

Az önértékelés és a megküzdés szerepe a serdülők egészségvédő magatartásában

CSIBI SÁNDOR^{1*} – CSIBI MONIKA²

¹Babeş-Bolyai Tudományegyetem, Szociológia és Szociális Munka Kar,
Kolozsvár, Románia

²Partiumi Keresztény Egyetem, Nagyvárad, Románia

(Beérkezett: 2012. december 7.; elfogadva: 2013. július 26.)

Elméleti háttér: A serdülők egészség-magatartása több tényezőegyüttes által meghatározott. Az egészség védelmében szerepet kapnak úgy az egyéni, személyiségbeli faktorok, mint a szociális kontextus tényezői. *Cél:* A serdülői önértékelés és megküzdés egészségvédő magatartásokkal való kapcsolatának vizsgálata. *Módszerek:* A serdülőkori egészség-magatartási szokásokat (Health Behaviour in School-aged Children kérdőív), a globális önértékelést (Rosenberg-féle Önértékelési Skála) és a megküzdési stílust (Konfliktusmegoldó Kérdőív) vizsgáló kérdőíveket alkalmaztunk. Az általunk vizsgált minta 447, 17–18 éves, 11–12. osztályos középiskolás tanulót foglal magába, 191 fiút (42,7%) és 256 lányt (57,3%). *Eredmények:* A magas önértékeléssel jellemzett serdülők több egészségvédő magatartást tanúsítottak. A pozitív önértékelés továbbá a magas szintű életminőség előrejelzője volt. Az életminőség ($H = 37,04$; $p = 0,043$) és az önértékelés magasabb szintjei ($H = 43,74$; $p = 0,008$) szignifikáns összefüggéseket mutatott a problémacentrikus megküzdési mechanizmusokkal. Az érzelmentrikus megküzdés pedig alacsonyabb önértékeléssel ($H = 36,36$; $p = 0,020$) és kevesebb testmozgás végzésével ($H = 23,83$; $p = 0,048$) járt együtt. *Következtetések:* A megküzdés módok, valamint az önértékelés a serdülőkori egészségvédő magatartás fontos meghatározói.

Kulcsszavak: serdülőkor, globális önértékelés, problémacentrikus és érzelmentrikus megküzdési stratégia, egészségvédő magatartás

1. Bevezetés

Számos kutatás hangsúlyozza a személyiségbeli tényezők meghatározó szerepét a serdülők egészség-magatartásában (Albert-Lőrincz, 2011; Martyn, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich, & Bryant, 2009; Pikó, 2001). Eredményeik azt mutatják, hogy az önértékelés terén létező különbségek

* Levelező szerző: Csibi Sándor, 1918. Dec. 1. sugárút 209. szám, 6. ap., 540530 Marosvásárhely, Románia. E-mail: csibi.sandor@yahoo.com.

szoros kapcsolatban állnak olyan kockázati magatartások alkalmazásával, mint az alkoholfogyasztás vagy a dohányzás (McGee & Williams, 2000). Lowery és munkatársai (2005) szerint továbbá az önbecsülés jelentős kapcsolódást mutat a szubjektív testképpel, valamint a rendszeres testmozgással főként a lányok esetében.

1.1. A serdülőkori önértékelés hatása az egészség-magatartásra

A szakirodalom az önértékelést a lelki egészség alapvető meghatározójaként, a stressz és a betegség kialakulásának releváns egyéni változójaként tartja számon. Az önértékelés szintje egyaránt befolyásolja a környezeti ingerek értékelését és a megküzdés erőforrásainak mozgósítását. Ugyanakkor képes mérsékelni a stresszel való konfrontáció hatásait és következményeit (Adams, 2005; Piotrowski, 2010). Rosenberg felfogásában az önértékelés az „én” sémájának kognitív összetevője; ugyanakkor olyan attitűdbeli komponens, amely meghatározza, hogy a személy milyen mértékben hajlamos pozitívan értékelni magát, valamint elutasítani a negatív tulajdonságait (Rosenberg, 1965). Az egyén saját magára vonatkozó értékelési tendenciája a szocializációs folyamat során alakul ki, amikor a saját értékeiről, a másokkal való összehasonlítások során szerez tudomást (Cole & Cole, 1997). Diener (1984) szerint az önértékelés az érzelmi stabilitás és a sikeres alkalmazkodás kulcsfontosságú mutatója. Szoros kapcsolatban áll az étellel való elégedettséggel, a szociális beilleszkedéssel és a stresszel való hatékony megküzdéssel.

Az egészség-magatartás szempontjából az önértékelés és a hozzá fűződő percepciók az egészség megőrzésével kapcsolatos szokások és magatartások kiválasztásának és állandósulásának befolyásoló tényezői. Serdülők esetében a magas önértékelés együtt jár az olyan egészségvédő magatartások alkalmazásaival, mint a dohányzás elkerülése, különböző sportok gyakorlása, az egészséges táplálkozás, valamint az öngyilkossági tendencia előfordulásának hiánya (Hurst, Boswell, Boogard, & Watson, 1997; Torres & Fernandez, 1995). Ugyanakkor az alacsony önértékelés együtt jár a mentális zavarok jelenlétével és a szubjektív jóllét hiányával. Gyakran társulnak hozzá a depresszióra jellemző tünetek, szorongás, alacsony önkontroll, valamint a személyes értéktelenség érzete.

