SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM
BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR
NEVELÉSTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA
EGÉSZSÉGNEVELÉS DOKTORI PROGRAM

HAMVAI CSABA

ÁLTALÁNOS ÉS KÖZÉPISKOLAI TANULÓK JÓLLÉTÉNEK POZITÍV PSZICHOLÓGIAI ASPEKTUSAI

Ph.D-értekezés

Témavezető:
Dr. Pikó Bettina
habilitált egyetemi docens

Szeged
2014

Tartalomjegyzék

BEVEZETÉS **4**

1. A POZITÍV PSZICHOLÓGIA **7**

1.1. A POZITÍV PSZICHOLÓGIA TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE 10
1.2. A POZITÍV PSZICHOLÓGIA ÉS A HUMANISZTIKUS PSZICHOLÓGIA KAPCSOLATA 13
1.2. POZITÍV PSZICHOLÓGIAI ELVEK MÁS TUDOMÁNYTERÜLETEKEN 17
1.3. POZITÍV PSZICHOLÓGIA ÉS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 19

2. BOLDOGSÁG ÉS JÓLLÉT **24**

2.1. A JÓLLÉT ELMÉLETEI 25
2.2. A SERDÜLŐKORI JÓLLÉT ÉS TÁRSAS MEGHATÁROZÓI 28

3. A MEGKÜZDÉS (COPING) MODELL **33**

3.1. GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK STRESSZORAI ÉS KIÉRTÉKELÉSEI 34
3.2. A GYERMEKEK ÉS SERDÜLŐK MEGKÜZDÉSI REPERTOÁRJA 36
3.3. COPING, REZILIANCIA ÉS PSZICHOLÓGIAI ALKALMAZKODÁS 38
3.4. COPING ÉS AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁSOK KAPCSOLATA 42
3.4.1 Coping és egészségvédő magatartások *43*
3.4.2. Coping és egészségkockázati magatartás *45*

4. A POZITÍV GONDOLKODÁS **48**

5. AZ OPTIMIZMUS **53**

5.1. AZ OPTIMIZMUSHOZ KAPCSOLÓDÓ TÁRSADALMI, KULTURÁLIS ÉS TÁRSAS TÉNYEZŐK 54
5.2. AZ OPTIMIZMUS ÉS AZ EGÉSZSÉG 56
5.3. OPTIMIZMUS ÉS COPING 59
5.4. OPTIMIZMUS ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS 60

6. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT KONCEPCIÓJA, KÉRDÉSEI ÉS HIPOTÉZISEI **63**

6.1. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT KONCEPCIÓJA 63
6.2. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT KÉRDÉSEI ÉS HIPOTÉZISEI 66

7. AZ EMPIRIKUS VIZSGÁLAT MÓDSZEREI **69**

7.1. MINTA ÉS ADATFELVÉTELI ELJÁRÁS 69
7.2. MÉRŐESZKÖZÖK 70

8. SERDÜLŐKORI OPTIMIZMUS, COPING ÉS JÓLLÉT **78**

8.1. A SERDÜLŐK OPTIMIZMUSÁT MAGYARÁZÓ SZOCIOÖKONÓMIAI ÉS TÁRSAS VÁLTOZÓK 78
8.1.1. Statisztikai eljárások *78*
8.1.2. Eredmények *79*
8.2. AZ OPTIMIZMUS MINT AZ EGÉSZSÉG MUTATÓK ÉS EGÉSZSÉGKOCKÁZATI MUTATÓK MAGYARÁZÓ VÁLTOZÓJA 80
8.2.1. Statisztikai eljárások *81*
8.2.2. Eredmények *81*
8.3. AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁSOK ÉS AZ OPTIMIZMUS KAPCSOLATA 83
8.3.1. Statisztikai eljárások *83*
8.3.2. Eredmények *84*
8.4. AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁSOK ÉS A COPING STRATÉGIÁK KAPCSOLATA 88
8.4.1. Statisztikai eljárások *89*
8.4.2. Eredmények *90*
8.5. AZ OPTIMIZMUS MINT A JÓLLÉT MAGYARÁZÓ VÁLTOZÓJA, ÉS A COPING MINT AZ OPTIMIZMUS MEDIÁTORA 96
8.5.1. Statisztikai eljárások *97*
8.5.2. Eredmények *98*
8.6. RÉSZÖSSZEFOGLALÁS 104

9. SERDÜLŐK OPTIMIZMUSA ÉS SZOCIÁLIS PROBLÉMAHELYZETTEL KAPCSOLATOS AUTOMATIKUS GONDOLATAI **113**

9.1. KVALITATÍV ELEMZÉSI ÉS STATISZTIKAI ELJÁRÁSOK 113
9.2. EREDMÉNYEK 115
9.3. RÉSZÖSSZEFOGLALÁS 125

10. SZOCIÁLIS MUTATÓK ÉS A SERDÜLŐKORI JÓLLÉT KÖZÖTTI KAPCSOLAT 129

10.1. STATISZTIKAI ELJÁRÁSOK 129
10.2. EREDMÉNYEK 131
10.3. RÉSZÖSSZEFOGLALÁS 134

11. ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KÖVETKEZTETÉS 138

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS 143

IRODALOM 144

ÁBRAJEGYZÉK 161

TÁBLAJEGYZÉK 162

1. SZÁMÚ MELLÉKLET 163

2. SZÁMÚ MELLÉKLET 170

Bevezetés

A serdülőkor az egyik legtöbb és leggyorsabb változással járó átmeneti periódus az ember életében. Ez a kiemelt időszak az általános felfogás szerint a pubertáskorral kezdődik és a felnőtt lét szerepének és felelősségének elfogadásával végződik (*Moksnes*, 2011), vagyis a serdülőkor elsősorban a gyerekkorból a felnőttkorba tartó fejlődési szakasz. A serdülőkor átmeneti jellege három fő fejlődési területen érhető tetten. Ennek alapján beszélhetünk élettani, kognitív és szociális érésről ebben a periódusban (*Trejos-Castillo* és *Vazsonyi*, 2011).

A serdülőkori fiziológiai érés elsősorban a felgyorsult növekedést, másrészt a pubertást, vagyis a nemi érést foglalja magában. Például *Freud* (idézi *Cole* és *Cole*, 2003) elsősorban a serdülőkornak ezt az aspektusát hangsúlyozta. A pszichoszexuális fejlődés genitális szakaszát, a nemi érés végpontját a serdülőkorra helyezte.

A serdülőkori biológiai változásokon kívül lényeges a kognitív átalakulás is. A serdülők kognitív működésében megjelenik a formális gondolkodásmód. Képesek hipotézisek alkalmazására és egy probléma különböző aspektusának szisztematikus átgondolására. Kifejlődik a metakognitív képességük is, azaz saját gondolataikról tudnak gondolkodni. Ezzel együtt jobban megértik mások cselekvéseinek szándékát, indítékát is, amely egyben lehetővé teszi a bensőségesebb, intim kapcsolatok kialakítását is (*Cole* és *Cole*, 2003; *Zarrett* és *Eccles*, 2006).

A serdülőkor a társas életet tekintve is átmenetet képez. A társas kapcsolatok reorganizációjaként felgyorsul a szülőkről való leválás, fontosabbá válnak a kortárs csoportok. Ugyancsak kialakul a fiatal önmagáról alkotott énképe, amelynek a legfontosabb forrásai a kortársaktól kapott visszajelzések (*Hamvai*, *Simai* és *Pikó*, 2008). *Erikson* (1991) a serdülőkorra helyezi egyik kiemelt normatív krízisét, a személyes és társas identitás elérését. Ahhoz, hogy a fiatalok később a felnőttkorra jellemző intim kapcsolatokat tudjanak létesíteni, feltétlenül szükséges az, hogy kialakítsák önazonosságukat. Az identitásképzésben a család és a barátok megint csak fontos szerepet töltenek be.

A fenti változások gyors ütemben felszaporodott normatív stresszorként jelennek meg a fiatal életében, amelyekkel adaptív módon kell megküzdenie. Talán éppen ezért ebben az életkorban a legfontosabb feltárni azokat a tényezőket, amelyek segíthetik őket a hatékony megküzdésben, és tompíthatják, megelőzhetik az egészségére káros hatásokat. Számos olyan pozitív pszichológiai változó, erősség, készség létezik, amely ilyen tényezőként funkcionálhat. *Norrish* és *Vella-Brodrick* (2009) ezzel kapcsolatban írt arról, hogy a pozitív pszichológia még csupán gyermekkorát éli, és éppen ezért a serdülők mentális egészségére

irányuló pozitív pszichológiai kutatás is csak formálódik. A pozitív pszichológiai tanulmányok döntő többsége ugyanis a felnőtt populációra vonatkozik. Éppen ezért szükséges lenne annak vizsgálata, hogy vajon az eredmények replikálhatók –e a serdülők esetében is. A disszertáció alapját képező vizsgálatok ehhez a törekvéshez kapcsolódnak. Legfontosabb célkitűzésem az volt, hogy a serdülők jóllétét magyarázó fontosabb tényezőket feltárjam, és egységes modellbe integráljam. Koncepcióm találkozik *Norrish* és *Vella-Brodrick* (2009) másik gondolatával is, amely szerint nem csupán a serdülők jóllétét megalapozó erősségek azonosítása és fejlesztése a lényeges. Legalább ennyire fontos azoknak a készségeknek a megerősítése, amelyekkel a fiatalok megfelelően tudnak reagálni az életükben előforduló kihívásokra. Nem arról van tehát szó, hogy csupán a fiatalok pozitív élményére, örömére kellene koncentrálni, és a negatív élmények elkerülését kellene hangsúlyozni. Sokszor éppen a kihívások hatékony kezelése, a sikeres megküzdés adhatja meg a serdülők jóllétének alapját. Ennek szellemében kutatásom során elsősorban az érdekelt, hogy a serdülők optimizmusa és megküzdési stratégiái milyen kapcsolatban vannak egymással, és a jóllét különböző mutatóival. Külön-külön a - későbbi fejezetekben is bemutatandó - korábbi eredmények némelyike már érintette ezeket a kérdésköröket. Én ezen felül egy integrált útmodell segítségével azt is tanulmányoztam, hogy az optimizmus a megküzdési stratégiák közvetítésével, hogyan határozhatja meg a fiatalok pszichológiai jóllétét. A fenti témához kapcsolódóan vizsgáltam továbbá, hogy a serdülők, hogyan értékelnek ki egy problémahelyzetet, egy ambivalens társas szituációt, és válaszaik milyen kapcsolatban vannak optimizmus szintjükkel. A fentieken kívül egy harmadik téma keretében igyekeztem feltárni azokat a társas és szocioökonómiai magyarázó változókat is, amelyek a serdülők jóllétének, élettel való elégedettségének prediktorai lehetnek.

Témaválasztásomat részben személyes tapasztalataim indokolják. Pszichológusként egy gyerekotthonban kezdtem pályámat, ahol mentális vagy magatartászavarral küzdő serdülők éltek. A fenti problémákon kívül a legtöbbjüknek valamilyen egészségre nézve kockázatos szokásuk is volt. Ide tartozott a dohányzás, alkoholfogyasztás és a különböző szerhasználat is. Az egészségkockázati viselkedések és a pszichés tünetek ilyen halmozódása nem volt meglepő, mivel a legtöbb fiatal megfelelő szociális védőháló, család, igazi barátok nélkül élte életét. Első kézből tapasztalhattam meg, hogy az adekvát protektív tényezők (például optimizmus, adaptív megküzdés) hiánya miatt milyen rombolásra képesek a pszichoszociális és biológiai ártalmas tényezők egy egyébként egészséges, fiatal szervezetre nézve. Vizsgálataim egyik fő célja volt, hogy ha nem is ilyen szélsőségesen hátrányos

szituációban, de más, mindennapi helyzetben hozzájárulhassak a serdülők egészségfejlesztéséhez a megfelelő pozitív pszichológiai tényezők és jelenségek feltárásával.

A disszertáció első fejezetében a vizsgálataim elméleti keretét nyújtó pozitív pszichológia jelenségkörét tárgyalom. Ebben a részben kerülnek áttekintésre az irányzat előfutárai, illetve a pozitív pszichológia más tudományterületekre való hatása is. Az utóbbi kapcsán kiemelten tárgyalom a pozitív pszichológia egészségtudományokhoz és mindenekelőtt az egészségfejlesztéshez való hozzájárulását. Az ezt követő elméleti fejezetek az empirikus részben szereplő mutatókkal kapcsolatos fontosabb eredményeket, elgondolásokat mutatják be. A második fejezet a boldogság és a jóllét elméleteit, illetve a serdülőkori jólléttel kapcsolatos eredményeket ismerteti. A harmadik fejezet a megküzdés fogalmát, valamint a serdülőkori megküzdés és jóllét kapcsolatát tárgyalja. A negyedik fejezetet a pozitív gondolkodással kapcsolatos eredmények, koncepciók ismertetésének szenteltem. Az ötödik fejezet az optimizmust, valamint a serdülőkori optimizmus és jóllét kapcsolatát mutatja be. A hatodik fejezet tartalmazza az empirikus kutatás koncepcióit, kérdéseit és hipotéziseit. A hetedik ismerteti az empirikus munka módszereit, a nyolcadik, kilencedik, és tizedik, pedig az empirikus kutatás eredményeit. A tizenegyedik fejezet zárja a disszertációt, amely az összegzést és a következtetéseket tartalmazza.

1. A pozitív pszichológia

Ebben a fejezetben az empirikus eredményeim elméleti hátterét jelentő pozitív pszichológiai koncepciót mutatom be. A pozitív pszichológia az optimális emberi működés, funkcionálás tudománya. Ez a definíció persze korántsem fedi le teljesen ezt a szerteágazó területet. *Linley, Joseph, Harrington* és *Wood* (2006) a pozitív pszichológia definícióját meta-pszichológiai és pragmatikai szinten igyekszik megközelíteni. Meta-pszichológiai szinten a pozitív pszichológia egy összefogó célnak, nagy víziónak fogható fel. Ez arra irányul, hogy a pszichológiai érdeklődést egyfajta egyensúlyba hozza. A pszichológia jellemzően a „negatívval" foglalkozik: a károsodással, az anomáliákkal, deficittel, illetve ezek rendbetételével. A pozitív pszichológia, mint vízió igyekszik elősegíteni, hogy legalább ennyi figyelem kísérje a „pozitívat": például a jóllétet, az egészséges emberi működést, a boldogságot, a prevenciót és azokat az emberi erősségeket, amelyekkel ezek elérhetők. A pozitív pszichológia ezzel egyfajta keretet, közös nyelvet kínálhat, amellyel összehozhatja a legkülönfélébb terülten tevékenykedő gyakorló és kutató szakembereket. Ezen kívül a pozitív pszichológiai megközelítéssel a pszichológus és egyéb szakma képviselői is más szemüvegen keresztül láthatják a világot. Mindez arra ösztönzi őket, hogy a megszokottól eltérő kérdéseket tegyenek fel. Pl. ahelyett, hogy a „Mi a probléma?" kérdést igyekeznek megválaszolni, a „Mi működik jól?" kérdésre próbálnak meg feleletet találni. Pragmatikai, gyakorlati szinten a pozitív pszichológiát a pozitív pszichológiai terület speciális „folyamataival" és „mechanizmusaival", valamint sajátos „kimeneteleivel" lehet meghatározni. A pozitív pszichológiai érdeklődés folyamatai tulajdonképpen a jó élethez szükséges összetevők (pl. emberi erősségek, erények, az élet értelmessége stb.). A pozitív pszichológiai érdeklődés mechanizmusai olyan a pszichológián túlmutató tényezők, amelyek a jó életet serkenthetik (például a társas kapcsolatok, a munkakörnyezet, a közösségek stb.). A terület kimenetelei pedig például a szubjektív, a szociális és a kulturális jóllét különböző aspektusai. A pozitív intézmények foglalják magukba ezeket a folyamatokat, mechanizmusokat, és kimeneteleket, és így képesek gyakorlati szinten is kibontakoztatni a pozitív pszichológiai célkitűzéseket.

A pozitív pszichológia három főbb érdeklődési területét, csomópontját szokás megemlíteni. A szubjektív szinten a jóléttel, elégedettséggel, boldogsággal, optimizmussal, flowval, stb. kapcsolatos élményeket tanulmányozzák. Az egyéni szinten azokat az emberi erősségeket, erényeket vizsgálják, amelyek az egyént „jó személlyé" teszik. A csoportos vagy

intézményi szinten a pozitív intézmények, kulturális adottságok, az altruizmus, szociális felelősség kérdéseit veszik számba (*Boniwell*, 2006; *Hefferon* és *Boniwell*, 2011; *Compton*, 2005).

A pozitív pszichológia első célkitűzése (az egyén szubjektív pozitív élményeinek vizsgálata) elsősorban a boldogság különböző formáinak tanulmányozását jelenti. A boldogság három főbb típusa az élvezetekből eredő boldogság, az aktív életből eredő boldogság és végül a jelentéssel bíró életből fakadó boldogság. Ezeket a második fejezetben részletesen is áttekintem. A pozitív pszichológia törekszik arra, hogy a szubjektív pozitív tapasztalatok empirikusan is megragadhatók legyenek. Az emberek pozitív élményének mérését rengeteg skála segíti, amelyeket a *Positive Psychology Centre* szisztematikusan gyűjt, és azokat közzé is teszi honlapján (http://www.positivepsychology.org/ppquestionnaires.htm). Ilyen például az általam is felhasznált Satisfaction with Life skála (*Diener*, *Emmons*, *Larson* és *Griffin*, 1985).

A pozitív pszichológia második fő célkitűzésére, az emberi erősségek és erények tanulmányozására jó példa a Values in Action (VIA) klasszifikáció. *Peterson* és *Seligman* (2004) egyenesen a pszichológia DSM-jét (*Diagnostic* and *Satistical Manual*, magyarul a Mentális betegségek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) kívánták általa létrehozni. Míg a DSM a mentális rendellenességek azonosítását és mérését teszi lehetővé, a VIA a jó emberi élet alapfeltételeit jelentő emberi erényekre és erőségekre fókuszál. A DSM segítségével a szakemberek jól körülhatárolhatják, hogy mi lehet rossz a személy mentális működésben. A pszichiátriában és pszichológiában meglévő dominanciája azt implikálja, mintha az emberi jóllét egyenlő lenne ezeknek a rendellenességeknek, betegségeknek a hiányával. A VIA igyekszik kiegészíteni a DSM-et azzal, hogy a jó, egészséges emberi élet jellemzőit klasszifikálja. Az emberi erősségek azonosításának számos kritériuma volt:

- Az emberi erősségeket széles körben, számos kultúrában elismerik.
- Hozzájárulnak az emberi boldogsághoz, elégedettséghez.
- Erkölcsileg elfogadottak, és egyértelműen kijelölik, hogy mi a helyes.
- Az emberi erősségek nem kisebbítenek másokat az erősségek viselőjével szemben.
- Az emberi erősségekhez tartozik egy negatív, ellentétes értelmű fogalompár.
- Az emberi erősségek vonásszerűek, azaz általánosan jellemzőek az egyénre, és magyarázzák az egyének közötti különbségeket.
- Az erősségek mérhetőek, valamint megkülönböztethetőek más erősségektől.

- Az emberi erősségek különösen szembeötlőek néhány példaképnek tekinthető személy esetében.
- Néhány gyereknél vagy fiatalnál már idő előtt feltűnhetnek az erősségek, de egyes egyéneknél hiányozhatnak is azok.
- A társadalom különböző módon kifejezetten igyekszik az emberi erősségeket fejleszteni.

E kritériumok alapján 6 erényt és ezeken belül összesen 24 erősséget határoztak meg. A hat erény a Bölcsesség és tudás, a Bátorság, az Emberiesség, az Igazságosság, a Mértékletesség és a Transzcendencia. A disszertáció fókuszában álló optimizmus például a Transzcendenciához tartozó egyik erősséghez, a Reményhez kapcsolódik. A Reményt optimizmus és jövőre orientáltság, jövő-szemlélet jellemzi. A Remény leírása is nagyon hasonló az optimizmus definíciójához. Annak elvárása, hogy a legjobb következik be a jövőben, és az arra való törekvés, hogy ezt az egyén el is érje. Az a hit, hogy a jobb jövőt előre lehet mozdítani (*Park, Peterson* és *Seligman*, 2004). A VIA-nak ma már külön intézete is van, a *VIA Institute on Character* (http://www.viacharacter.org/www/). Ez többek között a kliensek erősség és erény profiljának mérését és kiértékelését vállalja, valamint a főbb emberi erősségek azonosításával egyénre szabott programot is ajánl, amellyel a kliens előmozdíthatja boldogságát.

A pozitív pszichológia harmadik célkitűzése, hogy társadalmi és intézményes szinten egyaránt kibontakoztassa alapelveit. Például a pozitív pszichológia néhány helyen a tantervbe ágyazottan vagy önálló programként is megjelenik az oktatásban és nevelésben. Az önálló pozitív nevelési programot megfelelően illusztrálja a Best of Coping program. Ez 10 modult tartalmaz, amelynek legfőbb célja, hogy a tanulóknak adaptív coping készségeket tanítson meg, és a diszfunkcionális megküzdési formákat kiiktassa, illetve megelőzze. A 10 modulon belül van olyan, amely kifejezetten pozitív pszichológiai témákra irányul. Ilyen például a pozitív gondolkodásról szóló rész, amelyben a diákokkal megismertetik az automatikus gondolatok fogalmát, és azt, hogy a pozitív és negatív automatikus gondolatok miként befolyásolják érzéseiket, illetve a kritikus helyzetek kiértékelését (*Frydenberg* és *Brandon*, 2002). A beágyazott pozitív nevelésre pedig jó példa az ausztráliai *Geelong Grammar School*, ahol minden tantárgynak az ismeretátadás mellett egyben a pozitív pszichológiai készségek elsajátíttatása is a célja. Például angol órán a diákoknak az olvasott művek hőseinek hipotetikus emberi erősségeit kell feltérképezniük. Hittanon az öröm és az erkölcs közötti kapcsolatokat veszik számba. Földrajzon a tanulóknak például az egyes nemzetek boldogságát, jóllétét kell felmérni úgy, hogy a megfelelő mérési kritériumokat is ők

határozzák meg. Az edzők az edzés végén megbeszélik a gyerekkel, hogy mit csináltak jól a pályán, mások irányított imaginációs technikákat alkalmaznak (*Seligman, Ernst, Gillham, Reivich* és *Linkins*, 2009, *Geelong Grammar School*, 2013).

1.1. A pozitív pszichológia történeti áttekintése

A pozitív pszichológia fent leírt törekvései gyakorlatilag egyfajta reakciót képeztek a domináns pszichológiai felfogással szemben. A II. világháborút megelőzően a pszichológiát elsősorban az érdekelte, hogy milyen problémái lehetnek az embereknek. E mögött az a rejtett megfontolás állt, hogy először azokon kellene segíteni, akiknek valamilyen gondjuk, bajuk van, és csak ezt követően kellene azokkal is törődni, akik már eleve jól érzik magukat a bőrükben. A negatívumokra fókuszáló pszichológiai beállítódás második oka az lehetett, hogy elsősorban a mentális betegségeket érintő kutatásokat finanszírozták. Ezzel biztosíthatták ugyanis a háborúból visszatérő veteránok megfelelő ellátását. Végül saját magunk, mint emberek beállítódása, természete is magyarázza a fenti tendenciát: a rosszabbra hajlamosabbak vagyunk figyelni, mint a jóra (*Gable* és *Haidt*, 2005). Mint ahogy fent már említést nyert, a pozitív pszichológia egyik fő célja, hogy a pszichológiai érdeklődés „negatív" és „pozitív" közötti aránytalanságát orvosolja.

A pozitív pszichológia törekvései (három főbb csomópontja) korántsem újkeletűek. Az évszázadok során a pozitív pszichológia számos jelentős előfutárát találhatjuk meg, akiket hasonló témák foglalkoztattak, mint a pozitív pszichológusokat (*Pléh*, 2012). *Fernández-Ríos* és *Cornes* (2009) egyenesen kritikával is illeti a pozitív pszichológiát. Nevezetesen, hogy a nyugati és keleti gondolkodók által már réges-rég megfogalmazott létkérdések közül még egyet sem sikerült megoldania. Az előfutárok közül a teljesség igénye nélkül néhányat áttekintek.

Az ókori gondolkodók közül kiemelkedő *Arisztippusz* (idézi *Lendvai L. Ferenc* és *Nyíri Kristóf*, 2013) hedonista etikája. Ő abból indult ki, hogy biztos tudásunk szubjektív érzékeinkből eredeztethető. Éppen ezért érzékeinknek kell viselkedésünket vezetnie. Ebből következik, hogy a helyes élet az érzékeink szempontjából kellemes élet, és ezért a legfontosabb dolog érzékeink azonnali kielégítése, természetesen a mértéktelen örömök elkerülésével. A későbbi boldogságtanok szempontjából fontos *Arisztotelész* (1997) munkássága is, aki a *Nikomakhoszi etika* című művében leírja, hogy a legfőbb egyetemes jó a boldogság (*eudaimonia*). A boldogság forrása az erényes élet. Vagyis több mint két

évezreddel a pozitív pszichológia születése előtt már *Arisztotelész* (1997) is megfogalmazta, hogy bizonyos emberi erényekkel (*areté*) lehet elérni a boldog életet. Az erényt lelki alkatnak tartotta, amely tulajdonképpen két szélsőség közötti kontinuum közepeként fogható fel. Például félelem és biztonság között a bátorság a középhatár, vagyis az erény. Azaz már *Arisztotelész* is felfedezte a *mesotes*, a középhatár, vagyis az optimális működés fontosságát, amely a pozitív pszichológiának is kiemelkedő tárgya. A hedonista és az eudaimonikus boldogságfelfogás között alapvető ellentét feszül, amely egészen napjainkig jellemzi a boldogságelméleteket, és amelyet a következő fejezetben tekintek át bővebben.

Többen az utilitariánus felfogást is a pozitív pszichológia egyik fontos előzményének tartják. E szerint a filozófia szerint az ember a fájdalmakat igyekszik elkerülni, az örömöket pedig megszerezni (*Boniwell*, 2006; *Pléh* 2004; *Pléh*, 2012). *John Stuart Mill* (idézi *Pléh*, 2004; 2012) is a haszonelvű emberképből indult ki, de fokozatosan felismerte, hogy például a tudás és a szeretet nem illeszthető be az utilitariánus megközelítésbe. A tudás és szeretet növelésével ugyanis az egyén nem von el tudást és szeretetet másoktól. Vagyis az életnek ezek a fontos aspektusai nem tekinthetőek gazdasági javaknak, hasznoknak, ezek ebben a felfogásban önmagukért valóak. Emellett felismeri, hogy az ember nem csak a fájdalom elkerülésére, és az öröm elnyerésére törekszik, de emellett fontos célja önmaga fejlesztése, tökélesítése is. (A második fejezetben bemutatom, hogy Stuart Millhez hasonlóan a pozitív pszichológia boldogságelmélete is meghaladja a jóllét pusztán hedonista és utilitariánus felfogását).

A múlt századfordulón már *William James* (2012) *The varieties of religious experience* című írása is implikálta a pozitív érzelmek és tapasztalatok fontosságát. Szerinte a vallás egészséges megtapasztalása (healthy mindness of religion) az az öröm, amelyet az egyén a létezéséért érzett hála, illetve Isten közelsége miatt él meg. Az egészséges kedélyű emberek hiszik azt is, hogy a gonosz nem eredendő része a világnak. Ezzel szemben a „beteg lelket" (sick soul) az a bizonyosság jellemzi, hogy a gonosz eredendő része a világnak (a legtöbb világvallás is ezt implikálja). A legjobb, amit a „beteg lelkűek tehetnek, hogy próbálják a gonosz jelenlétét tudatukból kizárni.

A XX. századi előfutárok közül lényeges kiemelni *White* (1959) kompetencia fogalmát. *White* (1959) észrevette, hogy számos aktivitás (például az explorációs tevékenység, aktivitás szükséglet, manipuláció) mozgatórugója nem valamiféle potenciális szöveti károsodás elkerülése vagy hiányállapot csökkentése. Éppen ezért ezeket a jelenségeket a klasszikus drive redukciós elmélet és Freud ösztönelmélete sem magyarázza kielégítően. A kompetencia az egyén környezetével való hatékony kölcsönhatása, interakciója, melynek a

drive redukció csupán az egyik motivációs eleme. A másik az idegrendszeri eredetű effektancia, amely egy neurogén, belső öröklött késztetés a környezet feletti kontroll megszerzésére. *White* (1959) ezzel az önmagáért való aktivitás, tapasztalatszerzés, fejlődés motivációs hátterét alkotta meg. Az ilyen fajta aktivitások a pozitív pszichológiai elméletnek is fontos részét képezik.

Maslow (2003), a humanisztikus pszichológia prominens alakja szintén abból indult ki, hogy a drive redukciós elméletek nem magyarázzák teljes körűen az emberi motivációt. *Maslow* (2003) úgynevezett D (deficit – hiány alapú) szükségleteket és B (being – növekedés alapú) szükségleteket különböztetett meg. A D szükségletek hiánya betegséget idéz elő, meglétük kivédi a károsodást, ismételt megszerzésük orvosolja a betegséget. Az egyén általában előnyben részesíti ezeket más kielégülési formákkal szemben, de az egészséges emberben csak mérsékelten funkcionálnak ezek a motivumok. Ilyenek a fiziológiai szükségletek, a biztonság iránti szükségletek és a szeretet iránti különböző szükségletek. *Maslow* (2003) felismerte, hogy ezen felül léteznek úgynevezett B (being) növekedési szükségletek: a kognitív szükségletek, az esztétikai szükségletek és a legfontosabb, az önmegvalósítás iránti szükséglet. Míg a hiányszükségletek epizodikusak, és egy jellegzetes kielégülési csúcsponttal bírnak, addig a B szükségletekre nem jellemző ilyen csúcspont, ezek növekedése, fenntartása folyamatos. Míg a hiányszükségletek a betegség elkerülését szolgálják, addig a növekedési szükségletek célja az egészség fenntartása. Az önmegvalósító ember az, aki autonómabb környezetétől, mert kielégítette hiányszükségleteit. Látható, hogy már *Maslow* (2003) kettős szükséglet elméletében megjelenik a pozitív pszichológia későbbi törekvése. *Maslow* (2003) ugyanis a betegségeket kiiktató, megelőző tényezőkön (D szükségletek) kívül az egészséges életet megalapozó tényezőket (B szükséglet) is számításba vette.

Rogers (2003) a humanisztikus pszichológia másik nagy alakja szintén jelentős hatással bírt a pozitív pszichológiára azzal, hogy leírta az optimálisan fejlődő személy, a „teljesen funkcionáló személy" (totally fuctioning person), illetve a „jó élet" sajátosságait. A teljesen funkcionáló személy növekvő mértékben nyitott az élmények és tapasztalatok iránt, azok megélését nem torzítja semmilyen védekező mechanizmus. A teljesen funkcionáló személy másik jellemzője, hogy egy egzisztenciális létre tér át, vagyis egyre inkább a jelenre fókuszál. Élményeit teljes mértékben átéli, azokat nem torzítja semmilyen kívülről kapott énkép, hanem fordítva, az énképét formálják maguk a percepciók, élmények. A harmadik fontos jellemző, hogy a teljesen funkcionáló személy megbízik saját képességeiben, ítéletében, döntéseiben. *Rogers* (2003) másik fontos fogalma az aktualizáció tendencia. Ez a

veleszületett hajlam afelé hajtja az embert, hogy lehetőségeit a lehető legjobban kiteljesítse. A fogalom nagymértékben hasonló *Maslow* (2003) önmegvalósítás koncepciójához, valamint a pozitív pszichológia boldogágkereső, és az erősségeit minél jobban kiaknázó emberképéhez.

A humanisztikus irányzathoz köthető *Allport* (1980) *Rogers* (2003) "teljesen funkcionáló személyéhez" képest igen hasonló jellemzőkkel ruházta fel „érett személy" koncepcióját. Az érett személy például képes kiterjeszteni önmagát a (fizikai és szociális) környezete felé. Éppen ezért meghitt, intim kapcsolatokat tud kialakítani. Megfelelő önelfogadással, önbizalommal is bír. Észlelése reális, félelmei miatt nem kell azt torzítania. Számára fontos munkával foglalkozik, valamint megfelelő életfilozófiával, és önismerettel bír.

Viszonylag kevés témába vágó mű említi Antonovsky munkásságát a pozitív pszichológia előzményei között. Pedig *Antonovsky* (idézi *Lindström* és *Eriksson*, 2006) már a pozitív pszichológia megszületése előtt hangsúlyozta, hogy a patológia/betegség modellek mellett kellenek olyan elméletek is, amelyek az egészség fentartását biztosító tényezőket foglalják magukba. Az általa létrehozott salutogenezis modell legfontosabb felismerése, hogy a stressz és más ártalmas tényezők az élet természetes velejárói. Kérdés, hogy milyen tényezők teszik lehetővé, hogy ezeket a hatásokat egyáltalán túl tudjuk élni. Ne azt vizsgáljuk, hogy mi vezet a betegséghez (patogenezis), hanem hogy mi „okozza" az egészséget (szalutogenezis). A koherencia érzet modelljével *Antonovsky* (idézi *Compton* és *Hoffman*, 2013) leírta azokat a személyiségjellemzőket, amelyek az egyént arra ösztönzik, hogy a stresszorokat adaptív, pozitív módon értékelje. A koherencia érzet három fő komponensét azonosította. A világ megismerhetőségének élményével a személy a világból jövő ingereket, eseményeket koherensnek, rendezettnek, bejósolhatónak éli meg. A kezelhetőség élményével a személy hiszi, hogy megvannak az erőforrásai és eszközei ahhoz, hogy a kihívásokkal megbírkozzon. Végül az értelemteliség élményével az egyén motivált is abban, hogy a kihívásokkal szembenézzen.

1.2. A pozitív pszichológia és a humanisztikus pszichológia kapcsolata

A fent leírtak alapján látható, hogy a humanisztikus pszichológia főbb célkitűzései (az emberi fejlődés és az önmegvalósítás támogatása, pozitív erősségek kibontakoztatása, pozitív érzelmek, élmények fontossága, boldogságkeresés) megjelennek a pozitív pszichológiában is. A párhuzam még szembeötlőbb, ha figyelembe vesszük, hogy magát a „pozitív pszichológia"

kifejezést először *Maslow* (idézi *Oláh,* 2012) használta Motiváció és személyiség című művének egyik fejezetében. A hasonló célkitűzések ellenére a pozitív pszichológia és a humanisztikus pszichológia között meglehetősen nagy feszültség figyelhető meg. A két megközelítés kapcsolatát érdemes áttekinteni, mivel a pozitív pszichológia formálódását és identitáskeresését nagymértékben meghatározza a humanisztikus pszichológiával való viszonya és diskurzusa.

Friedman (2008) írta, hogy kevés olyan pszichológiai irányzat létezik, amely születésekor annyira maró kritikával élt elődje felé, mint a pozitív pszichológia. *Seligman* és *Csíkszentmihalyi* (2000) sokat idézett bevezető cikke - amely az *American Psychologist* speciális, pozitív pszichológiának szentelt számában jelent meg - tartalmaz egy részt, amely különösen jól tükrözi ezeket a támadásokat. Bár a szerzők elismerik, hogy a humanisztikus pszichológia hatása a pszichológiára és a kultúrára vitathatatlan, a következőket írják:

„Sajnos a humnisztikus pszichológiához nem kapcsolódott túl sok kumulatív empirikus bázis, és terápiás önsegítő mozgalmak megszámlálhatatlan sokaságát szökkentette szárba. Ezek némelyike a selfet hangsúlyozta, és az én-központúságot bátorította, háttérbe szorítva ezzel a kollektív jólléttel kapcsolatos érdeklődést […] Mindazonáltal a 60-as évek humanizmusának egyik öröksége nyilvánvalóan megmutatkozik bármely nagy könyvesboltban: a ’pszichológia’ szekción belül legalább 10 kristálygyógyítással, aromaterápiával, és a belső gyermek elérésével kapcsolatos polc jut minden olyan polcra, amelynek könyvtémái igyekeznek a tudományos sztenderdeknek megfelelni.„ (*Seligman* és *Csikszentmihalyi*, 2000, 7. o.)

Taylor (2001) szerint ez a részlet a következőket implikálja: a humanisztikus pszichológiának nincs empirikus alapja, nárcisztikus és egoisztikus, valamint tudománytalan. Nem véletlen, hogy a humanisztikus pszichológusok közül többen igyekeztek reagálni a fent idézett cikkre. Például *Friedman* (2008) azt boncolgatta, hogy miért alaptalanok ezek a vádak. Először is elutasítja, hogy a humanisztikus irányzat egoisztikus lenne. Egyrészt az individualista beállítódás a pszichológia és a nyugati kultúrkör egészére igaz, másrészt a humanisztikus pszichológusok számos cikket írtak szociális témában, amelyek kifejezetten a humanisztikus megközelítés tágabb, társas alkalmazását illusztrálják. Elutasította, hogy a humanisztikus pszichológia tudománytalan lenne, és érvként idézi Rogers szélesebb tudományfelfogását. E szerint a nomotetikus, kísérleti és az idiografikus, megfigyelő megközelítésnek egyaránt helye van a tudományban. Mindig a téma határozza meg, hogy éppen melyik módszer alkalmasabb. *Friedman* (2008) elfogadta, hogy a humanisztikus pszichológia elsősorban kvanlitatív

vizsgálati eszközöket használ. Ugyanis csak ilyen módszerekkel maradhat sértetlen a humanisztikusok legfőbb alapelve, a holizmus, és csak ilyen módszerekkel mérhető fel az egyéni élményének gazdagsága. Mindazonáltal számos példát - köztük saját eredményeit - hoz fel arra, hogy a humanisztikus pszichológia is alkalmaz kvantitatív módszereket, és ezzel a kumultatív empirikus kutatási alapokat is megteremti. Rámutat például arra, hogy Rogers elsőként mérte a terápiás hatásokat empirikus módszerrel, és léteznek kifejezetten humanisztikus mérőeszközök és tesztek is, amelyek a kvantiatív elemzést szolgálják.

Természetesen a kritika ellentámadásokat is szült a humanisztikus pszichológia részéről. Például *Held* (2004) a pozitív pszichológia néhány negatív oldalát mutatta be. Először is felvázolta a „pozitív attítűdök" zsarnokságát a pozitív pszichológiában. Ennek értelmében a pozitív pszichológia domináns, polarizált üzenete az, hogy mindenféle pozitívum helyes, és jó az ember számára, a negatívumok (például negatív érzések) pedig csak rosszak lehetnek. *Held* (2004) számos, általa második hullámosnak nevezett pozitív pszichológustól idéz, akik nem tartják helyesnek a negatív érzelmek, gondolatok száműzését és a pozitívumok privilegizálását. Ezek szerint a szerzők szerint a negatívumok ugyanúgy az emberi létezés részei, mint a poztív állapotok. Mint ahogy *Aspinwall* és *Staudinger* (2003) találóan írja, az emberi erősségek pszichológiájának legalább annyira vizsgálnia kell a negatív állapotok pozitív aspektusait, mint ahogy a pozitív állapotok negatív aspektusait. A pozitív és negatív állapotok összefonódására példaként hozzák a stressz és stresszel való megküzdés jelenségét. *Held* (2004) szerint a pozitív pszichológia további negatív oldala, hogy a „rossz fajta" pozitívummal is legalább annyira elutasító, mint a negatívumokkal. Hasonlót ért ez alatt, mint *Friedman* (2008), vagyis, hogy a pozitív pszichológia kirekeszti azokat az episztemológiai megközelítéseket és eredményeket (például a humanisztikus pszichológiáét), amelyek nem az általa követendőnek tartott objektív pozitívista, kvantitatív módszerekkel igyekeznek vizsgálni az emberi létezés pozitív aspketusait. Paradoxon viszont, hogy míg a pozitív pszichológia számára az objektív, realista, értékmentes, lehetőleg kvantitatív módszer az üdvözítő megismerési mód, addig kiemelt témái között szubjektív értéket hordozó vagy akár irreális tényezők is fontos helyet kapnak. Elég csak az irreális optimizmus egészségvédő szerepével kapcsolatos eredményekre, vagy az értékeket is megjelenítő emberi erősségek koncepciójára gondolni (*Held*, 2004; *Waterman*, 2013). Végül *Held* (2004) a pozitív pszichológia további árnyoldalaként említette annak erőszakos függetlenedési törekvéseit a többi pszichológiai irányzattól, elsősoroban a humanisztikus pszichológiától. A tudományos territórium éles kijelölése, a „pozitív" és „negatív" pszichológia éles kettéválasztása még inkább fokozza a pszichológia töredezettségét. Ennek a folyamatnak további negatív

következménye, hogy a pozitív pszichológia patologizálja a negatív emberi élményeket, állapotokat, holott azok nemegyszer az emberi fejlődés mozgatórugói, vagy elkerülhetetlen velejárói.

Újabban egy másik téma körül, egészen pontosan *Waterman* (2013) elgondolásai nyomán bontakozik ki vita a pozitív pszichológia és a humanisztikus pszichológia képviselői között. *Waterman* (2013) a pozitív pszichológia reprezentánsaként azt a kérdést vizsgálta, hogy vajon integrálható–e egyáltalán a két irányzat. Erre a felvetésre meglehetősen szkeptikus és pesszimista választ ad. Úgy gondolta, hogy a két irányzat ontológiai, episztemológiai és gyakorlati filozófiai alapja annyira különbözik, hogy az indokolja a két irányzat elkülönítését. Az emberi léttel kapcsolatban a humanisztikus pszichológia nagyban támaszkodik az egzisztencialista megközelítésekre. Ezek alapján az egyén saját önkényes cselekedetei és döntései alapján határozza meg önnön létezésének értelmét. Bár vannak biológiai kötöttségek, nem létezik esszenciális, általános emberi természet, amely az egyéni szabadságot igazán korlátozná. Minden ember maga definiálja létezésének értelmét azzal, hogy koherens nézőpontot alakít ki arról, hogy milyen ő, milyen a világ, ő hogyan illik ebbe bele, és azzal, hogy meghatározza legfontosabb céljait, amelyeket megpróbál elérni. A humanisztikus pszichológia másik ontológiai alapja a szociális konstruktívista elmélet, amely szerint az egyén létezésének értelmét társas interakciók sokaságából, az ezekből fakadó önértékelésekből, valamint a társadalmi megegyezésen alapuló értelmezésekből építi fel. A pozitív pszichológia ontológiai elképzelése szerint viszont az egyéni emberi természeten kívül létezik egy esszenciális, általános emberi természet is. Ezen az elképezelésen alapul az eudaimonikus teória és az emberi erősségek elmélete is. Az eudaimonikus elképzelés szerint az emberi életdöntések nem önkényes cselekedetek és nem társas kontingenciák eredői. Ezek az egyénben rejlő lehetőségek, erősségek, hajlamok felszínre hozását és kiaknázását célozzák meg. A humanisztikus pszichológia az egzisztencialista felfogással az egyén szabadságát is elfogadja, mely szerint az emberek autonóm, döntési lehetőséggekkel és felelősséggel bíró ágensek. A pozitív pszichológusok viszont ambivalensek az emberi szabadsággal kapcsolatban. Tudósként elfogadják a tudomány determinista természetét. Ugyanakkor a tudományt arra használják, hogy az emberi szabadságot és felelősséget implikáló fogalmakat vizsgáljanak. *Waterman* (2013) a két elmélet további éles különbségeként említette meg a fenomenológiai tapasztalással kapcsolatos elképzelésüket. A humanisztikus pszichológia szerint az egyéni tapasztalat interszubjektivitása problematikus, a kommunikáció nem megbízható. Ebből fakad az egyének egzisztenciális magánya is. A fentiek a pozitív pszichológia képviselőit nem igazán zavarják. Ők úgy gondolják, hogy a kommunikáció a

kutatási és terápiás célok elérésének eléggé megbízható eszköze. A kommunikációból fakadó tökéletlenségeket csak metodológiai kihívásnak, és nem filozófiai problémának gondolják. *Waterman* (2013) szerint elsősorban a fenti filozófiai különbségek határozzák meg a pozitív pszichológia és a humanisztikus pszichológia közötti törésvonalat, és a további különbségek is innen eredeztethetők. Így például a fent már kifejtett episztemológiai különbségek is ezekre vezethetők vissza: a pozitív pszichológia a logikai pozitívizmuson, míg a humanisztikus pszichológia az egzisztencialista-fenomenológiai felfogáson alapul. Az ontológiai és fenomenológiai elképzelések különbségei vezetnek a két irányzat gyakorlatban megvalósuló különbségeihez is. A humanisztikus terápiák (Gestalt, kliensközpontú, egzisztenciális) közös jellemzője, hogy az egyén pillantnyi fenomenológiai élményére fókuszálnak. Mindegyik számára fontos az egzisztencialista magány leküzdése és az értelemmel bíró élet kialakítása is. A pozitív pszichológiai intervenciók (erősségek fejlesztése, a boldogság és az élettel való elégedettség fokozása stb.) mást céloznak meg. Praktikus módszerekkel igyekeznek tudatosítani a kliensben, hogy mit képesek tenni életminőségük javítása érdekében. A humanisztikusok számára ezek a megoldások túlságosan pragmatikusak és felszínesek lehetnek, mivel nélkülözik a negatívumot, az önismeretet és belátást. *Waterman* (2013) tehát úgy gondolta, hogy a két irányzat az alapvető filozófiai különbségek miatt nem vonható össze. Az episztemológiai és a gyakorlati filozófiai különbségek kibékíthetőek, hiszen például elképzelhető, hogy egy pozitív pszichológus kvantitatív módszerek mellett kvalitatív módszereket is használ. A problémát itt abban látta, hogy a módszertan és a terápiák kombinálása olyan sokszínű készséget kívánna meg, amely egyszerre ritkán található meg ugyanazon szakemberben.

1.2. Pozitív pszichológiai elvek más tudományterületeken

Az előző részből kitűnik, hogy a pozitív pszichológiának számos előzménye van. Magának a pozitív pszichológiai programnak a nyílt deklarálását *Seligman*nak (*Oláh*, 2012) az *American Psychological Association* elnökeként elmondott beszédétől, illetve *Seligman* és *Csíkszentmihályi* (2000) *American Psychologist* című folyóiratban megjelent bevezető cikkének publikálásától kezdve datálják. Ezekben fogalmazták meg azt is, hogy a pszichológia szinte kizárólag a patológiákra fókuszál, holott ennek a tudománynak legalább annyira azokkal a pozitív tényezőkkel kellene foglalkoznia, amelyek miatt egyáltalán élni érdemes.

Manapság más tudományágak is igyekeznek átvenni a pozitív pszichológiának ezen elveit. *Seligman* (1999) egyenesen túl szűknek találta a „pozitív pszichológia” terminust, és helyette a pozitív társadalomtudomány (*positive social science*) szakszó használatát javasolta, amely például magába foglalná a pozitív gazdaságtant, pozitív szociológiát stb. Mint ahogy mondta, az emberi erősségek és erények tanulmányozása a társadalomtudományok „Manhattan Terve”, katalizátora lehet a XXI. században. A szervezeti viselkedések tudománya jó példa erre a törekvésre. Például az autentikus életöröm mintájára létrehozták az autentikus vezető fogalmát, aki fejlett szervezeti formában, megfelelő én-tudattal, és önszabályozott pozitív viselkedéssel képes pozitív fejlődést előmozdítani a szervezetben. A pozitív szervezeti viselkedés pedig az olyan emberi erősségekre fókuszál a szervezeten belül, mint a remény, optimizmus, boldogság, érzelmi intelligencia stb. (*Yammarino, Dionne, Schriesheim* és *Dansereau*, 2008).

A pozitív pszichológia az egyik legjelentősebb fejlődést az egészségtudományok terén érte el (*Pikó* és *Hamvai*, 2008). *Seligman* (2008a) pozitív egészségnek nevezi ezt a területet. Elképzelése nagyjából fedi a WHO álláspontját, miszerint az egészség több mint a betegségek hiánya: pozitív érzelmek összessége, az elkötelezett, értelmes élet megléte. A boldogságnak ezek a komponensei szubjektív, biológiai, és funkcionális szinten is megnyilvánulnak, és számos kedvező egészségügyi eredményt jelezhetnek előre: hosszú életet, megtartott mentális funkciókat az öregedés során, kevesebb egészségügyi költséget, jobb prognózist.

A pozitív pszichológia és a pozitív egészség égisze alatt már jó néhány empirikusan igazolt intervenció született, amelyek elsősorban a mentális egészség javítását célozzák. Az eljárások hatása azért is igazolható empirikusan, mivel sok olyan mérőeszköz áll rendelkezésre, amelyek a pozitív pszichológiai konstruktumok (jóllét, erősségek, flow, értelmes élet stb.) mérését teszik lehetővé (*Duckworth, Steen* és *Seligman*, 2005). Például három internet alapú intervenció statisztikailag szignifikáns mértékben és tartósan növelte a résztvevők boldogság érzését, és csökkentette a depressziós tünetüket. A felhasználóknak meg kellett nevezni néhány erősségüket, és használni kellett azokat naponta legalább egyszer. Levelet kellett írniuk olyan valakinek, akinek valamiért hálával tartoztak, de azt még soha nem köszönték meg. Hatásos volt az is, hogy naponta három, velük történt jó dolgot kellett lejegyezniük (*Seligman, Steen, Park* és *Peterson*, 2005). Ilyen fajta bevált intervenciókból álló kb. 14 üléses pozitív pszichoterápiát is összeállítottak depressziós betegek számára. Minden ülés különböző pozitív pszichológiai célt fogalmaz meg, és a résztvevőknek ezekhez kapcsolódó házi feladatokat kell végrehajtaniuk. A pozitív pszichoterápia igyekszik kiiktatni azt az alapvető beállítódást, hogy az emberek, és főként a depressziósok hajlamosak a

negatívra figyelni, és azt megjegyezni. A pozitív pszichoterápia nem közvetlenül a depressziós tünetek csökkentését célozza. E helyett a kliensek saját erősségeikkel kapcsolatos tudatosságát igyekszik növelni, és arra ösztönzi őket, hogy használják is azokat. Ezzel a pozitív érzések egy önmagát megerősítő, felfelé tartó spirálját indítják el ezek a terápiák (*Seligman, Rashid* és *Parks*, 2006).

Az olyan pozitív pszichológiai jelenségek, mint a koherencia érzet, az optimizmus, vagy a poszttraumatikus növekedés nem csak a mentális egészségre, de számos egészségügyi mutatóra is kedvező hatással bír. A pozitív pszichológiai változók biológiai (immunológiai, neuroendokrin), viselkedéses és szociális mechanizmusokon keresztül fejthetik ki áldásos hatásukat (*Aspinwall* és *Tedeschi*, 2010). Fontos azonban megjegyezni, hogy a pozitív tényezők hatását vizsgáló tanulmányokat, mind metodológiai, mind konceptuális alapon bírálták (*Coyne, Tennen* és *Ranchor*, 2010). Kritikaként merült fel az is, hogy a pozitív gondolkodásra, optimizmusra serkentés csak bizonyos körülmények között lehet alkalmas intervenció. Ezek túlzott unszolása olykor kifejezetten ártalmassá válhat (*Aspinwall* és *Tedeschi*, 2010).

A pozitív terápiás technikák kifejlesztésén túl a pozitív pszichológia egyik nagy feladata a prevenció lehet. A megfelelő emberi erősségek (például bátorság, jövő orientáltság, optimizmus, interperszonális készségek, remény, flow stb.) a mentális betegségeket tompíthatják, vagy akár meg is előzhetik azokat (*Seligman*, 2002). A plurális értékrendű fogyasztói társadalomban az anyagi értékek kerültek előtérbe, míg ezek a humán erények egyre inkább háttérbe szorulnak. Akár preventív fontosságú cél is lehet, ha a boldog, egészséges életet megalapozó valódi tényezők is tudatosulnak a társas közösségekben. Ebben tölthet be szerepet a pozitív prevenció (*Pikó*, 2004). A pozitív prevenció témaköre pedig átvezet bennünket az egészségfejlesztés témaköréhez, amelyhez a pozitív pszichológia hozzájárulása is jelentős lehet.

1.3. Pozitív pszichológia és egészségfejlesztés

Az előző részben idézett szakirodalmi adatok jól illusztrálják, hogy miként lehet kamatoztatni a pozitív pszichológiát más területeken, elsősorban az egészségtudományokban. Az egészségtudományokon belül kiemelhető az egészségfejlesztés koncepciója, amely számos témában találkozik a pozitív pszichológia különböző aspektusaival. Ebben a részben az egészségfejlesztés és a pozitív pszichológia kiemelendő kapcsolódási pontjait mutatom be.

Már a *World Health Ogragnization* (*WHO,* 1986) Ottawai chartájában deklarált egészségfejlesztés definíció is több olyan elemet tartalmaz, amely a pozitív pszichológiai elképzeléssel is rokonítható. A meghatározás szerint az egészségfejlesztés az a folyamat, amely az embereket képessé teszi, hogy egészségük felett növekvő kontrollt gyakoroljanak, valamint, hogy egészségüket javítani tudják. Ennek eléréséhez az kell, hogy önnön törekvéseiket képesek legyenek azonosítani és megvalósítani, ki tudják elégíteni igényeiket, valamint együtt tudjanak változni környezetükkel, vagy meg tudjanak birkózni a környezeti változásokkal. Ebben a kontextusban az egészség nem is annyira életcél, mint inkább a mindennapi élethez szükséges erőforrás. A megfelelő egészség szükséges a társas, gazdasági és személyes fejlődéshez, ezen kívül az életminőség egyik legfőbb dimenziója is. Jól láthatóak tehát a párhuzamos törekvések: a WHO egészségfejlesztés koncepciója és a pozitív pszichológia is az egészség és jóllét fenntartását tartja egyik legfontosabb céljának. Hasonlóan ahhoz, ahogy az Ottawai Charta a népegészségügy érdeklődését a betegség prevencióról az egészségfejlesztésre terelte, a pozitív pszichológia a figyelem fókuszát a betegségekről és diszfunkciókról az optimális működés és a pozitív érzelmek felé irányítja (*Kobau, Seligman, Peterson, Diener, Zack, Chapman* és *Thompson,* 2011). Mindkét felfogás igyekszik meghatározni azokat az erőforrásokat és előfeltételeket is, amelyekkel megvalósítható az egészség javítása, igaz némileg eltérő tényezőket emelnek ki. Míg a *WHO* (1986) egészségfejlesztés koncepciója szerint többek között a béke, az otthon, az oktatás, az étel, stb. garantálhatja a megfelelő egészséget, addig a pozitív pszichológia elsősorban azokat az emberi erősségeket, erényeket és bizonyos kompetenciákat igyekszik feltárni, amelyekkel a testi-lelki jóllét elérhető.

Az egészségfejlesztés koncepciójában más tekintetben is érvényesülnek a pozitív pszichológiai elvek. Az egészségfejlesztés is legalább akkora hangsúlyt igyekszik fektetni a jóllétet biztosító „pozitív tényezők" megteremtésére, mint amennyire a betegséget okozó „negatív tényezők" kiiktatására, mérséklésére. Ezt tükrözi, hogy az egészségfejlesztéshez kapcsolódó tevékenységek köre a betegséggel és fogyatékossággal kapcsolatos szolgáltatásokon kívül az úgynevezett pozitív egészségügyi tevékenységeket is lefedi. A betegséggel és fogyatékosságokkal kapcsolatos szolgáltatások közé elsősorban a klasszikus egészségügyi szolgáltatások értendőek. A pozitív egészségügyi tevékenységek közé olyan szolgáltatások sorolhatók, mint például a prevenció különböző formái, gazdasági és szabályozási tevékenységek, egészségnevelési programok stb. Mindkét nagyobb tevékenységi kategória együttesen, sokszor átfedésben szolgálja a testi, lelki és szociális jóllét fenntartását és javítását (*Ewles* és *Simnett,* 2013).

