

Korai serdülőkori coping-stílusok mint az egészségkockázati és egészségprotektív magatartás magyarázó változói

HAMVAI CSABA – PIKÓ BETTINA*

Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged

(Beérkezett: 2012. május 21.; elfogadva: 2012. december 29.)

A serdülők által használt megküzdési (coping-) stratégiák speciális módon kapcsolódnak az egészség-magatartásokhoz. A fiatalokat egyre több újszerű, normatív stresszor éri, és ezeket adaptív és diszfunkcionális coping-stratégiával egyaránt megkísérlik kezelni. Általánosságban a megközelítő coping tekinthető adaptívnek, amely a stresszor felé orientálja az egyént. Ezzel ellentétben az elkerülő coping, amely a stresszortól távolítja az egyént, általában diszfunkcionális copingnak fogható fel. A megküzdési stratégiák harmadik típusa a társas támogatás, amely mind adaptív, mind diszfunkcionális is lehet. A jelen tanulmányban a coping-stílusok és az egészség-magatartások közötti összefüggésekkel kapcsolatos hipotéziseket elemeztünk stepwise módszerű lineáris regresszióanalízissel egy 236 fős, 7–8. osztályos általános iskolás diákokból álló mintán. A hipotézisekkel összhangban a megközelítő, problémafókuszú coping-módok az egészségvédő viselkedéseknek pozitív, az egészségkockázati viselkedéseknek pedig negatív prediktorai voltak. Az elkerülő megküzdési módok viszont az egészségkockázati viselkedések pozitív és az egészségprotektív viselkedések negatív magyarázó változói voltak. A társas támogatással kapcsolatos megküzdési módok (főként a barátkozás) pedig mind az egészségkockázati, mind az egészségvédő magatartások pozitív magyarázó változóinak bizonyultak. Az eredményeket a gyakorlati megfontolásoknak megfelelően tárgyaljuk, kiemelve a kortárshatások szerepét.

Kulcsszavak: megküzdés, egészség-magatartás, serdülőkor

* Levelező szerző: dr. Pikó Bettina, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, 6722 Szeged, Szentháromság u. 5. E-mail: pikobettina@yahoo.com

1. Bevezetés

1.1. A serdülőkori megküzdésről általában

A megküzdés (coping) a serdülőkori egészségmutatók és egészség-magatartások alakulását tekintve igen lényeges, megkerülhetetlen tényező. A serdülőkor a gyors változások, társas kapcsolatok átrendeződésének, a normatív krízisek sokaságának életszakasza. A pszichoszociális fejlődés ezen állomása lényeges stresszforrást jelenthet a fiatal életében; jelentősen igénybe véve a serdülő erőforrásait. A serdülőkor okozta krízisekhez, kihívásokhoz a serdülő számos módon tud alkalmazkodni (Hamvai, Sima, & Pikó, 2008). A megküzdés olyan érzelmi, viselkedéses, kognitív erőfeszítés, amellyel az egyén az erőforrásait megterhelő stresszhelyzetet igyekszik kezelni (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1987).

Az elsődleges kiértékelés során a serdülő ezeket a kríziseket saját céljai, illetve egészsége szempontjából vizsgálja. Ennek megfelelően a körülmények lehetnek például fenyegetőek, veszélyesek, kihívást jelentőek stb. Ezután a serdülő a másodlagos értékelés segítségével kiválasztja azt a coping-formát, amellyel a helyzetet kezelni tudja (Frydenberg, 1997; Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1987). Problémafókuszú copingot használ az egyén akkor, ha a helyzetet kontrollálhatónak értékeli, érzelemfókuszú coping-stratégiát pedig, ha kontrollálhatatlannak. A problémafókuszú stratégia a stresszt jelentő helyzet megoldására irányul, az érzelemfókuszú stratégia pedig a stresszes szituációt kísérő negatív érzelmek kezelését célozza (Frydenberg, 1997; Rózsa és mtsai, 2008). A megküzdési stratégiák másik, talán jobb felosztását jelenti a megközelítő és az elkerülő coping kategória felvetése. A megközelítő coping az egyént a stresszor felé mozgósítja, míg az elkerülő típusú coping attól távolítja (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, & Wadsworth, 2001).

A serdülők által használt coping több szempontból is releváns a fiatalok egészségi állapotának szemszögéből. Egyrészt a serdülőkorra jellemző a különböző megküzdési stratégiák robbanásszerű megjelenése. A coping-repertoár kumulatív módon bővül, vagyis a korábbi életszakaszban főszerepet kapó megküzdési stratégiák is megmaradnak, és részét képezik a serdülők megküzdésének (Williams & McGillicuddy-De Lisi, 2000). Ebbe a növekvő halmazba pedig egyre nagyobb eséllyel kerülhetnek be maladaptív elemek is, amelyek a serdülő alkalmazkodására és végső soron egészségére is veszélyt jelenthetnek. A normatív stresszorok hirtelen megjelenésével, elsősorban a serdülőkor középső, 10–14. év közötti szakaszában kezdenek a fiatalok olyan diszfunkcionális megküzdési stratégiákat használni, mint az adott helyzeten való reménytelen rágódás, vívódás vagy az

agresszív megnyilvánulások (Hampel, 2007; Hampel & Petermann, 2005; Seiffge-Krenke, 2000).

Ezzel együtt az életkor előrehaladtával nő a stresszel járó negatív érzelmek csökkentését célzó érzelmfókuszú megküzdési stratégiák szerepe is. Ezek olyan maladaptív viselkedésformák felé terelhetik a fiatalt, mint az alkoholfogyasztás, a dohányzás vagy a drogok kipróbálása (Frydenberg, 2008; Pikó, 2001). Ezzel ellentétben az adaptív coping-formák segíthetik a serdülőt abban, hogy megfelelően reagáljon a kihívást jelentő helyzetekben és végső soron fenntartsa egészségét. Általában azok a megküzdési formák, amelyek az egyént a stresszforrás felé orientálják (pl. problémamegoldás, kognitív átstrukturálás, a stresszor pozitív újraértékelése stb.) jobb pszichológiai alkalmazkodással korrelálnak. Ezzel szemben állnak azok a megküzdési formák (pl. elkerülő viselkedés, szociális visszahúzódás, beletörődő viselkedés, önvád, önkritika, vágyvezérelt gondolkodás stb.), amelyek a stressz forrásától az egyént távolítják (Compas és mtsai, 2001). Az ilyen fajta elkerülő viselkedés, helyzetből való kivonódás rövid távon adaptív lehet, hiszen megvédi az egyént a stresszforrástól, hosszabb távon azonban akár pszichopatológiai tünetek elindítójává is válhat (Seiffge-Krenke, Weidemann, Fentner, Aegenheister, & Poebrau, 2001).

A következő fejezetekben tovább szeretnénk részletezni az egyes egészség-magatartások prevalenciáját, valamint azt, hogy milyen kapcsolatban vannak az egyes coping-formák az egészségkockázati, illetve egészségvédő magatartásformákkal. Áttekintésünket elsősorban serdülőkkel végzett vizsgálatok adatai alapján végeztük.

1.2. Coping és egészségkockázati magatartás

A dohányzás és az alkoholfogyasztás az egészségkockázati magatartás két olyan formája, amelyek jellemzően a serdülőkorban jelennek meg, és akár maladaptív coping-formának is felfoghatók. A 2007-es ESPAD felmérés (Elekes, 2007) szerint a fogyasztók egynegyede 11 éves korára szívja el első cigarettáját, illetve a serdülők 32,2%-a legkésőbb 11 éves korában, vagyis a korai serdülőkori szakaszban már megkóstolja a sört. Azaz az egészségkockázati viselkedések megjelenése igen gyakran a korai serdülőkorra tehető. Éppen ezért fontos megismerni a serdülőkori megküzdési stratégiák és az egészségkockázati magatartásformák közötti kapcsolatok természetét, mivel megfelelő intervenciókkal a maladaptív megküzdési stratégiák és a velük együtt járó kockázati magatartások megelőzhetők. Az alábbiakban először a serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás néhány epidemiológiai adatát emelnénk ki, majd vázolnánk a szakirodalom alap-

ján az egyes coping-formák és az egészségkockázati magatartások közötti kapcsolatot.

