőségre (Levin és mtsai 2009).

A családjukat alacsony társadalmi kategóriába soroló serdülők nagyobb valószínűséggel szenvednek pszichoszomatikus tünetektől ( $EH = 2,32$  [ $MT_{95\%} = 1.54-3.50$ ],  $p < 0,001$ ), mint társaik. Ez szintén közvetítő szerepet játszhat az SES és az egészségi állapot között (Pikó és Fitzpatrick 2007). Ez az összefüggés kora gyermekkorban még nem mutatható ki egyértelműen, de az idő múlásával erősödik (Bolger és mtsai 1995, Lahey és mtsai 1995, McCoy és mtsai 1999). Egy dán vizsgálat tanulságai szerint a kétkezi munkások gyermekei körében a negatív pszichikai tünetek előfordulása gyakoribb, mint a szellemi foglalkozásúak gyermekeinél (Halldórsson és mtsai 1999).

Az önértékelés és a versengés szintén összefüggést mutat a szociális helyzettel. A jobb keresetű szülőkkel rendelkező középiskolások között magasabb az önértékelés szintje és a versengési hajlam (Almas 2011, James és Amato 2013). A középiskolai tanulók magányosság érzése szintén összekapcsolódik a család anyagi helyzetével, egy török fiatalok körében végzett vizsgálat összefüggést talált a serdülők szocioökonómiai státusza és a magányosság érzésének mértéke között. Az alsó SES osztályba sorolt

fiatalok átlagos magányosság pontszáma a legnagyobb, ennél kisebb a középső, a legkisebb pedig a felső osztályba sorolt diákoké (Ayhan és mtsai 2012). Az egészség önértékelése terén is igazolható a társadalmi háttér hatása, amely a pszichoszomatikus tünetképzés egyik fontos indikátora (Torsheim és mtsai 2004). Taylor és Seeman (1999) szintén kiemelték a pszichikai jellemzők közvetítő, mediátor szerepét a társadalmi egyenlőtlenségek és az egészség kapcsolatában. Az optimizmus, az önbecsülés, a kontroll vagy a társas támogatás, a társas kapcsolatok minősége ilyen mediátorok. Egyes viselkedési jellemzők és attitűdök a szocializáció során alakulnak ki, és később hozzájárulhatnak a társadalmi egyenlőtlenségek egészségre gyakorolt hatásának kialakulásához is (Herman-Stahl és Petersen 1999). A nemzetközi tendenciákat a magyar mintán végzett kutatások is megerősítették. Számos, magyar serdülők körében végzett vizsgálat eredményei igazolták, hogy a tanulók élettel való elégedettsége, valamint önminősített egészsége és pszichoszomatikus tüneteik gyakorisága is erős összefüggést mutat családjuk anyagi helyzetével (Pikó és Fitzpatrick 2007, Pikó 2010a, Pikó 2010b, Költő és Zsíros 2013). Emellett a kutatók azt is kiemelték, hogy a magas önértékelés összekapcsolódik a depresszív tünetek kisebb esélyével. Ez az összefüggés igaz az alacsonyabb SES csoportba tartozó tanulók körében is (Költő és Zsíros 2013). Nemcsak a család szocioökonómiai háttere, hanem az iskolatípus is befolyásolja a mentális jóllétet. A szakközépiskolások és a gimnazisták körében magasabb a mentális jóllét szintje, valamint kisebb a kockázati magatartások esélye, mint a szakmunkásképzőben és szakiskolában tanuló fiatalok esetében (Zsíros és Költő 2011).

### ***1.15. Az SES és a káros szenvedélyek***

A pszichológiai változók mellett meg kell még említeni a különböző egészségmagatartási változókat, melyek szintén mediátor tényezőként viselkedhetnek az egészségi állapot és az SES között (Tuinstra és mtsai 1998). A dohányzás, a testmozgás, az étkezési szokások és a televíziónézés is ilyenek (Richter és mtsai 2009). Az egészségmagatartási változók vizsgálata során találták a legtöbb ellentmondásos eredményt, például gyakoribb a kábítószer-használat az alacsony SES csoportba tartozó serdülőknél, de az eredmények nem konzisztensek (Wills és mtsai 1995). A dohányzással kapcsolatos eredmények kevésbé ellentmondásosak: a kutatások nagyobb része a szülők magasabb iskolai végzettségét találta védőfaktornak (Pikó és Fitzpatrick 2007), és az alacsonyabb társadalmi helyzetű serdülők körében számoltak be gyakoribb



dohányzásról (Tuinstra és mtsai 1998). Egy áttekintő tanulmány szerint az alacsonyabb státuszú szülők gyerekeinél gyakoribb a dohányzás, az egészségtelen étkezési szokások és az alacsony fizikai aktivitást, ugyanakkor az alkohol- és drogfogyasztás tekintetében nem sikerült kimutatni szignifikáns eltérést (Hanson és Chen 2007). Vannak azonban ennek ellentmondó eredmények is, például egy magyar 14-22 éves fiatalok körében végzett kutatás, amely nem jelzett összefüggést a dohányzás és az SES között (Pikó és Fitzpatrick 2007).

Az alkoholfogyasztás és az SES között több kutatás inverz kapcsolatot mutatott ki. A serdülőkori (Melotti 2011) és a gyermekkori SES is (Pikó és Fitzpatrick 2007, Humensky 2010) inverz összefüggésben van a serdülőkori alkoholfogyasztással, azaz a magasabb státuszú szülők gyermekei gyakrabban fogyasztanak alkoholt. Ezen összefüggés lehetséges oka, hogy a magasabb státuszú szülők körében gyakoribb a liberálisabb, megengedőbb nevelési stílus, valamint hogy a jobb anyagi helyzetű szülők több zsebpénzt biztosítanak gyermeküknek (Pikó és Fitzpatrick 2007).

Más eredmények ennek ellenkezőjét igazolták, tehát azt, hogy az alacsonyabb státusz a diákok magasabb alkoholfogyasztási esélyével jár együtt (Skultéti és Pikó 2006). Ezt az eredményt azzal magyarázták, hogy az alacsonyabb státuszú szülők kevesebb figyelmet fordítanak gyermekükre, valamint ezek a gyermekek gyakrabban kerülnek rossz mintát közvetítő kortárs csoportba (Pikó és Fitzpatrick 2007).

A serdülőknél tehát az SES hatása rejtett formában is jelen lehet, ha nem is mutatkozik meg direkt módon az egészségi állapotban.

### ***1.16. A genetikai háttér és a káros szenvedélyek***

A dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében igazolták a genetikai tényezők szerepét. A dohányzó vagy alkoholt fogyasztó személyeknél megfigyelhető, hogy stresszes szituációban hajlamosabbak rágyújtani vagy alkoholt fogyasztani. Egy vizsgálat a stressz indukálta cigaretta utáni vágyódás és a dopaminrendszer két génjének polimorfizmusa között talált kapcsolatot. Mindkét mutáció a dopamin anyagcsere-útvonal gyengébb működését eredményezi, ami növeli az esélyét annak, hogy valaki dohányozzon. A dopaminrendszer alulműködése az alkoholfogyasztás esélyét szintén növeli. (Szalai 2013)

A dohányzás esetében egy másik fontos anyagcsere-útvonal is szerepet játszik a rászokásban, a nikotin anyagcsere-útvonala. A CYP2A6 (19q13.2) gén terméke a

nikotin lebontásáért felelős enzim, melynek hiánya csökkent nikotinlebontást okoz. Akiknél hiányzik ez az enzim, ha dohányoznak, kevesebb cigarettát szívnak, valamint kisebb valószínűséggel szoknak rá a dohányzásra. (Szalai 2013)

Végezetül meg kell említeni, hogy önmagukban a genetikai tényezők jelentősége csak nehezen értelmezhető, hiszen a káros szenvedélyek mögött álló genetikai háttértényezők mellett szociális és pszichológiai változók is jelentős szerepet játszanak a kialakulásukban.

### ***1.17. A szociális változók és a káros szenvedélyek***

A korábbi kutatások azt támasztják alá, hogy serdülőkorban a pszichológiai és szociális változók is összefüggenek a káros szenvedélyek kialakulásának kockázatával. Emellett ezek a tényezők egymásra is hatással vannak, hiszen bár a társas befolyást tartják elsődlegesnek, azt, hogy ki lesz függő, erősen befolyásolják a genetikai, személyiségbeli sajátosságok és pszichikai jellemzők (Pikó 2005b).

A serdülőket kortársaik felől érő társas hatások befolyásolhatják a káros szenvedélyek kialakulását. A kortársak dohányzása és alkoholfogyasztása igazoltan növeli a káros szenvedélyek kockázatát (Cruz és mtsai 2012, Ellis és Wolfe 2009, Gajewski és Malkowska-Szkutnik 2012, Kiuru és mtsai 2010, Oteyo és Kariuki 2009, Pikó 2001a). Emellett keresztirányú összefüggés is tapasztalható, azaz a kortársak dohányzása az alkoholfogyasztással (Beal és mtsai 2001, Olds és Thombs 2001), valamint a kortársak alkoholfogyasztása a dohányzással is korrelál (Beal és mtsai 2001, Caballero-Hidalgo és mtsai 2005, Martinez és mtsai 2005, Mulassi és mtsai 2010, Olds és Thombs 2001).

### ***1.18. A pszichológiai változók és a káros szenvedélyek kapcsolata***

Az egészségmagatartással összefüggésben egyre nagyobb figyelmet kap a protektív pszichológiai tényezők vizsgálata. Több kutatási eredmény is rámutat a pozitív lelki fejlődés védőtényezői (például a jövőorientáltság, az énhatékonyság vagy az élet értelmébe vetett hit) közötti erős koherenciára. Egyes protektív tényezők jelenléte gyakran eredményezi az egészségkockázati magatartás alacsonyabb szintjét, ilyen például a jövőorientáltság, azonban az összefüggés ellenkező irányú is lehet. Az önbecsülés magas szintje például egy olyan kompenzációs mechanizmus eredménye is lehet, amelyben a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás az önértékelés növelése

érdekében hozott erőfeszítések tartozékai, így a dohányzás akár magas önértékeléssel is együtt járhat. (Brassai és Pikó 2010)

A pszichológiai változók közül a fiatalok rizikómagatartását potenciálisan befolyásoló tényező lehet a pszichoszomatikus tünetek előfordulása, a szégyenlősség, a magányosság érzése, a vágy a kötődésre, az önértékelés és a versengés.

Az alkoholfogyasztás esetén egyértelmű védőfaktornak bizonyult a serdülők magas önértékelése (Brook és mtsai 2011, Kavas 2009, Kim 2011, Zamboanga és mtsai 2009).

A dohányzás és az önértékelés kapcsolatát számos kutatás vizsgálta a serdülők körében, több kontinens különböző kultúrájú és vallású fiataljai körében. A kutatások eredményei arra utalnak, hogy a dohányzás és az önbizalom, valamint a dohányzás és az önértékelés között van összefüggés. A kutatások egy része szerint az alacsony önértékelés növelheti a dohányzás kockázatát, azonban más keresztmetszeti vizsgálatokban az összefüggés ellenkező irányú, a dohányzó fiatalok népszerűsége és így önbizalma gyakran nő (Brook és mtsai 2011, Karimy és mtsai 2013, Kim 2011, Kislitsyna és mtsai 2010, Nazarzadeh és mtsai 2013, Veselska és mtsai 2009, Zamboanga és mtsai 2009). Az összefüggés a dohányzás és az önértékelés között a fiúk esetében minden kutatásban megjelenik. A lányokat tekintve már vegyesek az eredmények, a vizsgálatok kisebbik része nem mutat ki szignifikáns kapcsolatot (Otsuki 2003, Veselska és mtsai 2009). Ugyanez a mintázat tapasztalható az önértékelés és a rendszeres dohányzás közötti összefüggés vizsgálatakor (Kaufman és Augustson 2008).

A versengés és a fiatalok rizikómagatartása közötti összefüggést eddig viszonylag kevés vizsgálat kutatta. Közvetlen módon csak a dohányzással igazolták a kapcsolatát (Johnson és Hoffman 2000). Ezzel szemben közvetett módon már többször leírták a kapcsolatot. A káros szenvedélyek, valamint a személyiség kapcsolata mind a felnőttek, mind a serdülők körében kimutatható (Johnson és mtsai 1989, Tang és Loke 2013). A serdülők körében az A-típusú személyiség növeli mindkét vizsgált káros szenvedély kockázatát. Az agresszív, versengő viselkedés pedig az A-típusú személyiség egyik fő jellemzője (Johnson és mtsai 1989). Ezen felül a versengő attitűd fokozott kockázatvállalással és szenzoros élménykereséssel jár együtt, ami hajlamosít az egészségkockázati magatartásokra, köztük a káros szenvedélyekre (Jonah és mtsai 2001, Martins és mtsai 2008). Az összefüggést megerősíti egy hazai kutatás is, melynek

tanulságai szerint több szerfogyasztásról számolnak be azok a fiatalok, akikre jellemző a versengő attitűd (Pikó és mtsai 2010).

A szégyenlősség, valamint a magányosság érzése szintén összefüggnek a dohányzással. A magányosság kockázati tényezőnek bizonyult (Christopherson és Conner 2012), míg a 14-17 évesek körében a diákok szégyenlőssége szintén növeli a dohányzás kockázatát (Moylan és mtsai 2013). Az alkoholfogyasztásának tekintetében a magányosságérzet kockázati tényezőnek bizonyult számos kutatásban (Barbosa Filho és mtsai 2012, Peltzer 2009). Más szakirodalmi források azonban nem találtak kapcsolatot (Carvalho és mtsai 2011). A serdülőkori szégyenlősséggel kapcsolatos eredmények is ellentmondásosak (Fothergill és Ensminger 2006, Page 1989). A két változó közötti korrelációt is kimutatták, a szégyenlősség a serdülők körében növeli a magányosság érzésének esélyét, hiszen gátolja a kapcsolatok kialakítását (Christopherson és Conner 2012).

A serdülők körében a káros szenvedélyek és a kötődésre irányuló vágy kapcsolatát még nem vizsgálták, így csak közvetett eredmények igazolják, hogy az kockázati tényezőként viselkedik. Az átlagosnál intenzívebb kötődésre irányuló vágy együtt jár az extrovertált személyiség jelenlétével (Leary és mtsai 2013), ami növeli mindkét vizsgált káros szenvedély előfordulási esélyét (Roozen és mtsai 2014).

A serdülőkori pszichoszomatikus tünetek előfordulása és a káros szenvedélyek között a szakirodalmi források erős és egyirányú korrelációt írtak le. Egy görög serdülők körében végzett vizsgálat szerint a pszichoszomatikus tünetek gyakoribb előfordulása mind a dohányzással (EH = 2,31 [MT<sub>95%</sub> = 1,45-3,68], p<0,001), mind a nagyivással (EH = 1,49 [MT<sub>95%</sub> = 1,13-1,98], p<0,01) kapcsolatban áll. Az említett kutatás kimutatta, hogy a lányok körében (EH = 1,93 [MT<sub>95%</sub> = 1,49-2,5], p<0,001) gyakoribb a tünetek megjelenése, azonban az SES-el nincs szignifikáns kapcsolat. (Giannakopoulos és mtsai 2015)

### ***1.19. A káros szenvedélyek motivációs tényezői***

A motivációk érzelmi töltettel rendelkező attitűdök. Jelen vannak gondolatainkban és bizonyos kívánatos vagy nemkívánatos célokra vonatkoznak (Carver és mtsai 2006).

A motivációk alapjai azok a vélekedések, beállítódások, melyek egy adott magatartás okozta következmények irányába elvárásokat fogalmaznak meg. Az elvárások lehetnek pozitívak vagy negatívak. Az egészségmagatartással kapcsolatos elméletek közül a

legtöbb tartalmazza az adott magatartás következményével kapcsolatos elvárásokat. Ezek az elvárások/vélekedések jelentősen befolyásolják a fogyasztást. Az elvárások beteljesülése megerősítésként funkcionál, amely a leszokást segítheti elő, de a fogyasztást is növelheti. (Pikó 2004)

A motivációkat alapvetően a környezeti ráhatások és a szükségletek határozzák meg. Ezen tényezők befolyásán túl az egyének a személyiség szintjén jelentősen különböznek motivációs hajlamaikban. A szükségletek, a külső környezet és a személyiség kölcsönös kapcsolatban állnak egymással. (Carver és mtsai 2006, Németh és mtsai 2011a)

Az életmódbeli tényezők, mint az alkoholfogyasztás és a dohányzás, az egészségi állapotot befolyásoló kockázati tényezők között első helyen szerepelnek (Boden-Abala és Sacco 2000). A serdülőkor a káros szenvedélyt okozó szerek kipróbálásának időszaka, azonban nem mindegy, hogy az úgynevezett experimentális szerfogyasztás átmegy-e valódi függőségbe. A rendszeres szerfogyasztás kialakulása minél korábbi, annál nagyobb a valószínűség a szokás fennmaradására, és súlyos addikció, valamint betegségek előfordulására (Dratva és mtsai 2013). A prevencióhoz fontos segítséget nyújthat a motivációk feltérképezése, azaz annak vizsgálata, hogy mi motiválja a fiatalokat a dohányzásra és alkoholfogyasztásra. Annak ellenére, hogy a szerfogyasztási típusok gyakran halmozódnak a serdülők problémaviselkedésében (Gilvarry 2000), az egyes kémiai függőségek motivációs struktúrájában jelentős különbségek lehetnek. Az alkoholfogyasztás motivációja például más lehet, mint a dohányzásé vagy az illegális drogfogyasztásé (Simons és mtsai 2000, Pikó és mtsai 2007). Ezen okok miatt a motivációk vizsgálata napjainkra az egészségpszichológiai kutatások egyik központi kérdésévé vált. Megismerésükkel közelebb juthatunk annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy mit jelent, mit nyújt az adott káros szenvedély a különböző egyének számára (Németh 2011). A káros szenvedélyeket okozó szereknek valamilyen funkciója, meghatározó szerepe van az egyén életében, ezért is válhatnak szenvedéllyé. A káros szenvedélyekkel kapcsolatos motivációs elméletek általában komplex motivációs struktúrákat írnak le, amelyek a biokémiai alapoktól a társas megerősítésig terjednek (Pikó 2004).

A korai kutatások, melyek a motivációs struktúrát elemzik, arról számoltak be, hogy a legtöbb esetben multidimenzionális jelenségről van szó. A társas hatásokon kívül igen gyakran megjelenhet az énmegerősítés, az érzelmi reguláció (coping), vagy akár az

unaloműzés is (Wills és Cleary 1995, Wills és mtsai 1999). Az érzelmi regulációban éppúgy szerepelhet a pozitív érzelmek (öröm, jó hangulat) elérése, mint a negatív emócióktól (depresszív érzések és szorongás) való megszabadulás vágya (Cooper 1994). A motivációk keveredése növeli mind a szerfogyasztás, mind a többszörös szerfogyasztás esélyét, vagy akár a problémaviselkedés irányába történő elmozdulást. A vizsgálatok azt is alátámasztják, hogy az alkoholfogyasztás és a dohányzás együttes előfordulása éppen a közös háttértényezők miatt gyakori (Johnson és mtsai 2000). A kockázati magatartásformák együttes előfordulása pedig a későbbiekben különösen nagy egészségi rizikót jelent.

Wills és Cleary (1995) modelljükben, melyet empirikus kutatásokra alapoztak, négy motivációs faktort különítettek el a serdülőkori szerfogyasztásban. Ezek a faktorok az unaloműzés, stresszoldás, énmegerősítés és a szociális/társas motiváció.

Empirikus kutatások megerősítik, hogy az unaloműzés igen gyakori motivációs faktor, a szerfogyasztás pedig hangulatot emelő lehetőség és jelentős izgalomforrás a serdülők számára. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a nyugati, fogyasztás alapú kultúrában a serdülőknek mindig „kell” valamit csinálnia, az unalom egyfajta kihívást jelent. A dohányzás vagy alkoholfogyasztás ebben segíthet, lefoglalja a serdülőket, mind kognitív, mind instrumentális szinten. (Wills és Cleary 1995, Pikó 2004)

A stresszoldó, konfliktusmegoldó (coping) funkciók a kipróbálás kezdetétől megjelenhetnek. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás rövidtávon oldhatják a szorongást, részben tanult, részben biokémiai magatartási reakciók útján, mégsem hatékony konfliktusmegoldó módszerek, hiszen nem segítik elő az adaptációt. A káros szenvedélyek tehát érzelmi alapú coping stratégiák, a pillanatnyi feszültségcsökkentést biztosítják a problémákkal való valódi szembenézés helyett. (Pikó 2004)

Az énmegerősítés lényege, hogy a káros szenvedélyek növelik az önbizalmat, magabiztossá teszik a fogyasztót (Wills és Cleary 1995). A dohányzással kapcsolatban mutatták ki, hogy a dohányzók önbizalma és énhatékonysága – nemdohányzó társaikhoz képest – gyakran magasabb szintű. A longitudinális elemzések során azonban kiderült, hogy a dohányzók körében a kiindulási értékek általában alacsonyabbak. Az alacsony önértékeléssel és önbizalommal rendelkező serdülők nagyobb valószínűséggel dohányoznak. (Pikó 2004)

A szociális/társas motivációk elsősorban a társas megerősítést, a társas befolyás hatását jellemzik a kortárs csoportban. Fontos szerepet játszik a szociális motiváció a serdülőkori alkoholfogyasztással kapcsolatban, hiszen az alkoholt tartják a társas érintkezés motorjának, amint arra a szociális ivás kifejezés is utal (Németh 2011). A dohányzás kipróbálása is leggyakrabban a kortársak körében történik, a társas megerősítés pedig támogatja a magatartási minta rögzülését. A társas összejöveteleken a közös szerfogyasztásban való részvétel szinte általános igény, sokan úgy gondolják, ha kimaradnak ebből, nem fogják olyan jól érezni magukat, mint a többiek, vagy veszíthetnek népszerűségükből (Weitzman és Chen 2005). A szociális motivációk tehát jelentős szerepet játszanak a serdülőkori káros szenvedélyek kialakulásában. (Pikó 2004)

A motivációs tényezők között a társas hatások első helyen szerepelnek (Simons és mtsai 2000), főként a fiatalok körében. A szerfogyasztásnak, de különösen az alkoholfogyasztásnak társas normatív szerepe van. Ez mára már szinte nemtől független, nem csak a fiúk sajátja (Bradizza és mtsai 1999, Wild 2002, Weitzman és Chen 2005). Egy összefoglaló tanulmány megállapította, hogy a legtöbb serdülőkorú a társas motivációk miatt fogyaszt alkoholt, ennél kisebb szerepe van az énmegerősítésnek, még kevesebb az érzelmi regulációnak (Kuntsche és mtsai 2005). Az sem mindegy azonban, hogy az alkoholfogyasztás melyik formájáról van szó: a mértékletes alkoholfogyasztás valóban az úgynevezett szociális iváshoz kapcsolódik, azonban a mértéktelen italozásban már az énmegerősítésnek is jelentős szerepe van. Az érzelmi regulációval (coping) hozhatók összefüggésbe az úgynevezett alkohollal kapcsolatos problémák és a problémás alkoholfogyasztás. Ezeket az eredményeket mind a nemzetközi (Lyvers és mtsai 2010), mind a hazai (Németh és mtsai 2011b) kutatások megerősítik. Ennek az áll a háttérében, hogy alapvetően a csoportnyomástól, a kortársaktól függ, hogy a fiatalok mennyit és mikor isznak, de a részegségig menő alkoholfogyasztást már belsőleg vezérelt indokok befolyásolják (Németh és mtsai 2012). Nagyobb tehát a valószínűsége a mértéktelen alkoholfogyasztásnak, ha valamilyen mentális zavar, pszichikai probléma, szorongás, önbizalomhiány stb. áll fenn.

A társas motivációk előkelő helyen szerepelnek a serdülőkori dohányzás motivációs struktúrájában is, mivel itt is jelentősek a társas hatások (Berg és mtsai 2011). Nagyobb

valószínűséggel dohányzik egy diák, ha a legjobb barátja dohányzik, vagy ha barátai is dohányoznak (Fujimoto és Valente 2012). A dohányzó barátok a dohányzás fenntartásában játszanak elsősorban szerepet (Baade és Stanton 2006). A csoportszocializációnak szerves része a közös tevékenységben való osztozás, és ez mindkét szerfogyasztási típusra jellemző. A dohányzásra azonban erőteljesebben hat az úgynevezett barátszelekció. A barátok kiválasztása sokszor a dohányzó státusz szerint történik (Kiuru és mtsai 2010). A dohányzás fenntartásában, valamint a leszokásban is megjelenhet az unaloműzés (McEwan és mtsai 2008), ennek szerepét a férfiak, fiúk körében még erőteljesebbnek találták (Urbán 2005). A nikotinnak, ezáltal a dohányzásnak stresszoldó, azaz öngyógyító hatása is van. Ezt serdülők (Koval és Pederson 1999) és felnőttek (Urbán és Marián 2003) körében is igazolták. Összességében itt is igaz az, ami az alkoholnál: lehet, hogy sokan a kortársak hatására kezdenek dohányozni, azonban a szokás fenntartásában az érzelmi regulációnak és egyéb tényezőknek (pl. unaloműzés, énmegerősítés) is hatása lehet, főként a függőség kialakulása után (Heinz és mtsai 2010). Egy hazai vizsgálat összehasonlította a kétféle szerfogyasztás motivációs szerkezetét, és arra a megállapításra jutott, hogy míg a dohányzással kapcsolatban többféle motiváció is igazolható, így a társas mellett az unaloműzés, valamint az érzelmi reguláció (coping) és az énmegerősítés (főként a lányok esetében), addig az alkoholfogyasztást kizárólag a társas motivációk befolyásolják (Pikó 2004). A társas motiváció tehát szertípustól és nemtől függetlenül „univerzális” motivációs tényező, ezzel szemben az énmegerősítés és az érzelmi reguláció elsősorban a lányokra jellemző.

### ***1.20. A szociometria módszere***

A szociometriai módszer az egyén társas kapcsolatrendszerét és a közösség vagy csoport egyes sajátosságainak alakulását vizsgáló eljárás (Bábosik 2004). Jelen dolgozatban a módszer használatának célja az egyén kapcsolatrendszerének vizsgálata. A középiskolai tanulók társas kapcsolatrendszeréről beszélve különbséget kell tennünk a kapcsolatok két típusa között. Az eljárás csupán az érzelmi jellegű személyes kapcsolatok vizsgálatára hivatott. Ezen kapcsolatok érzelmi telítettségük következtében jelentős szerepet játszanak a közösségi viszonyok alakításában. Nem tartoznak a szociometriai módszer illetékességi körébe a csoport tagjai között kialakuló felelős függési viszonyok (alá- és fölérendeltségi viszonyok, kooperációs kapcsolatok,



státuszhierarchia rendszer). Ezek a formális (szerepszerű) kapcsolatok hatnak az egyéni, személyes kapcsolatokra és viszont. (Bábosik 2004)

A szociometria módszerét alkalmazva a tanulók magatartása, tevékenysége úgy válik adatforrássá, hogy lehetővé tesszük számukra szimpátiájuk, rokonszenvük kinyilvánítását. Ez biztosítható számos módszerrel, például munkacsoportok szervezésére való késztetéssel, kölcsönös ajándékozási akciók szervezésével, iskolai vagy iskolán kívüli csoportos feladatokkal, kirándulási vagy táborozási csoportok szerveződésére biztosított lehetőségek felkínálásával. Ezen kívül, és ez a leggyakrabban alkalmazott módszer, kérdőíves lekérdezővel, reális választási szituációt tartalmazó kérdésekkel jutnak a kutatók szociometriai adatokhoz. (Bábosik 2004, Mérei 2006)

Az utóbbi módszer került alkalmazásra jelen dolgozat keretei között is.

A személyes kapcsolatok megismerhetőségének alapja abban a pszichológiai-pedagógiai törvényszerűségben rejlik, mely szerint, ha valaki rokonszenvez valakivel, akkor törekszik a neki történő örömszerzésre, a vele való együttlétre. Ezen törekvését magatartásában vagy nyilatkozataiban is kifejezésre juttatja. A szociometriai módszer ezeket a megnyilatkozásokat használja fel a személyes kapcsolatok minősítése során. Az adatfelvétel alkalmával célszerű törekedni rá, hogy általános (erős) és természetes kritériumokat alkalmazzunk, amelyek viszonylag hosszú ideig tartó együttlét (például közös projektmunka, közös szoba az osztálykiránduláson, stb.) lehetőségét kínálják fel. Az így szerzett adatok megbízhatóan mutatják az érzelmi kapcsolatokat. Negatív kritériumok (nem választás) alkalmazása kellő körültekintést igényel, ugyanis a tapasztalatok szerint ezek könnyen megronthatják a csoporton belüli személyes kapcsolatokat. (Bábosik 2004, Mérei 2006)

Az említett okokból a disszertáció adatfelvétele során csak pozitív kritériumok kerültek alkalmazásra.