A pozitív pszichológia a fentiek alapján fontos pozíciót tölthet be az egészségfejlesztésen belül. Elsősorban a pozitív mentális egészség előmozdításában lehet nagy szerepe. A pozitív mentális egészség egy speciális erőforrás, olyan pszichológiai erősségek és készségek összessége, amelyek alapvető fontosságúak az emberi önmegvalósítás és jóllét szempontjából (*Kobau* és mtsai, 2011). A pozitív pszichológia mentális egészségfejlesztésen belüli létjogosultságát jól illusztrálják az empirikus eredmények is. *Bolier, Haverman, Westerhof, Riper, Smit* és *Bohlmeijer* (2013) 39 tanulmányt felölelő metaanalízisében pozitív pszichológiai intervenciók hatékonyságát tesztelte. Az intervenciók szignifikánsan növelték a szubjektív és pszichológiai jóllétet, illetve szignifikánsan csökkentették a depressziós tüneteket. Az átlagos hatásnagyságok a kicsitől a mérsékeltig terjedtek az elemzés szerint. A XXI. század egyik ígéretes pozitív egészségfejlesztési formája az internetes intervenció, melynek egyik remek példája az előző részben már ismertetett *Seligman* és mtsai (2005) által kifejlesztett online módszer. A web alapú pozitív pszichológiai mentális egészségintervenciók számos előnyét érdemes itt megemlíteni, már csak azért is, mert a serdülőkorú populáció is nyitott az elektronikus alkalmazások felé. Első helyen lehet kiemelni a módszer hozzáférhetőségét, hiszen sok ember képes elérni ezeket az alkalmazásokat. A módszer másik pozitívuma, hogy meglehetősen költséghatékony. Ezen kívül az internetes egészségfejlesztési alkalmazások multimédiás formátumban (audio, video, animáció, képek, grafika, szöveg) is közvetíthetők, így az egyén a saját kódolási stílusának legmegfelelőbb módozatot választhatja ki. Az internetes eljárás erénye az is, hogy a kliens aktív szerepet vállal a tanulási folyamatban és viselkedésének módosításában. Végül a módszer további előnyei között említhető annak anonimitása és kényelme is (*Mitchell, Vella-Brodrick* és *Klein,* 2010).

Természetesen az iskoláskorú (és ezen belül a serdülő) populáció számára az iskola jelentheti a pozitív mentális egészségfejlesztés egyik legfontosabb közegét. A *WHO* (1997) az egészségfejlesztő iskolákat olyan intézményként definiálja, amelyeknek közössége együttesen nyújt egységes és pozitív élményt a diákjainak. Ezen kívül az ilyen iskolák olyan intézményi struktúrák, amelyek javítják, és védik a tanulók egészségét. A *Nemzetközi Szövetség az Egészségfejlesztésért és –Nevelésért* (*International Union for Health Promotion and Education*, 2009) nevű szervezet a WHO definícióját figyelembe véve dolgozta ki az egészségfejlesztő iskolák tíz irányelvét. Egy egészségfejlesztő iskola tehát:

- fejleszti a tanulók egészségét és jóllétét;
- javítja a diákok tanulmányi eredményét;

- biztonságos és támogató környezetet teremt;
- aktív részvételre ösztönzi a diákot, felhatalmazást ad a tanulóknak;
- összekapcsolja az egészségügyi és nevelési kérdéseket és rendszereket;
- a teljes iskolai személyzet egészségügyi és jólléti igényeit is figyelembe veszi;
- együttműködik a szülőkkel és a helyi közösséggel;
- az egészséggel kapcsolatos kérdéseket az iskola aktuális tevékenységeibe, tanmenetébe és értékelési standardjába integrálja;
- egzakt adatokon és tudományos bizonyítékokon alapuló realisztikus célokat tűz ki;
- valamint állandó monitoring és értékelés segítségével folyamatos fejlesztésre törekszik.

A *Joint Consortium for School Healh* (2010) nevű szervezet egy négy pilléren nyugvó átfogó modellt dolgozott ki az iskolai egészségfejlesztés megvalósítására:

- Az első pillér a *társas* és *fizikai környezet*. Ennek fizikai és érzelmi biztonságot, megfelelő iskolai és osztálytermi klímát és a fizika tér megfelelő kihasználtságát kell biztosítania.
- A második pillér a *tanítás* és a *tanulás* folyamatát jelenti. Ebbe beletartozik a tanulók diverzitásának, kulturális sajátosságainak figyelembe vétele, kooperatív módszerek használata, az önállóságot támogató gyakorlatok alkalmazása, az emberi erősségeken alapuló alkalmazások használata és a szociális készségek fejlesztése.
- A harmadik pillér az egészséget szem előtt tartó *iskolai előírások*at jelenti. Ez magába foglalja a családdal való kapcsolat és kommunikáció fenntartását, felnőtt-diák mentorprogramokat, a családdal és az ifjúsági szervezetekkel való partnerséget, az iskolai és közösségi szintű mobilizációs tevékenységeket.
- A negyedik pillér az egészség fenntartásával és fejlesztésével összhangban álló *iskolai előírások* összessége. Ezek az előírások minden szinten támogatják és alkalmazzák a pozitív mentális egészséggel kapcsolatos gyakorlati teendőket.

A szervezet gyakorlati példákat is hoz a pillérek egyes kulcselemeire. Már empirikus bizonyítékok is támogatják azokat a törekvéseket, amelyek az iskolákat az egészségfejlesztés (ezen belül a pozitív mentális egészségfejlesztés) egyik legfőbb színterévé kívánják alakítani. *Shoshani* és *Steinmetz* (2013) egy izraeli középiskolai egészségfejlesztő intervenció hatását

tesztelte. Az egy évig tartó program a *Geelong Grammar School* által kidolgozott pozitív pszichológiai módszeren alapult (lásd 9. oldal), és kivitelezése 537 diák bevonásával történt. Az intervenció változatos eszközökkel célozta meg a pozitív pszichológia kulcselemeinek fejlesztését. Ide tartoztak a különböző aktivitások, viták, versek és történetek olvasása, mozifilmek megtekintése stb. Az eredmények alapján, míg az intervenciós csoport szorongása, interperszonális érzékenysége, általános distressze és depressziós tünete csökkent, addig a kontroll csoport szignifikáns növekedést mutatott ezekben az értékekben. Emellett, míg az intervenciós csoport résztvevőinek önbecsülése és én-hatékonysága növekedett, addig a kontroll csoportnak ezek a mutatói szignifikánsan romlottak. Úgy tűnik tehát, hogy egy kellően megtervezett és felépített pozitív pszichológiai iskolai programmal javulást lehet elérni a mentális egészség különböző mutatóiban.

2. Boldogság és jóllét

A korábban leírtak alapján a pozitív pszichológia egyik fő célkitűzése, hogy az egyének boldogságát, pozitív, szubjektív állapotát elősegítse. A terminológiai sokféleség és fogalmi zűrzavar azonban meglehetősen megnehezíti ennek a területnek az empirikus kutatását és eredményeinek értelmezését (*Oláh*, 2012).

A szubjektív pozitív emberi élmények egyik fajta rendszerezését szolgálhatja *Seligman* és *Csikszentmihalyi* (2000) felfogása, akik a kapcsolódó fogalmakat időbeli perspektíva szerint határozták meg. E szerint a múlthoz kötődő szubjektív tapasztalatok közé tartozik az elégedettség, a jóllét és a különféle igények kielégülése. A flow és a boldogság a jelenhez kapcsolódó élmények. A remény és az optimizmus pedig a jövő perspektívájában értelmezhető.

Más megközelítésben a boldogságnak három különböző formáját lehet meghatározni: a hedonista boldogságot, az elkötelezett életből fakadó boldogságot és a jelentéssel bíró életből származó boldogságot. A legtöbb boldogsággal és pozitív szubjektív élménnyel foglalkozó teória elhelyezhető e dimenziók mentén.

Az első boldogság megközelítés a *hedonizmus*. Ez az örömök, pozitív élmények keresését és megélését, valamint a pozitív tapasztalatok és az élvezetek fokozását jelenti (*Seligman, Parks* és *Steen*, 2004), és egyben a negatív tapasztalatok alacsony szinten tartását is magába foglalja. A boldogság hedonista érvényesülése több úton is történhet aszerint, hogy melyik idősíkban gondolkozunk. Intenzívebbé tehetjük a múlt retrospektív formálása által. Például hálánkat fejezhetjük ki egy múltbeli esemény kapcsán, esetleg megbocsáthatunk régi sérelmeinkért. Fokozhatjuk boldogságunkat a jelenben is. Erre utal az angol „savoring" (magyarul kb. ízlelni) kifejezés. Ez lényegében a boldogságért folytatott coping folyamatot, az örömért és az élet megédesítéséért folytatott küzdelmet jelenti (*Oláh* és *Kapitány-Fövény*, 2012). Reménnyel és optimizmussal pedig a jövő perspektívájában is növelhető a pozitív élmény (*Seligman, Parks* és *Steen*, 2004). Természetesen az élvezeteket és a pozitív szubjektív élményeket csak egy bizonyos határig lehet növelni. Erre utal *Lykken* és *Tellegen* (idézi *Compton*, 2005) boldogság alapérték (*happiness set point*) teóriája is. Az elmélet szerint minden ember rendelkezik a boldogság egy veleszületett átlagos szintjével. Az egyén boldogságélménye hosszabb-rövidebb ideig eltérhet ettől a genetikailag meghatározott értéktől, de aztán visszatér erre a veleszületetten „bekalibrált" pontra.

A boldogság második megnyilvánulása az elkötelezett és aktív életvitelből fakadó öröm (*Seligman, Parks* és *Steen*, 2004). Ehhez kapcsolható *Rogers* (2003) már említett

elmélete is az aktualizáló tendenciáról, amely az embert képességeinek minél jobb kibontakoztatására ösztönzi. Ide sorolható *Csíkszentmihályi Mihály* (1997) flow elmélete is, amely a tökéletes élményt írja le. Ezt olyankor élik meg az emberek, amikor valami önmagáért élvezetes cselekvést végeznek, amelyben mintegy feloldódnak, és így a tevékenység okozta örömet teljes egészében élhetik át. Egy nagyszerű könyv elolvasása, egy izgalmas beszélgetés, zenélés és sportolás egyaránt adhat flow élményt. Jellemző, hogy a kielégülés és az öröm érzése sokszor csak a cselekvés megélése közben érezhető, utána már nem feltétlenül. Így ez a fajta öröm sokszor elkülöníthető a pozitív élmények puszta fokozásától, a hedonista örömszerzéstől.

A boldogság harmadik formája a jelentéssel bíró, értelmes életből fakad. Az egyén élete akkor bír jelentéssel, ha valami önmagán túli dolgot szolgál, vagy annak részeként funkcionál. Ez lehet a tudás, valamilyen elvont eszme (politika, igazság, jóság stb.), Isten, valamilyen közösség vagy család (*Seligman, Parks* és *Steen,* 2004).

A boldogság két utóbbi megközelítése nagyjából lefedi az *Arisztotelész* (1997) filozófiája nyomán *eudaimonikus* jóllétnek nevezett boldogságfelfogást. Míg tehát a modern hedonista felfogás szerint a jóllét a boldogsággal, az örömmel, a szükségletek kielégülésével és a szenvedés hiányával egyenlő, addig az eudaimonikus jóllét több ennél: az elkötelezett és jelentéssel bíró élettel érhető el. Az embereknek daimonjuk, alapvető önmaguk, mélyen gyökerező erényeik szerint kell élniük (*Ryan* és *Deci,* 2001).

2.1. A jóllét elméletei

Úgy tűnik a látszólagos feszültség a két irányzat, illetve a három fajta boldogság felfogás között feloldható. Az emberek ugyanis képesek a hedonista, elkötelezett és jelentéssel bíró életet akár együttesen is megélni. Azok az egyének, akik a boldogság mindhárom útját használják, elérhetik a „teljes életet”. Vannak olyanok is, akik egyik fajta boldogságot sem tapasztalják meg, az ő élettel való elégedettségük igen alacsony, és ők élnek „üres életet” (*Peterson, Park*, és *Seligman,* 2005).

Ebből a felismerésből fejlődött ki *Seligman* (2008b) autentikus életöröm elmélete is. E szerint az ember az igazi boldogságot akkor éli meg, ha a múlttal, jelennel és jövővel kapcsolatban is növeli elégedettségét, ha legerősebb erényeit felhasználva elkötelezett életet él, és ha életét valamely nagyobb célnak (elsősorban a munkának, a gyermeknevelésnek és a szeretetnek) szenteli. Az autentikus életörömöt megalapozó 6 fő, korábban már említett erény a bölcsesség, bátorság, humánusság és szeretet, az igazságosság, mértékletesség, és a

transzcendencia. Ezek további erősségekre bonthatók. Bizonyos eredményekből úgy tűnik, hogy az emberi erősségek hasonló, de egyszerűsített kategóriái gyermekek és serdülők esetében is felhasználhatók, mivel ezek a fiatalkori jóllét különböző dimenzióval is kapcsolatban állnak (*Imura, Aoki, Takahashi, Nonaka* és *Yamada*, 2013).

Később *Seligman* (2011) különböző okok miatt revideálta az autentikus boldogság elméletét. Először is az elmélet központjában álló boldogság fogalma óhatatlanul is pozitív, örömteli érzelmeket implikál. A világ népességének 50%-a ugyanakkor csak kevés pozitív érzelmet, örömet él meg, azonban mégis feltételezhető, hogy elkötelezett, vagy jelentéssel bíró életet él. Probléma volt az is, hogy a boldogságot elsősorban az élettel való elégedettséggel mérték, amely viszont elsősorban a boldogság hedonista oldalára koncentrál, és figyelmen kívül hagyja az elkötelezett és értelemmel bíró élet örömeit. Összességében tehát az elmélet túlságosan is a hedonista felfogáshoz kötődött. Éppen ezért *Seligman* (2011) új elmélete szerint a boldogság helyett a jóllétre kell koncentrálni. Az új elgondolás lényegét a PERMA (*positive emotions, engagement, relationships, meaning, achievement*) mozaikszóval foglalta össze. Azaz a pozitív érzelmek, az elkötelezettség, a kapcsolatok, a jelentéssel bíró élet és a teljesítmény egyaránt hozzájárulnak a jóllét egy komplex formájához, amelyet az angol virágzásnak (*flourish*) hív. Míg az autentikus boldogság elméletben a fontosabb emberi erősségek elsősorban az elkötelezettséghez, a flow megtapasztalásához járultak hozzá, addig az új elmélet szerint ezek mind az 5 komponens alapját képezhetik.

Cloninger (2006; 2013) jólléttel kapcsolatos elmélete elsősorban a boldogság eudaimonikus felfogásához kötődik olyan értelemben, hogy a teória szerint adott emberi erények (*Cloninger* (2006; 2013) karaktereknek nevezi ezeket) meghatározott összetétele alakítja a jóllétet. Éppen ezért elképzelése sok ponton kapcsolódik *Seligman* (2011) modelljéhez is. *Cloninger* (2006) szerint a jóllét az emberi önszabályozás három ágának, három karaktervonásnak a fejlesztésével segíthető elő. Az egyik az önirányítottság (*self-directedness*), amely például a célszerű, felelősségteljes viselkedést feltételezi (szemben a vádaskodó, céltalan megnyilvánulásokkal). A második a kooperativitás (*cooperativeness*), amely többek között a toleranciát, a segítőkészséget foglalja magába (szemben az előítéletes cselekvéssel vagy a bosszúval). Végül az ön-transzcendencia (*self-transcendence*) az intuitív, spirituális beállítottságot írja le (amely szemben áll a materialista, öntudatos felfogással). A három karaktertípus konfigurációjából eredő karakter határozhatja meg a jóllétet, vagy akár mentális problémák kialakulását is. Például a szervezett személyt erősen jellemzi az önirányítottság és az együttműködés, de kevésbé vagy egyáltalán nem a transzcendencia. Ez a nyugati mintájú, modern társadalmak emberére jellemző karakter. A kreatív karaktereknek

mindhárom karaktervonás (vagyis az ön-transzcendencia is) a sajátja. Mindkét karakterre jellemző a jóllét, bár általában a kreatívak boldogabbak, mint a szervezettek. A szervezett karakter szociálisan konformista, nehezen változtat dogmáin, hajlamos a szociális normáknak megfelelni. Elsősorban a saját és a hozzá közel állók érdekei vezérlik tetteit. A kreatív karakter intuitív és meditatív, nyitott a kétértelmű és bizonytalan élmények felé is, harmóniában képes élni a többi emberrel és a természettel is. Mivel a nyugati típusú kultúrák a szervezett karaktert preferálják inkább, ezért ezek a társadalmak elsősorban a vagyonra és a hatalomra koncentrálnak és nem a világ, mint egész jóllétére. Emiatt a karakter típus miatt hajlamos az emberiség felélni saját erőforrásait is (*Cloninger*, 2013).

A jóllét egyik legtöbbet használt koncepciója a *szubjektív jóllét* (*subjective well-being*) a boldogság hedonista felfogását tükrözi inkább. A szubjektív jóllét az emberek életükkel kapcsolatos kognitív és érzelmi értékelése. A szubjektív jóllét három komponensből áll. Az első az élettel való elégedettség, amely tulajdonképpen általános pozitív állítások halmaza az egyén egész életére vonatkozóan. A második komponens a különböző pozitív érzelmi állapotok megléte. A harmadik összetevő pedig a negatív érzelmi állapotok relatív hiánya (*Diener*, 1984; 2000). *Diener* (2000) egy 42 ország egyetemistáit érintő felmérést idéz, amely illusztrálja a szubjektív jóllét jelentőségét az emberek életében. A szubjektív jóllétet szinte minden országban egyformán fontosnak találták. A teljes mintának mindössze 6%-a értékelte fontosabbnak a pénzt, mint a boldogságot. A minta 69%-a pedig a boldogságot a legfontosabb dolognak tartotta. Csak 1%-uk mondta azt, hogy egyáltalán nem gondolkodott a boldogságon. Ezen kívül, amint az alapvető anyagi igények kielégülnek egy társadalomban, a pénz és az anyagi javak egyre kevésbé járulnak hozzá a szubjektív jólléthez, és idővel maga a szubjektív jóllét jelentősége fog nőni (*Diener*, 2000; *Biswas-Diener*, *Diener* és *Tamir*, 2004). A szubjektív jóllétnek már egy enyhe szintje is olyan potenciális előnyökkel járhat, mint a nagyobb önbizalom, jobb kapcsolatok, jobb munkateljesítmény, kreatív problémamegoldás, altruisztikusabb megnyilvánulások, nagyobb pénzkereset, sikeres házasság stb. Ezek a sikerek aztán egyfajta pozitív pszichológiai hurkot indíthatnak el azzal, hogy az egyén szubjektív jólléte fokozódik, ami további sikerekhez vezet (*Biswas-Diener* és mtsai, 2004).

A szubjektív jóllétet számos változó befolyásolja. Ilyen például a személyiség. Általában a magas extraverzió és a neuroticitás hiánya járul hozzá a szubjektív jólléthez mind a felnőttek (*Herringer*, 1998; *Biswas-Diener* és mtsai, 2004), mind a serdülők esetében (*Heaven*, 1989). Bizonyos mértékben a magasabb jövedelem is meghatározza a hedonista boldogságot. Számos demográfiai változó is módosíthatja a szubjektív boldogságérzetet. A kor kapcsán például elmondható, hogy a fiatalabbak boldogabbak, mint az idősebbek. A

munkanélküliek boldogtalanabbak, mint a gazdaságilag aktívak. Mindezen hatások mellett viszont, úgy tűnik, hogy a szubjektív jóllét egyik legfontosabb pozitív előrejelzője a szociális aktivitás, és a szociális kapcsolat (*Diener,* 1984; *Biswas-Diener* és mtsai, 2004). Például *Gallagher* és *Vella-Brodrick* (2008) kimutatta, hogy nagyobb észlelt társas támogatás az érzelmi intelligenciával interakcióban szignifikánsan jósolja be a fokozottabb szubjektív jóllétet. *Keyes* (1998) annyira lényegesnek tartotta a jóllét szociális aspektusait, hogy külön fogalomrendszert alkotott az úgynevezett szociális jóllét leírására. A szociális jóllét az egyén saját szociális körülményeire és társas működésére vonatkozó értékelése, és öt dimenzió mentén jellemezhető. Az egyes dimenziók magas szintje növeli a szociális jóllétet. A *szociális integrációval* az egyén a társadalommal és közösséggel való kapcsolatát értékeli. A *szociális elfogadás* leírja, hogy az egyén mennyire bízik meg a másikban, mennyire gondolkodik kedvezően az emberi természetről. A *szociális hozzájárulás* az egyén hiedelme arról, hogy mennyire értékes, hatékony, felelősségteljes tagja a társadalomnak. A *szociális aktualizáció* az egyén értékelése a társadalom fejlődésével, növekedésével kapcsolatban. Az egészségesebb egyének hiszik, hogy a társadalmi növekedés számukra is előnyökkel, lehetőségekkel jár. Végül a *szociális koherencia* a jelentéssel bíró világ észlelése. Az egyén hiszi, hogy a világ megismerhető, érzékelhető és bejósolható.

A társas hatások természetesen a serdülők szubjektív jóllétét is jelentősen alakítják. Az alábbiakban röviden bemutatom a serdülőkori jólléttel kapcsolatos kutatások eredményeit, különös tekintettel a serdülőkori jóllét társas meghatározóira.

2.2. A serdülőkori jóllét és társas meghatározói

A *Mental Health Foundation* (idézi *Morgan, Currie, Due, Gabhain, Rasmussen, Samdal* és *Smith*, 2008) a mentálisan egészséges gyermekeket a következőkkel jellemezi:

- Képesek pszichésen, érzelmileg, kreativitásban, intellektuálisan és spirituálisan is fejlődni.
- A magányt, az önállóságot élvezik, és ki is tudják használni.
- Figyelnek másokra, és empatikusak velük szemben.
- Játszanak, és tanulnak.
- Megtanulják, hogy mi a jó és mi a rossz.
- Megoldják a problémákat és pillanatnyi kudarcokat, és tanulnak belőlük.

A *WHO* és a *Health Behaviour in School-aged Children* (*HBSC*) egy közös, 2007-es részletes tanulmányában vizsgálta az európai nemzetek iskoláskorú gyermekeinek mentális jóllétét. A felmérésben Magyarország is részt vett, így fontos epidemológiai adatokat nyerhetünk hazánk iskoláskorú gyermekeinek lelki egészségéről. A magyar tanulók legtöbbje kitűnőnek vagy jónak értékelte saját egészségi állapotát. A tanulók élettel való elégedettsége egy 10-es skálán átlagosan 6.96-os értéket foglalt el. Az élettel való elégedettségük a korral csökkent. Egy 1-től 40-ig terjedő skálán az önbecsülésük átlaga 28.49 lett. A fiúk minden életkori csoportban szignifikánsan nagyobb pontszámot adtak önbecsülésükre, mint a lányok. A diákok szocioökonómiai státusza (egészen pontosan a szülők anyagi körülménye) szignifikánsan határozta meg a pszichopatológiai tünetek és az élettel való elégedettség különbségeit. Azok a tanulók, akiknek édesanyja a legjobb anyagi körülményekkel rendelkezett, a legmagasabb élettel való elégedettségről és a legkevesebb depressziós tünetről számoltak be (*Várnai, Kökönyei, Németh, Pászthy* és *Aszmann*, 2008).

A serdülők mentális egészségét és jóllétét jórészt szocioökonómiai és szociális változók befolyásolják, melyek protektív és kockázati tényezőként egyaránt funkcionálhatnak. A mentális jóllét protektív szociális faktorai lehetnek például egy közösséghez való tartozás, a családi jóllét, a serdülő barátai, a szociális szolgáltatások. Rizikó tényezőként merül fel a szegénység, a társas elszigeteltség, az erőszak, a kortársak elutasítása és a család támogatásának hiánya (*WHO/HBSC Forum 2007*,2008). Például *Cicognani, Albanesi* és *Zani* (2008) eredményei jól demonstrálják, hogy a serdülők szubjektív szocioökonómiai státusza és a lakókörnyezetével való elégedettsége szignifikánsan magyarázza a jóllétüket: az alacsonyabb szocioökonómiai státusz rendszerint kisebb lakókörnyezettel való elégedettséggel jár együtt, ezek pedig mérsékeltebb jóllétet jósolnak be. A családtól érkező támogatás azonban képes ezeket a negatív hatásokat mérsékelni.

Összességében a serdülők jóllétét három fontos szocializációs közeg, a család, az iskola és a kortárs vagy baráti társas hálózat határozza meg (*Morgan, Currie, Due, Gabhain, Rasmussen, Samdal* és *Smith*, 2008). Ezt jelzi például *Froh, Yurkewicz* és *Kashdan* (2008) eredménye is, amelyben (a közösséggel és az önmagával való elégedettségen kívül) a családdal, iskolával és a barátokkal való domain-specifikus elégedettség pozitív korrelációban volt az általános élettel való elégedettséggel. A serdülőkorban a társas kapcsolati struktúra nagymértékben átalakul, hangsúlyeltoldások mennek végbe a három szocializációs közeg között. A kortársakkal való kapcsolatkeresés egyre jobban fokozódik, azonban a család és a szülő-gyermek kapcsolat fontossága továbbra is megmarad a serdülőkorban.

A család egzisztenciális, érzelmi és funkcionális aspektusai egyaránt hozzájárulnak a serdülők jóllétéhez (*Joronen,* 2005). A család az egyik forrása a serdülő önbecsülésének is, amely szintén szignifikáns magyarázó változója a serdülőkori élettel való elégedettségnek (*Vera, Thakral, Gonzales, Morgan, Conner, Caskey, Baue*r, *Mattera, Clark* , *Bena* és *Dick,* 2008). Egy vizsgálatban a tinédzserek hat olyan családi tényezőt írtak le, amelyek szubjektív jóllétük kialakulásához hozzájárultak: kényelmes otthon, érzelmileg meleg légkör, nyílt kommunikáció, a családi életben való részvétel, a külső kapcsolatok lehetősége, valamint annak érzése, hogy a családban lényeges helyet töltenek be (*Joronen* és *Astedt-Kurki,* 2005). Egy mexikói serdülőkkel végzett felmérésből kiderült, hogy többek között az észlelt családi támogatás az, ami szignifikánsan bejósolta a serdülők szubjektív jóllétét (*Edwards* és *Lopez,* 2006). Maga a szülőkkel való kapcsolat biztonsága is lényeges az egészséges serdülőkori fejlődés szempontjából annak ellenére, hogy a direkt szülői kontroll többnyire mérséklődik (*Hair, Moore, Garrett, Ling* és *Cleveland,* 2008). A szülőkkel való kötelék a korai serdülőkorban átmenetileg kevésbé pozitívvá válik (elsősorban a lányoknál), majd a késői serdülőkorban újra javulni kezd. A szülő-gyerek kötelék azonban (megint csak elsősorban a lányoknál) a serdülőkorban végig, sőt a fiatal felnőttkorban is szignifikánsan hozzájárul a pszichológiai jólléthez (*van Wel, Linssen* és *Abma*, 2000). A szülők átsegíthetik gyermekeiket az átmeneti időszakok nehézségein is. A pozitív szülői kapcsolat ugyanis a gyerekkorból a kora serdülőkorba történő átmenet alatt a fiatal szubjektív jóllétének fokozódását jósolja be. Azoknál a lányoknál, akiknek édesanyja valamilyen pszichés problémával küzdött, és ezért a lányok magas kockázati csoportba tartoztak, a jóllétüket képes volt növelni a pozitív szülő-gyermek kapcsolat. Ez a fajta pozitív társas összetartozás tehát még egyfajta puffer-hatásként is működhet (*Gutman, Brown, Akerman* és *Obolenskaya*, 2010). A szülők nevelési gyakorlata, stílusa is meghatározza a serdülők boldogságát. Az úgynevezett autoritatív anyai nevelési stílus jósolta be szignifikánsan a fiatalok boldogságát. Ez a nevelési gyakorlat a szülői kontrollt kombinálja a gyermekközpontúsággal és az elfogadással (*Furnham* és *Cheng,* 2000).

Az iskolai élet a másik fontos társas közeg, amely befolyással bír a serdülők mentális jóllétére. *Vedder, Boekaerts* és *Seegers* (2005) kora serdülőkorú általános iskolásokkal folytatott tanulmányában az iskolai környezet szinte minden eleme előre jelezte az iskolai jóllét mutatóit. A tanulással kapcsolatos problémák észlelt gyakorisága negatív, az osztálytársaktól kapott támogatás, a tanárok tanulással kapcsolatos támogatása, valamint ennek észlelt gyakorisága pozitív magyarázó változója volt az iskolai beilleszkedésnek. Az iskolai motivációt (a jóllét másik mutatóját) többek között a tanároktól kapott érzelmi támogatás jelezte előre. Hasonló eredményeket kapott *Vieno, Santinello, Galbiati* és

Mirandola (2004) is: kora serdülők esetében a tanárok, osztálytársak, szülők támogatása nagyobb iskolai elégedettséggel és jobb iskolai előmenetellel társultak, és kisebb iskolai stresszel jártak együtt. *Joronen* (2005) vizsgálatában a serdülők globális elégedettségét a testükkel való elégedettségük és az egészségük szubjektív értékelése mellett az iskolájukkal való elégedettségük is szignifikánsan előre jelezte. Ehhez hasonlóan *Gilman, Ashby, Sverko, Florell* és *Varjas* (2005) tárt fel a serdülők iskolai elégedettsége és az általános élettel való elégedettsége között szignifikáns kapcsolatot. *Chen* és *Lu* (2009) tajvani serdülőkkel folytatott tanulmányában többek között a tanár oktatási támogatása, az osztálytársak tanulásban nyújtott támogatása, az iskola és az osztály megfelelő szervezeti keretei korreláltak pozitívan a tanulók általános boldogságával. *Roeser, Eccles* és *Sameroff* (1998) serdülők 1041 fős mintáján azt találta, hogy a diákoknak az iskolai tanulókörnyezettel kapcsolatos percepciói (kompetencia, és autonómia támogatása, tanárokkal való kapcsolat minősége) előre jelezték későbbi motivációjukat, előmenetelüket és pozitív érzelmi működésüket.

Végül a kortársak és barátok is jelentősen meghatározzák a serdülők mentális jóllétét, bár a kapcsolat iránya nem mindig egyértelmű. *Oberle, Schonert-Reichl* és *Zumbo* (2011) vizsgálatában kora serdülők élettel való elégedettségének szignifikáns pozitív magyarázó változója volt a kortársakkal való jó kapcsolat (az optimizmus, a szomszédság támogatása, a szülői támogatás és az iskolához való kötődés mellett). *Kef* és *Deković* (2004) egészséges látással rendelkező és vak serdülők jóllétét meghatározó szociális tényezőket vizsgált. Mint kiderült, a vak serdülők szubjektív jóllétét a kortársak szociális támogatása magyarázta szignifikánsan. Az egészséges serdülők jóllétét csak a szülők szociális támogatása jelezte előre. Néhány eredmény arra utal, hogy a kortársak támogatása csak a szülőkkel való megfelelő kapcsolat esetében van pozitív kapcsolatban a serdülőkori jólléttel. Például *Nada-Raja, McGee* és *Stanton* (1991) vizsgálata szerint azoknál a serdülőknél volt igazán magas a szubjektív jóllét egyik mutatója (az észlelt én-erő), akiknek szüleikkel és kortársaikkal egyaránt szoros kötődésük volt. Más vizsgálat szerint azokban az esetekben, amelyekben a serdülőt a szülők nagymértékben támogatták, a kortársak támogatása is kis mértékben pozitív hatással volt a jóllétükre: kevesebb érzelmi problémáról számoltak be. Ha viszont a szülők támogatása kisebb mértékű volt, a kortársak támogatása inkább több érzelmi problémát jelzett előre (*Helsen, Vollenbergh* és *Meeus*, 2000). Volt olyan eredmény is, amely a kortársakkal való viszony egyértelműen kedvezőtlen hatásaira mutatott rá. A szülői támogatás, ellenőrzés, a szülői bevonódás a fiatal iskolai életébe, valamint a tanárok támogatása pozitívan kapcsolódott a serdülők magasabb mentális jóllétéhez, valamint ritkább dohányzáshoz és iváshoz kötődött. Ezzel szemben a kortársakkal eltöltött túlzottan sok idő a mentális jóllét

alacsonyabb szintjével és a káros szokások nagyobb valószínűségével járt együtt (*Walsh, Harel-Fisch* és *Fogel-Grinvald*, 2010).

Az elméleti rész további fejezeteiben más tényezőket is áttekintek, amelyek a társas hatásokon túl közvetlenül vagy közvetve magyarázhatják a serdülők jóllétét és boldogságát.

3. A megküzdés (coping) modell

A coping modell az egyén és környezete adaptív vagy éppen hogy diszfunkcionális, dinamikus interakcióját írja le. Igen hatékony annak modellezésére, hogy ebben az alkalmazkodási folyamatban, hogyan lehet fenntartani az egészségi állapotot, a testi-lelki jóllétet, vagy hogy az egyén diszfunkcionális megküzdési formákkal miként károsíthatja egészségét. A modell erőssége, hogy azokat a pozitív pszichológiai erősségeket és tényezőket is bele lehet integrálni, amelyek az adaptív alkalmazkodást elősegíthetik, és a káros tényezőket tompíthatják, vagy akár teljesen ki is tudják iktatni.

A legnépszerűbb coping modell *Lazarus* (1993) tranzakcionalista megküzdés elmélete. Ennek alapvető gondolata, hogy az ember kétirányú kapcsolatban áll környezetével: az egyén hat a környezetére, és a környezete visszahat rá, illetve fordítva is igaz ez a viszony. Az egyén olykor pszichológiai stresszel találkozik. Ez olyan kihívást vagy veszélyt magába rejtő külső vagy belső helyzet, amely pillanatnyilag meghaladja, vagy akár tartósan fel is emésztheti az egyén erőforrásait.

Egy ilyen pszichológiai stressz azonban nem mindenki számára jelenti ugyanazt, és ebben a kulcsgondolatban rejlik a megküzdés modell fő erőssége. Az úgynevezett elsődleges kiértékelés folyamán az egyén azt méri fel, hogy egyéni célja, személyes jólléte, testi-lelki egészsége szempontjából mennyire fontos ez a szituáció. Arra is juthat, hogy ez irreleváns, mert nem veszélyezteti céljait, egészségét. Viszont értékelheti úgy is a körülményeket, hogy azok kihívást vagy akár veszélyt jelentenek számára. Ebben az esetben a másodlagos kiértékelés által számba kell vennie rendelkezésére álló erőforrásait és azt a megküzdési formát, amellyel megfelelően megbirkózhat a helyzettel. A megküzdés olyan viselkedéses, kognitív vagy érzelmi válasz, amely az ilyen kihívást vagy veszélyt tartalmazó szituációk kezelésére irányul. Az eredeti elmélet szerint, ha az egyén a helyzetet kontrollálhatatlannak, kevéssé befolyásolhatónak értékeli, akkor inkább érzelem-fókuszú megküzdést használ. Ezek a helyzettel járó negatív érzések csökkentését célozzák. Ha a szituáció kezelhető, kontrollálható, akkor az egyén inkább probléma-fókuszú megküzdéshez folyamodik, amelyekkel a probléma gyökerét igyekszik megoldani. Később az elméletbe beillesztettek egy harmadik megküzdési formát, a szociális támaszkeresést is, amellyel az egyén a rendelkezésre álló társas erőforrásait kíséreli meg mozgósítani a stresszes helyzetben. A szociális támaszkeresés a probléma-fókuszú és az érzelem-fókuszú coping stratégiák elemeit is

tartalmazza (*Lazarus* és *Folkman*, 1987; *Lazarus*, 1993; *Frydenberg*, 1997; *Rózsa, Purebl, Susánszky, Kő, Szádóczky, Réthelyi, Danis, Skrabski és Kopp,* 2008).

Ma már más coping felosztásokat is leírtak a probléma-fókuszú és érzelem-fókuszú kategóriák mellett. Az elsődleges/másodlagos kontroll coping modell az egyes coping megnyilvánulásokat céljuk szerint különíti el. Az elsődleges kontroll coping révén az egyén az adott helyzetet, környezetet igyekszik befolyásolni. A másodlagos kontroll coping segítségével a fennálló helyzethez csupán alkalmazkodni próbál. Ez gyakorlatilag a megváltoztathatatlan helyzetekhez való alkalmazkodást (például gyász) teszi lehetővé. Leírtak egy harmadik fajta kontroll copingot is. Ez az eseményekkel való passzív sodródást és egyfajta feladást jelent (*Fields* és *Prinz*, 1997).

A klasszikus probléma-fókuszú, érzelem-fókuszú felosztás legismertebb alternatívája a megközelítő és elkerülő coping stratégiák rendszere. A megközelítő coping (például a problémamegoldás) a stresszor felé orientálja az egyént, célja a stresszforrás kiiktatása, kezelése. Az elkerülő formák (például a tagadás) a stresszforrástól távolítják az egyént. Ismeretesek olyan törekvések, amelyek igyekeznek az egyes coping taxonómiákat egyesíteni. Például minden megközelítő coping lehet egyszerre probléma-fókuszú és érzelem-fókuszú is, és ugyanígy az elkerülő stratégiáknak is lehetnek probléma-fókuszú és érzelem-fókuszú formái (*Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen* és *Wadsworth*, 2001; *Solberg Nes* és *Segerstrom*, 2006).

A megküzdési folyamat egy visszacsatolással, a harmadlagos kiértékeléssel zárul. Az egyén itt kiértékeli, hogy mennyire volt sikeres egyéni céljai, integritása szempontjából a coping. Ha sikerrel járt, akkor a folyamat lezárul, ha nem, akkor az egész coping ciklus elölről kezdődik, és az egyénnek másfajta stratégiát kell kiválasztania coping repertoárjából (*Frydenberg*, 1997).

3.1. Gyermekek és serdülők stresszorai és kiértékelései

Több kutatás igyekezett feltárni, hogy a gyermekek és a serdülők életében milyen események jelentkezhetnek stresszorként. Ezeket általában két fő kategóriába sorolják. Az egyik a nagyobb életeseményeket fedi le, például a szülők válását, a költözést, vagy valamilyen rokon halálát. A másik kategória az olyan kisebb, napi stresszorokat jelenti, mint az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos aggodalmak, barátokkal való konfliktusok stb. (*Fields* és *Prinz*, 1997; *Williams* és *McGillicuddy-De Lisi*, 2000; *Seiffge-Krenke*, 2000).

Frydenberg és *Lewis* (idézi *Frydenberg*, 1997) három főbb (elsősorban mindennapi) stresszort talált a serdülők életében. Ezek a társadalmi problémákkal, a kapcsolati kérdésekkel és az iskolai előmenetellel kapcsolatos aggodalmak voltak.

Sung, Puskar és *Sereika* (2006) tartalomelemzésében a családi tényezők, a kortárs kapcsolatok, a hozzátartozók halála, az iskolai élet, az érzelmi állapotok, az egészségi problémák és a viselkedési nehézségek bizonyultak a serdülők főbb stresszorainak.

Hasonló lehetséges serdülőkori stresszorokat azonosított egy másik felmérés is. A leggyakrabban a jövőbeli célokkal kapcsolatos aggodalmakról számoltak be a fiatalok, ezután következtek az iskolával kapcsolatos kihívások, majd az interperszonális, illetve a szülőkkel kapcsolatos problémák (*de Anda, Baroni, Boskin, Buchwald, Morgan, Ow, Golds* és *Weiss,* 2000).

Bár a fenti tényezők a gyermekek és a serdülők nagy részének valóban stresszt jelenthetnek, a coping modell pont arra mutat rá, hogy a kiértékelési folyamatok nagymértékben befolyásolják, hogy ki mit is tekint erőforrásait felemésztő szituációnak. Meglehetősen kevés serdülőkkel foglalkozó tanulmány vizsgálta a serdülők szubjektív kiértékelését.

Az egyik ilyen vizsgálatban a fiataloknak stresszes iskolai szituációkat kellett felidézniük, és különféle változók (fontosság, kontrollálhatóság, kétértelműség, ismétlődés, ismerősség, megváltoztathatóság) mentén értékelniük azokat. Ezek a változók tulajdonképpen a kiértékelési folyamatokat határozhatják meg. Az eredmények alapján nem volt számottevő különbség a fiúk és lányok közötti elsődleges kiértékelési folyamatokban. Például az előzetes elképzeléssel szemben a lányok nem gondolták stresszesebbnek, fenyegetőbbnek az iskolai helyzeteket, bár nagyobb fontosságot tulajdonítottak a stresszes körülményeknek, mint a fiúk. A másodlagos kiértékelésben viszont eltért a két nem. A helyzettel való megküzdéshez a fiúk szubjektíve több erőforrást éreztek, észleltek magukban, mint a lányok. Ez a kiértékelésbeli eltérés viszont nem okozott különbséget a két nem észlelt stressz szintjében (*Govaerts* és *Grégoire*, 2004).

Érdemes megjegyezni, hogy a fenti vizsgálattal ellentétben mások tipikus nemi különbséget találtak a szubjektív stressz szintjében is. Serdülőkorban a lányok általában szignifikánsan nagyobb észlelt stresszről számoltak be, mint a fiúk (*Zambrana* és *Silva-Palacios,* 1989; *Petersen, Sarigiani* és *Kennedy,* 1991; *De Vriendt, Clays, Maes, De Bourdeaudhuij, Vicente-Rodriguez, Moreno, Nagy, Monár, Ortega, Dietrich, Manios, De Henauw* és *HELENA Study Group,* 2012; *Glasscock, Andersen, Labriola, Rasmussen* és *Hansen,* 2013).

Általánosságban is igaz az, hogy a fiúk inkább optimistábbak a kiértékelési folyamatoknál: több erőforrást tulajdonítanak magunknak, és inkább kihívásként tekintenek a szituációra, mintsem fenyegetésként. A lányok kiértékelése ezzel szemben pesszimistább: hajlamosabbak fenyegetésként és nem kihívásként megélni ugyanazt a helyzetet, és inkább magukat okolják a negatív eredményekért, kimenetelekért, mintsem egyéb tényezőket (*Cole* és *Sapp*, 1988; *Frydenberg*, 1997; *Extremera*, *Durán* és *Rey*, 2007). *Mak*, *Blewitt* és *Heaven* (2004) serdülőkkel kapcsolatos eredményei arra utalnak, hogy a jellegzetes különbség a két nem elsődleges kiértékelésében részben a személyiségvonásokra vezethető vissza. A neuroticitás elsősorban nagyobb mértékű fenyegetés kiértékelést valószínűsített, míg az extraverzió főként a helyzet kihívásként való értékeléséhez kapcsolódott. A lányokra jellemzőbb volt a magasabb szintű neuroticitás, a fenyegetésként való kiértékelés, valamint a depressziós tünetek. A depressziós tüneteket magyarázó változók közül a nem kiesett akkor, amikor a neuroticitást és a kiértékelési stílusokat bevezették a modellbe. Ez szintén arra utal, hogy az értékelésbeli nemi különbségeket, és az ezzel járó kedvezőtlen tüneteket részben a két nem személyiségvonásbeli eltérései idézhetik elő.

3.2. A gyermekek és serdülők megküzdési repertoárja

Azt, hogy a gyermekek és a serdülők egészen pontosan milyen megküzdési stratégiával igyekeznek megoldani a stresszes szituációt, a rendelkezésre álló megküzdési repertoárjuktól, illetve kiértékelési folyamataiktól függ, csakúgy, mint a felnőttek esetében. A kiértékelési folyamatot a fiatalok esetében is számos változó befolyásolhatja, mint például a később bemutatásra kerülő optimizmus vagy pedig az adott helyzet jellemzői, például a szituáció kontrollálhatósága. A napi stresszorokat általában kontrollálhatóbbnak tartják a serdülők, éppen ezért ezekben a helyzetekben főként kognitív, tervszerű problémamegoldást használnak. A nagyobb léptékű, fontos életesemények szubjektív kontrollálhatósága nyilván kisebb, ezért ezeknél elsősorban a menekülés-elkerülés, illetve a társas támaszkeresés dominál (*Williams* és *McGillicuddy-De Lisi*, 2000). *Seiffge-Krenke*, *Aunola* és *Nurmi* (2009) szintén rámutatott arra, hogy a serdülők által használt coping szituációfüggő. Például vizsgálatukban a serdülők többször használtak társas támogatást (náluk aktív coping) vagy problémamegoldó, kognitív megoldást (náluk belső coping) az iskolával vagy a kortársakkal kapcsolatos stresszes helyzetekben, míg ritkában például a párkapcsolati problémák vagy családi konfliktusok esetében. Gyakrabban használtak elkerülő copingot akkor, amikor a jövőjükkel

kapcsolatos vagy saját magukat érintő problémával álltak szemben, mint egyéb probléma szituációban. Fontos, hogy az elkerülő megküzdés szituációtól függetlenül nagyobb eséllyel jelent meg akkor, ha a serdülőnek nagyobb volt a helyzetet érintő észlelt stressz szintje.

A serdülőkori coping stratégiák előfordulását két további változó, az életkor és a nem is nagyban befolyásolja. Általános tendencia, hogy idővel a serdülők megküzdési repertoárja bővül: egyre több és több megküzdési formát sajátítanak el. Ezeket rugalmasan tudják használni, vagyis az adott stresszes helyzetnek megfelelően képesek kiválasztani a legmegfelelőbb megküzdési stratégiát. Ez a fejlődés kumulatív, felhalmozó jellegű. A korábbi megküzdési formák nem tűnnek el, hanem benne maradnak az egyén coping készletében. A korai serdülőkorban, a 12. életév tájékán a serdülők jellemző megküzdése a pozitív újraértékelés. A 15. életév környékén, a serdülőkor középső szakaszában a leggyakrabban előforduló coping forma a tervszerű problémamegoldás és az önkontroll. A serdülőkor végefelé a kortárs kapcsolatok erősödésével már hangsúlyos lesz a szociális támaszkeresés is. Ezt kombinálják a már korábban elsajátított coping stratégiákkal (*Williams* és *McGillicuddy-De Lisi*, 2000). A másik fő életkori tendencia, hogy idővel a serdülők egyre több érzelem-fókuszú coping stratégiát alkalmaznak a kognitív megküzdési formák mellett. Míg az óvodáskorúak még inkább elkerülő típusú probléma-fókuszú megküzdéshez folyamodnak, az általános iskolások repertoárjában már fellelhető olyan érzelem-fókuszú megküzdés, mint az elterelés, a későbbiekben pedig még szofisztikáltabb érzelem-fókuszú copingok jelennek meg. Fontos, hogy pont az érzelem-fókuszú stratégiák bővülése és gyakoribbá válása miatt sűrűsödhetnek meg az olyan egészség kockázativiselkedések is, mint a dohányzás, alkohol- vagy drogfogyasztás, amelyek maguk is egyfajta maladaptív, érzelem-fókuszú megküzdésnek tekinthetők (*Field* és *Prinz*, 1997; *Williams* és *McGillicuddy-De Lisi*, 2000, *Pikó*, 2001). További jellemző tendencia, hogy az életkor előrehaladtával, a kognitív és metakognitív képességek érésével egyre több kognitív komponenst tartalmaznak a serdülők coping stratégiái (*Field* és *Prinz*, 1997; *Williams* és *McGillicuddy-De Lisi*, 2000).

Az előző részben tárgyaltuk a két nem kognitív kiértékelésbeli különbségeit, amellyel a stresszes helyzet súlyát, rendelkezésre álló erőforrásaikat és coping stratégiáikat számba veszik. Éppen ezért nem meglepő, hogy a coping stratégiák megválasztását illetően is láthatunk jellegzetes nemi mintázatokat serdülőkorban. A fiúkkal összehasonlítva a lányok inkább élnek a társas támogatás valamely formájával, illetve rájuk jellemzőbb a probléma elkerülése (*Pikó*, 2001; *Seiffge-Krenke* és mtsai, 2009). Egyéb passzív megküzdési formákhoz is inkább ők folyamodnak. Ilyen például az imádkozás vagy a kifejezetten diszfunkcionális, maladaptív önkritika. A fiúk ezzel szemben fizikai aktivitással, sporttal igyekeznek levezetni

a stresszt (*Frydenberg*, 1997). A lányokhoz képest sokkal gyakrabban próbálják aktív megoldásokkal kezelni a stresszes szituációt, és kiiktatni a stresszorokat. A fiúkra jellemző maladaptív coping forma is eltér a lányok diszfunkcionális megoldásaitól: ők gyakrabban élnek a dohányzással, alkoholfogyasztással vagy más addiktív viselkedésmóddal, illetve a lányokhoz képest nagyobb valószínűséggel tagadják a problémát (*Frydenberg*, 1997; *Pikó*, 2001). Nem csak a fiúk adaptív megküzdéseit (mozgás, sport stb.) jellemzi egyfajta kifelé irányuló, externalizációs viselkedés, hanem maladaptív problémaviselkedésüket is. A fiúkra nyilvánvalóan jellemzőbb, hogy feszültségüket gyakran agresszióval vezetik le, amely ennek az externalizációs problémaviselkedésnek az egyik példája. Ehhez illeszkedik *Zsolnai Anikó* és *Kasik László* (2012) eredménye is. Nyolc, tíz és tizenkétéves gyerekekkel végzett vizsgálatukban kimutatták, hogy a verbális agresszió (csúfolódás, bosszantás, tulajdonelvétel) gyakorisága az életkorral egyre inkább nő. Továbbá a pedagógusok értékelése alapján a fiúk a lányokhoz képest szignifikánsan gyakrabban éltek mind a fizikai mind a verbális agresszióval a frusztrációt keltő helyzetekben. A szakirodalom szerint a lányok ezzel szemben internalizációs, befelé irányuló, problémaviselkedést mutatnak abban az esetben, ha nem tudnak adaptívan megküzdeni a szituációval (*Formoso, Gonzales* és *Aiken*, 2000). A maladaptív megküzdési formák tehát mindkét nem esetében jellemzők, de a befelé irányuló diszfunkcionális megnyilvánulások, mint például a lemondás és a problémákon való hasztalan rágódás kifejezetten a lányokra jellemző. Ezek elsősorban a serdülőkor középső szakaszán válnak hangsúlyossá (*Hampel* és *Petermann*, 2005; *Hampel*, 2007).

3.3. Coping, reziliancia és pszichológiai alkalmazkodás

Mivel a coping egyfajta alkalmazkodási folyamat, ezért egyaránt befolyásolhatja az egészségi állapot kialakulását, fenntartását és a betegségek megjelenését is. Ez a jelenség rokon az úgynevezett reziliancia koncepcióval. A reziliancia sokszínű fogalom. Azonosították személyiségvonásként, elsősorban a stersznek rugalmasan ellenálló karakterként. Más megközelítésben olyan coping stratégiák vagy érzelmi válaszok összessége, amelyeket végső tartalékként lehet mozgósítani a stresszes helyzetekben, hogy ezzel a személy tompíthassa a negatív hatásokat. Egy újabb megközelítés a rezilianciát komplex biopszichoszociális rendszerként fogja fel. Ennek a rendszernek minden szintjén megtalálhatók olyan „ártalomcsökkentő” faktorok, amelyek a nem kiiktatható kockázatok (például genetikai kockázat, szegénység) hatásainak mérséklését célozzák meg. Ezen kívül a „protektív

faktorok” a patológia, a károsodás kialakulásának valószínűségét csökkentik. Végül az „ösztönző faktorok” a pozitív pszichológiai jóllét megteremtését segítik elő (*Davydov, Stewart, Ritchie* és *Chaudieu*, 2010). A reziliancia koncepció szerint tehát a pszichológiai alkalmazkodást az ártalmak kiiktatásaként vagy mérsékléseként, illetve a pszichológiai jóllét fokozásaként foghatjuk fel. Kérdés, hogy mely coping formák járulnak hozzá az adaptív alkalmazkodáshoz, és melyek hatnak a pszichológiai alkalmazkodás ellen.

Általánosságban elmondható, hogy gyermek- és serdülőkorban az adaptív coping stratégia három főbb jellemző legalább valamelyikével bír (*Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen* és *Wadsworth*, 2001, *Frydenberg*, 2008):

- megközelítő (vagyis a stressz forrása felé orientáló);
- aktív;
- és probléma-fókuszú (vagyis a problémát célozza, és nem annyira a velejáró érzelmek feloldását).

Fields és *Prinz* (1997) metaanalízisében arra jutott, hogy serdülőknél az állhatatosság, elterelés, szülői támogatás, probléma megoldás és a szórakozás az internalizációs problémák ritkább megjelenését jósolta be. Az aktív szociális támaszkeresés, a kognitív átértékelés, a probléma megoldás, az általános kognitív és praktikus stratégiák bizonyultak adaptívnak az externalizációs tünetek esetében.

A serdülőknél az észlelt stressz egy sor alkalmazkodási problémával jár együtt. Ilyen a harag elégtelen kontrollja, az antiszociális viselkedés, a negatív érzelmek, a negatív énkép. A probléma-fókuszú és érzelem-fókuszú megküzdési stílus ezekkel negatívan korrelál, vagyis képes a pszichológiai ártalmakat csillapítani (*Hampel* és *Petermann*, 2006). *Mejier, Sinnema, Bijstra, Mellenbergh* és *Wolters* (2002) vizsgálatában a konfrontáció (itt aktív problémamegoldás) és a szociális támaszkeresés a pozitív társas alkalmazkodás (például társas önbecsülés, asszertív viselkedés) szignifikáns előrejelzőjének bizonyult. Hátrányos helyzetű hajléktalan serdülők externalizációs tüneteit az elköteleződő megküzdési stílus (aktív coping, problémamegoldás, pozitív újraértelmezés, támogatás stb.) tompította, míg az externalizációs, az internalizációs problémákat és a depressziós tüneteket a pozitív önértékelés csillapította (*Votta* és *Manion*, 2003). Egy kísérletben alsóbb évfolyamos főiskolások szociális problémamegoldó képességét fejlesztették egy 6 hetes tréning segítségével. Az eredmények igazolták az előzetes elképzelést, miszerint a javuló problémamegoldó képesség hozzájárult az aktív, megközelítő típusú coping stratégiák gyakoriságának növekedéséhez. Ez pedig a

megfelelő pszichológiai alkalmazkodást (pozitív énkép, jó kapcsolatok, érzelmek megfelelő kifejezése stb.) serkentette (*Chinaveh*, 2013).

A maladaptív copingokat általában a következők valamelyike jellemzi (*Compas* és mtsai, 2001, *Frydenberg*, 2008):

- a stresszes szituációtól távolítja, abból kivonja az egyént (elkerülő);
- passzív, megoldást nem hoz;
- némely esetben érzelem-fókuszú (azaz a stresszel járó érzelmeket és nem magát a problémát kívánja kezelni).

A problémától távolító copingok legtipikusabb megnyilvánulása az elkerülés. Az elkerülő viselkedés azért különösen ártalmas coping, mert könnyen egy negatív spirál szerint kezd el működni. Az egyén először szembesül egy stresszorral, amelyet kontrollálhatatlannak, erejét meghaladónak értékel. A problémát ezért a stresszor elkerülésével igyekszik „orvosolni", amely természetesen nem jelentheti a probléma valódi megoldását, hiszen az továbbra is fennmarad. Éppen ezért a személy a jövőben még ártalmasabbnak, fenyegetőbbnek fogja észlelni a stresszort. Ez a katasztrofizálás még intenzívebb elkerülő viselkedésre sarkallja és így tovább, a kör bezárul. Ebben a folyamatban pedig az egyén soha nem tudja igazán megtapasztalni azt, hogy a stresszes szituáció talán nem is olyan ártalmas vagy veszélyes, mint azt először gondolta (*Lajkó*, 2002). Ugyanakkor az állandó készenlét a helyzet elkerülésére előbb vagy utóbb felemésztheti az egyén erőforrásait. Így nem meglepő, hogy externalizációs tüneteket (antiszociális viselkedést vagy droghasználatot), internalizációs tüneteket (például depressziót, fóbiát), valamint pszichoszomatikus tüneteket (például evészavarokat) produkáló serdülőkorú klinikai populáció gyakrabban használt ilyen diszfunkcionális megküzdési formákat, mint az egészséges kortársak (*Seiffge-Krenke*, 2000; *Seiffge-Krenke, Weidemann, Fentner, Aegenheister* és *Poeblau*, 2001; *Liu, Tein* és *Zhao*, 2004).