A „National Health Survey on Drug Use and Health” elnevezésű epidemiológiai felmérés 2010-es adatai szerint 69,6 millió 12 éves vagy annál idősebb amerikai (a népesség 27,4%-a) volt már valamilyen dohányáru fogyasztója (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010). A 12–17 évesek dohányfogyasztási rátája 2009 és 2010 között 11,6%-ról 10,70%-ra csökkent. Ugyanennek a korosztálynak a cigarettafogyasztása 2002 és 2010 között 13,0%-ról 8,3%-ra csökkent. A naponta legalább egy dobozzal elszívók aránya a 12–17 évesek között elsősorban a 16. életévtől felfelé nőtt meg. A 2007-es magyarországi ESPAD felmérés adatai szerint (Elekes, 2007) a megkérdezett 8–10. évfolyamos diákok kétharmada dohányzott már életében, ezen tanulók közül majdnem minden ötödik napi rendszerességgel szívott cigarettát. Magyarországon a dohányzás élet- és havi prevalenciája 1999 és 2003 között növekvő, 2003 és 2007 között általában csökkenő trendet mutatott a 16 évesek körében.

A fent említett egyesült államokbeli vizsgálat (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010) eredményei szerint 2010-ben a 12 éves vagy annál idősebb amerikai populáció 51,8%-a (kb. 131,3 millió ember) számolt be alkoholfogyasztásról. A 12–13 évesek 3,1%-a, a 14–15 évesek 12,4%-a, míg a 16–17 évesek 24,6%-a volt alkoholfogyasztó, vagyis az alkoholfogyasztók aránya az egyes életkori csoportok mentén emelkedik. A nagymértékű alkoholfogyasztás aránya ugyanilyen mintázatot követ: a 12–13 évesek 1%-a, a 14–15 évesek 6,7%-a, a 16–17 évesek 15,3%-a ivott nagy mennyiségű alkoholt. Az ESPAD magyarországi felmérése (Elekes, 2007) szerint a 8–10. évfolyamosok 92,2%-a, azaz döntő többsége már kipróbálta az alkoholt, több mint fele volt részeg már élete folyamán, és 40%-uk volt részeg az adatfelvételt megelőző évben. Az alkoholfogyasztás élet- és éves prevalenciája növekvő trendet mutatott 1999 és 2003 között, az utána következő, 2007-ig tartó periódusban ezek az értékek csak enyhén növekedtek.

Mint már említettük, az olyan egészségkárosító viselkedések, mint a dohányzás és az alkoholfogyasztás maguk is megküzdési módnak tekinthetők. Természetesen ezek a stresszel, kihívással kapcsolatos maladaptív megküzdési stratégiák, mivel nem garantálják a probléma konstruktív megoldását, és az egészséget is jelentősen veszélyeztetik. Számos, serdülőkkel foglalkozó tanulmány próbálta feltárni, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás milyen más megküzdési stílushoz kapcsolódik. Általánosságban elmondható, hogy az egészségkockázati magatartásformák más maladaptív, az alkalmazkodást nem segítő megküzdési stratégiákhoz kötődnek. Ezen eredmények szerint a maladaptív coping-formákhoz az ál-

talános egészségi kockázat, szexszel kapcsolatos kockázati viselkedés, evés- és étrendbeli problémák, mentális egészségügyi problémák (Ben-Zur & Reshef-Kfir, 2003; Steiner, Erickson, Hernandez, & Pavelski, 2002), szuicid tendenciák (Horwitz, Hill, & King, 2011), érzelmi és szociális problémák (Holen, Lervag, Waaktaar, & Ystgaard, 2012), drogfogyasztás (Wagner, Myers, & McInnich, 1999), dohányzás (Siqueira, Diab, Bodian, & Rolnitzky, 2000), valamint alkoholfogyasztás (Catanzaro & Laurent, 2004; Hasking, Lyvers, & Carpio, 2011; Wagner és mtsai, 1999) társul serdülőkorban.

Kiemelendő, hogy maladaptív coping-stratégiának elsősorban az elkerülő, a stresszortól távolító megnyilvánulások számítanak, amelyek csupán rövid távú megoldást hoznak a helyzet kezelésében. Nem meglepő, hogy az egészségkockázati magatartásformák, mint az alkoholfogyasztás és a dohányzás, szorosan kapcsolódnak az elkerülő viselkedéshez, mivel bizonyos szempontból maguk is az elkerülő viselkedés speciális formáinak tekinthetők. A passzív, elkerülő attitűd mélyen gyökerezik a személyiségben, és nagy valószínűséggel a korai szülői reakciókból ered. Kimutatták ugyanis, hogy mind az apai, mind az anyai észlelt elutasítás pozitívan kapcsolódik a serdülőkori passzív coping-formákhoz. Ezzel szemben a serdülőkori aktív coping az anyai és az apai kontrollhoz kötődik szignifikánsan (Meesters & Muris, 2004). Az ilyenfajta passzív, elkerülő coping azért hajlamosíthat egészségkockázati magatartásra, mert olyan mechanizmusokat foglal magában, amellyel az egyén automatikusan figyelmen kívül hagyja az egészségkárosító magatartásban rejlő veszélyeket (Ben-Zur & Reshef-Kfir, 2003).

Az egészségkockázati magatartással együtt járhat a (negatív) kortárs-hatás is. Számos tanulmány rámutatott arra, hogy a kortársak sajátos szocializációs rendszert képeznek a serdülők életében, így nem véletlen, hogy a kortárskapcsolatok különböző aspektusai befolyásolhatják a dohányzás, alkoholfogyasztás és más, egészségre nézve kockázatos magatartás megjelenését és gyakoriságát (Alexander, Piazza, Mekos, & Valente, 2001; Engels, Scholte, van Lieshout, de Kemp, & Overbeek, 2006; Kristjansson, Sigfusdottir, James, Allegrante, & Helgason, 2010).

Összefoglalva a fentieket, elmondható, hogy általában az egészségkockázati magatartások első megjelenése a kora serdülőkorra tehető. Ezeknek a káros szokásoknak a prevalenciája az életkor előrehaladtával növekszik. Az egészségkockázati magatartások maguk is egyfajta maladaptív coping-formának tekinthetőek, amellyel a fiatal igyekszik az erőforrásait meghaladó helyzetet kezelni. Ezért nem meglepő, hogy az alkoholfogyasztáshoz, dohányzáshoz és egyéb egészségkockázati magatartáshoz olyan maladaptív coping-stílusok kapcsolódnak, mint például az elkerülő viselkedés.

1.3. Coping és egészségvédő magatartások

A kutatási eredmények alapján az egészségvédő magatartásformák is sajátos kapcsolatban állnak bizonyos megküzdési stratégiákkal. Vizsgálatunkban két, széles körben vizsgált egészségvédő magatartást, a fizikai aktivitást és a táplálkozáskontrollt elemeztük. Ezért először az ezekre vonatkozó epidemiológiai adatokat tekintjük át, majd a különböző coping-stílusokkal való kapcsolataikat vázoljuk a szakirodalmi adatok alapján.

A helyes táplálkozás elengedhetetlen a serdülőkori szervezet megfelelő működése szempontjából. A főétkezések, például a reggeli kihagyása kutatási eredmények alapján negatív hatással van a különböző kognitív funkciókra is, így az epizodikus memória teljesítményére és a figyelemre (Wesnes, Pincock, Richardson, Helm, & Hails, 2003). A részben táplálkozási hibákból fakadó gyermekkori elhízás később a serdülőkorban a kettes típusú diabétesz, neurológiai zavarok, gasztrointesztinális problémák, veseelégtelenség, kardiovaszkuláris komplikációk nagyobb valószínűségű megjelenéséhez vezethet (Iannotti, 2006). A magyarországi HBSC felmérés szerint míg a megkérdezett iskoláskorú gyermekek 48,5%-a minden nap eszik reggelit, 29,2%-uk soha nem, 9,2%-uk pedig hétvégenként soha nem reggelizik. A diákok 31,1%-a eszik rendszeresen gyümölcsöt, míg több mint 13%-uk egyáltalán nem fogyaszt. A fiúknál ráadásul a gyümölcsfogyasztás az életkor előrehaladtával csökkenő tendenciát mutat. A napi zöldségfogyasztás mindössze a minta 23,6%-ára volt jellemző, 17%-uk még hetente sem eszik zöldséget. Ráadásul ismételten kimutatták az életkor mentén csökkenő tendenciát. Édességet a minta 30,6%-a fogyaszt napi rendszerességgel és 16,9%-uk eszik ritkábban, mint hetente, üdítőitalt pedig 31,7%-uk iszik (Németh, 2011).