Ma már a szociometriai felvételek lényegesen túllépik az eredeti, kizárólag rokonszenvi-ellenszenvi választások kérdéskörét. Mivel a cél a közösség szerkezetének, és benne az egyes egyének helyzetének minél sokoldalúbb feltárása, a Mérei Ferenc által kidolgozott több szempontú kérdőív terjedt el. A kérdőív tartalmaz rokonszenvet feltételező („Kik a legjobb barátaid az osztályban?”); közösségi funkcióra vonatkozó („Ha az osztályban bíróság alakulna, az osztálytársaid közül kik volnának a legalkalmasabbak bírónak?”); egyéni tulajdonságokra, képességekre, készségekre,

adottságokra vonatkozó („Kik a legjobb sportolók az osztályban?”); valamint közösségi pozícióra, népszerűsége, érvényesülésre vonatkozó kérdéseket („Mit gondolsz, kikből lesznek osztálytársaid közül szélesebb körben ismert emberek?”). (Bábosik 2004, Mérei 2006)

### ***1.21. A szociometriai pozíció és a társadalmi háttér kapcsolata***

A szakirodalmi források a szociometriai pozíción a diák kapcsolati sűrűségét értik, azt, hogy a diák a közösségen belül mennyi és milyen intenzív kapcsolatokkal rendelkezik. A mutató tehát a diák vizsgált közösségen belüli kapcsolatletteremtő képességét írja le (Kolominszkij 1967). Leggyakrabban a pszichológia használja a mutatót, mivel a tartósan alacsony pozíció összefügg a korai mentálhigiénés problémákkal, személyiségzavarokkal.

#### **1.21.1. A szülők foglalkozása**

Puuszaar (idézi Kolominszkij 1967) kutatásaiban a foglalkozás hatását vizsgálta a tanulók szociometriai pozíciójára. Különböző foglalkozású szülők gyermekeinek szociometriai pozícióját hasonlította össze. Eredményei azt mutatják, hogy a foglalkozási kategóriák között eltérés van, az értelmiségi munkát végző szülők gyermekei átlagosan magasabb szociometriai pozíciót foglalnak el az iskolai osztályukban. Ennek magyarázataként a szülőktől a szocializáció során tanult viselkedésmintákat, ismereteket jelölte meg a szerző. Ezt a megállapítást magyar vizsgálatok is megerősítették, mind az általános-, mind a középiskolákra vonatkozóan (Mérei és V. Binét 2004, Oláh Örsi 2005).

#### **1.21.2. A szülők legmagasabb iskolai végzettsége**

Nem vizsgálták közvetlenül a szülők iskolai végzettsége és a szociometriai pozíció összefüggését, így erre csak közvetett módon következtethetünk. A szülők legmagasabb iskolai végzettségének pozitív hatását a diák tanulmányi eredményére számtalan vizsgálat kimutatta. A társadalmi mobilitás vizsgálatok rámutattak, hogyan termeli újra az oktatási rendszer a gazdasági és kulturális tőkét generációról generációra (Bourdieu 2004). A magas végzettségű szülők gyermekei előnnyel kerülnek be az oktatási rendszerbe, és előnnyel is kerülnek ki onnan. Magasabb a továbbtanulni szándékozók aránya a magas végzettségű szülők gyermekei között, az otthonról hozott kulturális előny megmarad, vagy tovább nő az oktatási rendszerben, és később a fiatal, az oktatási

rendszerrel elhagyva magasabb társadalmi státuszt ér el. A társadalmi háttér iskolai teljesítményre gyakorolt hatásával Magyarországon is számos tanulmány foglalkozott, ezek pozitív összefüggést mutattak ki, a jobb háttér jobb középiskolai érdemjegyekkel párosul (Pusztai 2005, Andor 2001).

Más vizsgálatok, amelyek a szociometriai pozíció indikátorait próbálják felderíteni, erős hatást tulajdonítanak az iskolai teljesítménynek (Kolominszkij 1967).

A tanulmányi aktivitás hatását a szociometriai pozícióra életkori dinamika jellemzi, más életkorú osztályokban különböző mértékű a hatás. Ez a hatás nemcsak az életkortól függ, hanem a tanári hozzáállástól is. Azokban az osztályokban, ahol a tanár megköveteli az órai aktivitást, oktatói eszközökkel próbálja serkenteni azt, ez az aktivitás jobban meghatározza a társas pozíciót, mint ahol a szorgalmat nem feltétlenül várják el a gyermekektől. Ennek oka, hogy az aktivitás tanár általi megkövetelése csoportnormává teszi az ilyenfajta viselkedési formákat, így az azokat gyakrabban kifejtő diákok népszerűsége magasabb lesz. Azt mondhatjuk, hogy a tanulmányi aktivitás annál erősebben határozza meg a diák szociometriai pozícióját, minél jobban elfogadja a csoport az aktivitást, mint viselkedésformát, minél inkább a csoportnorma részét képezi. (Kolominszkij 1967)

Más eredmények arra mutatnak rá, hogy a tanulók szociometriai pozícióját elsősorban nem a tanulmányi eredmény határozza meg, hanem olyan tulajdonságok, személyiségi vonások, amelyeknek köszönhető a jó vagy rossz tanulmányi eredmény. A személyes tényezők közül, melyek együtt járnak a jó tanulmányi eredménnyel, különösen kiemelkedik a „felelősségteljes viszony az osztály tanulmányi ügyeihez”. Mind a tanulmányi eredmény és a szociometriai pozíció, mind pedig a tanulmányi aktivitás, szorgalom, felelősségtudat és a szociometriai pozíció összefüggésével foglalkozó tanulmányok kiemelik, hogy a hatás a két változó között nem egyirányú. Nemcsak a tanulmányi eredmény vagy az aktivitás határozza meg a társas helyzetet, hanem fordítva: a hosszútávon fennmaradó társas helyzet is meghatározhatja, milyen lesz a tanuló tanulmányi eredménye, mennyire lesz aktív az órai feladatok végrehajtása során. (Kolominszkij 1967)

Az előzetes eredmények alapján tehát feltételezhető, hogy pozitív kapcsolat van a társadalmi háttér és a szociometriai pozíció között, amely kapcsolat a szocializáció

során elsajátított viselkedésminták, ismeretek, személyiségvonások és a tanulmányi eredmény közvetítésével áll fenn.

### ***1.22. A populáció-alapú vizsgálatok fontossága***

Összefoglalva a Bevezetésben leírtakat kijelenthető, hogy az alkohol és a dohányzás társadalmi költségeinek csökkentése kiemelt feladat, ennek leghatékonyabb módja pedig a prevenció. Kutatásunk célja a védőfaktorok és kockázati tényezők vizsgálata a magyar középiskolások körében. Az előzőekben leírtuk, milyen kapcsolatokat mutattak ki a korábbi kutatások a társadalmi háttér, a mentális jóllét és a káros szenvedélyek között. Ezek alapján az SES és a mentális jóllét erős kapcsolatát emeljük ki, szemben az SES változók és a dohányzás, valamint alkoholfogyasztás közötti kapcsolattal, amely jelentősen gyengébbnek bizonyult a serdülők körében. A mentális jóllét és a káros szenvedélyek között szintén erős kapcsolatot írtak le az előzetes vizsgálatok. Ezen eredmények alapján fogalmazzuk meg téziseinket.

A leírt összefüggések erősségében és irányában is eltérés lehet különböző országok és kultúrák között. A társadalmi háttér és mentális jóllét tényezőinek vizsgálatával célunk, hogy a Magyarországon alkalmazott prevenciós módszerekhez elméleti adalékot nyújtsunk. Fel szeretnénk térképezni, hogy a nemzetközi kutatásokban kimutatott védőfaktorok és kockázati tényezők hogyan „viselkednek” az általunk vizsgált speciális közegben, a magyar középiskolások körében. Ezzel fel kívánjuk vázolni, hogy a nemzetközi gyakorlathoz képest milyen hangsúlyeltolódások szükségesek a hazai prevenciós munkában, hogy ezen speciális viszonyok között is hatékonyan működhessen a megelőzés.

A társadalmi háttér és a társas helyzet, a szociometriai pozíció összefüggésének vizsgálata azért fontos, mert a magasabb társadalmi pozíciók elérésében a klasszikus tőkefajták közül a kapcsolati tőkének is szerepe van (Bourdieu 2004). A szülők iskolai végzettsége és a gyermek iskolai teljesítménye közötti kapcsolatot főleg olyan szempontból vizsgálták, hogy miként megy végbe az oktatási rendszeren keresztül a társadalmi pozíciók újratermelődése, az oktatás hogyan korlátozza a mobilitást. Ez a megközelítési mód azonban csak a kulturális tőkét veszi alapul, mint a társadalmi pozíció feltételét (Bourdieu 2004).

## 2. Célkitűzések

Kiemelt kutatási terület a serdülők rizikómagatartásának vizsgálata, hiszen a serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás befolyásolja mind az aktuális, mind a felnőttkori egészséget. Az egészségkárosító magatartások és mentális problémák gyakoriságának, valamint a védőfaktorok feltárása a magyar társadalomban segíthet a prevenciós munka hatékonyságának növelésében. Célunk volt a pszichológiai és szociális tényezők és a rizikómagatartások közötti összefüggés vizsgálata. A pszichológiai tényezők közül a szégyenlősséget, a magányosságérzetet, a vágyat a kötődésre, az önértékelést, a pszichoszomatikus tüneteket és a versengést, a szociális tényezők közül a barátok és kortársak dohányzási, valamint alkoholfogyasztási szokásait vizsgáltuk. Célul tűztük ki emellett a szocioökonómiai háttérváltozók vizsgálatát, annak vizsgálatát, hogy a család társadalmi helyzete, a szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége hogyan függ össze a fiatalok mentális jóllétével és rizikómagatartásával. A káros szenvedélyek háttértényezői mellett figyelmet fordítottunk a motivációs tényezőkre, megvizsgáltuk, milyen különböző motivációs tényezők állnak a középiskolások káros dohányzása és alkoholfogyasztása hátterében. Célunk volt még a családi háttértényezők és a diák szociometriai státusza közötti összefüggés vizsgálata, ami segít megérteni a társas nyomás, mint motivációs faktor szerepét a kockázati viselkedésben.

Következtetéseinkkel, eredményeinkkel hasznos adalékot igyekszünk nyújtani a középiskolai prevenciós munka hátteréhez, rávilágítva azokra az összefüggésekre, melyek a gyakorlati prevenció hatékonyságát segíthetik növelni. Szeretnénk kihangsúlyozni annak fontosságát, hogy kutatásunkat helyi reprezentatív mintán végeztük. A különböző országokban, régiókban végzett adatfelvételek különbözhetnek egymástól az összefüggések mintázatában és erősségében is.

Kutatásunk újszerű abból a szempontból, hogy hat különböző skálát felhasználva, több dimenzió mentén vizsgálja a középiskolások pszichológiai állapotát, így próbál teljesebb képet nyújtani a diákok mentális jólléte és káros szenvedélyei közötti összefüggések erősségéről és mintázatáról. Újdonság továbbá, hogy mivel az adolescens populációkban az SES és az egészség közötti kapcsolatok összefüggéseiről szóló eredmények eléggé ellentmondásosak, jelen vizsgálat adatai fontos adalékokkal szolgálnak ehhez a koncepcióhoz, különös tekintettel arra, hogy olyan mentális jóllét-

indikátorok is szerepelnek az elemzésben, amelyek eddig csak kevésbé vizsgáltak (pl. kötődési igény, magányosság, szégyenlősség, stb.).

## **2.1. Hipotézisek**

### **2.1.1. A mentális jóllét és a rizikómagatartás**

A szakirodalmi források vizsgálata alapján arra következtethetünk, hogy a magyar serdülők körében mind a pszichológiai változók, mind a kortárs tényezők összefüggenek a diákok rizikómagatartásával. Hipotéziseink a következők:

- *A vizsgált pszichológiai változók közül a magas önértékelés védőfaktorként, a szégyenlősség, a magányosságérzet, a vágy a kötődésre, a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága és a versengés pedig kockázati tényezőként jelennek meg mind az alkoholfogyasztás, mind a dohányzás tekintetében. (H1)*
- *A szociális változók közül mind a legjobb barát, mind a kortársak dohányzását és alkoholfogyasztását kockázati tényezőnek feltételezzük. (H2)*

### **2.1.2. Az SES és a mentális jóllét kapcsolata**

A szakirodalmi források vizsgálata alapján arra következtethetünk, hogy az SES indikátorai és a mentális jóllét változói között kapcsolat áll fenn:

- *Azt feltételeztük, hogy a család jobb társadalmi helyzete pozitívan korrelál a mentális jóllét indikátoraival, tehát a magyar fiatalok körében a magasabb SES magasabb szintű versengéssel és önértékeléssel, alacsonyabb szégyenlősséggel, magányosságérzettel, alacsonyabb kötődésre irányuló vágygal és a pszichoszomatikus tünetek ritkább előfordulásával jár együtt. (H3)*

### **2.1.3. Az SES és a káros szenvedélyek összefüggése**

A dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint a szocioökonómiai háttér változói között szintén feltételezünk kapcsolatot. A szakirodalmi források vizsgálata alapján arra következtethetünk, hogy:

- *A magasabb SES csoportba tartozó diákok körében nagyobb az alkoholfogyasztás aránya. (H4)*
- *A magasabb SES a dohányzás kisebb esélyével jár együtt. (H5)*

#### **2.1.4. Az SES és a szociometriai pozíció összefüggése**

A szakirodalmi források vizsgálata alapján arra következtethetünk, hogy kapcsolat áll fenn az SES és a szociometriai pozíció között. A kapcsolat iránya pedig pozitív, azaz a jobb háttérrel rendelkező diákoknak magasabb az osztályon belüli szociometriai pozíciójuk. Ezek alapján feltételezzük, hogy:

- *a magasabb SES csoportba tartozó diákok átlagosan magasabb szociometriai státusszal rendelkeznek. (H6)*

## **3. Módszerek**

### **3.1. Minta**

#### **3.1.1. Előkészítő mintavétel**

Az előkészítő mintavétel célja a szociometriai háttértényezők és az SES változók összefüggésének vizsgálata volt. Ezt az adatsort csak erre a célra használtuk fel, mivel ebben a mintavételben még nem mértük a rizikómagatartásokat. Az adatfelvételt 2010-ben végeztük, a mintába 15 osztály került be, mindhárom képzési típusból – szakmunkásképző, szakiskola, gimnázium – öt-öt osztály. A vizsgálatban két debreceni (Baross Gábor Szakiskola, Erdey-Grúz Tibor Vegyipari Szakközépiskola) és egy hajdúböszörményi (Bocskai István Gimnázium) intézmény osztályai vettek részt, a mintába kerülő osztályokat véletlenszerűen választottuk ki. A mintába 397 tanuló került be a felkért 399-ből (99,5%). A mintába nem kerültek be olyan kilencedikes osztályok, amelyek tanulói négyéves képzésben vesznek részt, mivel ezek új közösségek, és az osztályok stabil szociometriai hálójának kialakulásához szükség van legalább egy együtt eltöltött évre, ezáltal az itt végzett vizsgálat eredményeit nem tekinthetjük megbízhatónak (Mérei 2006).

Az adatfelvétel előtt felvettük a kapcsolatot az iskolák igazgatóival és a kiválasztott osztályok osztályfőnökeivel, hogy engedélyezzék a vizsgálatot. A megkeresett intézményvezetők és pedagógusok kivétel nélkül engedélyezték a felmérést. Az adatfelvétel során az osztályokban ismertettük a kutatás célját, valamint azt, hogy a kutatás anonim és önkéntes. A kérdőívek kitöltése átlagosan 10-15 percet vett igénybe.

#### **3.1.2. Fő mintavétel**

A vizsgálatot a 2012/13-as tanév második féléve folyamán végeztük. A lekérdezésben három debreceni középiskola, az intézményeken belül összesen 22 osztály vett részt, melyeket véletlenszerűen választottunk ki. A mintába került osztályok 501 tanulója vett részt a vizsgálatban, az 503 elérhető tanuló közül (99,6%). A vizsgálatban részt vevő diákok száma körülbelül 2,5%-a a teljes populációnak, azaz a közel 20.000 debreceni középiskolás diáknak (KSH 2016). A kérdőív a Melléklet részben olvasható.

A diákokat tájékoztattuk a kitöltés módjáról és a kérdőív céljáról. A kitöltés átlagosan 20 percet vett igénybe és önkéntes módszerrel történt az osztályfőnöki órák első felében. A kérdőívet az osztályfőnökökkel és az intézmények vezetőivel is



engedélyeztettük. A részvétel anonim és önkéntes volt. A kutatás tervezésekor sem jogszabály, sem a Doktori Iskola nem kötelezte a hallgatókat egyéb, etikai engedély megkérésére nem orvosi kísérleteket érintő vizsgálatok esetében.

A mintába került diákok harmada (33,9%) volt fiú és kétharmada (65,9%) lány. A mintába került osztályok 9. és 13. évfolyam közöttiek, minden évfolyamból található legalább egy a mintában. A diákok évfolyamonkénti megoszlását az 2. táblázat mutatja be.

2. táblázat A diákok évfolyamonkénti száma és aránya a mintában

Évfolyam	Diákok száma (%)	
9.	143	(28,5%)
10.	108	(21,6%)
11.	195	(38,9%)
12.	42	(8,4%)
13.	13	(2,6%)
Összesen	501	(100%)

A lekérdezett osztályok között mind a négy fő képzési típus (szakiskolai, szakközépiskolai, gimnáziumi és 5 évfolyamos, két tanítási nyelvű) képviselői megtalálhatóak. A mintába került diákok között 3,2% a két tanítási nyelvű (5 évfolyamos képzés), 44,9% a szakközépiskolai, 49,5% a gimnáziumi és 5,6% a szakiskolai képzésben tanulók aránya. A serdülők életkora 14 és 21 év között volt, mivel a mintában 13. évfolyamosok is bekerültek (átlagéletkor = 16,37 év). 6 tanuló volt 19 év fölötti, ők mind képzésük utolsó évfolyamába jártak.

Az életkor és az évfolyam mintabeli eloszlása nem tér el a populációbeli aránytól. Mintánkban a lányok felülreprezentáltak, az iskolatípus tekintetében pedig az arányok nagyjából megegyeznek a populációban tapasztalhatóval (enyhe szakiskolai alulreprezentáltsággal) (KSH 2016).

## 3.2. Mérőeszközök

### 3.2.1. Előkészítő mintavétel

#### 3.2.1.1. A szociometriai pozíció mérése

A szociometriai pozíció méréséhez a szociometria módszerét használtuk. A kérdőív szociometriai kérdéseket tartalmazott, melyek segítségével feltérképeztük a kiválasztott osztályközösségek kapcsolati hálóját.

3. táblázat A szociometriai pozíció indikátorai

Indikátor leírása	Név
Kölcsönös hosszú távú kapcsolatok (későbbi kapcsolattartás kritériuma alapján)	I1
Kölcsönös baráti kapcsolatok (általános szimpátia kritériuma alapján)	I2
Kölcsönös „haveri” kapcsolatok (általános szimpátia kritériuma alapján)	I3
Jelölt hosszú távú kapcsolatok	I4
Jelölt baráti kapcsolatok	I5
Jelölt „haveri” kapcsolatok	I6
Kapott hosszú távú kapcsolati jelölés	I7
Kapott baráti kapcsolati jelölés	I8
Kapott haveri kapcsolati jelölés	I9
Hány személlyel van kölcsönös kapcsolata	I10
Hány személyt jelölt összesen	I11
Hány személy jelölte összesen	I12

Ennek során a tanulóknak szimpátia-alapú döntést kellett hozniuk, a kérdésekre osztálytársaik nevével kellett felelniük. A kutatásban az iskolai osztályt tekintettük vizsgálendő közösségnek, ezért a szociometriai kérdésekre válaszként a diákok csak az osztályközösségből választhattak. Az adatfelvétel során az általános (pl. „Kiket tekintesz barátodnak az osztályból?”) és a hosszú távú (pl. „Kik azok az osztálytársaid, akikkel szerinted 10 év múlva is tartani fogod a kapcsolatot?”) kritériumokat vegyesen használtuk (Mérei 2006). A szociometriai kérdésekre válaszként adható nevek számát nem limitáltuk, így biztosítottuk az eredmények pontosságát. A diákok személyiségi

jogainak betartását kiemelten kezeltük, az osztályközösség tagjai kódot kaptak, és a kódszámokkal válaszoltak a kérdésekre.

A kérdésekre adott válaszok alapján elkészítettük az osztályok szociogramját és kapcsolati mátrixát (Mérei 2006), ezek segítségével összesen 12 indikátort (3. táblázat) állítottunk fel, amelyekkel a szociometriai pozíciót mértük (Petrussek 1972). Az indikátorok közül az I1, I4 és I7 indikátorok a kérdőív „Kik azok az osztálytársaid, akikkel szerinted 10 év múlva is tartani fogod a kapcsolatot?” kérdésre adott válaszra épülnek. Az I1 a kölcsönös, tehát a jelölt által viszontjelölt kapcsolatok, az I4 csak a jelölt, az I7 indikátor pedig csak a kapott jelölések számát mutatja. Ezek az indikátorok tehát a későbbi kapcsolattartás kritériumát mérik. Az I2, I5, I8 indikátorok mérése az „Az osztálytársaid közül kit tekintesz barátodnak?”, az I3, I6, I9 indikátorok mérése pedig az „Az osztálytársaid közül kit tekintesz haverodnak?” kérdésre adott válaszok alapján történik. Ezek az indikátorok az általános szimpátia kritériumát mérik. Az I10 indikátor mindkét kritériumot méri. Ez az indikátor azért fontos, mert azt méri, mennyire kiterjedt az egyén ismeretségi köre. Az eddigiek csak az egyén kapcsolatainak, illetve jelöléseinek számát mérték. Mivel két egyén között többszörös kapcsolat is lehet (különböző kritériumok szerint), ezért az előző indikátorok torzíthatnak, ezt küszöböli ki az I10 indikátor. Ugyanez igaz az I11 és I12 indikátorokra, amelyek szintén a jelölt, illetve az egyént jelölő személyek számát mérik, nem pedig a jelölések, vagy a kapott jelölések számát, így a kapcsolati háló méretét mérik, nem az intenzitását.

A 12 indikátoron faktoranalízist alkalmaztunk. Az eljárás segítségével a 12 indikátor értékeiből egy standard eloszlású változót hoztunk létre a faktorszakórok alapján, melynek átlaga 0 és szórása 1. Ebből a faktorváltozóból, a szociometriai pozíció mérésére létrehoztunk egy háromértékű, ordinális változót, melyet centrális-marginális helyzetnek nevezünk el. Mérei (2006) szociometriai témájú kutatásai során (több száz csoport vizsgálata során) feltárta, hogy a közösségre jellemző egy „átlagos” CM (centrális-marginális) mutató. Egy iskolai osztályt három alcsoport alkot, a központ vagy centrum, a társas övezet és a perem, amelyekbe a diákok társas kapcsolataik alapján tartoznak. A centrum, a társas övezet és a perem tehát csak egymás viszonyában léteznek, és arányuk adja meg a CM mutatót. A mutató átlagos értéke 20-50-30, ez a központi mag (20 %) – társas övezet (50 %) – perem (30 %) átlagos aránya a

középiskolai csoportokban. Ezt a felosztást követve, a centrális-marginális helyzet három értékét úgy hoztuk létre, hogy egy osztályon belül a szociometriai pozíció felső 20%-a tartozik az első kategóriába (központi mag), 50% a másodikba (társas mező), és a legalacsonyabb 30% a harmadik kategóriába (periféria).

### **3.2.1.2. A társadalmi helyzet**

A mintában a társadalmi helyzetet az anya iskolai végzettségével, foglalkozási kategóriájával és termelési hierarchiában betöltött szerepével mértük. Azért csak az anyára vonatkozó SES változót használtunk, mert a szakirodalom alapján a kapcsolatteremtő képességgel összefüggő személyiségjegyek, viselkedésformák legnagyobb részben az anya hatását tükrözik (Mérei és V. Binét 2004). Az iskolai végzettség kategóriái: 8 általánosnál kevesebb (1), 8 általános (2), szakmunkásképző vagy szakiskola (3), szakközépiskola (4), gimnázium (5), főiskola (6), egyetem (7). A foglalkozási kategória méréséhez a következő kategóriákat alkalmaztuk: fizikai alkalmazott (1), szellemi alkalmazott (2), vállalkozó (3), nyugdíjas (4), munkanélküli (5), egyéb (6). Az egyéb kategóriára főként azért volt szükség, mert a próbakérdőív alapján kiderült, hogy a diákok általában tisztában vannak anyjuk foglalkozásával, de többen nem tudták egyértelműen besorolni a szülő foglalkozását az első öt kategóriába. Ebben az esetben az egyéb kategóriában feltüntetett foglalkozást mi soroltuk be az adatfeldolgozás során. A termelési hierarchiában betöltött hely indikátorát három kategória alkotja: beosztott (1), közvetlen munkairányító (2), közvetett termelésirányító (3). A szülő iskolai végzettsége, foglalkoztatási kategóriája és termelési hierarchiában betöltött helye szerint a diákok szüleit két alapvető kategóriába soroltuk, ezek a manuális és a nem-manuális kategória (Szalai 2005). A manuális kategóriába a fizikai alkalmazott; ezen kívül a szellemi alkalmazott és alacsony iskolai végzettséggel (főiskola/egyetem alatt), valamint beosztott státusszal rendelkező anyák gyermekei kerültek. A nyugdíjas és munkanélküli foglalkozási kategóriába tartozó anyák gyermekei közül azon diákok kerültek a manuális kategóriába, akiknek szülője alacsony végzettségű, beosztott vagy közvetlen munkairányító. Mindenki más, aki nem tartozik a felsorolt csoportokba, a nem-manuális foglalkozási kategóriába került (Szalai 2005).

### **3.2.2. Fő mintavétel**

#### **3.2.2.1. A szocioökonómiai státusz változói**

A tanulók szocioökonómiai státuszát az anya és az apa alkalmazási státuszával és legmagasabb iskolai végzettségével (objektív indikátorok), valamint a társadalmi helyzet önbesorolásával (szubjektív mutató) mértük (Pikó és Fitzpatrick 2001, 2007). A társadalmi helyzet önbesorolása esetén a más kutatásokban is rendre alkalmazott kategóriákat kérdeztük le: alsó-, alsó-közép, közép-, felső-közép és felső-osztály (Pikó és Fitzpatrick 2007, Pikó 2010a, Pikó 2010b). Úgy döntöttünk, az elemzés során a válaszokat három kategóriába vonjuk össze: alsó- és alsó-közép osztály / középosztály / felső osztály és felső középosztály (Pikó 2010b). Ennek oka, hogy az alsó- és alsó-közép osztály, valamint a felső- és felső középosztály kategóriákat relatíve kevesebb diák választotta, így az összevonás praktikus a könnyebb elemezhetőség miatt. Ezen felül, a mintavétel során azt tapasztaltuk, hogy a diákoknak nehézséget okoz az alsó és alsó-közép, valamint a felső és felső-közép kategóriák közötti különbségtétel.

Az apa és anya legmagasabb iskolai végzettségét a következő kategóriákkal mértük: általános iskola, szakmunkásképző, érettségi, főiskola/egyetem. Ezekből az elemzés során a középiskola vagy kevesebb (1) és főiskola/egyetem (2) kategóriákat hoztuk létre.

Az alkalmazási státusz esetén a diplomás/vezető (1), egyéb szellemi (2), önálló vállalkozó (3), szakmunkás (4), segédmunkás (5), munkanélküli (6), valamint az egyéb kategória közül választhattak a kérdezettek. A válaszokat változatlanul (1-6), de az egyéb kategória kihagyásával kódoltuk. Az egyéb kategória kihagyásának oka, hogy számos tanuló nem tudta besorolni a szülei foglalkozását, ezért a más kategóriába tartozókat beírta az egyéb kategóriába, ahol feltüntette konkrét foglalkozásukat. Ez alapján mi soroltuk be a diákok szüleit.

#### **3.2.2.2. Az alkoholfogyasztást és dohányzást mérő változók**

Az alkoholfogyasztás mérésével kapcsolatban fontos kiemelni, hogy annak a középiskolások körében is normatív jellege miatt (Arnold 2014, Halmai és Németh 2011b), valamint annak nem egyértelmű egészségkárosító (bizonyos mennyiség és gyakoriság esetében akár egészségvédő) hatása miatt (ahogy azt a Bevezetésben is jeleztük) a mérsékelt alkoholfogyasztás nem tekinthető egyértelműen káros szenvedélynek. Ezen okból, magát az alkoholfogyasztást a káros szenvedélyek körébe

soroljuk ugyan, de elkülönítjük, külön mérjük, vizsgáljuk és elemezzük az egyszerű fogyasztást és a rendszeres, nagymértékű fogyasztást, a nagyivást.