A passzív, maladaptív megküzdési formák gyakran együttjárnak az elkerülő stratégiákkal. Általában az érzelmek nem megfelelő kognitív szabályozása tekinthető ilyen passzív copingnak. Már említettem ennek tipikus formáját, a problémán való hasztalan, eredménytelen rágódást, amely elsősorban a lányokra jellemző (*Hampel* és *Petermann*, 2005; *Hampel*, 2007), és amely nagyban hajlamosít a depressziós tünetek kialakulására (*Jose* és *Brown*, 2008). A serdülőkori szorongásos tünetek varianciáját is jól magyarázzák az olyan passzív megküzdési formák, sikertelen érzelmi szabályozások, mint a problémán való

rágódás, az önvád vagy a pozitív újrafókuszálás (*Legerstee, Garnefski, Jellemsa, Verhulst*, és *Utens*, 2010; *Legerstee, Garnefski, Verhulst*, és *Utens*, 2011). A helyzet katasztrofizálása és passzív elfogadása a kedvezőtlenebb társas problémákat is előre jelezte. A katasztrofizálás, a tervezés, valamint az önvád együttesen a túlzott aggodalmat, distresszt jósolta be serdülőknél (*Mihalca* és *Tarnavska*, 2013). Elsőre ellentmondó eredménynek látszódhat, hogy a szorongásos serdülőknél mind az adaptív mind a maladaptív kognitív coping stratégiák nagyobb gyakoriságúak (*Legerstee* és mtsai, 2011), illetve, hogy adaptív és maladaptív copingok egyaránt korrelálnak depressziós tünetekkel (*Sung, Puskar* és *Sereika,* 2006). Az ellentmondás feloldható azzal, ha feltételezzük, hogy az olyan, hagyományosan adaptívnak tekintett coping formák, mint a pozitív újraértékelés, újratervezés (vö. *Legerstee* és mtsai, 2011) vagy a logikai elemzés, problémamegoldás (vö. *Sung, Puskar* és *Sereika,* 2006) is inkább csak a problémán való hasztalan rágódást segítik elő a klinikai populációkban. Ha a kora serdülőkorban a fiatal túl sok belső copingot, a problémára orientáló kognitív megküzdést alkalmaz egy adott szituáció megoldására, akkor ez növeli az serdülőkor későbbi szakaszában az ugyanabban a helyzetben észlelt stressz mértékét. Feltehetően azért van ez így, mert a túlzott belső coping a melegágya a maladaptiv problémán való rágódásnak (*Seiffge-Krenke, Aunola* és *Nurmi*, 2009).

Végül bizonyos esetekben az érzelem-fókuszú megküzdések is maladaptívak lehetnek. Az érzelem-fókuszú megküzdési formák közül azok nem szolgálják a gyermekek, serdülők alkalmazkodását, amelyek nem megfelelően járulnak hozzá a stresszes helyzettel járó negatív érzelmek ventilálásához. Ezek a coping stratégiák a fiatalban negatív énképet, én-azonosságot erősítenek meg, és túlzottan fenyegetővé teszik az adott szituációt, stresszort is (*Compas* és mtsai, 2001). Ez nyilvánvalóan a már korábban említett rágódás, önvád, elkerülő viselkedés valósínűségét növelheti.

A serdülő jellemző adaptív vagy maladaptív megküzdési mintázatát szociális környezete és szocializációja nagyban meghatározza. Azok a serdülők használnak nagyobb eséllyel adaptív, aktív, megközelítő típusú copingot, akik pozitív családi környezetből származnak: családjukra a melegség, ritkábban előforduló ellenségesség, tiszta útmutatások, szabályok és kevésbé kaotikus élettér jellemző. Ezzel szemben nagyobb eséllyel „oldják meg" problémáikat elkerülő viselkedéssel vagy vágyálom copinggal azok a fiatalok, akiknek családjára a fentiekkel ellentétes körülmények jellemzőek (*Zimmer-Gembeck* és *Locke*, 2007). Továbbá ezek a megküzdési stílusok már a kezdeti szülő-gyerek kapcsolatra is visszavezethetők. A kora gyerekkorban előforduló anyai és apai elutasító viselkedés pozitív kapcsolatban állt a későbbi serdülőkori passzív coping stílussal, az anyai és apai kontroll

viszont a serdülőkori aktív megküzdéshez kötődött szignifikánsan (*Meesters* és *Muris*, 2004). A serdülőkorban az iskolai környezet és a tanárokkal való pozitív kapcsolat is fontos előrejelzője az aktív coping gyakoribb használatának. Az iskola eleve fontos színtere lehet az adaptív, megközelítő típusú megküzdésnek, mivel a fiataloknak mindenképpen meg kell küzdeniük az olyan potenciális stresszorokkal, mint például egy vizsgahelyzet, és ezért kevésbé érvényesíthetnek elkerülő megküzdési stílust (*Zimmer-Gembeck* és *Locke*, 2007).

Bár a fentiek alapján kirajzolódik egy általános tendencia, mely szerint egyes coping formák adaptívabbaknak, mások maladaptívabbaknak tekinthetők, az ilyen fajta besorolás néha korántsem egyértelmű. Egy kontrollálhatatlan szituációban a tartósan mozgósított aktív, megközelítő coping stratégia olykor kevésbé adaptív, mintha az egyén a megküzdés más formáját alkalmazta volna. És néha az elkerülő, például tagadó típusú megküzdés adaptívabb, mint bármely más coping. *Demsey, Overstreet* és *Moely* (2000) például rámutattak arra, hogy azok a gyerekek, akik kontrollálhatatlan erőszaknak, stressznek voltak kitéve, és *nem* használtak valamilyen elkerülő megküzdést (például a helyzetből való kivonódást, figyelemelterelést), *nagyobb* eséllyel éltek meg poszttraumatikus stressz betegségre utaló bizonyos viselkedéses tüneteket (szorongás, alváshiány, felriadás alvás közben stb.).

A fenti gondolatokhoz illeszthető a pszichoanalitikus pszichológiai megközelítés védekező mechanizmusokról szóló koncepciója. A védekező mechanizmusok valamely elfogadhatatlan helyzetből, állapotból adódó szorongás csillapítását vagy megelőzését szolgálják. Ebből a szempontból egyfajta érzelem-fókuszú megküzdésnek tekinthetőek. A védekező mechanizmusokat a mindennapi életünkben rendszeresen használjuk, és csak abban az esetben válhatnak maladaptívvá, ha a megküzdésnek kizárólagos formájaként rögzülnek (*Nolen-Hoeksema, Fredrickson, Loftus* és *Wagenaar*, 2009).

3.4. Coping és az egészségmagatartások kapcsolata

A következő részben az egészségmagatartások serdülőkori prevalenciája és a coping stratégiákkal való kapcsolata kerül bemutatásra. Az egészségmagatartások kifejezést olyan viselkedésformákra használjuk, amelyeknek valamilyen következménye van az egészségi állapotra nézve. (Bizonyos tekintetben szinte minden magatartásforma egészségmagatartás ebben az értelemben, mivel következménnyel bír az egészségi státuszra.)

Az egészségmagatartáson belül egészségvédő magatartásokat különböztethetünk meg, amelyeknek valamilyen kedvező hatása van az egészségre.

Az egészségkockázati magatartás a másik nagyobb kategória, amely viszont ártalmas az egészség szempontjából.

Fontos, hogy bizonyos aspektusból maguk az egészségmagatartások is coping stratégiáknak tekinthetőek (*Thome* és *Espelage*, 2004; *Ingledew, Hardy, Cooper* és *Jemal*, 2011), melyekkel az egyén a stresszes helyzetet igyekszik valamilyen (adaptív vagy maladaptív) módon kezelni. Ezért nem meglepő, hogy az egészségvédő viselkedésformák általában az adaptív coping formákhoz, az egészségkockázati magatartásformák pedig a maladaptív megküzdési stratégiákhoz kötődnek inkább.

3.4.1 Coping és egészségvédő magatartások

A fizikai aktivitás és táplálkozáskontroll két széles körben vizsgált egészségvédő magatartás, ezért az epidemiológiai áttekintésben is ezekre fókuszáltam.

A serdülőkori szervezet megfelelő működéséhez alapvető fontosságú a helyes táplálkozás. A főétkezések és elsősorban a reggeli elhagyása kedvezőtlenül befolyásolják a különböző kognitív funkciókat, pl. az epizodikus memória teljesítményt és a figyelmet (*Wesnes, Pincock, Richardson, Helm*, és *Hails*, 2003). Többek között a helytelen táplálkozás vezet a gyermekkori elhízáshoz, amely később a serdülőkorban jelentősen növeli a kettestípusú diabétesz, a neurológiai zavarok, gasztrointesztinális problémák, veseelégtelenség, kardiovaszkuláris komplikációk megjelenési valószínűségét (*Iannotti*, 2006). A magyarországi *HBSC (Health Behavior in School-age Children*) felmérés kimutatta, hogy a megkérdezett iskoláskorú gyermekek 29,2%-a soha nem fogyasztott reggelit, míg 48,5%-uk mindennap reggelizett, 9,2%-uk számára pedig hétvégenként mindig kimaradt ez az étkezési forma. Egészségtudatos étkezésnek tekinthetjük a rostban, vitaminban gazdag zöldségek, gyümölcsök fogyasztását és a szénhidrátot tartalmazó üdítőitalok, édességek mellőzését. Mindössze a megkérdezett diákok 23,6%-a evett napi rendszerességgel zöldséget, 17%-ukra még a heti egyszeri fogyasztás sem volt jellemző. A zöldségfogyasztás az életkorral egyre inkább csökkent. A diákok mintegy harmada rendszeresen étkezett, 13%-uk viszont egyáltalán nem fogyasztott gyümölcsöt. Elsősorban a fiúk esetében csökkent a gyümölcsfogyasztás tendenciája az életkorral. A megkérdezett gyerekek 30,6%-a fogyasztott naponta édességet, 16,9%-uk ritkábban, mint hetente evett édességet, 31,7%-uk ivott üdítőt (*Németh*, 2011).

A másik fontos egészségmagatartás, a fizikai aktivitás általában nagyobb élettel való elégedettséggel, aktivitással, éberséggel, energetikussággal járt együtt. A fizikai aktivitás csupán csak néhány klinikai populáció (például étkezési zavarral küzdő nők) esetében korrelált negatív tényezőkkel, például haraggal, bűntudattal, szorongással (*Thome* és *Espelage*, 2004). A magyarországi *HBSC*-ben részt vett tanulók csupán 17,3%-a vett részt naponta legalább 60 perces, jelentősebb erőfeszítést igénylő gyakorlatban, mozgásban. Kb. harmaduk végzett 5 napon és másik harmaduk 3-4 napon fizikai aktivitást. A tanulók mintegy kétharmada az iskolán kívül valamilyen jelentős fizikai aktivitásban vett részt. Az életkorral csökkent az elégséges fizikai aktivitást végzők aránya (*Halmai* és *Németh*, 2011a).

Wijndaele, Matton, Duvigneaud, Lefevre, De Bourdeaudhuij, Duquet, Thomis és *Philippaerts* (2007) a társas támogatás, a coping és az észlelt stressz változóiból 3 clustert nyertek: a "nem stresszesekét" magas társas támogatással és magas aktív coping stílussal, a "stresszesekét" alacsony társas támogatással és magas passzív és elkerülő copinggal, valamint a kettő között elhelyezkedő mérsékeltekét. A stresszes clusterba sorolható emberek jóval kisebb gyakorisággal és rövidebb időtartamban vettek részt fizikai aktivitásban vagy sport tevékenységben a másik clusterhez rendelt egyénekhez képest. Ezzel szemben a „nem stresszes" clusterbe tartozók a többiekhez képest a gyakoribb és hosszabb ideig tartó fizikai aktivitást végeztek. Egy másik vizsgálatban a személyiségvonások, coping stílusok és az egészségmagatartások közötti viszonyt mérték fel. Az eredmények azt mutatták, hogy az érzelmi intelligencia és a különböző coping formák egy faktoron súlyozódtak. A racionális coping stílus pozitívan, míg az érzelem-fókuszú coping stratégia negatívan kötődött ehhez a faktorhoz. Ez a magasabb rendű faktor pozitív kapcsolatban állt a fizikai aktivitással, illetve az egészséges étrend kontrollal (*Saklofske, Austin, Galloway* és *Davidson*,2007).

Más eredmények szerint egy speciális szociális coping a harmóniára törekvés is előre jelzi a fizikai aktivitás gyakoriságát. A harmóniára törekvő egyén igyekszik barátaival és családjával minél harmonikusabb viszonyt kialakítani (*Pikó* és *Keresztes,* 2010). Természetesen az egyik legfontosabb társas tényező, amely az étkezési szokásokat és a fizikai aktivitást formálja, a kortárshatás. Ez különböző hatásmechanizmusokon keresztül érvényesülhet. Először is a kortársak puszta jelenléte facilitálhatja vagy éppen ellenkezőleg, gátolhatja az egészségvédő magatartások megjelenését. A szociális modellhatás révén is érvényesülhet a kortárshatás: a serdülő egyfajta sémát épít ki mások viselkedése nyomán, és ez a saját magatartását is befolyásolja. A serdülő evési szokásaival, fizikai aktivitásával a kortársak róla alakított benyomását is formálja, amely szintén determinálhatja az egészségvédő magatartások gyakoriságát. Végül a kortárs társas hálózat saját normái is

meghatározzák az egészségvédő magatartások megnyilvánulását (*Salvy, de la Haye, Bowker* és *Hermans*, 2012).

3.4.2. Coping és egészségkockázati magatartás

Az alkoholfogyasztás és a dohányzás - két sokszor vizsgált egészségkockázati magatartás - legtöbbször a serdülőkorban jelentkezik először. A 2007-es *ESPAD* felmérésben kimutatták, hogy a fogyasztók 25%-a 11 éves korában gyújtott rá először cigarettára. A fiatalok 32,2%-a igen korán, 11 éves korában a sört is megkóstolta (*Elekes*, 2007). Tehát már a gyermek- és serdülőkor határán is megjelennek ezek az egészségkockázati viselkedésformák. Ezért lehet hasznos feltárni, hogy az egészségkockázati magatartásformák, milyen coping stratégiákhoz kapcsolódnak, mivel a megfelelő egészség prevenciós programokkal a maladaptív coping stratégiák kiiktathatók, és ezzel együtt a velük együtt járó egészségkockázati formák is megelőzhetők. Az alábbiakban néhány epidemiológiai adatot idézek a serdülőkori dohányzás és alkoholfogyasztás illusztrálására.

Magyarországon a 2007-es ESPAD felmérés alapján a megkérdezett 8-10. évfolyamos diákok kétharmada próbált már ki életében valamilyen dohányterméket (*Elekes*, 2007). A magyarországi *HBSC* eredménye azt tükrözi, hogy milyen drámai különbég van a dohányzást kipróbáló általános iskolások és középiskolások aránya között. Az ötödikesek 14,5%-a, míg a tizenegyedikeseknek már 76,8%-a gyújtott rá életében legalább egyszer. A teljes mintában 16,8% volt a napi rendszerességgel, és 15,2% a hetente dohányzók aránya. A dohányzás gyakorisága a kipróbálás arányához hasonlóan szintén jóval nagyobb volt középiskolában, mint általános iskolában. Például míg az ötödikesek 1,5%-a dohányzott naponta és 0,8%-a hetente legalább egyszer, addig a tizenegyedikes tanulók 31,8%-a naponta, és 5,9%-a hetente legalább egyszer cigarettázott. A *HBSC* nemi különbségeket is feltárt a dohányzás gyakoriságában. Az általános iskolásoknál a fiúk esetében nagyobb arányú volt a dohányzást kipróbálók aránya. Ezen kívül az 5. és 11. évfolyamban jelentősebb volt a rendszeresen dohányzók aránya a fiúk között, mint a lányoknál (*Halmai Réka* és *Németh Ágnes*, 2011b).

Az ESPAD eredményei szerint a 8-10. évfolyamosok közül szinte az egész vizsgált minta (92,2%) kipróbálta már az alkoholt. A megkérdezett tanulók több mint a fele volt már részeg élete során, és 40%-uk volt részeg az adatfelvételt megelőző egy évben (*Elekes*, 2007). A HBSC mintájának 72,2%-a kipróbálta már az alkohol valamilyen formáját. Az alkoholt kipróbálók aránya évfolyamonként szignifikánsan egyre magasabb volt. Az alkoholt naponta

és hetente fogyasztók aránya is ehhez hasonlóan nőtt évfolyamonként, és a növekedés ugrásszerű volt a 7. és 9. évfolyam között. Az alkoholfogyasztásnál is kimutattak nemi különbségeket. Az általános iskolában az alkoholt kipróbálók aránya a fiúk esetében szignifikánsan nagyobb volt, mint a lányoknál, a középiskolai évfolyamoknál azonban ez a különbség eltűnt. Továbbá minden évfolyam és az összes alkohol típus esetében igaz, hogy a legalább heti rendszerességgel alkoholt fogyasztók aránya a fiúknál jóval magasabb volt, mint a lányoknál (*Halmai* és *Németh*, 2011c).

Számos, serdülőket célzó kutatás igyekezett feltárni az egészségkárosító viselkedések és a coping stílus között kapcsolatot. Az eredmények általánosságban rámutatnak arra, hogy az egészségkockázati magatartásformák a maladaptív copingformákhoz kapcsolódnak serdülőkorban. Ez nem meglepő eredmény, ha magukat az egészségkockázati viselkedéseket is olyan maladaptív megküzdési stratégiáknak tekintjük, amelyek a stresszes szituációra adnak választ, igaz az egészségre ártalmas módon. Az alkoholfogyasztásra, dohányzásra mint maladaptív érzelem-fókuszú megküzdési formára tekinthetünk, amelyek azért jelenhetnek meg, mert a fiatal meglévő copingkészlete önmagában nem garantálja az adott probléma orvoslását. A kapcsolódó eredmények bizonyították, hogy serdülőkorban a maladptív (elkerülő/passzív/érzelem-fókuszú) coping formákhoz változatos egészségkockázati magatartások párosulnak: szuicid tendenciák (*Horwitz, Hill* és *King*, 2011); kockázatos szexuális viselkedés, evés és étrendbeli problémák, mentális egészségügyi problémák (*Steiner, Erickson, Hernandez* és *Pavelski*, 2002; *Ben-Zur* és *Reshef-Kfir*, 2003); érzelmi és társas problémák (*Holen, Lervag, Waaktaar* és *Ystgaard*, 2012); alkoholfogyasztás (*Wagner, Myers* és *McInnich*, 1999; *Catanzaro* és *Laurent*, 2004; *Hasking, Lyvers* és *Carlopio*, 2011); dohányzás (*Siqueira, Diab, Bodian* és *Rolnitzky*, 2000) valamint drogfogyasztás (*Wagner, Myers* és *McInnich*, 1999). A passzív, elkerülő coping azért különösen maladaptiv, mert olyan mechanizmusokat rejt magában, amelyekkel az egyén kizárja az egészségkárosító magatartás várható veszélyeit, potenciális kockázatait. Ez pedig már önmagában is hajlamosíthat az egészségre ártalmas magatartásra (*Ben-Zur* és *Reshef-Kfir*, 2003).

Fontos, hogy a serdülőkori kortárshatásnak nem csak pozitív, de negatív oldalai is vannak. A kortársak viselkedésének közvetlen hatása lehet a fiatalok egészségmagatartására: minél kevesebb az egészségkockázati viselkedést produkáló barát, annál kisebb az esélye, hogy az adott fiatal maga is ilyenbe vonódjon be (*Tomé, Matos, Simões, Diniz* és *Camacho*, 2012). A legjobb barátok alkoholfogyasztása például szignifikánsan kapcsolódik a serdülő alkoholfogyasztásához (*Bot, Engel, Knibb* és *Meeus*, 2005). Azokban az iskolai közösségekben, amelyekben a diákoknak legalább fele dohányzik, az egyén dohányzási

magatartásának esélye is növekszik. Ezen kívül már egy vagy két dohányzó legjobb barát is szignifikánsan növeli a dohányzás esélyét (*Alexander, Piazza, Mekos* és *Valente*, 2001). Az alkoholfogyasztást és dohányzást a kortársak magatartásán kívül az is szignifikánsan előrejelzi, hogy a kortársak mennyire respektálják ezeket a káros szokásokat (*Kristjansson, Sigfusdottir, James, Allegrante* és *Helgason*, 2010). A fenti hatásokat a serdülő közösségen belüli pozíciója is befolyásolhatja. Bizonyos helyzetben a népszerűbb, valamint a közösség szemében magabiztos és szociábilis fiatalok dohányoztak és fogyasztottak alkoholt inkább (*Alexander* és mtsai, 2001; *Engels, Scholte, van Lieshout, de Kemp* és *Overbeek*, 2006). Az előző részben idézett adatokkal együtt kirajzolódik a kortárs hatás kétarcú természete: a kortárs szociális hálózatok mind az egészségkockázati, mind az egészségvédő magatartás megjelenését serkenthetik.

4. A pozitív gondolkodás

Az előző részekben bemutattam, hogy az elsődleges és másodlagos kiértékelés miként befolyásolja a stresszes szituációval való megküzdés folyamatát. A kritikus gondolkodásnak alapvető szerepe lehet abban, hogy az egyén végül miként értékeli és észleli a kihívást jelentő helyzetet. Nem mindegy, hogy elsősorban a fennálló körülmények negatív vagy pozitív aspektusait észleli-e. Ez már csak azért is lényeges kérdés, mert az erőnket meghaladó körülmények általában többértelműek, többféleképpen is értelmezhetők. Az alábbiakban néhány olyan elméletet ismertetek, amelyek a problémahelyzetet érintő gondolkodást vázolják. Úgy gondolom, hogy van egy közös vonása ezeknek az elméleteknek: mindegyik hangsúlyozza, hogy bizonyos helyzetekben az egészséges pszichés működés elengedhetetlen feltétele a szituációt érintő gondolatok, értékelések metakognitív tudatosulása.

A kognitív modell világosan megragadja azt, hogy gondolataink miként befolyásolják a helyzettel kapcsolatos reakciónkat, érzelmeinket, hangulatunkat. A kognitív pszichológiai elmélet szerint egy adott körülmény interpretálását legelőször is gondolkodásmódunk legmélyebb szintje, alaphiedelmeink összessége határozza meg. Alaphiedelem például az „Engem senki sem szeret." állítás. Ez alapján illusztrálható, hogy az alaphiedelmek az egyén saját magával kapcsolatos általánosított kijelentései. Fontos, hogy ezek igazságtartalma igen gyakran nem egyértelmű. Az alaphiedelmek a különböző köztes hiedelmek alapját jelentik. Ilyenek az attitűdök (Például „Rossz az, ha nem akarnak valakivel szóba állni."), a szabályok („Ha valakire rámosolyognak, sokat beszélnek vele, akkor az illetőt kedvelik.") és a feltevések („Ha megpróbálok mások kedvében járni, jobban fognak kedvelni engem."). Az alap- és köztes hiedelmekre épülnek a legtudatosabb kognitív elemek, amelyeket automatikus gondolatoknak hívnak. Ezeket az alap- és köztes hiedelmek, valamint az adott helyzet jellemzői alakítják (*Beck*, 2011). A kognitív modell szerint a helyzettel kapcsolatos érzelmek és benyomások hátterét az ilyen automatikus gondolatok alkotják. Ebből következik, hogy a negatív érzelmek, vagy a különböző pszichopatológiai tünetek (például depresszió) mögött is sokszor valamilyen negatív automatikus gondolatok rejtőznek.

Cloninger (2006) elmélete szerint maga a jóllét az öntudatosság fejlesztésével - még pontosabban - az automatikus gondolatok tudatosításával képzelhető el. Egy speciális kognitív-behavior terápiát írt le, amely a transzcendencia fejlesztését is magába foglalja. Az öntudatosságnak négy fejlődési foka van. A nulladik szint, az *ego szint* a gyermek vagy az éretlen személyiség sajátja, amely az azonnali kielégülést keresi. Itt az öntudatosság teljes

vagy részleges hiánya figyelhető meg. Az első, *egocentrikus szint* jellemző a legtöbb felnőttre. A személy képes késleltetni igényei kielégítését, de eközben frusztrációt és más negatív érzelmeket él meg. Amennyiben képes relaxálni és elengedni negatív érzelmeit, továbbhaladhat a következő szintre. A második, *metakognitív* szinten az egyénre az allocentrikus beállítódást jellemző: tudtában van saját tudatalatti, automatikus gondolatainak, ítélkezés nélkül figyelembe bírja venni saját és mások nézőpontjait és igényeit, vagyis képes mentalizálni. A harmadik, *elmélkedés* szakaszában az egyén meg tudja figyelni saját preverbális, korábban tudattalan sémáit, amelyek elvárásait, attitűdjét és értelmezéseit irányították. Így felülbírálhatja korábbi automatikus, gyakran hibás alapfeltevéseit, és ezzel együtt képes tudatosítani korábban tudattalan érzelmeit is.

A ’70-es években kezdődtek a szociális problémamegoldással kapcsolatos kutatások. A fent bemutatott elméletekhez hasonlóan ez az irányzat szintén nagy hangsúlyt fektet a helyzettel kapcsolatos kognitív folyamatok és sémák tudatosítására és a metakognícióra. Az irányzat jelzője (szociális) arra utal, hogy elsősorban a mindennapi életesemények által megkövetelt problémamegoldás érdekli a terület képviselőit. A problémát olyan élethelyzetként vagy feladatként definiálták, amely adaptív választ követel, de amelynél a szükséges válasz nem nyilvánvaló. A probléma valamilyen környezeti vagy személyen belüli akadály, amely az esemény újdonságából, bizonytalanságából, előrejelezhetetlenségéből, egymással ütköző követelményekből vagy ingerekből, deficitből stb. fakadhat (*Chang, D’Zurilla* és *Sanna*, 2004). Érdemes megjegyezni, hogy *D’Zurilla* és *Maydeu-Olivares* (1995) szerint a problémamegoldást nem lehet egy speciális probléma-fókuszú megküzdésként, más copingoktól elkülöníteni úgy, ahogyan azt Fokman és Lazarus (idézi *D’Zurilla* és *Maydeu-Olivares,* 1995) tette. A problémamegoldás ugyanis egy sor másik megküzdéshez is kapcsolódhat. Problémamegoldásra akkor van szükség, amikor az egyén kritikus helyzetbe kerül, és az automatikus információfeldolgozási folyamatai már nem elégségesek a szituáció kezeléséhez. Ekkor a személynek egy nem automatikus/racionális módba kell kapcsolnia. Azaz a problémamegoldás nem is annyira egy funkcióhoz (probléma-fókuszú/érzelem-fókuszú) kötődhet, mint inkább egy speciális információfeldolgozási folyamathoz. *Chang, D’Zurilla*, és *Sanna* (2004) a szociálisprobléma-megoldó képességnek két fő dimenzióját nevezte meg: a problémaorientációt és a problémamegoldó stílust. A problémamegoldó stílus lehet racionális, impulzív és elkerülő. A fejezet témája szempontjából fontosabb a problémaorientáció két fajtája. A pozitív problémaorientáció a pozitív gondolkodással rokonítható, a konstruktív problémamegoldást lehetővé tevő kognitív beállítódás. Ez a következőket tartalmazza:

- a probléma kihívásként való értékelése (a jutalom lehetősége is benne van);
- a probléma megoldható (optimista felfogás);
- az egyénnek megvan a képessége, hogy sikeresen oldja meg a problémát;
- a hit, hogy a sikeres problémamegoldás időt és erőfeszítést kíván meg;
- az egyén inkább elintézi a problémát, mintsem elkerüli.

A negatív problémaorientáció ezzel szemben olyan kognitív beállítódás, amely nagyjából a fentiek ellentéte:

- a probléma jelentős szociális, pszichológiai, gazdasági fenyegetést jelenthet az egyén jóllétére;
- az egyén kételkedik abban, hogy megvan a képessége a probléma megoldásához;
- az egyén feszültté és frusztrálttá válik, amikor szembekerül a problémával.

Nyilvánvaló, hogy a problémaorientáció a problémamegoldás további lépéseit jelentősen meghatározza. A pozitív problémaorientáció a problémamegoldására sarkallja az egyént, míg a negatív problémaorientáció miatt hiányozhat a probléma megoldására irányuló motiváció (*Shewchuk, Johnson* és *Elliot*, 2000).

Kasik László (2012) 8, 12, 15 és 18 éves tanulóknál vizsgálta a szociálisprobléma-megoldó képesség életkori változásait. A 8 és 12 évesek az idősebbeknél gyakrabban gondolták azt egy problémáról, hogy az megoldható, nem feltétlenül jár negatív következménnyel, és megoldása előnyös is lehet. Vagyis az idősebb tanulóknál ritkábban fordult elő pozitív problémaorientáció. A negatív problémaorientáció gyakorisága fokozatosan nőtt az életkor mentén, tehát a 15, 18 évesekre volt leginkább jellemző a negatív következmények anticipálása, a megoldás reménytelensége stb. Továbbá a fiatalabbaknál az idősebbekhez képest gyakoribb volt az impulzív és ritkább a racionális stílus előfordulása.

Az automatikus gondolatok tudatosításának szerepe sokszor akkor válik nyilvánvalóvá, ha azok valamilyen pszichopatológiai tünetet idéznek elő. Számos általános iskolás gyermekkel végzett kutatás bizonyította, hogy a negatív automatikus gondolatok túlsúlya általában valamilyen szorongásos, depressziós tünetegyütteshez kapcsolódik. Egy vizsgálat szerint 12 éves gyerekek szociális fóbiája társas témákat érintő kognitív torzulásokkal járt együtt: a szociális fóbiás gyermekek általában fenyegetőbbnek észleletek olyan történeteket, amelyek különböző, többféleképpen értelmezhető társas szituációkat írtak

le (*Higa* és *Daleiden* 2008). Egy másik vizsgálatban a gyerekeknek különféle (fizikailag fenyegető, szociálisan fenyegető, személyes kudarcot jelentő, ellenségességet megjelenítő) helyzettel kapcsolatban kellett beszámolniuk automatikus gondolataikról. A gyerekek pszichopatológiai tüneteinek megjelenését elsősorban a pozitív és negatív gondolatok számának hányadosa határozta meg: szorongó gyerekeknél ez az arány alacsonyabb volt, mint a nem szorongó tanulók esetében (*Hogendoorn, Prins, Vervoort, Wolters, Nauta, Hartman, Moorlag, de Haan* és *Boer,* 2012). Végül egy másik kísérletben 7-9 éves gyermekeknek egy történet szereplőinek többféleképpen értelmezhető, nem egyértelmű szándékait kellett értékelni a főszereplő szemszögéből. A történet interpretációja így elsősorban a gyerekek kognitív beállítódásától függött. Azoknak a gyermekeknek nagyobb valószínűséggel volt szorongásos, illetve depressziós tünetük, akik a főszereplő helyzetében negatívan értelmezték a többi szereplő kétértelmű cselekedeteit (*Dineen* és *Hadwin* 2004).

A pozitív gondolatok ellentétes hatást fejthetnek ki, mint a negatív automatikus gondolatok. Az előzőleg bemutatott eredményekkel összhangban *Wong* (2012) vizsgálatában alsós szingapúri diákok negatív gondolatai pozitívan korreláltak a pszichopatológiai indikátorokkal (stressz, szorongás, depresszió, harag) és negatív korrelációjuk volt a jóllét indikátoraival (élettel való elégedettség, boldogság). A pozitív automatikus gondolatok viszont pozitívan korreláltak a pszichológiai jóllét mutatóival (élettel való elégedettség, boldogság), és negatív volt a korrelációjuk a pszichopatológiai indikátorokkal (stressz, harag, depresszió, szorongás). *Patton, Tollit, Romaniuk, Spence, Sheffield* és *Sawyer* (2011) eredményei szerint a serdülők optimista gondolkodása szintén protektívnek bizonyult az érzelmi, viselkedéses problémák és a szerhasználat terén és főként a depresszió esetében. Ők az optimista gondolkodásmódot a Beck-féle triáddal ragadták meg, amely a selffel, a világgal és a jövővel kapcsolatos pozitív gondolatokat foglalja magába.

A diszpozícionális optimizmus definíciójából eredően (általános pozitív elvárások a jövőbeli kimenetelekre vonatkozóan) nem meglepő az optimizmus és a pozitív gondolkodás szoros kapcsolata. Néhány tréning egyenesen azt célozza, hogy az optimista beállítódással fejlessze a megküzdési készségeket (*Nicholls, Polman, Levy* és *Backhouse,* 2008). Az egyik programmal például 10-12 éves gyermekek negatív automatikus kognitív gondolkodásmódját kívánták átalakítani, és a pozitívabb gondolkodást igyekeztek nekik megtanítani. A gyerekek a fentiekhez hasonló kétértelmű történeteket kaptak. Minden esetben leírták a történet lehetséges pozitív és negatív értelmezését is. A gyerekeket ösztönözték arra, hogy képzeljék el a pozitívabb értelmezést, vagy próbálják meg használni ezt az interpretációt. A tréning során sikeresen csökkentették a gyermekek negatív kognitív beállítódását, és ezzel

párhuzamosan mérséklődtek a szociális szorongást jellemző tünetek is (*Vassilopoulos, Blackwell, Moberly* és *Karahaliou*, 2012).

5. Az optimizmus

Az optimizmus a pozitív pszichológia egyik központi fogalma. A pozitív pszichológia olyan kiemelkedő vonásként, emberi erősségként tekint rá, amely az emberi jóllétet segítheti elő (lásd például *Seligman* és *Csikszentmihalyi*, 2000). Két főbb optimizmussal foglalkozó elméleti irányzatot lehet megkülönböztetni: az optimizmust, mint személyiség diszpozíciót, és az optimizmust, mint magyarázó stílust tárgyaló teóriát.

A diszpozícionális optimizmus elmélete szerint az optimizmus általános elvárás azzal kapcsolatban, hogy a jövőben inkább kedvező lesz a dolgok kimenetele, és azok ritkábban alakulnak kedvezőtlenül. Ebből a perspektívából az optimizmus egy kognitív beállítódás, és egyben tartós személyiségjegy, diszpozíció (*Scheier* és *Carver*, 1985; *Carver, Scheier* és *Segerstrom*, 2010). Ezt az optimizmus fogalmat éppen ezért „nagy" optimizmusnak is nevezik, mert a személy egy általános személyiségjellemzőjéről van szó. Ezzel szemben létezik a „kis" optimizmus koncepciója is. Ez tulajdonképpen szituációs optimizmus, egy konkrét szituációra, eseményre vonatkozó pozitív elvárás. Ebben az értelemben egy személy lehet általánosságban optimista, de előfordulhat, hogy egy adott szituáció tekintetében kevésbé vár el pozitív eseményeket a jövőben (*Tusaie* és *Patterson*, 2006, *The Social Issues Research Centre*, 2009). Ma már léteznek olyan empirikus idegtudományi adatok, amelyek az optimizmus „előhuzalozott", diszpozícionális jellegét támasztják alá. Például az egyik kutatás alapján az optimistább egyéneknél a thalamus pulvináris magjait magába foglaló agyi régiókban nagyobb szürke állomány volument mutattak ki. Az eredmény nem meglepő, hiszen a thalamus a limbikus rendszer olyan más struktúráihoz kapcsolódik, amelyek az érzelmek szabályozásában és feldolgozásában fontos szerepet töltenek be (*Yang, Wei, Wang* és *Qiu*, 2013). A diszpozícionális optimizmus ellentéte a diszpozícionális pesszimizmus, amely a jövőbeli kimenetelekre vonatkozó általános negatív elvárás (*Scheier* és *Carver*, 1985). Fontos tehát, hogy a pesszimizmus nem csupán az optimizmus hiánya, vagy annak alacsony szintje, hanem attól független konstruktum. Ezt az optimizmust mérő *Life Orientation Test* (*Scheier* és *Carver*, 1985) számos pszichometriai vizsgálata is igazolta (*Chang* és *McBride*, 1996; *Kubzansky, Kubzansky* és *Maselko*, 2004).

Az optimizmus másik főbb felfogása az optimizmust inkább mint speciális magyarázó stílust fogja fel. Az elmélet az úgynevezett tanult tehetetlenség fogalomból ered, amelyet *Seligman* (1972) állatkísérletes eredményei alapján alkotott meg, és később emberekre is alkalmazott. A tanult tehetetlenség az a passzív, belenyugvó viselkedés, amelyet a sorozatos

kontrollálhatatlan stresszorok, büntetések, és kudarcok hatására produkál az egyén. Az emberek három főbb jellemző mentén igyekeznek magyarázatot találni a tartós averzív ingerekre: mennyire stabilak, mennyire globálisak, általánosak az életükben, illetve külső vagy belső okokra vezethetők-e inkább vissza. Ezek a magyarázatok jelentősen befolyásolják, hogy az egyének miként reagálnak a folyamatos büntető stimulusokra vagy kudarcokra, illetve, hogy egyáltalán megjelenik–e náluk a tanult tehetetlenség (*Abramson, Seligman* és *Teasdale,* 1978). Ebből következik, hogy kell lennie egy „optimista magyarázó stílusnak" is. Az optimisták hajlamosabbak a rossz eseményeket átmenetinek és specifikusnak, nem általánosnak tekinteni az életükben. Konstruktívan és nem fatalistán tekintenek ezekre a helyzetekre, hiszik, hogy megvan a képességük ahhoz, hogy megoldják a problémákat (*Forgeard* és *Seligman*, 2012). Az optimista attribúciós stílus összefügg az önbecsülés kialakulásával. Az önbecsülés az egyén saját értékítélete magáról, illetve arról, hogy mennyire értékes személy. Ez a fontos énséma már gyerekkorban elkezd formálódni a célok elérésének és a készségek (kezdeményezés, kíváncsiság), stb. gyakorlásának függvényében. Az önbecsülés a serdülőkorban jelentős átalakuláson megy keresztül a rengeteg új eseménynek, élménynek, a pubertáskori fejlődésnek és a kognitív képességek fejlődésének köszönhetően. Nem csoda, hogy a serdülőkori önbecsülés előrevetíti a felnőttkori vonás optimizmus mértékét (*Heinonen, Räikkönnen* és *Keltikangas-Järvinen*, 2005a).

5.1. Az optimizmushoz kapcsolódó társadalmi, kulturális és társas tényezők

A két szemléletmód rámutat arra, hogy az optimizmus egyszerre sajátos kognitív beállítódás, motivációs tényező és érzelmi faktor. Ezen kívül a két megközelítés azt sejteti, hogy az optimizmust öröklött és környezeti tényezők egyaránt meghatározzák. Ez utóbbiakkal, a kulturális, társadalmi, szociális meghatározókkal viszonylag kevés tanulmány foglalkozott.

Úgy tűnik, hogy a kulturális értékek eltérései az optimizmus csekély kultúránkénti különbségeiért felelnek. Azokban a kultúrákban, ahol jellemzőbb az egalitariánizmus és az individualizmus, az optimizmus szintje magasabb (*Fischer* és *Chalmers*, 2008).

A társadalomban elfoglalt pozíció is erős meghatározója az optimizmusnak. Általában elmondható, hogy az alacsonyabb szocioökonómiai státuszban lévők gyengébb egészségmutatókkal rendelkeznek (*Guthrie, Butler*, és *Ward*, 2009). Ehhez a hatáshoz számos köztes erőforrás (köztük az optimizmus és a pesszimizmus) járul hozzá. Például egy tanulmányban azoknak a serdülőknek volt nagyobb az észlelt stressz szintje, akiknek szülei

alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeztek, azokhoz képest, akiknek szülei iskolázottabbak voltak (a szülői iskolázottság a szocioökonómiai státusz egyik fontos markere). A modell erősségét a különböző pszichológiai erőforrások (optimizmus, pesszimizmus, coping) bevezetése növelte. A magasabb optimizmus és a megközelítő coping kisebb stresszhez, az elkerülő coping magasabb észlelt stresszhez kapcsolódott (*Finkelstein, Kubzansky, Capitman* és *Goodman*, 2007). *Ek, Remes* és *Sovio* (2004) vizsgálatában a gyermekkori szocioökonómiai státusz (elsősorban az apa társadalmi helyzete) a felnőttkori optimizmus közvetlen prediktora volt. Úgy tűnik tehát, hogy az optimizmus és a társadalmi pozíció között pozitív kapcsolat van: a magasabb szocioökonómai státuszban lévők optimistábbak. Amennyiben viszont az optimizmust és a pesszimizmust két külön konstruktumként kezelik, a hatás eltűnik, és a szocioökonómiai státusz csak a pesszimizmussal mutat szignifikáns összefüggést: az alacsonyabb szociokökonómiai státuszúak sokkal pesszimistábbak, mint a magasabb társadalmi pozícióban lévőek (*Taylor* és *Seeman*, 1999; *Robb, Simon* és *Wardle*, 2009). Más vizsgálatban a gyermekkori társadalmi pozíciót mind a felnőttkori diszpozícionális optimizmus, mind a felnőttkori diszpozícionális pesszimizmus esetében meghatározónak találták (*Heinonen, Räikkönen, Matthews, Scheier, Raitakari, Pulkki* és *Keltikangas-Järvinen*, 2006).

A kulturális és társadalmi hatások mellett a társas kapcsolatok is módosíthatják az optimizmus szintjét. Egy longitudinális vizsgálatban azoknak a jogász hallgatóknak emelkedett az évek során a diszpozícionális optimizmus szintje, akiknek növekedett a rendelkezésre álló szociális erőforrása: nekik bővült a szociális hálózatuk, amelynek részei voltak; idővel több szociális támaszt nyújtó ismerősük lett; és a szociális támogatásukkal való szubjektív elégedettségük is emelkedett. Ezek a változások a fizikai és a mentális jóllét fokozódását is maguk után vonták (*Segerstrom*, 2007). A társas kapcsolatok a serdülőkori optimizmusnak is lényeges meghatározói, előrejelzői. Kutatások bizonyítják az optimizmus és a társas támogatás kapcsolatát a serdülőkorban. Sőt az optimizmus, mint közvetítő elő is segítheti a szociális támogatásnak az egészségi változókra kifejtett kedvező hatását (*Ayres*, 2008; *Mahon, Yarcheski, Yarcheski* és *Hanks*, 2007).

Úgy tűnik, hogy a két főbb szociális közeg, az iskola és a család is befolyásolhatja a serdülők optimizmusát. Elsősorban a lányoknál a szülőkkel, különösen az apával való jó kommunikáció magasabb szintű optimizmust jelzett előre. A szülő-gyerek konfliktus pedig a magasabb pesszimizmust magyarázta. A fiúknál inkább a kortársakkal kapcsolatos, az iskolai környezetben történt pozitív tapasztalatok jelezték előre a magasabb optimizmust. A kortársakkal való negatív interakciók hiánya minden esetben az optimizmus magasabb

szintjéhez kötődött (*Orejudo, Puyuelo, Fenández-Turado* és *Ramos*, 2012). *Ek* és mtsai (2004) modelljében a felnőttkori diszpozícionális optimizmust részben a 16 éves kori iskolai teljesítmény magyarázta szignifikánsan.

Már az egészen korai szülő-gyerek kapcsolat meghatározza a felnőttkori optimizmus szintjét. Azok, akik annak idején várt gyermekként láttak napvilágot később optimistábbak lesznek. A nem várt gyerekek és szüleik között feltehetően ritkábban jellemző az érzelemteli kapcsolat. Ez pedig az egészséges optimizmus kialakulása ellen hathat (*Ek* és mtsai, 2004). Azok az anyák, akik gyermekeiket nehéz temperamentumúaknak látták (például a nagy mozgékonyság, negatív érzelmi megnyilvánulások miatt), válaszul hajlamosabbak voltak ellenségesen reagálni (például érzelmi távolságtartással, nagyobb szigorúsággal) a gyerek viselkedésére. Ez az anyai magatartás előrevetítte a felnőttkori optimizmus alacsony szintjét (*Heinonen, Räikkönnen* és *Keltikangas-Järvinen*, 2005b). Az anya és általában a szülők meleg, elfogadó attitűdje viszont a magasabb diszpozícionális optimizmus szinttel korrelált pozitívan (*Hjelle, Busch* és *Warren*, 1996). A különböző családi viszontagságok gyerekkorban (pénzügyi problémák, családi konfliktusok, egy családtag alkoholizmusa stb.) a felnőttkori optimizmus alacsonyabb szintjét valószínűsítik. A jó szülő-gyermek kapcsolat azonban csillapíthatja, vagy ki is iktathatja a családi nehézségek optimizmusra nézve kedvezőtlen hatását (*Korkeila, Kivelä, Suominen, Vahtera, Kivimäki, Sundell, Helenius* és *Koskenvuo*, 2004). A kötődés minősége is magyarázza a felnőttkori diszpozícionális optimizmus varianciáját, egyéni különbségeit. A bizonytalan felnőttkori kötődés (szorongás, alacsony dependencia és érzelmi közelség), és a bizonytalan szülő-gyerek kötődés emlékei (következetlen szeretet és nevelési attitűdök, családi konfliktusok, lazább családi kötelék stb.) egyaránt az alacsony szintű optimizmus előrejelzői (*Heinonen, Räikkönnen*, és *Keltikangas-Järvinen*, 2004). A szülő-gyermek kötődés még felnőttkorban is formálja a diszpozícionális optimizmust. Egy vizsgálat szerint a szülő haláláig betöltött életkora pozitív kapcsolatban van a gyermeke diszpozícionális optimizmusával. Vagyis úgy tűnik, hogy minél tovább élt a szülő annál nagyobb az optimizmusa a gyereknek (*Rius-Ottenheim, Kromhout, de Craen, Geleijnse, van der Mast, Zitman, Westendorp, Slagboom* és *Giltay*, 2012).

5.2. Az optimizmus és az egészség

A pozitív illúziók olyan hiedelmek, feltevések, amelyek némileg torzítják a valóságot, de közreműködhetnek a testi és lelki egészség fenntartásában, javításában. Három főbb ilyen

speciális kognitív beállítódást lehet kiemelni: az énről formált irreálisan pozitív elképzeléseket, a túlzott-kontrollérzetet, valamint az optimizmust (*Taylor* és *Brown*, 2003). Nem meglepő tehát, hogy számos empirikus tanulmány valószínűsíti az optimizmus fontos szerepét a kedvező egészségi állapot kialakításában (*Conversano, Rotondo, Lensi, Vista, Arpone* és *Reda*, 2010; *Forgeard* és *Seligman*, 2012). Egyrészt empirikus adatok alapján az optimizmus csillapítja a már kialakult fizikai ártalmakat, betegségeket. Egy 83 publikáció bevonásával készült meta-analízis szerint az optimizmus és a legkülönfélébb egészségi mutatók (mortalitás, túlélés, kardiovaszkuláris eredmények, immunfunkciók, fájdalom, daganatos betegségek mutatói) szignifikáns, pozitív kapcsolatban állnak egymással (*Rasmussen, Scheier*, és *Greenhouse*, 2009). Az optimizmus kedvező immunválaszokkal járt együtt AIDS-es betegek esetében, és lassította a betegség progresszióját (*Taylor, Kemeny, Reed, Bower* és *Gruenewald*, 2000; *Matthews, Raikkonen, Sutton-Tyrrell* és *Kuller*, 2004). Az optimistább fej-nyak rákos betegek túlélési esélye a diagnózis utáni egy évben szignifikánsan kedvezőbb volt, mint a pesszimista betegeké (*Allison, Guichard, Fung* és *Gilain*, 2003). Az optimista beállítódás általában alacsonyabb fájdalom élménnyel járt együtt a legkülönfélébb betegségeknél (*Keefe* és *Wren*, 2013). Ehhez kapcsolódóan sarlósejtes betegségben szenvedő, magasan vagy mérsékelten optimista serdülők a fájdalom súlyosságának megfelelően, tehát indokolt mértékben használták a fájdalomcsillapítót. Az alacsonyan optimisták esetében nem volt kapcsolat a fájdalom nagysága és a gyógyszer igénylése között, azaz ők a másik két csoporthoz képest kevésbé reális elvárást fűztek a gyógyszer hatásához, és kevésbé indokoltan használták azt (*Pence, Valrie, Gil, Redding-Lallinger* és *Daeschner*, 2007).

Az optimizmus meg is előzheti a betegségek és fizikai ártalmak kialakulását. Például a kardiovaszkuláris megbetegedések kockázati indikátorai (interleukin-6 és inzulin szint) negatívan korreláltak az optimizmussal a fekete serdülő populáció esetében. Ezen kívül minden serdülő esetében pozitívan korrelált az optimizmus a kardiovaszkuláris megbetegedések néhány protektív élettani változójával (például a lipoprotein sűrűséggel). Az eredmények azt mutatják, hogy bizonyos esetben az optimizmus a kardiovaszkuláris betegségek protektív tényezője lehet (*Oreskovic* és *Goodman*, 2013). Ezen kívül 65-85 év közötti emberekkel folytatott tanulmányban a legoptimistább személyek fele olyan valószínűséggel halt meg a tanulmány időtartama alatt, mint a legkevésbé optimisták. Az optimizmus itt is elsősorban a kardiovaszkuláris mortalitás tekintetében bizonyult protektív faktornak (*Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra* és *Schouten*, 2004).

Az optimizmus a pszichológiai alkalmazkodásra és a lelki egészségre is kedvezően hat. Az optimizmus képes csillapítani a stresszt. Például serdülők esetében mérsékelte a

mindennapi hajtás okozta stresszt (*Lai*, 2009). Az iskolai életben hasonló puffer-hatása lehet az optimizmusnak: negatív korrelációt találtak a gimnazisták optimizmusa és az iskolai élet okozta stressz között (*Huan, Yeo, Ang* és *Chong*, 2006), valamint az optimizmus és vizsga miatti szorongás között is (*Bagana, Raciu* és *Lupu*, 2011). Az optimizmus a fentieken kívül negatív kapcsolatban volt a serdülők egy sor pszichológiai problémájával: szorongással, depressziós tünetekkel, elidegenedés érzésével, társas alkalmazkodási problémákkal (*Ho, Cheung* és *Cheung*, 2010).

Emellett az optimizmus közvetlenül is képes előmozdítani a mentális jóllét állapotát és a pszichológiai alkalmazkodást (*Conversano, Rotondo, Lensi, Vista, Arpone* és *Reda*, 2010; *Alarcon, Bowling* és *Khazon*, 2013). Középkorú nőkkel készült útelemzés például feltárta, hogy az optimizmusnak direkt, pozitív hatása van az általános élettel való elégedettségre (*Daukantaite* és *Zukauskinene*, 2012). Az optimizmus előrejelzte az egészség szubjektív észlelését is. Egyrészt negatív kapcsolatban volt a szomatikus tünetek észlelésével és a fizikai anhedóniával, ami a mindennapi tevékenységekkel és helyzetekkel kapcsolatos öröm krónikus hiánya. Másrészt pozitív relációban volt az általános elégedettséggel (*Wenglert* és *Rosén*, 1995). Arra is van adat, hogy részben az optimizmus közvetítheti a reziliancia, mint személyiségvonás hozzájárulását a pszichológiai jóllét növekedéséhez (*Souri* és *Hasanirad*, 2011). A fentiekkel összhangban a Pozitív és Negatív Elvárás Kérdőív (*Positive and Negatíve Expectancy Questionnaire*) validálása során is egy faktoron súlyozódtak az optimizmussal és az általános boldogsággal kapcsolatos állítások. Ez is alátámasztja, hogy az optimizmus és a mentális jóllét általában szorosan összefüggnek egymással (*Olason* és *Roger*, 2001). Serdülőkkel folytatott vizsgálatok is azt bizonyítják, hogy az optimizmus pozitív kapcsolatban van a pszichológiai jóllét különböző változóival, például a családi/baráti/iskolai kapcsolatokkal, pozitív énképpel, egészséggel (*Ho, Cheung* és *Cheung*, 2010; *Bagana* és mtsai, 2011), valamint az élettel való elégedettséggel (*Extremera, Durán* és *Rey*, 2007; *Wong* és *Lim*, 2009).

A 3.3. részben említettem, hogy az általában adaptívnak tekinthető coping formák elhúzódó, kontrollálhatatlan helyzetekben nem bizonyulnak hatékonynak. Ehhez hasonlóan a túlzott optimizmus és az általa mozgósított, aktív, probléma-fókuszú, megközelítő típusú megküzdési stílusok sem adaptívak ilyen körülmények között. Például az optimizmus csak könnyű és kontrollálható stresszhelyzetben kapcsolódott kedvező sejtes immunválaszokhoz. Hosszan elhúzódó kontrollálhatatlan stresszes szituációkban az optimizmus inkább gyengítette az immunműködést (*Szondy*, 2004, *Segerstrom*, 2005).

Az optimizmus több közvetett úton is kifejtheti pozitív hatását. Az egyik közvetítő az optimizmus és a kedvező egészségügyi mutatók között a pozitív hangulat, érzelem, amely az optimizmussal jár (*Daukantaite* és *Zukauskinene*, 2012). Elsős jogászhallgatók optimizmusa kedvezőbb, stresszre adott immunválasszal (magasabb T helper és természetes ölő sejtszámmal) kapcsolódott össze, a kettő közötti közvetítő változó pedig a jobb hangulat volt (*Segerstrom, Taylor, Kemeny*, és *Fahey*, 1998).

Az optimizmus és a kedvező egészségi kondíció között a coping is közvetít. Ezt a fajta második közvetett hatást a következő részben tárgyalom részletesebben.

5.3. Optimizmus és coping

Általában az optimizmus és az adaptív copingok között pozitív, míg a kevésbé adaptív, diszfunkcionális copingok között negatív viszony tárható fel. Az optimizmus aktivizálja az aktív coping formákat (*Scheier, Weintraub* és *Carver*, 1986; *Carver, Scheier* és *Weintraub*, 1989; *Chang* és *D'Zurilla*, 1996; *Iwanaga, Yokoyama* és *Seiwa*, 2004), valamint a társas támogatást (*Hatchett* és *Park*, 2004). Az alacsonyabb optimizmusszint inkább bizonyos érzelem-fókuszú megküzdésekkel (*Hatchett* és *Park*, 2004) és az elkerülő vagy a problémától távolító copingokkal (*Solberg Nes* és *Segerstrom*, 2006; *Carver, Scheier* és *Weintraub*, 1989; *Hatchett* és *Park*, 2004) jár együtt.

Az optimizmus és a coping stílus kapcsolatának legalaposabb vizsgálatát *Solberg Nes* és *Segerstrom* (2006) meta-analízise nyújtja. A tanulmányba a problémafókuszú és érzelem-fókuszú, valamint a megközelítő és elkerülő megküzdések különböző kombinációit vonták be. Az optimizmus általában pozitívan kapcsolódott a stresszor mérséklését, kiiktatását célzó megközelítő típusú megküzdési stratégiákkal. Ez az összefüggés a megközelítő kategórián belül igaz volt akár a probléma-fókuszú megküzdésekre (például tervezés), illetve az érzelem-fókuszú megküzdésre (például kognitív átstrukturálás). Az optimizmus elsősorban a kontrollálható stresszoroknál jelzett előre probléma-fókuszú és a kontrollálhatatlan stresszoroknál érzelem-fókuszú megküzdést. Az optimizmus negatív kapcsolatban volt az elkerülő coping mind probléma fókuszú, mind érzelem fókuszú fajtájával (például viselkedéses kivonódás, tagadás).

A legkülönfélébb területről származó eredmények támogatják a fenti következtetéseket. Optimistább egyének adaptívabb bőrrákkal kapcsolatos megküzdést mutattak akkor, amikor erről a betegségről olvastak információt. Az összefüggés

dominánsabb volt akkor, amikor az egyének a betegség szempontjából magasabb kockázati csoportba tartoztak (*Luo* és *Isaacowitz,* 2007). Egy másik vizsgálatban a pesszimizmus a menekülő-elkerülő copinggal pozitív, míg a konfrontatív, illetve a tervezéses copinggal fordított kapcsolatban állt. Ezzel szemben az optimizmus a konfrontatív copinghoz és a felelősség elfogadásához kapcsolódott pozitívan, míg a menekülő-elkerülő copinghoz negatívan (*Hart* és *Hittner*, 1995). Egy elsőéves egyetemi hallgatókat felmérő vizsgálat szerint a diszpozícionális optimizmus és a probléma-fókuszú coping között szintén pozitív kapcsolatot tárt fel. Az érzelem-fókuszú coping viszont negatív kapcsolatban állt a diszpozícionális optimizmussal, továbbá az optimizmus és az észlelt társas támogatás csökkentette az érzelem-fókuszú coping alkalmazásának esélyét (*Mazé* és *Verlhiac,* 2013).

Ezek az összefüggések nem meglepőek, ha figyelembe vesszük, hogy az optimizmus általános pozitív elvárás a jövőre nézve, vagy más felfogás szerint a stesszt kiváltó eseményekre vonatkozó speciális magyarázó stílus. Ennek fényében egy optimistább személy inkább aktívabb, megközelítő típusú megküzdést fog használni a helyzet megoldására, mintsem, hogy elkerülje azt. Az optimizmus és a coping stílusok viszonyának megértését tovább segíti *Oláh* (2005) úgynevezett pszichológiai immunrendszer elmélete. Az egyén céljait, fejlődését veszélyeztető külső és belső tényezők felmerülésekor a megküzdési forrásoknak egy integrált rendszere (egyfajta pszichológiai immunrendszerként) reagál a veszélyre. Ezáltal az egyén fejlődése nem hogy sérülne, de még profitálhat is ezekből a folyamatokból. Az optimizmus a pszichológiai immunrendszer egyik szeletének, a megközelítő-monitorozó alrendszernek komponense, amely a stresszor felmerülése esetén a fizikai és szociális környezet felderítéséhez és kontrollálásához járul hozzá. Tehát a pszichológiai immunrendszer és a hagyományos coping elméletet összevetve elmondható, hogy az optimizmus elsősorban a kiértékelési folyamatoknál befolyásolja a megküzdés menetét.