A fizikai aktivitással kapcsolatban elmondható, hogy a diákok csupán 17,3%-a végzett mindennap legalább 60 perces, jelentősebb erőfeszítést igénylő mozgást. Mintegy harmaduk végzett 5 napon, és másik harmaduk 3-4 napon át fizikai aktivitást a megkérdezést megelőző héten. A minta 66%-ára volt jellemző, hogy az iskolán kívül vett részt valamilyen jelentős fizikai mozgásban. Az életkor előrehaladtával csökkent az elégséges fizikai aktivitást végzők aránya (Halmai & Németh, 2011).

Wijndaele és munkatársai (2007) klaszteranalízissel a társas támogatás, a coping és az észlelt stressz 3 klaszterét azonosították: a „stresszesekét” alacsony társas támogatással, magas passzív és elkerülő copinggal; a „nem stresszesekét” magas társas támogatással és magas aktív coping-stílussal; illetve a kettő között elhelyezkedő „mérsékeltékét”. A „stresszes” csoportba tartozó egyének sokkal kisebb gyakorisággal és kisebb időtartamban vettek részt fizikai aktivitásban, sporttevékenységben a másik két csoport-

hoz tartozó egyénekhez képest. A „nem stresszes” klaszter tagjai a másik két klaszter populációjához képest a leggyakrabban és a leghosszabb időtartamú sporttevékenységben vettek részt.

Egy másik vizsgálatban (Saklofske, Austin, Galloway, & Davidson, 2007) számos személyiségvonás és a coping-stílus egészség-magatartásra vonatkozó hatását mérték. Azt találták, hogy az érzelmi intelligencia és a különböző coping-formák egy faktorra állnak kapcsolatban. Az érzelemfókuszú copingok negatívan, a racionális coping-formák pozitívan kapcsolódtak ehhez a faktorhoz. Emellett ez a magasabb rendű faktor pozitívan kötődött a fizikai gyakorlatok végzéséhez, illetve az egészséges étrend követéséhez. Pikó és Keresztes (2010) eredményei szerint a fizikai aktivitás gyakoriságát egy speciális társas coping, a harmóniára törekvés magyarázta szignifikánsan. A harmóniára törekvés azt fejezi ki, hogy az egyén mennyire törekszik jó viszonyt kialakítani családtagjaival, barátaival. A társas coping-formák közül a barátkozás, barátok megkeresése különösen lényeges az egészségvédő magatartások formálódásában (Salvy, de la Haye, Bowker, & Hermans, 2012). A kortársak befolyása tehát mind az egészségkárosító magatartásformákhoz, mind az egészségprotektív viselkedéshez pozitívan kapcsolódhat.

Összefoglalva a fentieket, elmondható, hogy a serdülők nagy százalékának életéből vagy teljesen hiányoznak az egészségvédő magatartásformák, vagy pedig csak kismértékben vannak jelen. A megküzdéssel kapcsolatos eredmények arra utalnak, hogy ezek az egészségvédő magatartások elsősorban a problémafókuszú, megközelítő, a stresszor felé orientáló megküzdésekhez, valamint egyes társas megküzdési módokhoz kötődnek.

1.4. Célkitűzés és hipotézisek

Tanulmányunk fő célja az volt, hogy feltérképezzük a kora serdülőkorban lévőek coping-stílusa és egészség-magatartása közötti esetleges kapcsolatokat. Főbb hipotéziseinket az alábbiakban fogalmaztuk meg:

1. Az aktív, megközelítő típusú megküzdési stratégiák az egészségvédő magatartásformákkal (fizikai aktivitás, táplálkozáskontroll) pozitív, az egészségkockázati viselkedésekkel (dohányzás, alkoholfogyasztás) negatív kapcsolatban vannak.
2. A passzív, diszfunkcionális coping-formák az egészségkárosító magatartásformákkal (dohányzás, alkoholfogyasztás) pozitív, az egészségvédő magatartásformákkal (fizikai aktivitás, táplálkozáskontroll) negatív kapcsolatban vannak.

3. A társas megküzdési módok mind az egészségvédő, mind az egészségkockázati magatartást szignifikánsan magyarázzák, és pozitív kapcsolatban vannak ezekkel a változókkal.

2. Minta és módszer

2010 második felében 2 szegedi általános iskolában vettük fel az adatokat 7. és 8. osztályos tanulókkal. A lányok aránya 53,8%, az átlagéletkor $13,77 \pm 0,71$ év volt. A résztvevők száma 236 fő. A felmérés az iskola igazgatójának és a szülőknek a beleegyezésével történt. A kérdőív kitöltését az osztályfőnökök, illetve más tanárok biztosították. A pedagógusok csak a legfőbb kutatási célokat ismerték, a jövőbeli statisztikai elemzéseket nem. A tanulókat informálták az anonimitás biztosításáról és a kérdőív főbb céljairól. Ezek az információk írásos formában is fel voltak tüntetve a kérdőívsomag elején. A kérdőív kitöltése átlagosan 40–45 percet, azaz egy általános iskolai tanórát vett igénybe. A válaszadás mértéke 100%-os volt, a tanórán részt vevő minden tanuló kitöltötte a kérdőívet.

2.1. Méréseszközök

Az egyes megküzdési stratégiák használatának gyakoriságát a Serdülőkori Megküzdés Skála (Adolescent Coping Scale – ACS; Frydenberg & Lewis, 1993) segítségével mértük. Az ACS kifejezetten a serdülők coping-repertoárjának felmérésére készült mérőeszköz, mely 79 állítást tartalmaz. A válaszokat 5-fokú skálán jelölik a válaszadók (1 = nem alkalmazom vagy nem csinálom ezt; 5 = nagyon gyakran használom). A 79 item 18 alskálába rendezhető (1. táblázat): társas támogatás, problémamegoldás, munka, aggodalom, barátok, valakihez tartozás, vágyalom, tehetetlenség, feszültségcsökkentés, társas cselekvés, ignorálás, önvád, elfojtás, spiritualitás, pozitívumokra való fókuszálás, segítség szakembertől, relaxálás, fizikai felfrissülés. A 18 alskála 3 nagyobb csoportba sorolható: problémafókuszú stratégiák, társas támasszal kapcsolatos stratégiák és elkerülő megküzdési stratégiák (Frydenberg & Lewis, 1993). Korábbi kutatások alapján (pl. D'Anastasi & Frydenberg, 2005; Ferrari, Nota, Soresi, & Frydenberg, 2007) a 18 alskála megbízhatóságát jelző Cronbach-alfa 0,60 és 0,87 közötti értékeket vett fel. Jelen vizsgálatunkban ennél alacsonyabb értékek is előfordultak, de csak azok az alskálák kerültek be a további elemzésekbe, amelyeknek Cronbach-alfája minimum 0,60 volt (1. és 2. táblázat). A skálát a szerzők fordították és adaptálták magyarra a szokásos eljárással (külön-külön for-

1. táblázat. Az ACS 18 alszála (Frydenberg, 2008, 50. o.)