Dichotóm változókkal mértük a tanulók dohányzásának, illetve alkoholfogyasztásának előfordulását („Szoktál-e alkoholt fogyasztani?” , „Szoktál-e dohányozni?”). A válaszokat 1 = „Igen” és 2 = „Nem” kódokkal láttuk el. A nagyivás gyakoriságát mérő változóval is kiegészítettük a vizsgálatot („Az elmúlt hónapban hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?”). A változót 1 = „Egyszer sem” és 6 = „Több, mint 10-szer” között kódoltuk (Pikó 2010a). A további elemzésben a nagyivást, mint dichotóm változót használtuk. Nagyivónak tekintettünk minden diákot, aki legalább kétszer fogyasztott nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt a mintavételt megelőző egy hónapban.

### **3.2.2.3. A mentális jóllét mérése**

A mentális jóllétet pszichológiai változókkal mértük, melyek közül a magányosságérzet, a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága, az emberi kötődésre irányuló vágy, a versengés, az önértékelés és a szégyenlősség változókat vontuk be a kutatásba. Mérésükre nemzetközi szakirodalmi forrásokból adaptáltunk skálákat. A skálák pontértékei az adott tulajdonság mértékét jelzik, a nagyobb pontszám, például a szégyenlősség esetén, a diák nagyobb szégyenlősségének szintjét jelzi.

Pszichoszomatikus tünetek mérésre a pszichoszomatikus tünetek skála (Psychosomatic Symptom Checklist) adaptált és validált változatát (Pikó és mtsai 1997) használtuk. Ennek hét tétele egy-egy jellemzően pszichoszomatikus tünet előfordulásának gyakoriságára kérdez rá (hát- vagy derékfájás, gyomorfájás, idegfeszültségből eredő fejfájás, idegességből eredő hasmenés, stb.). A négy lehetséges válasz (a „soha”-tól a „gyakran”-ig) kódolása 1-4-ig történt. A tételekre adott válaszok pontszámait összeadtuk. A skála Cronbach-alfa mutatója a mintában 0,77 volt.

A serdülők önértékelését a Rosenberg-féle önértékelés skála (Rosenberg's Self-esteem Scale) magyar nyelvre adaptált és validált változatával (Kézdi és Surányi 2010) mértük. A skála 10 tételből áll (pl. „Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van”, „Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalábbis másokhoz képest”, „Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások”), ebből 5 fordított (pl. „Mindent egybevetve, hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelen, sikertelen embernek tartsam magam”, „Időnként értéktelennek érzem magam”). A kérdésekre adható lehetséges válasz „Egyáltalán nem értek egyet”-

től „Teljesen egyetértek”-ig terjed. 0-tól 3-ig kódoltuk a válaszokat (fordított tételek esetén 3-tól 0-ig), majd a pontszámokat összeadtuk. A Chronbach alpha értéke 0,83 volt a mintánkban.

Az UCLA magányosság skála (UCLA Loneliness Scale) átalakított változatát (Russell és mtsai 1980) használtuk a diákok magányosságának mérésére. A kérdőív validálása sajnos még nem történt meg, de már használták magyar mintán (Csóka és mtsai 2007), ezt a kérdéssort vettük át. A 20 állítást tartalmazó kérdéssor (pl. „Hiányzik a társaság”, „Senkihez sem fordulhatok”, „Nem tartozom senkihez”) fele, azaz 10 állítás fordított (pl. „Nem érzem magam egyedül”, „Úgy érzem, tagja vagyok egy baráti körnek”, „Jól megértem magam az emberekkel”). A skála kérdései négy különböző válaszlehetőséget kínálnak fel az „Egyáltalán nem értek egyet”-től a „Teljesen egyetértek”-ig. A válaszokat 1 és 4 közötti értékekkel kódoltuk (a fordított állítások esetében 4-től 1-ig), ezután az értékeket összeadtuk. A skála Chronbach alpha mutatójának értéke a mintában 0,85 volt.

Az emberi kötődésre irányuló vágy mérésére a vágy a kötődésre skála (Need to Belong Scale) 10 tételű verzióját (Leary és mtsai 2013) használtuk, ezt magyar nyelvre fordítással adaptáltuk. A skála tételei olyan állítások (pl. „Szeretném, ha az emberek elfogadnának engem”, „Nagyon fontos számomra, hogy tartozzak valakihez”, „Nagyon zavar, ha nem szerepelek mások terveiben”), melyekre a lehetséges válasz az „Egyáltalán nem igaz, nem jellemző rám”-tól a „Teljes mértékben igaz, jellemző rám” válaszig terjed. A tételekre adott válaszokat 1 és 5 közötti értékekkel kódoltuk, majd összeadtuk (fordított tételek esetében 5-től 1-ig). A skála Cronbach-alfa mutatója a mintában 0,60.

A serdülők szégyenlősségének mérésére az átalakított, 13 tételből álló Cheek és Buss szégyenlősség skála (Cheek and Buss Shyness Scale, RCBS)(Cheek és Buss 1981, Rai 2011) magyar nyelvre fordítással adaptált verzióját alkalmaztuk (pl. „Társas helyzetben kissé esetlen vagyok”, „Ha társaságban vagyok, sokszor nem tudom, miről beszéljek”, „Nehezemre esik természetesen viselkedni, ha új emberekkel találkozom”). A válaszokat ugyanezekkel a válaszlehetőségekkel és pontszámokkal kódoltuk. Mintánkban a skála megbízhatósági mutatója 0,78 volt.

A 14 tételből álló versengés skálát is adaptáltuk (Competitiveness Scale) (Harris és Houston 2010, Pikó és mtsai 2010), tételeit (pl. „Versenyző egyéniség vagyok”,

„Élvezem az ellenféllel szembeni versengést”, „Gyakran megpróbálok másokat túlteljesíteni”) ugyanezzel az adaptálási módszerrel, ugyanezekkel a válaszlehetőségekkel és kódolással alkalmaztuk. A kérdéscsoport Cronbach alfa mutatója a mintában 0,84 volt.

#### **3.2.2.4. Szociális változók**

Szociális változókat is bevontunk a kutatásba, melynek célja az volt, hogy megvizsgáljuk, van-e összefüggés a diákok alkoholfogyasztási, illetve dohányzási szokásai és kortárs csoportjuk egészségmagatartása között. Rákérdeztünk a diákhöz közel álló kortársainak („A barátaid közül hányan isznak rendszeresen alkoholt?”, „A barátaid közül hányan dohányoznak?”), valamint a legjobb barátjának („A legjobb barátod szokott-e dohányozni?”, „A legjobb barátod szokott-e alkoholt fogyasztani?”) rizikómagatartására. A kortársakra vonatkozó válaszokhoz 1 = „Egyik sem” és 5 = „Mindegyik” közötti értékeket rendeltünk, a legjobb barátokra vonatkozókhöz pedig 1 = „Igen” és 2 = „Nem” kódokat (Kovacsics és mtsai 2007, Sebestyén és Németh 2007).

#### **3.2.2.5. Motivációk**

A motivációs attitűdök mérésére az úgynevezett Substance Use Coping Inventory (Wills és Cleary 1995, Wills és mtsai 1999) módszer korábban adaptált magyar változatát használtuk (Pikó 2004, Pikó és mtsai 2007). A módszer négy alskálát tartalmaz (mindkét szerfogyasztás vonatkozásában), melyek a következők voltak: társas motivációk (4 tétel, pl. „A dohányzás/alkoholfogyasztás élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket”), énmegerősítés (4 tétel, pl. „A dohányzás/alkoholfogyasztás növeli az önbizalmat”), unaloműzés (2 tétel, pl. „Az ember általában akkor gyűjt rá / iszik alkoholt, ha nincs más dolga”) és coping/érzelmi reguláció (4 tétel, pl. „A dohányzás megnyugtat, amikor az ember ideges”). A válaszlehetőségek az „egyáltalán nem igaz” választól a „teljes mértékben igaz” válaszig terjedtek, melyeket 1-től 4-ig kódoltunk. A dohányzási és alkoholfogyasztási alskálák Cronbach alpha mutatói az unaloműzés kivételével jónak tekinthetők a mintában (4. táblázat).

A legalacsonyabb Cronbach alpha mutatóval rendelkező skála az alkoholfogyasztással kapcsolatos unaloműzés motivációs skála (0,57). A skála már korábban is gyenge mutatóval szerepelt hasonló mintán, ennek ellenére a motivációs struktúra teljessége



miatt szerepet kapott a további elemzésben (Pikó 2004). Mi is így jártunk el elemzésünk során.

4. táblázat A dohányzási és alkoholfogyasztási alskálák Cronbach alpha mutatói a mintában (N=501)

Alskála	Dohányzás	Alkoholfogyasztás
Társas motivációk	0,87	0,83
Unaloműzés	0,67	0,57
Énmegerősítés	0,88	0,78
Érzelmi reguláció	0,90	0,88

### **3.3. Statisztikai elemzés**

A nemek közti különbségeket khi-négyzet, Mann-Whitney és (normál eloszlású változók esetén) t-próbával, a változók eloszlását pedig leíró statisztikákkal és Kolmogorov-Smirnov próbával vizsgáltuk. A káros szenvedélyek, valamint a pszichológiai és szociális változók közötti összefüggést bináris logisztikus regresszió alkalmazásával elemeztük. Szigorú statisztikai értékelést alkalmaztunk, a p értékek megállapításakor Benjamini-Hochberg többszörös hipotézis korrekciót végeztünk. Az eredményeket 5%-os szignifikancia szinten értékeltük. SPSS 16.0 szoftvert használtunk a statisztikai elemzéséhez.

## 4. Eredmények

### 4.1. Leíró statisztikák

Ahogy a vizsgált változók leíró statisztikái mutatják (5. táblázat), a mintába került fiatalok 33,1%-a dohányzik. Az alkoholfogyasztás esetén pont fordított az arány, több mint a diákok kétharmada szokott alkoholt fogyasztani. A választ nem adó fiatalok aránya mindkét kérdésnél alacsony volt (2,2% és 2,6%).

A rendszeres alkoholfogyasztásra rákérdezve azt tapasztaltuk, hogy a diákok harmada bevallása szerint az elmúlt hónapban egyszer sem fogyasztott több pohár alkoholt. 17,6% egyszer, 18,6% kétszer, 19,6% pedig háromszor vagy többször fogyasztott egyszerre több pohárral az elmúlt hónapban. Viszonylag magas azok aránya (8%), akik egy hónap alatt hatszor vagy annál többször tették ugyanezt.

A nagyívás, mint dichotóm változó tekintetében azt tapasztaltuk, hogy a diákok 50,9%-a az elmúlt hónapban nem, vagy csak egyszer fogyasztott több pohár alkoholt, így nem tekinthető nagyívónak. 38,1% ezzel szemben többször is fogyasztott nagyobb mennyiségű alkoholt, így őket nagyívónak tekintjük.

A diákok csaknem fele nyilatkozott úgy, hogy a legjobb barátja dohányzik. Önmagáról azonban csak a fiatalok harmada (33,1%) ismeri el ugyanezt. Ez azért érdekes eredmény, mivel középiskolai osztályok diákjairól van szó, ahol az osztályok minden elérhető diákját lekérdeztük. Emiatt ebben a kérdésben hasonló eredményre számítottunk, mint a dohányzás előfordulásánál, hiszen feltételeztük, hogy a lekérdezett diákok többségének legjobb barátja is bekerült a mintába (kivéve, ha hiányzott vagy nem az osztály tagja). Ugyanez a tendencia érvényesül a legjobb barát alkoholfogyasztásánál. A diákok 71,1%-a úgy nyilatkozott, hogy legjobb barátja fogyaszt alkoholt. Ez valamivel több, mint akik elismerik saját alkoholfogyasztásukat (67,3%).

Az 6. táblázatban láthatók a pszichológiai változók leíró statisztikái, a változók átlagai és szórás értékei, minimum és maximum értékei. Az eltérő kódolás miatt az átlagok és szórások összehasonlítása nem nyújt megfelelő információt, így az eredményeket más, magyar középiskolások körében, hasonló változókkal végzett kutatások eredményeivel vetettük össze (lásd 5.1. fejezet).

5. táblázat A káros szenvedélyek és a szociális változók leíró statisztikája a vizsgált középiskolások körében (%)<sup>a</sup>

Változó	Teljes minta (N=501)	Fiúk (N=170)	Lányok (N=330)
Dohányzik-e?			
Igen	33,1	32,9	33
Nem	64,7	64,7	64,8
Fogyaszt-e alkoholt?			
Igen	67,3	75,9	62,7
Nem	30,1	21,2	34,8
Az elmúlt hónapban hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?			
Egyszer sem	33,3	28,8	35,8
Egyszer	17,6	17,6	17,6
Kétszer	18,6	14,7	20,6
3-5 alkalommal	11,6	16,5	9,1
6-9 alkalommal	4,8	7,1	3,6
Több mint 10-szer	3,2	7,1	0,9
Nem tudja/nem válaszolt	11	9,4	12,4
Legjobb barát dohányzik?			
Igen	45,9	48,8	44,5
Nem	50,3	46,5	52,4
A barátaid közül hányan dohányoznak?			
Egyik sem	7,4	7,1	7,6
Néhány	41,3	39,4	42,4
Kb. fele	20,0	17,6	21,2
Legtöbb	21,8	24,7	20,3
Mindegyik	2,8	1,8	3,0
Nem tudja/nem válaszolt	6,8	9,4	5,5
Legjobb barát szokott-e alkoholt fogyasztani?			
Igen	71,1	78,2	67,3
Nem	23,8	15,3	28,2
A barátaid közül hányan isznak rendszeresen alkoholt?			
Egyik sem	24,4	18,2	27,6
Néhány	38,3	35,9	39,7
Kb. fele	11,6	13,5	10,6
Legtöbb	14,6	20,6	11,5
Mindegyik	6,6	7,1	6,1
Nem tudja/nem válaszolt	4,6	4,7	4,5
Kor (Átlag, Szórás)	16,37 (1,31)	16,69 (1,21)	16,21 (1,33)

<sup>a</sup> A százalékban megadott értékek összege a kerekítések és a hiányzó értékek miatt eltérhet a 100%-tól.

6. táblázat A pszichológiai változók leíró statisztikája a vizsgált középiskolások körében

(N=501)

	Átlag	Szórás	Min.	Max.
Vágy a kötődésre	33,94	5,70	15	50
Magányosság érzés	32,10	8,08	20	58
Pszichoszomatikus tünetek	14,88	4,44	7	28
Önértékelés	19,10	6,03	3	30
Versengés	44,13	9,99	16	70
Szociális szégyenlősség	29,38	8,37	13	54

## 4.2. Nemek közötti különbségek

### 4.2.1. A dohányzás és alkoholfogyasztás nemi különbségei

7. táblázat Káros szenvedélyek nemi különbségei a mintában, % (KSR)

<i>DOHÁNYZÓ STÁTUSZ</i>	<i>FIÚK</i> (N=170)	<i>LÁNYOK</i> (N=330)
<i>Dohányzik</i>	33,7 (0,0)	33,7 (0,0)
<i>Nem dohányzik</i>	66,3 (0,0)	66,3 (0,0)
Khí négyzet = 0,00 (df: 1) Nem szignifikáns		
<i>ALKOHOLFOGYASZTÓ STÁTUSZ</i>	<i>FIÚK</i>	<i>LÁNYOK</i>
<i>Alkoholt fogyaszt</i>	78,2 (3,1)*	64,3 (-3,1)*
<i>Nem fogyaszt</i>	21,8 (-3,1)*	35,7 (3,1)*
Khí négyzet = 9,85 (df: 1) p<0,01		
<i>NAGYIVÁS</i>	<i>FIÚK</i>	<i>LÁNYOK</i>
<i>Igen</i>	50,6 (2,1)*	39,1 (-2,1)*
<i>Nem</i>	49,4 (-2,1)*	60,9 (2,1)*
Khí négyzet = 4,36 (df: 1) p<0,05		

\* p<0,05

A 7. táblázatban láthatóak a mintabeli lány és fiú diákok szerfogyasztási prevalencia értékei. Az Adjusted standardized residual vagy kiigazított standardizált reziduális (továbbiakban KSR) post hoc próbastatisztikát a keresztábra-elemzésen belül használtuk. Az adott cella függetlenség esetén várt értékétől való eltérés mértékét mutatja. Ha értéke 1,96 feletti, akkor az adott cellában a megfigyelt érték szignifikánsan magasabb, mint a függetlenség esetén várt érték, ha  $-1,96$  alatti, akkor szignifikánsan alacsonyabb a megfigyelt érték a várt értéknél (Falus és Ollé 2008).

Az alkoholfogyasztás prevalenciája a fiúk körében nagyobbak bizonyult (78,2%, a lányok 64,3%-os értékével szemben;  $p < 0,01$ ). Ugyanezt tapasztaltuk a nagyívás tekintetében (50,6%, a lányok 39,1%-os arányával szemben;  $p < 0,05$ ). A dohányzás esetében azonban nem figyelhető meg különbség: mindkét esetben 33,7% válaszolta azt, hogy szokott dohányozni.

#### 4.2.2. A pszichológiai változók nemi különbségei

A pszichológiai változók között a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága, a versengés, az önértékelés és a kötődés iránti vágy esetén mutatható ki nemi különbség (8. táblázat). A táblázatban látható, hatásnagyságot jelölő  $r$  érték azt mutatja meg, milyen erős és milyen irányú a kapcsolat a függő és független változó között. 0,2 alatt gyenge, 0,25-0,37 között közepes erősségű, 0,37 abszolút érték felett erős kapcsolatról beszélhetünk (Cohen 1988).

8. táblázat A pszichológiai és szociális változók leíró statisztikája a vizsgált középiskolások körében, nemenként

	Lány (N=330)		Fiú (N=170)		Mann-Whitney U/ t próba		
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	U/t érték	r	Szig.
Vágy a kötődésre	34,81	5,64	32,19	5,44	U = 17381	0,23	$p < 0,001$
Magányosság érzés	31,60	7,43	32,97	9,12	U = 19336	-0,08	nem szig.
Pszichoszomatikus tünetek	15,73	4,25	13,18	4,28	U = 16654	0,29	$p < 0,001$
Önértékelés	17,97	5,88	21,48	5,58	U = 15494	-0,29	$p < 0,001$
Versengés	42,86	10,06	46,67	9,39	t = 3,91	-0,19	$p < 0,001$
Szociális szégyenlősség	29,49	8,52	29,13	8,11	t = -0,43	0,02	nem szig.

Míg a lányok körében szignifikánsan gyakoribb a pszichoszomatikus tünetképzés (Mann-Whitney  $U=16655$ ;  $p < 0,001$ ) és nagyobb a kötődés iránti vágy (Mann-Whitney

U=17382; p<0,001), a fiúk körében szignifikánsan magasabb a versengés (t=3,83; df: 434; p<0,001) és az önértékelés (Mann-Whitney U=15495; p<0,001) pontszáma.

### 4.2.3. A motivációs skálák nemi különbségei

9. táblázat A motivációs struktúra eltérései a mintában nemenként

Motivációk	Lehetséges érték (range)	FIÚK (N=170) Átlag (szórás)	LÁNYOK (N=330) Átlag (szórás)
<i>Dohányzás</i>			
– Társas	4-16	7,38 (4,18)	6,85 (3,89)
– Énmegerősítés	4-16	6,65 (3,77)	6,31 (3,75)
– Unaloműzés*	2-8	4,53 (2,52)	3,92 (2,20)
– Coping/érzelmi reguláció	4-16	9,18 (4,97)	9,11 (5,09)
<i>Alkoholfogyasztás</i>			
– Társas***	4-16	12,10 (4,58)	10,30 (4,27)
– Énmegerősítés**	4-16	10,93 (4,42)	9,45 (4,17)
– Unaloműzés*	2-8	3,63 (1,99)	3,05 (1,64)
– Coping/érzelmi reguláció	4-16	10,05 (5,05)	9,25 (4,97)

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

A 9. táblázat a motivációs skálák átlag- és szórásértékeit tartalmazza nemenkénti bontásban. Az alkoholfogyasztással kapcsolatban az érzelmi reguláció (coping) kivételével, ahol nem tudtunk nemi különbséget kimutatni, valamennyi motivációs elem szignifikánsan jellemzőbb a fiúkra. A dohányzással összefüggésben azonban egyedül az unaloműzés jelent meg magasabb pontértékkel a fiúk körében (p<0,05). A dohányzási motivációk közül a társas, az énmegerősítés és a coping esetén nem találtunk nemi eltérést, azok mindkét nemre hasonló mértékben jellemzőek.

### 4.3. Évfolyam és képzési típusok közötti különbségek

A 10. táblázat a káros szenvedélyek előfordulását mutatja be az egyes korcsoportokban. A dohányzás és az alkoholfogyasztás esetén szignifikáns összefüggést találtunk, az egyre idősebb korcsoportokban egyre nagyobb mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás előfordulása. Ez a tendencia a nagyivásra is igaz, azonban itt nem sikerült a kategóriák között szignifikáns eltérést kimutatni.

Az eredmények alapján fontosnak tartjuk, hogy a további statisztikai elemzés során többváltozós modelljeinkben az életkor változót, mint kontroll változót szerepeltessük, így csökkentve a torzítás lehetőségét.

10. táblázat Az életkor és a káros szenvedélyek keresztáblái (N=501), % (KSR)

		Életkor (év)				Khí-négyzet próba
		15 vagy fiatalabb	16	17	18 vagy idősebb	
Szoktál-e dohányozni?	Nem	72,1 (1,8)	70,6 (1,1)	64,4 (-0,6)	52,6 (-2,7)*	Khí négyzet= 9,66 (df: 3) p<0,05
	Igen	27,9 (-1,8)	29,4 (-1,1)	35,6 (0,6)	47,4 (2,7)*	
Szoktál-e alkoholt fogyasztani?	Nem	43,5 (3,8)*	31,2 (0,1)	26,7 (-1,4)	17,1 (-2,9)*	Khí négyzet= 18,30 (df: 3) p<0,001
	Igen	56,5 (-3,8)	68,8 (-0,1)	73,3 (1,4)	82,9 (2,9)*	
Nagyivás	Nem	61,2 (1,0)	60,4 (0,7)	56,3 (-0,3)	47,9 (-1,7)	Khí négyzet= 3,73 (df: 3) Nem szig.
	Igen	38,8 (-1,0)	39,6 (-0,7)	43,7 (0,3)	52,1 (1,7)	

A 11. táblázat a két fő képzési típus, tehát a szakképzés (ebbe beletartozik a szakiskola és a szakközépiskola) és a gimnáziumi képzés közötti különbséget mutatja be az alkoholfogyasztás és dohányzás tekintetében. A dohányzás esetében szignifikáns összefüggést találtunk, a gimnáziumokban kisebb a dohányosok aránya. Az alkoholfogyasztás tekintetében nem sikerült ilyen összefüggést kimutatnunk.

11. táblázat A képzési típus és a káros szenvedélyek keresztábrái (N=501), % (KSR)

		Képzési típus		Khí-négyzet próba
		Szakképzés	Gimnázium	Szignifikancia
Szoktál-e dohányozni?	Nem	56,5 (-4,5)*	75,8 (4,5)*	Khí négyzet= 20,40 (df: 1) p<0,001
	Igen	43,5 (4,5)*	24,2 (-4,5)*	
Szoktál-e alkoholt fogyasztani?	Nem	30,5 (-0,2)	31,4 (0,2)	Khí négyzet= 0,054 (df: 1) Nem szignifikáns
	Igen	69,5 (0,2)	68,6 (-0,2)	
Nagyivás	Nem	52,9 (-1,8)	61,4 (1,8)	Khí négyzet= 3,31 (df: 1) Nem szignifikáns
	Igen	47,1 (1,8)	38,6 (-1,8)	

#### 4.4. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás közötti kapcsolat

A 12. táblázat bemutatja a diákok alkoholfogyasztása és dohányzása közötti kapcsolatot. Az eredmény szerint szignifikánsan magasabb a dohányzók aránya azon diákok között, akik alkoholt fogyasztanak (Khí-négyzet = 38,6; df: 1; p<0,001).

12. táblázat Az alkoholfogyasztás és dohányzás változók keresztábrás elemzése (N=501), % (KSR)

		Szoktál-e dohányozni?		Khí-négyzet próba
		Nem	Igen	Szignifikancia
Szoktál-e alkoholt fogyasztani? (%)	Nem	86,1 (6,2)*	13,9 (-6,2)*	Khí négyzet= 38,6 (df: 1) p<0,001
	Igen	57,3 (-6,2)*	42,7 (6,2)*	

\* p<0,05

#### 4.5. A szubjektív és objektív SES mutatók közötti kapcsolat

A 13. táblázatban a társadalmi helyzet önbesorolásának (szubjektív SES), és az anya és apa iskolai végzettségének és alkalmazási minőségének (objektív SES mutatók) keresztábrái láthatók.



13. táblázat A szubjektív és objektív SES közötti összefüggések keresztábrái, (N=501)

% (KSR)

	Társadalmi helyzet önbesorolása			Khí-négyzet próba
	Alsó és alsó közép	Középosztály	Felső és felső közép	Szignifikancia
<i>Apa iskolai végzettsége</i>				
Középiskola vagy kevesebb	94,8 (3,9)*	75,5 (1,2)	54 (-4,7)*	Khí-négyzet= 31,3 (df: 2) p<0,001
Főiskola/egyetem	5,2 (-3,9)*	24,5 (-1,2)	46 (4,7)*	
<i>Anya iskolai végzettsége</i>				
Középiskola vagy kevesebb	87,1 (3,5)*	68,6 (0,6)	50 (-3,9)*	Khí-négyzet= 23 (df: 2) p<0,001
Főiskola/egyetem	12,9 (-3,5)*	31,4 (-0,6)	50 (3,9)*	
<i>Apa alkalmazási minősége</i>				
Diplomás, vezető	5,8 (-2,2)*	13,9 (-1,8)	30,5 (3,9)*	Khí-négyzet= 89 (df: 10) p<0,001
Egyéb szellemi	0,0 (-2,3)*	11 (3,1)*	3,7 (-1,7)	
Önálló vállalkozó	17,3 (-1,9)	24,6 (-2,7)*	50 (4,8)*	
Szakmunkás	42,3 (1,1)	40,9 (3,2)*	13,4 (-4,7)*	
Segédmunkás	21,2 (5,1)*	4,3 (-1,9)	1,2 (-2,0)*	
Munkanélküli	13,5 (2,7)*	5,3 (-0,3)	1,2 (-1,9)	
<i>Anya alkalmazási minősége</i>				
Diplomás, vezető	3,4 (-3,0)*	17,7 (0,5)	24,7 (2,0)*	Khí-négyzet= 56,1 (df: 10) p<0,001
Egyéb szellemi	17,2 (-1,4)	25,3 (0,9)	24,7 (0,1)	
Önálló vállalkozó	5,2 (-2,2)*	12,5 (-1,5)	27,2 (3,7)*	
Szakmunkás	34,5 (1,7)	27,1 (1,3)	12,3 (-3,0)*	
Segédmunkás	13,8 (3,9)*	2,1 (-3,1)*	4,9 (0,4)	
Munkanélküli	25,9 (2,4)	15,3 (0,3)	6,2 (-2,5)*	

\* p<0,05

Khí-négyzet próbával vizsgáltuk a mutatók közötti összefüggést. Minden esetben szignifikáns eredményt kaptunk. Mind az apa, mind az anya iskolai végzettsége összefügg a társadalmi helyzet önbesorolásával (apa: Khí-négyzet = 31,3; df: 2; p<0,001, anya: Khí-négyzet = 23; df: 2; p<0,001). Főiskolai/egyetemi végzettségű szülővel a magukat felső- vagy felső-közép osztályba soroló serdülők rendelkeznek a legnagyobb arányban (46 és 50%), ennél kisebb az arány a középosztály esetében (24,5

és 31,4%), és legkisebb az önmagukat alsó osztályba és alsó középosztályba sorolók között (5,2 és 12,9%).