5.4. Optimizmus és egészségmagatartás

Kevés olyan vizsgálat született még, amely az optimizmus és az egészségmagatartások kapcsolatára irányult. Ezek alapján viszont körvonalazódik az az általános feltevés, hogy az optimizmus inkább az egészségvédő magatartásokkal van pozitív kapcsolatban, míg fordított kapcsolatban áll az egészségkockázati viselkedésformákkal.

Egy idősebb férfiakkal végzett felmérés azt mutatta, hogy az optimistább egyének gyakrabban mozogtak, és több egészséges ételt (például zöldséget és gyümölcsöt) fogyasztottak, és több nem dohányzó akadt közöttük a kevésbé optimistákhoz képest (*Giltay, Geleijnse, Zitman, Buijsse* és *Kromhout*, 2007). Más vizsgálatból kiderült, hogy a fizikai aktivitást gyakrabban végző személyek optimistábbak, mint a testi egészségüket kevésbé óvó emberek (*Kavussanu* és *McAuley*, 1995). Az intenzívebb fizikai aktivitást, a professzionális sporttevékenységet is befolyásolja az optimizmus. Pozitív korrelációban áll egyrészt a mentális állhatatossággal (*mental toughness*), amely az edzések és versenyek kihívásaival való megküzdés. Továbbá pozitív együttjárást mutat egyéb megközelítő típusú copinggal is (például gondolat kontrollal, mentális képalkotással, logikai analízissel stb.), amelyek a versenyzőt segítik. Ezzel szemben a teljesítményt nem segítő, elkerülő típusú copingokformákkal (például távolítással, mentális eltereléssel, beletörődéssel) negatívan korrelál (*Nicholls, Polman, Levy* és *Bachouse*, 2008). Egy fiatal finn felnőttekkel végzett felmérésből az derült ki, hogy az optimisták több rostban gazdag és zsírban szegény, egészséges ételt ettek, mint a pesszimistábbak (*Kelloniemi, Ek* és *Laitinen*, 2005). Úgy tűnik, hogy a nőknél az egészséges táplálkozást a testkép módosításán keresztül modulálja az optimizmus. Az optimistább nőknél kevésbé fordult elő a negatív testképtől, elhízástól való félelem, ez pedig végső soron támogatta a saját test elfogadását (*Dalley* és *Vidal*, 2013).

Az optimizmus egészségre nézve áldásos hatását egy serdülőkkel végzett vizsgálat is igazolja. E szerint több más faktorral együtt az optimizmus is pozitívan járult hozzá a serdülők egészséges szokásaihoz: a mozgáshoz, a helyes táplálékbevitelhez, a relaxációhoz, a droghasználat kerüléséhez, az egészségfejlesztéshez és a társas támogatás különböző formáihoz (*Yarcheski, Mahon* és *Yarcheski*, 2004; *Ayres*, 2008; *Ayres, Atkins* és *Mahat*, 2010).

Néhány eredmény közvetetten azt bizonyítja, hogy az optimizmus képes védeni némely ártalmas viselkedés ellen (például helytelen étkezés, dohányzás, stb.). Egy serdülőkkel végzett vizsgálat szerint az optimizmus fordított korrelációban állt az úgynevezett BMI z-pontszámmal, amely az elhízást méri (*Khullar, Oreskovic, Perrin*, és *Goodman*, 2011). A már említett finn kutatás szerint a dohányzók és a nagyivók aránya a pesszimisták között volt a nagyobb, a nem dohányzók pedig az optimisták közül kerültek ki nagyobb számban (*Kelloniemi, Ek* és *Laitinen*, 2005).

Természetesen az optimizmus és az egészséget érintő magatartások közötti kapcsolat korántsem mindig ennyire egyértelmű. Némely esetben éppen hogy pozitív kapcsolatot tártak fel az optimizmus és az egészségkockázati viselkedésforma, elsősorban a dohányzás között.

Ezekben a tanulmányokban az optimizmus már irreális optimizmus volt, amely a jövőbeli kimenetelekkel kapcsolatos irreálisan pozitív elvárás. Egészen pontosan egy olyan kognitív torzításról van szó, amely szerint az egyén hajlamos azt feltételezni, hogy a pozitív dolgok nagyobb valószínűséggel történnek meg velük, mint másokkal, illetve a negatív események előfordulása más emberekhez viszonyítva csekélyebb (*Kubzansky, Kubzansky* és *Maselko*, 2004; *Conversano, Rotondo, Lensi, Vista, Arpone* és *Reda*, 2010). Ez a kognitív beállítódás pedig kedvezőtlenül befolyásolhatja az egészségre ártalmas viselkedésekkel kapcsolatos kockázat észlelését (*Larsman, Eklöf* és *Törner*, 2012). Jól illusztrálja ezt *Weinstein, Marcus,* és *Moser* (2005) telefonos felmérése, amely feltárta, hogy a nem dohányzókhoz képest a dohányzók irreálisan optimisták a tüdőrák kialakulását illetően: túlzottan alábecsülik ennek kockázatát.

Szondy (2008) egyetemista populáción végzett felmérése tovább árnyalja a képet. Bizonyos egészségvédő magatartások ugyanis csak az optimizmussal, megint mások csupán a pesszimizmussal álltak összefüggésben, míg akadnak olyanok, amelyek egyikkel sem. Például a testedzés kapcsolódott leginkább az optimizmushoz. Az egészséges étkezési kontroll olyanokra volt jellemző, akiknek optimizmus és pesszimizmus pontszáma egyaránt magas volt. A dohányzás és az optimizmus között nem volt szignifikáns kapcsolat, csupán a pesszimizmussal függött össze pozitív irányban. A szélsőségesen optimisták viszont nagyobb gyakorisággal fogyasztottak alkoholt.

6. Az empirikus vizsgálat koncepciója, kérdései és hipotézisei

6.1. Az empirikus vizsgálat koncepciója

Az empirikus vizsgálat legfőbb célja a serdülők jóllétéhez kapcsolódó tényezők feltárása volt. Ezen belül kiemelten foglalkoztam az optimizmussal. Az empirikus vizsgálat nagy részének elméleti keretét a tranzakcionalista megküzdés modell (*Lazarus*, 1993), a pszichológiai immunrendszer koncepciója (*Oláh*, 2005), a diszpozíciós optimizmus elmélete (*Scheier* és *Carver*, 1985), Antonovsky salutogenezis modellje (idézi *Lindström* és *Eriksson*, 2006) és a pozitív pszichológiai megközelítés adta.

Ezekből az körvonalazódik, hogy a stressz és a különböző kihívások az emberi élet természetes velejárói, az egyén fejlődésének és jóllétének mozgatórugói. Ha az egyén adaptív módon képes a problematikus helyzetekkel megküzdeni, akkor jólléte két szempontból is nőhet. Először is a sikeres és hatékony megküzdés önmagában megerősítő és pozitív élményt jelentő folyamat. Ehhez kapcsolódóan korábban idéztem azokat az eredményeket, amelyek szerint a megközelítő típusú megküzdések elősegíthetik a pszichológiai alkalmazkodást és jóllétet is (*Mejier* és mtsai, 2002; *Chinaveh*, 2013). Más eredmények az aktív, megközelítő típusú coping stratégia és az egészségvédő magatartások (fizikai aktivitás, egészséges étrend) pozitív kapcsolatára mutattak rá (*Wijndaele* és mtsai, 2007; *Saklofske* és mtsai, 2007). Másodszor az adaptív megküzdés azáltal is hozzájárul a serdülők jóllétéhez, hogy csökkenti, vagy akár teljesen ki is védi a különböző pszichés és testi ártalmakat (*Hampel* és *Petermann*, 2006; *Votta* és *Manion*, 2003). Az elméleti ismertetésnél a maladaptív copingra is kitértem. Láthattuk, hogy a serdülők maladaptív megküzdése (elsősorban az elkerülő coping) pozitívan kapcsolódik a különféle pszichés ártalmakhoz (*Hampel* és *Petermann*, 2005; *Hampel*, 2007; *Legerstee* és mtsai, 2011; *Mihalca* és *Tarnavska*, 2013). További kérdés lehet, hogy ugyanezek a megküzdési stratégiák milyen hatással lehetnek a jóllétre. Az elméleti részben ismertettem, hogy a társas coping, egészen pontosan a kortársak hatása meglehetősen ambivalens serdülőkorban. A szakirodalom alapján a kortársak serkenthetik, illetve gátolhatják is az egészségvédő magatartások megjelenését (*Salvy* és mtsai, 2012), vagy akár az egészségkockázati viselkedésformák megjelenését is előmozdíthatják (*Alexander* és mtsai, 2001; *Engels* és mtsai, 2006; *Kristjansson* és mtsai, 2010).

Az optimizmus, mint emberi erősség és diszpozíció szintén kötődik a jóllét különféle mutatóihoz. A bevezetőben is tárgyalt eredmények alapján úgy tűnik, hogy az optimizmusnak

közvetlen pozitív hatása van a jóllétre. Láthattuk, hogy a serdülőknél az optimizmusnak pozitív kapcsolata van a pszichés jóllét különféle mutatóival (*Extremera* és mtsai, 2007; *Wong* és *Lim*, 2009; *Ho* és mtsai, 2010; *Bagana* és mtsai, 2011) és negatív a különböző pszichés ártalmakkal (*Huan* és mtsai, 2006; *Lai*, 2009; *Ho* és mtsai, 2010; *Bagana* és mtsai, 2011). A 5.4. részben idézett eredmények alapján pedig általánosságban elmondható, hogy az optimizmus az egészségvédő viselkedésekhez pozitívan (*Kavussanu* és *McAuley*, 1995; *Giltay* és mtsai, 2007), az egészségre ártalmas viselkedésekhez pedig negatívan kapcsolódik (*Giltay* és mtsai, 2007). Ezeket az összefüggéseket serdülők esetében is feltárták (*Yarcheski* és mtsai, 2004; *Ayres*, 2008; *Ayres* és mtsai, 2010). Úgy tűnik továbbá, hogy az optimistábbak inkább óvják egészségüket, a pesszimisták viszont kevésbé (*Kelloniemi, Ek,* és *Laitinen*, 2005).

Az optimizmusnak ezen kívül közvetett hatása is lehet a jóllétre. Utaltam *Oláh* (2005) pszichológiai immunrendszer elméletére, amelyben az optimizmus a fizikai és társas környezet felderítéséhez és kontrollálásához hozzájáruló komponens. Ezt az elképzelést a megküzdési modellbe integrálva arra következtethetünk, hogy az optimizmusnak nagy szerepe lehet a megküzdés kiértékelési folyamataiban és így végső soron az adott coping stratégia aktiválásában is. Ezt sugallják azok az eredmények is, amelyek az optimizmus és a megközelítő típusú coping stratégiák közötti pozitív, és az optimizmus és a maladaptív, elkerülő coping stratégiák közötti negatív kapcsolatot tárták fel (lásd például *Carver* és mtsai, 1989; *Hatchett* és *Park*, 2004; *Solberg Nes* és *Segerstrom*, 2006). A közvetlen hatáson felül tehát az optimizmus az adaptívabb megküzdési stratégiák mozgósításával és a maladaptív megküzdési stratégiák előfordulásának csökkentésével is hozzájárulhat a pszichés jóllét növekedéséhez, és a pszichés ártalmak mérsékléséhez. Tudomásom szerint serdülők körében nem tesztelték szisztematikusan az optimizmus közvetlen és közvetett hatását a pszichés jóllét pozitív és negatív mutatóira. Éppen ezért először azt kívántam elemezni, hogy az optimizmus és a coping stratégiák milyen kapcsolatban vannak egymással és a pszichés alkalmazkodás mutatóival. Ezt követően pedig egy ok-okozati magyarázó modellben teszteltem azt, hogy az optimizmusnak milyen közvetlen és – a coping stratégiák közvetítésével - milyen közvetett hatása van a pszichológiai jóllétet érintő változókra. Az értekezés egyik legfontosabb célja ennek a modellnek az elkészítése volt.

A fenti gondolatok implikálják azt is, hogy az optimizmus szoros kapcsolatban van azzal, hogy az egyén miként értékeli ki az adott problémahelyzetet. Ebből fakadóan az optimizmusnak a kiértékeléssel való kapcsolatát bővebben is vizsgáltam. Az elméleti részből kiderült, hogy az egyének különböznek abban, hogy általában pozitív vagy negatív problémaorientációval értékelnek–e ki egy szociális problémahelyzetet (*Chang, D'Zurilla* és

Sanna, 2004), és ez a beállítódás kihat a későbbi problémamegoldásra is (*Shewchuk, Johnson* és *Elliot*, 2000). Serdülőkorban változatos pszichés tünetekkel és problémákkal jár együtt az, ha a szociális problémahelyzet a fiatalban elsősorban negatív automatikus gondolatokat aktivál (*Dineen* és *Hadwin* 2004; *Higa* és *Daleiden* 2008; *Hogendoorn, Prins, Vervoort, Wolters, Nauta, Hartman, Moorlag, de Haan* és *Boer*, 2012). A pozitív gondolkodásmód viszont pozitívan kapcsolódik a pszichés jólléthez (*Wong*, 2012). Ehhez a kutatási irányhoz kapcsolódik elemzésem, amelyben a serdülőknek egy bizonytalan szociális problémahelyzettel kapcsolatos automatikus gondolatait vettem górcső alá, valamint azt is vizsgáltam, hogy ezek a gondolatok, milyen kapcsolatban állnak a tanulók optimizmusával.

Korábban bemutattam az optimizmust attribúciós stílusként (*Forgeard* és *Seligman*, 2012) és tartós személyiségjegyként (*Scheier* és *Carver*, 1985) értelmező elméleteket. A két megközelítés sok más egyéb mellett abban is eltér, hogy mennyire tartja „előrehuzalozottnak", biológiailag adottnak ezt a személyiségjellemzőt. Úgy gondolom, hogy talán elterjedtebb a diszpozícionális értelmezés és az ahhoz kapcsolódó mérőeszköz használata. A bevezetőben viszont bemutattam néhány adatot, amelyek szerint a szocioökonómiai státusz (*Heinonen* és mtsai, 2006), az iskolában szerzett pozitív élmények (*Orejudo* és mtsai, 2012), valamint a szülő-gyermek kapcsolat mutatói (*Hjelle* és mtsai, 1996**;** *Heinonen* és mtsai, 2004; *Heinonen* és mtsai, 2005b) a vonás optimizmus szintjének szignifikáns magyarázó változói. Bár nem vonhatunk le ok-okozati viszonyt az idézett vizsgálatokból, ezek az eredmények arra is utalhatnak, hogy az optimizmus alakulását a genetikai meghatározókon kívül részben ilyen környezeti tényezők is magyarázzák. Ez azt jelentheti, hogy az optimizmus a nevelés és a szocializáció során valamilyen mértékben formálható. Az empirikus vizsgálatom részét képezte egy hasonló felmérés, amelyben az optimizmus környezeti magyarázó változóit kívántam feltárni.

A megküzdésen és az optimizmuson kívül a serdülőkori jóllétet környezeti tényezők is magyarázzák. Az elméleti részben bemutattam, hogy a szocioökonómiai státusz (*Várnai* és mtsai, 2008; *Cicognani* és mtsai, 2008) a szülőkkel és a családdal való kapcsolat (*Furnham* és *Cheng*, 2000; *van Wel, Linssen*, és *Abma*, 2000; *Gutman* és mtsai, 2010), az iskolával kapcsolatos pozitív tapasztalatok (*Roeser* és mtsai, 1998; *Vedder* és mtsai, 2005; *Joronen*, 2005; *Chen* és *Lu*, 2009), valamint bizonyos esetekben a kortársakkal való kapcsolat (*Kef* és *Deković,* 2004; *Oberle* és mtsai, 2011) pozitívan magyarázzák a serdülők jóllétét. Célom volt, hogy ehhez a kutatási irányhoz is hozzájáruljak. A három főbb szocializációs közeg olyan mutatóit kerestem, amelyek a serdülőkori jóllét szignifikáns prediktorai lehetnek.

Az empirikus vizsgálat kérdéseit és hipotéziseit a következő részben mutatom be.

6.2. Az empirikus vizsgálat kérdései és hipotézisei

Az empirikus vizsgálat 3 fő terület körül összpontosult. Ezek mentén fogalmaztam meg kérdéseimet és hipotéziseimet.

I. *Serdülőkori optimizmus, coping és jóllét*. Milyen mértékben magyarázza a szocializáció a diszpozíciós optimizmus alakulását a serdülőknél? Milyen összefüggés van az optimizmus, a coping és a jólléttel kapcsolatos negatív és pozitív mutatók között serdülőkorban? Vajon az optimizmusnak van–e direkt hatása a pszichológiai jólléttel kapcsolatos mutatókra? Vajon a különböző coping stratégiák közvetítik–e részben ezt a hatást?

II. *Optimizmus és szociális problémahelyzettel kapcsolatos automatikus gondolatok*. Milyen automatikus gondolatokkal reagálnak a tanulók egy bizonytalan, többféleképpen értelmezhető társas problémahelyzet különböző magyarázatára? Milyen összefüggésben van az optimizmus ezekkel az automatikus gondolatokkal, kiértékelésekkel illetve az általuk kifejezett problémaorientációval?

III. *Szociális mutatók és a serdülőkori jóllét közötti kapcsolat*. A három szocializációs közeg (család, iskola, kortársak) különböző mutatója magyarázza–e (és ha igen, milyen irányban) a serdülőkori jóllétet.

A fenti kérdések és a korábbi nemzetközi eredmények alapján az alábbi hipotéziseket fogalmaztam meg.

Serdülőkori optimizmus, coping és jóllét:

H_1: A serdülők optimizmusát csak kis mértékben magyarázzák a társas és szocioökonómiai tényezők.

H_2: Az optimizmus, mint magyarázó változó pozitív kapcsolatban van az egészségvédő viselkedések megjelenésének esélyével (fizikai aktivitás, étkezési kontroll), és a nagyobb mértékű pszichés jóllét (élettel való elégedettség, egészségi állapot önértékelése) esélyével.

H_3: Az optimizmus magyarázó változóként fordított kapcsolatban van az egészségkockázati viselkedések megjelenésének esélyével (nagyivászat, dohányzás) és a nagyobb mértékű depresszió esélyével.

H_4: Azok a serdülők, akik valamilyen fizikai aktivitást végeznek, és egészséges étrendet követnek optimistábbak, mint azok, akik ilyen egészségvédő viselkedést ritkábban produkálnak.

H_5: Azok a fiatalok, akik dohányoznak és alkoholt fogyasztanak szignifikánsan pesszimistábbak, mint azok, akikre nem jellemzőek ezek az egészségkockázati viselkedésformák.

H_6: Serdülőkorban az aktív, megközelítő típusú megküzdési stratégiák az egészségvédő magatartásformákkal (fizikai aktivitás, táplálkozáskontroll) pozitív, az egészségkockázati viselkedésekkel (dohányzás, alkoholfogyasztás) negatív kapcsolatban vannak.

H_7: Serdülőkorban a passzív, diszfunkcionális coping formák az egészségkárosító magatartásformákkal (dohányzás, alkoholfogyasztás) pozitív, az egészségvédő megnyilvánulásokkal (fizikai aktivitás, táplálkozáskontroll) negatív kapcsolatban vannak.

H_8: Serdülőkorban a társas megküzdési módok mind az egészségvédő, mind az egészségkockázati magatartást szignifikánsan magyarázzák, és pozitív kapcsolatban vannak ezekkel a változókkal.

H_9: A kora serdülők optimizmusa és megközelítő, illetve más adaptív coping stratégiái pozitívan korrelálnak egymással.

H_{10}: A kora serdülők optimizmusa és passzív, diszfunkcionális coping stratégiái negatívan korrelálnak egymással.

H_{11}: A kora serdülők megközelítő, illetve más adaptív coping stratégiái pozitívan korrelálnak az élettel való elégedettséggel és negatívan az észlelt stresszel.

H_{12}: A kora serdülők passzív, diszfunkcionális coping stratégiái pozitívan korrelálnak az észlelt stresszel és negatívan az élettel való elégedettséggel.

H_{13}: A kora serdülők optimizmusa az élettel való elégedettséget és az észlelt stressz szintet közvetlenül és közvetett módon is magyarázza. Az indirekt kapcsolat mediátorai a coping stratégiák.

Optimizmus és szociális problémahelyzettel kapcsolatos automatikus gondolatok:

Kvalitatív módszerrel elemeztem a tanulók által leírt tipikus automatikus gondolatokat és érzelmi válaszokat, amelyeket különböző kétértelmű, nehezen interpretálható helyzetekre adtak.

H_{14}: Az optimistább beállítódásnál a pozitív automatikus gondolatok és átkeretezések aránya szignifikánsan nagyobb, mint a kevésbé optimista beállítódásnál. Ezen kívül a nagyobb

optimizmus esetében kisebb a negatív automatikus gondolatok aránya, mint a kisebb mértékű optimizmusnál.

Szociális mutatók és a serdülőkori jóllét közötti kapcsolat:
A kérdés leíró jellege miatt nem fogalmaztam meg előzetes hipotézist.

7. Az empirikus vizsgálat módszerei

7.1. Minta és adatfelvételi eljárás

Az empirikus eredmények alapjául két adatfelvétel szolgált. Az első felmérés a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás részeként készült Dr. Pikó Bettina vezetésével. A felmérést végző kutatócsoport tagjaként kezdtem meg doktorandusz tevékenységemet. A dolgozathoz felhasznált mérőeszközök ennek a komplex felmérésnek csupán egy részét jelentették (részletesen lásd: *Pikó Bettina: Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Káros szenvedélyek és a depressziós tünet együttes előfordulása serdülők körében c. fejezetet*). Témavezetőm hozzájárulásával a felmérésnek csak azokat az eredményeit és publikációit használtam fel az értekezésemben, amelyek jelentős mértékben az én munkámnak köszönhetőek. Az adatgyűjtés 2008 első félévében zajlott le 881 fővel. Az életkori terjedelem 14–20 év, az életkori átlag 16,6 év, az életkori szórás 1,3 év volt. A mintában 44,6%-os volt a lányok aránya. Összesen öt, véletlenszerűen kiválasztott középiskola tanulói töltötték ki a kérdőívet. Az adatgyűjtés alapegységei a random módon kiválasztott osztályok voltak. Összesen 900 kérdőívet osztottunk ki, a válaszadási arány 97,9% volt. A kérdőívek kitöltése képzett mentálhigiénikusok segítségével történt az osztályfőnöki óra keretében. A válaszadás önkéntes és név nélküli volt.

A második felmérés döntően az én koncepcióimon alapult. Ennek adatait 2010. második félévében 2 szegedi általános iskolában vettük fel 7. és 8. osztályos tanulókkal. A lányok aránya 53,8%, az átlagéletkor 13,77; az életkori szórás 0,71 év volt. A felmérésben összesen 236 fő vett részt. Az adatgyűjtés alapegységei ezúttal is véletlenszerűen kiválasztott osztályok voltak. A felmérés az iskola igazgatójának és a szülőknek a beleegyezésével történt. A kérdőív kitöltetését 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 kérdőívcsomag 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.

7.2. Mérőeszközök

Ebben a részben azokat a mérőeszközöket, skálákat ismertetem, amelyeket a hipotézisekben, kutatási kérdésekben szereplő mutatók mérésére használtam fel. Ahol ez releváns, ott ismertetem az eszközök megbízhatósági mutatóit is.

a) Optimizmus

Az optimizmus mérésére a *Scheier* és *Carver* (1985) által kidolgozott *Életszemlélet teszt* (*Life Orientation Test,* röviden*: LOT*) nevű skála magyar verzióját alkalmaztam (**1. melléklet, 43. kérdés**). A diszpozícionális optimizmus szintjét tesztelő mérőeszköz négy semleges állítás mellett négy negatívan megfogalmazott itemet (például „Ritkán számolok azzal, hogy jó dolgok is történhetnek velem.”) és négy pozitívan strukturált itemet (például: „Bizonytalan időkben a legjobbat várom.”) tartalmaz. A válaszokat ötpontos, az egyetértés mértékét jelölő skálán lehet megadni. Az eszköz megbízhatósági mutatója=0,70.

b) Szubjektív jóllét.

A szubjektív jóllét mérésére a *Diener, Emmons, Larsen* és *Griffin* (1985) Élettel való elégedettség (*Satisfaction With Life Scale, SWL)* elnevezésű skáláját használtuk (**1. melléklet, 47. kérdés**). A skála öt állítást tartalmaz (például: „Az életkörülményeim kiválóak”). A válaszok 1-től 7-ig terjedő skálán mérhetők, ahol 1 = egyáltalán nem értek egyet az állítással, 7 = teljesen egyetértek az állítással. A végső skála pontszámai 5 és 35 között változhatnak. A saját mintával kiszámított megbízhatósági mutató (Cronbach-alpha) = 0,83.

c) Az egészségi állapot önértékelése

A serdülők *egészségi állapotának önértékelését Pikó* (2000), valamint *Tremblay, Dahinten* és *Kohen* (2003) nyomán a következő kérdéssel mértük (**1. melléklet, 46. kérdés**):

„Milyennek tartod egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?”

A tanulók a következő válaszokat adhatták: „Rossz”=1; „Elfogadható”=2; „Jó”=3; „Kiváló”=4.

d) Depresszió

A kedvezőtlen pszichés állapot felmérésére a 27 állításból álló rövidített *Gyermek Depresszió Kérdőívet* (*Children's Depression Inventory, CDI*) használtuk, amelyet *Kovacs* (1992) adaptált a *Beck Depression Inventory* nevű felnőttek részére készült mérőeszközből. Mind az eredeti, mind a rövidített verzió minden állítása egy-egy tünetet (mint például szomorúság) értékel, és ezeket 0-tól 2-ig terjedő értékkel kódolja. A CDI rövidített verziójának megbízhatóságát jelző Cronbach-alfa érték 0,74. A pontozást 3,375-el súlyoztuk a rövidített CDI-nél (az eredeti CDI itemjeinek száma (27)/a rövidített verzió itemjeinek száma (8)=3,375), abból a megfontolásból, hogy a jelen mintát más magyar, európai, illetve egyesült államokbeli serdülő mintával össze lehessen hasonlítani.

e) Észlelt stressz

Az egyének szubjektív stressz szintjét a *Cohen, Kamarck* és *Mermelstein* (1985) által kidolgozott Észlelt Stressz Skálával (*Perceived Stress Scale, PSS*) mértem (**2. melléklet, 15. kérdés**). A skála célja, hogy az egyén a segítségével értékelni tudja az életében előforduló helyzetekhez kapcsolódó stressz szintjét. A skála 14 állításból áll (Például „Milyen gyakran érezted, hogy nem tudod kontrollálni, befolyásolni az élet fontos dolgait?"). A válaszadónak az adatfelvételt megelőző kb. egyhónapos időszakra vonatkozóan kell megítélni egy ötfokú skálán (ahol 1 = „soha"; 5 = „nagyon gyakran"), hogy mennyire gyakran következik be életében az állításban leírt dolog.

f) A szocioökönómiai státusz

A gyermekek és serdülők szocioökonómiai státuszának egyik fontos ismérve a szülők társadalmi helyzete. Ezt az *apa és az anya iskolai végzettségének* alapján mértük fel (**1. melléklet, 8. kérdés**).

Ezen kívül a tanulóknak saját szubjektív véleményük szerint is meg kellett ítélniük a *társadalmi helyzetük*et (**1. melléklet, 10. kérdés**). Ez utóbbi változó a fiatalok társadalmi-gazdasági helyzetének validált mutatója, amely öt kategóriát foglal magába: felső osztály, felső közép-, közép-, alsó közép- és alsó osztály (*Pikó* és *Fitzpatrick*, 2007).

g) A szülői támogatás

Az anyai és apai támogatással való szubjektív elégedettséget *Turner* és *Marino* (1994) *Elégedettség a társas támogatással* (*Measures of Perceived Social Support, MPSS*) nevű skálájával mértem (korábbi hazai felhasználására lásd *Pikó*, 2002, **1. melléklet, 48. kérdés**). Az anyai és az apai támogatással való elégedettség skálája egyaránt hat állítást foglal magában. A magasabb összesített pontszám nagyobb fokú elégedettséget jelent. Az elégedettség mértéke az állításokkal való egyetértés szintjével határozható meg. Az egyetértés négy kategóriája a következő volt: 4 = „teljes mértékben egyetértek"; 3 = „részben egyetértek"; 2 = „kevésbé értek egyet" és 1= „egyáltalán nem értek egyet". Az összesített skálapontok 6–24 pont közé eshetnek. A skála megbízhatóságát jelző Cronbach-alpha értéke 0,92 (apai támogatás), illetve 0,91 (anyai támogatás) volt.

A szülői támogatást hivatott felmérni a *problémák megosztásával* kapcsolatos kérdés is (**1. melléklet, 12. kérdés**): „Milyen gyakran beszéled meg a problémáidat szüleiddel?" A lehetséges válaszok a következő állítások voltak: 1 = „Soha"; 2 = „Elég ritkán"; 3 = „Néhányszor"; 4 = „Legtöbbször"; 5 = „Mindig".

h) A nevelési gyakorlat és kontroll

A szülői nevelési praxis, illetve kontroll vizsgálatánál négy mutatót mértünk. Használtuk a „Milyen gyakran vacsorázik együtt a család?" kérdést. Ez a szakirodalom alapján a családi együttlét egyik mutatója (*Fitzpatrick*, 1997; *Kann*, 2001; *Pikó* és *Fitzpatrick*, 2007, **1. melléklet, 11. kérdés**).

A *szülői kontroll* szintjét az alábbi kérdésekkel mértük fel (**1. melléklet, 13. 14. kérdés**): (1) „Amikor a barátaiddal vagy, milyen gyakran tudják a szüleid, hogy hová mentek?" (2) „Milyen gyakran mondják meg a szüleid, hogy mikorra kell hazamenned?" A válaszlehetőségek a fenti kérdések mindegyikénél a következők voltak: 1 = „Soha"; 2 = „Elég ritkán"; 3 = „Néhányszor"; 4 = „Legtöbbször"; 5 = „Mindig".

Végül felmértem, hogy a fiatal mennyire fogadja el *szülei értékrendjét* (**1. melléklet, 48. kérdés**). Ez bizonyos szempontból szintén a szülői kontroll mértékére szolgáltat adatot. Erre a célra az *Unger, Ritt-Olson, Teran, Huang, Hoffman* és *Palmer*, 2002) által kifejlesztett értékskálák közül az 5 állításból álló gyermeki kötelesség alskálát alkalmaztuk (például: "Még akkor is tisztelnem kell szüleimet, ha nem értek egyet minden

cselekedetükkel”). A megkérdezetteknek az állításokat 4 fokú skála segítségével kellett értékelniük (1 = „egyáltalán nem értek egyet”, 4 = „teljes mértékben egyetértek”). A mérőeszköz skáláinak belső konzisztenciáját mérő megbízhatósági mutató (Cronbach-alpha) a saját mintánkon 0,73 volt.

e) Iskolával kapcsolatos mutatók

Az *iskolai elégedettség* felmérésére a következő kérdés szolgált (**1. melléklet, 15. kérdés**): „Hogyan érzed magad az iskolában?”. A tanulók válaszaikat négyfokozatú skála segítségével adták meg: 1 = „Nagyon jól” 2 = „Elég jól”; 3 = „Elég rosszul”; 4 = „Nagyon rosszul”.

A *tanári támogatás* szubjektív mértékének felméréséhez megkérdeztem (**1. melléklet, 12. kérdés**): „Milyen gyakran beszéled meg problémáidat tanáraiddal?" Négy lehetséges kategória közül kellett választani: 1 = „Soha”; 2 = „Elég ritkán”; 3 = „Néhányszor”; 4 = „Legtöbbször”; 5 = „Mindig”.

Végül az *iskolai teljesítmény*t is felmértük. Megkérdeztük, hogy a tanuló általában milyen jegyeket kap az iskolában. A válaszokat egy 1-től 7-ig terjedő skálán lehetett megadni (1 = „többnyire egyest vagy kettest”; 7 = „többnyire ötöst”) (*Fitzpatrick* 1997; *Pikó* 2002).

f) Kortársakkal kapcsolatos mutatók

A kortársak társas hatásait két kérdéssel mértem fel (*National Survey on Drug Use,* 2002 alapján). A tanulónak válaszként egy számot kellett írnia a pontozott vonalra.

(1) „A családtagjaidon kívül hány olyan barátod van, akivel közös az érdeklődési vagy tevékenységi köröd?” (**1. melléklet, 44. kérdés**)

(2*) „*A családtagjaidon kívül hány igazán jó barátod van, akit valóban kedvelsz, és aki törődik veled?” (**1. melléklet, 45. kérdés**)

g) Egészségvédő és egészségkockázati magatartások

Az egészségvédő magatartásoknál a legutolsó három hónapra vonatkozó *fizikai aktivitás* (sport, munka) és az *egészséges táplálkozás* gyakoriságát mértük fel (*Luszczynska, Gibbons, Piko* és *Tekozel*, 2004). A fizikai aktivitás esetében a következő kérdés szerepelt (**1. melléklet, 41. kérdés**): „Az ELMÚLT HÓNAPBAN milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?”

Az étkezéssel kapcsolatban az alábbi kérdést tettem fel (**1. melléklet, 42. kérdés**):
„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?”
A vizsgálati személyek válaszukat egy 6 fokú gyakorisági skálán adhatták meg. A fizikai aktivitásnál 1= „Soha”; 6= „Heti három vagy több alkalommal”. Az egészséges étkezésnél 1= „Egyáltalán nem”; 6= „Mindig”.
Az egészségkockázati magatartások esetében a *dohányzás,* az *alkoholfogyasztás* és a *nagyivászat* gyakoriságát vizsgáltuk szintén a felmérés előtti három hónapra vonatkozóan (*Kann*, 2001). A dohányzás kapcsán ez a kérdés szerepelt (**1. melléklet, 28. kérdés**):
„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?”
Az alkoholfogyasztást felmérő skála kérdése a következő volt (**1. melléklet, 30. kérdés**):
„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?”
Végül a nagyivászat kapcsán a következő kérdést tettük fel (**1. melléklet, 31. kérdés**):
„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?”
A vizsgálati személyek válaszukat ezúttal is egy 6 fokú gyakorisági skálán adhatták meg. A dohányzás kapcsán 1= „Egyáltalán nem”; 6= „20 szálnál többet naponta”. Az alkoholfogyasztás esetében 1= „Egyszer sem”; 6= „Több, mint 40-szer”. A nagyivászatnál 1= „Egyszer sem”; 6= „10-szer vagy többször”.

h) Serdülők coping stratégiái

Az egyes coping stratégiák használatának gyakoriságát az Adolescent Coping Scale (ACS, *Frydenberg* és *Lewis*, 1993) nevű skála segítségével mértük (**2. melléklet, 4. kérdés**). Az mérőeszközt kifejezetten a serdülők coping repertoárjának megismerésére fejlesztették ki. Az eszköz 79 állítást foglal magába, a válaszokat 5 fokú skála segítségével lehet megadni, ahol 1 = „Nem alkalmazom, vagy nem csinálom ezt”; 5 = „Nagyon gyakran használom”. A 79 item 18 alskálába sorolható: Társas támasz keresése; a Probléma megoldására fókuszálás; Kemény munka és megvalósítás; Aggodalom; Szoros barátságok fenntartása; Valakihez tartozás; Vágyálom; Tehetetlenség; Feszültségcsökkentés; Társas cselekvés; Probléma ignorálása; Önvád; Probléma elhallgatása; Spirituális segítség keresése; Pozitívumokra való fókuszálás; Segítség szakembertől; Relaxáció; Fizikai rekreáció. Az **1. táblázat** ezeket az alskálákat mutatja be egy-egy példaitem segítségével. Az egyes alskálák mellett azok belső konzisztenciáját is feltüntettem. A 18 alskála 3 nagyobb csoportba sorolható, amelyek egy-egy coping stílust fejeznek ki (*Frydenberg* és *Lewis*,

1993): Problémamegoldó stílus; Non-produktív stílus; Másokra támaszkodó stílus. A problémamegoldó coping stílus olyan megküzdési formákra utal, amelyekkel az egyén úgy kezeli a problémát, hogy közben egészséges, fitt, optimista marad, és társas kapcsolatai is fennmaradnak. Ez a fő skála az alábbi alskálákat foglalja magában: Társas támasz keresése; Probléma megoldására fókuszálás; Fizikai rekreáció; Relaxáció; Szoros barátságok fenntartása; Valakihez tartozás; Kemény munka és megvalósítás; Pozitívumokra való fókuszálás. A Non-produktív coping stílus főként elkerülő coping stratégiákat takar. Ilyen az Aggodalom, a Valakihez tartozás, a Vágyálom, a Tehetetlenség, a Feszültségcsökkentés, a Probléma ignorálása, a Probléma elhallgatása és az Önvád. A másokra támaszkodó coping stílussal az egyén kortársak, szakemberek az Isten segítségét kéri a probléma megoldásához. Ide tartoznak a következő coping stratégiák: Társas támasz keresése; Társas cselekvés; Spirituális segítség keresése; Segítség szakembertől. A skálát a validálásnál megszokott eljárással fordítottuk le: külön-külön fordítással és visszafordítással, majd konszenzusos elfogadással. A kérdőívet a közeljövőben kívánjuk validálni, így a skálával kapcsolatos eredmények pilot studynak tekinthetőek.

1. táblázat. Az ACS 18 alskálája (Frdenyberg, 2008, 50. o.)

Alskála neve és meghatározása	Példa item	Cronbach alfa
1. ***Társas támasz keresése***: hajlandóság a probléma másokkal való megosztására	*Más emberekkel beszélgetek a problémámról, hogy segítsenek azt megoldani.*	0,65
2. ***Probléma megoldására fókuszálás***: probléma-fókuszú stratégia, a problémával való szisztematikus megbirkózás, a probléma tanulmányozása, több nézőpont, vélemény figyelembe vétele	*A legjobb tehetségem szerint dolgozom a probléma megoldásán.*	0,60
3. ***Kemény munka és megvalósítás***: ez a stratégia elköteleződést, megvalósítást és szorgalmat jelent	*Keményen dolgozom.*	0,61
4. ***Aggodalom***: állítások, amelyek a jövővel kapcsolatos általános, vagy speciális borúlátást, vagy a boldogággal kapcsolatos aggodalmat jeleznek	*Aggódom a jövőm miatt.*	0,78
5. ***Szoros barátságok fenntartása***: intim kapcsolatoknak való elköteleződés	*Több időt töltök a barátommal/barátnőmmel.*	0,76
6. ***Valakihez tartozás***: az egyén másokhoz fűződő viszonyaival kapcsolatos törődést vagy aggodalmat fejez ki	*Igyekszem javítani kapcsolataimat másokkal.*	0,54
7. ***Vágyálom***: reménnyel, pozitív kimenetelek anticipációjával kapcsolatos állítások	*A legjobbat remélem.*	0,66
8. ***Társas cselekvés***: az egyén mások tudtára adja, hogy mi zavarja, petíciókat ír, vagy összejövetelt szervez	*Hasonló gondokkal küzdő emberekhez csatlakozom.*	*0,40*
9. ***Feszültségcsökkentés***: az egyén megpróbálja jobban érezni magát, vagy csökkenteni a feszültséget	*Alkohol, cigaretta, drog (nem gyógyszer) segítségével próbálom jól érezni magam.*	*0,56*
10. ***Tehetetlenség***: a skála állításai kifejezik, hogy az egyén képtelen valamit is kezdeni a problémával, illetve pszichoszomatikus tünetek kialakulását is jelzik	*Egyszerűen feladom.*	0,65
11. ***Probléma ignorálása:*** a probléma tudatos kirekesztése, rezignáltság és annak elfogadása, hogy nincs mód a megoldásra	*Semmibe veszem a problémát.*	*0,55*
12. ***Önvád***: az egyén magát teszi felelőssé a bajért.	*Magamat hibáztatom.*	0,80
13. ***Probléma elhallgatása***: az egyén visszahúzódik másoktól, nem akarja másokkal megosztani a problémát	*Magamban tartom az érzéseimet.*	0,68
14. ***Spirituális segítség keresése***: olyan állítások, amelyek imádkozásra vagy egy spirituális hatalomba vetett hitre utalnak	*Segítségért és útmutatásért imádkozom, hogy minden rendben legyen.*	0,87
15. ***Pozitívumokra való fókuszálás***: az állítások a szituáció pozitív és derűs felfogását tükrözik.	*A dolgok napos oldalát nézem, és csupa jó dologra gondolok.*	*0,51*
16.***Segítség szakembertől***: professzionális tanácsadóra (pl. tanár, tanácsadó) utaló állítások	*Segítséget kérek egy szakembertől.*	0,88
17. ***Relaxáció***: Olyan szabadidős foglalkozásokat ír le, mint pl. az olvasás és festés	*Módot találok a pihenésre, pl. zenét hallgatok, könyvet olvasok, hangszeren játszok, TV-t nézek.*	*0,55*
18. ***Fizikai rekreáció***: sporttal, testmozgással kapcsolatos állítások	*Sportolok.*	0,60

i) Automatikus gondolkodás, problémaorientáció

A feladat, amelyet a gyerekek automatikus gondolkodásának felmérésére szolgált, eredetileg a Best of Coping elnevezésű intervenciós program *(Frydenberg* és *Brandon* 2002) egyik elemét képezi (**2. melléklet, 14. kérdés**).

A program eredeti célkitűzése az, hogy fejlessze a gyerekek adaptív coping készségét, amellyel hatékonyan reagálhatnak a stresszes, kritikus helyzetekre. Emellett az olyan diszfunkcionális megküzdési formák minimalizálást vagy kiiktatását célozza, amelyek az alkalmazkodást nem segítik, és a fizikai és mentális egészségre ártalmasak lehetnek. Az intervenciós program 10 modult foglal magában. A második, úgynevezett „Jó gondolkodás" egyik gyakorlatát használtam fel.

A feladattal az automatikus gondolatok, a belső beszéd, valamint az érzések közötti kapcsolatot lehet demonstrálni a tanulóknak. Ezen kívül a gyerekek a feladat segítségével az automatikus negatív gondolatok pozitív átkeretezését, tulajdonképpen a pozitív problémaorientáció kifejlesztését is gyakorolhatják.

A gyakorlat egy potenciális konfliktust ír le: a narrátor megbeszélt barátjával egy közös mozizást, ám a barát nem jelenik meg időben a film vetítésére. Később egy közös ismerős közli, hogy látta a szóban forgó barátot egy csapat másik gyerekkel együtt vidáman nevetgélve. A válaszadónak be kell számolnia arról, hogy ebben a helyzetben mi lenne az első gondolata, és hogy mi lenne az első érzése. A következő lépésben három lehetséges magyarázatot kap arra, hogy valójában miért nem jelent meg a barát a megbeszélt találkára.

Az első magyarázat szerint a barát azért mond le a mozizásról, mert inkább egy másik társasággal pizzázik, amelyre a narrátort is el akarta hívni, de sikertelenül.

A második verzióban a barát rosszul emlékszik a megbeszélt időpontra, és egy korábbi vetítésre megy el.

A harmadik helyzetben a barát bátyjának elmondása szerint az édesanyjuk balesetet szenvedett. A barát az édesanyával tartott, és ezért nem tudott megjelenni a megbeszélt helyen és időpontban.

A válaszadónak az összes esetben a narrátor helyzetébe kellett helyeznie magát, és meg kell ítélnie a szituációval kapcsolatos első gondolatait és érzéseit. A gyerekek válaszaikat a megadott pontozott részre írhatták le.

8. Serdülőkori optimizmus, coping és jóllét

Ebben a fejezetben a serdülők optimizmusa, megküzdési stratégiája és jólléte közötti kapcsolatot érintő eredményeket tárgyalom. Először azokat az elemzéseket tekintem át, amelyekkel különböző szempontok szerint külön-külön vizsgáltam az optimizmus és a jólléttel kapcsolatos különféle mutatók viszonyát, valamint a coping stratégiák és a jólléti mutatók kapcsolatát. Ezt követően írom le azt az elemzést, amellyel – a korábbi elemzések egyfajta szintéziseként - az optimizmust, a coping stratégiákat és a jólléti mutatókat is magába foglaló modellt teszteltem.

8.1. A serdülők optimizmusát magyarázó szocioökonómiai és társas változók

Az optimizmus társas és szocioökonómiai magyarázó változóinak feltárásával a módszer jellegéből fakadóan ok-okozati kapcsolatra nem tudunk következtetni. Mindenesetre ezek az eredmények megvilágíthatják, hogy mely társas tényezők magyarázhatják a serdülőkori diszpozícionális optimizmus egyéni különbségeit. Még fontosabb, hogy az adatokból arra is következtethetünk, hogy ezek a környezeti tényezők milyen mértékben magyarázzák ezeket az egyéni eltéréseket (lásd H_1). A vizsgálat eredményeit és diszkussziót némi módosítással két cikkünk alapján írtam le (lásd *Pikó* és *Hamvai*, 2010b, *Hamvai* és *Pikó*, 2011a). A disszertációban leírt elemzésbe bevontam a kortárs változókat is, illetve bővítettem a szülőkkel és a családdal kapcsolatos változók körét.

8.1.1. Statisztikai eljárások

A statisztikai elemzést a 2008-as Szegedi Ifjúságkutatás adatbázisán végeztem el. Az optimizmust magyarázó változókra többváltozós regresszió elemzéssel kerestem modellt. A modell magyarázó változói a szocioökonómiai státusz, a szociodemográfiai változók (nem és kor), a szülői támogatással kapcsolatos mutatók, a nevelési praxis mutatója, az iskolával kapcsolatos mutatók, valamint a kortársakkal kapcsolatos változók voltak. A szociodemográfiai változók közül a nem, mint dummy változó került be a modellbe, ahol 0=férfi, 1=nő volt. A függő változó az optimizmust mérő LOT pontszám volt.

A statisztikai elemzéshez minden esetben az IBM SPSS Statistics nevű szoftver 20-as verzióját használtam.

8.1.2. Eredmények

A LOT pontszámra vonatkozó többváltozós lineáris regresszió elemzés eredménye a **2. táblázat**ban látható.

A szülőkkel és családdal kapcsolatos változók közül az apa iskolai végzettsége (β=0,14; p<0,001) és a problémák megbeszélése a szülőkkel (β=0,17; p<0,001) volt a LOT pontszám szignifikáns prediktora. Mindkettő pozitív irányban magyarázta a függő változót.

További szignifikáns magyarázó változó volt az iskolai változók közül az iskolai elégedettség (β=0,09; p<0,01).

A szülői és családi változók már önmagukban is a modell 13,4%-át magyarázták, a többi változó nem növelte számottevően a modell magyarázó erejét. A modell összesen a variancia 15%-át magyarázta.

2. táblázat. A LOT pontszámot leíró többváltozós regresszió elemzés változói és béta együtthatói

Magyarázó változók	*Béta*
Szülői és családi változók	
Apa iskola végzettsége	0,14***
Anya iskolai végzettsége	0,06
Társadalmi helyzet besorolás	0,05
Vacsora a családdal	0,05
Problémák megbeszélése a szülőkkel	0,17***
A szülők megmondják, mikorra kell hazamenni	-0,06
A szülők tudják, hogy gyermekük hol van	0,01
Apai társas támogatás	0,06
Anyai társas támogatás	0,02
A szülői értékrend elfogadása	0,04
Iskolai változók	
Iskolai teljesítmény	-0,06
Elégedettség az iskolával	0,09**
Problémák megbeszélése a tanárokkal	0,00
Kortárs változók	
Barátok, akikkel közös az érdeklődés	0,08
Barátok, akik törődnek vele	0,04
Demográfiai változók	
Nem (1=nők)	-0,03
Életkor	0,00
Konstans	16,41***
R^2	0,15***

**p<0,01 ***p<0,001; egyoldalú t-teszt

8.2. Az optimizmus mint az egészség mutatók és egészségkockázati mutatók magyarázó változója

Ebben a részben a H_2 és H_3 hipotéziseket érintő eredményeket tekintem át. Vagyis azt a kérdéskört tárgyalom, hogy a serdülők vonás optimizmusa milyen egészségvédő és egészségkockázati magatartásokat magyaráz illetve, hogy a pszichológiai jóllét mely mutatóit jósolja be szignifikánsan. Az eredmények két publikációnkon (lásd, *Pikó* és *Hamvai*, 2010b; *Hamvai* és *Pikó*, 2011a) és a 2008-as felmérés adatbázisán alapulnak.

8.2.1. Statisztikai eljárások

Logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltam, hogy az optimizmusnak milyen szerepe van az egészségmagatartások és a pszichológiai jóllét pozitív és negatív mutatóinak alakulása szempontjából. Az elemzést egyenként végeztem el minden mutatóra úgy, hogy az optimizmus volt a magyarázó változó, az egészségmagatartás, pszichés alkalmazkodás és jóllét mutatói pedig a függő változók. Az elemzés érdekében a függő változókat dichotomizáltam, ennek szempontjait a **3. táblázat**ban is feltüntettem.
A lehetséges dichotomizált kategóriák az egyes mutatóknál a következők voltak:

- A dohányzásnál: legalább egyszer dohányzott (igen/nem).
- A nagyivásnál: legalább egyszer fogyasztott nagy mennyiségben alkoholt (igen/nem).
- A fizikai aktivitásnál: minimum hetente egyszer mozgott (igen/nem).
- Az egészséges étrendnél: legtöbbször vagy mindig figyelt az étrendre (igen/nem).
- A depressziónál: a CDI pontszám nagyobb vagy egyenlő, mint 20/kisebb, mint 20.
- Az élettel való elégedettségnél: az SWL pontszám nagyobb vagy egyenlő, mint 30/kisebb, mint 30.
- Az egészségi állapot értékelésénél: jó/kitűnő vs. rossz/elfogadható.

Megjegyzés: látható lesz, hogy a 8.3. részben tárgyalt eljárástól eltérően dichotomizáltam az egészségmagatartások változóit. Ebben a vizsgálatban azért változtattam a módszeren, mert korábban kiderült, hogy az egyszerű „igen” „nem” besorolással nagyon nagy különbségeket kapunk a két kategória eloszlásában.

Az elemzést az SPSS 15.0 for Windows Release programcsomaggal végeztem.

8.2.2. Eredmények

A **3. táblázat** mutatja be az egészségmagatartás dichotomizált mutatóinak százalékos eloszlását. Ugyanebben a táblázatban tüntettem fel a metrikus változók átlagait és szórásait is. A vizsgálatot megelőző három hónapban a diákok 38,5%-a dohányzott, 68,6%-a fogyasztott nagy mennyiségű alkoholt legalább egyszer. A vizsgált időszakban 65,9%-uk végzett legalább egy héten egyszer fizikai aktivitást, és 78,6%-uk számolt be arról, hogy legtöbbször vagy

mindig figyelt az egészséges étkezésre. A tanulók 66,9%-a jónak vagy kitűnőnek értékelte saját egészségi állapotát.

A **4. táblázat** a logisztikus regresszió elemzéssel számolt esélyhányadosokat (OR) mutatja be, amelyek az optimizmusnak az egészségmagatartásokra és a pszichológiai jóllét pozitív és negatív mutatóira kifejtett hatását becsülik. Az OR számlálójában tulajdonképpen a nagyobb gyakoriságot vagy a nagyobb pontszámot kifejező esély, nevezőjében pedig a kisebb gyakoriságot vagy pontszámot jelentő esély található. Ezért az egészségkockázati viselkedéseknél, illetve a CDI pontnál az egynél kisebb OR esetében feltételezhetjük az optimizmus protektív hatását. Az egészségvédő magatartásoknál, az SWL pontszámnál és az egészségi állapot önértékelésénél pedig az egynél nagyobb OR esetében beszélhetünk az optimizmus protektív hatásáról.

Ennek alapján az optimizmus minden függő változó esetében protektív hatást mutatott az előzetes hipotéziseknek megfelelően (H_2-H_3). A LOT pontszám alakulása szignifikánsan bejósolta a nagyivászat kisebb esélyét (OR=0,971, $p<0.05$); a minimum heti egyszeri fizikai aktivitás előfordulásának nagyobb esélyét (OR=1,045, $p<0.001$); a legtöbbször vagy mindig követett egészséges étrend előfordulásának nagyobb esélyét (OR=1,070, $p<0.001$). A dohányzásnak viszont a LOT nem volt szignifikáns prediktora. Ezen kívül a LOT szignifikáns magyarázó változója volt a kisebb szintű CDI pontszámnak (OR=0,851, $p<0.001$); a magasabb SWL pontszámnak (OR=1,351, $p<0.001$), valamint az egészségi állapot magasabb önértékelésének (OR=1,179, $p<0.001$).

3. táblázat. A dichotomizált egészségmagatartások, CDI, LOT, SWL leíró statisztikája

Dichotomizált változók és értékeik		*Százalék*	
Dohányzás (legalább egyszer)			
Igen		38,5	
Nem		61,5	
Nagyivászat (legalább egyszer)			
Igen		68,6	
Nem		31,4	
Fizikai aktivitás (minimum egyszer egy héten)			
Igen		65,9	
Nem		34,1	
Egészséges étrend (legtöbbször vagy mindig)			
Igen		78,6	
Nem		21.4	
Egészségi állapot önértékelése			
Jó/Kitűnő		66,9	
Rossz/Elfogadható		33,1	
Metrikus változók	Átlag (szórás)	Minimum	Maximum
CDI	8,11 (8,04)	0	47
LOT	28,11 (5,50)	9	40
SWL	21,79 (6,37)	5	35

CDI=depresszió pontszám; LOT=optimizmus pontszám; SWL=élettel való elégedettség pontszám

4. táblázat. A LOT pontszám összefüggése az egészségmagatartásokkal, a CDI, SWL pontszámmal és az egészségi állapot önértékelésével-logisztikus regresszió elemzés

Függő változók	Független változó: LOT OR[a] 95% CI[b]
Nagyivászat *legalább egyszer*	0,971 (0,945-0,998)*
Dohányzás *legalább egyszer*	0,991 (0,966-1,017)
Fizikai aktivitás *legalább egyszer egy héten*	1,045 (1,017-1,073)**
Egészséges étkezés *legtöbbször/mindig*	1,070 (1,039-1,102)**
CDI *Pont >=20*[+]	0,851 (0,799-0,905)**
SWL *Pont >=30*[+]	1,351 (1,239-1,472)**
Egészségi állapot önértékelése *jó/kiváló*	1,179 (1,128-1,233)**

[a]OR = Esélyhányados [b]95% CI = Konfidencia intervallum CDI = depresszió
SWL = élettel való elégedettség LOT = optimizmus *p<0,05 **p<0,001 (p értékek)

8.3. Az egészségmagatartások és az optimizmus kapcsolata

Ebben a részben a H_4 és H_5 hipotézisekkel kapcsolatos eredményeket tekintem át. Az előző részben tárgyalt eljáráshoz képest itt tulajdonképpen ellentétes irányú logikával teszteltem az optimizmus egészségvédő szerepét. Ebbe a vizsgálatba az optimizmus mellett a pesszimizmust is bevontam. Azt néztem meg, hogy a nemek, illetve az egészségmagatartások előfordulásának vonatkozásában milyen különbség van a serdülők pesszimizmus és optimizmus pontszámában. Az eredményeket *Hamvai* és *Pikó* (2011b) cikke nyomán ismertetem, amely a 2008-as vizsgálat adatbázisán alapul.

8.3.1. Statisztikai eljárások

A hipotéziseket kétszempontos ANOVA statisztikai eljárással vizsgáltam. Számos eredményből (például (*Chang* és *McBride*, 1996; *Kubzansky* és mtsai, 2004) kiderült, hogy a LOT két faktorra bontható. A pozitív tartalmú állítások az optimizmus faktorhoz, a negatív itemek pedig a pesszimizmus faktorhoz sorolhatóak. Éppen ezért *Szondy* (2008) nyomán minden egyes személynél a 4 pozitív (1. 4. 5. és 11. item, lásd **1. melléklet, 43. kérdés**) illetve a 4 negatív állításra (3. 8. 9. és 12. item, lásd **1. melléklet, 43. kérdés**) adott pontok összegéből számoltam ki az adott egyén optimizmus, illetve pesszimizmus értékét. Ezekre az

értékekre, mint függő változókra külön-külön végzetem el a kétszempontos ANOVA-t a következő elrendezésekkel: fizikai aktivitás x nem; étrend x nem; dohányzás x nem; alkoholfogyasztás x nem. Mivel tehát a nemen kívül az egészségmagatartás mutatói voltak a független csoportosító változók, ezért dichotomizáltam azokat. Minden mutatót egy „igen" vagy egy „nem" csoportba soroltam (Például Az elmúlt 3 hónapban ivott–e alkoholt a tanuló. Igen/Nem). A statisztikai elemzéshez SPSS 15,0 for Windows Release szoftvert használtam.