A prevenció és az egészségvédelem területén tevékenykedő szakemberek célkitűzése és a pszichológiai intervenciók sikerességének egyik indikátora a serdülőkori önértékelés erősítése a pozitív egészség-magatartás motivációs megalapozásában (Wylie, 1979). A pozitív önértékelésre jellemző specifikus percepciók biztosítják ugyanis az egészséges magatartás

adoptálásához szükséges motivációs alapot (Fox, 2002). Az énhöz kapcsolódó pozitív emóciók, az énhatékonyságba vetett hit, a pozitív szociális attitűdök megtanulásának képessége olyan személyes erőforrás-tartalékokat képeznek, amely az egészséghez fűződő magatartások széles skáláját befolyásolja gyerekkorban, de a későbbiekben, a felnőtt élet során is (Kuh, Power, Blane, & Bartley, 2004; Poulton és mtsai, 2002).

Pressman és Cohen (2005) az énhöz kapcsolódó pozitív érzések és a betegségek kialakulása közötti kapcsolatot úgy magyarázzák, hogy a pozitív érzések kifejezése szorosan kapcsolódik az egészség-magatartások gyakorlásához, és ezáltal befolyásolja a vegetatív idegrendszer működését, a stresszhormonok szintjét és az immunrendszer működését. Ugyanakkor befolyásolja azokat a szociális közegeket is, amelyek az egészség fenntartásában és a betegség kialakulásában játszanak fontos szerepet. Továbbá, az egészséges énkép tartalmazza az én pozitív értékelését, a mások érzéseivel való kompatibilitást és a különböző helyzetek feletti hatékony személyes kontrollt (Adams, 2005).

A pozitív önértékelés hiányában a serdülők gyakran nyilvánulnak meg ellenségesen, elkeseredetten, csalódottan vagy depresszíven, és ezek akár a másoktól való elszigeteltséghez is vezethetnek. Az alacsony önértékelés ugyanakkor más kedvezőtlen egészség-magatartásokkal is együtt jár, mint amilyenek az étkezési rendellenességek vagy az alkalmazkodási zavarok különböző szintű megnyilvánulásai (Adams, 2005). A serdülők önértékelésének változásait számos tényező befolyásolja, ezek közül leghangszúlyosabbak a testfejlődés és a testalkat változásai, amelyek a szubjektív testkép minőségét számottevően befolyásolják. Így a testképükkel és a testtömegükkel kevésbé elégedett lányok önértékelése jelentősen alacsonyabb, mint elégedettebb társaiké (Currie & Williams, 2000).

Kaplan, Sadock és Grebb (1994) szerint a siker vagy a kudarc megélésének korábbi tapasztalatai is jelentős hatást gyakorolnak az önértékelésre, hiszen ezek a saját képességeikre és teljesítményükre vonatkozó információkat tartalmazzák. Ugyanakkor jelzik, hogy a serdülő milyen mértékben felel meg a saját szociális környezete elvárásainak (Kaplan és mtsai, 1994). Más szerzők (Marcia, 1980; Piotrowski, 2010) a magasabb önértékelésű serdülők korábbi és kiforrottabb személyes identitását emelik ki. Bár az identitás kialakulása egy egész életen át tartó folyamat, ennek elsődleges szakaszai serdülőkorban zajlanak. Így a serdülőkorra jellemző kognitív, szociális, valamint szexuális érés együttesen szabályozzák az identitást és közvetve meghatározzák az önértékelés szintjét is. A szocializációs folyamatban serdülőkorban a cél a társadalmi szerepekhez, a közösségi normákhoz való igazodás, és ugyanakkor a saját értékrendszer kialakulása és stabilizálódása. A lelki egészség szempontjából jelentősek a serdülő

készségei, erőforrásai, valamint a saját szükségletei és a társadalom igényei, elvárásai közötti egyensúly megtalálása. Azok a serdülők, akik negatív önértékelésre hajlamosak, a kudarc előrevetítésének köszönhetően túlnyomóan negatív érzelmeket (düh, szorongás, depressziós tünetek) nyilvánítanak ki (Currie & Williams, 2000).

1.2. A serdülőkori megküzdés sajátosságai

A pszichológiai megküzdés tanulmányozása központi szerepet tölt be a stressz és ennek az egészségre és a szubjektív jóllétre gyakorolt hatására összpontosító vizsgálatokban (Lazarus & Folkman, 1984, 1985). A környezethez való rugalmas alkalmazkodást egyes kognitív mechanizmusok hatékony működése szabályozza (Spielberger, 2004). Keresztes és Pikó (2007) vizsgálata szerint a stresszes szituációkban vagy problémahelyzetekben alkalmazott megküzdési módok jelentős hatással vannak a serdülők egészséggel kapcsolatos döntéseire is. A problémacentrikus megküzdési stratégia inkább a pozitív egészség-magatartással társul, míg az érzelemcentrikus megküzdés a rizikó-magatartáshoz kapcsolódik. Pikó (2001) kutatásában rámutatott, hogy mindkét nem esetében a problémacentrikus megküzdési módok a tudatos egészség-magatartást és a rizikó-magatartás elkerülését támogatják, míg az érzelemcentrikus megküzdési módok olyan viselkedésekkel járnak együtt, mint a dohányzás, az alkohol-fogyasztás vagy az illegális drogok használata.