14. táblázat A szülők alkalmazási minősége és iskolai végzettsége közötti összefüggések keresztábrái (N=501), % (KSR)

	Apa és Anya iskolai végzettsége		Khí-négyzet próba
	Középfiskola vagy kevesebb	Főiskola/egyetem	Szignifikancia
<i>Apa alkalmazási minősége</i>			
Diplomás, vezető	3 (-12,4)*	52,3 (12,4)*	Khí-négyzet= 208,5 (df: 5) p<0,001
Egyéb szellemi	4,6 (-4,8)*	19,3 (4,8)*	
Önálló vállalkozó	29,5 (1,3)	22,9 (-1,3)	
Szaktanácsos	46,5 (8,1)*	3,7 (-8,1)*	
Segédmunkás	8,2 (3,1)*	0 (-3,1)*	
Munkanélküli	8,2 (2,3)*	1,8 (-2,3)*	
<i>Anya alkalmazási minősége</i>			
Diplomás, vezető	2,6 (-11,4)*	45,2 (11,4)*	Khí-négyzet= 179,3 (df: 5) p<0,001
Egyéb szellemi	18,8 (-3,3)*	32,9 (3,3)*	
Önálló vállalkozó	15,8 (1,0)	12,3 (-1,0)	
Szaktanácsos	34,2 (6,6)*	5,5 (-6,6)*	
Segédmunkás	5,9 (2,6)*	0,7 (-2,6)*	
Munkanélküli	22,7 (5,2)*	3,4 (-5,2)*	

\* p<0,05

Mind az anya, mind az apa alkalmazási minősége összefügg a társadalmi helyzet önbesorolásával (apa: Khí-négyzet = 89; df: 10; p<0,001, anya: Khí-négyzet = 56,1; df: 10; p<0,001). Az önálló vállalkozó és diplomás/vezető szülők gyermekei nagyobb valószínűséggel sorolják magukat a felső-közép, vagy a felső osztályba. Ezzel szemben a munkanélküli, szaktanácsos és segédmunkás szülők gyermekei gyakrabban választották az alsó vagy alsó-közép osztályt.

A 14. táblázat a két objektív SES mutató közötti összefüggések keresztábráit tartalmazza. Mind az apa (Khí-négyzet = 208,5; df: 5; p<0,001), mind az anya (Khí-négyzet = 179,3; df: 5; p<0,001) iskolai végzettsége összefügg alkalmazási minőségével. A táblázatból jól látható, hogy a diplomás/vezető és egyéb szellemi alkalmazásban dolgozó szülők között nagyobb a főiskolát vagy egyetemet végzetek aránya. Ezzel szemben a munkanélküli, önálló vállalkozó, segéd- vagy szaktanácsos szülők között (mindkét nem körében) magasabb a középfiskolai vagy ennél alacsonyabb végzettségűek aránya.

#### **4.6. Az SES változók és a mentális jóllét**

A 15. táblázat a jóllét mérésére használt pszichológiai változók (mint függő változók) és a szubjektív és objektív SES indikátorok (mint független) változók varianciaanalízisének eredményeit mutatja be. Az egyes cellák az SES kategóriákon belüli skálapontszámok átlagát tartalmazzák. Az apa legmagasabb iskolai végzettsége négy mentális jóllétet mérő skálával is szignifikánsan összefügg. A magányosság (UCLA Loneliness,  $p < 0,01$ ) és szégyenlősség (RCBSS,  $p < 0,05$ ) tekintetében a főiskolát vagy egyetemet végzett apák gyermekei szignifikánsan kisebb átlaggal rendelkeznek, az önértékelést (Self-esteem,  $p < 0,01$ ) és versengést ( $p < 0,05$ ) mérő skála pontátlaga pedig nagyobb.

Az anya iskolai végzettségének két kategóriája között csak a szégyenlősség ( $p < 0,01$ ) és a versengés ( $p < 0,05$ ) esetén van szignifikáns különbség, ez a két összefüggés azonban erősebb, mint az apánál.

Az anya alkalmazási minősége a szégyenlősséggel ( $p < 0,001$ ), a versengéssel ( $p < 0,05$ ) és az önértékeléssel ( $p < 0,05$ ) áll összefüggésben. A versengéssel kapcsolatban érdekes eredmény, hogy a segédmunkás anyák gyermekei magas átlagpontszámot kaptak. Ez eltér az eddig jellemző mintázattól, amely szerint rendre a magasabb SES kategóriák rendelkeztek magasabb versengés pontszámmal. A kirívó eredmény feltételezhető oka, hogy a kategóriába igen kevés diák esett ( $N=15$ ), így a kiugró átlag a mintavételi véletlennek is tulajdonítható. Az apa alkalmazási minősége a mentális jóllétet leíró hat skálapontszám közül négyel szignifikánsan összefüggött. A magányosság ( $p < 0,01$ ), a szégyenlősség ( $p < 0,001$ ) és a pszichoszomatikus tünetek ( $p < 0,01$ ) esetén a diplomás/vezető apák gyermekei átlag alatti, a segéd-, és szakmunkások gyermekei átlag feletti pontszámokat kaptak. Az önértékelés ( $p < 0,01$ ) esetén ez fordítva alakul, a diplomás/vezető és egyéb szellemi beosztású apák gyermekei nagyobb, a szakmunkások, segédmunkások és munkanélküliek gyermekei kisebb önértékelési átlag pontszámmal rendelkeznek. A szubjektív SES a hat skálából öttel függ össze szignifikánsan (pszichoszomatikus tünetek  $p < 0,05$ ; szégyenlősség  $p < 0,001$ ; magányosság  $p < 0,001$ , versengés  $p < 0,05$  és önértékelés  $p < 0,001$ ), és ebből hárommal igen erős kapcsolatban áll. Összességében elmondhatjuk, hogy az SES mutatók közül a

mentális jóllét indikátoraival a társadalmi helyzet önbesorolása, tehát a szubjektív SES mutatja a legszorosabb összefüggést.

A post hoc teszt eredménye megerősíti, hogy ahol összefüggés mutatható ki, a magasabb SES kategória rendre jobb mentális jóllét pontszámmal párosul, tehát kevesebb szégyenlőséggel, magányosságérzettel, pszichoszomatikus tünetekkel, nagyobb versengési hajlammal és önértékeléssel. Ez igaz mind az objektív, mind a szubjektív SES változókra.

15. táblázat A jóllét skálák és a szocioökonómiai státusz indikátorai közötti összefüggések (N=501, átlagok, variancia-analízis és LSD<sup>a</sup> post-hoc teszt eredményei)

	Szégyenlősség	Pszichoszom. tünetek	Magányosság	Versengés	Vágy a kötődésre	Önértékelés
<i>Apa iskolai végzettsége</i>	F=4,56, p=0,033*	F=3,32, p=0,069	F=7,10, p=0,008**	F=4,79, p=0,029*	F=0,38, p=0,537	F=7,33, p=0,007**
Középiskola vagy kevesebb	29,87	15,13	32,68	43,60	34,02	18,59
Főiskola/egyetem	27,87	14,27	30,31	46,07	34,40	20,35
<i>Anya iskolai végzettsége</i>	F=10,92, p=0,001**	F=0,63, p=0,428	F=0,02, p=0,902	F=6,54, p=0,011*	F=0,11, p=0,745	F=2,98, p=0,085
Középiskola vagy kevesebb	30,23	15,07	31,99	43,31	33,99	18,73
Főiskola/egyetem	27,37	14,72	32,09	45,95	34,18	19,79
<i>Apa alkalmazási minősége</i>	F=4,93, p=0,000***	F=3,68, p=0,003**	F=3,18, p=0,008**	F=0,24, p=0,945	F=1,31, p=0,257	F=3,44, p=0,005**
Diplomás, vezető	28,39**	14,25**	29,90*	44,78	33,19	20,31**
Egyéb szellemi	28,00**	12,80***	34,16*	44,32	34,31	21,03**
Önálló vállalkozó	27,11***	14,77*	30,81*	44,35	34,15	19,65*
Szakt munkás	31,03***	15,33**	33,00*	43,50	34,17	18,21*
Segéd munkás	34,13***	16,93***	34,55*	42,80	33,23	16,40**
Munkanélküli	29,65	14,04*	35,14*	43,69	36,26	17,92*
<i>Anya alkalmazási minősége</i>	F=5,40, p=0,000***	F=1,91, p=0,053	F=1,70, p=0,085	F=2,26, p=0,037*	F=0,49, p=0,969	F=2,46, p=0,015*
Diplomás, vezető	27,78***	14,44	31,45	45,08*	34,25	20,51**
Egyéb szellemi	28,21***	14,56	31,81	45,43*	34,13	19,85*
Önálló vállalkozó	26,48**	14,33	30,48	45,80*	33,56	19,42
Szakt munkás	30,53**	14,88	31,88	41,78*	33,95	17,77**
Segéd munkás	31,88*	16,79	35,56	48,53*	34,00	17,35*
Munkanélküli	33,07***	16,04	34,17	42,90*	34,43	18,14*
<i>Társadalmi helyzet önbesorolása</i>	F=12, p=0,000***	F=3,52, p=0,030*	F=8,46, p=0,000***	F=3,60, p=0,028*	F=1,62, p=0,199	F=15,50, p=0,000***
Alsó osztály és alsó középosztály	32,32***	16,03**	35,56***	43,58*	33,71	16,52***
Középosztály	29,72***	15,11	31,99**	43,75**	33,88	18,76***
Felső osztály és felső középosztály	25,73***	14,08**	29,65***	47,12**	35,12	21,94***

<sup>a</sup> Az egyes kategóriák LSD teszt eredményeit csak azoknál a független változóknál tüntettük fel, amelyek legalább 3 kategóriából állnak, és a varianciaanalízis eredménye szignifikáns (p<0,05). A legtávolabbi kategóriával összevetett LSD teszt p értékét vettük figyelembe.

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

#### 4.7. Az SES és a káros szenvedélyek kapcsolata

A 16. táblázat az SES indikátorok és a dohányzás, mint dichotóm változó kapcsolatát szemlélteti kereszt táblák segítségével. Szignifikáns összefüggést nem találtunk, az SES változók függetlenek a dohányzástól.

16. táblázat Az SES változók és a dohányzás közötti összefüggések kereszt táblái  
(N=501), % (KSR)

	Szokott-e dohányozni? (%)		Khí-négyzet próba Szignifikancia
	Igen	Nem	
<i>Apa iskolai végzettsége</i>			
Középiskola vagy kevesebb	34,1 (0,2)	65,9 (-0,2)	Khí-négyzet= 0,023 (df: 1) Nem szignifikáns
Főiskola/egyetem	33,3 (-0,2)	66,7 (0,2)	
<i>Anyai iskolai végzettsége</i>			
Középiskola vagy kevesebb	35,7 (1,2)	64,3 (-1,2)	Khí-négyzet= 1,37 (df: 1) Nem szignifikáns
Főiskola/egyetem	30,2 (-1,2)	69,8 (1,2)	
<i>Apa alkalmazási minősége</i>			
Diplomás, vezető	32,8 (-0,1)	67,2 (0,1)	Khí-négyzet= 8,66 (df: 5) Nem szignifikáns
Egyéb szellemi	11,8 (-2,8)*	88,2 (2,8)*	
Önálló vállalkozó	33,3 (0,0)	66,7 (0,0)	
Szakmunkás	37,2 (1,3)	62,8 (-1,3)	
Segédmunkás	40 (0,7)	60 (-0,7)	
Munkanélküli	33,3 (0,0)	66,7 (0,0)	
<i>Anyai alkalmazási minősége</i>			
Diplomás, vezető	22,2 (-2,3)*	77,8 (2,3)*	Khí-négyzet= 11,88 (df: 5) Nem szignifikáns
Egyéb szellemi	28,8 (-1,2)	71,2 (1,2)	
Önálló vállalkozó	31,8 (-0,4)	68,2 (0,4)	
Szakmunkás	44,6 (2,8)*	55,4 (-2,8)*	
Segédmunkás	33,3 (0,0)	66,7 (0,0)	
Munkanélküli	37,3 (0,7)	62,7 (-0,7)	
<i>Társadalmi helyzet önbesorolása</i>			
Alsó osztály és alsó középosztály	41,7 (1,2)	58,3 (-1,2)	Khí-négyzet= 1,5 (df: 2) Nem szignifikáns
Középosztály	34,6 (0,3)	65,4 (-0,3)	
Felső osztály és felső középosztály	32,2 (-0,6)	67,8 (0,6)	

\*  $p < 0,05$

A 17. táblázatban ugyanezen változók és az alkoholfogyasztás összefüggésének kereszt táblái láthatók. Itt egyetlen SES indikátornál sem találtunk szignifikáns összefüggést.

17. táblázat Az SES változók és az alkoholfogyasztás közötti összefüggések

keresztábrái (N=501), % (KSR)

	Szokott-e alkoholt fogyasztani?		Khí-négyzet próba
	Igen	Nem	Szignifikancia
<i>Apa iskolai végzettsége</i> Középiskola vagy kevesebb Főiskola/egyetem	68,2 (-1,3) 74,4 (1,3)	31,8 (1,3) 25,6 (-1,3)	Khí-négyzet= 1,62 (df: 1) Nem szignifikáns
<i>Anyai iskolai végzettsége</i> Középiskola vagy kevesebb Főiskola/egyetem	67,4 (-1,6) 74,7 (1,6)	32,6 (1,6) 25,3 (-1,6)	Khí-négyzet= 2,56 (df: 1) Nem szignifikáns
<i>Apa alkalmazási minősége</i> Diplomás, vezető Egyéb szellemi Önálló vállalkozó Szakmunkás Segédmunkás Munkanélküli	73,1 (0,7) 65,7 (-0,5) 73,8 (1,1) 69,9 (0,1) 65,4 (-0,5) 53,3 (-2,0)*	26,9 (-0,7) 34,3 (0,5) 26,2 (-1,1) 30,1 (-0,1) 34,6 (0,5) 46,7 (2,0)*	Khí-négyzet= 5,63 (df: 5) Nem szignifikáns
<i>Anyai alkalmazási minősége</i> Diplomás, vezető Egyéb szellemi Önálló vállalkozó Szakmunkás Segédmunkás Munkanélküli	64,4 (-0,9) 71,8 (0,8) 71,2 (0,5) 71,2 (0,7) 44,4 (-2,3)* 69,3 (0,1)	35,6 (0,9) 28,2 (-0,8) 28,8 (-0,5) 28,8 (-0,7) 55,6 (2,3)* 30,7 (-0,1)	Khí-négyzet= 6,56 (df: 5) Nem szignifikáns
<i>Társadalmi helyzet önbesorolása</i> Alsó osztály és alsó középosztály Középosztály Felső osztály és felső középosztály	67,8 (-0,4) 68,2 (-1,1) 77 (1,6)	32,2 (0,4) 31,8 (1,1) 23 (-1,6)	Khí-négyzet= 2,612 (df: 5) Nem szignifikáns

\*  $p < 0,05$

#### 4.8. Az SES kapcsolata a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztással

Az objektív és szubjektív SES mutatók kapcsolatát vizsgáltuk a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztással (18. táblázat). Az „Ittál-e az elmúlt hónapban nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?” kérdés válaszaiból (az 501 megkérdezettből 446-an válaszoltak a kérdésre) kétértékű, dichotóm változót hoztunk létre. Az egyik csoportba azok kerültek, akik nem, vagy egy alkalommal (a válaszadók 57,2%-a), a másikba azok, akik legalább kétszer (42,8%) fogyasztottak nagyobb mennyiségű alkoholt az elmúlt hónapban.

Az SES változók közül egyik sem áll szignifikáns kapcsolatban a diák nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztásával.

18. táblázat Az SES mutatók és a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás kapcsolata

(N=446), % (KSR)

	Nagyivás <sup>a</sup>		Khí-négyzet próba
	Igen	Nem	Szignifikancia
<i>Apa iskolai végzettsége</i> Középiskola vagy kevesebb Főiskola/egyetem	41,8 (-0,8) 46,0 (0,8)	58,2 (0,8) 54,0 (-0,8)	Khí-négyzet= 0,59 (df: 1) Nem szignifikáns
<i>Anya iskolai végzettsége</i> Középiskola vagy kevesebb Főiskola/egyetem	41,7 (-0,7) 45,4 (0,7)	58,3 (0,7) 54,6 (-0,7)	Khí-négyzet= 0,53 (df: 1) Nem szignifikáns
<i>Apa alkalmazási minősége</i> Diplomás, vezető Egyéb szellemi Önálló vállalkozó Szakmunkás Segédmunkás Munkanélküli	43,8 (0,2) 41,9 (-0,1) 46,4 (0,9) 39,7 (-1,0) 45,5 (0,2) 42,9 (-0,1)	56,2 (-0,2) 58,1 (0,1) 53,6 (-0,9) 60,3 (1,0) 54,5 (-0,2) 57,7 (0,1)	Khí-négyzet= 1,26 (df: 5) Nem szignifikáns
<i>Anya alkalmazási minősége</i> Diplomás, vezető Egyéb szellemi Önálló vállalkozó Szakmunkás Segédmunkás Munkanélküli	48,4 (1,2) 41,2 (-0,1) 45,9 (0,7) 43,4 (0,4) 33,3 (-0,7) 32,9 (-1,7)	51,6 (-1,2) 58,8 (0,1) 54,1 (-0,7) 56,6 (-0,4) 66,7 (0,7) 67,1 (1,7)	Khí-négyzet= 4,44 (df: 5) Nem szignifikáns
<i>Társadalmi helyzet önbesorolása</i> Alsó osztály és alsó középosztály Középosztály Felső osztály és felső középosztály	26,3 (-2,7)* 45,4 (1,5) 45,1 (0,5)	73,7 (2,7)* 54,6 (-1,5) 54,9 (-0,5)	Khí-négyzet= 7,25 (df: 2) Nem szignifikáns

<sup>a</sup> az elmúlt hónapban legalább kétszer fogyasztott nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt

\* p<0,05

#### **4.9. A szociális és pszichológiai változók és a káros szenvedélyek kapcsolata**

Az alkoholfogyasztást és a dohányzást befolyásoló szociális és pszichológiai változók esélyhányadosait a bináris logisztikus regresszió módszerével számoltuk ki (19. táblázat). Ezek az esélyhányadosok (EH) azt mutatják meg, mekkora az esélye a vizsgált csoport tagjainak a referencia-csoport tagjaihoz képest arra, hogy a vizsgált káros szenvedéllyel éljenek (tehát dohányozzanak vagy alkoholt fogyasszanak). Ha a hányados 1-nél kisebb, a csoport tagjának lenni védelmet jelent a vizsgált káros



szenvedéllyel szemben (a referencia-csoporthoz képest), ha 1-nél nagyobb, a csoporttagság növeli a rizikómagatartás kockázatát.

19. táblázat A káros szenvedélyeket befolyásoló pszichológiai és szociális változók esélyhányadosai a bináris logisztikus regresszió eredményei alapján (N=501), [EH (MT<sub>95%</sub>)]

	<b>Dohányzik</b>	<b>Fogyaszt alkoholt</b>
<b>A legjobb barátod szokott-e dohányozni?</b>		
Nem <sup>a</sup>	1	1
Igen	16,72 (10,02-27,9)***	3,15 (2,07-4,79)***
<b>A barátaid közül hányan dohányoznak?</b>		
Egyik sem <sup>a</sup>	1	1
Néhány	3,5 (0,8-15,24)	1,89 (0,93-3,85)
Kb. fele	12,31 (2,8-54,09)**	3,54 (1,6-7,87)**
Legtöbb	34,47 (7,84-150,57)***	7,5 (3,17-17,77)***
Mindegyik	102 (12,9-806,32)***	2,01 (0,56-7,19)
<b>A legjobb barátod szokott-e alkoholt fogyasztani?</b>		
Nem <sup>a</sup>	1	1
Igen	4,53 (2,56-7,99)***	22,77 (13,36-38,8)***
<b>A barátaid közül hányan isznak rendszeresen alkoholt?</b>		
Egyik sem <sup>a</sup>	1	1
Néhány	1,18 (0,71-1,95)	1,27 (0,8-2,02)
Kb. fele	1,86 (0,96-3,6)	3,45 (1,6-7,45)**
Legtöbb	2,18 (1,18-4)*	5,03 (2,29-11,03)***
Mindegyik	2,2 (0,99-4,86)	7,18 (2,08-24,83)**
Vágy a kötődésre <sup>b</sup>	0,98 (0,95-1,02)	1,00 (0,97-1,04)
Magányosság érzése <sup>b</sup>	0,98 (0,95-1,00)	0,96 (0,93-0,98)***
Pszichoszomatikus tünetek <sup>b</sup>	1,10 (1,05-1,14)***	1,01 (0,97-1,06)
Önértékelés <sup>b</sup>	0,99 (0,96-1,03)	1,04 (1,01-1,08)*
Versengés <sup>b</sup>	1,01 (0,99-1,03)	1,02 (1,00-1,04)
Szociális szégyenlősség <sup>b</sup>	0,97 (0,95-0,99)*	0,97 (0,94-0,99)**
<b>Nem</b>		
Lány <sup>a</sup>	1	1
Fiú	1 (0,67-1,49)	1,99 (1,29-3,07)**
Kor <sup>b</sup>	1,32 (1,13-1,53)***	1,48 (1,25-1,74)***

<sup>a</sup> Referencia-csoport; <sup>b</sup> Folytonos változó

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

Látható, hogy a legjobb barát rizikómagatartása erősen korrelál mind a dohányzással, mind az alkoholfogyasztással. A legjobb barát káros szenvedélyei keresztirányú összefüggést is mutatnak, tehát a legjobb barát alkoholfogyasztása pozitívan összefügg a kérdezett dohányzási valószínűségével, dohányzása pedig az alkohol fogyasztásával. Az eredmények alapján a legjobb barát rizikómagatartása mindenképpen kockázati tényezőnek tekinthető, nemcsak az adott szenvedélyt tekintve, hanem mindkét vizsgált magatartás tekintetében.

A kortársak dohányzása is összefügg mindkét vizsgált rizikómagatartással. Nagyobb eséllyel dohányoznak azok a diákok, akik baráti körének fele, legtöbbször vagy minden barátja dohányzik, tehát grádiensszerű összefüggésről beszélhetünk. A barátok dohányzása, ennél kisebb mértékben ugyan, de az alkoholfogyasztással is összefügg. Nagyobb eséllyel fogyasztanak alkoholt azok a diákok, akik baráti körének fele vagy nagy része dohányzik.

Ugyanez az összefüggés igaz a baráti kör alkoholfogyasztásával kapcsolatban is. Nagyobb az alkoholfogyasztás esélye azon diákok körében, akik barátainak fele, nagy része vagy teljes baráti köre rendszeres alkoholfogyasztó. Ezzel együtt, akik baráti körének körülbelül fele fogyaszt alkoholt, azok nagyobb eséllyel dohányoznak is.

Mind az alkoholfogyasztás, mind a dohányzás korrelál az életkorral. A magasabb életkor a rizikómagatartások nagyobb esélyével jár együtt, minél idősebb a diák, annál nagyobb az esélye, hogy él valamelyik káros szenvedéllyel.

A pszichológiai változókat tekintve a szégyenlősség és mindkét vizsgált rizikómagatartás között kimutatható összefüggés. Védőfaktorról beszélhetünk mindkét esetben, a nagyobb szégyenlősség a káros szenvedélyek alacsonyabb esélyével jár együtt. Ugyanez mutatható ki a magányosságérzet és az alkohol összefüggésében.

Ezzel ellentétben kockázati tényező a pszichoszomatikus tünetek gyakori előfordulása a dohányzás esetében, valamint a magas önértékelés az alkoholfogyasztás tekintetében. Nincs szignifikáns összefüggés a nem és a dohányzás között, a fiúk és lányok tehát ugyanolyan eséllyel gyújtanak rá a középiskolában. Az alkoholfogyasztás veszélyének azonban a fiúk vannak inkább kitéve.

A fiúkat és lányokat különválasztva is elvégeztük az elemzést (20. táblázat). A legjobb barát dohányzása mindkét nemnél együtt jár a dohányzás és az alkoholfogyasztás nagyobb esélyével. A legjobb barát alkoholfogyasztása azonban a fiúknál csak az alkoholfogyasztással van összefüggésben. A lányoknál ugyanúgy együtt jár mindkét rizikómagatartás előfordulásának nagyobb valószínűségével.

A baráti kör alkoholfogyasztása csak a lányoknál van összefüggésben a rizikómagatartással, a fiúk körében nem. Azok a lányok, akik baráti körének fele, nagy része vagy egésze rendszeresen fogyaszt alkoholt, nagyobb eséllyel élnek ezzel a káros szenvedéllyel. Körükben a baráti kör nagy részének rendszeres alkoholfogyasztása a dohányzás nagyobb esélyével is együtt jár.

A baráti kör dohányzása a fiúk körében kevésbé meghatározó, csak azok körében nagyobb a rágyújtás esélye, akik baráti körének fele dohányzik. A lányok esetében a kortársak dohányzása az alkoholfogyasztás nagyobb esélyével is együtt jár. Magasabb a fogyasztás esélye azon lányok esetében, akik barátainak fele vagy nagy része dohányzik; a fiúknál ez az összefüggés nem mutatható ki.

A pszichológiai változók közül a magányosság érzése a fiúknál mind a dohányzással, mind az ivással összefügg, míg a lányoknál csak az alkoholfogyasztással. A szégyenlősség a lányoknál a dohányzással, a fiúknál az alkoholfogyasztással áll kapcsolatban. Az eredmények alapján minden esetben védőfaktorról van szó, a nagyobb szégyenlősség és magányosság érzés tehát a káros szenvedély kisebb esélyével jár együtt.

A pszichoszomatikus tünetek gyakoribb megjelenése a lányok és fiúk körében is csak a dohányzással, annak nagyobb esélyével jár együtt. A magasabb fokú önértékelés a lányoknál, míg a nagyobb hajlam a versengésre a fiúknál függ össze az alkoholfogyasztás nagyobb esélyével.

A nagyivást is összevetettük a pszichológiai és szociális változókkal, mind a teljes mintán, mind külön a lányok és fiúk körében (21. táblázat). A több pohár alkohol fogyasztásának gyakoriságát mérő változóból kétértékű, úgynevezett dichotóm változót hoztunk létre. A nagyivók csoportjába soroltuk azokat a diákokat, akik az elmúlt hónapban legalább kétszer fogyasztottak nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt.

A pszichológiai változók közül a szégyenlősség és a magányosság érzése, mint védő, az önértékelés, mint kockázati tényező kapcsolódik össze a nagyivással. A magányosságérzet és a nagyivás között mind a lányok, mind a fiúk esetében fordított irányú az összefüggés. A szégyenlősség és a nagyivás közötti kapcsolat azonban olyan gyenge, hogy nemként külön bontva a mintát már egyik nem körében sem szignifikáns az összefüggés. Az önértékelés csak a lányok körében jár együtt a nagyivás nagyobb esélyével. A kor a mintában összefügg ugyan a nagyivással (az idősebb korhoz a nagyobb mennyiségű alkoholfogyasztás magasabb esélye kapcsolódik), azonban a nemeket külön vizsgálva ez csak a fiúk körében mutatható ki.