8.3.2. Eredmények

A két nem közötti különbségek leíró statisztikáját az **5. táblázat** tartalmazza. Az optimizmus és a pesszimizmus esetében két mintás t-próbát alkalmaztam, ahol a csoportosító változó (faktor) a nem volt. Az elemzés nem jelzett szignifikáns különbséget a két nem optimizmus és pesszimizmus értékei között.

A két nem fizikai aktvitása, egészséges étkezése, dohányzása, alkoholfogyasztása közötti különbséget, leíró statisztikát chi^2 próba alkalmazásával számítottuk ki. A chi^2 próba mindkét egészségvédő magatartás esetében szignifikáns kapcsolatot jelzett a válasz minősége (igen/nem) és a nem között. Ez alapján úgy tűnik, hogy valamivel nagyobb volt a fizikai aktivitást végző fiúk aránya a megelőző három hónapban, és nagyobb volt azoknak a lányoknak az aránya, akik ebben az időszakban egyáltalán nem mozogtak. Az adatokból kiderül, hogy a lányok szignifikánsan nagyobb arányban követtek valamilyen egészséges étrendet a fiúkhoz képest, míg a fiúk közül a lányokhoz viszonyítva többen voltak azok, akik az adatfelvételt megelőző három hónapban egyáltalán nem figyeltek étkezési szokásaikra. A chi^2 próba nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a két egészségkockázati magatartás, és a nem között.

5. táblázat. Az optimizmus, pesszimizmus, és a dichotomizált egészségmagatartások leíró statisztikája

	Fiúk (n=488)	Lányok (n=393)	Szignifikancia
Optimizmus* Átlag (Szórás)	14,7 (3,3)	14,5 (3,5)	p>0,05
Pesszimizmus* Átlag (Szórás)	10,7 (3,6)	10,3 (3,4)	p>0,05
Fizikai aktivitás (%)**			
Nem	2,3	7,4	
Igen	97,7	92,6	P<0,001
Étrend (%)**			
Nem	26,7	14,9	
Igen	73,3	85,1	P<0,001
Dohányzás (%)**			
Nem	47,4	43,2	
Igen	52,6	56,8	p>0,05
Alkohol (%)**			
Nem	12,9	13,3	
Igen	87,1	86,7	p>0,05

*t-próba **chi^2 próba

A kétszempontos ANOVA eredményeit a **6. táblázat,** a függő változók átlagait és szórásait a különböző esetekben a **7. táblázat** foglalja össze.

6. táblázat. Az optimizmus és pesszimizmus függő változókra alkalmazott kétszempontos ANOVA eljárások F értékei és szignifikancia szintjei.

Faktor	Optimizmus (szabadságfok)	Pesszimizmus (szabadságfok)
Fizikai aktivitás x Nem	5,0* (1, 842)	0,7 (1, 833)
Fizikai aktivitás	9,3**	0,3
Nem	3,3	0,3
Étrend x Nem	2,9 (1, 840)	0,3 (1, 831)
Étrend	13,4***	0,3
Nem	4,8**	1,0
Dohányzás x Nem	0,9 (1, 837)	0,1 (1, 828)
Dohányzás	0,7	7,9**
Nem	0,9	3,5
Alkoholfogyasztás x Nem	4,5** (1, 840)	2,3 (1, 831)
Alkoholfogyasztás	0,6	1,5
Nem	0,8	0,02

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

7. táblázat. Az optimizmus és pesszimizmus pontértékek átlaga és szórása a dichotomizált egészségmagatartások és a nemek függvényében.

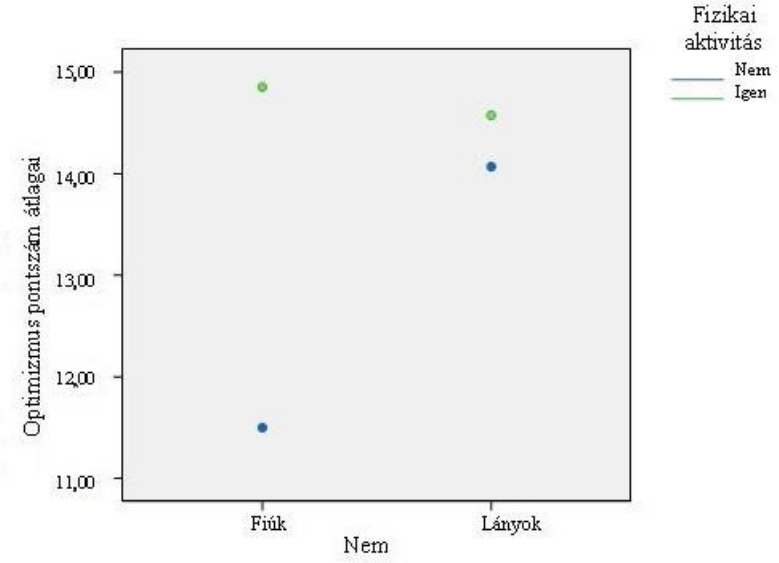
	Fizikai aktivitást		Egészséges étrendet		Cigarettára		Alkoholt	
	végzett	nem végzett	követett	nem követett	rágyújtott	nem gyújtott	fogyasztott	nem fogyasztott
Optimizmus pontértékek átlaga és szórása								
	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)
Fiúk	14,9	11,5	14,9	14,3	14,8	14,8	14,8	14,4
	(3,3)	(4,6)	(3,1)	(3,9)	(3,5)	(3,2)	(3,3)	(3,6)
	n=451	n=10	n=339	n=120	n=243	n=215	n=400	n=60
Lányok	14,6	14,1	14,8	13,2	14,3	14,8	15,4	14,4
	(3,5)	(3,7)	(3,4)	(3,9)	(3,6)	(3,3)	(3,5)	(3,5)
	n=353	n=29	n=325	n=57	n=217	n=163	n=330	n=51
Pesszimizmus pontértékek átlaga és szórása								
	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)	átlag (szórás)
Fiúk	10,7	11,7	10,8	10,8	11,1	10,3	10,9	9,9
	(3,6)	(3,9)	(3,6)	(4,0)	(3,5)	(3,7)	(3,6)	(3,8)
	n=447	n=9	n=32	n=122	n=242	n=211	n=396	n=59
Lányok	10,3	10,8	10,3	10,8	10,9	10,2	10,3	10,4
	(3,4)	(3,5)	(3,4)	(3,3)	(3,5)	(3,6)	(3,4)	3,7
	n=349	n=29	n=349	n=57	n=376	n=371	n=326	n=51

Az ANOVA eredményeit a **6. táblázat** tartalmazza. A **7. táblázat** mutatja be az egyes esetekre vonatkozó átlagokat és szórásokat. Szignifikáns fizikai aktivitás főhatást mértem: a fizikai aktivitást végzők/nem végzők optimizmus pontszáma is szignifikánsan különbözött ($F(1, 842)=9,3$; $p<0,05$), mely szerint a fizikai aktivitást végzők szignifikánsan magasabb diszpozícionális optimizmussal bírtak, mint azok, akik nem mozogtak a vizsgált időszakban. A szignifikáns fizikai aktivitás x nem interakció ($F(1, 842)=5,0$; $p<0,05$, **1. ábra**) viszont azt is jelzi, hogy ez az összefüggés erősebb a fiúk esetében.

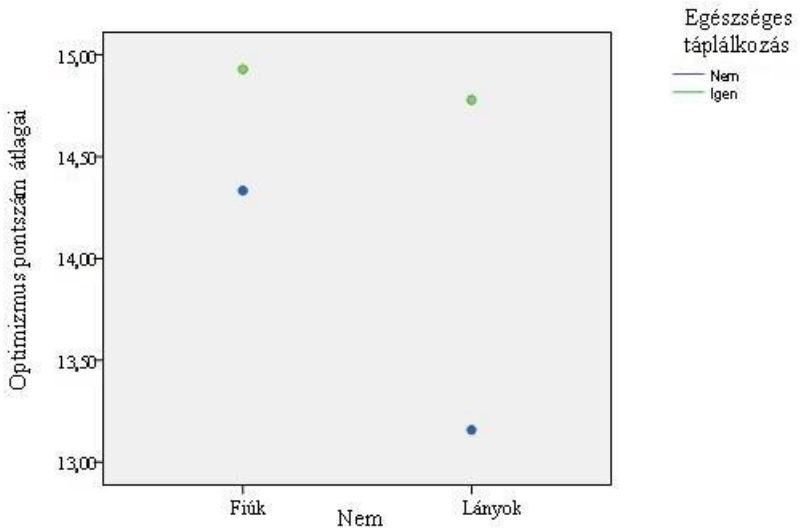
Szignifikáns egészséges étrend főhatást (($F(1, 840)=13,4$; $p<0,001$, **2. ábra**) illetve nem főhatást ($F(1, 840)=4,8$; $p<0,01$, **2. ábra**) mértem a diszpozícionális optimizmus pontértékére. Ezek alapján megállapítható, hogy az adatfelvétel előtti három hónapban egészséges étrendet követők, illetve a fiúk szignifikánsan magasabb optimizmussal jellemezhetők.

Végül szignifikáns alkoholfogyasztás x nem interakciót mértem a diszpozícionális optimizmus pontszámra ($F(1, 840)=4,5$; $p<0,01$ **3. ábra**). Ez arra utal, hogy a vizsgált periódusban az alkoholt nem fogyasztó lányoknak szignifikánsan magasabb volt a diszpozícionális optimizmusa, mint az alkoholfogyasztó lányoknak. Másrészt viszont a fiúknál az alkoholfogyasztók diszpozícionális optimizmusa volt magasabb a szeszes italt nem fogyasztókéhoz képest.

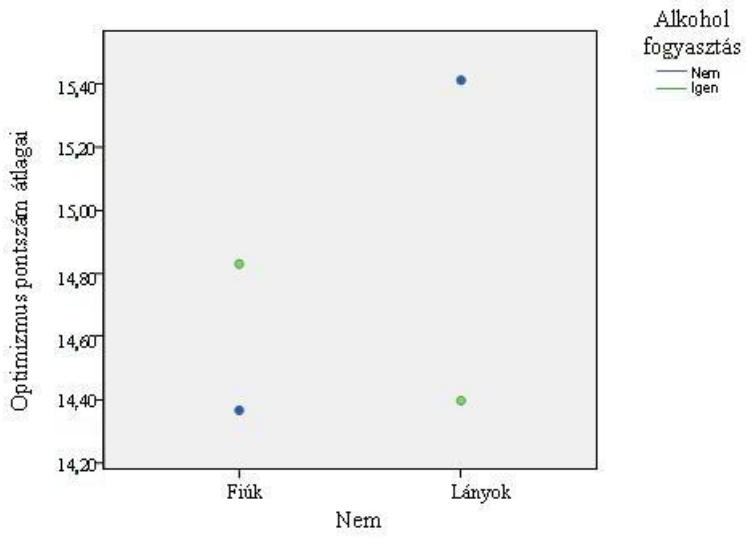
A pesszimizmus esetében nem találtam szignifikáns interakciókat, és csupán egy esetben adódott szignifikáns főhatás. A dohányzóknak szignifikánsan nagyobb volt a pesszimizmus pontszáma, mint a nem dohányzóknak (F(1, 828)=7,9; p<0,01., **4. ábra**). Vagyis azok a tanulók, akik a felmérést megelőző három hónapban dohányoztak, szignifikánsan pesszimistábbak voltak, mint azok, akik nem gyújtottak rá ebben az időszakban.



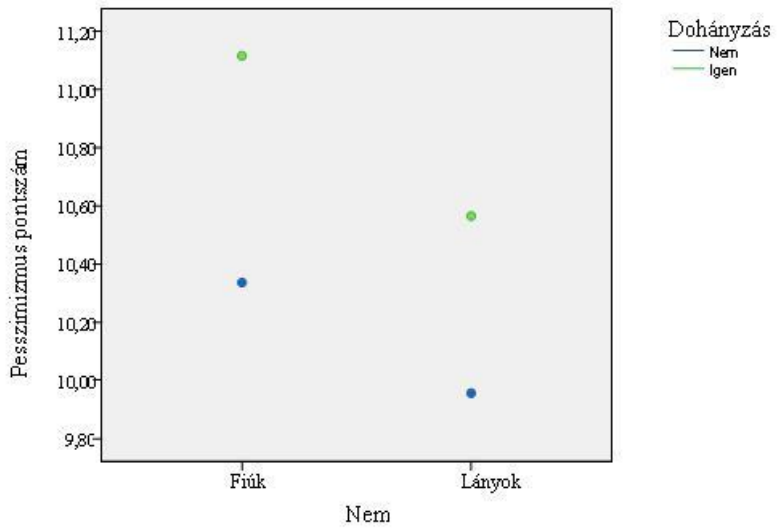
1. ábra. A fizikai aktivitás a nem és az optimizmus közötti összefüggés



2. ábra. Az egészséges táplálkozás, a nem és az optimizmus közötti összefüggés



3. ábra. Az alkoholfogyasztás, a nem és az optimizmus közötti összefüggés



4. ábra. A dohányzás, a nem és a pesszimizmus közötti összefüggés

8.4. Az egészségmagatartások és a coping stratégiák kapcsolata

Ebben a részben a H_6-H_8 hipotézisekkel kapcsolatos eredményeket tekintem át. Ezek a coping stratégiák és az egészségmagatartások viszonyát tárják fel. Más jólléti mutatóknak (egészen pontosan a pszichológiai alkalmazkodással kapcsolatos indikátoroknak) a megküzdéssel való kapcsolatát a következő részben tárgyalom. Az itt bemutatott eredmények *Hamvai* és *Pikó* (2013a) publikációján alapulnak. Az elemzéshez a 2010-es adatbázis használtam.

8.4.1. Statisztikai eljárások

Bár az itt tárgyalt függő változók (az egészségmagatartás mutatói) ordinális szintűek voltak, a dichotomizálás túl nagy mértékű információs redukcióval járt volna együtt. A hipotéziseim (H_6-H_8) vizsgálatához stepwise módszerű lineáris regresszió elemzést futtattam le. Ezzel a módszerrel a magyarázó változók prediktív erejük szerint rangsorolhatók. A modell magyarázó változói az egyes megküzdési stratégiák gyakorisági pontszámai voltak. Ebbe az elemzésbe csak azokat a coping stratégiákat vontam be, amelyeknek belső konzisztenciája minimum 0,60 volt. Ugyanis az ACS-sel kapcsolatos előzetes kutatások alapján (lásd pl. *D'Anastasi* és *Frydenberg*, 2005; *Ferrari, Nota, Soresi* és *Frydenberg*, 2007) a coping alskálák Cronbach alfái 0,60-0,87 között alakultak. Így itt csupán a következő coping stratégiák szerepelnek: Társas támasz keresése; Probléma megoldására fókuszálás; Kemény munka és megvalósítás; Aggodalom; Szoros barátságok fenntartása; Vágyálom; Tehetetlenség; Önvád; Probléma elhallgatása; Spirituális segítség keresése; Segítség szakembertől; Fizikai rekreáció. A következő alskálák maradtak ki az elemzésből: Valakihez tartozás; Társas cselekvés; Feszültség csökkentés; Probléma ignorálása; Pozitívumokra fókuszálás; Relaxáció.

A függő változók az egészségmagatartások gyakoriságai voltak, amelyek az adatfelvétel előtti három hónapra vonatkoztak. Az egészségvédő magatartások közül a fizikai aktivitást és az egészséges étrendet, az egészségkockázati viselkedések közül a dohányzást és az alkoholfogyasztást vontam be az elemzésbe.

A lineáris regresszió elemzést elvégeztem a teljes mintán, illetve a fiúk és lányok mintáján is. Így az esetleges nemi különbségeket is fel tudtam tárni.

Az egészségmagatartások leíró statisztikájánál az egyes választípusok gyakorisági eloszlását tüntetem fel. A nem és a gyakoriságot jelölő válaszok kapcsolatát chi^2 próbával teszteltem. A coping stílusok esetében az átlag és a szórás kiszámolása mellett független mintás t-próbával elemeztem az esetleges nemi különbséget. A próbák során a csoportosító változó így a nem volt. A statisztikai elemzéseket minden esetben SPSS 15.0 Windows szoftverrel végeztem.

8.4.2. Eredmények

A coping változók átlagát és szórását a **8. táblázat** mutatja be. Ebben csak az elemzésbe bekerült coping alskálák adatait tüntettem fel, és csillaggal jelöltem azokat az eseteket, amelyeknél a coping stratégiák gyakorisága szignifikánsan különbözött a két nemnél. Látható, hogy csupán három esetben adódott ilyen szignifikáns nemi eltérés. A lányok esetében szignifikánsan nagyobb gyakoriságú volt a Társas támasz keresése, illetve az Aggodalom is. A fiúk viszont a lányokhoz képest szignifikánsan gyakrabban végeztek Fizikai rekreációt a problémák felmerülése esetén.

8. táblázat. Leíró statisztika és nemi különbségek a coping változók szintjén

	Teljes minta Átlag (Szórás)	Fiúk Átlag (Szórás)	Lányok Átlag (Szórás)
Társas támasz keresése**	55,6 (14,4)	51,5 (14,3)	59,0 (13,6)
Probléma megoldására fókuszálás	67,2 (12,9)	66,8 (13,1)	67,5 (12,8)
Kemény munka és megvalósítás	64,8 (12,89)	64,6 (12,8)	65,0 (12,9)
Aggodalom*	52,9 (17,7)	49,5 (16,6)	55,8 (18,1)
Szoros barátságok fenntartása	70,2 (17,5)	69,0 (17,3)	71,3 (17,7)
Vágyálom	58,5 (15,1)	57,5 (15,2)	59,3 (15,1)
Tehetetlenség	42,1 (14,5)	42,4 (15,6)	41,8 (13,5)
Önvád	50,44 (19,14)	48,4 (19,8)	52,2/18,4
Probléma elhallgatása	48,6 (17,1)	49,9 (16,7)	47,4/17,5
Spirituális segítség keresése	36,4 (19,6)	36,7 (20,8)	36,2 (18,6)
Segítség szakembertől	33,0 (16,3)	33,5 (17,0)	32,5 (15,8)
Fizikai Rekreáció *	71,8 (20,4)	75,1 (20,3)	69,1 (20,3)
Valakihez tartozás	66,1 (12,7)	64,8 (13,1)	67,1 (12,2)
Feszültség csökkentés	40,2 (13,9)	38,5 (14,0)	41,7 (13,8)
Társas cselekvés	39,7 (10,9)	39,7 (11,3)	39,6 (10,5)
Probléma ignorálása**	49,6 (14,7)	52,6 (15,5)	47,0 (13,5)
Pozitívumokra fókuszálás	63,0 (14,6)	62,1 (14,7)	63,8 (14,4)
Relaxáció	84,1 (17,1)	85,2 (16,0)	83,1 (17,9)

Megjegyzés: Független mintás t-próba, *p<0,05, **p<0,01 ***p<0,001 A szaggatott vonal alatti alskálák alacsonyabb belső konzisztenciájuk miatt csak a 8.5. résznél ismertetett vizsgálatba kerültek be.

A **9. táblázat** a dohányzás, alkoholfogyasztás, fizikai aktivitás és a táplálkozáskontroll százalékos gyakoriságát mutatja be. A tanulók többsége, 76,9%-a egyáltalán nem dohányzott még, napi 20-nál több szál cigarettát pedig egyik diák sem szívott el a vizsgált periódusban. A dohányzás gyakoriságának arányai nem mutattak szignifikáns nemi különbséget.

A megkérdezett tanulók kicsivel több, mint a fele fogyasztott alkoholt az adatfelvételt megelőző három hónapban, míg a diákok 46,8%-a egyszer sem ivott szeszes italt. Ők adták a

minta legnagyobb részét is. Egyik tanuló sem fogyasztott alkoholt több mint 20-szor az adatfelvételt megelőző három hónapban. Az alkoholfogyasztás gyakoriságának arányai sem különböztek szignifikánsan a két nem esetében.

A minta legnagyobb hányada (41,6%) heti három vagy több alkalommal vett részt valamilyen erős fizikai aktivitást vagy munkát igénylő tevékenységben a vizsgált időszakban. A teljes minta igen kis része, csupán 0,8%-a nem mozgott egyáltalán. A két nem között szignifikáns különbséget mértem a fizikai aktivitás gyakoriságával kapcsolatban. A lányokhoz képest (35,4%) a fiúk szignifikánsan nagyobb arányban (56%) végeztek valamilyen fizikai aktivitást heti három vagy több alkalommal. A lányoknak viszont nagyobb aránya (33,9%-uk) vett részt heti egy-két alkalommal ilyen tevékenységben a fiúkhoz viszonyítva (19,3%).

A minta mintegy harmada időként vagy legtöbbször odafigyelt az étkezésére. A minta legkisebb hányadából (6,6%) kerültek ki azok, akik mindig igyekeztek egészségesen táplálkozni. Az étrend kontroll esetében szignifikáns különbséget találtunk a két nem között. A lányok 31,5%-a legtöbbször odafigyelt a táplálkozására, míg a fiúknak csupán 20,2%-a. A lányok 7,9%-a pedig mindig odafigyelt arra, hogy mit evett, a fiúknál ez az arány 3,7% volt.

9. táblázat. Egészségmagatartásokkal gyakoriságának aránya a nemeken belül és a teljes mintán

	„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?” (%)		
	Fiúk	Lányok	Teljes minta
Egyáltalán nem	78,0	76,4	76,9
Csak néha egyet-egyet	12,8	15,8	14,9
1-5 szálat naponta	7,3	2,4	3,9
6-10 szálat naponta	0,9	1,6	1,4
11-20 szálat naponta	0,9	1,6	1,4
20-nál többet naponta	0	0	0
	„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?” (%)		
	Fiúk	Lányok	Teljes minta
Egyszer sem	38,5	50,4	46,8
1-2 szer	37,6	37,8	37,7
3-9 szer	17,4	7,1	10,2
10-19-szer	5,5	4,7	5,0
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 aktvitásban (sport, munka)? (%)**		
	Fiúk	Lányok	Teljes minta
Soha	0,9	0,8	0,8
Pársz or	11,9	18,9	16,8
Havonta kétszer-háromszor	11,0	11,0	11,0
Heti egy-két alkalommal	19,3	33,9	29,5
Heti három vagy több alkalommal	56,0	35,4	41,6
	*„Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?” (%)**		
	Fiúk	Lányok	Teljes minta
Egyáltalán nem	21,1	7,9	11,9
Egy kissé	22,0	18,9	19,8
Időnként	32,1	33,9	33,3
Legtöbbször	20,2	31,5	28,1
Mindig	3,7	7,9	6,6

Megjegyzés: chi^2 próba, *$p < 0,05$

A **10. táblázat**ban a lineáris regresszió elemzés teljes mintára vonatkozó, illetve nemenkénti eredményeit tüntettem fel. A táblázat az átláthatóság kedvéért csak azokat a megküzdési stratégiákat mutatja be, amelyek az adott modell szignifikáns magyarázó változójának bizonyultak. Ezek összességében az előzetes elképzelésekkel (H_6-H_7) konzisztens eredmények. A serdülők megközelítő típusú megküzdési stratégiái az egészségvédő magatartásokkal pozitív, az egészségkockázati viselkedésekkel negatív kapcsolatban álltak. Ezzel szemben a diszfunkcionális megküzdési stratégiák az egészségkárosító magatartásformákhoz kötődtek pozitívan és az egészségprotektív magatartásokhoz negatívan.

Ezen kívül a kortársakkal kapcsolatos coping stratégia (Szoros barátságok fenntartása) az eredmények alapján valóban mind az egészségvédő, mind az egészségkockázati viselkedések szignifikáns magyarázó változója volt (H_8).

A teljes mintán elsőként a Szoros barátságok fenntartása coping pozitívan (β=0,24; p<0,01), másodikként a Kemény munka és megvalósítás coping negatívan (β=-0,15; p<0,05) magyarázta szignifikánsan a dohányzás gyakoriságát. A problémák esetén történő gyakoribb kortárs interakció és a célok eléréséért kifejtett erőfeszítés kisebb gyakorisága tehát gyakoribb dohányzást jelzett előre. A modell magyarázó ereje 8%-os volt. A fiúk mintájánál a Kemény munka és megvalósítás (β=-0,23; p<0,05) és másodikként a Szoros barátságok fenntartása (β=0,22; p<0,05) volt a modell szignifikáns magyarázó változója. A modell a variancia 9%-át magyarázta. A Kemény munka és megvalósítás ismét negatív a Szoros barátságok fenntartása pozitív prediktora volt a dohányzás gyakoriságának. A lányoknál először a Szoros barátságok fenntartása (β=0,25; p<0,01), másodszor a Segítség szakembertől coping (β=0,17; p<0,05) lett a modell szignifikáns prediktora. Mindkettő pozitívan jósolta be a dohányzás egyéni különbségeit. Vagyis a lányok esetében a gyakoribb kortárs interakció mint megküzdés, illetve a szakember felkeresése gyakoribb dohányzást vetített előre. A modell a variancia 10%-át magyarázta.

A teljes mintánál a Szoros barátságok fenntartása volt az alkoholfogyasztás szignifikáns (β=0,24; p<0,001) pozitív magyarázó változója. Tehát a problémák megoldása érdekében kezdeményezett baráti interakciók gyakoribb alkoholfogyasztást jósoltak be. A modell a variancia 6%-át magyarázta. A fiúk esetében a Szoros barátságok fenntartása (β =0,25; p<0,01) szintén szignifikánsan jelezte előre az alkoholfogyasztás gyakoriságát, a modell ereje itt is 6%-os. A lányoknál is első helyen a Szoros barátságok fenntartása (β =0,32; p<0,01) volt szignifikáns prediktor. Ezen kívül a Probléma elhallgatása (β=0,24; p<0,01), és végül az Aggodalom (β=0,18; p<0,05) bizonyult a modell szignifikáns magyarázó változójának. Mindegyik prediktor pozitívan jósolta be a függő változó alakulását. Vagyis a problémák megoldásai érdekében kezdeményezett baráti interakciók, a problémák magukba fojtása és a problémákon való puszta aggodalmaskodás gyakoribb alkoholfogyasztást vetített előre a lányoknál. A modell magyarázó ereje 13%-os volt.

A teljes minta modelljébe először a Fizikai rekreáció (β=0,61; p<0,001), majd az Aggodalom (β=-0,11; p<0,05) került be a fizikai aktivitás szignifikáns magyarázó változójaként. Az előbbi pozitívan, az utóbbi negatívan magyarázta a függő változót. Azok, akik a stressz levezetésére gyakrabban használták a mozgást, általában is gyakrabban végeztek fizikai aktivitást. A gyakoribb aggódás pedig a ritkább fizikai aktivitást jelezte előre.

A modell a variancia 39%-át magyarázza. A fiúknál a Fizikai rekreáció (β=0,57; $p<0,01$) szignifikáns pozitív, a Vágyálom (β=-0,16; $p<0,05$) szignifikáns negatív prediktora volt a fizikai aktivitásnak. A modell ereje 34%-os volt. Azaz a stressz kezelése érdekében végzett gyakoribb testmozgás az általános fizikai aktivitás nagyobb gyakoriságát jelezte előre. Az események pozitív kimenetelére irányuló passzív és hasztalan vágyakozás viszont ritkább fizikai aktivitást jósol be. A lányok esetében a Fizikai rekreáció (β=0,73; $p<0,01$) és a Szoros barátságok fenntartása (β=0,17; $p<0,05$) egyaránt a fizikai aktivitás szignifikáns pozitív magyarázó változója volt. A lányoknál tehát a stressz levezetésére szolgáló testmozgás, és a barátok segítségének, támogatásának keresése egyaránt a gyakoribb fizikai aktivitáshoz kötődött. A modell a variancia 43%-át magyarázta.

A teljes mintán sorrendben a Fizikai rekreáció (β=0,22; $p<0,01$), a Probléma megoldására való fókuszálás (β=0,12; $p<0,05$), a Tehetetlenség (β=-0,15; $p<0,05$), végül a Társas támasz keresése (β=0,15; $p<0,05$) magyarázta szignifikánsan az egészséges étkezést és a táplálkozáskontrollt. 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 volt. A fiúknál először a Kemény munka és megvalósítás (β=0,29; $p<0,01$), másodikként a Probléma megoldására fókuszálás (β=0,20; $p<0,05$) volt a modell szignifikáns pozitív magyarázó változója. A modell a variancia 17%-át magyarázta. A céltudatos munka és a problémamegoldás nagyobb gyakorisága rendszeresebb egészséges táplálkozáshoz kapcsolódott a fiúknál. Végül a lányok esetében a Fizikai rekreáció szignifikánsan pozitív (β=0,30; $p<0,01$), a Tehetetlenség szignifikánsan negatív (β=-0,24; $p<0,01$), a Spirituális segítség keresése szignifikáns pozitív (β=0,17; $p<0,05$) magyarázó változója volt az egészségtudatos táplálkozás gyakoriságának. Vagyis a copingként funkcionáló gyakoribb testmozgás, a problémával való megküzdés ritkább feladása és a gyakoribb spirituális segítségkérés gyakoribb egészséges étkezést, táplálkozáskontrollt jósolt be. A modell ereje 16%-os volt.

Itt jegyezném meg az elemzés egy jelentős korlátját. Látható, hogy a Fizikai rekreáció igen hasonló az egyik függő változóhoz, a fizikai aktivitáshoz. Éppen ezért jelentősen megnöveli az egészségvédő magatartásokat leíró modellek egyébként igen alacsony magyarázó erejét. Végül azért került bele az elemzésbe ez a coping változó is, mert egy olyan fontos coping stratégiát takar, amely jelentős eszköz lehet a stresszes szituáció kezelésére.

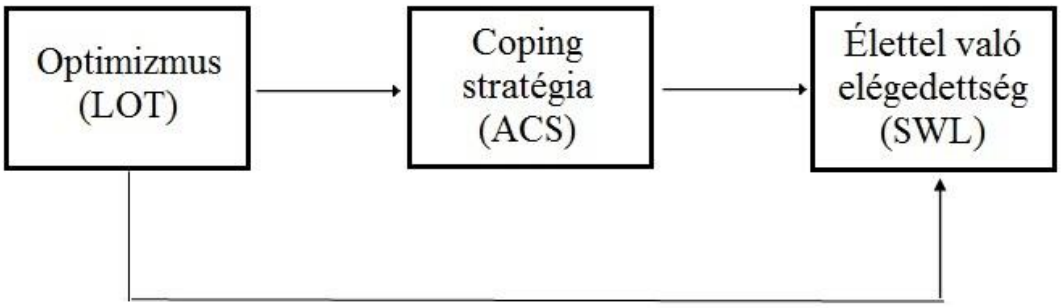
10. táblázat. Az egészségmagatartásokat magyarázó coping változók stepwise módszerű regresszó elemzése

Függő változó:	*Dohányzás gyakorisága az elmúlt 3 hónapban*		
	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Független változók és hozzájuk tartozó koefficiensek	1.Szoros barátságok fenntartása: β=0,24** 2.Kemény munka és megvalósítás: β=-0,15*	1.Kemény munka és megvalósítás: β=-0,23* 2.Szoros barátságok fenntartása: β=0,22 *	1. Szoros barátságok fenntartása: β=0,25* 2.Segítség szakembertől: β=0,17*
Modell jellemzői	R^2=0,08	R^2=0,09*	R^2=0,10*
Függő változó:	*Alkoholfogyasztás gyakorisága az elmúlt 3 hónapban*		
	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Független változók és hozzájuk tartozó koefficiensek	1. Szoros barátságok fenntartása: β=0,24***	1. Szoros barátságok fenntartása: β=0,25**	1. Szoros barátságok fenntartása: β=0,32*** 2. Probléma elhallgatása: β=0,24** 3. Aggodalom: β=0,18*
Modell jellemzői	R^2=0,06***	R^2=0,06**	R^2=0,13*
Függő változó:	*Fizikai aktivitás az elmúlt 3 hónapban*		
	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Független változók és hozzájuk tartozó koefficiensek	1. Fizikai rekreáció: B=0,61*** 2. Aggodalom: β=-0,11*	1. Fizikai rekreáció β=0,57*** 2.Vágyálom β=-0,16*	1.Fizikai rekráció β=0,73 *** 2.Szoros barátságok fenntartása: β=0,17*
Modell jellemzői	R^2=0,39*	R^2=0,34*	R^2=0,43*
Függő változó:	*Egészséges étrend az elmúlt 3 hónapban*		
	Teljes minta	Fiúk	Lányok
Független változók és hozzájuk tartozó koefficiensek	1.Fizikai rekreáció: β=0,22** 2. Probléma megoldására fókuszálás: β=0,12* 3. Tehetetlenség: β=-0,15* 4. Társas támasz keresése: β=0,15*	1. Munka: β=0,29** 2. Probléma megoldására fókuszálás: β=0,20*	1. Fizikai rekreáció: β=0,30** 2. Tehetetlenség: β=-0,24** 3. Spirituális segítség keresése: β=0,17*
Modell jellemzői	R^2=0,15*	R^2=0,17*	R^2=0,16*

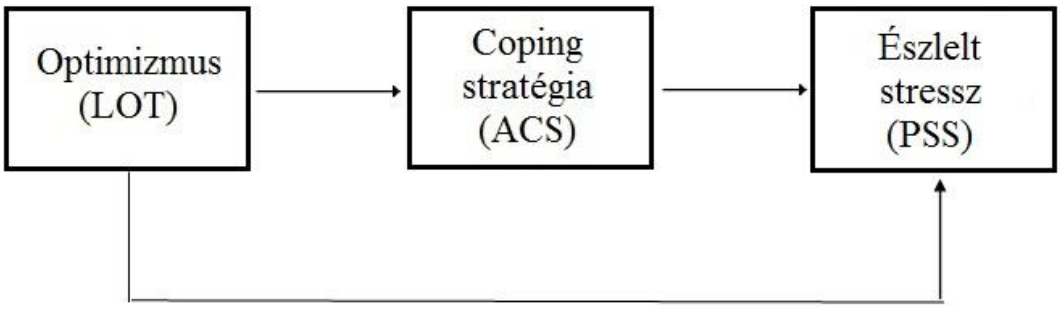
*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

8.5. Az optimizmus mint a jóllét magyarázó változója, és a coping mint az optimizmus mediátora

Ebben a fejezetben a korábban ismertetett eredmények alapján egy olyan hipotetikus modellt teszteltem, amellyel azt feltételeztem, hogy az optimizmus közvetlenül és közvetett módon egyaránt hat a pszichés alkalmazkodás mutatóira (lásd **5.** és **6. ábra**). A közvetett hatás mediátor változói a coping stratégiák (H_{13}). Az alacsonyabb rendű előzetes statisztikai elemzések más hipotézisek vizsgálatát is lehetővé tették. Ezek keretén belül vizsgáltam az optimizmus és a megküzdési stratégiák viszonyát (H_9-H_{10}), valamint a coping stratégiák és a pszichés jóllét mutatóinak kapcsolatát (H_{11}-H_{12}). Itt is fontosnak tartottam, hogy a pozitív pszichológia szellemében a negatívumok mellett a pozitívumokra is legalább ugyanakkora hansúlyt fektessek. Így a pszichés jóllét negatív és pozitív aspektusát egyaránt figyelembe vettem a vizsgálatban. Pozitív oldalként az élettel való elégedettséget vontam be, negatív oldalként pedig az észlelt stressz szintet. Az elemzéseket a 2010-es vizsgálat adatbázisán végeztem.



5. ábra. Az optimizmus, a coping stratégiák és az élettel való elégedettség közötti hipotetikus kapcsoloat



6. ábra. Az optimizums, a coping stratégiák és az észlelt stressz közötti hipotetikus kapcsolat

8.5.1. Statisztikai eljárások

Ebben az elemzésben az ACS összes alskáláját felhasználtam. A 8.4.2. résznél kifejtettem, hogy korábbi szakirodalmi adatok alapján azokat az alskálákat nem használtam, amelyeknek alfája nem érte el a minimum 0,6-os értéket. További szakirodalmi áttekintés után viszont úgy döntöttem, hogy a teljes ACS repertoárt alkalmazom. *Moos* és *Billings* (idézi *Frydenberg*, 1997, 63. o.) például rámutatott arra, hogy a coping skálák alfája akár igen alacsony, 0,44 értékű is lehet. Egy összefoglaló tanulmány (*Sveinbjornsdottir* és *Thorsteinsson*, 2008) szerint pedig az ACS általam használt formájának belső konzisztenciája 0,54-0,85 volt, egy korábbi vizsgálatban pedig 0,45-0,85 közötti alfát közöltek (*Cheshire* és *Campbel*, 1997).
Az elemzést a következő lépések mentén végeztem el:

1. Először a coping stratégiák (ACS alskálák), az optimizmus, az élettel való elégedettség és az észlelt stressz közötti korrelációt elemeztem. Ezzel egyúttal a H_9-H_{12} hipotéziseket is vizsgáltam.
2. Ennél a lépésnél csak azokat a coping stratégiákat vontam be az elemzésbe, amelyek az első lépés alkalmával szignifikánsan korreláltak az élettel való elégedettséggel és az észlelt stresszel. Külön-külön két lineáris regresszió modellt számoltam. A magyarázó változók a fenti coping stratégiák és a vonás optimizmus voltak. Az egyik modellbe az élettel való elégedettség a másikba pedig az észlelt stressz szint került be függő változóként.
3. A harmadik lépésben útmodell elemzést végeztem *Székelyi* és *Barna* (2002) alapján. Ennél egy olyan hipotetikus modellt teszteltem, amely alapján az optimizmus direkt és indirekt módon, a coping stratégiák közvetítésével növeli az élettel való elégedettséget és csökkenti az észlelt stressz szintet. Az útmodellben csak azokkal a változókkal számoltam, amelyek a második lépésben, a lineáris regresszió modellben szignifikáns prediktorok voltak.
4. Végül mediációs elemzésekkel teszteltem, hogy az útmodellben szereplő coping stratégiák szignifikáns közvetői–e az optimizmusnak a jólléti mutatókra (élettel való elégedettség, észlelt stressz szint) kifejtett hipotetikus hatásának. Itt elsősorban a *Szondy* (2008) által leírtakat, illetve az online Sobel-teszt kalkulátor honlapján (http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm) ismertetett lépéseket követtem külön-külön az élettel való elégedettség és az észlelt stressz esetében is. (1) Lineáris regresszió elemzéssel teszteltem, hogy az optimizmus szignifikáns prediktora–e a modellben

maradt egyes coping stratégiának. (2) Lineáris regresszió analízissel megnéztem, hogy az adott megküzdési stratégia szignifikáns prediktora–e az élettel való elégedettségnek/észlelt stresznek. (3) A két regresszió elemzés nem standardizált regressziós együtthatóját és sztenderd hibáját felhasználva lefuttattam az online Sobel-teszt Aroian-féle változatát. A mediációt akkor tekintettem szignifikánsnak, ha a Sobel-teszt értéke minimum 1,96 volt.

Az elemzéseket a Sobel-teszten kívül minden esetben az IBM SPSS Statistics nevű szoftver 20-as verziójával végeztem.

8.5.2. Eredmények

Az ACS alskálák a LOT (vonás optimizmus) pontszám, az SWL (élettel való elégedettség) pontszám, és a PSS (észlelt stressz szint) pontszám közötti korrelációs együtthatókat a **11. táblázat** mutatja be.

A LOT a H_9 hipotézisnek megfelelően minden esetben szignifikánsan pozitívan korrelált az adaptív coping stratégiákkal (Probléma megoldására fókuszálás; Kemény munka és megvalósítás; Pozitívumokra fókuszálás; Relaxáció; Fizikai rekreáció; Társas támogatás keresése). A H_{10} hipotézissel összhangban viszont szignifikáns negatívan korrelált az elkerülő, diszfunkcionális megküzdési stratégiákkal (Aggodalom; Tehetetlenség; Feszültségcsökkentés; Önvád).

A H_{11} hipotézisnek megfelelően egyes adaptív megküzdési fajták (Kemény munka és megvalósítás; Pozitívumokra fókuszálás; Relaxáció; Fizikai Rekreáció) negatívan korreláltak a PSS pontszámmal. Emellett nagyrészt ugyanezek a megküzdési formák (Probléma megoldására fókuszálás; Kemény munka és megvalósítás; Pozitívumokra fókuszálás; Relaxáció; Fizikai rekreáció) pozitívan korreláltak az SWL pontszámmal.

A H_{12} hipotézissel összhangban az elkerülő coping stratégiák (Aggodalom; Vágyálom; Tehetetlenség; Feszültségcsökkentés; Önvád; Probléma elhallgatása) pozitívan korreláltak az észlelt stresszel. Jellemzően ezek a korrelációk voltak a legerősebbek az egész elemzésen belül. Ezen kívül a Spirituális segítség keresése is pozitív együttjárást mutatott a PSS pontszámmal. A diszfunkcionális coping stratégiák (Aggodalom; Vágyálom; Tehetetlenség; Önvád; Probléma elhallgatása) minden esetben negatívan korreláltak az SWL pontszámmal.

11. táblázat. A PSS, az SWL, a LOT és az ACS pontszámok közötti korrelációs együtthatók

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.
1. PSS	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. SWL	-0,49**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3. LOT	-0,48**	0,58**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Probléma megoldására fókuszálás	-0,10	0,21**	0,30**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Kemény munka és megvalósítás	-0,20**	0,26**	0,25**	0,39**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6. Aggodalom	0,50**	-0,32**	-0,31**	0,14*	0,07	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Szoros barátságok fenntartása	-0,05	0,04	0,13	0,14*	0,05	0,12	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Valakihez tartozás	0,02	0,06	0,03	0,31**	0,26**	0,32**	0,52**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Vágyálom	0,40**	-0,17*	-0,12	0,18**	0,03	0,46**	0,23**	0,20**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10. Tehetetlenség	0,51**	-0,28**	-0,39**	-0,16*	-0,22**	0,50**	0,002	0,05	0,49**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Feszültségcsökkentés	0,36**	-0,13	-0,17*	0,01	-0,12	0,36**	0,19**	0,05	0,41**	0,38**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Társas cselekvés	0,04	-0,03	0,02	0,25**	0,16*	0,22**	0,24**	0,23**	0,30**	0,17*	0,27**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13. Probléma ignorálása	0,02	0,001	0,09	0,13*	0,06	0,11	0,18**	0,08	0,22**	0,22**	0,23**	0,17*	1	-	-	-	-	-	-	-	-
14. Önvád	0,52**	-0,27**	-0,40**	0,16*	0,03	0,50**	0,01	0,20**	0,42**	0,44**	0,38**	0,21**	0,05	1	-	-	-	-	-	-	-
15. Probléma elhallgatása	0,22**	-0,27**	-0,30**	-0,01	0,03	0,31**	-0,16*	0,02	0,26**	0,36**	0,20**	-0,01	0,25**	0,42**	1	-	-	-	-	-	-
16. Spirituális segítség keresése	0,29**	-0,02	-0,10	0,09	-0,06	0,25**	0,02	0,08	0,39**	0,26**	0,32**	0,28**	0,15*	0,25**	0,12	1	-	-	-	-	-
17. Pozitívumokra fókuszálás	-0,18*	0,24**	0,33**	0,24**	0,23**	-0,03	0,31**	0,24**	0,26**	0,05	0,003	0,17*	0,24**	-0,06	-0,02	0,13*	1	-	-	-	-
18. Segítség szakembertől	0,07	-0,07	-0,10	0,06	0,05	0,22**	0,11	0,07	0,18**	0,17**	0,22**	0,37**	0,13	0,08	0,00	0,18**	-0,02	1	-	-	-
19. Relaxáció	-0,18**	0,21**	0,21**	0,14*	0,08	-0,06	0,47**	0,28**	0,15*	-0,10	0,12	0,04	0,26**	-0,09	-0,03	0,03	,042**	-0,12	1	-	-
20. Fizikai rekreáció	-0,16*	0,25**	0,14*	0,09	0,20**	-0,02	0,35**	0,17**	0,02	-0,09	0,01	0,08	0,11	-0,03	-0,10	-0,02	0,30**	-0,07	0,32**	1	-
21. Társas támasz keresése	0,09	0,03	0,16*	0,29**	0,20**	0,25**	0,32**	0,35**	0,39**	0,12	0,18**	0,34**	0,09	0,19**	-0,10	0,25**	0,25**	0,12	0,15*	0,03	1

*p<0,05 **p<0,01 PSS = Észlelt stressz szint, SWL = Élettel való elégedettség, LOT = diszpozícionális optimzmus

A **12. táblázat** az SWL pontszám mint függő változó lineáris regresszió modelljének bétáit és determinációs együtthatóját mutatja be. A prediktorok azok a változók voltak, amelyek a korrelációs elemzések alapján szignifikánsan korreláltak az SWL pontszámmal. Látható, hogy a diszpozícionális optimizmus szignifikáns pozitív magyarázó változóként már önmaga a variancia 33%-át magyarázta. A Kemény munka és megvalósítás és a Fizikai rekreáció további pozitív prediktorként, az Aggodalom pedig szignifikáns negatív prediktorként került be a modellbe.

12. táblázat. Az SWL lineáris regresszió modelljének magyarázó változói és bétái

Magyarázó változók	*Béta*
LOT	0,46***
ΔR^2	0,33
Probléma megoldására fókuszálás	0,06
Kemény munka és megvalósítás	0,12*
Aggodalom	-0,15*
Vágyálom	-0,06
Tehetetlenség	0,12
Önvád	-0,004
Probléma elhallgatása	-0,11
Pozitívumra fókuszálás	-0,01
Relaxáció	0,09
Fizikai rekreáció	0,13*
ΔR^2	0,05
Konstans	2,62
Teljes R^2	0,38

Függő változó: SWL

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

A **13. táblázat** a PSS pontszám lineáris regresszió modelljének bétáit és determinációs együtthatóit mutatja be. Potenciális prediktorok azok a változók voltak, amelyek szignifikánsan korreláltak a PSS pontszámmal. A lineáris regresszió analízis alapján megállapítható, hogy az optimizmus szignifikáns negatív, az Aggodalom, az Önvád és a Tehetetlenség pedig szignifikáns pozitív prediktora volt a PSS pontszámnak. A LOT a variancia 23%-át magyarázta. A coping változók bevezetésével a modell teljes magyarázó ereje 48%-ra nőtt.

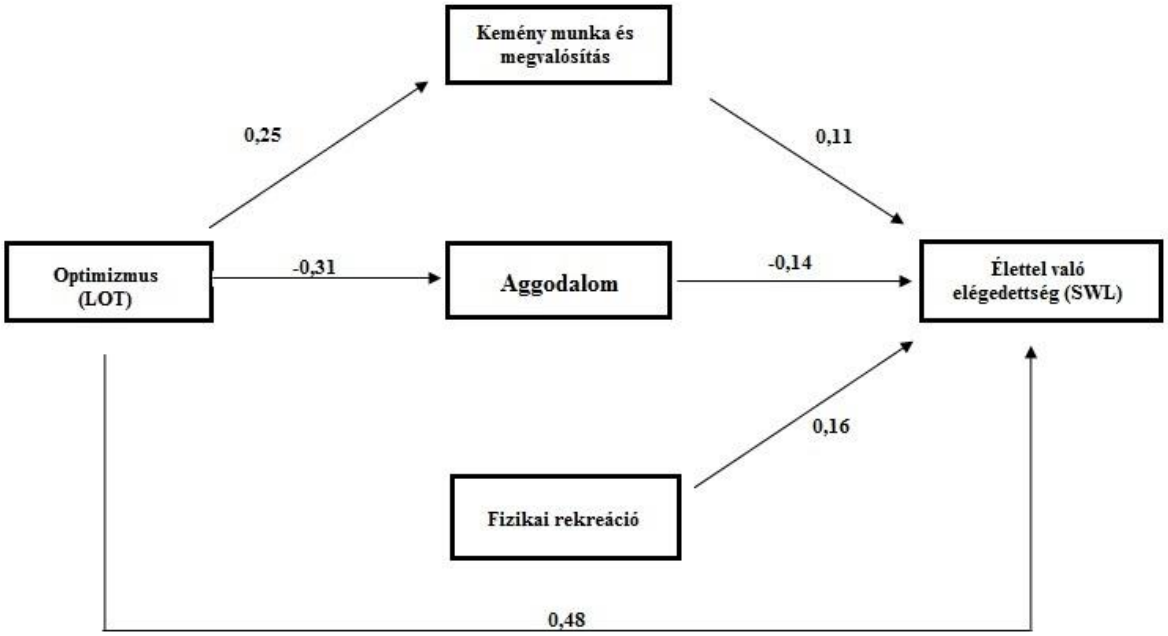
13. táblázat. A PSS lineáris regresszió modelljének magyarázó változói és bétái

Magyarázó változók	*Béta*
LOT	-0,21***
ΔR^2	0,23
Kemény munka és megvalósítás	-0,08
Aggodalom	0,17**
Vágyálom	0,12
Tehetetlenség	0,17*
Feszültségcsökkentés	0,07
Önvád	0,21***
Probléma elhallgatása	-0,11
Spirituális segítség keresése	0,09
Pozitívumra fókuszálás	-0,07
Relaxáció	-0,07
Fizikai rekreáció	-0,08
ΔR^2	0,15
Konstans	41,05***
Teljes R^2	0,48

Függő változó: PSS

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

A **7. ábra** az optimizmus, a korábbi regresszió elemzés során szignifikáns prediktornak bizonyult coping stratégiák és a SWL pontszám közötti kapcsolatok útmodelljét mutatja be. A nyilak a feltételezett ok-okozati viszony irányát, míg a nyilakon lévő számok a szignifikáns lineáris regresszió együtthatóját jelzik. Az optimizmus szignifikánsan és pozitívan magyarázta a Kemény munka és megvalósítást és a Fizikai rekreációt, és szignifikáns negatív prediktora volt az Aggodalomnak. A vonás optimizmus a Kemény munka és megvalósítás, valamint a Fizikai rekreáció szignifikáns pozitív prediktora volt az élettel való elégedettségnek, míg az Aggodalom annak szignifikáns negatív magyarázó változója volt. Csak azokban az esetekben feltételeztem, hogy az adott coping stratégia valóban az optimizmus és az élettel való elégedettség közötti kapcsolat közvetítője, ahol a Sobel-teszt szignfikánsnak bizonyult. A Sobel-teszt alapján a Kemény munka és megvalósítás és az Aggodalom valóban szignifikáns mediátorként értelmezhető, viszont a Fizikai rekreáció esetében nem találtam szignifikáns mediációs hatást (lásd **14. táblázat**). Ezt azzal jeleztem, hogy az optimizmus és a Fizikai rekreáció közé nem rajzoltam be kapcsolatot jelző nyilat.



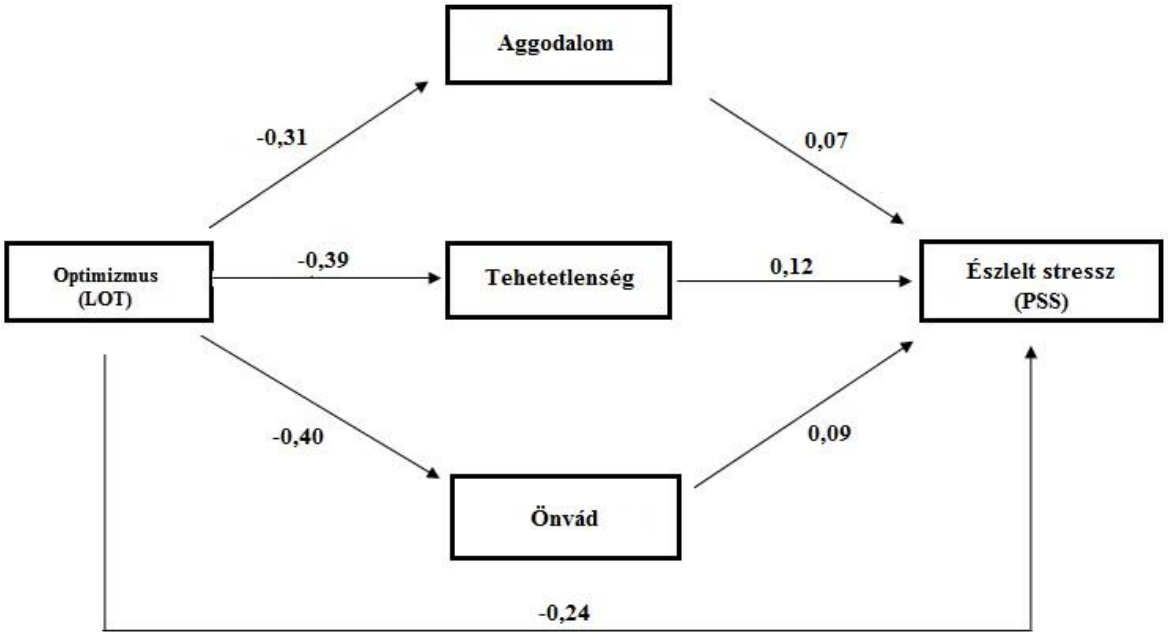
7. ábra. Az optimizmus, a coping stratégiák és az élettel való elégedettség útmodellje. A nyilakon a béta együtthatók találhatók.

14. táblázat. A LOT-coping stratégia-SWL mediációs elemzés eredményei

A LOT és az SWL közötti mediátor	Nem standardizált regressziós együtthatók				Sobel-teszt értéke	Sobel-teszt standard hibája
	független változó és a mediátor közötti kapcsolat (a)	az "a" standard hibája (s_a)	mediátor és a függő változó közötti kapcsolat (b)	a "b" standard hibája (s_b)		
Kemény munka és megvalósítás	0,57	0,15	0,13	0,03	2,74**	0,03
Aggodalom	-1,02	0,21	-0,12	0,02	3,55***	0,03
Fizikai rekreáció	0,51	0,25	0,08	0,02	1,73	0,02

A **8. ábra** a diszpozicionális optimizmus, a szignifikáns prediktornak bizonyult coping stratégiák és az észlelt stressz pontszám közötti kapcsolat útmodelljét prezentálja. Az optimizmus szignifikáns negatív magyarázó változója volt az Aggodalomnak, a Tehetetlenségnek és az Önvádnak. Az Aggodalom, a Tehetetlenség és az Önvád szignifikáns pozitív prediktora, a vonás optimizmus pedig szignfikáns negatív prediktora volt az észlelt stressz szintnek. A Sobel-teszt mindhárom coping esetében szignifikáns volt, ezért

feltételezhető, hogy ezek a megküzdési stratégiák részben az optimizmus és az észlelt stressz szint közötti kapcsolat közvetítői (lásd **15. táblázat**).



8. ábra. Az optimizmus, a coping stratégiák és az észlelt stressz útmodellje. A nyilakon a béta együtthatók találhatók

15. táblázat. A LOT-coping stratégia-PSS mediációs elemzés eredményei

A LOT és a PSS közötti mediátor	Nem standardizált regressziós együtthatók				Sobel-teszt értéke	Sobel-teszt standard hibája
	független változó és a mediátor közötti kapcsolat (*a*)	az "*a*" standard hibája (s_a)	mediátor és a függő változó közötti kapcsolat (*b*)	a "*b*" standard hibája (s_b)		
Aggodalom	-1,02	0,21	0,21	0,03	-4,21***	0,05
Tehetetlenség	-1,04	0,17	0,26	0,03	-5,06***	0,05
Önvád	-1,42	0,22	0,20	0,02	-5,24***	0,06

8.6. Részösszefoglalás

Ebben a fejezetben a serdülőkori optimizmus, a megküzdés és a különféle egészségmutatók kapcsolatára vonatkozó empirikus eredményeimet ismertettem.

A diszpozicionális optimizmust magyarázó szocioökonómiai és társas változók

Mivel a diszpozícionális optimizmust kiemelt változóként kezeltem, ezért első helyen arra voltam kíváncsi, hogy mennyire magyarázzák ezt a vonást tágabb környezeti változók, a szocializációs közegek bizonyos aspektusai. Összességében elmondható, hogy csupán néhány ilyen jellegű változó jósolta be szignifikánsan a serdülők vonás optimizmusának szintjét és a modell magyarázó ereje is gyenge volt, összhangban az előzetes hipotézissel (H_1). Az eredmények tehát kevéssé engednek arra következtetni, hogy a vonás optimizmus formálható lenne tágabb környezeti változókkal, vagy arra, hogy a serdülők optimizmus szintje befolyásolná a családi, iskolai és kortársi kontextust. Az egyik szignifikáns prediktor egy szocioökonómiai változó, az apa iskolai végzettsége volt. Ez illeszkedik a bevezető 5.1. fejeztében tárgyalt eredményekhez, amelyek a társadalmi pozíció és az optimizmus közötti pozitív kapcsolatra utaltak (*Heinonen* és mtsai, 2006; *Finkelstein* és mtsai, 2007). A fentieket közvetetten megerősíti az is, hogy a kedvezőtlen szocioökonómiai státusz magasabb fokú pesszimizmust jósol be (*Taylor* és *Seeman*, 1999; *Robb* és mtsai, 2009. *Ek* és mtsai (2004) pedig kifejezetten hasonló eredményről számoltak be: az apa szocioökonómiai státusza (végzettsége és presztízse) a felnőttkori vonás optimizmust szignifikánsan magyarázta. A problémák megbeszélése a szülőkkel szintén szignifikánsan előrejelezte az optimizmus varianciáját. Ez illeszkedik a korábbi eredményekhez, amelyek szintén azt támasztották alá, hogy a megfelelő szülő-gyermek viszony, kommunikáció, valamint kötődés lényeges lehet az optimizmus alakulása szempontjából (*Hjelle* és mtsai, 1996; *Korkeila* és mtsai, 2004; *Heinonen, Räikkönnen* és mtsai, 2004; *Heinonen* és mtsai, 2005b; *Orejudo* és mtsai, 2012). Hasonlóan például *Orejudo* és mtsai (2012) eredményeihez az iskolai változók közül csak az iskolával való elégedettség magyarázta szignifikánsan az optimizmus egyéni különbségeit.