Alskála neve és a mért tartalom	Példáim
1. <i>Társas támasz keresése</i> : hajlandóság a probléma másokkal való megosztására	Más emberekkel beszélgetek a problémámról, hogy segítsenek azt megoldani.
2. <i>A probléma megoldására fókuszálás</i> : probléma-fókuszú stratégia, a problémával való szisztematikus megbirkózás, a probléma tanulmányozása, több nézőpont, vélemény figyelembevétele	A legjobb tehetségem szerint dolgozom a probléma megoldásán.
3. <i>Kemény munka és megvalósítás</i> : ez a stratégia elköteleződést, megvalósítást és szorgalmat jelent	Keményen dolgozom.
4. <i>Aggodalom</i> : állítások, amelyek a jövővel kapcsolatos általános vagy speciális borúlátást vagy a boldogsággal kapcsolatos aggodalmat jeleznek	Aggódom a jövőm miatt.
5. <i>Barátok</i> : intim kapcsolatoknak való elköteleződés	Több időt töltök a barátommal/barátnómmal.
6. <i>Valakihez kötődés*</i> : az egyén másokhoz fűződő viszonyaival kapcsolatos törődést vagy aggodalmat fejez ki	Igyekszem javítani kapcsolataimat másokkal.
7. <i>Vágyálom</i> : reménnyel, pozitív kimenetek anticipációjával kapcsolatos itemek	A legjobbat remélem.
8. <i>Társas cselekvés*</i> : az egyén mások tudtára adja, hogy mi zavarja; petíciókat ír vagy összeíjvetelt szervez	Hasonló gondokkal küzdő emberekhez csatlakozom.
9. <i>Feszültségcsökkentés*</i> : az egyén megpróbálja jobban érezni magát vagy csökkenteni a feszültséget	Alkohol, cigaretta, drog (nem gyógyszer) segítségével próbálom jól érezni magam.
10. <i>Tehetetlenség</i> : a skála állításai kifejezik, hogy az egyén képtelen valamit is kezdeni a problémával, illetve pszichoszomatikus tünetek kialakulását is jelzik	Egyszerűen feladom.
11. <i>A probléma ignorálása*</i> : a probléma tudatos kirekesztése, rezignáltság és annak elfogadása, hogy nincs mód a megoldásra	Semmibe veszem a problémát.
12. <i>Önvád</i> : az egyén magát teszi felelőssé a bajért	Magamat hibáztatom.
13. <i>Elfojtás</i> : az egyén visszahúzódik másoktól, nem akarja másokkal megosztani a problémát	Magamban tartom az érzéseimet.
14. <i>Spirituális segítség keresése</i> : olyan állítások, amelyek imádkozásra vagy egy spirituális hatalomba vetett hitre utalnak	Segítségért és útmutatásért imádkozom, hogy minden rendben legyen.
15. <i>A pozitívumokra való fókuszálás*</i> : az állítások a szituáció pozitív és derűs felfogását tükrözik	A dolgok naps oldalát nézem, és csupa jó dologra gondolok.
16. <i>Segítség szakembertől</i> : professzionális tanácsadóra (pl. tanár, tanácsadó) utaló állítások	Segítséget kérek egy szakembertől.

Alskála neve és a mért tartalom	Példaitem
17. <i>Relaxáció*</i> : Olyan szabadidős foglalkozásokat ír le, mint az olvasás és festés	Módot találok a pihenésre; zenét hallgatok, könyvet olvasok, hangszeren játszok, TV-t nézek.
18. <i>Fizikai felfrissülés</i> : sporttal, testmozgással kapcsolatos állítások	Sportolok.

*A jelen vizsgálatban alacsony belső megbízhatóság miatt nem szerepel.

dítással és visszafordítással, majd konszenzusos elfogadással). A kérdőív validitási vizsgálatára a közeljövőben kerül majd sor, ezért jelen elemzés ún. pilot study-nak minősül ebben a folyamatban, amely a hazai adaptálást segíti elő.

Négy egészségmagatartást mértünk. Az egészségvédő magatartásokon belül a fizikai aktivitásnak és a táplálkozáskontrollnak a gyakoriságát mértük fel az adatfelvételt megelőző 3 hónapra vonatkozóan (Luszczynska, Gibbons, Piko, & Tekozel, 2004). A fizikai aktivitás kapcsán az alábbira kérdeztünk rá: „Az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?” A diákok egy 5-fokú skálán adták meg válaszukat (1 = soha; 5 = heti három vagy több alkalommal). A táplálkozáskontroll kapcsán az alábbi kérdést tettük fel: „Az elmúlt 3 hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?” A tanulók itt szintén 5-fokú skála segítségével adhatták meg válaszukat (1 = egyáltalán nem; 5 = mindig). Az egészségkockázati magatartásokkal kapcsolatban a dohányzásnak és az alkoholfogyasztásnak az adatfelvételt megelőző 3 hónapra vonatkozó gyakoriságát mértük fel (Kann, 2001). A dohányzásnál a következő kérdést tettük fel: „Az elmúlt 3 hónapban kb. mennyit dohányoztál?” A válaszokat 6-fokú skálán lehetett megadni (1 = egyáltalán nem; 6 = 20-nál többet naponta). Az alkoholfogyasztás gyakoriságára feltett kérdés a következő volt: „Az elmúlt 3 hónapban hányszor ittál alkoholt?” Erre szintén egy 6-fokú skálán lehetett válaszolni (1 = egyszer sem; 6 = több mint 40-szer).

2.2. Statisztikai eljárás

Adatainkat az SPSS 15.0 for Windows nevű szoftverrel elemeztük. A szignifikanciaszint általunk elfogadott maximális szintje 0,05 volt. Bár a függő változók ordinális szintűek voltak, a dichotomizálás túl sok információvesztéssel járt volna más típusú elemzések során. Ezért hipotéziseink vizsgálatához stepwise módszerű lineáris regressziót használtunk. Ezzel az eljárással a bevitt változók prediktív erő szerinti sorrendje is meghatá-

rozható. Jelen vizsgálatunkban a magyarázó változók az egyes megküzdési stratégiák gyakorisági pontszámai, míg a függő változók az egyes egészség-magatartások pontszámai voltak. A statisztikai eljárást mind a teljes mintán, mind a fiúk, mind a lányok mintáján elvégeztük. Így az esetleges nemi különbségeket is fel tudtuk tárni.

3. Eredmények

A 2. táblázat a coping-változók átlagát és szórását, valamint a skálák megbízhatóságát jelző mutatókat foglalja össze. Csak azokat a megküzdési stratégiákat tüntettük fel, amelyek megfeleltek a reliabilitás kritériumának, és ezáltal bekerültek az elemzésbe. Minden skála nyerspontszámából kiszámolt végső pontszáma maximálisan 100 lehetett. Látható, hogy csupán három coping-stratégiában mértünk szignifikáns különbséget a fiúk és a lányok között. A lányok esetében szignifikánsan gyakrabban fordul elő a társas támogatás keresése, illetve az aggódás is. Továbbá a fiúk gyakoribb fizikai felfrissülésről számoltak be, mint a lányok.

A 3. táblázatban a dohányzás, alkoholfogyasztás, fizikai aktivitás és a táplálkozáskontroll százalékos gyakoriságát tüntettük fel. A tanulók legnagyobb része, 76,86%-a egyáltalán nem dohányzott még, napi 20-nál több

2. táblázat. Leíró statisztika és nemi különbségek a coping-változók terén

	Teljes minta Átlag / Szórás / Cronbach- α	Fiúk Átlag / Szórás	Lányok Átlag / Szórás
Társas támogatás keresése**	55,54 / 14,41 / 0,67	51,52 / 14,29	58,99 / 13,64
Problémamegoldás	67,20 / 12,91 / 0,62	66,83 / 13,11	67,53 / 12,78
Munka	64,81 / 12,83 / 0,61	64,59 / 12,82	65,01 / 12,88
Aggódás*	52,85 / 17,67 / 0,78	49,47 / 16,64	55,75 / 18,07
Barátok	70,20 / 17,53 / 0,77	68,95 / 17,30	71,28 / 17,73
Vágyalom	58,47 / 15,13 / 0,67	57,50 / 15,18	59,31 / 15,10
Tehetlenség	42,08 / 14,45 / 0,65	42,42 / 15,57	41,80 / 13,48
Önvád	50,44 / 19,14 / 0,80	48,39 / 19,82	52,20 / 18,43
Elfojtás	48,58 / 17,14 / 0,69	49,91 / 16,72	47,44 / 17,47
Spirituális	36,42 / 19,59 / 0,88	36,65 / 20,75	36,22 / 18,62
Segítség szakembertől	32,97 / 16,30 / 0,88	33,49 / 16,95	32,52 / 15,77
Fizikai felfrissülés*	71,84 / 20,44 / 0,64	75,07 / 20,27	69,06 / 20,25

Megjegyzés: független mintás t -próba; * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

3. táblázat. Az egészség-magatartások leíró adatai nemi bontásban

	„Az elmúlt 3 hónapban kb. mennyit dohányoztál?” (%)		
	Fiúk	Lányok	Teljes minta
Egyáltalán nem	77,98	76,38	76,86
Csak néha egyet-egyet	12,84	15,75	14,88
1–5 szálát naponta	7,34	2,36	3,86
6–10 szálát naponta	0,92	1,57	1,38
11–20 szálát naponta	0,92	1,57	1,38
20-nál többet naponta	0	0	0
	„Az elmúlt 3 hónapban hányszor ittál alkoholt?” (%)		
	Fiúk	Lányok	Teljes minta
Egyszer sem	38,53	50,39	46,83
1–2-szer	37,61	37,80	37,74
3–9-szer	17,43	7,09	10,19
10–19-szer	5,50	4,72	4,96
20–39-szer	0	0	0
Több mint 40-szer	0	0	0
	„Az elmúlt 3 hónapban milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?” (%)		
	Fiúk	Lányok	Teljes minta
Soha	0,92	0,79	0,83
Párszor	11,93	18,90	16,80
Havonta 2–3-szor	11,01	11,02	11,02
Heti 1–2 alkalommal	19,27	33,86	29,48
Heti 3 vagy több alkalommal	55,96	35,43	41,60
	„Az elmúlt 3 hónapban milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?” (%)		
	Fiúk	Lányok	Teljes minta
Egyáltalán nem	21,10	7,87	11,85
Egy kissé	22,02	18,90	19,83
Időnként	32,11	33,86	33,33
Legtöbbször	20,18	31,50	28,10
Mindig	3,67	7,87	6,61

szál cigarettát pedig egyikük sem szívott el a vizsgálatot megelőző három hónapban. A minta valamivel több mint a fele ivott az adatfelvételt megelőző három hónapban alkoholt, míg 46%-uk egyszer sem fogyasztott szeszes italt. Ők képezték a minta legnagyobb részét. Több mint 20-szor egyik diák sem fogyasztott alkoholt a fenti periódusban.