A maladaptív megküzdési módokat alkalmazó serdülők esetében a fejlődési folyamatból adódó problémaszituációk megoldása többnyire védekező, passzív vagy elkerülő válaszokra korlátozódik. Ezek alkalmazásai olyan egészségre káros magatartásformákhoz is vezethetnek, mint amilyenek például a passzív szabadidő eltöltés vagy a túlzott TV- és számítógép-használat (Lohaus, Vierhaus, & Ball, 2009). Feltételezhetően, ezen serdülők erőforrásai nem elegendőek a saját érzelmeik másokéival való összehangolásához (Silbereisen & Todt, 1994). Az inadekvát megküzdés gyakran vezet rizikó-magatartáshoz és a problémaszituációk nem megfelelő megoldásához, megnehezítve ezáltal az individualizációs és integrációs folyamatokat egyaránt. Ugyanakkor csökken az alkalmazkodás és az egészség-magatartások terén kifejtett személyes hatékonyság is (Hurrelmann & Richter, 2006). Az elkerülésre összpontosító megküzdési módok egészségre ártalmas hatása az egészségre vonatkozó tennivalók elhalasztásával magyarázható (Carver, 2011). A pozitív családi légkörben felnövő serdülők ugyanakkor pozitív megküzdési stratégiákat, konfliktusmegol-

dási készséget, társadalmi szerepeik gyakorlására vonatkozó készségeket és értékeket sajátítanak el a családjukban (Pikó, 2010).

Kutatásunk célja a serdülők önértékelésének és megküzdési módozatainak elemzése volt az egészség-magatartás szemszögéből. Az iskolai egészségprevenciók tevékenység során az egészséges életmód kialakításában meghatározó a személyiség fejleszthető komponenseinek ismerete. Munkánk hangsúlyozza, hogy a serdülők egészséges életmódjának kialakulásának és fejlődését a személyiségbeli sajátosságai egyéni dinamikája alapozza meg. Hipotéziseink szerint (1) a magas önértékelésű serdülők több egészségvédő magatartást tanúsítanak, mint alacsony önértékelésű társaik; (2) az egészségvédő magatartások és a problémacentrikus megküzdés alkalmazása között pozitív, míg az egészségvédő magatartások és az érzelmentrikus megküzdés között pedig inkább negatív kapcsolat áll fenn.

2. Módszer

2.1. Minta

Az adatfelvétel a 2011–2012. tanév folyamán zajlott, véletlenszerű, de iskolai osztály szerint rétegzett mintavételi eljárással, önkitöltős kérdőíves módszerek alkalmazásával. A vizsgált minta 447 marosvásárhelyi (Maros megye, Románia), segesvári (Maros megye, Románia) és egri (Heves megye, Magyarország), humán szakirányú, 11–12. osztályos, középiskolás tanulót foglalt magába. Összesen 191 fiút (42,7%) és 256 lányt (57,3%) kérdeztünk meg, életkoruk 17 (52,6%), valamint 18 év (47,4%) volt.

2.2. Mérőeszközök

Az egészség-magatartás vizsgálatára a nemzetközi HBSC-kutatásban (Health Behaviour in School-aged Children Survey; Currie és mtsai, 2004) alkalmazott kérdőív magyar változatát vettük alapul (Aszmann, 2003), amely a demográfiai jellemzőkre, az egészségreleváns faktorokra, valamint a serdülők önértékelésére (RSES, lásd alább) vonatkozó kérdéseket tartalmaz. A kérdőívet a Konfliktusmegoldó Skála rövidített változatával (Kopp & Skrabski, 1995) egészítettük ki. A kérdőív tételeinek csoportjait az alábbiakban foglaljuk össze:

1. demográfiai adatok: nem, iskolai osztály, iskolatípus, lakóhely (város, ország).