A diszpozicionális optimizmus és az egészségmutatók

További eredményeim arra utaltak, hogy az optimizmus két szempontból is egészségprotektív természetű emberi erősség, vonás. Egyrészt legtöbbször pozitív kapcsolatban volt a pozitív

jólléti és egészség mutatókkal. Ehhez kapcsolódóan a fiatalok vonás optimizmusa szignifikánsan előre jelezte a gyakoribb egészségvédő viselkedés (fizikai aktivitás, egészséges étrend) nagyobb esélyét, valamint a magasabb szintű pszichés jólléti változók (élettel való elégedettség, egészségi állapot önértékelése) nagyobb esélyét. Ezen kívül a fizikai aktivitást végző serdülők szignifikánsan nagyobb vonás optimizmusról számoltak be azokhoz a társaikhoz képest, akik nem mozogtak a megfigyelt periódusban. A hatás erősebb volt a fiúk esetében. Ehhez hasonlóan az egészséges étrendet követők is szignifikánsan optimistábbak voltak azokkal összehasonlítva, akik egyáltalán nem figyeltek az étkezésükre a vizsgált periódusban. A fentiek konzisztensek a felnőtt populációkon végzett vizsgálatokkal, amelyek az optimizmus és az egészségvédő viselkedések pozitív kapcsolatát tárták fel (*Kavussanu* és *McAuley*, 1995; *Kelloniemi* és *Laitinen*, 2005; *Giltay* és mtsai, 2007; *Szondy*, 2008). Illeszkednek a gyermek és serdülő populációkon alapuló vizsgálatokhoz is, amelyek többek között az optimizmus és a pszichés jólléti mutatók (*Extremera* és mtsai, 2007, *Wong* és *Lim*, 2009), valamint az optimizmus és az egészségvédő magatartások (*Yarcheski* és mtsai, 2004; *Ayres*, 2008; *Ayres* és mtsai, 2010) közötti viszonyt bizonyították.

Az optimizmus ártalomcsökkentő jellegére utaltak azok az adatok, amelyekből az optimizmus és az egészségkockázati tényezők negatív viszonyára következtethetünk. A serdülők vonás optimizmusa szignifikánsan jósolta be a mérsékeltebb szintű depresszió nagyobb esélyét. A bevezetőben tárgyaltam azokat az eredményeket, amelyek szintén arra utaltak, hogy az optimizmus a legkülönfélébb pszichés ártalmak hatását képes tompítani. Ilyen például a stressz (*Lai*, 2009), a vizsga miatti szorongás (*Bagana* és mtsai, 2011) és a depresszió (*Ho* és mtsai, 2010) is. Ezen kívül magasabb szintű optimizmus esetében nagyobb volt annak az esélye, hogy a fiatal nem ivott nagy mennyiségű alkoholt, mint annak, hogy fogyasztott szeszes italt. A lányok esetében igaz volt az is, hogy az alkoholt nem fogyasztók szignifikánsan optimistábbak voltak, mint az alkoholt fogyasztók. A fiúknál azonban ennek fordítottját tükrözik az eredmények: az alkoholt fogyasztók diszpozícionális optimizmusa volt magasabb szintű, igaz a két csoport optimizmus átlagának különbsége nem jelentős. Ezek az eredmények más, serdülőkkel folytatott vizsgálatokhoz is köthetők, amelyek az optimizmus és a szerfogyasztás kerülése közötti pozitív kapcsolatot tárták fel (*Ayres*, 2008; *Ayres* és mtsai, 2010). Illeszkedve a felnőtt populáción végzett kutatásokhoz (lásd például *Kelloniemi* és *Laitinen*, 2005), vizsgálatomban az optimizmus egészségvédő hatását indirekt módon támasztotta alá, hogy a nem dohányzó fiatalok szignifikánsan kevésbé voltak pesszimisták, mint dohányzó társaik. Itt érdemes felidézni *Szondy* (2008) hasonló eredményeit. A dohányzás nála is csak a diszpozicionális pesszimizmussal (de a vonás optimizmussal nem)

mutatott összefüggést: a pesszimistább egyének nagyobb valószínűséggel dohányoztak. Másrészt az alkoholfogyasztás gyakorisága csak az irreális optimizmus szintjéhez kötődött szignifikánsan: az alkoholt nem vagy ritkábban fogyasztók irreális optimizmusa magasabb volt, mint az alkoholt nagyobb gyakorisággal fogyasztóké. (Fontos megjegyezni, hogy ez azonban csak az irreális optimizmus esetében volt így, a vonás optimizmus esetében éppen fordított összefüggés adódott: a gyakoribb alkoholfogyasztás szélsőséges mértékű vonás optimizmushoz társult).

A coping stílus és az egészségmutatók

A kapott eredmények alapján általánosságban igazolódott, hogy az adaptívabb, megközelítő típusú coping stílus az egészségvédő viselkedésekkel és a pszichés jólléti mutatókkal pozitív, az egészségkockázati mutatókkal pedig fordított kapcsolatban van. Ezzel ellentétben a passzív, elkerülő típusú coping pozitív kapcsolatban van az egészségkockázati mutatókkal, és fordított kapcsolatban a pozitív egészség mutatókkal. A továbbiakban először részletesebben kifejtem az egyes egészségmagatartásokat magyarázó coping változókat, ezt követően pedig a coping stílus és a pszichés jólléti mutatók közötti kapcsolatot tárgyalom.

Az áttekintést a Szoros barátságok fenntartása nevű coping változóval kezdem, amely szinte minden vizsgált egészségmagatartás esetében lényeges prediktornak bizonyult. A barátoktól kért szociális támogatás, mint megküzdési stílus többnyire az egészségkárosító magatartásformák szignifikáns prediktoraként jelent meg, ám a lányok esetében a fizikai aktivitást is szignifikánsan bejósolta. Ezek alapján tehát az, ha egy serdülő a problémahelyzetekben elsősorban a kortársak támogatására hagyatkozik, mindenekelőtt az egészségkockázati magatartások gyakoriságát jelzi előre. A lányokkal kapcsolatos eredmények azonban arra utaltak, hogy a baráti támogatás keresése bizonyos körülmények között egészségvédő magatartás gyakoriságát is magyarázhatja. A fentiek konzisztensek azzal a sokszor leírt jelenséggel, hogy a serdülők életében egyre nagyobb szerepet játszik a kortárshatás. Ez részben abban nyilvánul meg, hogy a barátok, kortársak képesek formálni egymás egészségvédő vagy egészségkockázati szokását is (*Tomé* és mtsai, 2012; *Salvy* és mtsai, 2012). Ez sokszor a modellhatáson keresztül történik: a kortársak modellként funkcionálhatnak egy nehezebb, stresszes szituáció kezelésében. A modellhatás egyfelől az egészségkockázati megnyilvánulások valószínűségét növelheti. A bevezetőben áttekintettem néhány olyan változót, amelyek ezt a negatív modellhatást befolyásolhatják. Ilyen például a káros szokást követő barátok száma, a serdülőknek a kortársak társas hálózatában betöltött

pozíciója, az adott közösségnek a kockázati magatartásokkal kapcsolatos normái, valamint a társas interakciót befolyásoló személyiség jegyek (*Alexander* és mtsai, 2001; *Engels* és mtsai, 2005; *van Lieshout* és mtsai, 2006; *Kristjansson* és mtsai, 2010). *Lakon, Hipp* és *Timberlake* (2010) modelljében rámutat arra, hogy a barátok dohányzási szokásán kívül, a társas kapcsolataiktól kapott érzelmi támogatás is előre jelzi a serdülő dohányzását. Ez az érzelmi támogatás (amely a dohányzási szokást befolyásolja) nagyrészt a kölcsönös, erős kötelékű kortárs barátságokból ered. A serdülőkori kortárshatásnak pozitív hozadékai is lehetnek, mivel az egészségvédő magatartások valószínűségét is magyarázhatják. Az egészségükre jobban ügyelő kortársakkal való barátkozás valószínűsíti az egyén hasonló irányú törekvéseit is. Mindez többek között a kortársak modellhatása, a kortársak normái, illetve a kortársakban kialakítandó kedvező benyomás miatt alakulhat ki (*Salvy* és mtsai, 2012). Elemzésemben csak a lányoknál találtam olyan eredményt, amely ilyenfajta pozitív kortárshatásra utalhat. Náluk a fizikai aktivitás gyakoriságát szignifikánsan előre jelezte a barátkozás, mint coping. Összefoglalva: a kortárshatás (és esetünkben elsősorban a barátkozás stresszhelyzetben) egyaránt kapcsolódhat az egészségre veszélyes és az egészségre vonatkozóan protektív magatartásformákhoz (lásd H_8).

A teljes mintában, illetve a fiúknál a nagyobb munkateljesítmény, a keményebb munka (mint megközelítő coping forma) a baráti segítség igénybevétele mellett szignifikánsan magyarázta a dohányzás varianciáját. A kemény munka és megvalósítás negatív prediktor volt ebben az esetben. Vagyis minél inkább jellemző valakire, hogy egy stresszhelyzet esetén még jobban rákapcsol a probléma megoldására, annál kevésbé jellemző rá, hogy dohányzik. Ez konzisztens például *Siqueira* és mtsai (2000) eredményeivel, amely szerint a gyakoribb pozitív viselkedéses és kognitív megküzdési stílusok (amelyek szintén megközelítő megküzdésnek tekinthetők) szignifikánsan előre jelezték annak esélyét, hogy a serdülő nem dohányzik. A lányoknál a kortárs segítségen kívül a szakembertől való segítségkérés is szignifikáns prediktora volt a dohányzás gyakoriságának. Mivel probléma esetén egy szakember felkeresése adaptív válasznak fogható fel, meglehetősen meglepőnek tűnhet ez az eredmény. A jelenség mögöttes változók feltételezésével magyarázható. Elképzelhető például, hogy a fiatal már csak igen nagy krízis esetén keres fel valamilyen professzionális segítőt. Az ilyen stresszes szituáció ugyanakkor számos vizsgálat (például *Siqueira* és mtsai (2000); *Bindu, Sharma, Suman* és *Marimuthu*, 2011) alapján már önmagában elősegítheti a dohányzás megjelenését. Az eredmény hátterében az is állhat, hogy a professzionális szakembert felkereső fiatalok esetleg dependensebb személyiségvonással rendelkeznek, ez pedig eleve hajlamosíthat a dohányzás kialakulására is.

Korábban már említést nyert, hogy az alkoholfogyasztás gyakoriságához elsősorban a kortárshatás kapcsolódott pozitívan: mind a teljes mintán, mind a két nem esetében a Szoros barátságok fenntartása coping szignifikáns magyarázó változója volt ennek az egészségkockázati viselkedésnek. Ezek az eredmények visszaköszönnek a korábbi, serdülőkori alkoholfogyasztást célzó kutatások adataiból is. Ezekben a kortárshatás valamely indikátora szintén az alkoholfogyasztás prevalenciájához vagy gyakoriságához kapcsolódott (*Bot* és mtsai, 2005; *Nash, McQueen* és *Bray,* 2005; *Svensson,* 2010; *Kelly, Chan, Toumbourou, O'Flaherty, Homel, Patton* és *Williams,* 2012; *Mundt,* 2011). A lányoknál a fenti magyarázó változó mellett még két diszfunkcionális, elkerülő megküzdési forma magyarázta szignifikánsan a dohányzás varianciáját: a Probléma elhallgatása és az Aggodalom. Ez szintén egybevág korábbi eredményekkel, amelyek szerint a lányok fogékonyabbak az olyan passzív, diszfunkcionális megküzdési formákra, mint a problémákon való hiábavaló rágódás, illetve beletörődő viselkedés (*Hampel* és *Petermann,* 2005; *Hampel,* 2007; *José* és *Brown,* 2008), vagy mint az önvád és az önkritika (*Frydenberg,* 1997; *Pikó,* 2001). Az ilyenfajta elkerülő, passzív megküzdési stratégiák pedig pozitívan kötődnek az alkoholfogyasztáshoz (*Wagner* és mtsai, 1999; *Catanzaro* és *Laurent,* 2004; *Hasking* és mtsai, 2011). A diszfunkcionális megküzdési stratégiák, és a bizonyos körülmények között szintén maladaptív megküzdésnek tekinthető alkoholfogyasztás közös problémája, hogy csupán a probléma rövidtávú, struccpolitika-szerű megoldását kínálja (*Catanzaro* és *Laurent,* 2004).

Az eredmények alapján azok a diákok vettek részt gyakrabban fizikai aktivitásban, akik stresszhelyzetben is gyakrabban használták levezetésként a mozgást, és akiket a kritikus szituációban kevésbé jellemzett a borúlátó, passzív, aggodalmaskodó attitűd. A gyakoribb Fizikai rekreáció mindhárom mintánál gyakoribb fizikai aktivitást vetített előre. Ez a kapcsolat is azt jelzi, hogy a fizikai aktivitást általánosságban is egy olyan adaptív coping formának vélhetjük, amellyel az egyén hatékonyan kezelheti a kritikus helyzeteket (*Thome* és *Espelage,* 2004). A hiábavaló aggodalmaskodás negatív kapcsolata a fizikai aktivitással illeszkedik a szakirodalmi adatokhoz. Ezek az elkerülő, illetve a passzív érzelem fókuszú coping stratégiák és a testmozgás, sportolás negatív kapcsolatáról számoltak be (*Saklofske* és mtsai, 2007; *Wijndaele* és mtsai, 2007). Más források arról számoltak be, hogy a serdülők fizikai aktivitásának alapvető feltétele a cselekvés tervszerű kigondolása. Amennyiben a fiatal általában jól kigondolt cselekvéses tervet képes készíteni, akkor nagyobb a valószínűsége annak, hogy tornázik illetve mozog (*Araújo-Soares, McIntyre* és *Sniehotta,* 2009; *Luszczynska, Cao, Mallach, Pietron, Mazurkiewicz* és *Schwarzer,* 2010). A passzív megküzdési stratégiák, mint például az aggodalmaskodás, az ilyen tervezési folyamtokkal

interferálhatnak, azok kialakítását hátráltathatják. Ezzel összefügg az is, hogy a fiúknál egy másik elkerülő megküzdési stratégia, a Vágyálom is szignfikánsan és negatív irányban magyarázta a fizikai aktivitást. A lányok mintáján a (Fizikai rekreáció mellett) a Szoros barátságok fenntartása ismét szignifikáns magyarázó változóként szerepelt.

A teljes mintán és a lányok mintájánál a Fizikai rekreáció magyarázta szignifikánsan az egészséges étkezés gyakoriságát is. Felnőttekkel (*Dutton, Napolitano, Witeley* és *Marcus,* 2008) és serdülőkkel (*McArthur, Holbert* és *Peña*, 2008; *Sabiston* és *Crocker,* 2008) kapott korábbi eredmények szintén a minőségi, egészséges étkezés és a testmozgás pozitív kapcsolatára utaltak. Emellett a teljes mintán az egészséges étrend kontrollját egy megközelítő megküzdési stratégia, a Probléma megoldására fókuszálás pozitívan, egy elkerülő coping, a Tehetetlenség negatívan, a Társas támogatás keresése pedig pozitívan jelezte előre. Ezzel konzisztensen *Saklofske* és mtsai (2007) azt találták, hogy a helyes táplálkozás pozitívan korrelált a racionális coping stílussal, és negatívan az érzelemfókuszú megküzdéssel. *Steiner* és mtsai (2002) vizsgálatában pedig az elkerülő megküzdés pozitívan, a megközelítő megküzdés negatívan korrelált a különféle étkezési zavarokkal. A fiúknál két aktív megközelítő coping (Kemény munka és megvalósítás, Probléma megoldására fókuszálása) magyarázta szignifikánsan az étrend kontrollját. A lányok esetében a Tehetetlenség az egészséges étkezés negatív prediktora volt. Ezek az eredmények kapcsolódnak a fent idézett szakirodalmi adatokhoz. Emellett a lányoknál a Spirituális segítségkeresés megküzdési stratégia is az egészséges étkezés szignifikáns pozitív magyarázó változója volt. (Megjegyzés: a Spirituális segítségkeresés coping nem is annyira spiritualitásra, mint inkább aktív vallásgyakorlásra, imára utal ebben az esetben.) Csak kevés tanulmány foglalkozott a vallásgyakorlás és az egészséges táplálkozás kapcsolatával. Általánosságban elmondható, hogy a vallás gyakorlása és a hit pozitívan hat a serdülők egészségmutatóira. A legtöbb tanulmány a spiritualitás/vallás egészségprotektív szerepét tárta fel serdülőkorban: a vallás, a hit, a pozitív spirituális coping mérsékli az egészségkockázati viselkedések és a pszichés problémák megjelenési valószínűségét, és a betegségek leküzdésében is támogathatja a fiatalokat (*Cotton, Zebracki, Rosenthal, Tsevat* és *Drotar,* 2006). A vallás adott formában a táplálkozási zavarok megelőző tényezője is lehet. Elsősorban a nőknél a hit alternatívát kínálhat a nyugati gondolkodásmódra jellemző önértékelési formákra. A nyugati kultúrákban az önbecsülés egyik legfontosabb forrása a karcsú test lehet. Ennek az ideálnak az elérése sokakat ösztönözhet kóros diétára vagy akár koplalásra is. Bizonyos vallások ettől eltérő önértékelési formákat, alternatív én-sémákat nyújthatnak, amelyek eleve megelőzhetik a túlzott diétázást (*Kim,* 2006).

A serdülők egyes megküzdési stratégiái - előzetes elképzeléseimnek (H_{11}-H_{12}) megfelelően - korreláltak a pszichés jóllét pozitív és negatív mutatójával, egészen pontosan az élettel való elégedettséggel és az észlelt stresszel. Csak az adaptívnak tekinthető megküzdési stratégiák (Probléma megoldására fókuszálás; Kemény munka és megvalósítás; Pozitívumokra fókuszálás; Relaxáció; Fizikai rekreáció) korreláltak pozitívan az élettel való elégedettség szintjével. Többnyire ugyanezek a coping stratégiák (Kemény munka és megvalósítás; Pozitívumokra fókuszálás; Relaxáció; Fizikai Rekreáció) fordított korrelációban álltak az észlelt stressz szinttel. Ezzel szemben csak elkerülő, diszfunkcionális megküzdési stratégiák (Aggodalom; Vágyálom; Tehetetlenség; Önvád; Probléma elhallgatása) mutattak fordított együttjárást az élettel való elégedettséggel. Ezek megküzdési fajták (Aggodalom; Vágyálom; Tehetetlenség; Feszültségcsökkentés; Önvád; Probléma elhallgatása) ugyanakkor pozitívan korreláltak az észlelt stresszel. A diszfunkcionális megküzdési technikák mellett a Spirituális segítség keresése coping stratégia is pozitív korrelációban volt az észlelt stressz szinttel. Ez az eredmény meglepőnek tűnhet, hiszen a vallásosságot, a vallás gyakorlását általában a reziliencia egyik erőforrásaként említik. *Smith* (2003) például számos olyan hatásmechanizmust leírt, amelyen keresztül a vallás (ezen belül főként a templomba járás és a vallásos hit) kifejtheti pozitív hatásait a pszichés egészségre nézve. Többek között rámutat arra, hogy a vallások változatos viselkedéses és kognitív erőforrásokkal járulhatnak hozzá a mentális, érzelmi és interperszonális stresszel való megküzdéshez. Az imádság, a meditáció, a gyónás, a megbocsátás, a különböző rituálék stb. mind ilyen erőforrásként funkcionálhatnak. Empirikus vizsgálatai nyomán hasonló következtetésre jutott *Kézdy Anikó, Martos Tamás, Urbán Szabolcs és Horváth-Szabó Katalin* (2010) is. Ők középiskolás tanulóknál azt találták, hogy a vallásosság bizonyos dimenzióinak (templomba járás, transzcendens elfogadása) az adaptív érzelmi és probléma-fókuszú megküzdések közvetítésével lelki egészségvédő szerepe lehet. Úgy gondolom, hogy a fentiekkel azért kaptam ellentétes eredményt, mivel az ACS-sben megjelenő Spirituális segítség keresése alskála állításai egy passzív, kétségbeesett csodavárást jelenítenek meg, nem pedig harmonikus hitet és vallásgyakorlást, amely adaptív coping stratégiákat generálna. Ezt a feltételezést támasztja alá az is, hogy a Spirituális segítség keresése pozitívan korrelált olyan diszfunkcionális coping stratégiákkal, mint az Aggodalom, a Vágyálom, a Tehetetlenség és a Feszültségcsökkentés.

A fenti eredményeket útelemzés segítségével igyekeztem egy modellbe foglalni, amely a Lazarus-féle (*Lazarus*, 1993) tranzakcionalista coping modellen és az Oláh-féle (*Oláh*, 2005) pszichológiai immunrendszer elképzelésen alapult. Feltételeztem, hogy az optimizmus közvetlenül és indirekt módon, a coping stratégiák közvetítésével is magyarázza a pszichológiai alkalmazkodás mutatóit, az élettel való elégedettséget és az észlelt stressz szintjét. Az indirekt kapcsolat esetében az optimizmus és a coping stratégiák közötti viszony természetére már a korrelációs adatokból is következtetni lehetett. (Hipotéziseimmel összhangban (H_{11}- H_{12}) a serdülők megközelítő és adapatív megküzdési stratégiái pozitívan korreláltak az élettel való elégedettséggel és negatívan az észlelt stresszel. Ezzel szemben a diszfunkcionális megküzdési stratégiák minden esetben pozitívan korreláltak az észlelt stresszel és fordított együttjárást mutattak az élettel való elégedettséggel).

Előzetes elképzelésemnek megfelelően az optimizmus közvetlenül és közvetve is magyarázta az élettel való elégedettséget (H_{13}). Két közvetett utat tártam fel. Egyrészt az optimizmus és az élettel való elégedettség pozitív kapcsolatát részben a Kemény munka és megvalósítás coping stratégia közvetítette. Ez arra utalhat, hogy a jövőbeli események kimenetelére vonatkozó általános pozitív elvárás önmagában fokozhatja az élettel való elégedettséget. Ezen kívül az optimizmus pont azért, mert jövőbeli megerősítőket implikál, ösztönözheti a kemény munkát, ez pedig az élettel való elégedettséget. Természetesen a modell fordított ok-okozati viszonyt is feltételezhet. Az élettel való elégedettség, illetve a feladatok megvalósítása növelheti az optimizmus szintjét. Itt nagy valószínűséggel egy önmagát erősítő folyamatról van szó.

A modell másik mediátor változója az Aggodalom, amelynek az optimizmus negatív magyarázója volt. Ugyanakkor az Aggodalom negatívan magyarázta az élettel való elégedettséget. Ez arra utal, hogy a diszpozícionális optimizmus azáltal is fokozhatja a pszichés jóllét szintjét, hogy csökkenti az élettel való elégedettséget mérséklő passzív coping stratégia gyakoriságát. Ismét megjegyzem, hogy az elemzés jellegéből eredően fordított ok-okozat viszony is feltételezhető. Ebben az esetben az élettel való elégedettség nagyobb szintje csökkentheti a passzív, kétségbeesett aggodalmaskodás gyakoriságát, amely viszont az optimizmus nagyobb szintjéhez járulhat hozzá.

A kritériumoknak megfelelően a Fizikai rekreáció is bekerült a modellbe. Bár ez a coping stratégia szignifikáns pozitív együttjárást mutatott az optimizmussal, az optimizmus és az élettel való elégedettség közötti kapcsolatnak nem volt szignifikáns mediátor változója. Így

arra következtettem, hogy a Fizikai rekreáció az optimizmustól függetlenül pozitívan magyarázza az élettel való elégedettség szintjét.

Előzetes feltételezésemnek megfelelően az észlelt stresszt is közvetlenül és közvetve magyarázta az optimizmus (H_{13}). Egyrészt tehát az optimizmus szignifikáns negatív prediktora volt az észlelt stressz szintnek. Másrészt ez a kapcsolat három passzív, diszfunkcionális coping közvetítésével érvényesült, amelyeknek szintén negatív magyarázója volt az optimizmus. Mindhárom diszfunkcionális coping stratégia (Aggodalom; Tehetetlenség; Önvád) pozitívan magyarázta az észlelt stressz szintjét. Az eredmény arra utalhat, hogy az optimizmus úgy is hozzájárul a pszichés alkalmazkodáshoz, hogy csökkenti az észlelt stresszt. Emellett a jövővel kapcsolatos pozitív elvárások nyilvánvalóan csökkentik az olyan elkerülő, passzív coping stratégiák gyakoriságát, amelyek az észlelt stressz fokozódásához vezetnének. Az ok-okozati feltételezés fordítottja szerint az észlelt stressz magasabb szintje az elkerülő coping stratégiák gyakoriságát növelheti, amely viszont csökkentheti az optimizmus szintjét.

9. Serdülők optimizmusa és szociális problémahelyzettel kapcsolatos automatikus gondolatai

Az előző fejezetben az optimizmus, a coping stratégiák és a jólléti mutatók kapcsolatát érintő eredményeimet mutattam be. A fejezetet egy olyan integratív modell ismertetésével zártam, amely arra utalt, hogy az optimizmus részben indirekt módon, a coping stratégiák közvetítésével magyarázta a pszichés jóllét két mutatóját, az észlelt stresszet és az élettel való elégedettséget. *Oláh* (2005) pszichológiai immunrendszer koncepcióját figyelembe véve ez azt a feltételezést implikálta, hogy az optimizmus a monitorozó-megközelítő alrendszer részeként szoros kapcsolatban van a kiértékelési folyamatokkal és ennek következményeként a szituáció kezelésére felhasznált coping stratégiákkal is. Ebben a fejezetben azt az elemzést kívánom ismertetni, amellyel ezt az elgondolást teszteltem. Egészen pontosan azt vizsgáltam meg, hogy az optimizmus kapcsolatban áll–e a kiértékelést, problémaorientációt tükröző automatikus gondolatokkal (H_{14}). A fejezet ezen kívül magából a kvalitatív elemzésből is bemutat néhány példát, amely az automatikus gondolatok típusait illusztrálja a különböző helyzetekben. Azt itt leírtak *Hamvai* és *Pikó* (2013b) cikkén és a második, 2010-es felmérés adatain alapulnak.

9.1. Kvalitatív elemzési és statisztikai eljárások

A 7.2. résznél ismertettem a Best of coping (*Frydenberg* és *Brandon* 2002) iskolai intervenciós módszert. Ennek egyik modulját használtam fel a gyerekek automatikus gondolatainak elemzésére. A vizsgálat során a gyermekek egy ambivalens szociális helyzetet, illetve annak három magyarázatát ismerték meg. A narrátor helyzetébe képzelve magukat le kellett írniuk a szituációval kapcsolatos első gondolatukat és érzelmüket. A kvalitatív elemzés során a gyerekek szöveges válaszait három különböző kategóriába soroltam:

- *Negatív automatikus gondolat*ként kódoltam a szituáció minden olyan értelmezését, amely a barát vagy bármely más szereplő rosszhiszeműségét, negatív szándékát tükrözte, vagy a barát valamilyen fokú negatív minősítését implikálta. Ebbe a kategóriába soroltam a barátok irányába tanúsított verbális agressziót, valamint az önvádat tükröző válaszokat is. Ez utóbbiak a helyzetnek egyfajta negatív átkeretezéseiként foghatók fel.

- *Pozitív automatikus gondolat*ként interpretáltam azokat a válaszokat, amelyek az elsőként talán kézenfekvő negatív felvetésekre alternatív értelmezést adtak. Ezek többek között az alábbiakat implikálhatták:

    - a szereplők jóhiszeműsége
    - a helyzetből fakadó fejlődési lehetőség
    - szándék a helyzet valamilyen megoldására
    - segítség nyújtásának szándéka
    - a szereplők cselekvésének megértése, elfogadása, megbocsátása

- A *semleges gondolat*ok kategóriájába azok a válaszok kerültek, amelyek csupán a helyzet puszta értelmezését, parafrázisát adták és azon kívül plusz információt nem hordoztak.

A gyerekek által leírt legelső érzelmek az elsődleges gondolatok kategorizálásához nyújtottak további támpontot. A segítségükkel például tisztázni lehetett az olyan metakommunikációt igénylő közléselemeket, mint a humor, szarkazmus vagy gúny. Ezeket lehetetlen lett volna kódolni abban az esetben, ha csak az elsődleges automatikus gondolatokkal kapcsolatos verbális beszámolókra támaszkodok.

Az optimizmust ebben az elemzésben is a LOT (*Scheier* és *Carver*, 1985) segítségével mértem. A hipotézis tesztelése céljából a résztvevők diszpozícionális optimizmusát a tercilisek mentén három övezetbe soroltam. Ezekre a későbbiekben alacsony, közepes és magas optimizmusként fogok utalni. A mintában az optimizmus minimum értéke 11, maximum értéke 40 volt. Az első tercilis 26, a második tercilis 31 volt. Az alacsony optimizmusúak értékei (78fő) tehát a 11-25 övezetbe, a közepes optimizmusúak értékei (79 fő) a 26-30 tartományba, a magas optimizmussal rendelkezők értékei pedig a 31-40 övezetbe estek.

Hipotézisem (H_{14}) az volt, hogy a poztív átkeretezést tükröző válaszok legnagyobb arányban a magas optimizmust mutató tanulóknál jelennek meg, míg a legkisebb arányban az alacsonyan optimistáknál fordulnak elő. Feltételeztem továbbá, hogy a negatív automatikus gondolatok aránya az alacsonyan optimista tanulók esetében magasabb lesz, mint a közepesen vagy a magasan optimistáknál. Hipotézisem szerint az optimizmus foka (alacsony, közepes, magas) és a szituációkra leírt első gondolatok minősége (semleges, negatív, pozitív) közötti

kapcsolat szignifikáns. A hipotézis tesztelésére minden esetben chi^2 próbát használtam. A statisztikai eljárásokat az SPSS 15.0 for Windows Release program segítségével végeztem.

9.2. Eredmények

Az eredmények ismertetését a kvalitatív leírással kezdem. Az alaphelyzetben és a három történet verziónál példákkal illusztrálom a teljes mintában előforduló tipikus válaszkategóriákat. Ezen kívül minden szituáció esetében vázolom, hogy milyen előfordulási arányban jelentek meg a különböző automatikus gondolati kategóriák az alacsonyan, a közepesen és a magasan optimista tanulóknál, valamint hogy chi^2 próbával találtam–e szignifikáns kapcsolatot az optimizmus kategóriája és a válaszok minősége között. Az itt leírtak *Hamvai* és *Pikó* (2013b) alapján kerülnek bemutatásra.

Az alapszituáció kvalitatív elemzésének eredménye

Az alapszituáció szerint a narrátor barátja minden előzetes bejelentés nélkül nem érkezik meg az előre megbeszélt időre a mozihoz. Emellett egy szemtanú, egy közös ismerős elmondja, hogy észrevette őt, amint más gyerekekkel pizzázik.

A szituáció leírására érkezett válaszok többsége negatív automatikus gondolatokra, negatív problémaorientációra utalt. Ez elsősorban abban nyilvánul meg, hogy a válaszok negatív minősítést fogalmaztak meg a történetbeli baráttal, Zolival kapcsolatban. Például:

„Van ez így, nem egy jó barát.”
„Nem szép tőle, hogy lehet ilyen aljas, soha többet nem leszünk barátok.”

A negatív ítéletnek egy másik formája nem egy tartósabb személyiségjellemzővel írta le a barátot, hanem inkább Zolinak a szituációban tanusított viselkedésére irányult, és ezzel egyfajta szemrehányást fogalmaztak meg a diákok. Az ilyen jellegű válaszok gyakran a tartalmazták a miért kérdőszót:

„Miért nem jött el? Többet nem beszélek meg vele találkozót.”
„Nem értem, hogy mért csinálja ezt velem? Azt hittem, hogy jó fej. Nagyot csalódnék benne.”

Az első érzelmeket elemezve még világosabbá vált, hogy az ilyen jellegű válaszok negatív kiértékelést takarnak. Ezek a gondolatok ugyanis legtöbbször haraggal, bánattal, szomorúsággal, idegességgel, illetve néha még bosszúvággyal is párosultak.

Ezen kívül jellemzőek voltak az átvertséget, becsapottságot kifejező elsődleges negatív gondolatok, amelyek általában szintén bánattal vagy haraggal jártak együtt. Például:

„Jaj, te rohadék, én megbíztam benned!”

Más reakciók már eleve nagyfokú érzelmi töltést, főként agressziót hordoztak. Ezekhez a gondolatokhoz is a harag illetve a frusztráció változatos megfogalmazásai társultak.

„Biztos elfelejtette, jól pofán vágnám, megaláznám mindenki előtt!!!”

Sokan jóval enyhébben írták le a haragjukat, erre a szituációra:

„Megígérte, de mégsem jött el. Nagyon mérges lennék.”

Számos esetben jellemző volt azonban, hogy akik ehhez hasonló automatikus gondolatokat írtak le, első érzelmi reakciójukat nem dühként, hanem inkább sértődöttségként vagy bánatként fogalmazták meg.

A negatív automatikus gondolatokon kívül a válaszok egy része semleges reakciókat tükrözött. Ezek, mint korábban már leírtam, a szituáció lényegének csupán egy tömörített újramegfogalmazását jelentették; azt, hogy a barát fejéből kiment a megbeszélt találkozó:

„Biztos elfelejtette.”

Néhány esetben az ilyen reakciók sem voltak teljesen semlegesek, hiszen olyan első érzelmi válaszok jártak velük együtt, mint a csalódottság, harag, vagy a magány.

Pár válasz pozitív problémaorientációra és pozitív átkeretezésre utalt. Annak ellenére, hogy a helyzetet a legtöbben igen negatívan ítélték meg, ezek a reakciók bizonyos megoldási lehetőséget hordoztak magukban. Néhányan például meghívták volna a filmnézésre azt a lányt, aki a barátot más gyerek társaságában látta. Mások, mielőtt bármit reagáltak volna, megpróbálták volna elérni a barátjukat és igyekeztek volna tisztázni a helyzetet. Megint

mások a jegy visszaváltásával próbálkoztak volna először. A pozitív átkeretezések mögött leggyakrabban csalódottság és bánat szerepelt első érzelmi reakcióként.

Az alapszituáció kvalitatív elemzésének eredménye az optimizmus figyelembevételével

16. táblázat. Az alapszituációra adott válaszok optimizmus kategóriákon és a teljes mintán belüli aránya

	Alacsony optimizmus (%)	*Közepes optimizmus (%)*	*Magas optimizmus (%)*	*Teljes Minta (%)*
Semleges válasz	27,3	39,4	33,3	14
Pozitív válasz	36,0	32,0	32,0	21,2
Negatív válasz	33,3	33,3	33,3	64,8

A **16. táblázat** foglalja össze az alapszituációra leírt automatikus gondolatoknak az optimizmus három fokozatán belüli százalékos előfordulási gyakoriságát.

A teljes mintában a negatív automatikus gondolatok aránya volt a legnagyobb, és a semleges gondolatoké a legkisebb.

A negatív automatikus gondolatok (negatív ítélet, frusztráció, harag) aránya azonos volt az optimizmus három fokozata mentén, és a pozitív átkeretezések is közel ugyanakkora arányban fordultak elő az optimizmus különböző kategóriáinál. A közepesen optimisták írtak le legnagyobb arányban semleges gondolatokat, az alacsonyan optimisták és a magasan optimisták körülbelül ugyanakkora arányban adtak ilyen típusú válaszokat.

A fentiek alapján nem meglepő, hogy a chi^2 próbával nem volt megállapítható szignifikáns kapcsolat az optimizmus foka és az alapszituációra adott válasz minősége között ($p>0,05$).

Az „A” változat kvalitatív elemzésének eredménye

Az alaphelyzetnek az „A” változat szerinti magyarázata leírja, hogy Zoli a mozizás helyett inkább pizzázni ment el. Zoli egyik barátja megígérte, hogy elhívja majd a narrátort is, de ez valami miatt végül nem történt meg.

A minta közel kétharmada erre a magyarázatra is negatív automatikus gondolatokat fogalmazott meg. Többségük megint a szemrehányás, elmarasztalás valamilyen formájában fejezte ki frusztrációját. Ezek az alaphelyzetre adott válaszokhoz hasonlóan a miért kérdőszót tartalmazták, és ezen kívül általában múlt idejű feltételes módban írták le őket.

„Mért kell így bonyolítani a dolgokat?”
„Zoli szólhatott volna.”

Ez a fajta automatikus gondolat általában a harag, csalódottság, ritkábban a megkönnyebbülés érzésével járt együtt.

A történetbeli barátok negatív megítélése igen gyakori válasz volt ebben a helyzetben is. Ez sokszor rejtett módon, nyílt agresszív érzelmi töltet nélkül jelent meg a tanulók válaszában. Például:

„Ha igazi barátom lett volna, Zoli eljött volna."
„Robi önző."
„A másik barátja fontosabb."

Az ilyen fajta válaszok mögött általában a csalódottság, bánat és olykor a harag szerepelt első érzésként.

Más tanulók erre a magyarázatra is becsapottságuknak, hitetlenkedésüknek adtak hangot:

„Persze én is ezt mondanám."
„Hazudik."

Ezek az automatikus gondolatok többfajta érzelmet (például csalódottság, harag, megnyugvás, belenyugvás, magány) váltottak ki, és ezek szinte mindegyike alátámasztotta, hogy a szituáció negatív kiértékeléséről van szó.

A semleges automatikus gondolatok egy része ennél a magyarázatnál értetlenséget fejezett ki. Sokan azt írták le, hogy ha a történetbeli barát tényleg el akarta érni őket, akkor miért nem mobilon tette azt. Itt sokszor a szemrehányó negatív megítélés is újra előjön a válaszokban.

A megadott magyarázat a minta mintegy harmadánál pozitív automatikus gondolatokat és a szituáció pozitív irányú átkeretezését váltotta ki. Az ilyen válaszadók egy része Zolit és Robit segítőkésznek értékelte. Arra következtettek, hogy a barátok cselekedetét a jó szándék vezérelte, mivel legalább megpróbálták elérni a narrátort, hogy értesítsék őt a program változásáról:

„Legalább a jóindulat megvolt benne."

Azok a diákok, akik ilyen választ írtak le, általában bánatot, szomorúságot éreztek volna ebben a szituációban. Sokan pontosan meg is fogalmazták, hogy azért éreztek volna így, mert sajnálták volna, hogy lemaradtak egy jó társasági programról. Más pozitív átkeretezések megbocsátást vagy megértést fejeztek ki:

„Nem haragudnék rá, mivel szólni akart, de nem voltam otthon.”
„Így már érthető a dolog.”
„Ez nem Zoli hibája.”

Ők első érzésként megkönnyebbülést, megnyugvást, olykor pedig csalódottságot, vagy önvádat éreztek. Az önvád gyökere sokszor az volt, hogy az alapszituációra még markáns negatív értékelést adtak, az „A” magyarázat segítségével azonban újraértékelték azt. Korábban már írtam, hogy páran negatívan keretezték át a szituációt. Válaszaik önvádat jelenítettek meg, és magukat okolták a történtekért:

„Ha vittem volna a mobilomat, lehet, hogy pizzáztam volna egy jót a haverokkal.”
„Mért nem vagyok otthon, biztos idegesek.”

Az ilyen tanulók többsége idegességet, megbánást írt le első érzésnek.

Végül a pozitív automatikus gondolatok egy része itt is a szituációra adott lehetséges megoldásra utalt:

„Kifizettetem vele a jegyet.”
„Hazamennék, és felhívnám.”
„Hát találkoznék vele, hogy beszéljük meg a problémát.”

Ezek a pozitív átkeretezések legtöbbször megbocsátással, megnyugvással, olykor pedig haraggal jártak együtt.

Az „A" magyarázat elemzésének eredménye az optimizmus figyelembevételével

17. táblázat. Az „A” szituációra adott válaszok optimizmus kategóriákon és teljes mintán belüli aránya

	Alacsony optimizmus (%)	*Közepes optimizmus (%)*	*Magas optimizmus (%)*	*Teljes Minta (%)*
Semleges válasz	42,9	33,3	23,9	8,9
Pozitív válasz	21,7	31,9	46,4	29,2
Negatív válasz	37,0	34,9	28,1	61,9

A **17. táblázat** az „A” szituációra adott semleges, pozitív és negatív válaszok százalékos arányát mutatja be az egyes optimizmus fokozatokon belül.

A teljes mintában a negatív automatikus gondolatok szerepeltek legnagyobb, míg a semleges válaszok a legkisebb arányban. Előzetes elképzelésemnek megfelelően (H_{14}) a magasan optimisták adtak a legnagyobb arányban pozitív átkeretezést, pozitív automatikus gondolatot, és legkisebb arányban negatív automatikus gondolatot. Ezzel szemben az alacsonyan optimisták írtak le legnagyobb arányban negatív automatikus gondolatot, és legkisebb arányban pozitív automatikus gondolatot. Az alacsonyan optimisták írtak le legnagyobb arányban semleges jellegű választ is. Ezen kívül chi^2 próbával igazoltam, hogy az optimizmus foka és a válasz minősége közötti kapcsolat szignifikáns [$\chi^2(4)=9{,}44$; $p<0{,}05$].

A „B” változat kvalitatív elemzése

A történetnek ennél a magyarázatánál a barát nem szándékosan kési le a találkozót. Kiderül, hogy rosszul emlékezik az előadás időpontjára, ezért egy korábbi vetítésre megy el. Ráadásul megpróbálja a főszerepelőt az otthoni telefonján elérni, hiába.

A legtöbbeknél általában ez a magyarázat is negatív automatikus gondolatot szült. Néhány diáknak legelőször a hazugság, becsapottság ötlött fel, és ezekhez a kognitív tartalmakhoz hasonló érzelmeket is társítottak:

„Hazugság!”

Mások az „A” magyarázathoz hasonlóan erre a helyzetre is verbális agressziót, sértést írtak le:

„Mekkora barom!”

Az első érzelmek elemzésénél azonban kiderült, hogy az ilyen kijelentések gyakran nem valódi haragot fejeznek ki. Sokszor vidám, humoros érzésekkel párosultak, ezért többnyire baráti hecceléskénti, humoros szarkazmusként lehetett őket értelmezni. Ezek a diákok általában az alapszituációban és a helyzet többi magyarázatánál sem fejeztek ki agresszív töltetű első gondolatokat.

A valóban negatív automatikus gondolatként interpretálható kifejezések többsége ismét szemrehányást implikált:

„Ha annyira aggódott volna, megkereshetett volna."
„Ó, hogy nem bírja megjegyezni, hogy a 7.30-as előadásra megyünk!"

Ezeket sokszor a harag vagy bánat érzése kísérte.

Ennél a magyarázatnál is előjött az önvád, amelynél a tévedést saját hibájuknak tartották a diákok:

„Jaj! Remélem, nem dühös rám!"
„Szegény Robi, ott kellett rám várnia fél óra hosszát."

Ez sokszor bűntudattal vagy a zavar érzésével párosult. Mások ennyire nyilvánvalóan nem fogalmaztak meg bűntudatot vagy önvádat. Ők inkább sajnálkozásukat fejezték ki, ami viszont legtöbbször szintén a bűntudat érzésével járt együtt:

„Hogy ez szívás, de ez van."
„Ez pech."

A minta kisebb hányada ismét csak semleges automatikus gondolatokat írt le. Egy részük igyekezett értelmezni, megérteni a szituációt, mások pedig száraz, tárgyilagos hangnemben csupán megismételték a legfontosabb tényeket:

„Biztos elnézte az időpontot."
„Összekeverte valamelyikünk az időpontot."

Az ilyen fajta válaszokat legtöbbször bánkódás vagy megértés érzése kísérte.
Mások semleges válaszaikkal csupán Zoli, a barát figyelmetlenségét hangsúlyozták ki:

„Kicsit szétszórt a barátom.”
„Nem figyelt eléggé a megbeszélésnél, de megértem.”

Azonban az ilyen tényszerű állítások mögött is változatos érzelmi reakció volt megfigyelhető: megnyugvás, bánat, harag.

Legtöbbször azok számoltak be dühről, haragról, akik felszólító mondatban írták le a barát figyelmetlenségét.

„Figyeljen oda jobban!”

A válaszok mintegy harmada tükrözött pozitív átkeretezést. Ezek egy része ismét lehetséges megoldásokat írt le:

„Majd máskor Zolival jobban megbeszéljük. Pontosabban.”

A megoldások mögött viszont sokszor negatív érzés, csalódottság, megbántottság húzódott meg. A pozitív automatikus gondolatok másik fajtája a konfliktus feloldására vagy egyfajta megértésre utalt:

„Semmi! Ilyenek vannak!”
„Hogy nem Zoli hibája, és nem vert át.”
„Csak egy félreértés volt.”

Ezek a válaszok megkönnyebbüléssel, humoros érzéssel, sajnálkozással jártak együtt.

A „B” változat kvalitatív elemzése az optimizmus figyelembevételével

18. táblázat. A „B” szituációra adott válaszok optimizmus kategóriákon és a teljes mintán belüli aránya

	Alacsony optimizmus (%)	*Közepes optimizmus (%)*	*Magas optimizmus (%)*	*Teljes Mintán (%)*
Semleges válasz	34,0	28,0	38,0	21,2
Pozitív válasz	24,3	36,5	39,2	31,4
Negatív válasz	38,4	34,8	26,8	47,5

A **18. táblázat** az alapszituáció „B” magyarázatára leírt semleges, pozitív és negatív válaszok százalékos előfordulási arányát mutatja be az optimizmus kategóriákon és a teljes mintán belül.

A teljes mintában a negatív automatikus gondolatok ismét felülreprezentálták a többi választípust. Ennél a magyarázatnál is igazolódott előzetes hipotézisem (H_{14}). A magas optimizmusú diákok számoltak be legnagyobb arányban pozitív átkeretezésről (megoldás, megértés, sajnálkozás) és legkisebb arányban negatív automatikus gondolatokról. Az alacsonyan optimista tanulók írtak le legnagyobb arányban negatív automatikus gondolatot (szemrehányás, agresszió), és legkisebb arányban pozitív automatikus gondolatot. A chi^2 próba azonban nem igazolt szignifikáns kapcsolatot az optimizmus szintje és a válaszok minősége között ($p > 0,05$).

A „C” változat kvalitatív elemzése

A szituáció harmadik magyarázatában a történetbeli barát, Zoli kórházba kíséri édesanyját, akit baleset ért. Ezért nem tud elmenni a mozizásra.

Erre a magyarázatra szinte minden tanuló pozitív átkeretezést írt le első gondolatként. A legtöbben együttérzésüket és aggodalmukat fejezték ki válaszaikkal:

„Hogy van az anyukája?”
„Úristen! Remélem, nem súlyos!”
„Szegény édesanyjuk, mi történhetett vele!”
„Szegény Zoli biztos szomorú.”

Az ilyen fajta empátiára utaló automatikus gondolatok mögött a sajnálat, a megértés és a szomorúság érzése húzódott. Még azok a tanulók is hasonló gondolatokról számoltak be, akik az alapszituációra agresszív vagy más negatív automatikus gondolatokat írtak le. A pozitív átkeretezések nagy része nyíltan is utalt az empatikus attitűdre:

„Megértem. Én is ezt tettem volna.”
„Az embernek a családja mellett a helye.”

Ezek a reakciók is a szomorúsággal, sajnálattal és ritkábban az ijedtség érzésével jártak együtt.

Néhányan a lehetséges megoldásra, főként a segítségnyújtás vagy támogatás valamilyen formájára fókuszáltak:

„Én is bemegyek a kórházba, hátha szüksége van egy barátra.”
„Elmegyek utána a kórházba, de előtte veszek virágot az anyukájának.”

Ezeknek a válaszoknak is az aggodalom, izgatottság, ijedség adta az érzelmi töltetét.

Ennél a magyarázatnál igen kevesek írtak le olyan válaszokat, amelyek valamilyen fajta negatív automatikus gondolatra utaltak. Ezeknek a reakcióknak az egyik kategóriája ismét a szemrehányás, helytelenítés volt:

„Van mobilom, legalább egy SMS-t küldhetne, de megértem.”
„Ha annyira le akarta mondani, hogy mi van, egyből felhívott volna hogy ???”

Szemrehányásuk, helytelenítésük dacára ezek a tanulók is elsősorban aggodalmat és sajnálatot írtak le első érzésükként.

A „C” magyarázatra érkezett negatív automatikus gondolatok másik főbb kategóriája valamiféle bizalmatlanságot sugallt:

„De akkor hogy láthatták egy csapat gyerekkel?”
„Én is ezt mondanám, de lehet, hogy igaz.”

Általában ezek a válaszadók az alaphelyzetnél, és a korábbi magyarázatoknál is valamilyen negatív automatikus gondolattal értékelték ki a szituációt. Első érzelmi reakciójuk a kétely, a harag vagy az értetlenség volt.

A „C” változat kvalitatív elemzése az optimizmus figyelembevételével

19. táblázat. A „C” szituációra adott válaszok optimizmus kategóriákon és teljes mintán belüli aránya

	Alacsony optimizmus (%)	*Közepes optimizmus (%)*	*Magas optimizmus (%)*	*Teljes Mintán (%)*
Semleges válasz	40,0	60,0	0	2,1
Pozitív válasz	31,0	33,0	36,0	84,7
Negatív válasz	45,2	35,5	19,4	13,1

A „C” magyarázatra adott válaszkategóriáknak a teljes minta és az optimizmus három fokozatán belüli százalékos eloszlását a **19. táblázat** mutatja be.

A teljes minta döntő többsége valamilyen pozitív automatikus gondolatot (együttérzést, támogatást, megértést, empátiát) írt le. Jóval kevesebben adtak negatív automatikus gondolatot (becsapottság, kétely, helytelenítés), és a minta elenyésző hányada reagált semleges gondolatokkal.

A válaszkategóriák arányának eloszlása ismét előzetes hipotézisemet támasztotta alá (H_{14}). A legoptimistább tanulók adták a legnagyobb arányban a pozitív átkeretezéseket, míg a legkevésbé optimisták írtak le legkisebb arányban ilyen fajta gondolatokat. Igaz, az arányok közötti különbségek nem voltak nagyon jelentősek. Az alacsonyan optimisták számoltak be legnagyobb arányban a negatív automatikus gondolatokról, míg a magasan optimisták legkisebb arányban. Végül a magasan optimisták egyáltalán nem írtak le semleges gondolatokat, míg a közepesen optimisták nagyobb arányban reagáltak ilyen gondolatokkal, mint az alacsonyan optimisták. A fenti összefüggések ellenére a chi^2 próba nem mutatott az optimizmus foka és a helyzetre adott válaszok minősége közötti szignifikáns kapcsolatot ($p > 0,05$).

9.3. Részösszefoglalás

A fejezetben bemutatott vizsgálat legfőbb célja az volt, hogy tesztelje a diszpozícionális optimizmus szintje és egy ambivalens társas helyzetre adott automatikus gondolat, problémaorientáció közötti kapcsolatot. Részletesen illusztráltam azt is, hogy a tanulók egészen pontosan milyen fajta automatikus gondolattal reagáltak a problematikus helyzetre és annak különféle magyarázataira. Ezek az automatikus gondolatok a helyzet kognitív kiértékeléseinek tekinthetők, és nagyjából lefedik a *Chang* és mtsai (2004) által leírt problémaorientáció két típusát, bár arra az elemzés alapján nem lehet következtetni, hogy a gyerekek által leírt válaszok tartós kognitív beállítódás termékei-e.

Először is a tanulók válaszain belül a negatív automatikus gondolatok körét lehetett elkülöníteni. Ide tartoztak azok a válaszok, amelyek negatív ítéletet, frusztrációt, agresszív impulzusokat, szemrehányást fejeztek ki, vagy a történetben szereplő karakterek rosszhiszeműségére utaltak. Ebbe a csoportba soroltam az önvádat, bűntudatot kifejező reakciókat is. Ez a válasz kategória *Chang* és mtsai (2004) negatív problémaorientáció fogalmához illeszkedik.

A válaszok másik típusába tartoztak a pozitív átkeretezések, pozitív automatikus gondolatok, amelyek jobbára lefedték *Chang* és mtsai (2004) pozitív problémaorientáció fogalomkörét. A pozitív újrakeretezéseket leíró diákok képesek voltak valahogyan új kontextusba helyezni a szituációt. Az újrakeretezések olyan perspektívákat fedtek fel, amelyre a szituáció jellegéből fakadóan sokszor nem is gondolna az ember. Új, konstruktív megoldási lehetőséget kínáltak, számításba vették a szereplők esetleges jóhiszeműségét, indokolt esetben megértést, empátiát implikáltak.

A válaszoknak egy harmadik kategóriáját is megfigyeltem, ezek voltak a semleges gondolatok. Az ilyen fajta válaszok mindössze a problémahelyzet lényegének tömör parafrázisát adták.

Természetesen a problémahelyzet és annak különböző magyarázatai már eleve erősen befolyásolhatták, hogy milyen jellegű automatikus gondolatok domináltak a diákok válaszaiban. Az alaphelyzetben a negatív automatikus gondolatok világosan felülreprezentálták az egyéb típusú válaszokat. Csak néhány diák adott valamilyen konkrét, pozitív átkeretezésként értelmezhető megoldási lehetőséget a szituációra.

Az alaphelyzet első két magyarázata elsősorban abban tér el egymástól, hogy az egyikben a történetbeli barát szándékosan, a másikban véletlenül nem jelenik meg időben a megbeszélt találkozóra. A tanulók többsége mindkét esetben negatív automatikus gondolatokat írt le. A negatív automatikus gondolatok egy része a speciális átkeretezésre, az önvádra utalt. Kevesebben voltak azok, akik a pozitív átkeretezést tükröző választ (megoldást, megértést, barát jóhiszeműségének feltételezése) fogalmaztak meg. Legkisebb arányban semleges válaszokat írtak le mindkét magyarázat verzióra.

A harmadik magyarázatban a narrátor barátjának édesanyja balesetet szenvedett, és a barát ezért nem érkezett meg a találkozóra. Ez a magyarázat döntő többségében pozitív átkeretezést indukált. Ez a megértést, támogatást, aggodalmat, empátiát kifejező válaszokban nyilvánult meg. Csak kevesen írtak le negatív automatikus gondolatokat, amelyek kételyt, becsapottságot, gyanakvást közvetítettek.

Csak részben sikerült igazolni azt, hogy az optimizmus foka és az automatikus gondolatok minősége között kapcsolat van (H_{14}). A hipotézist általánosságban támogatta, hogy a magasan optimisták egyik esetben sem adtak több negatív automatikus gondolatot, mint az alacsonyan optimisták, és az alapszituáció különböző magyarázataira mindig ők írtak le a legkisebb arányban ilyen fajta válaszokat. Az alaphelyzetben az optimizmus három kategóriáján belül közel azonos arányban fordultak elő negatív válaszok. Az alapszituáció kivételével az is teljesült, hogy a magasan optimista csoport nagyobb arányban írt le pozitív

átkeretezést, mint a másik két csoport. Összefoglalva: csak az „A” és a „B” magyarázatra érkezett válaszok esetében igazolódott maradéktalanul az előzetes hipotézis. Ezeknél valóban a magasan optimisták adták a legnagyobb arányban a pozitív válaszokat és legkisebb arányban a negatív válaszokat, illetve az alacsonyan optimisták legnagyobb arányban a negatív válaszokat és legkisebb arányban a pozitív válaszokat. Ezen kívül a közepesen optimisták nagyobb arányban adtak pozitív átkeretezést, mint az alacsonyan optimisták, és kisebb arányban fogalmaztak meg negatív automatikus gondolatokat, mint az alacsonyan optimisták.