A minta legnagyobb része (41,6%) heti három vagy több alkalommal végzett valamilyen erős fizikai aktivitást vagy munkát. A teljes minta elenyé-

4. táblázat. Az egészség-magatartásokat befolyásoló coping-változók stepwise-módszerű regresszióelemzése

	<i>Dohányzás gyakorisága az elmúlt 3 hónapban</i>		
	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Független változók és hozzájuk tartozó koefficiensek	1. barátok: $\beta = 0,24^{**}$ 2. munka: $\beta = -0,15^*$	1. munka: $\beta = -0,23^*$ 2. barátok: $\beta = 0,22^*$	1. barátok: $\beta = 0,25^*$ 2. segítség szakembertől: $\beta = 0,17^*$
Magyarázott variancia	$R^2 = 0,08$	$R^2 = 0,09$	$R^2 = 0,10$

	<i>Alkoholfogyasztás gyakorisága az elmúlt 3 hónapban</i>		
	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Független változók és hozzájuk tartozó koefficiensek	1. barátok: $\beta = 0,24^{***}$	1. barátok: $\beta = 0,25^{**}$	1. barátok: $\beta = 0,32^{***}$ 2. elfojtás: $\beta = 0,24^{**}$ 3. aggodalom: $\beta = 0,18^*$
Magyarázott variancia	$R^2 = 0,06$	$R^2 = 0,06$	$R^2 = 0,13$

	<i>Fizikai aktivitás az elmúlt 3 hónapban</i>		
	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Független változók és hozzájuk tartozó koefficiensek	1. fizikai felfrissülés: $\beta = 0,61^{***}$ 2. aggodalom: $\beta = -0,11^*$	1. fizikai felfrissülés: $\beta = 0,57^{***}$ 2. vágyálom: $\beta = -0,16^*$	1. fizikai felfrissülés: $\beta = 0,73^{***}$ 2. barátok: $\beta = 0,17^*$
Magyarázott variancia	$R^2 = 0,39^*$	$R^2 = 0,34^*$	$R^2 = 0,43^*$

	<i>Egészséges étrend az elmúlt 3 hónapban</i>		
	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Független változók és hozzájuk tartozó koefficiensek	1. fizikai felfrissülés: $\beta = 0,22^{**}$ 2. probléma-megoldás: $\beta = 0,12^*$ 3. tehetetlenség: $\beta = -0,15^*$ 4. társas támogatás: $\beta = 0,15^*$	1. munka: $\beta = 0,29^{**}$ 2. probléma-megoldás: $\beta = 0,20^*$	1. fizikai felfrissülés: $\beta = 0,30^{**}$ 2. tehetetlenség: $\beta = -0,24^{**}$ 3. spirituális $\beta = 0,17^*$
Magyarázott variancia	$R^2 = 0,15$	$R^2 = 0,17$	$R^2 = 0,16$

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

szó része, csupán 0,83%-a nem mozgott egyáltalán. A két nem között szignifikáns különbséget mértünk a fizikai aktivitás gyakoriságával kapcsolatban: a heti három vagy több alkalommal aktivitást végzők zöme fiú volt (57%), viszont több lány végzett fizikai aktivitást heti egy-két alkalommal (67,2%), illetve havonta kétszer-háromszor (53,8%), mint fiú.

A 4. táblázatban a lineáris regresszióelemzés teljes mintára vonatkozó, illetve nemenkénti bontásban közölt eredményei láthatók. A táblázatban csak azokat a megküzdési stratégiákat tüntettük fel, amelyek az adott modellben szignifikáns magyarázó változónak bizonyultak.

A teljes mintán a dohányzás szignifikáns magyarázó változója a megküzdési módok közül elsőként a barátok ($\beta = 0,24$; $p < 0,01$), másodikként a munka ($\beta = -0,15$; $p < 0,05$) volt. A gyakoribb kortárs-interakció és a célok felé tett kevesebb lépés, kisebb munka jósolja be a gyakoribb dohányzást. A modell magyarázó ereje 8%-os. A fiúk mintájánál először a munka ($\beta = -0,23$; $p < 0,05$), majd a barátok ($\beta = 0,22$; $p < 0,05$) változója került be a modellbe szignifikáns magyarázó változóként. A modell a variancia 9%-át magyarázta. A munka ezekben a modellekben negatív magyarázó változó, vagyis a gyakoribb kemény munka a dohányzás kisebb gyakoriságához kapcsolódik. A lányoknál először a barátok ($\beta = 0,25$; $p < 0,05$), másodszor a szakembertől kért segítség ($\beta = 0,17$; $p < 0,05$) mint megküzdés bizonyult szignifikáns magyarázó változónak. A modell a variancia 10%-át magyarázza.

Az alkoholfogyasztás egyéni eltéréseit modellünk szerint a teljes mintánál a barátok változója ($\beta = 0,24$; $p < 0,001$) magyarázta. A modell a variancia 6%-át magyarázza. A fiúknál szintén a barátok változója ($\beta = 0,25$; $p < 0,01$) jósolja be szignifikánsan az alkoholfogyasztás gyakoriságát, a modell ereje itt is 6%-os. A lányoknál először a barátok ($\beta = 0,32$; $p < 0,001$), majd az elfojtás ($\beta = 0,24$; $p < 0,01$) és végül az aggodalom ($\beta = 0,18$; $p < 0,05$) mint megküzdési mód került be a modellbe szignifikáns magyarázó változóként. A modell magyarázó ereje 13%-os volt.

A teljes mintán a fizikai aktivitás modelljébe először a fizikai felfrissülés ($\beta = 0,61$; $p < 0,001$), majd az aggodalom ($\beta = -0,11$; $p < 0,05$) került be szignifikáns magyarázó változóként. Azok, akik gyakrabban használják a mozgást a stressz kezelésére, gyakrabban végeznek fizikai aktivitást. A fokozottabb aggodás pedig a fizikai aktivitás kisebb gyakoriságát jósolja be. A modell a variancia 39%-át magyarázza. A fiúknál a fizikai felfrissülés ($\beta = 0,57$; $p < 0,001$) szignifikáns pozitív, a vágyálmom változója pedig ($\beta = -0,16$; $p < 0,05$) szignifikáns negatív magyarázó változója volt a fizikai aktivitásnak. A modell ereje 34%-os. A nagyobb gyakoriságú testmozgás mint coping az általános fizikai aktivitás nagyobb gyakoriságát jósolja be. A dolgok pozitív kimenetelén való gyakoribb passzív elmélkedés, rágódás viszont

ritkább fizikai aktivitást jelez előre. A lányok esetében a fizikai felfrissülés ($\beta = 0,73$; $p < 0,001$) és a barátok ($\beta = 0,17$; $p < 0,05$) változója volt szignifikáns magyarázója a fizikai aktivitásnak. A stressz leküzdésére szolgáló testmozgás és a barátok segítségének, támogatásának keresése egyaránt a gyakoribb fizikai aktivitáshoz kapcsolódik. A modell a variancia 43%-át magyarázza.