2. az egészségreleváns faktorokra vonatkozó adatok:
 - az egészségi állapot önértékelése (1 – kitűnő, 4 – rossz),
 - az életminőség percepciója (0 – legrosszabb, 10 – legjobb),
 - fizikai tevékenység rendszeressége (1 – naponta, 5 – soha),
 - fizikai tevékenység (a gyakorlás mennyisége) (0-7, a napok száma egy héten belül, amelyben mozgást végzett legalább 60 percen át),
 - a testalkat önértékelése (1 – nagyon sovány, 5 – nagyon kövér) és
 - a testtömeg kontrolljára vonatkozó cselekvések (1 – nem fogyókúrázom, 5 – több módon is próbálok fogyni).
3. a személyiségre vonatkozó adatok (a megküzdés módozatai és az önértékelés mértéke), amelyeket az alábbi pszichológiai skálák segítségével mértünk:
 - Rosenberg-féle Önértékelési Skála, (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES; Rosenberg, 1965). A személyes érték és az önelfogadás mérésére kidolgozott kérdőív 10 kérdést tartalmaz, az eredeti vizsgálatban a Cronbach-alfa értéke 0,89. Vizsgálatunkban (N = 447; M = 28,50; SD = 5,29) a Cronbach-alfa együttható értéke 0,78 volt.
 - Konfliktusmegoldó Kérdőív (Ways of Coping Questionnaire, WOC; Folkman & Lazarus, 1988). A kutatásban a Kopp és Skrabski (1995) által leírt, 22-tételes rövidített változatot alkalmaztuk, melynek pszichometriai jellemzőit részletesen Rózsa és munkatársai (2008) vizsgálták. A három nagy stratégiacsoporton – problémacentrikus megküzdés, érzelemcentrikus megküzdés és segítségkérés – belül hét megküzdési módozatot különítettek el: a problémaelemzést, a céltudatos elemzést, az alkalmazkodást, az érzelmi indíttatású cselekvést, az érzelmi egyensúly keresését, a visszahúzódást, valamint a segítségkérést (Kopp & Skrabski, 1995). Elemzésünkben az összevont coping-stratégiák Cronbach-alfa-mutatói: a problémacentrikus megküzdésé 0,83, míg az érzelemcentrikus megküzdésé 0,69.

2.3. Statisztikai eljárások

Az adatok statisztikai elemzése az SPSS programcsomag 18. verziójának segítségével történt. A változók normáloszlásának előfeltétele nem teljesült (a Shapiro–Wilk normalitásvizsgálat eredményei szerint), ezért többnyire nem-parametrikus próbákat alkalmaztunk. Így az analízis során leíró statisztikát (átlag, szórás, minimum és maximum értékek), Spearman-féle korrelációs elemzést, varianciaanalízist (Kruskal–Wallis-teszt), valamint regresszióelemzést használtunk.

3. Eredmények

Az 1. és 2. táblázatban az egészségreleváns faktorokra, valamint a személyiségváltozókra vonatkozó leíró statisztikai adatokat összesítettük a teljes mintára vonatkozóan (N = 447).

1. táblázat. Az egészségreleváns faktorok leíró értékei

| Egészségreleváns faktorok | Minimum | Maximum | Átlag | Szórás |
|--------------------------------------|---------|---------|-------|--------|
| Az egészség önértékelése | 1 | 4 | 2,17 | 0,71 |
| Az életminőség önértékelése | 0 | 10 | 7,11 | 1,66 |
| A fizikai gyakorlatok rendszeressége | 0 | 7 | 3,36 | 2,02 |
| A fizikai gyakorlatok mennyisége | 1 | 7 | 3,61 | 1,49 |
| A testalkat önértékelése | 1 | 5 | 3,08 | 0,77 |
| A testtömeg szabályozása | 1 | 5 | 2,30 | 1,43 |

2. táblázat. A vizsgált személyiségváltozók leíró értékei

| Vizsgált változók mérőeszköze | Vizsgált változók modalitásai | Minimum | Maximum | Átlag | Szórás |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------|---------|-------|--------|
| Rosenberg Önértékelési Skála (RSES) | Globális önértékelés | 12 | 40 | 28,50 | 5,29 |
| Konfliktus megoldó kérdőív (WOC) | Problémaelemzés | 0 | 9 | 6,13 | 1,68 |
| | Céltudatos elemzés | 0 | 12 | 6,40 | 2,47 |
| | Alkalmazkodás | 0 | 12 | 4,06 | 2,31 |
| | Érzelmi indíttatású cselekvés | 0 | 12 | 6,53 | 2,03 |
| | Érzelmi egyensúly keresése | 0 | 6 | 3,86 | 1,32 |
| | Visszahúzódás | 0 | 9 | 3,41 | 1,43 |
| | Segítségkérés | 0 | 9 | 5,27 | 1,84 |
| | Problémacentrikus megküzdés | 2 | 32 | 19,06 | 4,64 |
| | Érzelemcentrikus megküzdés | 3 | 25 | 12,74 | 3,74 |

Elsőként a személyiségtényezők és az egészségreleváns faktorok közötti korrelációkat elemeztük (3. táblázat). A korrelációk elemzésének célja a változók közötti kapcsolatok jelenlétének feltárása volt. Eredményeink alapján azt mondhatjuk, hogy az egészség alacsony önértékelése (rossznak minősített egészségi állapot) negatív korrelációt mutat a globális önértékeléssel és a coping-faktorok közül a problémaelemzéssel, a céltudatos elemzéssel, az érzelmi egyensúly keresésével, valamint a segítségkéréssel. Az életminőség pozitív önértékelése szignifikáns, pozitív összefüggést mutat