Statisztikailag azonban csak az „A” magyarázat esetében volt szignifikáns az optimizmus foka és az automatikus gondolatok minősége közötti kapcsolat. Ez illeszkedik *Chang* és *D'Zurilla* (1996) eredményeihez. Náluk az optimizmus szignifikánsan magyarázta a pozitív, míg a pesszimizmus a negatív problémaorientációt. *Chang* és *Farrehi* (2001) a stresszes szituációban használt problémamegoldó stílusokat vizsgálta. A logikus, tervszerű kreatív megoldásokon alapuló racionális információ feldolgozás és a múltbeli helyzetek megküzdési megoldásain alapuló automatikus információfeldolgozás az optimizmushoz kapcsolódott szignifikánsan. Ez konzisztens saját eredményeimmel: a magasan optimisták a többiekhez képest nagyobb arányban adtak olyan pozitív átkeretezéseket, amelyek számos esetben szintén ilyen kreatív, racionális információ feldolgozást tükröztek. A fentiekkel szemben *Chang* és *Farrehi* (2001) további eredménye szerint az úgynevezett kísérletező, intuitív, ösztönszerű, érzelmeken alapuló információ feldolgozás a pesszimizmussal korrelált. Bár az alacsony optimizmus nem egyenlő a pesszimizmussal, a fenti eredménnyel konzisztens lehet, hogy általában az alacsonyan optimisták a többiekhez képest nagyobb arányban adtak olyan negatív automatikus gondolatokat, amelyek hasonló impulzív információ feldolgozás eredményei lehetnek.

Felmerül a kérdés, hogy az alapszituációban és a „C” helyzetben miért nem érvényesült annyira az előzetes feltevésnek megfelelő kapcsolat a diszpozícionális optimizmus és a válaszok minősége között. Mindkét helyzetben a három optimizmus csoport nagyjából azonos arányban adott semleges, negatív és pozitív válaszokat. Úgy gondolom, hogy az alapszituáció még nem szolgált korrekt magyarázatként a történetbeli barát viselkedésére, a „C” magyarázat pedig egy olyan körülményt ír le, amely a legtöbb emberből mindenképpen empatikus választ, megértést vált ki. Ezekben az esetekben tehát elsősorban az adott szituáció irányította a gyerekek válaszát, nem pedig egy lehetséges kognitív beállítódás. Ezért nem is lehetett feltárni szignifikáns kapcsolatot az optimizmus szintje és az első automatikus gondolatok minősége között.

Korábban már említést nyert, hogy az „A” és a „B” magyarázat elsősorban a cselekvés szándékát tekintve különbözik. Ebből a különbségből adódhat, hogy csak az „A” magyarázat esetében találtam statisztikailag is szignifikáns összefüggést a diszpozícionális optimizmus szintje és a választípusok aránya között. A „B” helyzetben a barát csak figyelmetlensége miatt hibázott, a találkozó elmulasztása itt nem tekinthető szándékosnak. Talán éppen ezért fogadható el könnyebben, mint az „A” magyarázat. Itt a barátokkal való pizzázás, az előzetes tervek felborítása szándékos cselekedet, tudatos döntés eredménye. Ilyen körülmények között feltehetően már csak a legoptimistább tanulók próbáltak élni a pozitív átkeretezés valamilyen formájával.

10. Szociális mutatók és a serdülőkori jóllét közötti kapcsolat

Az előző fejezetekben a serdülők optimizmusa, megküzdési stratégiái és különböző jólléti mutatói (egészségmagatartás, pszichés alkalmazkodás) közötti kapcsolatot tárgyaltam. Külön foglalkoztam azzal, hogy vajon a serdülők optimizmus szintje összefüggésben van–e a problémahelyzettel kapcsolatos automatikus gondolataikkal, kognitív kiértékeléseikkel. Ezeken a tényezőkön kívül a három szocializációs közeg bizonyos változói is magyarázhatják a serdülők szubjektív jóllétének alakulását. A jelen fejezetben bemutatott elemzés ezeknek a változóknak a feltárását célozta meg. A leírtak két publikációnkon (lásd *Hamvai* és *Pikó*, 2009; *Piko* és *Hamvai*, 2010a) és az első 2008-as felmérés adatbázisán alapultak.

10.1. Statisztikai eljárások

A leíró statisztika keretén belül chi^2 próbával és Student-féle t–próbával teszteltem a vizsgálatba bevont mutatók esetleges nemek közötti eltéréseit. A serdülők jóllétét magyarázó változókat úgy elemeztem, hogy a teljes mintára, illetve a fiúk és lányok mintájára külön-külön többszörös lineáris regresszió elemzést futtattam le. A modellben a függő változó a résztvevők SWL pontszáma volt. Magyarázó változóként a szocioökonómiai státusz, a szülői támogatás, a nevelési gyakorlat és kontroll, az iskolai élet és a kortársakkal kapcsolatos néhány mutató került be a modellekbe. A statisztikai elemzéshez minden esetben az SPSS 15.0 for Windows Release nevű szoftvercsomagot használtam.

20. táblázat. A szülői változók leíró statisztikája nemek szerint

	Fiúk (n = 488)	*Lányok (n = 393)*	*Szignifikancia*
*Apai társas támogatás**			
Átlag (szórás)	17,0 (4,9)	16,3 (5,8)	p>0,05
*Anyai társas támogatás**			
Átlag (szórás)	19,6 (3,9)	20,2 (4,6)	p<0,05
*Élettel való elégedettség Skála**			
Átlag (szórás)	22,0 (6,1)	21,5 (6,6)	p>0,05
*Gyermeki kötelesség skála**			
Átlag (szórás)	14,9 (3,0).	15,3 (3,1)	p>0,05
Vacsora a családdal (%)**			
Soha	8,7	8,7	
Elég ritkán	16,1	25,4	
Néhányszor	31,7	27,8	
Legtöbbször	30,2	26,0	
Mindig	13,3	12,1	p>0,05
Problémák megbeszélése a szülőkkel (%) **			
Soha	7,2	5,9	
Elég ritkán	23,4	14,5	
Néhányszor	33,9	25,4	
Legtöbbször	25,5	32,1	
Mindig	10,1	22,1	p<0,001
A szülők megmondják, hányra kell hazamenni (%)**			
Soha	34,2	18,6	
Elég ritkán	22,2	20,2	
Néhányszor	17,2	14,5	
Legtöbbször	14,9	19,6	
Mindig	11,6	27,0	p<0,001
A szülők tudják, gyermekük hol van (%)**			
Soha	6,8	3,8	
Elég ritkán	15,0	8,2	
Néhányszor	16,5	9,7	
Legtöbbször	34,8	36,2	
Mindig	27,0	42,1	p<0,001
Apa iskolai végzettsége (%)**			
Általános iskola	6,3	6,2	
Szakmunkásképző	45,6	51,5	
Érettségi	29,9	26,5	
Főiskola/egyetem	18,2	15,8	p>0,05
Anya iskolai végzettsége (%)**			
Általános iskola	9,5	8,5	
Szakmunkásképző	36,3	41,5	
Érettségi	30,5	30,5	
Főiskola/egyetem	23,1	19,5	p>0,05
Társadalmi helyzet önbesorolás (%)**			
Alsó osztály	3,9	1,5	
Alsó-közép	14,7	15,5	
Középosztály	64,3	63,4	
Felső-közép	14,9	18,3	
Felső osztály	2,1	1,3	p>0,05

*Kétmintás t-próba ** chi^2próba

21. táblázat. Az iskolai és baráti változók leíró statisztikája nemek szerint

	Fiúk (n = 488)	*Lányok (n = 393)*	*Szignifikancia*
Jó iskolai teljesítmény (jegyek) (Skála: 1-7)*			
Átlag (szórás)	3,4 (1,5)	3,8 (1,5)	p<0,001
*Barátok, akikkel közös az érdeklődés**			
Átlag (szórás)	11,7 (17,4)	7,2 (6,9)	p<0,001
*Barátok, akik törődnek vele**			
Átlag (szórás)	6,8 (13,9)	4,2 (3,6)	p<0,001
Hogyan érzi magát az iskolában? (%)**			
Nagyon rosszul	7,0	4,3	
Elég rosszul	19,9	12,0	
Elég jól	62,5	69,7	
Nagyon jól	10,6	14,0	p<0,01
Problémák megbeszélése a tanárokkal (%) **			
Soha	48,9	37,6	
Elég ritkán	26,3	39,4	
Néhányszor	17,0	18,2	
Legtöbbször	5,7	3,1	
Mindig	2,1	1,8	p<0,001

*Kétmintás t-próba ** chi^2 próba

10.2. Eredmények

A szülői változók leíró statisztikáját az **20. táblázat** foglalja össze.

Szignifikáns nemi eltérést kaptam a szubjektív szülői támogatásban: a lányok szignifikánsan több támogatást kaptak édesanyjuktól, mint a fiúk (p<0,05).

A fiúk között szignifikánsan nagyobb arányban fordultak elő olyanok, akik soha vagy ritkán, illetve szignifikánsan kevesebben voltak, akik legtöbbször vagy mindig megbeszélték problémáikat a szülőkkel (p<0,001). Azaz úgy tűnik, hogy a fiúk a lányokhoz képest kevésbé keresik meg szüleiket problémáikkal.

A szülői kontroll tekintetében is szignifikáns különbséget mértem. Összességében a lányok szignifikánsan nagyobb arányban számoltak be gyakoribb szülői kontrollról, mint a fiúk. Például míg a lányok 27%-ánál a szülők mindig előírták, hogy mikorra kell hazaérniük, addig a fiúk mindössze 11,6%-ánál volt ez így. A fiúk 34,2%-ának soha, 22,2%-ának pedig eléggé határozták meg a szülők a hazaérkezés időpontját szemben a lányok 18,6%-ával, illetve 20,2%-ával. Ezen kívül például a lányok 42,1 %-a számolt be arról, hogy a szüleik mindig tudják, hogy hol tartózkodnak éppen, míg a fiúk esetében csupán 27%-os volt ez az arány. Saját bevallásuk szerint, míg a fiúk 6,8%-ának szülei soha nem tudták, hogy gyermekük hol van, a lányok csupán 3,8%-ánál volt ez igaz.

Az iskolai élettel és a kortársakkal kapcsolatos változók leíró statisztikáját a **21. táblázat** mutatja be.

A lányok iskolai teljesítménye szignifikánsan jobb volt, a fiúkéhoz képest, bár a két átlag közötti eltérés nem volt számottevő ($p<0,001$).

Általánosságban elmondható, hogy a lányok nagyobb arányban voltak elégedettek és kisebb arányban elégedetlenek az iskolával a fiúkhoz képest. Míg a lányok 14%-a érezte nagyon jól magát az iskolában, addig a fiúknak csak 10,6%-a. A fiúk 7%-a, a lányoknak 4%-a volt nagyon elégedetlen az iskolájával ($p<0,01$).

Összességében a lányok eltérő mértékben keresték fel problémáikkal tanáraikat. Például a fiúk 48,9%-a, a lányoknak pedig 37,6%-a soha nem beszélt problémáiról az oktatóinak. Viszont míg a fiúk 5,7%-a, addig a lányok csupán 3,1%-a osztotta meg problémáit a pedagógusokkal ($p<0,001$).

A barátokkal kapcsolatos változókat szintén a **21. táblázat** mutatja be. A fiúknak a lányokhoz képest szignifikánsan több közös érdeklődésű, illetve velük törődő barátja volt ($p<0,001$).

A **22. táblázat** mutatja be a többváltozós lineáris regresszió elemzés eredményeit. Látható, hogy az elemzést először a szülői változókra futtattam le (amely magába foglalta a szocioökonómiai státuszt kifejező mutatókat is), majd az iskolai és kortársakra vonatkozó változókat is bevontam a modellekbe.

22. táblázat. A serdülők jóllétét magyarázó társas tényezők a családban, az iskolában és a baráti társaságban: többváltozós regresszió elemzés (függő változó SWL)

	Teljes minta (N = 881)	*Fiúk (n = 488)*	*Lányok (n = 393)*
	Béta	*Béta*	
Szülői változók			
Apai társas támogatás	0,11***	0,19***	0,05
Anyai társas támogatás	0,11**	0,10*	0,10
Vacsora a családdal	0,10**	0,15**	0,01
Problémák megbeszélése a szülőkkel	0,15***	0,12*	0,21***
A szülők megmondják, mikorra kell hazamenni	-0,07*	0,03	-0,11*
A szülők tudják, hogy gyermekük hol van	-0,08*	0,01	-0,15**
A szülői értékrend elfogadása	0,10**	0,05	0,15**
Apa iskola végzettsége	0,09*	0,04	0,12*
Anya iskolai végzettsége	0,03	-0,02	0,09
Társadalmi helyzet besorolás	0,22***	0,21***	0,26***
Iskolai változók			
Jó iskolai teljesítmény	0,09**	0,12*	0,10*
Problémák megbeszélése a tanárokkal	0,03	-0.02	0,07
Elégedett az iskolával	0,16***	0.16***	0,15**
Baráti változók			
Barátok, akikkel közös az érdeklődés	0,01	-0,01	-0.01
Barátok, akik törődnek vele	0,07	0,07	0,11*
Konstans	-3,53*	-3,63	-5,09*
R^2	0,37***	0,39***	0,41***

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

Az anyai és apai társas támogatás, a vacsora a családdal, a problémák megbeszélése a szülőkkel, a szülői értékrend elfogadása, az apa iskolai végzettsége, valamint a társadalmi helyzet besorolása pozitív, a szülői kontroll két változója (A szülők megmondják, mikorra kell hazamenni; A szülők tudják, hogy gyermekük hol van) pedig szignifikáns negatív magyarázó változója volt a teljes minta SWL pontszámának. A családhoz kötődő fenti társas és szocioökonómiai változók már ömagukban is a variancia mintegy 33%-át magyarázták.

Az iskolai változók közül a jó iskolai teljesítmény és az iskolai elégedettség is szignifikánsan hozzájárult a modell magyarázó erejéhez 4%-kal növelve azt. Mindkettő pozitív prediktornak bizonyult. A barátok száma azonban nem volt szignifikáns magyarázó változó. Összességében a modell szignifikáns prediktorai a teljes mintán az SWL pontszám varianciájának 37%-át magyarázták.

A fiúk mintáján az anyai és apai társas támogatás, a vacsora a családdal, a problémák megbeszélése a szülőkkel, a társadalmi helyzet besorolása, az iskolai teljesítmény, valamint az iskolai elégedettség volt szignifikáns prediktor. Ezek a mutatók az SWL varianciájának 39%-át magyarázták. Ahogy a teljes mintánál, a fiúk esetében is főként a családdal, szülőkkel

kapcsolatos társas és szocioökonómiai változók adták a modell erejét (35%-ot). Ezt csak csekély mértékben növelték (4%-os R^2 változással) az iskolával kapcsolatos mutatók.

A lányok esetében a problémák megbeszélése a szülőkkel, a szülői értékrend elfogadása, a társadalmi státusz besorolása, az iskolai teljesítmény, az iskolával való elégedettség és az egyénnel törődő barátok száma jelezte előre szignifikánsan és pozitív irányban az SWL pontszámot. A családi kontroll változók (a szülők megmondják, hogy mikorra kell hazaérni, és a szülők tudják, hogy hol van a gyermekük) szignifikáns negatív prediktorok voltak. A lányoknál is elsősorban a családdal kapcsolatos változók adták a modell erejét (a variancia 35%-át magyarázva) csakúgy, mint a teljes minta és a fiúk esetében. Az iskolai mutatók 4%-kal, a barátok száma 1%-al növelték a modell magyarázó erejét. Összességében a szignifikáns prediktorok az SWL varianciájának 41%-át magyarázták

Érdemesnek találtam megnézni a modellt úgy is, hogy csak a szocioökonómiai mutatókat (társadalmi helyzet besorolás, apa iskolai végzettsége, anya iskolai végzettsége) vontam be magyarázó változóként (lásd **23. táblázat**). Mint látható a teljes minta, a fiúk, és a lányok esetében egyaránt csak a társadalmi helyzet szubjektív megítélése bizonyult szignifikáns prediktornak. A modell az SWL pontszám varianciájának 15%-át magyarázta a teljes mintánál, a 13%-át a fiúknál, és 16%-át a lányoknál.

23. Táblázat. Szocioökonómiai változók többváltozós lineáris regresszió elemzése (függő változó: SWL)

	Teljes minta N=881)	*Fiúk (n=488)*	*Lányok (n=393)*
Szocioökonómiai változók	beta	*beta*	*beta*
Társadalmi helyzet besorolás	0,35***	0,34***	0,32***
Apa iskolai végzettsége	0,08	0,08	0,09
Anya iskolai végzettsége	0,03	-0,03	0,10
Konstans	10,24***	12,43***	8,19***
R^2	0,15***	0,13***	0,16***

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

10.3. Részösszefoglalás

A fejezetben bemutatott vizsgálat a serdülők jóllétét, élettel való elégedettségét szignifikánsan magyarázó társas és szocioökonómiai tényezők feltérképezését célozta meg. Ezek a tényezők

egyben a serdülők három főbb szocializációs közegének (család, iskola, kortársak) mutatóiként is szolgáltak.

Korábbi serdülőkkel kapcsolatos vizsgálatokhoz hasonlóan (például *Várnai* és mtsai, 2008; *Eriylmaz*, 2010; *Visani*, *Albieri*, *Offidani*, *Ottolini*, *Tomba* és *Ruini*, 2011) én sem tártam fel szignifikáns eltérést a két nem élettel való elégedettségében.

A kiegészítő elemzés a korábbi eredményekkel összhangban (*Joronen*, 2005; *Cicognani* és mtsai, 2008; *Várnai* és mtsai, 2008) rámutatott arra, hogy a serdülő szocioökonómiai státusza önmagában is fontos prediktora a szubjektív jóllétnek. A modell magyarázó erejét jelentősen növelte, amikor a szocioökonómiai változók mellé bevontam a szülőkkel kapcsolatos társas változókat is.

A teljes serdülőkori mintára vonatkozó eredmények szerint számos szülőkkel és a családdal kapcsolatos változó előre jelezte az élettel való elégedettséget. Ez a szülői támogatást és a szülői kontrollt kifejező változókra, a szülői értékrend elfogadására, illetve a társadalmi helyzet besorolására egyaránt vonatkozik. A szülői-családi változók közül csak az anya iskolai végzettsége nem volt a modell szignifikáns prediktora. Összességében ezek az eredmények konzisztensek a nemzetközi szakirodalmi adatokkal. Ezek szerint a szülői támogatás, a szülői kontroll és más szülő-gyermek viszonnyal kapcsolatos mutatók a serdülők, sőt még a fiatal felnőttek életében is jelentősen hozzájárulnak a szubjektív jólléthez (lásd *van Wel–Linssen* és *Abma*, 2000; *Furnham* és *Cheng*, 2000; *Hair* és mtsai, 2008; *Joronen*, 2005; *Joronen* és *Astedt-Kurki*, 2005; *Edwards* és *Lopez*, 2006; *Cicognani* és mtsai, 2008; *Morgan* és mtsai, 2008; *Gutman* és mtsai, 2010). Mindez annak ellenére igaz, hogy a kortárskapcsolatok egyre fontosabbak lesznek ebben az életkorban.

Fontos megemlíteni, hogy a szülői kontroll változói az élettel való elégedettség negatív prediktorai voltak. *De Goede*, *Branje* és *Meeus* (2009) eredményeivel értelmezhető a szülői kontroll és a pszichés jóllét közötti negatív kapcsolat. Ők rámutattak arra, hogy a serdülőkor középső szakaszától kezdve mindinkább egyenrangúvá válik a serdülők és szüleik közötti viszony. Az észlelt szülői hatalom szintén mérséklődik ettől az életkori periódustól kezdve. Ez alapján feltételezhető, hogy a szülői kontroll minden megnyilvánulása frusztráció forrása lehet az autonómiára és a kapcsolatok egyenlőségére törekvő serdülő számára. Ez magyarázhatja a szülői kontroll és az élettel való elégedettség közötti negatív viszonyt is.

A fiúk és a lányok élettel való elégedettségének varianciáját eltérő szülői változók magyarázzák. Az eredmények arra utalhatnak, hogy a fiúk szubjektív jóllétéhez az olyan családi kontextus járul hozzá pozitívan, amely kellő mértékű szülői támogatást és a családi vacsorához hasonló közös programokat foglal magába.

A lányok szubjektív jóllétét, élettel való elégedettségét ezzel szemben elsősorban a minél kisebb mértékű szülői kontroll jelezte előre. A leíró statisztika alapján a lányoknál a szülők gyakrabban mondták meg, hogy mikorra kell hazaérniük, gyakrabban ellenőrizték, hogy merre voltak. A serdülőkorú lányoknak egy ilyen fajta szülői szabályozás már valószínűleg frusztráló lehet. Így inkább csökkenti, mintsem növeli a szubjektív jóllétet. Nem minden szülőktől érkező hatás volt azonban negatív kapcsolatban a lányok szubjektív jóllétével. A szülői értékrend fokozottabb elfogadása ugyanis az élettel való elégedettség magasabb szintjét jelezte előre. A fentieken kívül az apa iskolai végzettsége is szignifikáns magyarázó változója volt a lányok élettel való elégedettségének.

A problémák megbeszélése a szülőkkel mind a fiúknál, mind a lányoknál az élettel való elégedettség pozitív magyarázó változója volt. Ez a mutató tulajdonképpen a társas támogatáskeresés egy speciális típusaként fogható fel. A társas támogatáskeresés pedig már korábbi szakirodalmi adatok (*Piko*, 2001) alapján is pozitív szerepet játszik a serdülők pszichoszocális jóllétében, így a fenti eredmények sem meglepőek. E mellett a lányok gyakrabban fordultak problémáikkal a szüleikhez, mint a fiúk. Ez szintén konzisztens más szakirodalmi eredményekkel (lásd például *Frydenberg*, 1997; *Piko*, 2001), amelyek szerint a lányok általában gyakrabban használják a társas támaszkeresés valamilyen formáját. Erre utalhat az is, hogy a támogató barátok száma csupán a lányok esetében volt az élettel való elégedettség szignifikáns magyarázó változója, a teljes mintán és a fiúk mintáján nem volt szignifikáns prediktor.

A társadalmi helyzet szubjektív meghatározása szintén mind a két nem esetében pozitív kapcsolatban volt az élettel való elégedettséggel: minél magasabb kategóriába sorolták a tanulók saját szocioökonómiai helyzetüket, annál magasabb volt az élettel való elégedettségük szintje.

A teljes mintán, valamint nemi bontásban is a jó iskolai eredmény és az iskolai elégedettség a serdülők élettel való elégedettségének szignifikáns prediktorai voltak. A nemzetközi irodalomban ezzel egybevágó eredményeket találhatunk: az iskolai klíma (*Roeser* és mtsai, 1998; *Vedder* és mtsai, *2005; Suldo, Riley* és *Shaffer*, 2006; *Chen* és *Lu*, 2009), az iskolai elégedettség (*Gilman* és mtsai, 2005), valamint az iskolai teljesítmény (*Creed, Mueller* és *Patton*, 2003; *Piko*, 2006) pozitív kapcsolatban volt a serdülők jóllétével. Ez utóbbi kapcsán érdemes megemlíteni *Vecchio Gerbino, Pastorelli, Del Bove* és *Caprara* (2007) eredményét is, amely szerint viszont nem a valós iskolai teljesítmény jósolta be szignifikánsan a serdülők élettel való elégedettségét, hanem az iskolával kapcsolatos szubjektív én-hatékonyságuk.

Érdemes megjegyezni, hogy korábbi publikációk eredményeivel ellentétben (*Van Ryzin, Gravely* és *Roseth*, 2009; *Vedder* és mtsai, 2005) a problémák megosztása a tanárokkal egyik minta esetében sem jelezte előre szignifikánsan a serdülőkori jóllétet. A jelenséget mindenképpen érdemes a jövőben vizsgálni, mivel az iskolában a pedagógusok lényeges támaszt, segítséget és erőforrást nyújthatnak a fiatalok problémáinak kezelésében, és sokszor ők azok, akik szakemberként elsőként észlelik a serdülők különböző problémáit. Éppen ezért a pedagógus potenciális szerepe a serdülőkori pszichés jóllét előremozdításában egyáltalán nem elhanyagolható körülmény.

A közös érdeklődésű barátok száma nem volt szignifikáns magyarázó változó sem a teljes mintán, sem a nemi bontás esetében. Csak a lányok élettel való elégedettségét magyarázta szignifikánsan azoknak a barátoknak a száma, akik törődtek velük. A fentiek részben visszaköszöntek *Cicognani* és mtsai (2008) eredményeiben, amelyek alapján a baráti támogatás csak kevéssé határozta meg a pszichológiai jóllét egyéni különbségeit. Kérdés lehet, hogy miért csak a lányok élettel való elégedettségét jelezte előre a támogató, egyénnel törődő barátok száma. Már említést nyert, hogy a lányok a fiúkhoz képest jóval gyakrabban igyekeznek valamilyenfajta társas támaszkereséssel megoldani a kihívást jelentő szituációkat (*Frydenberg*, 1997; *Piko* 2001). A támogató barátok éppen ennek a megküzdési módnak az egyik fajtáját jelenthetik. Így érthető, hogy minél több ilyen barátja van a serdülő lánynak, annál magasabb lehet az élettel való elégedettsége.

Végezetül a fentiekhez hasznos hozzáfűzni, hogy a szocioökonómiai változókon kívül csupán a szülőkkel kapcsolatos társas mutatók járultak hozzá jelentősen a modellek magyarázó erejéhez. Az iskolához és a kortársakhoz kötődő magyarázó változók némelyike szignifikánsnak bizonyult, de csak igen csekély szerepük volt a szubjektív jóllét egyéni különbségeinek magyarázatában. Ez arra utalhat, hogy serdülőkorban a szubjektív társadalmi helyzet megítélésén túl, a szülőkkel való viszony egyes aspektusai határozzák meg igazán a szubjektív jóllétet. Természetesen világos oksági kapcsolatra ennél az elemzésnél sem következtethetünk. Plauzibilisebb azonban az a feltételezés, hogy például a szülői kontroll változói vagy a szocioökonómiai változók hatnak a serdülők élettel való elégedettségére mintsem annak fordítottjára következtetni az eredményekből.

11. Összefoglalás és következtetés

Az értekezésben a serdülőkori jóllétet magyarázó változókat vizsgáltam. Kiemelten foglalkoztam az optimizmus és a megküzdési stratégiák szerepével. A jólléti mutatók körébe a pszichés alkalmazkodás különféle változóit (például észlelt stressz, élettel való elégedettség, depresszió stb.), illetve az egészségmagatartás különböző fajtáit (dohányzás, fizikai aktivitás stb.) vontam be. Az elemzések megtervezésénél figyelembe vettem a pozitív pszichológia egyik legfőbb alapelvét: az egészségre ártalmas tényezőkön kívül a protektív faktorokat is számításba vettem.

Előzetes feltételezésemnek megfelelően a serdülők optimizmusa pozitív kapcsolatban állt a kedvező jólléti mutatókkal, amelyre számos eredmény utalt:

- Magasabb szintű optimizmusnál nagyobb volt az esélye a gyakoribb egészségvédő viselkedésnek (fizikai aktivitásnak, egészséges étrendnek).
- Az optimizmus a pszichés jólléti mutatók (például egészségi állapot önértékelése) magasabb szintjének nagyobb esélyét valószínűsítette.
- Az optimizmus pozitív magyarázó változója volt az élettel való elégedettségnek.
- A fizikai aktivitást végző serdülők szignifikánsan optimistábbak voltak, azokhoz képest, akik egyáltalán nem mozogtak a vizsgált időszakban. (A hatás erősebb volt a fiúk esetében).
- Az egészséges étrendet követő fiatalok is szignifikánsan optimistábbak voltak, mint azok, akik a táplálkozásukra nem figyeltek a vizsgált periódusban.

Más eredmények arra utalhatnak, hogy az optimizmus tompíthatja a jóllétre nézve káros hatásokat. Több eredményből lehet ilyen fajta pufferhatásra következtetni:

- Az optimizmus a kisebb mértékű depresszió nagyobb esélyét jelezte előre, valamint az észlelt stressz szint negatív magyarázó változója volt.
- Az optimizmus a nagyivászat kisebb gyakoriságának nagyobb esélyét jósolta be.
- Az alkoholt nem fogyasztó serdülők optimizmusa szignifikánsan magasabb szintű volt, mint az alkoholt fogyasztóké, igaz ez az összefüggés csak a lányok esetében állt fent.

- Indirekt módon az optimizmus pufferhatását bizonyíthatja az is, hogy a dohányzó serdülők szignifikánsan pesszimistábbak voltak, mint a nem dohányzók.

Az eredményekből az is kitűnik, hogy a coping stratégiáknak is fontos szerepe lehet a jólléti mutatók alakulásában. Az aktív, megközelítő megküzdési stratégiák általánosságban a kedvező jólléti mutatókhoz kötődtek. Erre különböző eredmények utaltak:

- Egyrészt az ilyen adaptív coping stratégiák bizonyos mintán az egészségkockázati magatartások kisebb gyakoriságát jelezték előre, másrészt az egészségvédő viselkedésformák gyakoribb megjelenését valószínűsítették.
- Az adaptív megküzdési stratégiák pozitívan korreláltak a kedvező pszichés jólléti mutatóval (élettel való elégedettség), és fordítottan a kedvezőtlen pszichés jólléti mutatóval (észlelt stressz). Ezen kívül az élettel való elégedettség egyéni különbségeinek szignifikáns magyarázó változói voltak.

A diszfunkcionális, elkerülő, passzív megküzdési stratégiák ezzel szemben kedvezőtlen jólléti mutatókat valószínűsítettek. Ez több szempontból is igaz volt:

- A diszfunkcionális megküzdési stratégiák bizonyos mintákon belül gyakoribb egészségkockázati magatartást jeleztek előre, míg az egészségvédő viselkedésnek negatív magyarázó változói voltak.
- Az ilyen fajta megküzdési stratégiák nagyobb szintű észlelt stresszt, és alacsonyabb élettel való elégedettséget jeleztek előre.

A fentieket szintetizáló útelemzés alapján megállapítható, hogy a serdülők optimizmusa direkt és indirekt módon is magyarázta pszichés jóllétüket. Egyrészt az optimizmus nagyobb szintje közvetlenül is magasabb élettel való elégedettséget és kisebb észlelt stresszt jelzett előre. A modell alapján az optimizmus úgy járulhat hozzá indirekt módon az élettel való elégedettséghez, hogy a problémahelyzet adaptív megoldását kínáló megközelítő coping stratégiát (Kemény munka és megvalósítás) mozgósít. A probléma sikeres, aktív megoldása egyrészt az optimizmus szintjét növelheti, másrészt az élettel való elégedettséget is fokozhatja. (Természetesen a fordított ok-okozati viszony sem kizárható: a nagyobb élettel való elégedettséggel gyakoribbak lesznek az adaptív coping stratégiák, amelyek fokozhatják

az optimizmust.) Ugyanakkor az optimizmus hatásának másik közvetítője egy diszfunkcionális coping az Aggodalom volt. Feltételezhető, hogy az optimizmus csökkenti ennek a passzív megküzdési stratégiának a gyakoriságát, ezáltal pedig ismét csak nő az élettel való elégedettség. (Megfordítva az ok-okozati összefüggést a nagyobb élettel való elégedettség csökkenti a passzív, elkerülő megküzdési stratégiák előfordulását, ez pedig növelheti az optimizmust). A másik modell ezen kívül arra is utal, hogy a magasabb optimizmus bizonyos diszfunkcionális coping stratégiák (Aggodalom, Tehetetlenség, Önvád) gyakoriságát csökkenti. Az ilyen megküzdési stratégiák kisebb gyakorisága pedig végső soron az észlelt stressz alacsonyabb szintjével jár együtt. (Fordított ok-okozati viszonyt feltételezve az alacsonyabb észlelt stressz kisebb gyakorisággal aktivál diszfunkcionális coping stratégiákat, ez pedig növelheti az optimizmus szintjét.)

A fentiek számos tanulságot, irányelvet kínálnak egy esetleges iskolai egészségfejlesztési program számára. Egyrészt érdemes lehet a serdülők optimizmusát valamilyen módon fejleszteni, mert az közvetlenül is a kedvezőbb jólléti mutatók megjelenéséhez kötődik. Némely társas és szocioökonómiai, környezeti tényező (apa iskolai végzettsége, problémák megbeszélése a szülőkkel, elégedettség az iskolával) szignifikáns magyarázó változója volt a serdülők optimizmusnak, bár a modell magyarázó ereje viszonylag csekély volt. Ezek a változók esetleg felhasználhatók az optimizmus növelésére, ha abból az ok-okozati kapcsolatból indulunk ki, hogy ezek hatnak az optimizmusra. E tekintetben a legfontosabb és leginkább kontrollálható tényező a szülők támogatása, nyitottsága a fiatal problémái felé. A serdülők optimizmusának fejlesztése kognitív szinten is megvalósulhat. Ezt részben alátámasztja az a vizsgálat, amellyel a tanulók optimizmusa és egy problémahelyzetre adott automatikus gondolatai közötti kapcsolatot kívántam felmérni. Ennek leíró statisztikai elemzése alapján elmondható, hogy a legkévésbé optimista tanulók általában nagyobb arányban reagáltak negatív automatikus gondolattal a szituációra, mint a közepesen optimisták vagy a magasan optimisták. Ezen kívül legoptimistább fiatalok adtak legnagyobb arányban pozitív átkeretezést az alaphelyzet különféle magyarázataira. Azonban az optimizmus foka és a történet értelmezése közötti kapcsolat csak egy esetben volt szignifikáns. Itt a legoptimistábbak tényleg szignifikánsan nagyobb arányban adtak pozitív átkeretezést, mint a másik két csoporthoz tartozó tanulók. A legkevésbé optimisták pedig szignifikánsan több negatív automatikus gondolatot írtak le, mint a többiek. A történetnek ennél a magyarázatánál úgy tűnhetett, hogy a barátok negatív kimenetelű cselekvése rosszhiszeműséget, szándékosságot takar (direkt nem megy el az előre megbeszélt találkozóra). Összességében tehát bizonyos helyzetben valóban volt kapcsolat a probléma

kiértékelése és az optimizmus szintje között. Ezt az összefüggést az egészségfejlesztés szolgálatába is lehet állítani. Ma már létezik néhány olyan úttörő megoldás, amely a serdülők optimizmusát kognitív módszerrel, a pozitív gondolkodáson keresztül igyekszik fejleszteni. Ennek egyik jó példája az úgynevezett *Penn Reziliencia Program* (*Penn Resiliency Program*, 2014), amelyet 8-15 éves gyerekek számára fejlesztettek ki. A program első ülésén a gyermekek megtanulják a gondolatok és érzések közötti kapcsolatot. A második ülésen megismerkednek a magyarázó stílus fontosságával. Ezen az órán a gyerekeknek már alternatív értelmezéseket is kell keresniük kezdeti magyarázataikra és gondolataikra. További készségként megtanulják, hogy kezdeti kiértékelésüket mindig hipotézisként kezeljék: ütköztessék azokat ellenérvekkel, valamint keressenek bizonyítékokat, amelyek támogatják őket. A harmadik órán tovább gyakorolják az optimista magyarázó stílust és az alternatív értelmezések, gondolatok generálását egy adott helyzetre. A negyedik órán a negatív gondolatok, a katasztrofizálás jövőbeli hatásaival ismertetik meg a tanulókat. A pozitív, optimistább gondolkodás fejlesztésének hazai kezdeményezései is vannak. Például *Kasik László* (2010) a különböző problémaorientációk és megoldások életkori eltéréseit is elemezte disszertációjában, amely egy ilyen fajta intervenció potenciális alapját képezheti. Az előzőek kapcsán meg kell azonban jegyezni, hogy az optimizmus kognitív jellegű fejlesztései inkább azt a felfogást tükrözik, amely az optimizmusra, mint speciális magyarázó stílusra tekint. Az optimizmust tartós személyiségvonásként definiáló megközelítéshez kevésbé állnak közel az ilyen jellegű intervenciós koncepciók. *Szondy* (2008) szerint a kognitív intervenciók nem ezt a stabil személyiség diszpozíciót módosítják, hanem a szituációációspecifikus optimizmust, amely egy adott konkrét helyzettel kapcsolatos elvárást tükröz.

Az eredmények alapján egy serdülőket célzó egészségfejlesztési programnak érdemes magába foglalnia a passzív, elkerülő megküzdési stratégiák (elsősorban az Aggodalom, Tehetetlenség, Önvád) ismertetését is. Ez két szempontból is lényeges lehet. Egyrészt az ilyen megküzdési stílus mérséklésével az egészségkárosító formák megjelenési valószínűsége is csökkenthető, hiszen azok maguk is ilyen coping formának tekinthetők. Másrészt, ha a fiatal kevésbé hajlamos a probléma esetén hasztalan rágódni, tehetetlenül aggódni stb. jobb lesz a szubjektív jólléte, és hatékonyabban tudja kezelni a szituációból adódó stresszt is. A diszfunkcionális megküzdési stratégiák helyett egy egészségfejlesztési programban feltétlenül szükséges alternatívákat is ajánlani. Nem elegendő a kockázatok kiiktatása, valamilyen megoldással ki is kell tölteni az ebből adódó vákuumot. Ilyen megoldást jelenthetnének a megközelítő, aktív coping stratégiák. Az eredmények alapján kiemelendő a Kemény munka és megvalósítás coping, amely sok esetben volt szignifikáns prediktor. Ez a megküzdési

stratégia arra utal, hogy a tanuló kitartással, szorgalommal, „nagyobb sebességre kapcsolással” igyekszik megoldani a felmerülő problémákat. A Kemény munka és megvalósítás szervesen összefügg az elsajátítási és a tanulási motivációval, amelynek pedagógiai felhasználási lehetőségeit hazánkban *Józsa Krisztán* (2002) vizsgálja. Lényeges, hogy a tanulási motiváció az életkorral csökken (*Józsa*, 2000), holott feltevésem szerint az ilyenfajta motiváció fenntartása képes lenne egy adaptív, megközelítő coping stílust is megalapozni. Ez a probléma kezelésére ösztönözné a fiatalt, és sikeres problémamegoldás esetén indirekt módon hozzájárulna szubjektív jóllétéhez is.

Egy serdülőkkel kapcsolatos egészségfejlesztési programnak mindenképpen figyelembe kellene vennie a kortársak ambivalens hatását is, amely az empirikus eredményekből is kitűnt. A lányok élettel való elégedettségét közvetlenül magyarázta a velük törődő barátok száma, igaz a hatás nem volt túl jelentős. Ezen kívül szintén a lányoknál a baráti segítség keresése, mint coping előre jelezte a fizikai aktivitást. Azaz úgy tűnik, hogy a kortárs hatás a lányok esetében egészségre, jóllétre nézve előnyökkel bír. A barátok támogatása, mint megküzdési forma azonban sok esetben egészségkárosító viselkedések gyakoriságát is magyarázta. Úgy gondolom, hogy a kortársak bevonása jelentősen segíthetné a serdülők egészségfejlesztését. A képzett kortársak például segíthetnének az egészségkockázati magatartás elleni norma létrehozásában az iskolai vagy osztályközösségen belül (*Oktatási Minisztérium*, 2004). Az egészségre kockázatos szokások kialakulását sokszor a csoportba tartozás igénye motiválja, ahol a csoportnorma megköveteli az ilyen jellegű ártalmas viselkedésformák kialakítását (*Meleg*, 2002). A folyamat talán megfordítható, ha a fiatalok közös élménye, normája éppen ezeknek az elutasítását alapozná meg.

Az optimizmus és a coping mellett a három szocializációs közeg bizonyos aspektusa is szorosan kötődött a serdülők jóllétéhez. A szociálpolitikai döntéshozók figyelmébe ajánlhatók azok az eredmények, amelyek ezeket a magyarázó változókat tárták fel. Mint láthattuk a serdülők élettel való elégedettségének nagy részét a társadalmi pozíciójuk magyarázza. A fiatalok pszichés jólléte szempontjából elengedhetetlen a társadalmi kohézió minél hatékonyabb megoldása, illetve a társadalmi esélyegyenlőség megteremtése. A társadalmi egyenlőtlenségek enyhítésében az oktatáspolitikának is van mozgástere. Sajnos Magyarországon maga az oktatáspolitika is hozzájárul a probléma konzerválódásához. *Radó Péter* (2009) például részletesen elemzi azokat a hiányosságokat, amelyek tovább eszkalálják az esélyegyenlőtlenséget. Rámutat a magyar iskolai rendszer erősen szelektív vonására, arra, hogy a hazai oktatási szisztéma legkésőbb a középiskolai szinten hajlamos a fiatalokat társadalmi hátterüknek megfelelően „szétosztani”. További problémaként tárgyalja, hogy az

oktatási egyenlőtlenségek feltérképezése még viszonylag korai szakaszában tart, az oktatás tartalmi szabályozása túlságosan behatárolja a differenciált oktatásra törekvő intézmények mozgásterét, valamint az oktatás finanszírozásában is tetten érhetők különböző egyenlőtlenségek.

Az empirikus erdményekből az is kiderült, hogy a szülőkkel kapcsolatos különféle változók is kapcsolatban vannak a fiatalok élettel való elégedettségével. A megfelelő családi háttér (például a szülői támogatás), tehát akár kompenzálhatja is a társadalmi helyzetből adódó hátrányokat.

A vizsgálat egyik korlátja volt, hogy a családi és szocioökonómiai változók mellett viszonylag kevés iskolai változó került be a modellekbe. Mindamellett kirívó, hogy csupán az iskolával való általános elégedettség és az iskolai teljesítmény magyarázta szignifikánsan a fiatalok szubjektív jóllétét, a tanárok támogatása pedig nem bizonyult szignifikáns prediktornak. Úgy gondolom, hogy ez utóbbi kiaknázatlan szociális erőforrás, főként, ha figyelembe vesszük, hogy a gyerekek idejük nagy részét az iskolában töltik.

Köszönetnyilvánítás

Első helyen témavezetőm, *Dr. Pikó Bettina* segítségét szeretném megköszönni, aki végtelen türelemmel kísérte első szárnybontogatásaimat a magatartástudományi kutatások területén.

Köszönöm Kovács Eszter, és Kovács Viola segítségét az adatfelvételben.
Köszönettel tartozom azoknak az igazgatóknak és pedagógusoknak a segítségéért is, akik lehetővé tették a felmérés kivitelezését.

Köszönet illeti a diákokat is, akik kooperatív hozzáállásukkal lehetővé tették, hogy többet tudjunk meg a korosztályuk pszichés jóllétét befolyásoló különböző tényezőkről.

Végül köszönöm feleségem, édesanyám, családom, barátaim és kollégáim bíztatását, amely erőt adott az értekezés megírásának nehezebb szakaszaiban.

IRODALOM

Abramson, L, Seligman, M. és Teasdale, J. (1978): Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 87. 49-74.

Alarcon, G. M., Bowling, N. A. és Khazon, S. (2013): Great expectations: a meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*, 54. 821-827.

Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D. és Valente, T. (2001): Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health*, 29, 22-30.

Allison, P., Guichard, C., Fung, K. és Gilain, L. (2003): Dispositional optimism predicts survival status one year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 543-548.

Allport, G. W. (1980): *A személyiség alakulása.* Budapest: Gondolat Kiadó.

Araújo-Soares, V., McIntyre, T. és 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.

Arisztotelész (1997): *Nikomakhoszi etika*. Bp. Európa kiadó. 5-105.

Aspinwall, L. G. és Staudinger, U. M. (2003): A psychology of human strengthts: Some central issues of an emerging field. In Aspinwall, L. G. és Staudinger, U. M. (Eds.): *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for positive psychology*. Washington DC, US: American Psychological Association. 9-22.

Aspinwall, L.G. és Tedeschi, R.G. (2010): The value of positive psychology for health psychology: progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annual Review of Clincal Psychology*, 39. 35-42.

Ayres, C. G. (2008) Mediators of the relationship between social support and positive health practices in middle adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 22. 94-102.

Ayres, C. G., Atkins, R. és Mahat, G. (2010): Factors related to performance o health practices among Asian adolescents in the United States. *Asian Nursing Research*, 4. 64-74.

Bagana, E., Raciu, A. és Lupu, L. (2011): Self esteem, optimism and exams' anxiety among high school students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 30. 1331-1338.

Beck, J. S. (2011): *Kognitív terápia kezdőknek és haladóknak.* Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület, Budapest. 14-25.

Ben-Zur, H. és 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. és Marimuthu, P. (2011). Stress and coping behaviors among smokers. *Asian Journal of Psychiatry*, 4. 134-138.

Biswas-Diener, R., Diener, E. és Tamir, M. (2004): The psychology of subjective well-being. *Daedalus*, 133. 18-25.

Bolier, L. Haverman, M. Wsterhof, G. J., Riper, H. Smit, F. és Bohlmeijer, E. (2013): Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. BMC Public Health, 13. 119.

Boniwell, I. (2006): What is positive psychology? *Positive psychology in a nutshell. A balanced introduction to the science of optimal functioning.* PWBC, London. 1-6.

Bot, S. M., Engels, R. C., Knibbe, R. A. és Meeus, W. H. (2005): Friend's drinking behaviour and adolescent alcohol consumption: the moderating role of friendship characteristics. *Addictive Behaviors*, 30. 929-947.

Carver, C. S., Scheier, M. F. és Segerstrom, S. C. (2010): *Optimism. Clinical psychology Review*.30.879-889.

Carver, C. S., Scheier, M. F. és Weintraub, J. K. (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56. 267-283.

Catanzaro, S. J. és 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.

Chang, E. C., D'Zurilla, T. J. és Sanna, L. J. (2004): *Social problem solving. Theory, research, and training*. American Psychological Association. Whasington DC. 11-27.

Chang, E. C. és D'Zurilla, T. J. (1996): Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: a construct validation study. *Behaviour Research and Therapy*, 34.2. 185-194.

Chang, E. C. és Farrehi, A. S. (2001): Optimism/pessimism and information-processing styles: can their influences be distinguished in predicting psychological adjustment? *Personality and Individual Differences*, 31. 555-562.

Chang, L., McBride, C. (1996): The factor structure of the Life Orientation Test. *Educational and Psychological Measurement*, 56. 325-329.

Chen, S-Y., Lu, L. (2009): Academic correlates of Taiwanese senior high school student's happiness. *Adolescence*, 44. 979-992.

Cheshire, G. és Cambell, M. (1997): Adolescent coping: Differences in the styles and strategies used by learning disabled compared to non learning disabled adolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling*. 5, 65-73.

Chinaveh, M. (2013): The effectiveness of problem-solving on coping skills and psychological adjustment. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 84. 4-9.

Cicognani, E., Albanesi, C. és Zani, B. (2008): The impact of residential context on adolescents' subjective well being. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 18. 558-575.

Cloninger, C. R. (2006): The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5. 71-76.

Cloninger, C. R. (2013): What makes people healthy, happy and fulfilled in he face of current world challenges. *Mens Sana Monogaphsr*,11. 16-24.

Cohen, S., Kamarck, T. és Mermelstein, R. (1985): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24. 385-396.

Cole, M. és Cole, R. S. (2003): *Fejlődéslélektan*. Budapest, Osiris Kiadó.15., 16. fejezet.

Cole, T. és Sapp, G. L. (1988): Stress, locus of control, and achievement of high school seniors. *Psychological Reports*, 63. 355-359.

Compas, B. E., Connor-Smith, K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. és Wadsworth, M. E. (2001): Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. 127. 87-127.

Compton, W. C. (2005): Positive psychology foundations. In *Introduction to positive Psychology*. London: Thompson Learning Journal Articles, 3-40.

Compton, W. C. és Hoffman, W. (2013): *Positive psychology. The science of happiness and flourishing. 2nd Edition.* Wadsworth/Cengage, Belmont, Ca., 194-195.

Conversano, C. Rotondo, A., Lensi, E., Vista, O. D., Arpone, F. és Reda, M. A. (2010): Optimism and its impact on mental and physical well being. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 6. 25-29.

Cotton, S., Zebracki, K., Rosenthal, S. L, Tsevat, J. és Drotar, D. (2006): Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescent Health,* 38. 472-480.

Coyne, C. J., Tennen, H. és Ranchor, A. V. (2010): Positive psychology in cancer care: a story line resistant to evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 39.1. 4-15.

Creed, P. A., Mueller, J. és Patton, W. (2003): Leaving high school: The influence and consequences for psychological well-being and career-related confidence. *Journal of Adolescence,* 26. 295-311.

Csíkszentmihályi Mihály (1997): *A Flow. Az áramlat. A tökéletes élmény pszichológiája*. Akadémia Kiadó, Budapest

D'Anastasi, T. és Frydenberg, E. (2005): Ethnicity and coping: What young people do and what young people learn. *Australian Journal of Guidance & Counseling*, 15. 43-59.

Dalley, S. E. és Vidal, J. (2013): Optimism and positive body image in women: The mediating role of the feared fat self. *Personality and Individual Differences*, 55. 465-468.

Daukantaite, D. és Zukauskiene, R. (2012): Optimism and subjective well-being: affectivity plays a secondary role in the relationship between optimism and global life satisfaction in the middle-aged women. Longitudinal and cross-cultural findings. *Journal of Happiness Studies*. 13. 1-16.

Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K. és Chaudieu, I. (2010): Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30. 479-495.

de Anda, D., Baroni, S., Boskin, L., Buchwald, L., Morgan, J., Ow, J., Golds, J. S. és Weiss, R. (2000): Stress, stressors and coping among high school students. *Children and Youth Services Review*, 22. 441-463.

De Goede, I. H. A., Branje, S. J. T. és Meeus, W. H. J. (2009): Developmental changes in adolescents' perceptions of relationships with their parents. *Journal of Youth and Adolescence*, 38. 75-88.

Demsey, M., Overstreet, S. és Moely, B. (2000): 'Approach' and 'avoidance' coping and PTSD symptoms in inner-city youth. *Current Psychology,*19. 28-45.

De Vriendt, T., Clays, E., Maes, L., De Bourdeaudhuij, I., Vicente-Rodriguez, G., Moreno, L. A., Nagy, E., Monár, D., Ortega, F. B., Dietrich, S., Manios, Y., De Henauw, S. és HELENA Study Group (2012): European adolescents' level of perceived stress and its relationship with body adiposity-the HELENA Study. *European Journal of Public Health*, 22. 524-529.

Diener, E. (1984): Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95. 542-575.

Diener, E. (2000): Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a National Index. *American Psychologist*, 55. 34-43.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. és Griffin, S. (1985): The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49. 71-75.

Dineen, K. A. és Hadwin, J. A. (2004): Anxious and depressive symptoms and children's judgements of their own and others' interpretation of ambiguous social scenarios. *Anxiety Disorders*, 18. 499-513.

Duckworth, A. L., Steen, T. A. és Seligman, M. E. P. (2005): Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1. 629-651.

Dutton, G. R., Napolitano, M. A., Witeley, J. A. és Marcus, B. H. (2008): Is physical activity a gateway behavior for diet? Findings from a physical activity trial. *Preventive Medicine* 46. 216-221.

D'Zurilla, T. J. és Maydeu-Olivares, A. (1995): Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy*, 26. 409-432.

Edwards, L. M. és Lopez, S. J. (2006): Perceived family support, acculturation, and life satisfaction in Mexican American Youth: A mixed-methods exploration. *Journal of Counseling Psychology*, 53. 279–287.

Ek, E., Remes, J. és Sovio, U. (2004): Social and developmental predictors of optimism from infancy to early adulthood. *Social Indicators Research*, 69. 219-242.

Elekes Zsuzsanna (2007): *Kutatási beszámoló az OTKA által támogatott K60707 számú pályázatról. Az ESPAD magyarországi adatfelvételének előzetes eredményei.*

Engels, R. C. M. E., Scholte, R. H. J., van Lieshout, C. F. M, de Kemp, R. és Overbeek, G. (2006): Peer group reputation and smoking and alcohol consumption in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 31. 440-449.

Erikson, E. H. (1991): Az életciklus: Az identitás epigenezise. In: *A fiatal Luther és más írások.* Budapest, Gondolat, 437-497.

Eriylmaz, A. (2010): Turkish Adolescents' Subjective Well-Being with Respect to Age, Gender and SES of Parents. *International Journal of Human and Social Sciences* 5. 523-526.

Ewles, L. és Simnett, I. (2013): *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Medicina Könvkiadó Zrt. Budapest. 51-75.

Extremera, N., Durán, A. és Rey, L. (2007): Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42. 1069-1079.

Fernández-Ríos, L. és Cornes J. M. (2009): A critical review of the history and current status of positive psychology.Anuario de Psicologia Clinica y de la Salud. 5. 7-13.

Ferrari, L, Nota, L., Soresi, S., Frydenber, E. (2007): The Best of Coping. Improving coping strategies in Italian adolescents. In Gates, S., G. (Eds.*): Emerging thought and research on student, teacher, and administrator stress and coping*, Information Age Publishing, Inc., 49-75.

Fields, L., Prinz, R. J. (1997): Coping and adjustment during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 17. 937–976.

Finkelstein, D. M., Kubzansky, L. D., Capitman, J., Goodman, E. (2007): Socioeconomic differences in adolescent stress: the role of psychological resources. *Journal of Adolescent Health*, 40, 127-134.

Fischer, R., Chalmers, A. (2008): Is optimism universal? A meta-analytical investigation of optimism levels across 22 nations. *Personality and Individual Differences*, 45. 378-382.

Fitzpatrick, K. M. (1997): Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38. 131-148.

Forgeard, M. J. C. és Seligman, M. E. P. (2012): Seeing the glass half full: A review of the causes and consequences of optimism. *Pratiques psychologiques*, 18. 107-120.

Formoso, D., Gonzales, N. A. és Aiken, L. S. (2000): Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 28. 175-199.

Friedman, H. (2008): Humanistic and positive psychology: The methodological and epistemological divide. *The Humanisitic Psychologist*, 36. 113-126.

Froh, J. J., Yurkewic, C. és Kashdan, T. B. (2008): Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of Adolescence*, 32. 1-18.

Frydenberg, E. (1997): *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. Routledge, London and New York. 10-13, 28-40, 81-100.

Frydenberg, E. (2008): *Adolescent coping*. Routledge, London and New York. 192-194.

Frydenberg, E. és Brandon, C. (2002): *The best of coping: Developing skills for adolescents*. Oz Child: Children Australia, University of Melbourne.

Frydenberg, E. és Lewis, R. (1993): *Manual: The adolescent coping scale*. Melbourne.Australian Council for Educational Research

Furnham, A. és Cheng, H. (2000): Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35. 463-470.

Gable, S. L. és Haidt, J. (2005): What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9.2. 103-110.

Gallagher, E. N. és Vella-Brodrick, D. A. (2008): Social support and emotional intelligence as predictors of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44. 1551-1561.

Geelong Grammar School (2013): *About positive education*. http://www.ggs.vic.edu.au/Positive-Education/Teaching-Programme.aspx letöltve: 2013.10.10.

Gilman, R., Ashby, J. S., Sverko, D., Florell, D., és Varjas, K. (2005): The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. *Personality and Individual Differences*, 39. 155-166.

Giltay, E., Geleijnse, J. Zitman, F., Hoekstra, T. és Schouten, E. (2004): Dispositional optimism and all cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women. *Archives of general psychology*, 61. 1126-1135.

Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Buijsse, B. és Kromhout, D. (2007): Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63. 483-490.

Glasscock, D. J., Andersen, J. H., Labriola, M., Rasmussen, K. és Hansen, C. D. (2013): Can negative life events and coping style help explain socioeconomic differences in perceived stress among adolescents? A cross-sectional study based on the West Jutland cohort study *BMC Public Health*.13.1.532.

Govaerts, S. és Grégoire, J. (2004): Stressful academic situations: study on appraisal variables in adolescence. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54. 261-271.

Guthrie, L. C., Butler, S. C. és Ward, M. M. (2009): Time perspective and socioeconomic status: A link to socioeconomic disparities in health? *Social Science & Medicine*, 68. 2145-2151.

Gutman, L. M., Brown, J., Akerman, R. és Obolenskaya, P. (2010): *Change in wellbeing from childhood to adolescence: risk and resilience*. Centre for Research on the Wider Benefits of Learning Institute of Education, 20 Bedford Way, London

Hair, E. C., Moore, K. A., Garrett, S. B., Ling, T. és Cleveland, K. (2008): The continued importance of quality parent-adolescent relationships during late adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18. 187-200.

Halmai Réka és Németh Ágnes (2011a): Fizikai aktvitás és szabadidős tevékenységek. In Németh Ágnes és Költő András (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.* Országos Egészségügyi Intézet, Budapest, 26-31.

Halmai Réka és Németh Ágnes (2011b): Dohányzási szokások. In Németh Ágnes és Költő András (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi*

felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Egészségügyi Intézet, Budapest, 35-39.