A teljes mintán a táplálkozáskontrollt elsősorban a fizikai felfrissülés ($\beta = 0,22$; $p < 0,01$), majd a problémamegoldás ($\beta = 0,12$; $p < 0,05$), a tehetetlenség ($\beta = -0,15$; $p < 0,05$), végül a társas támogatás ($\beta = 0,15$; $p < 0,05$) magyarázta szignifikánsan. Azaz a gyakoribb mozgás mint coping, a gyakoribb problémamegoldás és társas támogatás, valamint a megküzdés feladásának ritkább előfordulása gyakoribb egészséges táplálkozáshoz kapcsolódik. A modell ereje 15%-os. A fiúknál először a munka ($\beta = 0,29$; $p < 0,01$), másodikként a problémamegoldás ($\beta = 0,20$; $p < 0,05$) bizonyult a modell szignifikáns magyarázó változójának. A modell a variancia 17%-át magyarázza. A több munka, a gyakoribb problémamegoldás egészség-tudatosabb táplálkozáshoz kapcsolódik. Végül a lányok esetében a fizikai felfrissülés szignifikáns, pozitív ($\beta = 0,30$; $p < 0,01$), a tehetetlenség szignifikáns, negatív ($\beta = -0,24$; $p < 0,01$), a spirituális segítség keresése pedig ismét szignifikáns, pozitív ($\beta = 0,17$; $p < 0,05$) prediktornak bizonyult az egészséges étrend esetében. Vagyis a gyakoribb testmozgás mint coping, a problémával való megküzdés ritkább feladása és a gyakoribb spirituális segítségkérés gyakoribb egészséges étkezést jósol be. A modell ereje 16%-os.

4. Megbeszélés

A tanulmányunkban lineáris regresszioelemzéssel mértük fel a különböző coping-fajták és egészség-magatartási formák közötti kapcsolatokat. Minden általunk nyert eredmény illeszkedik hipotéziseinkhez, azokkal ellentétes adatokat nem kaptunk.

A barátoktól kért társas támogatás mint coping elsősorban az egészségkárosító magatartásformák szignifikáns magyarázó változójaként jelent meg, de a lányok esetében a fizikai aktivitást is szignifikánsan előre jelezte. E szerint tehát az, hogy valaki a nehezebb helyzetekben a kortársak segítségére hagyatkozik, elsősorban az egészségkárosító magatartásformák gyakoriságát magyarázza; a lányokkal kapcsolatos eredmények viszont rávilágítanak arra is, hogy a baráti támogatás egyes esetekben az egészségvédő magatartások gyakoriságával is kapcsolatban állhat. Ez az eredmény utal arra a többször leírt jelenségre, hogy a serdülők életében egyre nagyobb szerepet játszik a kortárshatás (Tomé, Matos, Simões, Diniz, &

Camacho, 2012). A barátok modellt nyújthatnak a nehezebb, stresszes helyzetek megoldásában. Ez a modellhatás hajlamosíthat az egészségkockázati megnyilvánulásokra is.

A szerhasználat prevalenciáját számos, kortársakkal kapcsolatos változó magyarázza szignifikánsan: a kortársak hasonló egészségkockázati magatartása; a kortársak elismerése az egyén egészségkárosító megnyilvánulása iránt (Kristjansson és mtsai, 2010); ha a kortárs közösség legalább fele dohányzik; ha egy vagy két jó barát dohányzik; a dohányzás prevalenciája az iskolában; a diák népszerűsége a magas dohányzási prevalenciával jellemezhető iskolákban (Alexander és mtsai, 2001); illetve, ha a fiatal szociálilis, magabiztos, kevésbé szorongó; vagy pedig ha agresszív, érzelmileg labilis személyiséggel rendelkezik (Engels és mtsai, 2006). Másrészt a serdülők kortársai hatással lehetnek az olyan egészségvédő magatartásokra is, mint a fizikai aktivitás és az egészségtudatos táplálkozás: az egészségükre jobban ügyelő kortársakkal való barátkozás előrejelzi az egyén hasonló irányú erőfeszítéseit is (Salvy és mtsai, 2012). Összefoglalva: a kortárs hatás (és esetünkben elsősorban a barátkozás stresszhelyzetben) egyaránt kapcsolódhat az egészségre veszélyes és az egészségre vonatkozóan protektív magatartásformákhoz.

A dohányzás kapcsán a baráti segítség igénybevételén kívül a teljes min-tában, illetve a fiúknál a nagyobb munkateljesítmény, a keményebb munka (mint megközelítő coping-forma) bizonyult szignifikáns magyarázó változónak. Fontos, hogy a problémamegoldására irányuló keményebb, intenzívebb munka negatív magyarázó változó. Vagyis minél inkább jellemző valakire, hogy egy stresszhelyzet esetén még több energiát igyekszik mozgósítani a probléma megoldására, annál kevésbé jellemző rá, hogy dohányzik. Ez összhangban van például Siqueira és munkatársainak (2000) eredményével, mely szerint a nemdohányzók több olyan adaptív, pozitív coping-formát használnak, mint a kognitív coping, míg a dohányzók vagy a dohányzást kipróbálók coping-repertoárjában többek között megtalálható a kortársaktól kért segítség is.

A lányoknál a kortárs segítségen kívül a szakembertől való segítségkérés is szignifikánsan magyarázza a dohányzás előfordulását. Első látásra meglepőnek tűnhet, hogy egy adaptívnek értelmezhető szociális coping pozitívan kapcsolódik egy egészségre kockázatos magatartáshoz. Valószínűleg annak tudható be ez a kapcsolat, hogy amennyiben az egyénnek már szakembertől kell segítséget kérnie, nagy lehet a baj. Az ilyen rendkívül stresszes helyzet számos kutatás (pl. Bindu, Sharma, Suman, & Marimuthu, 2011; Siqueira és mtsai, 2000) szerint szintén elősegítheti a dohányzás megjelenését. A fenti eredmény azzal is magyarázható, hogy a professzionális

szakember segítségét kérők esetleg dependensebbek, ez a személyiségtípus pedig hajlamosíthat a dohányzásra is.

Az alkoholfogyasztás gyakoriságához, mint már említettük, elsősorban a kortárshatás kapcsolódik pozitívan: mind a teljes mintán, mind a két nem esetében a barátoktól való segítségkérés magyarázta szignifikánsan az alkoholfogyasztás gyakoriságát. Ezek az eredmények illeszkednek az előző kutatások adataihoz, amelyekben a kortárshatás valamely mutatója szintén az alkoholfogyasztás prevalenciájához vagy gyakoriságához kapcsolódott (Kelly és mtsai, 2012; Mundt, 2011; Nash, McQueen, & Bray, 2005; Svensson, 2010). A lányok esetében a barátok segítsége mellett még két diszfunkcionális, elkerülő coping bizonyult a dohányzás szignifikáns előrejelzőjének: az elfojtás és az aggodalom. Ez konzisztens más kutatások eredményeivel, amelyek szerint a lányok hajlamosabbak olyan passzív, diszfunkcionális copingot használni, mint az önkritika, önvád (Frydenberg, 1997; Pikó, 2001) vagy a problémákon való hasztalan rágódás, illetve rezignált viselkedés (José & Brown, 2008; Hampel, 2007; Hampel & Petermann, 2005). Az ehhez hasonló, a probléma forrásától távolító, elkerülő típusú megküzdési stratégiák pedig pozitívan kapcsolódnak az alkoholfogyasztáshoz (Catanzaro & Laurent, 2004; Hasking és mtsai, 2011; Wagner és mtsai, 1999). Ez annak köszönhető, hogy ebben az esetben mind az elkerülő coping-stílus, mind az alkoholfogyasztás a megoldhatatlannak vélt stresszes szituáció rövid távú megoldására kínál egyfajta „struccpolitikát” (Catanzaro & Laurent, 2004).

A szerhasználat nemi különbségeire vonatkozó adataink is összevethetőek a korábbi eredményekkel. A fiúk és lányok között nem volt szignifikáns különbség a dohányzás gyakoriságát tekintve, ami részben konzisztens az ESPAD vizsgálat (Elekes, 2007) eredményeivel. Ebben a tanulmányban szintén nem találtak nemi különbséget az adatfelvételt megelőző egy hónap dohányzási prevalenciáját illetően. Ugyanakkor általánosságban azt mutatták ki, hogy a lányok körében magasabb a valaha dohányzók aránya és elterjedtebb a gyakori dohányzás a fiúkhöz képest. Az alkoholfogyasztást terén sem találtunk nemek közötti különbséget. Ez az eredmény szintén egybevág az ESPAD vizsgálat adataival (Elekes, 2007).