3. táblázat. Az önértékelés, a megküzdés és az egészségreleváns faktorok közötti összefüggések (N = 447)

| Egészségreleváns tényezők | Globális önértékelés | Problémaelemzés | Céltudatos elemzés | Alkalmazkodás | Érzelmi indíttatású cselekvés | Érzelmi egyensúly keresése | Visszahúzódnás | Szociális támasz keresése |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------|--------------------|---------------|-------------------------------|----------------------------|----------------|---------------------------|
| Az egészség önértékelése | -0,31** | -0,06 | -0,20** | -0,01 | 0,05 | <0,01 | 0,06 | -0,15** |
| Az életminőség önértékelése | 0,33** | 0,12* | 0,25** | <0,01 | -0,10* | 0,03 | -0,07 | 0,14** |
| A fizikai gyakorlatok rendszeressége | 0,22** | 0,06 | 0,15** | 0,01 | -0,02 | -0,02 | 0,01 | 0,04 |
| A fizikai gyakorlatok mennyisége | -0,20** | -0,01 | -0,16** | 0,06 | 0,08 | 0,10* | 0,02 | -0,02 |
| A testalkat önértékelése | -0,19** | 0,01 | -0,08 | 0,09* | 0,03 | 0,06 | 0,06 | -0,11* |
| A testtömeg szabályozása | -0,17** | <0,01 | -0,10* | -0,08 | 0,01 | 0,03 | 0,08 | -0,05 |

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

a globális önértékeléssel, a problémaelemzéssel, a céltudatos elemzéssel, a segítségkéréssel, ugyanakkor negatív korrelációt az alkalmazkodással, az érzelmi indíttatású cselekvéssel és a visszahúzóddással.

A rendszeres testmozgás a globális önértékeléssel és a céltudatos elemzéssel függ össze. Hasonlóan a testmozgás mennyisége (kevés mozgás) a globális önértékeléssel, a céltudatos elemzéssel és az érzelmi egyensúly keresésével mutat korrelációt. A mozgásszegény életmód kapcsolatokat mutat az érzelmi indíttatású cselekvéssel és az érzelmi egyensúly keresésével a megküzdés módoszatai közül. Az önminősített negatív testkép (nem megfelelőnek minősített testalkat) a globális önértékeléssel, az alkalmazkodással és a segítségkéréssel kapcsolatos, míg a testtömeg kontrollálására irányuló magatartás (nem használ fogyókúrát) negatívan összefügg a globális önértékeléssel és a céltudatos elemzéssel.

4. táblázat. A globális önértékelés prediktorainak többlépcsős regressziója (N = 447)

| Változó | R ² | B | Standard hiba | β | t | A t-érték szignifikanciája |
|--------------------------------------|----------------|--------|---------------|---------|--------|----------------------------|
| Az egészség önértékelése | 0,291 | -7,043 | 0,026 | -0,134 | -2,759 | 0,006 |
| Az életminőség önértékelése | 0,399 | 0,199 | 0,033 | 0,280 | 6,014 | <0,001 |
| A fizikai gyakorlatok rendszeressége | 0,423 | 2,822 | 0,017 | 0,086 | 1,694 | 0,091 |
| A fizikai gyakorlatok mennyisége | 0,432 | -4,466 | 0,022 | -0,104 | -2,065 | 0,040 |
| A testtömeg szabályozása | 0,453 | -4,287 | 0,014 | -0,137 | -3,063 | 0,002 |

A változók közötti összefüggések további elemzése céljából nem-parametrikus varianciaanalízist és regresszióanalízist alkalmaztunk. A Kruskal-Wallis-analízissel szignifikáns összefüggéseket mutattunk ki az összevont megküzdési stratégiák (*problémacentrikus* és *érzelemcentrikus*) alkalmazása és az egészségreleváns faktorok között. Így, a problémacentrikus megküzdés az életminőség önértékelésével ($\chi^2 = 37,04$; $p = 0,043$) és a globális önértékeléssel ($\chi^2 = 43,74$; $p = 0,008$) mutat jelentős együttlátást. Ugyanakkor jelentős különbségeket mutattunk ki az alacsony szintű globális önértékelés ($\chi^2 = 36,36$; $p = 0,020$), a rendszertelen testmozgás ($\chi^2 = 23,83$; $p = 0,048$), valamint az érzelemcentrikus megküzdés alkalmazása között.

Elemzett változóink adatainak, az eloszlás normalizálása céljából végzett logaritmikusan transzformációja után, a többlépcsős regresszióelemzés modelljébe először az egészség önértékelését léptettük be (1. lépcső), majd

az életminőség önértékelését (2. lépcső), a fizikai gyakorlatok rendszerességét, (3. lépcső), a fizikai gyakorlatok mennyiségét (4. lépcső), a testalkat önértékelését (5. lépcső), végül a testtömeg kontrollját (6. lépcső). A valid modell öt egészségreleváns faktora (a testalkat önértékelése nem bizonyult szignifikánsnak) együttesen a globális *önértékelés* öszsvarianciájának 20,5 %-át magyarázza meg. E statisztikai elemzések adatait a 4. táblázatban foglaltuk össze.