20. táblázat A vizsgált rizikómagatartásokat befolyásoló pszichológiai és szociális változók esélyhányadosai a bináris logisztikus regresszió alapján, nemenként [EH (MT<sub>95%</sub>)]

	<b>Dohányzik Lányok (N=330)</b>	<b>Dohányzik Fiúk (N=170)</b>	<b>Fogyaszt alkoholt Lányok</b>	<b>Fogyaszt alkoholt Fiúk</b>
A legjobb barátod szokott-e dohányozni?				
Nem <sup>a</sup>	1	1	1	1
Igen	18,03 (9,63-33,74)***	14,62 (6,00-35,6)***	3 (1,84-4,9)***	3,54 (1,53-8,22)**
A barátaid közül hányan dohányoznak?				
Egyik sem <sup>a</sup>	1	1	1	1
Néhány	5,29 (0,68-41)	1,74 (0,20-15,1)	2,43 (0,99-5,93)	1,18 (0,32-4,35)
Kb. fele	16,27 (2,08-127)**	8,41 (0,96-73,7)	3,89 (1,47-10,3)**	4,5 (0,83-24,4)
Legtöbb	41,21 (5,23-324)***	27,5 (3,19-236)**	10,7 (3,63-31,8)***	3,6 (0,79-16,5)
Mindegyik	207 (11,65-3676)***	22 (0,94-515)	1,67 (0,38-7,4)	N. A.
A legjobb barátod szokott-e alkoholt fogyasztani?				
Nem <sup>a</sup>	1	1	1	1
Igen	5,66 (2,86-11,2)***	2,56 (0,91-7,22)	18 (9,8-33,1)***	38,8 (12,5-120)***
A barátaid közül hányan isznak rendszeresen alkoholt?				
Egyik sem <sup>a</sup>	1	1	1	1
Néhány	1,09 (0,61-1,97)	1,49 (0,54-4,06)	1,21 (0,70-2,07)	1,26 (0,48-3,31)
Kb. fele	1,28 (0,56-2,97)	3,58 (1,11-11,6)	5,14 (1,83-14,44)**	1,47 (0,42-5,18)
Legtöbb	2,46 (1,13-5,38)*	2,19 (0,74-6,47)	5,65 (2,03-15,8)**	3,07 (0,84-11,2)
Mindegyik	2,46 (0,92-6,61)	1,64 (0,38-7,13)	7,71 (1,69-35,2)**	4,5 (0,5-40,2)
Vágy a kötődésre <sup>b</sup>	0,97 (0,93-1,01)	1,00 (0,94-1,07)	1,00 (0,96-1,04)	1,06 (0,98-1,14)
Magányosság érzése <sup>b</sup>	0,99 (0,95-1,02)	0,96 (0,92-1,00) <sup>c</sup>	0,96 (0,92-0,99)**	0,93 (0,89-0,97)**
Pszichoszomatikus tünetek <sup>b</sup>	1,07 (1,01-1,13)*	1,16 (1,07-1,26)***	1,04 (0,98-1,10)	1,03 (0,94-1,23)
Önértékelés <sup>b</sup>	1,00 (0,96-1,04)	0,98 (0,93-1,04)	1,05 (1,01-1,10)*	0,99 (0,92-1,06)
Versengés <sup>b</sup>	1,02 (0,99-1,04)	1,00 (0,96-1,03)	0,99 (0,97-1,02)	1,06 (1,02-1,11)**
Szociális szégyenlősség <sup>b</sup>	0,97 (0,94-1,00)*	0,98 (0,94-1,02)	0,94 (0,95-1,00)	0,95 (0,90-1,00)*
Kor <sup>b</sup>	1,29 (1,07-1,54)**	1,45 (1,08-1,95)*	1,41 (1,16-1,7)***	1,49 (1,06-2,08)*

<sup>a</sup> Referencia-csoport; <sup>b</sup> Folytonos változó

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

21. táblázat A nagyivást befolyásoló pszichológiai és szociális változók esélyhányadosai a bináris logisztikus regresszió alapján, nemi bontásban [EH (MT<sub>95%</sub>)]

	Nagyivás <sup>c</sup> Teljes minta (N=501)	Nagyivás <sup>c</sup> Lányok (N=330)	Nagyivás <sup>c</sup> Fiúk (N=170)
A legjobb barátod szokott-e dohányozni?			
Nem <sup>a</sup>	1	1	1
Igen	2,15 (1,47-3,16)***	2,44 (1,50-3,97)***	1,68 (0,89-3,18)
A barátaid közül hányan dohányoznak?			
Egyik sem <sup>a</sup>	1	1	1
Néhány	2,64 (0,97-7,21)	2,29 (0,63-8,30)	3,47 (0,69-17,4)
Kb. fele	5,91 (2,09-16,7)**	5,67 (1,51-21,3)*	6,75 (1,24-36,8)*
Legtöbb	7,16 (2,56-20,1)***	7,69 (2,05-28,8)**	6,35 (1,21-33,2)*
Mindegyik	3,25 (0,75-14,2)	1,62 (0,22-11,9)	9,00 (0,52-155)
A legjobb barátod szokott-e alkoholt fogyasztani?			
Nem <sup>a</sup>	1	1	1
Igen	7,71 (3,96-15,0)***	5,51 (2,68-11,3)***	25,9 (3,37-199)**
A barátaid közül hányan isznak rendszeresen alkoholt?			
Egyik sem <sup>a</sup>	1	1	1
Néhány	1,68 (1,00-2,82)*	1,58 (0,85-2,95)	1,71 (0,66-4,44)
Kb. fele	2,31 (1,18-4,51)*	2,86 (1,24-6,59)*	1,45 (0,46-4,61)
Legtöbb	4,52 (2,37-8,63)***	4,49 (1,95-10,3)***	3,78 (1,28-11,2)*
Mindegyik	4,06 (1,76-9,38)**	3,57 (1,25-10,2)*	3,78 (0,89-16,1)
Vágy a kötődésre <sup>b</sup>	1,00 (0,97-1,04)	0,99 (0,95-1,04)	1,04 (0,97-1,10)
Magányosság érzése <sup>b</sup>	0,95 (0,92-0,98)***	0,96 (0,93-1,00)*	0,92 (0,88-0,97)**
Pszichoszomatikus tünetek <sup>b</sup>	1,02 (0,98-1,06)	1,04 (0,98-1,10)	1,03 (0,95-1,10)
Önértékelés <sup>b</sup>	1,05 (1,02-1,09)**	1,05 (1,00-1,09)*	1,06 (0,99-1,12)
Versengés <sup>b</sup>	1,01 (0,99-1,03)	1,00 (0,98-1,03)	1,01 (0,98-1,05)
Szociális szégyenlősség <sup>b</sup>	0,97 (0,95-1,00)*	0,97 (0,94-1,00)	0,98 (0,94-1,02)
Kor <sup>b</sup>	1,21 (1,04-1,40)*	1,03 (0,86-1,24)	1,61 (1,20-2,17)**

<sup>a</sup> referencia-csoport; <sup>b</sup> folytonos változó; <sup>c</sup> az elmúlt hónapban legalább kétszer fogyasztott nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt.

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

A kor mindkét nemnél korrelál a rizikómagatartással: a fiatalabb diákok körében kisebb az esély mindkét vizsgált káros szenvedélyre. A legjobb barát alkoholfogyasztása mindkét nemnél összefügg a nagyivás megnövekedett esélyével, azonban az esélyhányados a fiúknál jelentősen nagyobb. A legjobb barát dohányzása azonban csak a lányok körében függ össze a nagyivás kialakulásának nagyobb esélyével.

A kortársak dohányzása és a nagyivás között mind a lányok, mind a fiúk esetében kimutatható összefüggés, a baráti kör felének és nagy részének dohányzása mindkét nemnél kockázati tényező, a lányoknál az esélyhányados a dohányzó barátok arányával együtt növekszik, a fiúknál viszont nem tapasztalható ilyen grádienszerű eredmény. A barátok alkoholfogyasztása is mindkét nemnél kapcsolatban áll a nagyivással, a lányoknál kockázati tényező, ha a baráti kör fele, nagy része vagy egésze fogyaszt alkoholt, a fiúknál ez csak a baráti kör felének fogyasztása esetén mutatható ki.

#### 4.10. A dohányzás és alkoholfogyasztás motivációi

22. táblázat A motivációs struktúra eltérései a mintában szerfogyasztó státusz szerint  
(N=501)

<i>Motivációk</i>	<i>NEM FOGYASZTÓ</i> <i>Átlag (szórás)</i>	<i>FOGYASZTÓ</i> <i>Átlag (szórás)</i>
<i>Dohányzás</i>		
– <i>Társas</i> ***	5,81 (3,11)	9,29 (4,44)
– <i>Énmegegerősítés</i> ***	5,41 (2,79)	8,30 (4,53)
– <i>Unaloműzés</i> ***	3,51 (1,96)	5,24 (2,52)
– <i>Coping/érzelmi reguláció</i> ***	7,37 (4,32)	12,39 (4,66)
<i>Alkoholfogyasztás</i>		
– <i>Társas</i> ***	7,31 (3,55)	12,43 (3,90)
– <i>Énmegegerősítés</i> ***	7,33 (3,75)	11,05 (4,07)
– <i>Unaloműzés</i> **	2,88 (1,54)	3,41 (1,88)
– <i>Coping/érzelmi reguláció</i> ***	7,18 (4,15)	10,52 (5,05)

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

A 22. táblázatban a motivációs skálák leíró statisztikáját figyelhetjük meg, azonban dohányzó/alkoholfogyasztó státusz szerint. Mindegyik motivációs elemre szignifikánsan magasabb pontérték igazolható azok körében, akik alkoholt fogyasztanak, illetve dohányoznak. A szerfogyasztókra tehát a társas hatás mellett az unaloműzés, az énmegerősítés és az érzelmi reguláció is jellemzőbb, mint az absztinensekre.

A logisztikus regresszió-elemzés eredményeit mutatja be a 23. táblázat. A dohányzással kapcsolatban a társas motivációt kivéve mindegyik (énmegerősítés, unaloműzés, érzelmi reguláció) alskála szignifikáns prediktornak bizonyult. Az alkoholfogyasztás esetében csak a társas motiváció járt nagyobb szerfogyasztási esélyhányadossal (EH = 1,40;  $p < 0,001$ ). Ugyanez igaz a nagyivás tekintetében is, csak a társas motivációval sikerült szignifikáns kapcsolatot kimutatnunk (EH = 1,21;  $p < 0,001$ ).

23. táblázat A logisztikus regresszió eredményei a teljes mintában (N=501)

Motivációk	<i>Dohányzás</i> EH (MT <sub>95%</sub> )	<i>Alkoholfogyasztás</i> EH (MT <sub>95%</sub> )	<i>Nagyivás</i> EH (MT <sub>95%</sub> )
<i>Társas</i>	1,15 (1,05–1,25)**	1,40 (1,27–1,54)***	1,21 (1,13-1,30)***
<i>Énmegerősítés</i>	0,97 (0,89–1,07)	1,07 (0,97–1,17)	1,07 (0,99-1,57)
<i>Unaloműzés</i>	1,14 (1,02–1,27)*	0,88 (0,73–1,06)	0,94 (0,82-1,08)
<i>Coping</i>	1,17 (1,10–1,24)***	0,99 (0,92–1,07)	0,98 (0,92-1,03)
<i>Khí-négyzet</i>	129,62***	148,98***	71,27***
<i>df</i>	4	4	4
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>	0,34	0,40	0,21

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

24. táblázat A logisztikus regresszió eredményei nemenként

<i>FIÚK (N=170)</i>	<i>Dohányzás</i> EH (MT <sub>95%</sub> )	<i>Alkoholfogyasztás</i> EH (MT <sub>95%</sub> )	<i>Nagyivás</i> EH (MT <sub>95%</sub> )
<i>Motivációk</i>			
– <i>Társas</i>	1,13 (0,98-1,32)	1,21 (1,03-1,43)*	1,24 (1,09-1,40)**
– <i>Énmegegerősítés</i>	0,98 (0,82-1,18)	1,21 (0,99-1,48)	1,07 (0,93-1,21)
– <i>Unaloműzés</i>	1,30 (1,08-1,58)**	0,84 (0,67-1,22)	0,91 (0,72-1,16)
– <i>Coping/érzelmi reguláció</i>	1,18 (1,06-1,31)**	0,99 (0,84-1,16)	1,02 (0,92-1,31)
<i>Khí-négyzet</i>	57,28***	109,08***	35,30***
<i>df</i>	4	4	4
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>	0,44	0,33	0,30
<i>LÁNYOK (N=330)</i>			
<i>Motivációk</i>			
– <i>Társas</i>	1,16 (1,04-1,28)**	1,47 (1,31-1,66)***	1,19 (1,09-1,30)***
– <i>Énmegegerősítés</i>	0,96 (0,86-1,07)	1,03 (0,92-1,14)	1,07 (0,98-1,17)
– <i>Unaloműzés</i>	0,35 (0,93-1,22)	0,90 (0,72-1,12)	0,92 (0,77-1,11)
– <i>Coping/érzelmi reguláció</i>	1,17 (1,09-1,26)***	0,99 (0,90-1,09)	0,96 (0,90-1,03)
<i>Khí-négyzet</i>	315,31***	276,93***	34,07***
<i>df</i>	4	4	4
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>	0,32	0,43	0,16

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

Az esélyhányadosokat nemenkénti bontásban mutatja be a 24. táblázat. A dohányzással összefüggésben a lányoknál a társas motiváció (EH = 1,16; p<0,01) mellett az érzelmi reguláció (EH = 1,17; p<0,001) is szignifikáns lett. A fiúk esetében szintén az érzelmi reguláció (EH = 1,18; p<0,01) bizonyult prediktornak, emellett az unaloműzés (EH = 1,30; p<0,01) is jelentős lett. Az alkoholfogyasztással és a nagyivással összefüggésben ismét csak a társas motiváció bizonyult prediktornak (EH = 1,47 és 1,19, p<0,01 a lányok esetében; EH = 1,21 és 1,24; p<0,05 és p<0,01 a fiúk esetében).

Az előzőekben már kimutattuk (12. táblázat), hogy az alkoholfogyasztás és a dohányzás erős kapcsolatban állnak egymással, a dohányzók körében felülreprezentált az



alkoholfogyasztás, és vice versa. Emiatt szükségesnek tartottuk a motivációs tényezőket a dohányzás és alkoholfogyasztás együttes előfordulása esetén is vizsgálni. A 25. táblázatban látható, hogy a társas motiváció szerepe a meghatározó (EH = 1,22;  $p < 0,01$  a cigarettával, és EH = 1,28;  $p < 0,01$  az alkohollal kapcsolatos motivációk esetében) az együttes alkohol- és cigarettafogyasztás motivációs prediktorai közül. Ezt a dohányzással összefüggő motivációk esetében az érzelmi reguláció (EH = 1,17;  $p < 0,01$ ) egészíti ki.

25. táblázat A logisztikus regresszió eredményei a dohányzás és alkoholfogyasztás együttes előfordulása esetén (N=501)

<i>Független változók</i>	<i>Dohányzás + alkoholfogyasztás együtt</i> EH (MT <sub>95%</sub> )
<i>Dohányzási motivációk</i>	
– Társas	1,22 (1,05-1,42)**
– Énmegerősítés	0,91 (0,77-1,08)
– Unaloműzés	1,14 (0,95-1,37)
– Coping/érzelmi reguláció	1,17 (1,05-1,30)**
<i>Alkoholfogyasztási motivációk</i>	
– Társas	1,28 (1,13-1,45)***
– Énmegerősítés	1,06 (0,93-1,21)
– Unaloműzés	0,84 (0,66-1,08)
– Coping/érzelmi reguláció	0,92 (0,82-1,03)
<i>Khí-négyzet</i>	201,67***
<i>df</i>	4
<i>Nagelkerke R<sup>2</sup></i>	0,57

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

<sup>a</sup>esélyhányados <sup>b</sup>CI: konfidencia-intervallum

#### **4.11. A szociometriai pozíció és a társadalmi háttér kapcsolata**

26. táblázat Az anya foglalkozása és a diák CM helyzetének kapcsolata (N=397)

	Manuális foglalkozású	Nem manuális foglalkozású
Központi mag	17,8%	28,4%
Társas mező	52%	43,2%
Peremhelyzet	30,3%	28,4%
Khí-négyzet próba: Nem szignifikáns		

Az anya társadalmi helyzete és a szociometriai pozíció között a dolgozat első hipotézise szignifikáns hatást feltételezett. A 26. táblázatban látható, hogy a társadalmi háttér kategóriák között nincs szignifikáns összefüggés (Khí-négyzet = 0,158; df: 4; p = 0,076).

## **5. Megbeszélés**

A disszertáció céljai voltak a szociális-társadalmi háttér, a pszichológiai és szociális tényezők, valamint az alkoholfogyasztás és dohányzás közötti kapcsolat vizsgálata a magyar középiskolások körében. A pszichológiai és szociális háttérváltozók, valamint a káros szenvedélyek vizsgálata kiemelten fontos, hiszen ezek a változók játszhatnak szerepet felnőttkorban mediátortényezőként a társadalmi háttér egészségi állapotra gyakorolt hatásában (Dalgard 2008). A disszertációban külön figyelmet fordítottunk a dohányzás és alkoholfogyasztás motivációinak feltárására is.

### ***5.1. Leíró statisztikák***

A mintánkban tapasztalt alkoholfogyasztási és dohányzási arányok hasonlóak, mint a 2010-es, magyar fiatalok körében folytatott HBSC kutatás eredményei. A több, mint 8000 diák körében végzett felmérés szerint a 9. évfolyamos lányok 58,9%-a, míg a fiúk 66,3%-a ivott a vizsgálat előtti egy hónapban alkoholt, a 11. évfolyamosok esetében ezek az arányok 76,4% és 78,9% (Halmai és Németh 2011a). A legalább hetente egyszer dohányzók aránya 9. évfolyamban lányok körében 26%, fiúknál 29,6%, 11. évfolyamban pedig 33,8% és 41,5% (Halmai és Németh 2011b).

A pszichológiai változók értékeit a rendelkezésre álló, magyar középiskolás mintán végzett kutatásokkal hasonlítottuk össze. A pszichológiai változók közül a Rosenberg önértékelési skála átlaga megegyezik a 2010-es HBSC kutatás eredményével (28,86; amely érték a jelen disszertációban alkalmazott kódolással 18,86-os átlagpontszámnak felel meg, ugyanis a hivatkozott kutatásban az önértékelés skála 10 itemére adott válaszokat 1-től 4-ig kódolták, mi pedig 0-tól 3-ig kódoltunk) (Költő és Kökönyei 2010). Egy másik, szintén magyar középiskolás mintán végzett kutatásban, melyben a Pszichoszomatikus tünetek skálát kérdezték le, szintén a mi eredményünkhöz közeli átlag született (12,88) (Pikó és Fitzpatrick 2001).

### ***5.2. A káros szenvedélyek eltérései nem, életkor és iskolatípus szerint***

A nemek közötti különbséget vizsgálva az alkoholfogyasztás és a nagyivás tekintetében is találtunk szignifikáns eltérést, a fiúk körében magasabb a fogyasztók aránya. Ez összecseng a HBSC 2010, magyar középiskolás mintán végzett nagymintás kutatás eredményeivel, melyek szerint a fiúk nagyobb aránya fogyaszt alkoholt és gyakoribb a nagyivók előfordulása is, mint a lányok körében (Halmai és Németh 2011a, Halmai és

Németh 2011b). A dohányzás tekintetében nem találtunk nemek közötti különbséget. Az eredmény szintén beleillik abba a tendenciába, mely szerint az utóbbi években folyamatosan csökken a nemek közötti különbség a középiskolások dohányzási szokásainak tekintetében. A 2014-es HBSC kutatás már nem talált különbséget (Arnold 2014), szemben a 2010-es hasonló felméréssel, ahol még egyértelmű volt a fiúk nagyobb arányú dohányzása (Halmai és Németh 2011a).

Mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás előfordulása tekintetében eltérést tapasztaltunk a korcsoportok között, az életkor növekedésével nő a dohányzók és az alkoholfogyasztók aránya. Eredményeink összhangban vannak a 2010-es és 2014-es magyar HBSC kutatás eredményeivel, amely ugyanezt a tendenciát írta le (Arnold 2014, Halmai és Németh 2011b).

Az iskolatípus tekintetében csak a dohányzás esetén találtunk különbséget, a gimnáziumban alacsonyabb a dohányzók aránya, mint a szakképzési intézményekben. Ez az eredmény szintén megegyezik a 2010-es HBSC kutatás eredményével (Halmai és Németh 2011a)

### ***5.3. A pszichológiai és szociális változók és a káros szenvedélyek kapcsolata***

A disszertáció egyik célja a pszichológiai és szociális változók, valamint a serdülők rizikómagatartása közötti kapcsolat vizsgálata volt. A pszichológiai változók közül néhány szintén mindkét káros szenvedéllyel kapcsolatban áll. Mindkét nemnél kockázati tényezőként viselkedett a dohányzás tekintetében a pszichoszomatikus tünetek gyakori megjelenése. Ezzel szemben a magányosság érzése a fiúknál, a szégyenlősség a lányoknál védőfaktornak bizonyult. Ez ellentmond a nemzetközi kutatási eredményeknek (Christopherson és Conner 2012, Moylan és mtsai 2013).

Mintánkban az alkoholfogyasztás kisebb esélyével járt együtt a magányosságérzet és fiúk körében a szégyenlősség. A fiúk körében a versengési hajlam, a lányoknál pedig a magasabb önértékelés kockázati tényezőként jelentek meg. Eredményeink tehát részben ellentétesek az eddigi kutatások eredményeivel. Az alkoholfogyasztás tekintetében az önértékelést általában védő, míg a magányosságérzetet kockázati tényezőként azonosították a serdülők körében (Brook és mtsai 2011, Karimiy és mtsai 2013, Kim 2011, Kislitsyna és mtsai 2010, Nazarzadeh és mtsai 2013, Veselska és mtsai 2009, Zamboanga és mtsai 2009). A pszichológiai változók közül a magányosság érzése

mindkét nemnél a nagyívás kisebb kockázatával járt együtt. A lányoknál az önértékelés ezzel szemben kockázati tényezőként jelent meg. Ezek az összefüggések ellentmondanak a nemzetközi kutatások eddigi eredményeinek (Barbosa Filho és mtsai 2012, Brook és mtsai 2011, Karimy és mtsai 2013, Kim 2011, Kislitsyna és mtsai 2010, Nazarzadeh és mtsai 2013, Veselska és mtsai 2009, Zamboanga és mtsai 2009).

A pszichológiai változók közül a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága és a versengési hajlam kockázati tényezőknél bizonyultak mindkét káros szenvedély esetében, ezek az eredmények összhangban vannak hipotézisünkkel (H1). Eredményeink szerint a kötődésre irányuló vágy nem korrelál egyik káros szenvedéllyel sem. A magas önértékelés kockázati tényezőnek, míg a szégyenlősség és a magányosságérzet védőfaktorok bizonyultak. Ezek az eredmények nem egyeznek meg hipotézisünkkel (H1).

A mentális jóllét indikátorai közül a szégyenlősség és a magányosságérzet védő, valamint az önértékelés kockázati tényezőként viselkedése a magyar középiskolások körében új, a nemzetközi tendenciákkal ellentétes eredménye kutatásunknak, ami feltételezésünk szerint a szociális változók elsődleges szerepével magyarázható (Pikó 2005a). Abból indulunk ki, hogy az eredményeink alátámasztották, hogy a kortársak erősen befolyásolják a diákok rizikómagatartását. Mivel a magyar középiskolai osztályok normarendszerének (nemzetközi összehasonlításban) sokkal inkább részét képezi az alkoholfogyasztás és dohányzás elfogadása, rosszabb esetben támogatása (Hibell és mtsai 2012), a magyar diákokra erős társas nyomás nehezedik. Az adott diákot érő társas nyomás erőssége és az arra adott válaszreakció függ azonban a diák osztályközösségen belüli kapcsolataitól és helyzetétől (Rees és Wallace 2014), az itt vizsgált pszichológiai változók pedig képesek befolyásolni (Bowker és Raja 2011, Grills és Ollendick 2002, Shao és mtsai 2014). A szégyenlősség, valamint az alacsony önértékelés révén a diákot kizárhatja a kortárs csoport. Kevesebb barátságra tehet szert, esetleg elszigetelődhet, kiszorulhat a közösségből. Magányossá, akár iskolai erőszak áldozatává is válhat (Bowker és Raja 2011, Grills és Ollendick 2002, Shao és mtsai 2014, Smithyman és mtsai 2014). Ezekre a diákokra emiatt kisebb hatással lehet az a társas nyomás, mely növeli a káros szenvedélyek kockázatát (Rees és Wallace 2014). Ezeken túl, a magas önértékelés bizonyítottan fokozottabb ingerkereső magatartással jár, ez növelheti mind a kipróbálás, mind a fogyasztás esélyét, azonban mivel ezt a

nemzetközi vizsgálatok is kimutatták, nem magyarázza az eredmények közötti eltérést (Baumeister és mtsai 2003). Ezen felül a nagyobb önbizalom akár következménye is lehet a káros szenvedélyeknek (vö. hazai kortárs normáknak való megfelelés).

A szociális változók közül mind a legjobb barát, mind a baráti kör dohányzása és alkoholfogyasztása kockázati tényezők, mindkét nem esetében (egyetlen kivétel a fiúknál a kortársak alkoholfogyasztása). Ez nem csak az adott viselkedés tekintetében igaz, megfigyelhető keresztirányú összefüggés is. A fiúk körében csak az alkoholfogyasztásnál, a lányoknál mindkét káros szenvedélynél megfigyeltünk ilyen keresztirányú összefüggést. A szociális változók és a nagyívás szintén összefüggenek, a fiúk és a lányok körében is, minden esetben a nagyívás nagyobb esélyével járnak együtt. Eredményeink tehát összhangban állnak az eddigi magyar és nemzetközi kutatásokkal, amelyek szintén kimutatták az említett összefüggéseket (Cruz és mtsai 2012, Ellis és Wolfe 2009, Gajewski és Malkowska-Szkutnik 2012, Kiuru és mtsai 2010, Oteyo és Kariuki 2009, Pikó 2001a).

A szociális változók közül tehát a legjobb barát és a baráti kör dohányzása és alkoholfogyasztása is kockázati tényezőkként viselkedtek a mintában, ezek az eredmények megegyeznek előfeltevésünknek (H2), így erre vonatkozó hipotézisünket igazoltnak tekintjük.

#### **5.4. Az SES változók**

Célunk volt az is, hogy megvizsgáljuk, van-e összefüggés a középiskolások társadalmi háttere és mentális jólléte, alkohol- és cigarettafogyasztási szokásai között.

Eredményeink azt mutatják, hogy minden általunk mért objektív SES mutató erősen korrelál a szubjektív mutatóval ( $p < 0,01$ ), ez párhuzamban áll a 2006-ban végzett nemzetközi HBSC kutatás magyarországi eredményeivel, amely szintén erős összefüggést mutatott ki a szubjektív és objektív indikátorok között (Németh 2007).

A szubjektív társadalmi helyzet áll a legerősebb kapcsolatban a mentális jólléttel, a hat általunk használt skála közül öttel szignifikáns összefüggést mutattunk ki. Egyedül a kötődésre irányuló vágyat mérő skála pontszámával nem sikerült kapcsolatot kimutatni. Ez a pszichológiai változó független a többi, objektív mutatótól is. Az összefüggések erőssége is a szubjektív SES mutatónál a legnagyobb, a hat skála közül három esetében a  $p$  érték 0,001 alatti. Az önbesorolással mért társadalmi helyzet tehát erősen és grádiensszerűen összefügg a diák szegénylősségének mértékével, a pszichoszomatikus

tünetek megjelenésével, a versengési hajlammal, az önértékeléssel és a magányosságérzettel. A saját családjukat alsó- és alsó-közép osztályba soroló diákok között a legmagasabb, a felső- és felső-közép osztályban a legalacsonyabb ezen mentális jóllét mutatók átlagpontszáma. Az önértékelés és a versengési hajlam esetében ez az összefüggés fordított, az alsó osztályok önértékelési pontszáma a legalacsonyabb, a felsőké pedig a legmagasabb.

A szubjektív társadalmi helyzet meghatározó szerepét mutattuk ki a pszichikai és pszichoszomatikus egészségre, mely eredmény összhangban van a szakirodalmi forrásokkal (Pikó és Fitzpatrick 2001, 2007; Pikó 2010a). Ennek egyik lehetséges magyarázata a fókuszálás illúziója, mely szerint a fogyasztói társadalomban túlzottan az anyagi javakra fókuszálunk akkor, amikor az étellel való elégedettségünket becsüljük meg (Kahneman és mtsai 2006).

A szülők közül az apa végzettsége és alkalmazási minősége korrelált erősebben a diák mentális jóllétével. Míg az apa iskolai végzettsége négy (szégyenlősség, magányosság, versengés és önértékelés) pszichológiai változóval, az anya végzettsége csak a szégyenlősséggel és a versengéssel állt szignifikáns kapcsolatban. Az összefüggések iránya megegyezik a szubjektív mutató esetében tapasztalt irányokkal, a szégyenlősség (anyánál és apánál egyaránt) és a magányosság-skála esetén a magasabb végzettségű szülő gyermekei alacsonyabb, az önértékelés és versengés skálánál magasabb átlaggal rendelkeznek. Az anya alkalmazási minősége három, az apáé négy mentális jóllét változóval függ össze, itt is az apa hatása a meghatározóbb. Mindkét szülőnél ki kell emelnünk a szakmunkás és segédmunkás kategóriát, itt minden skálánál a többi kategóriához viszonyítva kiemelkedő (az önértékelés esetén alacsony) a csoportátlag (kivételesen ez alól a versengési hajlam, itt a segédmunkás anyák gyermekei körében a várt alacsony helyett magas átlagot mértünk). A szakmunkás, segédmunkás és munkanélküli szülők esetében tehát a gyermekek átlag alatti mentális jóllétéről beszélhetünk. A diplomás/vezető, egyéb szellemi foglalkozású és önálló vállalkozó szülők gyermekeinél átlag feletti értékeket tapasztaltunk. Ezt az általunk tapasztalt mintázatot, miszerint a szellemi foglalkozásúak gyermekeinek jobb a pszichikai állapota, mint a fizikai dolgozó vagy munkanélküli szülők gyermekeinek, számos korábbi kutatás is igazolta (Halldórsson és mtsai 1999, Pikó és Fitzpatrick 2007, Pikó 2010a, Torsheim és mtsai 2004). Az apa foglalkozásának erősebb hatását szintén alátámasztotta számos kutatás

(Pikó és Fitzpatrick 2001, Pedersen és Madsen 2002). Az iskolai végzettség és alkalmazási minőség változókat összevetve az alkalmazási minőség szerepét találtuk meghatározónak. Ez ellentmond azoknak az eredményeknek, melyek az utóbbi években kimutatták az iskolai végzettség felértékelődését Magyarországon (Pikó 2010a). Az eredmény párhuzamban áll azonban Kahneman koncepciójával, amely a mentális jóllét és az anyagi helyzet illuzorikusan erős kapcsolatára utal, hiszen az alkalmazási minőség az iskolai végzettségnél erőteljesebben kihat az anyagi helyzetre (Pikó 2010a). Ez olyannyira igaz, hogy a társadalmi-anyagi helyzettel való elégedetlenség növeli a depresszió kockázatának valószínűségét is (Kopp és mtsai 2004, Pikó és Fitzpatrick 2007).