A fizikai aktivitásra vonatkozó regressziós modell alapján azok a diákok végeznek több ilyen jellegű gyakorlatot, akik stresszhelyzetben is gyakrabban mozognak fizikai felfrissülés gyanánt, és akikre kevésbé jellemző az ilyen helyzetekben a passzív, aggodalmaskodó, borúlátó attitűd. A fizikai felfrissülés mint coping gyakoribb alkalmazása mind a teljes mintán, mind a fiúk, mind a lányok esetében gyakoribb általános fizikai aktivitáshoz kapcsolódott. Ez nem meglepő eredmény, hiszen a testmozgást, a spor-

tolást általánosságban is aktív coping-formának tekinthetjük, amellyel az egyén remekül kezelheti az erőforrásait meghaladó stresszes szituációt (Thome & Espelage, 2004). Egy passzív megküzdési stílus, a hiábavaló aggodalmaskodás negatív kapcsolata a fizikai aktivitással konzisztens más vizsgálatok eredményeivel. Ezek szerint az elkerülő, illetve a passzív, érzelemfókuszú megküzdési stratégiák negatív kapcsolatban állnak a sportolással, mozgással (Saklofske és mtsai, 2007; Wijndaele és mtsai, 2007).

Korábbi eredmények alapján elmondható az is, hogy a serdülők fizikai aktivitásának gyakoriságához, különböző tornagyakorlatok elvégzéséhez szignifikánsan kapcsolódik a cselekvés tervszerű kigondolása. Vagyis, ha a serdülő általában képes jól kigondolt cselekvéses tervet készíteni, akkor nagyobb eséllyel tornázik, mozog (Araújo-Soares, McIntyre, & Sniehotta, 2009; Luszczynska és mtsai, 2010). Nyilvánvaló, hogy az ilyen tervezési folyamatok ellen hatnak az olyan passzív coping-stílusok, mint például az aggodalmaskodás. A fentiekkel konzisztens az is, hogy a fiúk mintáján egy másik elkerülő, passzív coping-típus, a vágyalom bizonyult a fizikai aktivitás negatív magyarázó változójának. A lányoknál (a fizikai felfrissülés mellett) ismételten a barátkozás, a kortársak hatása magyarázta szignifikánsan ezt az egészségvédő magatartást.

A fizikai felfrissülés változója jelezte előre elsődlegesen a teljes mintán, illetve a lányok esetében a gyakoribb egészséges étkezést. Ez egybevág azzal, hogy felnőttekkel (Dutton, Napolitano, Witeley, & Marcus, 2008) és serdülőkkel (McArthur, Holbert, & Peña, 2008; Sabiston & Crocker, 2008) végzett vizsgálatok eredményei egyaránt a minőségi, egészséges étkezés és a testmozgás pozitív együttjárására utalnak. A teljes mintán továbbá a táplálkozáskontrollt egy aktív, megközelítő coping, a problémamegoldás pozitívan; egy elkerülő coping, a tehetetlenség változója negatívan, végül a társas támogatás keresése pozitívan magyarázta. Ezzel egybevágóan Saklofske és munkatársai (2007) eredményei alapján a helyes táplálkozás pozitívan korrelált a racionális coping-stílussal és negatívan az érzelemfókuszú megküzdéssel. Steiner és munkatársai (2002) az étkezési zavarok és a megközelítő coping között negatív, az étkezési zavarok és az elkerülő coping között pozitív korrelációt tártak fel.

A fiúknál két megközelítő típusú coping jelezte előre az egészséges étkezést: a munka és a problémamegoldás változói. A lányoknál a tehetetlenség mint elkerülő, diszfunkcionális coping negatív magyarázó változónak bizonyult. Ezek az eredmények szintén konzisztensek a fent idézett tanulmányokkal. A lányoknál ezenkívül az egészséges táplálkozás szignifikáns magyarázó változója volt a spirituális segítségkeresés. Viszonylag kevés tanulmány foglalkozott a spiritualitás és az egészséges táplálkozás összefüggéseivel. Általánosságban elmondható, hogy a spiritualitás ked-

vező hatással bír a serdülők egészségmutatóira. A legtöbb tanulmány a spiritualitás/vallásosság egészségprotektív szerepét tárta fel serdülőkorban: a vallásosság, a hit, a spirituális megküzdés csökkenti az egészségkárosító magatartásformák és mentális problémák megjelenési valószínűségét és segíti a fiatalot az esetleges betegségek leküzdésében (Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat, & Drotar, 2006). A spiritualitás ennek megfelelően a táplálkozási zavarok elleni védő tényező is lehet. Bizonyos esetekben – elsősorban nőknél – a hit a nyugati gondolkodástól különböző, alternatív önértékelést adhat. A nyugati civilizációkban a karcsú test az önbecsülés egyik lényeges forrása lehet, amelynek hiánya sokakat diétára, koplalásra sarkallhat. Bizonyos vallási formák ettől eltérő alapokra helyezhetik az önértékelést, alternatív én-sémákat nyújthatnak és gátat szabhatnak a túlzott diétázásnak (Kim, 2006).

A jelen tanulmány korlátai közé tartozik, hogy a megküzdési módokat mérő kérdőív, az ACS egyes skálái meglehetősen alacsony reliabilitással bírnak. A legalacsonyabb reliabilitású skálákat ki is vettük az elemzésből. Ezenkívül az ACS jelenleg validálási fázisban van, ezért a tanulmány pilot study-nak tekinthető. További korlátot a viszonylag alacsony mintaelemszám jelenthet. A feltárt regressziós modellek determinációs együtthatója viszonylag alacsony, ezért az összefüggések az egyéni eltéréseknek csak kis százalékát magyarázzák. Végül további korlát, hogy az egészségvédő magatartásformák (egészséges táplálkozás, fizikai aktivitás) regressziós modelljeinek magyarázó erejéhez elsősorban egy magyarázó változó, a fizikai felfrissülés változója járult hozzá. Nyilvánvaló, hogy a fizikai felfrissülés és a fizikai aktivitás nagyon hasonló konstruktumok, ebben az esetben tehát különösen igaz a fenti korlát. A tanulmány erőssége, hogy pontosan olyan életkorú mintát célt meg, amelynél először jelentkezhetnek az egészségkárosító magatartásformák.

5. Következtetés

Tanulmányunkban a serdülők coping-stílusa és egészség-magatartása közötti kapcsolatokat térképeztük fel regresszióelemzéssel. Egyik legfontosabb eredményünk, hogy a barátkozás, a kortárshatás mint lényeges megküzdési forma az egészségkárosító és bizonyos esetben az egészségvédő magatartásformák megjelenését is szignifikánsan magyarázza. Ezenkívül általában elmondható, hogy hipotéziseinknek megfelelően a megközelítő típusú coping-formák (pl. munka, problémamegoldás) pozitívan jósolták be az egészségvédő magatartást és negatívan az egészségkárosító magatartást. Ezzel ellentétben az elkerülő, passzív megküzdési stílus pozitívan

magyarázta az egészségkárosító magatartást és negatívan a protektív magatartást. Ezek az eredmények összhangban vannak más szakirodalmi adatokkal is. Ezek szerint érdemes a korai serdülőkorban olyan prevenciós programokat alkalmazni, amelyek erősen építenek a kortársak modellhatására, erősítik az aktív, a stresszfolyamat megoldására orientáló megküzdési elemeket, és csökkentik a passzív, elkerülő típusú coping-formák használatának valószínűségét.