Ugyancsak regresszióelemzéssel kimutattuk, hogy a problémacentrikus megküzdési stílus alkalmazásának előrejelzői a kedvezőbb önminősített egészségi állapot ($\beta = -0,11$; $p = 0,020$) és az életminőség pozitív értékelése ($\beta = 0,12$; $p = 0,018$). Másfelől, az érzelemcentrikus megküzdés előrejelzője csupán a rendszertelen testmozgás ($\beta = 0,13$; $p = 0,010$) volt.

4. Megbeszélés

Elsőként azt vizsgáltuk, hogy az önértékelés különbözőségei összefüggnek-e az egészség-magatartások alkalmazásaival. Adataink szerint a serdülőkorban előforduló egészségreleváns faktorok és az általunk vizsgált személyiségbeli tényezők (önértékelés, megküzdés) közötti összefüggések némelyike szignifikánsnak bizonyult. Így, az önminősített egészségi állapot összefüggést mutat a globális önértékeléssel, a megküzdés alfaktorai közül a problémaelemzéssel, céltudatos elemzéssel, az érzelmi egyensúly keresésével és a segítségkéréssel. Az életminőség pozitív irányú korrelációt mutat a globális önértékeléssel, a megküzdési mechanizmusok közül pedig a problémaelemzéssel és a céltudatos elemzéssel, a segítségkéréssel és negatívat az alkalmazkodással, az érzelmi egyensúly keresésével és a visszahúzóddással. A rendszeres testmozgás és a globális önértékelés, valamint a céltudatos elemzés között jelentős összefüggéseket találtunk, míg a testtömeg szabályozására (nem használ fogyókúrát) irányuló cselekvések negatívan korrelálnak a globális önértékeléssel, a probléma- és a céltudatos elemzéssel, az érzelmi indíttatású cselekvésekkel és a szociális támasz keresésével. Ugyanakkor a fizikai aktivitás mennyisége függ a globális önértékelés szintjétől és a céltudatos elemzés, az alkalmazkodás és az érzelmi indíttatású cselekvések alkalmazásától a megküzdés folyamatában. Eredményeink igazolják tehát, más vizsgálatokkal összhangban, hogy a testmozgás összefügg a pozitív önértékeléssel (Nelson & Gordon-Larsen, 2006).

Szintén összefüggéseket mutattunk ki a problémacentrikus megküzdés és az egészségreleváns változók között, mint amilyen az életminőség és az önértékelés magas szintjei. Az érzelemcentrikus megküzdés az alacsony

önértékeléssel és a rendszeres testmozgás kisebb arányú alkalmazásával hozható összefüggésbe. A kutatók szerint a megküzdés módzatainak alkalmazása a stressz forrásainak függvényében is mutathat változásokat. Így például az elkerülés gyakrabban volt kimutatható a szülők válásával konfrontálódó vagy öngyilkossági gondolatokkal küzdő serdülők esetében. Az aktív megküzdés viszont gyakrabban fordul elő olyan kontrollálhatóbb helyzetek esetében, mint például a jobb iskolai minősítés elérésére való törekvés (Seiffge-Krenke, Overbeek, & Vermulst, 2010). Eredményeink alátámasztják, hogy az önértékelés, valamint az életminőség pozitív percepciója a kedvezőtlen hatások enyhítése révén, a jobb egészségi állapot fenntartását segítik elő. Az alacsony szintű önértékelés pedig szerepet játszhat számos internalizációs (mint a depressziós tünetek, szorongás) és externalizációs (mint az agresszivitás, az alkohol- és drogfogyasztás) probléma kialakulásában (Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004).

Első hipotézisünk beigazolódott, mivel a magas önértékeléssel jellemzett serdülők több egészségvédő magatartást tanúsítottak. Ugyanakkor, eredményeink szerint a magas önértékelés a pozitív életminőség előrejelzője is. Számos kutatás hangsúlyozza a személyiség tényezőinek az életminőség terén játszott meghatározó szerepét (Diener, 1984; Diong & Bishop, 1999; Hurrelmann & Richter, 2006; Pressman & Cohen, 2005; Ravens-Sieberer, Kökönyei, & Thomas, 2004). Az általunk leírt regressziós modellek kiemelik az önértékelés és a megküzdés előrejelző jellegét az életminőségre és az egészségreleváns faktorokra általában. Megjegyezzük, hogy a regresszióanalízis eredményeinek elemzése alapján a faktorok között határozott ok-okozati összefüggés nem állapítható meg. Az általunk vizsgált komponensek és ezek kapcsolódásainak alapjánál komplexebb hatásmechanizmusok állhatnak, melyeket egy nagyobb elemszámú minta és egy longitudinális vizsgálat hatékonyabban kimutathat. Más szerzők szerint a magas önértékelés a sikerrel, a jövőbeli teljesítményre vonatkozó optimizmussal, a kitűzött célok elérésére irányuló küzdelemmel és az akadályok leküzdéséhez szükséges kitartással is összefügg. Ugyanakkor a kockázati magatartások számának csökkenése és a jó általános önminősített egészségi állapot egyaránt előrejelzői az egészségnek és a magas önértékelésnek gyerekek és serdülők csoportjainál (Erol & Orth, 2011).