Az összefüggések minden esetben megfelelnek az előfeltevésünknek (H3), azaz a magasabb SES csoportba tartozó diákoknak jobb a mentális jólléte. Erre vonatkozó hipotézisünket ezért igazoltnak tekintjük.

Sem az alkoholfogyasztás, sem a nagyivás tekintetében nem tudtunk szignifikáns kapcsolatot kimutatni egyik SES változóval sem, ez szemben áll azokkal a korábbi eredményekkel, melyek kapcsolatot találtak mind az aktuális SES (Goodman és Huang 2001, Pikó és Fitzpatrick 2007, Humensky 2010), mind a gyermekkori SES és a serdülők alkoholfogyasztása között (Melotti és mtsai 2011). Eredményeink igazolják azokat a kutatásokat, amelyek nem találtak összefüggést az SES és az alkoholfogyasztás között (Hanson és Chen 2007).

A dohányzás sem áll kapcsolatban az SES mutatóival, ez megegyezik azokkal a kutatási eredményekkel, amelyek a szignifikáns kapcsolat hiányáról számoltak be (Pikó és Fitzpatrick 2007).

Az SES és mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás közötti kapcsolatra különböző lehetséges magyarázatok jelentek meg a szakirodalomban. A pozitív irányú összefüggés magyarázható a magasabb státuszú szülők liberálisabb, megengedőbb hozzáállásával, a gyermekeiknek nyújtott jobb anyagi lehetőséggel (több zsebpénz) (Pikó és Fitzpatrick 2007). Az ellenkező irányú korreláció oka lehet az alacsonyabb státuszú családokban a szülői odafigyelés és támogatás hiánya, vagy a rosszabb lakókörnyezetből adódó, káros szenvedélyeket támogató kortárs csoport (Bradley és Corwyn 2002). Ezek a lehetséges okok vagy nem jelentek meg saját elemzéseinkben, vagy kioltották egymást a vizsgált populációban, ennek megválaszolása további, feltáró jellegű kutatást igényel.



Eredményeink nem felelnek meg előfeltevésünknek (H4), mely szerint a magasabb SES az alkoholfogyasztás nagyobb esélyével jár együtt, hipotézisünket tehát elvetjük. Előzetesen a dohányzás és az SES között is kapcsolatot feltételeztünk, ezért az erre vonatkozó hipotézisünket (H5) is elvetjük.

Az előzetes, nemzetközi kutatási eredmények alapján (Andor 2001, Kolominszkij 1967, Pusztai 2005) feltételeztük, hogy kapcsolat, még hozzá pozitív kapcsolat van a társadalmi háttér és a szociometriai pozíció között. A vizsgált SES változó és a diák szociometriai helyzete között azonban nem találtunk szignifikáns kapcsolatot. Ez nem egyezik meg előfeltevésünkkel (H6), így ezt a hipotézist is elvetjük. A kapcsolat hiánya mintánkban alátámasztja azokat a korábbi eredményeket, amelyek a serdülőkorú „egyenlősödésről” számolnak be (Emerson és mtsai 2005, West 1997). Megfigyelhető a serdülők közötti viszonylagos „egyenlőség”, az SES változók kisebb hatása, vagy hatásának hiánya számos más változóra, összehasonlítva a gyermekekkel, vagy a felnőtt korosztállyal.

### ***5.5. A káros szenvedélyek motivációi***

A középiskolások dohányzása és alkoholfogyasztása azért érdemel kitüntetett figyelmet, mert serdülőkorban a leggyakoribb e szerek kipróbálása. Azok egy jelentős része, akik már nem csak alkalmanként kezdenek élni e szerekkel, felnőtt korukra is rendszeres fogyasztóvá és függővé válhatnak, és számolniuk kell az egészségügyi következményekkel is (Boden-Abala és Sacco 2000, Dratva és mtsai 2013, Gilvarry 2000). A disszertáció egyik célja ezért az alkoholfogyasztás és dohányzás motivációinak feltárása volt, hiszen ha ismerjük a motivációkat, könnyebben tudunk beavatkozni még a primer és szekunder prevenció szintjén.

Eredményeink alapján arra következtethetünk, hogy a társas motiváció a legerősebb „univerzális” motivációs faktor, nemtől és szertípustól függetlenül növeli mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás (és azon belül a nagyivás) valószínűségét. Ezt egy korábbi vizsgálat is kimutatta (Pikó 2004). Ez összevág a legjobb barát szerfogyasztásának erőteljes hatásával. A társas befolyás jelentőségére az alkoholfogyasztás esetén mind a hazai (Németh és mtsai 2011b, Németh és mtsai 2012, Pikó 2004, Urbán és Marián 2003), mind a nemzetközi (Bradizza és mtsai 1999, Simons és mtsai 2000, Weitzman és Chen 2005, Wild 2002) kutatások felhívják a figyelmet. A kortársak, a barátok, és különösképpen a legjobb barát szerepe meghatározó, hiszen az

alkoholfogyasztás, különösen a vizsgált életszakaszban közös tevékenység, amelynek csoportnorma erősítő hatása is van (Kiuru és mtsai 2010, Fujimoto és Valente 2012). A dohányzásnál is megmutatkozott a társas motiváció prediktor jellege, ez azonban főként a lányokra volt jellemző. Ők tehát nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a dohányzás társas normatív szerepének és a közös tevékenységnek. Egy korábbi kutatás ezen felül azt is igazolta, hogy a dohányzás az úgynevezett barátszelekcióra is hatással van. Ez azt jelenti, hogy például a dohányzó fiatal hajlamos barátait is a dohányzó státusz szerint kiválasztani. Szívesebben barátkozik azokkal, akik maguk is dohányoznak. (Kiuru és mtsai 2010)

A dohányzás esetében azonban nemcsak a társas hatások szerepe igazolható, hanem az érzelmi reguláció (coping) és az unaloműzés jelentősége is. Ezt az eredményünket olyan korábbi kutatási eredmények is megerősítik, melyekben a dohányzás mennyiségétől és gyakoriságától függetlenül is megjelentek ezek a motivációk (Heinz és mtsai 2010, Koval és Pederson 1999, McEwan és mtsai 2008, Urbán és Marián 2003, Urbán 2005). Ez a nikotin öngyógyító hatását támasztja alá (Koval és Pederson 1999, Urbán és Marián 2003), amelyre rendszeres dohányzás esetén a serdülők maguktól is rájönnek. Igaz ez akkor is, ha eredetileg inkább a társas motivációk hatására kezdtek el dohányozni.

Sem az alkoholfogyasztásnak, sem a nagyivásnak nem volt más szignifikáns motivációs prediktora a társas motiváción kívül. Ez azt jelzi, hogy ebben a korban különösen fontos a társas helyzetben történő alkoholfogyasztás, azaz a szociális normatív jelleg erőteljesebben mutatkozik meg minden más motivációnál. Úgy tűnik, a magyar fiatalok körében ez minden más motivációs faktor befolyását felülírja. Az alkohol társas szokás a magyar társadalomban, a társadalmi normák is erősen hatnak rá, a szociális ivás iránti tolerancia igen nagy. A fiatalok gyakran érzik úgy, nem akarnak kimaradni a közös tevékenységből. A csoportnyomás tehát az ilyen esetekben nagy, ami az alkoholfogyasztás esélyét növeli. Korábbi kutatások a nagyivás esetében már egyéb motivációkat is igazoltak, így az énmegerősítés vagy a coping szerepét is (Lyvers és mtsai 2010, Németh és mtsai 2011b, Németh és mtsai 2012). Kutatásunk eredménye ezt nem erősítette meg a magyar serdülők körében, ugyanis a nagyivásnál is csak a társas motiváció szerepét igazoltuk. Az alkoholfogyasztás és a dohányzás együttes

előfordulása esetén a társas motivációk szerepe szintén döntő volt, ezt az érzelmi reguláció (coping) egészítette ki.

## 6. Következtetések

A pszichológiai változók, a diákok mentális jóllétének indikátorai erősen korrelálnak szocioökonómiai státusszikkal, szemben az alkoholfogyasztással és dohányzással, ahol nem találtunk összefüggést. Ez alapján arra következtetünk, hogy a lehetséges mediátortényezők közül, melyek indokolhatják az SES és a későbbi, felnőttkori egészségi állapot kapcsolatát, a pszichológiai változóknak, a diákok mentális jóllétének igen fontos szerepe van. A társadalmi háttér egyenlőtlenségei, ha az egészségi állapotban kevésbé mutatkoznak is meg a serdülőknél (Pikó és Fitzpatrick 2001, Pikó és Fitzpatrick 2007, Pikó 2010a, Torsheim és mtsai 2004, West 1997), a mentális jóllétben igen. Ez olyan rejtett hátrány, mely csak később, felnőttkorban érezteti hatását, mediátor változóként szerepet játszva az egészségi állapot SES-beli különbségeiben (Power 1991, Dalgard 2008). Ezért javasoljuk a még nagyobb odafigyelést a középiskolások jóllétére, pszichikai állapotára. A diákok mentálhigiénés állapotának még intenzívebb fejlesztését szorgalmazzuk, hiszen a serdülőkori, pszichikai állapotbeli hátrányok később, a felnőttkori egészségi állapotban is megmutatkoznak.

Az eredmények alapján a serdülőkori káros szenvedélyek háttérváltozói közül a szociális változók elsődleges szerepére következtetünk. Ezt igazolta mind a kortársak szerfogyasztásának elsődleges prediktor jellege, mind a társas motiváció kiemelkedő szerepe. Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy ezen változók hatása kontextuális. Ez azt jelenti, hogy amelyik társadalomban, közösségben gyakoribbak a káros szenvedélyek, a közösség normarendszere elfogadja, vagy pártolja a dohányzást és alkoholfogyasztást, ott erősebb lesz ez a társas nyomás (Jung és Chung 2013). A magyarországi fiatalok körében mind az alkoholfogyasztás, mind a dohányzás előfordulása igen magas, mind európai, mind világviszonylatban (Hibell és mtsai 2012), nálunk tehát ezek a magatartások inkább képezik részét a fiatal közösségek normájának. Ennek következtében az kívánjuk hangsúlyozni, hogy az egészségfejlesztés ebben a társadalmi közegben nem működhet hatékonyan a teljes osztályközösség, az iskolai társadalom bevonása nélkül. Egy káros szenvedélyeket támogató mikrotársadalomban a mentális jóllét bizonyos összetevői kockázati tényezőként jelenhetnek meg. Ha nem sikerül elérni azt, hogy a káros szenvedélyek elutasítása az osztályközösségek normarendszerének részévé váljon, az egyéni fejlesztés nem képes hatékonyan működni.

A tényleges csapdahelyzetet valójában az jelenti, hogy a fiatalok a kortársak hatására kezdenek el alkoholt fogyasztani és cigarettázni (sokszor mindkettőt együtt), a megosztott öröm kedvéért. Ezután azonban, miután megtapasztalják a szerek kémiaiilag „kedvező” (pl. az alkohol gátlásokat csökkentő vagy a nikotin stresszoldó) hatásait, elmozdulnak a rendszeres fogyasztás felé, aminek eredményeként könnyen függőség alakulhat ki. Álláspontunk szerint az lehet tehát a kulcs, hogy meg kell tanítani a fiatalokat, hogy társas helyzetben hogyan viselkedjenek asszertív módon, elkerülve a csoportnyomást (Ungar 2000), mielőtt még az énmegerősítés és a coping céljából kezdik el fogyasztani a szereket. Ezért a prevenció stratégiáknak ki kell terjedniük a készségfejlesztésre, legfőképpen a szociális készségek fejlesztésére (Pikó 2005b).

### ***6.1. A kutatás korlátai és erősségei, jövőbeni kutatási irányok***

Következtetéseinkkel, eredményeinkkel hasznos adalékot igyekeztünk nyújtani a középiskolai alkohol-, és dohányzásprevenció munkájához. Rávilágítottunk azokra az összefüggésekre, melyek a gyakorlati prevenció hatékonyságát segíthetik növelni, és speciálisan a magyar középiskolásokra jellemzőek. Szeretnénk kihangsúlyozni annak fontosságát, hogy kutatásunkat helyi reprezentatív mintán végeztük. A különböző országokban, régiókban végzett adatfelvételek különbözhetnek egymástól az összefüggések mintázatában és erősségében is. Kutatásunk abból a szempontból is újszerű, hogy hat különböző skálát felhasználva, több dimenzió mentén vizsgáltuk a középiskolások mentális jóllétét, így próbáltunk teljesebb képet nyújtani a diákok mentális jólléte és káros szenvedélyei közötti összefüggések erősségéről és mintázatáról.

Kutatásunk korlátjaként meg kell említenünk, hogy a nemi arány nem reprezentálja a vizsgált középiskolás populációban meglévő nemi eloszlást. Továbbá az iskolatípus változó is enyhén eltér a populációbeli aránytól (a szakiskolai tanulók némileg alulreprezentáltak). Emellett, a kutatásunkat Hajdú-Bihar megyei középiskolás populáción végeztük, így eredményeink nem általánosíthatóak a teljes magyarországi középiskolás korosztályra nézve.

Az általunk használt „Szoktál-e alkoholt fogyasztani?” kérdés használata, valamint a nagyívás mérése is vethet fel érvényességi kétségeket. A jövőbeni kutatásokban érdemes több változóval is vizsgálni a káros szenvedélyeket. Szintén korlátja kutatásunknak, hogy a pszichológiai tényezők vizsgálatára alkalmazott skálák egy része

Magyarországon még nem validált. Ezek a mérőeszközök általában magas mintabeli Chronbach alpha mutatóval működtek a mintánkban. Kivétel a vágy a kötődésre skála alacsony megbízhatósági együtthatója. A skálát még nem alkalmazták magyar mintán, és ez az eredmény kétségeket vet fel az alkalmazhatósága tekintetében.

Ezen felül, mivel vizsgálatunk keresztmetszeti volt, ok-okozati összefüggések feltárására nem alkalmas, csak korrelációk kimutatására. A jövőben szükségesnek tartjuk a mintavétel megismétlését, ezzel mintánk longitudinálissá bővítését, a kutatás eredményeinek kiterjesztését ok-okozati összefüggésekké, valamint időbeli változásának nyomon követését.

A jövőbeli kutatások tekintetében javasoljuk még a rizikófaktorok mellett a további védőfaktorokra helyezni a hangsúlyt, ilyenek lehetnek a disszertációban vizsgált csoporthatások. A kortársak hatása nem minden esetben káros, a jól működő és káros szenvedélyeket nem támogató kortárs csoport, például a vallási közösségek védőfaktorok jelenthetnek az alkoholfogyasztással és a dohányzással szemben. Ugyanez figyelhető meg a sportolók esetében, a sport önmagában is jótékony hatású a káros szenvedélyek tekintetében is, a sportoló közösség pedig mint kortárs csoport csökkentheti a szerfogyasztás valószínűségét.

## ***6.2. A kutatás új tudományos eredményei***

Disszertációmban igazoltam a következő társas változók elsődleges szerepét a serdülők alkoholfogyasztásának és dohányzásának tekintetében: legjobb barát dohányzása és alkoholfogyasztása, baráti kör dohányzása és alkoholfogyasztása, társas motiváció. A pszichológiai változók másodlagos szerepét mutattam ki. A magányosságérzet és a szégyenlősség védő, az önértékelés rizikó tényezőként viselkedését a mintában a szociális változók elsődleges és kontextuális szerepével magyaráztam. Kimutattam továbbá, hogy a megkérdezett fiatalok körében nincs összefüggés a társadalmi háttér és a káros szenvedélyek között, ez megerősíti az ún. egyenlősödési (equalization) elméletet, mely szerint a serdülők körében relatíve kevésbé érvényesülnek a társadalmi hátrányok az egészségi állapot tekintetében a gyermekekhez, felnőttekhez képest (Pikó és Fitzpatrick 2001, 2007, Pikó 2010a, Torsheim és mtsai 2004, West 1997). Az SES változók és a pszichológiai változók között összefüggést mutattam ki, ezzel igazolva, hogy a serdülőkorú mentális jóllét később, felnőttkorban érezteti hatását, mediátor változóként szerepet játszva az egészségi állapot SES-beli különbségeiben (Power 1991,

Dalgard 2008). Az SES változók közül a szubjektív indikátor elsődleges szerepe és a szülők alkalmazási minőségének az iskolai végzettséghez képest nagyobb hatása a káros szenvedélyekre megerősíti Kahneman koncepcióját (fókuszálás illúziója) (Kahneman és Tversky 2006).

### **6.3. Gyakorlati implikációk**

A disszertáció eredményei alapján, összefoglalva következtetéseinket, az alábbi javaslatokat kívánom tenni mind a pedagógusok, intézményvezetők és fenntartók, mind a prevenció szakemberek felé:

Mivel a serdülőkori, pszichikai állapotbeli hátrányok a felnőttkori egészségi állapotban is megmutatkoznak, ezért szorgalmaznám a diákok mentálhigiénés állapotának még intenzívebb fejlesztését. Mivel a társadalmi egyenlőtlenségek olyan rizikófaktort jelentenek, amelyek megszüntetése nem, csak mérséklése lehetséges a méltányosság és esélyegyenlőség útján, a védőfaktoroként szóba jöhető pszichikai hatások erősítésével. Javaslom a disszertációban bemutatott szociometria módszerének alkalmazását a magányos diákok kiszűrésére. Fontos emellett a hátrányos társadalmi környezetből érkező diákok kiemelése, hiszen eredményeink alapján mentálhigiénés szempontból ők is veszélyeztetettek. A kooperatív munkaformák, az iskolán kívüli közös feladatok (pl. projektmunka) jó lehetőséget nyújtanak ezen diákok integrálására, mentális jóllétének fejlesztésére, amihez hozzájárulhat még az intézmény nyitott és befogadó légköre. Bizonyos esetekben az iskolapszichológus bevonása szintén hatékony segítség lehet.

Álláspontom szerint a prevenció stratégiáknak ki kell terjedniük a készségfejlesztésre is, legfőképpen a szociális készségek fejlesztésére. A társas motivációk elsődleges szerepe a káros szenvedélyek kialakulásában azt jelzi, hogy fontos megtanítani a fiatalokat arra, hogy társas helyzetben hogyan viselkedjenek asszertív módon, elkerülve a csoportnyomást, mielőtt még az énmegerősítés és coping céljából kezdik el fogyasztani a szerteket. Az iskolai légkör számos eleme hatással van a diákok szociális készségére. A pedagógus részéről a világosan megfogalmazott célok és szabályok, a tanulóközpontú tanítás, a kooperatív tanulási formák alkalmazása, a gyerekek pozitív elfogadása; az iskola részéről a meleg, nyitott iskolai légkör és sokféle tanulási forrás biztosítása jótékony hatással van a szociális kompetenciára (Konta és Zsolnai 2002). Az asszertív viselkedés támogatását és a coping technikák elsajátítását és fejlesztésére számos iskolai lehetőség kínálkozik, ilyen például a problémamegoldás, a diákok

közötti konfliktusok közös, osztályszintű megbeszélése és feloldása. A szerepjáték szintén hatékony módszer, mely alkalmas az empátia és a proszociális magatartás fejlesztésére. A diákok általában pozitívan fogadják a megszemélyesítő, megelevenítő, dramatizáló, cselekvésközpontú tevékenységeket. Az egyéni fejlesztést biztosító, alapvetően facilitáló jellegű fejlesztő interjú minden olyan nevelési helyzetben folytatható, ahol négy szemközti beszélgetésre van módja a pedagógusnak (Némethné Doktor 2008). Az előbbieken ismertetett fejlesztő módszerek számos tantárgy keretében tematikusan alkalmazhatók, az osztályfőnöki órákon kívül ilyenek a dráma, etika, szociális alapismeretek, társadalomismeret tanórák.

Eredményeink alapján a prevenció szakemberek számára javasolnám a teljes osztályközösség bevonását a prevenció munkába. A hatékony prevenció nem történhet meg ennek figyelmen kívül hagyásával, mivel a csoportnorma nagy befolyást gyakorol a diákok egészségmagatartására. A szisztematikus prevencióra helyezném a hangsúlyt a szezonális, alkalmi előadásokkal szemben. Javasolom komplex prevenció programok kidolgozását és megvalósítását, melyek több káros szenvedélyre (alkohol, dohányzás, drog) is kiterjednek és bevonják a teljes közösséget, így hatékonyabbá tehető a prevenció munka (Demetrovics 2002). A kortárs segítők szerepét is szeretném hangsúlyozni. Számos előnye van annak, ha a diákok kortársaiktól hallják a szükséges információkat, ez lehetővé teszi az informális beszélgetéseket, összeköthető közös drámafeldolgozással is, jótékony hatással van a segítőre és a segítettre egyaránt (Rácz és Szabó 2008).

Fontos, hogy az iskolát, mint problémaegyüttest kezeljük, mert a szerfogyasztással kapcsolatos problémák egymással szorosan összefüggnek (Rácz és Hoyer 1995). Az egészségprevenció munka akkor lehet igazán hatékony, ha az iskolai egészségfejlesztés minden aktora, köztük a pedagógusok, intézményi szakemberek, intézményvezetők, fenntartók, prevenció szakemberek és civil szerveződések együtt, összehangoltan és kölcsönösen együttműködve vesznek részt a programok tervezésében, kidolgozásában, végrehajtásában és értékelésében.



## 7. Összefoglalás

Célkitűzés: A disszertáció célja a dohányzás és alkoholfogyasztás háttértényezőinek, valamint motivációinak kutatása volt a magyar serdülők körében. A háttértényezők közül a szocioökonómiai státuszt (SES), valamint pszichológiai és szociális változókat vizsgáltunk.

Módszerek: Az első, előkészítő mintavételre 2010-ben került sor, melynek során 397 tanuló került lekérdezésre három Hajdú-Bihar megyei középiskola 15 osztályából. A fő mintavételt a 2012/2013-as tanévben végeztük, a lekérdezésben három debreceni középiskola, az intézményeken belül összesen 22 osztály 501 tanulója vett részt. Az SES-t objektív és szubjektív indikátorokkal mértük. A pszichológiai tényezők közül a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát, a szégyenlősséget, a magányosságérzetet, a vágyat a kötődésre, az önértékelést és a versengést, a szociális változók közül a barátok és kortársak dohányzási, valamint alkoholfogyasztási szokásait mértük.

Eredmények: A szociális változók közül mind a legjobb barát dohányzása (EH=16,72;  $p<0,001$ ) és alkoholfogyasztása (EH=22,77;  $p<0,001$ ), mind a kortársak káros szenvedélyei kockázati tényezőkként viselkedtek a mintában. A pszichológiai változók közül a magas önértékelés kockázati tényezőnek (alkohol: EH=1,04;  $p<0,05$ ), míg a szégyenlősség (alkohol: EH=0,97;  $p<0,01$ ; dohányzás: EH=0,97;  $p<0,05$ ) és a magányosságérzet (alkohol: EH=0,96;  $p<0,001$ ) is védőfaktornak bizonyultak. Ezen eredmények ellentmondanak a korábbi nemzetközi kutatások eredményeinek. A káros szenvedélyek motivációi közül a társas motivációt találtuk meghatározónak.

Megbeszélés: A társas változók meghatározó szerepét hangsúlyozzuk. Az egyes pszichológiai változók korábbi eredményeknek ellentmondó viselkedését a szociális változók elsődleges szerepével magyarázzuk. Eredményeink alapján több konkrét ajánlást is megfogalmaztunk a prevenciós munka gyakorlatával kapcsolatban. Javasoljuk a diákok mentálhigiénés állapotának még intenzívebb fejlesztését. Fontos megtanítani a fiatalokat arra is, hogy társas helyzetben hogyan viselkedjenek asszertív módon, elkerülve a csoportnyomást, mielőtt még az énmegerősítés és coping céljából kezdik el fogyasztani a szereket. A hatékony prevenció nem történhet meg a teljes osztályközösség bevonása nélkül, mivel a csoportnorma nagy befolyást gyakorol a diákok egészségmagatartására. Álláspontunk szerint a prevenciós stratégiáknak ki kell terjedniük a készségfejlesztésre, legfőképpen a szociális készségek fejlesztésére.

## 8. Summary

Aims: The goal of the dissertation was to examine predictors and motives of drinking and smoking among Hungarian adolescents. Among predictors socioeconomic status (SES), psychological and social variables were involved.

Methods: The first, preliminary sampling was conducted in 2010 and included 397 students from 15 classes of three high schools in Hajdú-Bihar County. The main sampling was conducted in school year 2012/2013 and included 501 students from 22 classes of three high schools in Debrecen. SES was measured with objective and subjective indicators. Among psychological indicators psychosomatic symptoms, shyness, loneliness, need to belong, self-esteem and competitiveness, among social variables smoking and alcohol use of friends and the peer group were measured.

Results: Among social variables both best friend's smoking (OR=16.72;  $p<0.001$ ) and drinking (OR=22.77;  $p<0.001$ ), and peer group's risk behaviours behaved as risk factors in our sample. Among psychological variables high self-esteem proved to be risk factor (alcohol: OR=1.04;  $p<0.05$ ), while shyness (alcohol: OR=0.97;  $p<0.01$ ; smoking: OR=0.97;  $p<0.05$ ) and loneliness (alcohol: OR=0.96;  $p<0.001$ ) proved to be protective factors. These results did not match with results of previous international studies. Social motivation found to be the main determinant of smoking and drinking.

Discussion: We emphasize the main role of social variables. We also explain the results of psychological variables, which are inconsistent with previous results, with the main role of social predictors. We have made several exact recommendations about the prevention work based on our results and urge more intensive promotion of adolescents' mental well-being. It is important to teach the students how to behave assertively in social situations, avoiding social pressure before they start to smoke or drink because of coping or self-enhancement. Efficient prevention has to involve the whole high school class into its work, because the norms of the class have a great effect on adolescents' risk behaviours. In our opinion, prevention also has to involve promotion of social skills.

## 9. Irodalomjegyzék

1. Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. In: Adler NE, Marmot M, McEwen BS, Stewart J (szerk.), Socioeconomic status and health in industrialized nations. New York Academy of Sciences, New York, 1999: 3-15.
2. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, Syme SL. (1994) Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *Am Psychol*, 49: 15-24.
3. Almas I, Cappelen WA, Salvanes GK, Sørensen ØE, Tungodden B. (2011) Explaining gender differences in competitiveness. <https://www.aeaweb.org/aea/2012conference/program/retrieve.php?pdfid=511>  
Letöltve: 2016.02.03
4. Anderson P, Baumberg B. Alkohol Európában népegészségügyi perspektívából. Jelentés az Európai Bizottság részére. Institute for Alcohol Studies, London, 2006: 2-21.
5. Andor M. (2001) Társadalmi egyenlőtlenség és iskola. *Educatio*, 10(1): 15-30.
6. Angold A, Costello EJ, Erkanli A, Worthman CM. (1999) Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychol Med*, 29: 1043-1053.
7. Arnold P. Dohányzási szokások. In: Németh Á, Költő A (szerk.), Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2014: 47-58.
8. Ary DV, Duncan TE, Duncan SC, Hops H. (1999) Adolescent problem behavior: The influence of parents and peers. *Behav Res Ther*, 37: 217-230.
9. Aseltine RH. (1995) A reconsideration of parental and reer influence on adolescent deviance. *J Health Soc Behav*, 36: 103-121.
10. Aszmann A. Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat „Nemzeti Jelentés”. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest, 2002: 93-109.
11. Ayhan AB, Simşek S, Aral N, Baran G. (2012) Turkish adolescents' loneliness. *Psychol Rep*, 110(2): 694-699.