Irodalom

- Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D., & Valente, T. (2001). Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health, 29*, 22–30.
- Araújo-Soares, V., McIntyre, T., & Sniehotta, F.F. (2009). Predicting changes in physical activity among adolescents: The role of self-efficacy, intention, action planning and coping planning. *Health Education Research, 24*, 128–139.
- Ben-Zur, H., & Reshef-Kfir, Y. (2003). Risk taking and coping strategies among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence, 26*, 255–265.
- Bindu, R., Sharma, M.K., Suman, L.N., & Marimuthu, P. (2011). Stress and coping behaviors among smokers. *Asian Journal of Psychiatry, 4*, 134–138.
- Catanzaro, S.J., & Laurent, J. (2004). Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: Evidence of mediation and moderation effects. *Addictive Behaviors, 29*, 1779–1797.
- Compas, B.E., Connor-Smith, K., Saltzman, H., Thomsen, A.H., & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127*, 87–127.
- Cotton, S., Zebracki, K., Rosenthal, S.L., Tsevat, J., & Drotar, D. (2006). Religion/spirituality and adolescent health outcomes: A review. *Journal of Adolescent Health, 38*, 472–480.
- D'Anastasi, T., & Frydenberg, E. (2005). Ethnicity and coping: What young people do and what young people learn. *Australian Journal of Guidance & Counselling, 15*, 43–59.
- Dutton, G.R., Napolitano, M.A., Witeley, J.A., & Marcus, B.H. (2008). Is physical activity a gateway behavior for diet? Findings from a physical activity trial. *Preventive Medicine, 46*, 216–221.
- Elekes, Zs. (2007). Kutatási beszámoló az OTKA által támogatott K60707 számú pályázatról. Az ESPAD magyarországi adatfelvételének előzetes eredményei. Letöltve: 2012. 10. 01-jén: http://real.mtak.hu/2054/1/60709_ZJ1.pdf
- Engels, R.C.M.E., Scholte, R.H.J., van Lieshout, C.F.M, de Kemp, R., & Overbeek, G. (2006). Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors, 31*, 440–449.
- Ferrari, L., Nota, L., Soresi, S., & Frydenberg, E. (2007). The best of coping. Improving coping strategies in Italian adolescents. In S.G. Gates (Ed.), *Emerging thought and research on student, teacher, and administrator stress and coping* (49–75). Charlotte: Information Age Publishing
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London, New York: Routledge

- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping. Advances in theory, research, and practice*. Hove: Routledge
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). *Manual: The Adolescent Coping Scale*. Melbourne: Australian Council for Educational Research
- Halmi, R., & Németh, Á. (2011). Fizikai aktivitás és szabadidős tevékenységek. In Á. Németh, & A. Költő (szerk.), *Serdülőkori fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (26–35). Budapest: Országos Egészségügyi Intézet
- Hampel, P. (2007). Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *Journal of Adolescence*, 30, 885–890.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73–83.
- Hamvai, Cs., Sima, Á., & Píkó, B. (2008). Veszélyes iskola vagy veszélyes élet? Serdülők magatartási zavarai és a konfliktusmegoldás technikái. *Educatio*, 17(3), 387–396.
- Hasking, P., Lyvers, M., & Carpio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36, 479–487.
- Holen, S., Lervag, A., Waaktaar, T., & Ystgaard, M. (2012). Exploring the associations between coping patterns for everyday stressors and mental health in young schoolchildren. *Journal of School Psychology*, 50, 167–193.
- Horwitz, A.G., Hill, R.M., & King, C.A. (2011). Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 34, 1077–1085.
- Iannotti, R.J. (2006). The Health Behaviors in School-age Children (HBSC) 2005/2006 school report. Letöltve: 2012. 10. 01-jén: https://www.nichd.nih.gov/publications/pubs/documents/HBSC-2005_2006-Final.pdf
- Jose, P.E., & Brown, I. (2008). When does the gender difference in rumination begin? Gender and age differences in the use of rumination by adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 180–192.
- Kann, L. (2001). The youth risk behavior surveillance system: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 25, 272–277.
- Kelly, A.B., Chan, G.C.K., Toumbourou, J.W., O’Flaherty, M., Homel, R., Patton, G.C., et al. (2012). Very young adolescents and alcohol: Evidence of a unique susceptibility to peer alcohol use. *Addictive Behaviors*, 37, 414–419.
- Kim, K.H. (2006). Religion, body satisfaction, and dieting. *Appetite*, 46, 285–296.
- Kristjansson, A.L., Sigfusdottir, I.D., James, J.E., Allegrante, J.P., & Helgason, A.R. (2010). Perceived parental reactions and peer respect as predictors of adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35, 256–259.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141–169.
- Luszczynska, A., Cao, D.S., Mallach, N., Pietron, K., Mazurkiewicz, M., & Schwarzer, R. (2010). Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 265–278.
- Luszczynska, A., Gibbons, F.X., Piko, B.F., & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers’ behaviors as predictors of nutrition and phy-

- sical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19, 577–593.
- McArthur, L.H., Holbert, D., & Peña, M. (2008). Development and application of rapid assessment diet and physical activity indexes, which suggest high consumption of energy-dense foods and inadequate exercise among adolescents from 6 Latin American cities: A pilot study. *Nutrition Research*, 28, 590–599.
- Meesters, C., & Muris, P. (2004). Perceived parental rearing behaviours and coping in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37, 513–522.
- Mundt, M.P. (2011). The impact of peer social networks on adolescent alcohol use initiation. *Academic Pediatrics*, 11, 414–421.
- Nash, S.G., McQueen, A., & Bray, J.H. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence and parental expectations. *Journal of Adolescent Health*, 37, 19–28.
- Németh, Á. (2011). Táplálkozási szokások és fogápolás. In Á. Németh, & A. Költő (szerk.), *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása címmű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés* (21–25). Budapest: Országos Egészségügyi Intézet
- Pikó, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223–235.
- Pikó, B., & Keresztes, N. (2010). Serdülők egészségmagatartása két szociális coping-mechanizmus tükrében. In B. Pikó (szerk.), *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban* (103–114). Budapest: L'Harmattan
- Rózsa, S., Pruebl, Gy., Susánszky, É., Kő, N., Szádóczky, É., Réthelyi, J., et al. (2008). A megküzdés dimenziói: a Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 217–241.
- Sabiston, C.M., & Crocker, P.R.E. (2008). Examining an integrative model of physical activity and healthy eating self-perceptions and behaviors among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 42, 64–72.
- Saklofske, D.H., Austin, E.J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42, 491–502.
- Salvy, S.-J., de la Haye, K., Bowker, J.C., & Hermans, R.C.J. (2012). Influence of peers and friends on children's and adolescents' eating and activity behaviors. *Physiology & Behavior*, 106, 369–378.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675–691.
- Seiffge-Krenke, I., Weidemann, S., Fentner, S., Aegenheister, N., & Poebblau, M. (2001). Coping with schoolrelated stress and family stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 6, 123–132.
- Siqueira, L., Diab, M., Bodian, C., & Rolnitzky, L. (2000). Adolescents becoming smokers: The roles of stress and coping methods. *Journal of Adolescent Health*, 27, 399–408.
- Steiner, H., Erickson, S.J., Hernandez, N., & Pavelski, R. (2002). Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 30, 326–335.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010). *National Health Survey on Drug Use and Health*. Letöltve: 2012. 10. 01-jén: <https://nsduhweb.rti.org/>

- Svensson, M. (2010). Alcohol use and social interactions among adolescents in Sweden: Do peer effects exist within and/or between the majority population and immigrants? *Social Science & Medicine*, 70, 1858–1864.
- Thome, J., & Espelage, D.L. (2004). Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5, 337–351.
- Tomé, G., Matos, M., Simões, C., Diniz, J.A., & Camacho, I. (2012). How can peer group influence the behavior of adolescents: Explanatory model. *Global Journal of Health Science*, 4, 26–35.
- Wagner, E.F., Myers, G., & McInnich, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24, 769–779.
- Wesnes, K.A., Pincock, C., Richardson, D., Helm, G., & Hails, S. (2003). Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite*, 41, 329–331.
- Wijnndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., et al. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sports and Exercise*, 8, 425–440.
- Williams, K., & McGillicuddy-De Lisi, A. (2000). Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20, 537–549.

Early adolescent coping styles as predictor variables of health risk and health protective behaviors

HAMVAI, CSABA – PIKÓ, BETTINA

Coping strategies used by adolescents are associated with health behaviors in a special way. Youth are exposed to increasing amount of new, normative stressors and they try to overcome them by both adaptive and dysfunctional coping methods. In general, adaptive coping is supposed to be the approach coping, which orientates the individual towards the stressor. In contrary, avoidance coping, which distances the individual from the stressor, usually can be considered as dysfunctional coping. The third type of coping strategies is the social support coping, which can be both adaptive and dysfunctional. In the present study some hypotheses about the relationship of the coping styles and health behaviors were examined by linear regression analysis (stepwise method) in a sample of 236, 7–8th grade primary school students. In line with the hypotheses, approach-oriented, problem-focused ways of coping were positive predictors of health protective behaviors and negative predictors of health risk behaviors. The avoidance types of coping were positive predictors of health risk behaviors and negative predictors of health protective behaviors. Social support as a way of coping (especially seeking support from friends) proved to be a positive predictor for both health risk and health protective behaviors. Outcomes are discussed in the light of practical considerations by highlighting the role of peer effect.

Keywords: coping, health behavior, adolescence