Második hipotézisünkkel azt vizsgáltuk, hogy a megküzdés sajátosságai hogyan függenek össze az egészség-magatartás faktoraival. Eredményeink összefüggéseket mutatnak a problémacentrikus megküzdési mechanizmusok alkalmazása és az egészség-magatartás védőfaktorai között (így a problémaelemzés az önminősített egészségi állapottal és az életminőséggel; a céltudatos elemzés az önminősített egészségi állapottal, az életminőséggel, a testmozgás gyakoriságával és rendszeres végzésével; az alkalmaz-

kodás az életminőséggel és a testmozgás gyakoriságával). Ugyanakkor az érzelemcentrikus megküzdés is szignifikáns mértékben egészségreleváns tényezőkkel társul (az érzelmi indíttatású cselekvés a testtömeg szabályozására irányuló magatartással; az érzelmi egyensúly keresése az életminőséggel és az önminősített egészségi állapottal; a visszahúzódás pedig a testmozgás gyakoriságával).

Eredményeink szerint tehát a legtöbb egészségreleváns tényező összefüggést mutat a céltudatos elemzés jelenlétével a megküzdési módozatok közül. Hurrelmann és Richter (2006) kutatása ezt a hatékony megküzdés szolgáltatásban álló asszertív viselkedésformákkal magyarázza, amely az alkalmazkodási folyamat kognitív komponenseinek összehangolt működését feltételezi. Az ilyen kognitív struktúrák leginkább a problémacentrikus megküzdés módozataiban nyilvánulnak meg és a külső környezethez való rugalmas alkalmazkodást biztosítják. A serdülők esetében azonban gyakran az elkerülést vagy más, kevésbé hatékony alkalmazkodási módot figyelhetjük meg, elkerülve az aktív megküzdési módok használatát és az ezekkel együtt járó erőfeszítést (Hurrelmann & Richter, 2006; Spielberger, 2004).

5. Konklúzió

A felsorolt eredmények jól hasznosíthatók a prevenció és egészségvédelem területein belül, alátámasztva a serdülőkori önértékelésnek és a megküzdésben tapasztalt sajátosságaik megismerésének a fontosságát. Az egészség megőrzését célzó nevelési programok egyaránt figyelembe kell vegyék az egyéni, belső (személyiségbeli), valamint a külső (családtagok, az iskolai személyzet és az azonos korú társak jelenléte és támogatása) erőforrások befolyását is (Botvin, 2000; Cockerham, 2010).

A pozitív önértékelésre és a hatékonyabb megküzdésre jellemző percepciók és életmódbeli változások jó alapot biztosítanak az egészséges magatartáshoz szükséges körülmények megteremtéséhez, valamint az olyan személyiségbeli struktúrák működtetéséhez, amelyek az egészségvédő viselkedést segíthetnek fenntartani.

Irodalom

- Adams, G.R. (2005). Adolescent development. In Th.P. Gullotta, & G.R. Adams (Eds.), *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment* (3–16). New York: Springer Science, Business Media
- Albert-Lőrincz, E. (2011). *Az egészséges életviteltől a drogfogyasztó magatartásig*. Kolozsvár: Kolozsvári Egyetemi Kiadó – Budapest: Loisir Könyvkiadó
- Aszmann, A. (szerk., 2003). *Iskoláskorú gyermekek egészség-magatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. „Nemzeti Jelentés 2002”*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet
- Botvin, G.J. (2000). Preventing drug use in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887–897.
- Carver, Ch.S. (2011). Coping. In R. Contrada, & A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health* (222–230). New York: Springer Publishing Company
- Cockerham, W.C. (Ed., 2010). *The new Blackwell companion to medical sociology*. Oxford: Blackwell Publishing
- Cole, M., & Cole, S.R. (1997). *Fejlődéslélektan*. Budapest: Osiris Kiadó
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., et al. (Eds., 2004). *Young people's health in context. Health behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/2002 survey*. Copenhagen: WHO
- Currie, C., & Williams, J.M. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence: Pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence*, 20(2), 129–149.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542–575.
- Diong, S.M., & Bishop, G.D. (1999). Anger expression, coping styles, and well-being. *Journal of Health Psychology*, 4(1), 81–96.
- Erol, R.Y., & Orth, U. (2011). Self-esteem development from age 14 to 30 years: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 607–619.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Fox, K.R. (2002). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In S.J.H. Biddle, K.R. Fox, & S.H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (88–117). New York: Taylor & Francis, Routledge
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2006). Risk behaviour in adolescence. The relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*, 14, 20–28.
- Hurst, D.F., Boswell, D.L., Boogard, S.E., & Watson, M.W. (1997). The relationship of self-esteem to the health-related behaviors of the patients of a primary care clinic. *Archives of Family Medicine*, 6, 67–70.
- Kaplan, H.I., Sadock B.J., & Grebb, J.A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Seventh ed. Baltimore: Williams & Wilkins
- Keresztes, N., & Pikó, B. (2007). Serdülők egészség-magatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 62, 185–196.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái*. Budapest: Corvinus Kiadó
- Kuh, D., Power, C., Blane, D., & Bartley, M., (2004). Socioeconomic pathways between childhood and adult health. In: D.L. Kuh, & Y. Ben-Shlomo (Eds.), *A life course approach to chronic disease epidemiology: Tracing the origins of ill-health from early to adult life* (98–169). Oxford: Oxford University Press

- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1985). If it changes it must be a process. Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150–170.
- Lohaus, A., Vierhaus, M., & Ball, J. (2009). Parenting styles and health-related behavior in childhood and early adolescence: Results of a longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 29, 449–475.
- Lowery, S.E., Kurpius, S.E.R., Befort, C., Blanks, E.H., Sollenberger, S., Nicpon, M.F., et al. (2005). Body image, self-esteem, and health-related behaviors among male and female first year college students. *Journal of College Student Development*, 46, 612–623.
- Mann, M., Hosman, C.M., Schaalma, H.P., & de Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357–372.
- Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (149–173). New York: Wiley
- Martyn, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., & Bryant, F.B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing and Health*, 32(1), 96–109.
- Mcgee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence*, 23(5), 569–582.
- Nelson, M.C., & Gordon-Larsen, P. (2006). Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. *Pediatrics*, 117, 1281–1290.
- Németh, Á., Költő, A., Aszmann, A., Halmai, R., Kökönyei, Gy., Örkényi, É., et al. (2011). *Serdülőkori fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet
- Pikó, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223–235.
- Pikó, B. (2010). *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorbán*. Budapest: L'Harmattan Kiadó
- Piotrowski, N.A. (2010). *Salem health. Psychology and mental health*. Pasadena: Salem Press
- Poulton, R., Caspi, A., Milne, B.J., Thomson, W.M., Taylor, A., Sears, A.R., et al. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *Lancet*, 360(9346), 1640–1645.
- Pressman, S., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925–971.
- Ravens-Sieberer, U., Kökönyei, Gy., & Thomas, C. (2004). School and health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, et al. (Eds.). *Young people's health in context: International report from the HBSC 2001/2002 survey* (184–195). WHO policy series: health policy for children and adolescents. Issue 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press
- Rózsa, S., Purebl, Gy., Susánszky, É., Kő, N., Szádóczy, E., Réthelyi, J., et al. (2008). A megküzdés dimenziói: a Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 217–241.
- Seiffge-Krenke, I., Overbeek, G., & Vermulst, A. (2010). Parent-child relationship trajectories during adolescence: Longitudinal associations with romantic outcomes in emerging adulthood. *Journal of Adolescence*, 33, 159–171.

- Silbereisen, R.K., & Todt, E. (1994). Adolescence. A matter of context. In R.K. Silbereisen & E. Todt (Eds.), *Adolescence in context. The interplay of family, school, peers, and work in adjustment* (3–21). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Spielberger, Ch. (Ed., 2004). *Encyclopedia of applied psychology*. New York: Elsevier Academic Press
- Torres, R., & Fernandez, F. (1995). Self-esteem and the value of health as determinants of adolescent health behavior. *Journal of Adolescent Health Care*, 16, 60–63.
- Wylie, R.C. (1979). *The self-concept, Volume 2. Theory and research on selected topics*. Lincoln: University of Nebraska

Szerzői munkamegosztás

A tanulmány elméleti megalapozása, törzsszövegének megírása Csibi Monika munkája. A hipotézisek felállítását, az adatok felvételét, a statisztikai feldolgozást és az eredmények értelmezését Csibi Sándor végezte el. A publikációs tartalom és korrektúrái közös munkával készültek el.

The role of self-esteem and coping in adolescents' health protective behaviors

CSIBI, SÁNDOR – CSIBI, MONIKA

Background: Adolescents' health behavior is determined by multiple factors that exert their influence on both the individual-personality and social-societal level. *Aim:* To analyze some personality factors – the self-esteem and coping strategies – and their effects on adolescents' health-behavior and health perception. *Methods:* The sample included 447 participants, 191 boys (42.7%) and 256 girls (57.3%), all of them were 17–18 years old, eleventh and twelfth grade high-school students. Measure instruments included questionnaires assessing health behavior patterns (based on the questionnaires of the Health Behaviour in School-aged Children Survey), global self-esteem (Rosenberg's Self-Esteem Scale), and coping style (Ways of Coping Questionnaire). *Results:* We found that adolescents with high self-esteem are characterized by significantly better health-protective behavior. The high level of positive self-esteem was connected to better quality of life. In addition, higher levels of quality of life ($H = 37.04$; $p = 0.043$) and self-esteem ($H = 43.74$; $p = 0.008$) associated with problem-focused coping mechanisms. Emotion-focused coping significantly correlated with lower self-esteem ($H = 36.36$; $p = 0.020$) and poorer physical activity ($H = 23.83$; $p = 0.048$). *Conclusion:* Coping strategies and self-esteem are relevant determinants of adolescents' health behavior.

Keywords: adolescence, global self-esteem, emotion- and problem-focused coping, health protective factors