12. Baade PD, Stanton WR. (2006) Determinants of stages of smoking uptake among secondary school students. *Addict Behav*, 31: 143-148.
13. Bábosik I. A szociometriai módszer. In: Falus I (szerk.), *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 2004: 175-176.
14. Barbosa Filho VC, Campos W, Lopes Ada S. (2012) Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: A systematic review. *Rev Saude Publ*, 46(5): 901-917.
15. Baumeister RF, Leary MR. (1995) The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*, 117: 497–529.
16. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JJ, Vohs KD. (2003) Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychol Sci Public Interest*, 4(1): 1-44.
17. Beal AC, Ausiello J, Perrin JM. (2001) Social influences on health-risk behaviors among minority middle school students. *J Adolescent Health*, 28(6): 474-480.
18. Ben Shlomo Y, Kuh D. (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *Int J Epidemiol*, 31: 285-293.
19. Berg CJ, An LC, Thomas JL, Lust KA, Sanem JR, Swan DW, Ahluwalia JS. (2011) Smoking patterns, attitudes and motives: Unique characteristics among 2-year versus 4-year college students. *Health Educ Res*, 26(4): 614-623.
20. Boden-Abala B, Sacco RL. (2000) Lifestyle factors and stroke risk: Exercise, alcohol, diet, obesity, smoking, drug use, and stress. *Curr Atheroscler Rep*, 2(2): 160-166.
21. Bolger KE, Patterson CJ, Thompson WW, Kupersmidt JB. (1995) Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child Dev*, 66: 1107–1129.
22. Bongers IL, Koot HM, van der Ende J, Verhulst FC. (2003) The normative development of child and adolescent problem behavior. *J Abnorm Psychol*, 112: 179-192.
23. Bourdieu P. Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: Angelusz R (szerk.), *A társadalmi rétegződés komponensei. Új mandátum*, Budapest, 2004: 122-137.

24. Bowker JC, Raja R. (2011) Social withdrawal subtypes during early adolescence in India. *J Abnorm Child Psychol*, 39(2): 201-212.
25. Boys A, Farrell M, Taylor C, Marsden J, Goodman R, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H. (2003) Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *Br J Psychiatry*, 182: 509-517.
26. Bradizza CM, Reifman A, Barnes GM. (1999) Social and coping reasons for drinking: Predicting alcohol misuse in adolescents. *J Stud Alcohol*, 60: 491-499.
27. Bradley HR, Corwyn FR. (2002) Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol*, 53: 371–399.
28. Brassai L, Pikó B. Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. In: Pikó B (szerk.), *Védőfaktorok nyomában*. L' Harmattan, Budapest, 2010: 55-70.
29. Brook DW, Rubenstone E, Zhang C, Morojele NK, Brook JS. (2011) Environmental stressors, low well-being, smoking, and alcohol use among South African adolescents. *Soc Sci Med*, 72(9): 1447-1453.
30. Brown TL, Parks GS, Zimmerman RS, Phillips CM. (2001) The role of religion in predicting adolescent alcohol use and problem drinking. *J Stud Alcohol*, 62: 696-705.
31. Buda B. Az alkohológia új távlatai. *Alkoholizmus Elleni Bizottság*, Budapest, 1992: 21-23.
32. Caldwell LL, Darling N. (1999) Leisure context, parental control, and resistance to peer pressure as predictors of adolescent partying and substance use: an ecological perspective. *J Leis Res*, 31: 57-77.
33. Caballero-Hidalgo A, Gonzalez B, Pinilla J, Barber P. (2005) Factores predictores del inicio y consolidacion del consumo de tabaco en adolescentes [Analysis of factors related to smoking initiation and continued smoking in young adolescents]. *Gac Sanit*, 19(6): 440-447.
34. Carvalho PD, Barros MV, Lima RA, Santos CM, Melo EN. (2011) Conduas de risco a saude e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Medio [Health risk behaviors and psychosocial distress indicators in high school students]. *Cad Saude Publica*, 27(11): 2095-2105.

35. Carver CS, Nagy J, Scheier MF, V. Komlósi A. Személyiségpszichológia. Budapest, Osiris, 2006.
36. Cárdenas J, Dreber A, Essen E, Ranehill E. (2012) Gender differences in competitiveness and risk taking: Comparing children in Colombia and Sweden. *J Econ Behav Organ*, 83: 11–23.
37. Cheek JM, Buss AH. (1981) Shyness and sociability. *J Pers Soc Psychol*, 41: 330-339.
38. Chen E, Martin AD, Matthews KA. (2006) Socioeconomic status and health: do gradients differ within childhood and adolescence? *Soc Sci Med*, 62: 2161-2170.
39. Christopher S, Chambers CJ, Dunnagan T. (2000) Culture's impact on health risk appraisal psychological well being questions. *Am J Health Behav*, 24: 338–348.
40. Christopherson TM, Conner BT. (2012) Mediation of late adolescent health-risk behaviors and gender influences. *Public Health Nurs*, 29(6): 510-524.
41. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Earlbaum Associates, Hillsdale NJ, 1988: 19-74.
42. Cole M, Cole S. Fejlődéslélektan. Osiris, Budapest, 2001: 393-404.
43. Cooper ML. (1994) Motivations for alcohol use among adolescents: Developmental and validation of a four-factor model. *Psychol Assessm*, 6: 117-128.
44. Cruz JE, Emery RE, Turkheimer E. (2012) Peer network drinking predicts increased alcohol use from adolescence to early adulthood after controlling for genetic and shared environmental selection. *Dev Psychol*, 48(5): 1390-1402.
45. Csóka Sz, Szabó G, Sáfrány E, Rochlitz R, Bódizs R. (2007) Kísérlet a felnőttkori kötődés mérésére – a kapcsolati kérdőív (Relationship Scale Questionnaire) magyar változata. *Pszichológia*, 27(4): 333-355.
46. Dalgard OS. (2008) Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors. *Int J Equity Health*, 7: 27.
47. Davis MP. (1997) There and back again lung cancer screening. *Chest*, 111: 532-534.
48. Deković M. (1999) Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *J Youth Adolesc*, 28: 667-685.

49. Demetrovics Zs. A drogprevencióás gyakorlat megismerése. L' Harmattan, Budapest, 2002: 33-34.
50. Dratva J, Probst-Hensch N, Schmidt-Trucksäss A, Caviezel S, de Groot E, Bettschart R, Saleh L, Gapoz JM, Rothe T, Schindler C, Stolz D, Turk A, Rochat T, Kuenzli N, Zemp E. (2013) Atherogenesis in youth – early consequence of adolescent smoking. *Atherosclerosis*, 230(2): 304-309.
51. Doll R, Hill AB. (1950) Smoking and carcinoma of the lung; preliminary report. *Br Med J*, 2(4682):739-748.
52. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. (1994) Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 309(6959): 901-11.
53. Eccles JS, Midgley C, Wigfield A, Miller Buchanan C, Reuman D, Flanagan C, Iver DM. (1993) Development during adolescence. *Am Psychol*, 48: 90-101.
54. Elekes Zs. Alkoholprobléma az ezredvégi Magyarországon. In: Elekes Zs, Spéder Zs (szerk.), *Törések és kötések a magyar társadalomban*. Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság - Századvég, Budapest, 2000: 152-168.
55. Elekes Zs. Serdülőkori fiatalok alkoholfogyasztása az ESPAD – kutatások eredményei alapján. In: Demetrovics Zs, Urbán R, Kökönyei Gy (szerk.), *Iskolai egészségpszichológia*. L'Harmattan, Budapest, 2007: 216-242.
56. Elekes Zs. *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek*. BCE, Budapest, 2011: 45-46.
57. Ellis WE, Wolfe DA. (2009) Understanding the association between maltreatment history and adolescent risk behavior by examining popularity motivations and peer group control. *J Youth Adolesc*, 38(9): 1253-1263.
58. Emerson E, Graham H, Hatton C. (2005) Household income and health status in children and adolescents in Britain. *Eur J Public Health*, 16: 354–360.
59. Európai Bizottság. [http://ec.europa.eu/health/index\\_hu.htm](http://ec.europa.eu/health/index_hu.htm) Letöltve: 2016.07.12
60. Erikson EH. Az életciklus: Az identitás epigenezise. In: *A fiatal Luther és más írások*. Gondolat, Budapest, 1991: 437-497.
61. Falus I, Ollé J. *Az empirikus kutatás gyakorlata. Adatfeldolgozás és adatelemzés*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2008.
62. Fitzpatrick KM. (1997) Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *J Health Soc Behav*, 38: 131-148.

63. Ford JA. (2009) Nonmedical prescription drug use among adolescents: The influence of bonds to family and school. *Youth Soc*, 40: 336–352.
64. Formoso D, Gonzales NA, Aiken LS. (2000) Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *Am J Community Psychol*, 28: 175-199.
65. Fothergill KE, Ensminger ME. (2006) Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*, 82(1): 61-76.
66. Fujimoto K, Valente TW. (2012) Decomposing the components of friendship and friend's influence on adolescent drinking and smoking. *J Adolesc Health*, 51: 136-143.
67. Fuligni AJ, Eccles JS, Barber BL, Clements P. (2001) Early adolescent peer orientation and adjustment during high school. *Dev Psychol*, 37: 28-36.
68. Gábor K, Balog I. (1995) The impact of consumer culture on eastern and central european youth. *Educatio*, 2: 311-326.
69. Gajewski J, Malkowska-Szkutnik A. (2012) Family and peer factors related to alcohol abuse and smoking by 15-year-old youth. *Med Wieku Rozwoj*, 16(4): 322-328.
70. Giannakopoulos G, Petanidou D, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Tountas Y. (2015) Psychosomatic symptoms, smoking and binge drinking in adolescence: a nationwide study in Greece. *Int Arch Med*, 8(137): 1-5.
71. Gilvarry E. (2000) Substance abuse in young people. *J Child Psychol Psychiatry*, 41: 55-80.
72. Green CA, Pope CR. (2000) Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. *Am J Health Promot*, 15: 29-34.
73. Grills AE, Ollendick TH. (2002) Peer victimization, global self-worth, and anxiety in middle school children. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 31(1): 59-68.
74. Goodman E. (1999) The role of socioeconomic status gradients in explaining differences in US adolescents' health. *Am J Public Health*, 89: 1522-1528.
75. Goodman E, Huang B. (2001) Socioeconomic status, depressive symptoms, and adolescent substance use. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(5): 448-453.



76. Hair EC, Moore KA, Garrett SB, Ling T, Cleveland K. (2008) The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *J Res Adolesc*, 18: 187-200.
77. Halldórsson M, Cavelaars AEJM, Kunst AE, Mackenbach JP. (1999) Socioeconomic differences in health and well-being of children and adolescents in Iceland. *Scand J Public Health*, 27: 43-47.
78. Halmai R, Németh Á. Alkoholfogyasztási szokások. In: Németh Á, Költő A (szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2011a: 40-46.
79. Halmai R, Németh Á. Dohányzási szokások. In: Németh Á, Költő A (szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2011b: 35-39.
80. Hanson MD, Chen E. (2007) Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *J Behav Med*, 30(3): 263-285.
81. Harris PB, Houston JM. (2010) A reliability analysis of the revised competitiveness index. *Psychol Rep*, 106(3): 870-874.
82. Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. (2001) Subjective health complaints in adolescence: A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health*, 11: 4-10.
83. Heinz AJ, Kassel JD, Berbaum M, Mermelstein R. (2010) Adolescents' expectancies for smoking to regulate affect predict smoking behavior and nicotine dependence over time. *Drug Alcohol Depend*, 111(1-2): 128-135.
84. Herman-Stahl M, Petersen AC. (1999) Depressive symptoms during adolescence: direct and stress-buffering effects of coping, control beliefs, and family relationships. *J Appl Dev Psychol*, 20: 45-62.
85. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries. CAN, Stockholm, 2012: 12.
86. Hoyer M. *Sóvargás és szenvedés*. L'Harmattan, Budapest, 2010: 91-93.
87. Humensky JL. (2010) Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 5: 19.

88. Jacobson L, Churchill R, Donovan C, Garralda E, Fay J. (2002) Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Fam Pract*, 19: 401-409.
89. James SL, Amato PR. (2013) Self-Esteem and the Reproduction of Social Class. *Soc Sci Q*, 94(4): 933–955.
90. Jessor R. (1993) Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *Am Psychol*, 48: 117-126.
91. Johnson CC, Hunter SM, Amos CI, Elder ST, Berenson GS. (1989) Cigarette smoking, alcohol, and oral contraceptive use by type A adolescent – the Bogalusa Heart Study. *J Behav Med*, 12(1): 13-24.
92. Johnson PB, Boles SM, Vaighan R, Kleber HD. (2000) The co-occurrence of smoking and drinking in adolescence. *Addict Behav*, 25: 779-783.
93. Johnson RA, Hoffmann JP. (2000) Adolescent cigarette smoking in U.S. racial/ethnic subgroups: findings from the National Education Longitudinal Study. *J Health Soc Behav*, 41: 392–407.
94. Jonah BA, Thiessen R, Au-Yeung E. (2001) Sensation seeking, risky driving and behavioral adaptation. *Accid Anal Prev*, 33(5): 679-684.
95. Jung M, Chung D. (2013) Evidence of social contextual effects on adolescent smoking in South Korea. *Asia Pac J Public Health*, 25(3): 260-270.
96. Kahneman D, Krueger AB, Schkade D, Schwarz N, Stone AA. (2006) Would you be happier if you were richer? A focusing illusion. *Science*, 312: 1908–1910.
97. Karimy M, Niknami S, Heidarnia AR, Hajizadeh E, Shamsi M. (2013) Refusal self efficacy, self esteem, smoking refusal skills and water pipe (Hookah) smoking among iranian male adolescents. *Asian Pac J Cancer Prev*, 14(12): 7283-7288.
98. Karvonen S, West P, Sweeting H, Rahkonen O, Young R. (2001) Lifestyle, social class and health-related behaviour – A cross-cultural comparison of 15 year-olds in Glasgow and Helsinki. *J Youth Stud*, 4: 393-413.
99. Kaufman AR, Augustson EM. (2008) Predictors of regular cigarette smoking among adolescent females: Does body image matter? *Nicotine Tob Res*, 10(8): 1301-1309.
100. Kavas AB. (2009) Self-esteem and health-risk behaviors among Turkish late adolescents. *Adolescence*, 44(173): 187-198.

101. Kézdi G, Surányi É. (2008) Egy integrációs program hatása a tanulók fejlődésére. *Educatio*, 4: 467-479.
102. 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 Dev*, 73: 196-208.
103. Kim, Y. (2011) Adolescents' health behaviours and its associations with psychological variables. *Cent Eur J Public Health*, 19(4): 205-209.
104. Kiran AM. (2016) Level of shyness among the public and private schools adolescents (13-18 years): A comparative study. *Procedia Soc Behav Sci*, 217: 858-866.
105. Kislitsyna O, Stickley A, Gilmore A, McKee M. (2010) The social determinants of adolescent smoking in Russia in 2004. *Int J Public Health*, 55(6): 619-626.
106. Kiuru N, Burk WJ, Laursen B, Salmela-Aro K, Nurmi J. (2010) Pressure to drink but not to smoke: Disentangling selection and socialization in adolescent peer networks and peer groups. *J Adolesc*, 33: 801-812.
107. Kolominszkij JL. A szociometriai helyzetet (pozíciót) befolyásoló tényezők. In: Pataki F (szerk.), *Csoportlélektan*. Gondolat, Budapest, 1967: 391-430.
108. Kopp M, Skrabski A, Réthelyi J, Kawachi I, Adler NE. (2004) Self-rated health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Behav Med*, 30: 65-70.
109. Kovács E, Pikó B. (2007) Nem hagyományos egészségvédő faktorok jelentősége: család, társas támogatás, egészség. *Hippocrates*, 3: 91-94.
110. Kovács E, Pikó B. (2009) A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(3): 223-237.
111. Kovács G. (1997) A dohányzás visszaszorítása a megelőzés segítségével. *Medicina Thoracalis*, 50: 228-232.
112. Kovács G. (2000) Prevenció: egy reális lehetőség a tüdőrák visszaszorítására. *Magyar Onkológia*, 44: 183–188.
113. Kovacsics L, Sebestyén E, Németh Á. Dohányzási szokások. In: Németh Á (szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2007: 75-80.

114. Kökönyei Gy, Sebestyén E, Kovacsics L, Örkényi Á, Valek A. Bevezetés. In: Németh Á (szerk.), Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2007: 8-51.
115. Költő A, Kökönyei G. Szubjektív jóllét. In: Németh Á, Költő A (szerk.), Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2010: 67-76.
116. Költő A, Zsíros E. (2013) Serdülők lelki egészsége. *Educatio*, 22(2): 187-200.
117. Konta I, Zsolnai A. A szociális készségek játékos fejlesztése az iskolában. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2002: 11-12.
118. Koval JJ, Pederson L. (1999) Stress-coping and other psychosocial risk factors: A model for smoking in grade 6 students. *Addict Behav*, 24(2): 207-218.
119. KSH (2016). Táblák (STADAT) - Idősoros éves adatok - Oktatás. [http://www.ksh.hu/stadat\\_eves\\_2\\_6](http://www.ksh.hu/stadat_eves_2_6) Letöltve: 2016.09.03
120. Kulcsár Zs. *Egészségpszichológia*. Eötvös, Budapest, 1998: 34-35.
121. Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. (2005) Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clin Psychol Rev*, 25: 841-861.
122. Lahey BB, Loeber R, Hart EL, Frick PJ, Applegate B. (1995) Four-year longitudinal study of conduct disorders in boys: patterns and predictors of persistence. *J Abnorm Psychol*, 104: 83-93.
123. Leary MR, Kelly KM, Cottrell CA, Schreindorfer LS. (2013) Construct validity of the need to belong scale: Mapping the nomological network. *J Pers Assess*, 95(6): 610-624.
124. Leventhal T, Brooks-Gunn J. (2000) The neighborhood they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychol Bull*, 126: 309-337.
125. Levin KA, Currie C, Muldoon J. (2009) Mental well-being and subjective health of 11- to 15-year-old boys and girls in Scotland, 1994-2006. *Eur J Public Health*, 19: 605-610.
126. Liu H, Yu S, Cottrell L, Lunn S, Deveaux L, Brathwaite NV, Marshall S, Li X, Stanton B. (2007) Personal values and involvement in problem behaviors among Bahamian early adolescents: A cross-cultural study. *BMC Public Health*, 7: 135-143.

127. Lobmayer P, Wilkinson R. (2000) Income, inequality and mortality in 14 developed countries. *Sociol Health Ill*, 22: 401-414.
128. Lyvers M, Hasking P, Hani R, Rhodes M, Trew E. (2010) Drinking motives, drinking restraint and drinking behaviour among young adults. *Addict Behav*, 35: 116-122.
129. Macek P, Flanagan C, Gallay L, Kostron L, Botcheva L, Csapó B. (1998) Postcommunist societies in times of transition: perceptions of change among adolescents in Central and Eastern Europe. *J Soc Issues*, 54: 547-561.
130. Mahoney JL, Stattin H. (2000) Leisure activities and adolescent antisocial behavior: the role of structure and social context. *J Adolesc*, 23: 113-127.
131. Martinez JA, Amaya W, Campillo HA, Campo A, Diaz LA. (2005) Factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en adolescentes estudiantes de básica secundaria de Bucaramanga, Colombia [Social factors associated with the daily cigarette smoking among middle-school student adolescents in Bucaramanga, Colombia]. *Biomedica*, 25(4): 518-526.
132. Martins SS, Storr CL, Alexandre PK, Chilcoat HD. (2008) Adolescent ecstasy and other drug use in the National Survey of Parents and Youth: The role of sensationseeking, parental monitoring and peer's drug use. *Addict Behav*, 33: 919-933.
133. McCoy MB, Firck PJ, Loney BR, Ellis ML. (1999) The potential mediating role of parenting practices in the development of conduct problems in a clinic-referred sample. *J Child Fam Stud*, 8: 477-494.
134. McEwan A, West R, McRobbie H. (2008) Motives for smoking and their correlates in clients attending stop smoking treatment services. *Nicotine Tob Res*, 10(5): 843-850.
135. Melotti R, Heron J, Hickman M, Macleod J, Araya R, Lewis G. (2011) Adolescent alcohol and tobacco use and early socioeconomic position: the ALSPAC birth cohort. *Pediatrics*, 127(4): 948-955.
136. Mérei F. *Közösségek rejtett hálózata*. Osiris, Budapest, 2006: 105-118.
137. Mérei F, V. Binét Á. *Gyermeklélektan*. Medicina, Budapest, 2004: 226-238.
138. Moylan S, Gustavson K, Karevold E, Øverland S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. (2013) The impact of smoking in adolescence on early adult anxiety symptoms and

- the relationship between infant vulnerability factors for anxiety and early adult anxiety symptoms: The TOPP Study. *PLoS ONE*, 8(5): e63252.
139. Mulassi AH, Hadid C, Borracci RA, Labruna MC, Picarel AE, Robilotte AN, Redruello M, Masoli O. (2010) Hábitos de alimentación, actividad física, tabaquismo y consumo de alcohol en adolescentes escolarizados de la provincia y el conurbano bonaerenses [Eating habits, physical activity, smoking and alcohol consumption in adolescents attending school in the province of Buenos Aires]. *Arch Argent Pediatr*, 108(1): 45-54.
  140. Muttarak R, Gallus S, Franchi M, Faggiano F, Pacifici R, Colombo P, La Vecchia C. (2013) Why do smokers start? *Eur J Cancer Prev*, 22(2): 181-186.
  141. Nazarzadeh M, Bidel Z, Ayubi E, Bahrami A, Jafari F, Mohammadpoorasl A, Delpisheh A, Taremián F. (2013) Smoking status in Iranian male adolescents: A cross-sectional study and a meta-analysis. *Addict Behav*, 38(6): 2214-2218.
  142. Németh Á (szerk.). Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2006. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest, 2007: 8-51.
  143. Németh Zs. (2011) Az alkoholhasználat motivációs összetevőinek szerepe a fiatalok szerhasználatában különböző színtereken és kultúrákban. PhD. Disszertáció, ELTE PPK, Budapest.
  144. Németh Zs, Kuntsche E, Urbán R, Farkas J, Demetrovics Zs. (2011a) Why do festival goers drink? Assessment of drinking motives using the DMQ-R SF in a recreational setting. *Drug Alcohol Rev*, 30(1): 40-46.
  145. Németh Zs, Urbán R, Kuntsche E, San Pedro EM, Roales Nieto JG, Farkas J, Futaki L, Kun B, Mervó B, Oláh A, Demetrovics Z. (2011b) Drinking motives among Spanish and Hungarian young adults: a cross-national study. *Alcohol Alcohol*, 46(3): 261-269.
  146. Németh Z, Urbán R, Farkas J, Kuntsche E, Demetrovics Zs. (2012) Az Alkoholfogyasztás Motivációi módosított kérdőív hosszú és rövid változatának hazai alkalmazása. *Magy Pszichol Szemle*, 67(4): 673-694.
  147. Némethné Doktor A. (2008) A szociális kompetencia fejlesztésének lehetőségei az iskolában. *Új Pedagógiai Szemle*, 58(1): 23-34.

148. Nickerson C, Schwarz N, Diener E, Kahneman D. (2003) Zeroing in on the dark side of the American Dream: A closer look at the negative consequences of the goal for financial success. *Psychol Sci*, 14: 531–536.
149. Oláh Örsi T. (2005) Az iskolai sikertelenség szociolingvisztikai megközelítése. *Új Pedagógiai Szemle*, 55(7-8): 45-58.
150. Olds RS, Thombs DL. (2001) The relationship of adolescent perceptions of peer norms and parent involvement to cigarette and alcohol use. *J Sch Health*, 71(6): 223-228.
151. Oteyo J, Kariuki M. (2009) Extent to which selected factors contribute to alcohol and cigarette use among public day secondary schools male students: A case of Nakuru municipality, Kenya. *Educ Res Rev*, 4(6): 327-333.
152. Otsuki TA. (2003) Substance use, self-esteem, and depression among Asian American adolescents. *J Drug Educ*, 33(4): 369-390.
153. Page RM. (1989) Shyness as a risk factor for adolescent substance use. *J Sch Health*, 59(10): 432-435.
154. Pedersen R, Madsen M. (2002) Parents' labour market participation as a predictor of children's health and wellbeing: a comparative study of five Nordic countries. *J Epidemiol Community Health*, 56: 861–867.
155. Peltzer K. (2009) Prevalence and correlates of substance use among school children in six African countries. *Int J Psychol*, 44(5): 378-386.
156. Petrusek M. *Szociometria: elméletek, módszerek és technikák*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1972: 291-296.
157. Pikó B. (2000) Nyertesekből vesztesek? Veszélyeztetett ifjúság a posztoszocialista társadalomban. *Társadalomkutatás*, 3-4: 183-196.
158. Pikó B. (2001a) Smoking in adolescence: Do attitudes matter? *Addict Behav*, 26(2): 201-217.
159. Pikó B. (2001b) A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: pszichoszomatikus tünetek - munkahelyi stressz - társas támogatás. *Lege Artis Med*, 11(4): 318-325.
160. Pikó B. (2003). Magatartástudomány és prevenció: a preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány*, 11: 1381.

161. Pikó B. (2004) Unalom vagy stresszoldás? Serdülők dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos motivációinak vizsgálata. *Addiktol*, 3(2): 191-202.
162. Pikó B. (2005a) Középiszkolás fiatalok szabadidő-struktúrája, értékattitűdjei és egészségmagatartása. *Szociológiai Szemle*, 2: 88-99.
163. Pikó B. (2005b) A csoportműködést befolyásoló néhány pszichológiai jellemző a modern kultúrában. *Pszichoterápia*, 14(2): 493-500.
164. Pikó B. A serdülőkori egészségmegtartás pozitív pszichológiai megközelítése. In: Demetrovics Zs, Urbán R, Kökönyei Gy (szerk.), *Iskolai egészségpszichológia*. L'Harmattan, Budapest, 2007a: 73-90.
165. Pikó B. (2007b) Egyenlőtlenségek vizsgálata a serdülők és az idősök egészségi állapotában mint szociológiai kihívás. *Szociológiai Szemle*, 17(1-2): 99-108.
166. Pikó B. (2008) Serdülők értékorientációja és egészségmagatartása. *Iskolakultúra*, 3-4: 62-68.
167. Pikó B. Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008. In: Pikó B (szerk.), *Védőfaktorok nyomában*. Budapest, L' Harmattan, 2010a: 39-54.
168. Pikó B. (2010b) Gazdagság egyenlő boldogság? Serdülők pszichikai egészsége a társadalmi egyenlőtlenségek tükrében. *Társadalomkutatás*, 28: 53-64.
169. Pikó B. Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó- és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében. Akadémiai nagydoktori thesis, SZTE, Szeged, 2012: 23-33. [http://real-d.mtak.hu/566/7/dc\\_310\\_11\\_doktori\\_mu.pdf](http://real-d.mtak.hu/566/7/dc_310_11_doktori_mu.pdf) Letöltve: 2016.02.05
170. Pikó B, Fitzpatrick KM. (2001) Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Soc Sci Med*, 53(6): 817-830.
171. Pikó BF, Fitzpatrick KM. (2004) Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addict Behav*, 29: 1095-1107.
172. Pikó BF, Vázsonyi AT. (2004) Leisure activities and problem behaviors among Hungarian youth. *J Adoles*, 27: 717-730.
173. Pikó B, Brassai L. (2007) Cultural values and health-related behaviors: A comparison of Hungarian and Transylvanian youth. *EJMH*, 2: 171-181.
174. Pikó B, Fitzpatrick KM. (2007) Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. *Eur J Public Health*, 17: 353-360.



175. Pikó B, Hamvai Cs. (2012) Stressz, coping és reziliencia korai serdülőkorban. *Iskolakultura*, 9: 24-33.
176. Pikó B, Barabás K, Boda K. (1997) The frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur J Public Health*, 7: 243-247.
177. Pikó BF, Fitzpatrick KM, Wright DR. (2005) A risk and protective factors framework for understanding youth's externalizing problem behavior in two different cultural settings. *Eur Child and Adoles Psy*, 14: 95-103.
178. Pikó B, Wills TA, Walker C. (2007) Motives for smoking and drinking: Country and gender differences in samples of Hungarian and US high school students. *Addict Behav*, 32(10): 2087–2098.
179. Pikó B, Skultéti D, Luszczynska A, Gibbons FX. (2010) Social orientations and adolescent health behaviours in Hungary. *Int J Psychol*, 45(1): 12-20.
180. Pillow DR, Malone GP, Hale WJ. (2015) The need to belong and its association with fully satisfying relationships: A tale of two measures. *Pers Individ Dif*, 74: 259–264.
181. Power C. (1991) Social and economic background and class inequalities in health among young adults. *Soc Sci Med*, 32: 411-417.
182. Puzsai G. (2005) Társadalmi háttér és iskolai pályafutás. *Educatio*, 3: 534-554.
183. Rai R. (2011) Shyness and sociability re-examined: Psychometrics, interactions, and correlates. <https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/10693/1/fulltext.pdf> Letöltve: 2016.02.03
184. Rác J. (1992) Az ifjúkori problémaviselkedések és a „pszi-intézményegyüttes” kapcsolata: elméleti megközelítés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 32-33: 499-516.
185. Rác J, Hoyer M. (1995) Fiatalkori devianciák és kortárs csoportok. *Esély*, 6(3): 44-55.
186. Rác J, Szabó G. A kortárs segítség céljai, haszna. In: Rác J (szerk.), *Az esélyteremtés új útjai: kortárs és sorstárs segítséggel szerzett tapasztalataink*. L' Harmattan, Budapest, 2008: 12.
187. Rees C, Wallace D. (2014) The myth of conformity: Adolescents and abstention from unhealthy drinking behaviors. *Soc Sci Med*, 108: 34-45.

188. Rice KG, Mulkeen P. (1995) Relationships with parents and peers: A longitudinal study of adolescent intimacy. *J Adolescent Res*, 10: 338-357.
189. Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zambon A, Boyce W, Nic Gabhainn S, Andersen A, Ravens-Sieberer U. (2009) The role of behavioral factors explaining socioeconomic differences in adolescent health. *Soc Sci Med*, 69(3): 396-403.
190. Roberts K, Fagan C. (1999) Young people and their leisure in former communist countries: four theses examined. *Leisure Stud*, 18: 1-17.
191. Roberts K, Parsell G. (1994) Youth cultures in Britain. The middle class take-over. *Leisure Stud*, 13: 33-48.
192. Roozen HG, Strietman M, Wiersema H, Meyers RJ, Lewinsohn PM, Feij JA, Greeven PG, Vingerhoets AJ, van den Brink W. (2014) Engagement of pleasant activities in patients with substance use disorders: a correlational study. *Subst Abus*, 35(3): 254-261.
193. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. (1980) The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*, 39(3): 472-480.
194. Sagiv L, Schwartz SH. (2000) Value priorities and subjective well-being: Direct relationship and congruity effects. *Eur J Soc Psychol*, 30: 63-71.
195. Schwartz SH. Value priorities and behavior: Applying a theory of integrated value system. In: Seligman C, Olson JM, Zanna MP (szerk.), *The psychology of values*. Lawrence Erlbaum, Mahwah, 1996: 1-24.
196. Sebestyén E, Németh Á. Alkoholfogyasztási szokások. In: Németh Á (szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2007: 81-87.
197. Shao A, Liang L, Yuan C, Bian Y. (2014) A latent class analysis of bullies, victims and aggressive victims in chinese adolescence: relations with social and school adjustments. *PLoS ONE*, 9(4): e95290.
198. Sheldon KM, McGregor HA. (2000) Extrinsic value orientation and "the tragedy of the commons". *J Pers*, 68(2): 383-411.
199. Simons J, Correia CJ, Carey KB. (2000) A comparison of motives for marijuana and alcohol use among experienced users. *Addict Behav*, 25: 153-160.
200. Skultéti D, Pikó B. (2006) Fiatalkori alkoholfogyasztás: a szocioökonómiai háttér és a szociális hatások szerepe. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(2): 75-94.

201. Smithyman TF, Fireman GD, Asher Y. (2014) Long-term psychosocial consequences of peer victimization: From elementary to high school. *Sch Psychol Q*, 29(1): 64-76.
202. Spencer-Rodgers J, Peng K, Wang L, Hou Y. (2004) Dialectical self-esteem and east-west differences in psychological well-being. *Pers Soc Psychol B*, 30: 1416–1432.
203. Szalai Cs. A genom és a környezet kölcsönhatása. In: Szalai Cs (szerk.), *Genetika és genomika*. Typotex, Budapest, 2013: 163-165.
204. Szalai E. (2005) Tulajdonviszonyok, társadalomszerkezet és munkásság. *Kritika*, 33(9): 2-6.
205. Szalay F. (2003) Alkohol okozta betegségek. *Orvostovábbképző Szemle*, 10(5): 30-38.
206. Székely L. (2008) Fogyasztás, gazdasági helyzet, kultúra, média, infokommunikáció – Civil Ifjúsági Jelentés 2006-2007. *Új Ifjúsági Szemle*, 6(2-3): 67-74.
207. Szilágyi T. Dohányzás okozta megbetegedés és halálozás. In: Demjén Tibor (szerk.), *A dohányzás visszaszorítása*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2007a: 15-16.
208. Szilágyi T. Az aktív és passzív dohányzás társadalmi és gazdasági terhei. In: Demjén T (szerk.), *A dohányzás visszaszorítása*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2007b: 17-18.
209. Tang SM, Loke AY. (2013) Smoking initiation and personal characteristics of secondary students in Hong Kong. *J Adv Nurs*, 69(7): 1595-1606.
210. Tari A. Kik ezek a gyerekek? A Z generáció az iskolapadban, fordított szocializáció és netkultúra az iskolapadban. In: Tóth-Mózer S, Lévai D, Szekszárdi J (szerk.), *Digitális Nemzedék Konferencia tanulmánykötet*. Elte PKK, Budapest, 2012: 17-24.
211. Taylor SE, Seeman TE. (1999) Psychosocial resources and SES-health relationship. *Ann N Y Acad Sci*, 896: 210-225.
212. Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M, Haugland S. (2004) Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Soc Sci Med*, 59: 1-12.

213. Tuinstra J, Groothoff JW, van den Heuvel WJA, Post D. (1998) Socio-economic differences in health risk behaviour in adolescence: do they exist? *Soc Sci Med*, 47: 67–74.
214. Ungar MT. (2000) The myth of peer pressure. *Adolesc*, 35: 167-180.
215. UNICEF. <http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/Early-and-late-adolescence.pdf>  
Letöltve: 2016.07.11
216. Urbán R. A dohányzás motivációi és a dohányzással kapcsolatos elvárások: A Dohányzás Következményei kérdőív. In: Urbán R (szerk.), A dohányzás egészségpszichológiája. OAI, Budapest, 2005: 157-171.
217. Urbán R, Marián B. (2003) A dohányzás szocioökonómiai prediktorainak és a stressz hatásának vizsgálata magyar reprezentatív mintában. *Addiktol*, 2(2): 164-177.
218. Van Boven L, Gilovich T. (2003) To do or to have? That is the question. *J Pers Soc Psychol*, 85: 1193-1202.
219. Várkonyi E. (2011) A serdülőkorú fiatalok alkoholfogyasztása. [http://www.varkonyierika.hu/doc/download/A\\_serdulokoru\\_fiatalok\\_alkoholfogyasztasa.pdf](http://www.varkonyierika.hu/doc/download/A_serdulokoru_fiatalok_alkoholfogyasztasa.pdf) Letöltve: 2016.02.03
220. Veselska Z, Geckova AM, Orosova O, Gajdosova B, van Dijk JP, Reijneveld SA. (2009) Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behav*, 34(3): 287-291.
221. Vicary JR, Smith E, Caldwell L, Swisher JD. (1998) Relationship of changes in adolescents' leisure activities to alcohol use. *Am J Health Behav*, 22: 276-282.
222. Wallace Jr JM, Forman TA. (1998) Religion's role in promoting health and reducing risk among American youth. *Health Educ Behav*, 25: 721-741.
223. Weitzman ER, Chen YY. (2005) The co-occurrence of smoking and drinking among young adults in college: national survey results from the United States. *Drug Alcohol Depend*, 80(3): 377-386.
224. West P. (1997) Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med*, 44: 833-858.
225. Wild CT. (2002) Personal drinking and sociocultural drinking norms: a representative population study. *J Stud Alcohol*, 63: 469-475.

226. Wills TA, Cleary SD. Stress - coping model for alcohol - tobacco interactions in adolescence. In: Fertig JB, Allen JP (szerk.), Alcohol and tobacco. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD, 1995: 107-128.
227. Wills TA, McNamara G, Vaccaro D. (1995) Parental education related to adolescent stress-coping and substance use: development of a mediational model. *Health Psychol*, 14: 464-478.
228. Wills TA, Sandy JM, Shinar O. (1999) Cloninger's constructs related to substance use level and problems in late adolescence: a mediational model based on self-control and coping motives. *Exp Clin Psychopharm*, 7: 122-134.
229. Wills TA, Pokhrel P, Morehouse E, Fanster B. (2011) Behavioral and emotional regulation and adolescent substance use problems: a test of moderation effects in a dual-process model. *Psychol Addict Behav*, 25: 279-292.
230. Witt PA. (1971) Factor stability of leisure behavior for high school age youth in three communities. *J Leis Res*, 3: 213-219.
231. Zamboanga BL, Schwartz SJ, Jarvis LH, Van Tyne K. (2009) Acculturation and substance use among Hispanic early adolescents: investigating the mediating roles of acculturative stress and self-esteem. *J Prim Prev*, 30(3-4): 315-333.
232. Zhang B, Gao Q, Fokkema M, Alterman V, Liu Q. (2015) Adolescent interpersonal relationships, social support and loneliness in high schools: Mediation effect and gender differences. *Soc Sci Res*, 53: 104–117.
233. Zsíros E, Arnold P, Huhn Z, Költő A, Simon D, Németh Á. (2013) Egészség és társas kapcsolatok kamaszokban. *Kapocs*, 4(59): 22-39.
234. Zsíros E, Költő A. Összefoglalás és javaslatok. In: Németh Á, Költő A (szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, 2011: 125–130.*

## 10. Saját publikációk jegyzéke

*Az értekezés témájában megjelent közlemények*

### **Első szerzős közlemények**

1. **Varga S**, Piko BF. (2015a) Being lonely or using substances with friends? A cross-sectional study of Hungarian adolescents' health risk behaviours. BMC Public Health, 15: 1107. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/1107>
2. **Varga Sz**, Pikó BF. (2015b) Társas és egyéni pszichológiai tényezők szerepe a serdülők rizikómagatartásában. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 16(1): 35-54.
3. **Varga S**, Piko BF, Fitzpatrick KM. (2014) Socioeconomic inequalities in mental well-being among Hungarian adolescents: a cross-sectional study. Int J Equity Health, 13: 100. <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/100>
4. **Varga Sz**, Pikó BF. (2013) Középiskolások mentális jólléte és egészségmagatartása társadalmi helyzetük tükrében. Társadalomkutatás, 31(3): 224-238.
5. **Varga Sz**. (2010a) Egészségtudatosság a 18-24 évesek körében – Hozzáállás-elemzés interjús vizsgálat alapján. Magyar Epidemiológia, 7(2-3): 111-121.
6. **Varga Sz**. (2010b) A társadalmi háttér hatása a középiskolások kapcsolatteremtő képességére. Iskolakultúra, 20(7-8): 112-128.

### **Nem első szerzős közlemények**

1. Pikó BF, **Varga Sz**, Mellor D. (2016) Are adolescents with high self-esteem protected from psychosomatic symptomatology? European Journal of Pediatrics, 175(6): 785-92.
2. Piko BF, **Varga S**, Wills TA. (2015) A Study of Motives for Tobacco and Alcohol Use Among High School Students in Hungary. J Commun Health, 40(4): 744-749. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25637430>

3. Pikó BF, **Varga Sz.** (2014) Mi motiválja a fiatalok dohányzását és alkoholfogyasztását? Magatartás-epidemiológiai elemzés. Orvosi Hetilap, 155(3): 100-105.

## **11. Köszönetnyilvánítás**

Köszönetet szeretnék mondani témavezetőmnek, Dr. Pikó Bettinának, aki mind a kutatás, mind a tézis megírása közben minden segítséget megadott számomra, emellett kemény és őszinte kritikával ösztönzött a további munkára.

Köszönöm Dr. Bódizs Róbertnek a megértő és rugalmas hozzáállást, amivel lehetővé tette számomra, hogy Debrecenből ingázva tudjam teljesíteni kötelező tárgyaimat.

Köszönöm minden, a kutatásban részt vevő intézménynek, vezetőnek és pedagógus kollégámnak, valamint diáknak az önzetlen segítséget.



## 12. Melléklet

### 12.1. A fő mintavétel kérdőíve

Intézmény: ..... Évfolyam: ..... Sorszám:  
.....

*Tisztelt Válaszadó!*

*Varga Szabolcs vagyok, a Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájának I. éves hallgatója. A kérdőívem célja adatgyűjtés, melyre a kutatómunkámhoz van szükség. A válaszadás **anonim és önkéntes!** A válaszaid bizalmasan kezelem, azok soha nem fognak sem osztálytársaid, sem bárki más tudomására jutni. A felmérés eredményi egyéni válaszokra nem visszavezethetően, csak összegező adatok formájában kerülnek közlésre.*

**1. Név:** ..... (monogrammal!)

**2. Kor:** ..... év

*Az alábbi kérdésekre osztálytársaid megjelölésével válaszolj! Ne teljes névvel, hanem csak **monogramokkal!** Egy kérdésre maximum öt osztálytársad jelölheted.*

**3. Kiket tekintesz barátodnak?**

.....

**4. Kik azok, akikről úgy gondolod, hogy 10 év múlva is tartani fogjátok a kapcsolatot?**

.....

**5. Egy csapatversenyben kikkel lennél szívesen egy csapatban?**

.....

**6. Egy csapatversenyben kikkel nem szeretnél semmiképpen sem egy csapatba kerülni?**

.....

**7. Kik azok, akik a legtávolabb állnak tőled?**

.....

.....

*Az alábbi kérdéseknél karikázd be a megfelelő válasz számát, vagy húzd alá a választ!*

**8. Milyen nemű vagy?**      1. Férfi      2. Nő

**9. Milyen típusú osztályba jársz?**

1. Szakiskolai      2. Szakközépiskolai      3. Gimnáziumi

**10. Kivel élsz együtt?**

1. Mindkét szülővel      2. Egyik szülő és nevelőszülő      3. Csak édesanyával

4. Csak édesapával      5. Mással, éspedig:.....

**11. Apukád legmagasabb iskolai végzettsége:**

- |                     |                         |              |
|---------------------|-------------------------|--------------|
| 1. Általános iskola | 2. Szakmunkásképző      | 3. Érettségi |
| 4. Főiskola/egyetem | 5. Egyéb, éspedig:..... |              |

**12. Anyukád legmagasabb iskolai végzettsége:**

- |                     |                         |              |
|---------------------|-------------------------|--------------|
| 1. Általános iskola | 2. Szakmunkásképző      | 3. Érettségi |
| 4. Főiskola/egyetem | 5. Egyéb, éspedig:..... |              |

**13. Lakásotok típusa:**

- |                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. Lakótelepi (panel) lakás | 2. Társasházi lakás |
| 3. Bérlakás                 | 4. Családi ház      |
|                             | 5. Egyéb,           |

éspedig:.....

**14. Apukád alkalmazási minősége:**

- |                         |                   |                      |
|-------------------------|-------------------|----------------------|
| 1. Diplomás/vezető      | 2. Egyéb szellemi | 3. Önálló vállalkozó |
| 4. Szakmunkás           | 5. Segédmunkás    | 6. Munkanélküli      |
| 7. Egyéb, éspedig:..... |                   |                      |

**15. Anyukád alkalmazási minősége:**

- |                         |                   |                      |
|-------------------------|-------------------|----------------------|
| 1. Diplomás/vezető      | 2. Egyéb szellemi | 3. Önálló vállalkozó |
| 4. Szakmunkás           | 5. Segédmunkás    | 6. Munkanélküli      |
| 7. Egyéb, éspedig:..... |                   |                      |

**16. Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?**

- |                      |                       |                 |
|----------------------|-----------------------|-----------------|
| 1. Felső osztály     | 2. Felső középosztály | 3. Középosztály |
| 4. Alsó középosztály | 5. Alsó osztály       | 6. Nem tudom    |

besorolni

**17. Olvasd el az alábbi állításokat, és osztályozd őket az iskolában megszokott osztályzatokkal 1-től 5-ig aszerint, mennyire jellemzőek rád. Az 1-es jelentse az „Egyáltalán nem igaz, nem jellemző rám”, az 5-ös a „Teljes mértékben igaz, jellemző rám” választ.**

Feszült vagyok, ha olyan emberekkel vagyok, akiket nem ismerek	1	2	3	4	5
Társas helyzetben kissé esetlen vagyok	1	2	3	4	5
Nem esik nehezemre információt kérni másoktól	1	2	3	4	5
Gyakran kényelmetlenül érzem magam partikon és más csoportos összejöveteleken	1	2	3	4	5
Ha társaságban vagyok, sokszor nem tudom, miről beszéljek	1	2	3	4	5
Új helyzetekben könnyen felülkerekedem a félénkségemen	1	2	3	4	5
Nehezemre esik természetesen viselkedni, ha új emberekkel találkozom	1	2	3	4	5
Ideges vagyok, ha nálam befolyásosabb emberrel kell beszélnem	1	2	3	4	5
Nincs kétségem a jó szociális érzékem felől	1	2	3	4	5
Nem szoktam egyenesen mások szemébe nézni	1	2	3	4	5

Társaságban gátlásos vagyok	1	2	3	4	5
Nem esik nehezemre idegenekkel beszélni	1	2	3	4	5
Ellenkező neműek társaságában félénkebb vagyok	1	2	3	4	5
A másokkal való versenyzés elégedettséggel tölt el	1	2	3	4	5
Versenyző egyéniség vagyok	1	2	3	4	5
Szinte mindent megteszek, hogy elkerüljem a vitákat	1	2	3	4	5
Megpróbálom elkerülni a másokkal való versengést	1	2	3	4	5
Gyakran inkább csendben maradok, minthogy esetleg megbántsak másokat	1	2	3	4	5
A versenyhelyzetek kellemetlenül érintenek	1	2	3	4	5
Megpróbálom elkerülni a vitákat	1	2	3	4	5
Általában egyetértek a csoport többi tagjával, minthogy konfliktust szítsak	1	2	3	4	5
Nem szeretek mások ellen versenyezni	1	2	3	4	5
Rettegek a másokkal szembeni versengéstől	1	2	3	4	5
Élvezem az ellenféllel szembeni versengést	1	2	3	4	5
Gyakran megpróbálok másokat túlteljesíteni	1	2	3	4	5
Szeretem a versenyzést/versengést	1	2	3	4	5
Nem szeretek vitába szállni másokkal, még akkor sem, ha tudom hogy tévednek	1	2	3	4	5
Nem engedem felbosszantani magam, ha úgy tűnik, mások nem fogadnak el	1	2	3	4	5
Keményen próbálom elkerülni azokat a dolgokat, ami miatt mások elkerülnek vagy elutasítanak engem	1	2	3	4	5
Ritkán aggódom amiatt, hogy vajon mások törődnek-e velem	1	2	3	4	5
Szükségem van arra, hogy érezzem, vannak, akikhez fordulhatok, ha szükséges	1	2	3	4	5
Szeretném, ha az emberek elfogadnának engem	1	2	3	4	5
Nem szeretek egyedül lenni	1	2	3	4	5
Nem izgat, ha hosszabb ideig kell a barátaimtól távol lennem	1	2	3	4	5
Nagyon fontos számomra, hogy tartozzak valakihez	1	2	3	4	5
Nagyon zavar, ha nem szerepelek mások terveiben	1	2	3	4	5
Könnyen megbántódom, ha azt érzem, mások nem fogadnak el	1	2	3	4	5

**18. Olvasd el az alábbi állításokat, és pontozd őket 1-től 4-ig aszerint, hogy mennyire értesz velük egyet. Az 1-es jelentse az „Egyáltalán nem értek egyet”, a 4-es a „Teljesen egyetértek” választ.**

Úgy érzem, értékes ember vagyok, legalábbis másokhoz képest	1	2	3	4
Úgy érzem, sok jó tulajdonságom van	1	2	3	4
Mindent egybevetve, hajlamos vagyok arra, hogy tehetségtelen, sikertelen embernek tartsam magam	1	2	3	4
Képes vagyok olyan jól csinálni a dolgokat, mint mások	1	2	3	4
Úgy érzem, nem sok dologra lehetek büszke	1	2	3	4
Jó véleménnyel vagyok magamról	1	2	3	4
Mindent fontolóra véve, elégedett vagyok magammal	1	2	3	4
Bárcsak jobban tudnám magam tisztelni	1	2	3	4
Időnként értéktelennek érzem magam	1	2	3	4
Néha azt gondolom, semmiben sem vagyok jó	1	2	3	4
Jól megértem magam az emberekkel	1	2	3	4
Hiányzik a társaság	1	2	3	4
Senkihez sem fordulhatok	1	2	3	4
Nem érzem magam egyedül	1	2	3	4
Úgy érzem, tagja vagyok egy baráti körnek	1	2	3	4
Sok közös van bennem és azokban az emberekben, akik körülvesznek	1	2	3	4
Nem tartozom senkihez	1	2	3	4

Az érdeklődésem és világképem más, mint az engem körülvevő embereké	1	2	3	4
Szeretek kimozdulni, eljárni otthonról	1	2	3	4
Vannak, akik közel állnak hozzám	1	2	3	4
Úgy érzem, kihagynak mindenből	1	2	3	4
A kapcsolataim felszínesek	1	2	3	4
Senki nem ismer igazán	1	2	3	4
Kirekesztve érzem magam	1	2	3	4
Akkor találok társaságot, amikor csak akarok	1	2	3	4
Vannak, akik igazán megértenek engem	1	2	3	4
Boldogtalan vagyok, amiért visszavonultan élek	1	2	3	4
Úgy érzem, körülvesznek az emberek, mégis egyedül vagyok	1	2	3	4
Vannak, akikkel beszélgethetek	1	2	3	4
Vannak, akikhez fordulhatok	1	2	3	4

### 19. Az elmúlt hónapok során milyen gyakran...

	Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran
volt idegfeszültségből eredő fejfájásod?	1	2	3	4
volt hát- vagy derékfájásod?	1	2	3	4
voltak alvási problémáid?	1	2	3	4
érezted magad kimerültnek, gyengének?	1	2	3	4
volt gyomorégésed, gyomorfájásod?	1	2	3	4
volt idegességéből eredő hasmenésed?	1	2	3	4
volt túl gyors vagy szabálytalan szívdobogásod?	1	2	3	4

**20. Olvasd el az alábbi, dohányzásra vonatkozó állításokat, és osztályozd őket az iskolában megszokott osztályzatokkal 1-től 5-ig aszerint, hogy mennyire érzed igaznak őket. Az 1-es jelentse az „Egyáltalán nem igaz”, az 5-ös a „Teljes mértékben igaz” választ.**

A dohányzás segít beilleszkedni a többi ember közé	1	2	3	4	5
A dohányzás megkönnyíti a kapcsolatteremtést	1	2	3	4	5
A dohányzás segít, hogy jól érezd magad egy buliban	1	2	3	4	5
A dohányzás élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket	1	2	3	4	5
A dohányzástól energikusabbnak érzi magát az ember	1	2	3	4	5
A dohányzás segít a koncentrációban	1	2	3	4	5
A dohányzás növeli az önbizalmat	1	2	3	4	5
A dohányzástól magabiztosabb lesz az ember	1	2	3	4	5
Az ember általában akkor gyújt rá, ha nincs más dolga	1	2	3	4	5
A dohányzás elűzi az unalmat	1	2	3	4	5
A dohányzás segít megszüntetni az aggodalmakat	1	2	3	4	5
A dohányzás megnyugtat, amikor az ember ideges	1	2	3	4	5
A dohányzás segít, amikor az ember dühös	1	2	3	4	5
A dohányzás felvidíti az embert, amikor rosszkedvű	1	2	3	4	5

**21. Olvasd el az alábbi, alkoholfogyasztásra vonatkozó állításokat, és osztályozd őket az iskolában megszokott osztályzatokkal 1-től 5-ig aszerint, hogy mennyire érzed igaznak őket. Az 1-es jelentse az „Egyáltalán nem igaz”, az 5-ös a „Teljes mértékben igaz” választ.**

Az alkoholfogyasztás segít beilleszkedni a többi ember közé	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás megkönnyíti a kapcsolatteremtést	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás segít, hogy jól érezd magad egy buliban	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás élvezetesebbé teszi a társas összejöveteleket	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztástól energikusabbnak érzi magát az ember	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás segít a koncentrációban	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás növeli az önbizalmat	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztástól magabiztosabb lesz az ember	1	2	3	4	5
Az ember általában akkor iszik, ha nincs más dolga	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás elűzi az unalmat	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás segít megszüntetni az aggodalmakat	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás megnyugtat, amikor az ember ideges	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás segít, amikor az ember dühös	1	2	3	4	5
Az alkoholfogyasztás felvidítja az embert, amikor rosszkedvű	1	2	3	4	5

**22. Szoktál-e dohányozni?**

1. Igen

2. Nem (folytasd a 26.

kérdéssel)

**23. Ha szoktál dohányozni, hány éves voltál, amikor először dohányoztál?**

1. Kevesebb, mint 9

2. 9-10 éves

3. 11-12 éves

4. 13-14 éves

5. 15-16 éves

6. 17 vagy több

**24. Az ELMÚLT HÓNAPBAN kb. hány napon dohányoztál?**

1. Kevesebb, mint 5 nap

2. 5-15 nap

3. 16-25 nap

4. Több, mint 25 nap

**25. Amikor dohányzol, átlagosan mennyit szívsz?**

1. Csak néha egyet

2. napi 1-5 szálát

3. napi 6-10 szálát

4. napi 11-20 szálát

5. napi 20-nál többet

**26. Szoktál-e alkoholt fogyasztani?**

1. Igen

2. Nem

**27. Hány éves voltál, amikor először néhány kortynál többet ittál?**

1. Kevesebb, mint 9

2. 9-10 éves

3. 11-12 éves

4. 13-14 éves

5. 15-16 éves

6. 17 vagy több

**28. Az ELMÚLT HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?**

1. Egyszer sem

2. 1-2 szer

3. 3-9 szer

4. 10-19 szer

5. 20-39 szer

6. Több mint 40 szer

**29. Az ELMÚLT HÓNAPBAN hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?**

1. Egyszer sem

2. 1 szer

3. 2 szer

4. 3-5 szer                      5. 6-9 szer                      6. 10 szer vagy

többször

**30. A legjobb barátod szokott dohányozni?**      1. Igen                      2. Nem (folytasd a 32. kérdéssel)

**31. Ha igen, átlagosan mennyit szív?**

1. Csak néha egyet      2. napi 1-5 szálát                      3. napi 6-10 szálát  
4. napi 11-20 szálát      5. napi 20-nál többet

**32. A barátaid közül hányan dohányoznak?**

1. Egyik sem                      2. Néhány                      3. Kb. fele  
4. Legtöbb                      5. Mindegyik

**33. A legjobb barátod szokott-e alkoholt fogyasztani?**      1. Igen                      2.

Nem

**34. Az ELMÚLT HÓNAPBAN hányszor ivott a legjobb barátod alkoholt?**

1. Egyszer sem                      2. 1-2 szer                      3. 3-9 szer  
4. 10-19 szer                      5. 20-39 szer                      6. Több mint 40 szer  
7. Nem tudom megítélni

**35. Az ELMÚLT HÓNAPBAN hányszor ivott a legjobb barátod nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?**

1. Egyszer sem                      2. 1 szer                      3. 2 szer  
4. 3-5 szer                      5. 6-9 szer                      6. 10 szer vagy  
7. Nem tudom megítélni

**36. A barátaid közül hányan isznak rendszeresen alkoholt?**

1. Egyik sem                      2. Néhány                      3. Kb. fele  
4. Legtöbb                      5. Mindegyik

## ***12.2. Az előkészítő mintavétel kérdőíve***

Név (kódszámmal válaszd!): .....

Osztály: .....

*Tisztelt Válaszadó!*

*A kérdőív célja adatgyűjtés, melyre a kutatómunkámhoz van szükség. A **válaszadás anonim és önkéntes!** A válaszaid bizalmasan kezelem, azok soha nem fognak sem osztálytársaid, sem bárki más tudomására jutni. A felmérés eredményi egyéni válaszokra nem visszavezethetően, csak összegező adatok formájában kerülnek közlésre.*

*Az első három kérdésekre osztálytársaid megjelölésével válaszolj! Ne teljes névvel, hanem csak kódszámokkal!*

**Kik azok az osztálytársaid, akikkel szerinted 10 év múlva is tartani fogod a kapcsolatot?**

.....

**Az osztálytársaid közül kit tekintesz barátodnak?**

.....

**Az osztálytársaid közül kit tekintesz haverodnak?**

.....

**Mi anyukád legmagasabb iskolai végzettsége? (aláhúzással jelöld!)**

8 általánosnál kevesebb (1), 8 általános (2), szakmunkásképző vagy szakiskola (3), szakközépiskola (4), gimnázium (5), főiskola (6), egyetem (7)

**Milyen foglalkozást végez jelenleg anyukád? (aláhúzással jelöld!)**

fizikai alkalmazott (1), szellemi alkalmazott (2), vállalkozó (3), nyugdíjas (4), munkanélküli (5), egyéb: .....

**Milyen státuszban dolgozik/dolgozott anyukád? (aláhúzással jelöld!)**

beosztott (1)

közvetlen munkairányító (például műszak-, vagy csoportvezető, stb.) (2)

közvetett termelésirányító (például vezető, igazgató, stb.) (3)