Halmai Réka és Németh Ágnes (2011c): Alkoholfogyasztási szokások In Németh Ágnes és Költő András (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés.* Országos Egészségügyi Intézet, Budapest, 40-46.

Hampel, P. (2007): Brief report: Coping among Austrian children and adolescents. *Journal of Adolescence*, 30. 885-890.

Hampel, P. és Petermann, F. (2005): Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34. 73-83.

Hampel, P. és Petermann, F.(2006): Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38. 409–415.

Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2009): Serdülők jóllétét meghatározó társas tényezők a családban és az iskolában. *Új Pedagógiai szemle*, 4. 30-41.

Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2011b): Optimista sportoló, pesszimista dohányzó? *Iskolakultúra*, 1. 62-40.

Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2013a): Korai serdülőkori coping stílusok mint az egészségkockázati és egészségprotektív magatartás magyarázó változói. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 14. 2. 115-137.

Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2013b): A szituációs megküzdés kognitív elemzése korai serdülők körében. *Iskolakultúra.*5-6. 8-21.

Hamvai Csaba, Simai Ágnes és Pikó Bettina (2008): Veszélyes iskola vagy veszélyes élet? Serdülők magatartási zavarai és konfliktusmegoldási technikái. *Educatio*. 3.sz. 387-396.

Hamvai, Cs. és Piko, B. F. (2011a): „Is optimism good for youth healt?" Optimism in adolescent life and health. In Phyllis R. Brandt (Eds.): *Psychology of optimism*. Nova Science Publishers, Inc. New York, pp. 123-144.

Hart, K. E. és Hittner, J. B. (1995): Optimism and pessimism: associations to coping and anger-reactivity. *Personality and Individual Differences*, 19.6. 827-839.

Hasking, P., Lyvers, M. és Carlopio, C. (2011): The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36. 479-487.

Hatchett, G. T. és Park, H. L. (2004): Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36. 1755-1769.

Heaven, P. C. L. (1989): Extraversion, neuroticism and satisfaction with life among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 10. 489–492.

Hefferon, K. és Boniwell, I. (2011): Introduction to positive psychology. In *Positive psychology. Theory, research, and applications.* McGraw-Hill Opern University Press. 1-21.

Heinonen, K., Räikkönen, K., Matthews, K. A., Scheier, M. F., Raitakari, O. T., Pulkki, L. és Keltikangas-Järvinen, L. (2006): Socioeconomic status in childhood and adulthood: Associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*, 74. 1111-1126.

Heinonen, K., Räikkönnen, K. és Keltikangas-Järvinen, L. (2004): Adult attachment dimensions and recollections of childhood family context: Associations with dispositional optimism, and pessimsim. *European Journal of Personality*, 18. 193-207.

Heinonen, K., Räikkönnen, K. és Keltikangas-Järvinen, L. (2005a): Self-esteem in early and late adolescence predicts dispositional optimism-pessimism in adulthood: A 21-year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 39. 511-521.

Heinonen, K., Räikkönnen, K. és Keltikangas-Järvinen, L. (2005b): Dispositional optimism: Development over 21 years from the perspective of perceived temperament and mothering. *Personality and Indvidual Differences*, 38. 425-435.

Held, B. S. (2004): The negative side of positive psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44. 9-45.

Helsen, M., Vollebergh, W. és Meeus, W. (2000): Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 29.3. 319-335.

Herringer, L. G. (1998): Facets of extraversion related to life satisfaction. *Personality and Individual differences*, 42.5. 731-733.

Higa, C. K. és Daleiden, E. (2008): Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *Journal of Anxiety Disorders*, 22. 441-452.

Hjelle, L. A., Busch, E. A. és Warren, J. E. (1996): Explanatory style, dispositional optimism, and reported parental behaviour. *Journal of Genetic Psychology*, 157. 489-500.

Ho, M. Y., Cheung, F. M. és Cheung, S. F. (2010): The role of meaning in life and optimism in promoting well-being. *Personality and Individual Differences*, 48. 658-663.

Hogendoorn, S. M., Prins, P. J. M., Vervoort, L., Wolters, L. H., Nauta, M. H., Hartman, C. A., Moorlag, H., de Haan, E. és Boer, F. (2012): Positive thinking in anxiety disordered children reconsidered. *Journal of Anxiety Disorders*, 26**.** 71-78.

Holen, S., Lervag, A., Waaktaar, T. és 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. és King, C. A. (2011): Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 34. 1077-1085.

Huan, V. S., Yeo, L. S., Ang, R. P. és Chong, W. H. (2006): The influence of dispositional optimism and gender on adolescents' perception of academic stress. *Adolescence*, 41. 533-547.

Iannotti, R., J. (2006): The Health Behavior in School-age Children (HBSC) 2005/2006, School Survey

Imura, T, Aoki, T., Takahashi, T., Nonaka, Y. és Yamada, T. (2013): Character strengths and well-being in Japanese children and youth: creating good habits. *Shinrigaku Kenkyu*, 84. 247-255.

Ingledew, D. K., Hardy, L., Cooper, C. L. és Jemal, H. (2011): Health behaviours reported as coping strategies: A factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, 1. 263-281.

International Union for Health Promotion in Education (IUHPE). (2009): *Achieving health promoting schools: Guidelines for promoting health in schools*. Saint-Denis Cedex, France: IUHPE.

Iwanaga, M., Yokoyama, H. és Seiwa, H. (2004): Coping availability and stress reduction for optimistic and pessimistic individuals. *Personality and Individual Differences,* 36. 11-22.

James, W. (2012): *The varieties of religious experience: A study in human nature*. An Electronic Classics Series Publication. 81-124., 129-164.

http://www2.hn.psu.edu/faculty/jmanis/wjames/varieties-rel-exp.pdf letöltve 2013-09-16

Joint Consortium for School Health (JCSH). (2010): *Schools as a setting for promoting positive menatl health: better practices and perspectives*. Joint Consortium for School Health. Department of Education and Early Childhood Development.

Joronen, K. (2005): *Adolescent's subjective well-being in their social contexts*. Academic Dissertation. University of Tampere, Department of Nursing Science, Finland

Joronen, K. és Astedt-Kurki, P. (2005): Familial contribution to adolescent subjective well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 11. 125-133.

Jose, P. E. és 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.

Józsa K. (2002): Az elsajátítási motiváció pedagógiai jelentősége. *Magyar Pedagógia*. 102.1.79-104.

Józsa K. (2000): Az iskola és a család hatása a tanulási motivációra. *Iskolakultúra*, 8.69-82.

Kann, L. (2001): The Youth Risk Behavior Surveillance System: Measuring health-risk behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 25. 272–277.

Kasik László (2012): A szociálisprobléma-megoldó és az induktív gondolkodás kapcsolata 8, 12, 15 és 18 évesek körében. *Magyar Pedagógia*, 112. 243-263.

Kasik László (2010): *A szociálisérdek-érvényesítő, az érzelmi és a szociálisprobléma-megoldó képességek vizsgálata 4-18 évesek körében*. *Doktori Disszertáció*. Szegedi Tudományegyetem. Bölcsészettudományi Kar. Neveléstudományi Doktori Iskola. Pedagógiai értékelés doktori program.

Kavussanu, M. és McAuley, E. (1995): Exercise and optimism: are highly active individuals more optimistic? *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 17. 246-258.

Keefe, F. J. és Wren, A. A. (2013): Commentary. Optimism and pain: a positive move forward. *PAIN*, 154. 7-8.

Kef, S. és Deković, M. (2004): The role of parental and peer support in adolescents well-being: a comparison of adolescents with and without a visual impairment. *Journal of Adolescence*, 27. 453-466.

Kelloniemi, H., Ek, E. és Laitinen, J. (2005): Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite*, 45. 169-176.

Kelly, A. B., Chan, G. C. K., Toumbourou, J. W., O'Flaherty, M., Homel, R., Patton, G. C. és Williams, J. (2012): Very young adolescents and alcohol: Evidence of a unique susceptibility to peer alcohol use. *Addictive Behaviors*, 37. 414-419.

Keyes, C. L. M. (1998): Social well-being. *Social Psychology Qarterly*, 63. 264-279.

Kézdy Anikó, Martos Tamás, Urbán Szabolcs és Horváth-Szabó Katalin (2010): A vallásos attitűdök, a megküzdési módok és a lelki egészség összefüggései serdülő- és fiatal felnőttkorban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11. 1-16.

Khullar, D., Oreskovic, N. M., Perrin, J. M. és Goodman, E. (2011): Optimism and the socioeconomic status gradient in adolescent adiposity. *Journal of Adolescent Health*, 49. 553-555.

Kim, K. H. (2006): Religion, body satisfaction and dieting. *Appetite*, 46. 285-296.

Kobau, R., Seligman, M. E. P., Peterson, C., Diener, E. Zack, M. M., Chapman, D. és Thompson, W. (2011): Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. *American Journal of Public Health*, 101. 1-9.

Korkeila, K., Kivelä, S. L., Suominen, S., Vahtera, J., Kivimäki, M., Sundell, J., Helenius, H. és Koskenvuo, M. (2004): Childhood adversities, parent-child

relationships and dispositional optimism in adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39.286-292.

Kovacs, M. (1992): *Children Depression Inventory (CDI) manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.

Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., James, J. E., Allegrante, J. P. és Helgason, A. R. (2010): Perceived parental reactions and peer respect as predictors of adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 35. 256–259.

Kubzansky, L. D., Kubzansky, P. E. és Maselko, J. (2004): Optimism and pessimism in the context of health: bipolar opposites or separate constructs? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30. 943-956.

Lai, J. C. L. (2009): Dispositional optimism buffers the impact of daily hassles on mental health in Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47. 247-249.

Lajkó Károly (2002): *A stresszcsökkentő viselkedés. Vezérfonál konfliktusaink rendezéséhez*. Medicina kiadó, Budapest.

Lakon, C. M., Hipp, J. R. és Timberlake, D. S. (2010): The Social Context of Adolescent Smoking: A Systems Perspective. *American Journal of Public Health*, 100. 1218-1228.

Larsman, P., Eklöf, M. és Törner, M. (2012): Adolescents' risk perceptions in relation to risk behavior with long-term health consequences; antecedents and outcomes: A literature review. *Safety Science*, 50. 1740-1748.

Lazarus, R. S. (1993): Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55. 234-247.

Lazarus, R. S. és Folkman, S. (1987): Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*.1. 141–169.

Legerstee, J. S., Ganefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C. és Utens, E. M. W. J. (2010): Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19. 143-150.

Legerstee, J. S., Ganefski, N., Verhulst, F. C. és Utens, E. M. W. J. (2011): Cognitive coping in anxiety-disordered adolescents. *Jounal of Adolescence*, 34. 319-326.

Lendvai L. Ferencé és Nyíri Kristóf (2013): *A filozófia rövid története. A Védáktól Wittgensteinig.* http://nyitottegyetem.phil-inst.hu/filtort/ktar/vw/vwant.htm letöltve 2013-10-17

Lindström, B. és Eriksson, M. (2006): Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21. 238-244.

Linley, A., Joseph, S., Harrington, S. és Wood, A. M. (2006): Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1. 3-16.

Liu, X., Tein, J.-Y. és Zhao, Z. (2004): coping strategies and behavioural/emotional problems among Chinese adolescents. *Psychiatry Research*. 126. 275-285

Luo, J. és Isaacowitz, D. M. (2007): How optimists face skin cancer information: Risk assessment, attention, memory and behavior. *Psychology and Health*, 22. 963-984.

Luszczynska, A., Cao, D. S., Mallach, N., Pietron, K., Mazurkiewicz, M. és 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. és Tekozel, M. (2004): Self-regulatory cognitions, social comparison, and perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19. 577-593.

Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J. és Hanks, M. M. (2007): Mediational models of health practices in early adolescents. *Clinical Nursing Research*, 16. 302-316.

Mak, A. S., Blewitt, K. Heaven, P. C. L. (2004): Gender and personality influences in adolescent threat and challenge appraisals and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 36. 1483-1496.

Maslow, A. (2003): *A lét pszichológiája felé*. Ursus Libris

Matthews, K. Raikkonen, K., Sutton-Tyrrell, K. és Kuller, L. (2004): Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-aged women. *Psychosomatic Medicine*, 66. 640-644.

Mazé, C. és Verlhiac, J.-F. (2013): Stress et stratégies de coping d'étudiants en premičre année universitaire: rôles distinctifs de facteurs transactionnels et dispositionnels. *Psychologie française*, 58, 89-105.

McArthur, L. H., Holbert, D. és 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. és Muris, P. (2004): Perceived parental rearing behaviours and coping in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37. 513-522.

Meijer, S. A., Sinnema, G., Bijstra, J. O., Mellenbergh, G. J. és Wolters, W. H. G. (2002): Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science & Medicine*, 54. 1453-1461.

Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: A feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, 102.1. 11-29.

Mihalca, A. M. és Tarnavska, Y. (2013): Cognitive Emotion Regulation Strategies and Social Functioning in Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82. 574-579.

Mitchell, J., Vella-Brodrick, D. és Klein, B. (2010): Positive psychology and the internet: A mental health opportunity. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 6. 30-41.

Moksnes, U. K (2011): *Stress and health in adolescents: The role of potential protective factors*. Thesis for the degree of Philosophiae Doctor. Trondheim. Norwegian University of Science and Technology.

Morgan, A., Currie, C., Due, P., Gabhain, S. N., Rasmussen, M., Samdal, O. és Smith, R. (2008): Mental well-being in school-aged children in Europe: associations with social cohesion and socioeconomic circumstances. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008, 12-25.

Mundt, M. P. (2011): The impact of peer social networks on adolescent alcohol use initiation. *Academic Pediatrics*, 11. 414-421

Nada-Raja, S., McGee, R. és Stanton, W. R. (1992): Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21. 471-485.

Nash, S. G., McQueen, A. és Bray, J. H. (2005): Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence and parental expectations. *Journal of Adolescent Health*, 37. 19–28.

National Surveyon Drug Use (2002): http://icpsr.umich:edu/cocoon/ICPSR/STUDY/06542.xml

Németh Ágnes (2011): Táplálkozási szokások és fogápolás. In Németh Ágnes és Költő András (szerk.) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel*

együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Egészségügyi Intézet, Budapest, 21-25.
Nicholls, A. R., Polman, R. C. J., Levy, A. R. és Bachouse, S. H. (2008): Mental toughness, optimism, pessimism, and coping among athletes. *Personality and Individual Differences*, 44. 1182-1192.
Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R. és Wagenaar, W. A. (2009): *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology, 15th Edition*. Wadsworth. Cengage Learning. 468-469.
Norrish, J. M. és Vella-Brodrick, D. A. (2009): Positive psychology and adolescents: where are we now? Where to from here? *Australian Psychologist*, 44. 270-278.
Oberle, E., Schonert-Reichl, K.A., Zombo, B.D. (2011): Life satisfaction in early adolescence: personal, neighborhood, school, family, and peer influences. *Journal of youth and adolescence*, 40.7.889-901.
Oktatási Minisztérium (2004): *Segédlet. Az egészségfejlesztési, egészségnevelési program elkészítéséhez*. Budapest.
Oláh Attila (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Trefort Kiadó, Budapest. 85–89.
Oláh Attila (2012): A pszichológia napos oldala. *Magyar Pszichológia Szemle*, 67. 3-11.
Oláh Attila és Kaptiány-Fövény Máté (2012): A pozitív pszichológia tíz éve. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67. 19-45.
Olason, D. T. és Roger, D. (2001): Optimism, pessimism and „fighting spirit": a new approach to assessing expectancy and adaptation. *Personality and Individual Differences*, 31. 755-768.
Orejudo, S., Puyuelo, M., Fernández-Turrado, T. és Ramos, T. (2012): Optimism in adolescence: A cross-sectional study of the influence of family and peer group variables on junior high school students. *Personality and Individual Differences*, 52. 812-817.
Oreskovic, N. M. és Goodman, E. (2013): Association of optimism with cardiometabolic risk in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 52. 407-412.
Park, N., Peterson, C. és Seligman, M. E. P. (2004): Strenghts of character and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23. 603-619.
Patton, G. C., Tollit, M. M., Romaniuk, H., Spence, S. H., Sheffield, J. és Sawyer, M. G.(2011): A Prospective Study of the Effects of Optimism on Adolescent Health Risks. *Pediatrics*, 127. 308-316.
Pence, L., Valrie, C. R., Gil, K. M., Redding-Lallinger, R. és Daeschner, C. (2007): Optimism predicting daily pain medication use in adolescents with sickle cell disease. *Journal of Pain and Symptom Management*. 33. 302-309.
Penn Resiliency Program Curriculum (2014): http://www.ppc.sas.upenn.edu/prpsum.htm letöltve 2014.06.11.
Petersen, A. C., Sarigiani, P. A. és Kennedy, R. E. (1991): Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence*, 20. 247–271.
Peterson, C. és Seligman, M. E. P. (2004): *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Oxford: Oxford University Press. 3-32.
Peterson, C., Park, N. és Seligman M. E. P. (2005): Approaches to happiness: the full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6. 25–41.
Pikó Bettina és Hamvai Csaba (2008): Pozitív pszichoterápiás lehetőségek a családorvosi gyakorlatban. *Hippocrates*, 10. 27-30.
Pikó Bettina és Keresztes Noémi (2010): Serdülők egészségmagatartása két szociális coping-mechanizmus tükrében. In Pikó Bettina (szerk.): Védőfaktorok nyomában.

A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban. L'Harmatttan, Budapest, 103-114.
Piko, B. (2001): Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51. 223–235.
Pikó Bettina (2002): *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Osiris Kiadó, Budapest.
Pikó Bettina (2004): A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban. Paradigmaváltás a társadalomtudományokban? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5. 289-299.
Pikó Bettina és Hamvai Csaba (2010b): Az optimizmus mint a serdülők szerfogyasztásának és pszichikai egészségének védőfaktora. In Pikó Bettina (szerk.): *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban.* L'Harmattan kiadó, Budapest, 71-86.
Piko, B. (2000): Health-related predictors of self-perceived health in a student population: The importance of physical activity. *Journal of Community Health*, 25. 125-137.
Piko, B. (2006): Satisfaction with life, psychosocial health and materialism among Hungarian youth. *Journal of Health Psychology*, 11.6. 827-831.
Piko, B. F. és Fitzpatrick, K. M. (2007): Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17. 353-360.
Piko, B. és Hamvai, Cs. (2010a): Parent school and peer-related correlates of adolescents' life satisfaction. *Children and Youth Services Review*, 32. 1479-1482.
Pléh Csaba (2004): A pozitív pszichológiai hagyományok Európában. *Iskolakultúra*. 5. 57-61.
Pléh Csaba (2012): A pozitív pszichológiai szemlélet előfutárairól. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67. 13-18.
Positive Psychology Center: http://www.positivepsychology.org/ppquestionnaires.htm letöltve: 2014.02.22.
Rasmussen, H., Scheier, M. és Greenhouse, J. (2009): Optimism and physical health: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37. 239-256.
Radó Péter (2009): Társadalmi kohézió és oktatáspolitika. *Magyar Pedgagógiai Szemle*, február. http://www.ofi.hu/tudastar/tarsadalmi-kohezio letöltve 2013.05.21.
Rius-Ottenheim, N. Kromhout, D., de Craen, A. J. M., Geleijnse, J. M., van der Mast, R. C., Zitman, F. G., Westendorp, R. G., Slagboom, P. E. és Giltay, E. J. (2012): Parental longevity correlates with offspring's optimism in two cohorts of community dwelling older subjects. In Rius-Ottenheim (Eds.) *Psychosocial and biological aspects of dispositional optimism at old age, Doctoral thesis*. Leiden University, 37-48.
Robb, K. A., Simon, A. E. és Wardle, J. (2009): Socioeconomic disparities in optimism and pessimism. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 331-338.
Roeser, R. W., Eccles, J. S. és Sameroff, A. J. (1998): Academic and emotional functioning in early adolescence: longitudinal relations, patterns, and prediction by experience in middle school. *Development and Psychopathology*, 10. 321-352.
Rogers, C. R. (2003): *Valakivé válni. A személyiség születése*, 235-252.
Rózsa Sándor, Pruebl György, Susánszky Éva, Kő Natasa, Szádóczky Erika, Réthelyi János, Danis Ildikó, Skrabski Árpád és Kopp Mária (2008): A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 9.3. 217-241.

Ryan, R. M. és Deci, E. L. (2001): On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52. 141-166.

Sabiston, C. M. és Crokcer, 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. és 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. és Hermans, R. C. J. (2012): Influence of peers and friends on children's and adolescents' eating and activity behaviors. *Physiology & Behavior*, 106.3. 369-378.

Scheier, M. F., Carver, C. S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. Health Psychology, 4. 219-247.

Scheier, M.F., Weintraub, J.K., Carver, C.S. (1986) Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51. 1257-1264.

Segerstrom, S. C. (2005): Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior, and Immunity*, 19. 195-200.

Segerstrom, S. C. (2007): Optimism and resources: Effects on each other and on health over 10 years. *Journal of Research in Personality*, 41. 772–786.

Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E. és Fahey, J. L. (1998): Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74. 1646-1655.

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. és Poeblau, M. (2001): Coping with school-related stress and family stress in healthy and clinically referred adolescents. *European Psychologist*, 6. 123-132.

Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. és Nurmi, J.-E. (2009): Changes in stress perception and coping during adolescence: The role of situational and personal factors. *Child Development*, 80. 259 – 279.

Seligman, M. E. P. (1972): Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*. 23. 407-412.

Seligman, M. E. P. (1999): Positive social science, *Journal of Positive Behavior Interventions*, 1. 181-182.

Seligman, M. E. P. (2002): Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In Snyder, C. R. és Lopez, S. J. (Eds.): *Handbook of positive psychology*. 3-9.

Seligman, M. E. P. (2008a): Positive health. *Applied Psychology: An International Review*, 57. 3-18.

Seligman, M. E. P. (2008b): *Az autentikus életöröm. A teljes élet titka*. Lexecon Kiadó

Seligman, M. E. P. (2011): *Flourish-élj boldogan! A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése.* Budapest: Akadémia kiadó.

Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55. 5-14.

Seligman, M. E. P., Parks, A. C. és Steen, T. (2004): A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 359. 1379-1381.

Seligman, M. E. P., Rashid, T. és Parks, A. C. (2006): Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61. 774-788.

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. és Peterson, C. (2005): Positive psychology progress. Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60. 410-421.

Seligman, M. E. P.,Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K. és Linkins, M. (2009): Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35. 293-311.

Shewchuk, R. M., Johnson, M. O. és Elliot, T. R. (2000): Self-appraised social problem solving abilities, emotional reactions and actual problem solving performance. *Behaviour Research and Therapy*, 38. 727-740.

Siqueira, L. Diab, M. Bodian, C. és Rolnitzky, L. (2000): Adolescents Becoming Smokers: The Roles of Stress and Coping Methods. *Journal of Adolescent Health*, 399-408.

Solberg Nes, L. és Segerstrom, S. C. (2006): Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10. 235-251.

Souri, H. és Hasanirad, T. (2011): Relationship between resilience, optimism and psychological well-being in students of medicine. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30. 1541-1544.

Smith, C. (2003): Theorizing Religious Effects Among American Adolescents. *Journal for the Scientiflc Study of Religion*, 41. 7-30.

Shoshani, A. és Steinmetz, S. (2013): Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescentes' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 1-23

Steiner, H., Erickson, S. J., Hernandez, N. és Pavelski, R. (2002): Coping styles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health*, 30, 326-335.

Suldo, S. M., Riley, K. N. és Shaffer, E. J. (2006): Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction. *School Psychology International*, 27. 567-582.

Sung, K. M., Puskar, K. R. és Sereika, S. (2006): Psychosocial factors and coping strategies of adolescents in a rural pennsylvania high school. *Public Health Nursing*, 23. 6. 523–530.

Sveinbjornsdottir, S. és Einar Baldvin Thorsteinsson, E. B. (2008): Adolescent coping scales. A critical psyhometri review. *Scandinavian Journal of Psychology*. 49. 533-548.

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.

Székelyi Mária és Barna Ildikó (2002): *Túlélőkészlet az SPSS-hez. Többváltozós elemzési technikákról társadalomkutatóknak*. Typotex Kiadó. 301-319.

Szondy Máté (2004): Optimizmus és immunfunkciók. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5. 301-319.

Szondy Máté (2008): *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás*. PhD disszertáció, ELTE, Budapest.

Taylor S. E. és Seeman, T. E. (1999): Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896. 210-225.

Taylor, S. E. és Brown, J. D. (2003): Illúzió és jóllét: a lelki egészség a szociálpszichológia szemszögéből. In: V. Komlósi Annamária, Nagy János (szerk.): Énelméletek. *Személyiség és egészség. Szemelvények az én lélektani kutatásának irodalmából*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest. 413-446.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. és Gruenewald, T. L. (2000): Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55. 99-109.

Taylor, E. (2001): Positive psychology and humanistic psychology: A reply to Seligman. *Journal of Humanistic Psychology*, 41. 13-29.

The Social Issues Research Centre (2009): Optimism. A report from the Social Issues Research Centre commissioned by The National Lottery. http://www.google.hu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CDYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.sirc.org%2Fpublik%2FOptimism.pdf&ei=331SUtj6LarE4gS9k4CACw&usg=AFQjCNF7bwiOJd2pExoCdgRuTEd0GsV1Pw letöltve: 2014.03.15.

Thome, J. és Espelage, D. J. (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. és Camacho, I. (2012): How can peer group influence the behavior of adolescents: Explanatory model. *Global Journal of Health Science*, 4. 26-35.

Trejos-Castillo, E. és Vazsonyi, A. T. (2011): Transitions into adolescence. *Encyclopedia of Adolescence*, 369-375.

Tremblay, S., Dahinten, S. és Kohen, D. (2003): Factors related to adolescents' self-perceived health. *Health Report*, 14S. 7-16.

Turner, R. J. és Marino, F. (1994): Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35. 513–519.

Tusaie, K. R. és Patterson, K. (2006): Relationships among trait, situational, and comparative optimism: Clarifying concepts for a theoretically consistent and evidence-based intervention to maximize resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20. 144-150.

Unger, J. B., Ritt-Olson, A., Teran, L., Huang, T., Hoffman, B. R. és Palmer, P. (2002): Cultural values and substance use in a multiethnic sample of California adolescents. *Addiction Research & Theory*, 10. 257-279.

Van Ryzin, M. J., Gravely, A. A. és Roseth, C. J. (2009): Autonomy, belongingness, and engagement in school as contributors to adolescent psychological well being. *Journal of Youth and Adolescence*, 38. 1-12.

Van Wel, F., Linssen, H. és Abma, R. (2000): The parental bond and the well-being of adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 29. 307-318.

Várnai, D., Kökönyei, Gy., Németh, Á., Pászthy, B. és Aszmann, A. (2008): Hungary: social cohesion for mental well-being in adolescents. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008

Vassilopoulos, S. P., Blackwell, S. E., Moberly, N. J. és Karahaliou, E. (2012): Comparing imagery and verbal instructions for the experimental modification of interpretation and judgmental bias in children. *Journal of BehaviorTherapy & Experimental Psychiatry*, 43. 594-601.

Vecchio, G. M, Gerbino, M., Pastorelli, C., Del Bove, G. és Caprara, G. V. (2007): Multi-faceted self-efficacy beliefs as predictors of life satisfaction in late adolescence. *Personality and Individual Differences*, 43. 1807-1818.

Vedder, P., Boekaerts, M. és Seegers, G. (2005): Perceived social support and well being in school; the role of students' ethnicity. *Journal of Youth and Adolescence*, 34. 269-278.

Vera, E., Thakral, C., Gonzales, R., Morgan, M., Conner, W., Caskey, E., Bauer, A., Mattera, L-A., Clark, S., Bena, K. és Dick, L. (2008): Subjective Well-Being in

Urban Adolescents of Color. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 14. 224-233.
VIA Institute on Character: http://www.viacharacter.org/www/ letöltve: 2013.02.14.
Vieno, A., Santinello, M., Galbiati, E. és Mirandola, M. (2004): School setting, school climate and well-being in early adolescence: a comprehensive model. *European Journal of School Psychology*, 2. 219-238.
Visani, D., Albieri, E., Offidani, E., Ottolini, F., Tomba, E. és Ruini C. (2011): Gender differences in psychological well-being and distress during adolescence. In Brdar, I. (Eds.): *The human pursuit of well being*. 65-70.
Votta, E. és Manion, I. G. (2003): Factors in the psychological adjustment of homeless adolescent males: The role of coping style. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 42. 778-785.
Wagner, E. F., Myers, G. és McInnich, J. L. (1999): Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24. 769-779.
Walsh, S. D., Harel-Fisch, Y. és Fogel-Grinvald, H. (2010): Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being among immigrant and Israeli born adolescents. *Social Science & Medicine*, 70. 976-984.
Waterman, A. (2013): The humanistic psychology-positive psychology divide. Contrast in philosophical foundations. *American Psychologist*, 68. 124-133.
Weinstein, N. D., Marcus, S. E. és Moser, R. P. (2005): Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control*, 14. 55–59.
Wenglert, L és Rosén, A.-S. (1995): Optimism, self-esteem, mood and subjective health. *Personal Individual Differences*, 18.5. 653-661.
Wesnes, K. A., Pincock, C., Richardson, D., Helm, G. és Hails, S. (2003). Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetit*e, 41. 329-331.
White, R. W. (1959): Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66. 297-333.
WHO/HBSC Forum 2007 (2008): Summary of outcomes – WHO/HBSC Forum 2007. In: *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008, 3.
World Health Organization (WHO). (1986): *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ letöltve: 2014.06.12.
World Health Organization (WHO). (1997): Promoting health through schools. Report of a WHO expert committee on comprehensive school health education and promotion. *World Health Organization Technical Report Services*, 870 (i-vi), 1-93.
Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., Thomis, M. és Philippaerts, R., M. (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. és McGillicuddy-De Lisi, A. (2000): Coping strategies in adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20. 537–549.
Wong, S. S. (2012): Negative thinking versus positive thinking in a Singaporean student sample: Relationships with psychological well-being and psychological maladjustment. *Learning and Individual Differences*, 22. 76–82.

Wong, S. S. és Lim, T. (2009): Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personal Individual Differences*, 46. 648-652.

Yammarino, F. J., Dionne, S .D., Schriesheim, C. A. és Dansereau, F. (2008): Authentic leadership and positive organizational behavior: A meso, multi-level perspective. *The Leadership Quarterly*, 19. 693–707.

Yang, J., Wei, D., Wang, K. és Qiu, J. (2013): Gray matter correlates of dispositional optimism: voxel-based morphometry study. *Neuroscience Letters*, 553. 201-205.

Yarcheski, T. J., Mahon, N. E. és Yarcheski, A. (2004): Depression, optimism, and positive health practices in young adolescents. *Psychological Reports*, 95. 932-934.

Zarrett, N. és Eccles, J. S. (2006): The passage to adulthood: Challenges of late adolescence. In Piha, S. és Hall, G. (Eds.), *New directions for youth development.*13-28, fall). Hoboken, NJ: Wiley.

Zambrana, R. E. és Silva-Palacios, V. (1989): Gender differences in stress among Mexican immigrant adolescents in Los Angeles, California. *Journal of Adolescent Research*, 4. 426-442.

Zimmer-Gembeck, M. J. és Locke, E. M. (2007): The socialization of adolescent coping behaviours: Relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30. 1-16.

Zsolnai Anikó és Kasik László (2012): Megküzdési stratégiák 8, 10 és 12 éves tanulók körében. *Iskolakultúra*, 22. 3-19.

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra. A fizikai aktivitás a nem és az optimizmus közötti összefüggés 87

2. ábra. Az egészséges táplálkozás, a nem és az optimizmus közötti összefüggés 87

3. ábra. Az alkoholfogyasztás, a nem és az optimizmus közötti összefüggés..... 88

4. ábra. A dohányzás, a nem és a pesszimizmus közötti összefüggés..... 88

5. ábra. Az optimizmus, a coping stratégiák és az élettel való elégedettség közötti hipotetikus kapcsoloat..... 96

6. ábra. Az optimizums, a coping stratégiák és az észlelt stressz közötti hipotetikus kapcsolat 96

7. ábra. Az optimizmus, a coping stratégiák és az élettel való elégedettség útmodellje. A nyilakon a béta együtthatók találhatók. 102

8. ábra. Az optimizmus, a coping stratégiák és az észlelt stressz útmodellje. A nyilakon a béta együtthatók találhatók 103

TÁBLAJEGYZÉK

1. táblázat. Az ACS 18 alskálája (Frdenyberg, 2008, 50. o.) ... 76
2. táblázat. A LOT pontszámot leíró többváltozós regresszió elemzés változói és béta együtthatói ... 80
3. táblázat. A dichotomizált egészségmagatartások, CDI, LOT, SWL leíró statisztikája ... 82
4. táblázat. A LOT pontszám összefüggése az egészségmagatartásokkal, a CDI, SWL pontszámmal és az egészségi állapot önértékelésével-logisztikus regresszió elemzés ... 83
5. táblázat. Az optimizmus, pesszimizmus, és a dichotomizált egészségmagatartások leíró statisztikája ... 85
6. táblázat. Az optimizmus és pesszimizmus függő változókra alkalmazott kétszempontos ANOVA eljárások F értékei és szignifikancia szintjei. ... 85
7. táblázat. Az optimizmus és pesszimizmus pontértékek átlaga és szórása a dichotomizált egészségmagatartások és a nemek függvényében. ... 86
8. táblázat. Leíró statisztika és nemi különbségek a coping változók szintjén ... 90
9. táblázat. Egészségmagatartásokkal gyakoriságának aránya a nemeken belül és a teljes mintán ... 92
10. táblázat. Az egészségmagatartásokat magyarázó coping változók stepwise módszerű regresszó elemzése ... 95
11. táblázat. A PSS, az SWL, a LOT és az ACS pontszámok közötti korrelációs együtthatók ... 99
12. táblázat. Az SWL lineáris regresszió modelljének magyarázó változói és bétái ... 100
13. táblázat. A PSS lineáris regresszió modelljének magyarázó változói és bétái ... 101
14. táblázat. A LOT-coping stratégia-SWL mediációs elemzés eredményei ... 102
15. táblázat. A LOT-coping stratégia-PSS mediációs elemzés eredményei ... 103
16. táblázat. Az alapszituációra adott válaszok optimizmus kategóriákon és a teljes mintán belüli aránya ... 117
17. táblázat. Az „A” szituációra adott válaszok optimizmus kategóriákon és teljes mintán belüli aránya ... 120
18. táblázat. A „B” szituációra adott válaszok optimizmus kategóriákon és a teljes mintán belüli aránya ... 122
19. táblázat. A „C” szituációra adott válaszok optimizmus kategóriákon és teljes mintán belüli aránya ... 124
20. táblázat. A szülői változók leíró statisztikája nemek szerint ... 130
21. táblázat. Az iskolai és baráti változók leíró statisztikája nemek szerint ... 131
22. táblázat. A serdülők jóllétét magyarázó társas tényezők a családban, az iskolában és a baráti társaságban: többváltozós regresszió elemzés (függő változó SWL) ... 133
23. Táblázat. Szocioökonómiai változók többváltozós lineáris regresszió elemzése (függő változó: SWL) ... 134

1. SZÁMÚ MELLÉKLET

ÉLETMÓD KÉRDŐÍV

Kedves Tanuló! Ez nem vizsgateszt!
Szeretnénk megkérni, hogy e kérdőív kitöltésével segíts nekünk abban, hogy többet tudjunk meg a szegedi fiatalok életmódjáról. Kérünk, figyelmesen olvasd el a kérdéseket és a hozzájuk tartozó válaszokat, és válaszd ki a Rád legjellemzőbbet. Néhány kérdésnél szöveges választ vagy számot kértünk, különben a kérdésekre a **válaszok előtti vonalra tett X jellel** válaszolj! Kérünk, válaszolj minden kérdésre, minden sorban.

A kérdőívre NE ÍRD RÁ A NEVEDET! A válaszaid titokban maradnak, az iskolában senki sem nézheti meg a kitöltött kérdőívet. A válaszok statisztikai úton kerülnek feldolgozásra, a személyes azonosítás így nem lehetséges.
Együttműködésed nagyon nagy segítség számunkra! SZTE Magatartástudományi Csoport

1. Nemed:
1_____Fiú
2_____Lány

2. Milyen típusú iskolába jársz?
1_____Gimnázium
2_____Szakközépiskola
3_____Szakmunkásképző

3. Hányadik osztályba jársz?
1_____Középisk. 1. osztály
2_____Középisk. 2. osztály
3_____Középisk. 3. osztály
4_____Középisk. 4. osztály
5_____Középisk. 5. osztály

4. Az iskolában <u>általában</u> milyen jegyeket kapsz?
1_____5-öst
2_____4-est, 5-öst
3_____4-est
4_____3-ast, 4-est
5_____3-ast
6_____2-est, 3-ast
7_____1-est, 2-est

5. Hány éves vagy? **……..**

6. Hány testvéred van? **……..…...**

7. Kivel élsz együtt?
1_____Mindkét szülővel
2_____Egyik szülő és nevelőszülő
3_____Csak édesanyával
4_____Csak édesapával
5_____Mással, éspedig:.....

8. Szüleid legmagasabb iskolai végzettsége:

APA:
1_____Általános iskola
2_____Szakmunkásképző
3_____Érettségi
4_____Főiskola/egyetem

ANYA:
1_____Általános iskola
2_____Szakmunkásképző
3_____Gimnázium
4_____Főiskola/Egyetem

9. Szüleid alkalmazási minősége:

APA:

1_____Diplomás vagy vezető
2_____Egyéb szellemi
3_____Önálló vállalkozó
4_____Szakmunkás
5_____Segédmunkás
6_____Munkanélküli
7_____Háztartásbeli

ANYA:

1_____Diplomás vagy vezető
2_____Egyéb szellemi
3_____Önálló vállalkozó
4_____Szakmunkás
5_____Segédmunkás
6_____Munkanélküli

10. Családodat anyagi szempontból melyik társadalmi rétegbe sorolnád?

1_____Alsó osztály
2_____Alsó-közép osztály
3_____Középosztály
4_____Felső-közép osztály
5_____Felső osztály

11. Milyen gyakran vacsorázik nálatok együtt a család?

1_____Soha
2_____Elég ritkán
3_____Néhányszor
4_____Legtöbbször
5_____Mindig

12. Milyen gyakran beszéled meg problémáidat…

SZÜLEIDDEL?

1_____Soha
2_____Elég ritkán
3_____Néhányszor
4_____Legtöbbször
5_____Mindig

TANÁRAIDDAL?

1_____Soha
2_____Elég ritkán
3_____Néhányszor
4_____Legtöbbször
5_____Mindig

13. Amikor a barátaiddal elmész szórakozni, milyen gyakran mondják meg a szüleid, hányra kell hazamenned?

1_____Soha
2_____Elég ritkán
3_____Néhányszor
4_____Legtöbbször
5_____Mindig

14. Amikor a barátaiddal vagy, milyen gyakran tudják a szüleid, hogy hová mentek?

1_____Soha
2_____Elég ritkán
3_____Néhányszor
4_____Legtöbbször
5_____Mindig

15. Hogyan érzed magad az iskolában?

1_____Nagyon jól
2_____Elég jól
3_____Elég rosszul
4_____Nagyon rosszul

16. Milyen vallású vagy? **……..**

17. Mennyire tartod magad vallásosnak?

Egyáltalán nem vallásos — Nagyon vallásos

1 2 3 4 5 6 7

18. Milyen gyakran jársz templomba vagy vallási jellegű rendezvényekre?

1_____Soha
2_____Ritkán (1-2 szer egy évben)
3_____Időnként
4_____Gyakran
5_____Rendszeresen

Kérjük, az alábbi hármas csoportokból válaszd ki és jelöld meg X-szel azt az egy mondatot, amelyik legjobban jellemzi érzéseidet az utóbbi **KÉT HÉTBEN**

19._____Ritkán vagyok szomorú
_____Gyakran vagyok szomorú
_____Mindig szomorú vagyok

20._____Sok mindenben örömöm telik
_____Néhány dologban lelem csak örömöm
_____Semmi sem szerez nekem örömöt

21._____Gyűlölöm magam
_____Nem szeretem magam
_____Szeretem magam

22._____Mindig sírhatnékom van
_____Gyakran van sírhatnékom
_____Csak elvétve van sírhatnékom

23._____Képtelen vagyok bármiben is dönteni
_____Nehezen tudok valamiben is dönteni
_____Nem esik nehezemre dönteni

24._____Sohasem gondolok arra, hogy megöljem magam
_____Gondoltam rá, hogy megölöm magam, de nem tenném meg
_____A legszívesebben megölném magam

25._____Engem senki nem szeret igazán
_____Nem vagyok benne biztos, hogy szeret-e valaki igazán
_____Biztos vagyok benne, hogy valaki szeret

26._____Jól kijövök másokkal
_____Gyakran összeveszek másokkal
_____Szinte mindig összeveszek valakivel

27. Dohányoztál-e már valaha? 1_____Nem 2_____Igen

28. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?

1_____Egyáltalán nem
2_____Csak néha egyet-egyet
3_____1-5 szálat naponta
4_____6-10 szálat naponta
5_____11-20 szálat naponta
6_____20-nál többet naponta

29. Fogyasztottál-e már valaha alkoholt? 1_____Nem 2_____Igen

30. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?

1_____Egyszer sem
2_____1-2 szer
3_____3-9 szer
4_____10-19 szer
5_____20-39 szer
6_____Több, mint 40 szer

31. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál nagyobb mennyiségű (több pohár) alkoholt?

1_____Egyszer sem
2_____1 szer
3_____2 szer
4_____3-5 ször
5_____6-9 szer
6_____10 szer vagy többször

32. Kipróbáltad-e valaha a marihuánát? 1_____Nem 2_____Igen

33. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor szívtál marihuánát?

1_____Egyszer sem
2_____1-2 szer
3_____3-9 szer
4_____10-19 szer
5_____20-39 szer
6_____Több, mint 40 szer

34. Kipróbáltad-e valaha az amfetamint (Speed, Extasy)? 1_____Nem 2_____Igen

35. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor szedtél amfetamint?

1_____Egyszer sem
2_____1-2 szer
3_____3-9 szer
4_____10-19 szer
5_____20-39 szer
6_____Több, mint 40 szer

36. Kipróbáltál-e valaha egyéb drogot? 1_____Nem 2__Igen, éspedig:……..…….

37. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor használtad ezt a szert?

1_____Egyszer sem
2_____1-2 szer
3_____3-9 szer
4_____10-19 szer
5_____20-39 szer
6_____Több, mint 40 szer

38. Volt-e valaha szexuális kapcsolatod? 1_____Nem 2_____Igen

39. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN volt-e szexuális kapcsolatod?

1_____Egyszer sem
2_____Párszor
3_____Néhányszor
4_____Gyakran
5_____Rendszeresen
(kb. minden héten)

40. Szexuális kapcsolat során a partnereddel használtatok-e óvszert?

1_____Soha
2_____Néhányszor
3_____Kb. az esetek felénél
4_____Legtöbbször
5_____Mindig

41. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?

1_____Soha
2_____Párszor
3_____Havonta kétszer-háromszor
4_____Heti egy-két alkalommal
5_____Heti három vagy több alkalommal

42. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?

1_____Egyáltalán nem
2_____Egy kissé
3_____Időnként
4_____Legtöbbször
5_____Mindig

43. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal? Tegyél X-et a legmegfelelőbbhöz!

Állítások	**Egyáltalán nem értek egyet**	**Inkább nem értek egyet**	**Nem tudom eldönteni**	**Inkább egyet értek**	**Teljesen egyet értek**
1. Bizonytalan helyzetben általában a legjobbat várom					
2. Könnyen el tudok lazulni					
3. Ha nálam valami rosszul alakulhat, akkor úgy is lesz					
4. A dolgoknak mindig a jobbik oldalát nézem					
5. Mindig optimista vagyok a jövőmmel kapcsolatban					
6. Jól érzem magam a barátaimmal					
7. Fontos számomra, hogy állandóan elfoglaljam magam valamivel					
8. Szinte sohasem számítok arra, hogy a dolgok úgy fordulnak, ahogyan szeretném					
9. A dolgok sohasem működnek úgy, ahogyan én szeretném					
10. Nem borulok ki könnyen					
11. Hiszek abban, hogy „minden rosszban van valami jó”					
12. Ritkán számolok azzal, hogy jó dolgok is történhetnek velem					

44. A családtagjaidon kívül **hány** olyan barátod van, akivel közös az érdeklődési vagy tevékenységi köröd? **……**

45. A családtagjaidon kívül **hány** igazán jó barátod van, akit valóban kedvelsz, és aki törődik veled?
……

46. Milyennek tartod egészségi állapotodat a <u>hasonló korúakkal</u> összehasonlítva?

1_____Kiváló 2_____Jó 3_____Elfogadható 4_____Rossz

47. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal? Karikázd be a legmegfelelőbbet!

	Egyáltalán nem értek egyet						Teljesen egyetértek
1. Az életem a legtöbb szempontból közel van az általam elképzelthez	1	2	3	4	5	6	7
2. Az életkörülményeim kiválóak	1	2	3	4	5	6	7
3. Elégedett vagyok az életemmel	1	2	3	4	5	6	7
4. Eddig megkaptam az élettől a fontos dolgokat, amiket akartam	1	2	3	4	5	6	7
5. Ha még egyszer újraélhetném az életemet, szinte semmit nem változtatnék	1	2	3	4	5	6	7

48. Mi jellemző a szüleiddel való kapcsolatodra?

APA	Egyáltalán nem	Kevésbé	Eléggé	Nagyon
1. Nagyon közel áll hozzám				
2. Mindig talál időt arra, hogy megbeszélje velem a problémáimat, amikor csak igénylem ezt				
3. Gyakran érezteti velem, hogy fontos vagyok a számára				
4. Ha vele vagyok, képes vagyok teljesen nyugodt lenni és önmagamat adni				
5. Akármi történjék is, ő mindig segíteni fog, ha szükségem lesz rá				
6. Tudom, hogy megbízik bennem				
ANYA	Egyáltalán nem	Kevésbé	Eléggé	Nagyon
1. Nagyon közel áll hozzám				
2. Mindig talál időt arra, hogy megbeszélje velem a problémáimat, amikor csak igénylem ezt				
3. Gyakran érezteti velem, hogy fontos vagyok a számára				
4. Ha vele vagyok, képes vagyok teljesen nyugodt lenni és önmagamat adni				
5. Akármi történjék is, ő mindig segíteni fog, ha szükségem lesz rá				
6. Tudom, hogy megbízik bennem				

Állítások	Egyáltalán nem értek egyet	Inkább nem értek egyet	Inkább egyet értek	Teljesen egyet értek
1. Szüleim halála után is követni fogom értékrendjüket és életszabályaikat				
2. A legrosszabb dolog, amit egy ember tehet, hogy tiszteletlenül bánik a szüleivel				
3. Párválasztásnál figyelembe veszem szüleim véleményét				
4. Még akkor is tisztelnem kell szüleimet, ha nem értek egyet minden cselekedetükkel				
5. Azért is szeretnék sikeres lenni az életben, hogy az emberek lássák, hogy szüleim helyesen neveltek fel				

Ugye, nem is tartott sokáig? Köszönjük!

2. SZÁMÚ MELLÉKLET

Kérdőív

Kedves Tanuló! Ez nem vizsgateszt! Kérünk, hogy ennek a kérdőívnek a kitöltésével segíts nekünk abban, hogy többet tudjuk meg a szegedi fiatalok stresszel való megküzdéséről. Kérjük, hogy figyelmesen olvasd végig a kérdéseket és a hozzájuk tartozó válaszokat, és válaszd ki a Rád legjellemzőbbeket. Néhány kérdésnél szöveges választ vagy számot kérünk. Más kérdéstípusnál **a válasz előtti vonalra tegyél X-et**, a többi kérdésnél pedig a válasz megfelelő számát kell majd bejelölnöd.

A kérdőívre NE ÍRD RÁ A NEVEDET! Válaszaid titokban maradnak, az iskolában senki nem nézheti meg a kitöltött kérdőíveket. A válaszok statisztikai úton kerülnek feldolgozásra, személyes azonosítás így nem lehetséges.

Együttműködésed nagyon nagy segítség számunkra! SZTE Magatartástudományi Intézet

1. Nemed: 1_____Fiú
   2_____Lány
2. Hányadik osztályba jársz? …….
3. Hány éves vagy? …….
4. A diákoknak számos gondjuk lehet olyan dolgokkal kapcsolatban, mint az iskola, munka, család, barátok, vagy maga a világ. Alább azoknak a módszereknek a listája található, amelyekkel a korodbeli emberek a legkülönfélébb problémákkal igyekeznek megbirkózni. Kérünk, hogy a megfelelő cella megjelölésével jelezd azt, amelyet akkor alkalmazol, ha valamilyen problémával nézel szeme. Minden állításnál jelöld be vagy az 1es, vagy a 2-es, vagy a 3-as, vagy a 4-es, vagy az 5-ös cellát, attól függően, hogy milyen gyakran használod. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Ne tölts túl sok időt egyik állításnál sem, de mindig az érzéseid szerinti legjobb választ add!

Például, ha **néha** küzdesz meg úgy a problémáiddal, hogy „beszélgetek másokkal arról, hogy ők mit tennének a helyemben”, akkor a 3-ast kellene bejelölnöd.

1	2	3	4	5
Nem alkalmazom vagy nem csinálom ezt	Ritkán használom	Néha használom	Gyakran használom	Nagyon gyakran használom

1. Beszélgetek másokkal arról, hogy ők mit tennének a helyemben	1	2	3	4	5
2. Sokat töprengek azon, hogy mi okozza a problémát	1	2	3	4	5
3. Megpróbálok lépést tartani a feladataimmal	1	2	3	4	5
4. Sportolok	1	2	3	4	5
5. Istentől várok segítséget	1	2	3	4	5
6. Segítséget kérek egy szakembertől	1	2	3	4	5
7. Aggódom a jövőm miatt	1	2	3	4	5
8. Jó benyomást teszek a számomra fontos emberekre	1	2	3	4	5
9. Ha nem tudom a problémát megoldani, úgy gondolom, hogy inkább semmit sem teszek	1	2	3	4	5

10. Egyszerűen feladom	1	2	3	4	5
11. Találkozom a barátaimmal	1	2	3	4	5
12. Hisztizek	1	2	3	4	5
13. A legjobbat remélem	1	2	3	4	5
14. Felhívom egy közeli barátomat	1	2	3	4	5
15. Magamban tartom az érzéseimet	1	2	3	4	5
16. Semmibe veszem a problémát	1	2	3	4	5
17. Másokkal beszélgetve segítünk egymáson	1	2	3	4	5
18. A legjobb tehetségem szerint oldom meg a problémát	1	2	3	4	5
19. Jobban koncentrálok a tanulásra	1	2	3	4	5
20. Igyekszem megőrizni az erőnlétemet és az egészségemet	1	2	3	4	5
21. Azokra gondolok, akik rosszabb helyzetben vannak, és így saját gondjaim már nem is látszanak olyan szörnyűnek	1	2	3	4	5
22. Segítségért és útmutatásért imádkozom, hogy minden rendben legyen	1	2	3	4	5
23. Szakemberhez fordulok segítségért vagy tanácsért	1	2	3	4	5
24. A boldogságom miatt aggódom	1	2	3	4	5
25. Keményen dolgozom	1	2	3	4	5
26. Módot találok a pihenésre, pl. zenét hallgatok, könyvet olvasok, hangszeren játszok, TV-t nézek	1	2	3	4	5
27. Alkohol, cigaretta , drog (nem gyógyszer) segítségével próbálom jól érezni magam	1	2	3	4	5
28. Megbetegszem	1	2	3	4	5
29. Egy csodában bízom	1	2	3	4	5
30. Kerülöm az emberek társaságát	1	2	3	4	5
31. Másoktól várok bátorítást	1	2	3	4	5
32. Más nézőpontokat is igyekszek megfontolni, és figyelembe venni	1	2	3	4	5
33. Aggódom a másokkal kialakított kapcsolataimért	1	2	3	4	5
34. Lemegyek edzeni az edzőterembe	1	2	3	4	5
35. A dolgok napos oldalát nézem, és csupa jó dologra gondolok	1	2	3	4	5
36. Vallásos könyveket olvasok	1	2	3	4	5
37. Azon aggódom, hogy mi fog történni	1	2	3	4	5
38. Megpróbálok összhangban lenni a barátaimmal	1	2	3	4	5
39. Az érdekeimnek megfelelően cselekszem vagy fogalmazom meg az igényemet	1	2	3	4	5
40. Komoly kapcsolatba kezdek	1	2	3	4	5
41. Reménykedem, hogy a probléma magától megoldódik	1	2	3	4	5
42. Magamat hibáztatom	1	2	3	4	5
43. Eltitkolom mások előtt, hogy aggaszt valami	1	2	3	4	5
44. Átgondolom, hogy mit és miért csinálok	1	2	3	4	5
45. Amibe belekezdek, azt jól elvégzem	1	2	3	4	5
46. Elmegyek szórakozni, jól érzem magam, és elfelejtem a gondjaimat	1	2	3	4	5
47. Megpróbálom vidáman szemlélni az életet	1	2	3	4	5
48. Istenhez imádkozom, hogy gondoskodjon rólam	1	2	3	4	5
49. Összehozok embereket, hogy a problémával foglalkozzunk	1	2	3	4	5
50. Igyekszem javítani a kapcsolataimat másokkal	1	2	3	4	5
51. Felismerem, hogy megnehezítem a saját dolgomat	1	2	3	4	5
52. Olyan összejövetelekre megyek, ahol a problémámmal foglalkoznak	1	2	3	4	5
53. Megpróbálok egy fiúval vagy egy lánnyal közeli barátságot kötni	1	2	3	4	5
54. Arról ábrándozom, hogy a dolgok jóra fognak fordulni	1	2	3	4	5
55. Fogalmam sincs, mit kezdjek a szituációval	1	2	3	4	5

56. Magamat hibáztatom	1	2	3	4	5
57. Nem hagyom, hogy mások megtudják, mit érzek	1	2	3	4	5
58. Tudatosan kizárom a problémát	1	2	3	4	5
59. Más emberekkel beszélek a problémámról, hogy segítsenek azt megoldani	1	2	3	4	5
60. Szórakozás helyett dolgozom.	1	2	3	4	5
61. Egy szakembert kérek meg, hogy segítsen	1	2	3	4	5
62. Megelégszem a dolgok alakulásával	1	2	3	4	5
63. Fejfájásom, vagy gyomorfájásom alakul ki	1	2	3	4	5
64. Aggódom amiatt, ami még rám vár	1	2	3	4	5
65. Kirekesztem a gondolataimból a problémát	1	2	3	4	5
66. Azt teszem, amit a barátaim akarnak	1	2	3	4	5
67. Hasonló gondokkal küzdő emberekhez csatlakozom	1	2	3	4	5
68. Másokon vezetem le a feszültségemet	1	2	3	4	5
69. Elképzelem, hogy a dolgok jól végződnek	1	2	3	4	5
70. Hibáztatom magma	1	2	3	4	5
71. Másokra támaszkodom (pl. szüleimre,barátaimra)	1	2	3	4	5
72. Szakképzett emberekkel beszélem meg a problémát	1	2	3	4	5
73. Aggodalmaskodom a világ jövőjéért	1	2	3	4	5
74. Szakítok időt szabadidős tevékenységekre	1	2	3	4	5
75. Megváltoztatom étkezési, ivási, vagy alvási szokásaimat	1	2	3	4	5
76. Eltávolítom magamtól a problémát	1	2	3	4	5
77. Több időt töltök a barátommal/barátnőmmel	1	2	3	4	5
78. Több megoldást is keresek a problémámra	1	2	3	4	5
79. Keresem a módját annak, hogy kiengedhessem a gőzt (sírás, hisztizés, ivás, droghasználat)	1	2	3	4	5
80. Írj le bármely más dolgot, amelyet arra használsz, hogy a gondjaiddal megküzdj!					

5. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal? Karikázd be a legmegfelelőbbet!

	Egyáltalán nem						**Teljesen egyetértek**
1. Az életem a legtöbb szempontból közel van az általam elképzelthez	1	2	3	4	5	6	7
2. Az életkörülményeim kiválóak	1	2	3	4	5	6	7
3. Elégedett vagyok az életemmel	1	2	3	4	5	6	7
4. Eddig megkaptam az élettől a fontos dolgokat, amiket akartam	1	2	3	4	5	6	7
5. Ha még egyszer újraélhetném az életemet, szinte semmit nem változtatnék	1	2	3	4	5	6	7

6. Mennyire értesz egyet az alábbiakkal? Tegyél X-et a legmegfelelőbbhöz!

Állítások	**Egyáltalán nem értek egyet**	**Inkább nem értek egyet**	**Nem tudom eldönteni**	**Inkább egyet értek**	**Teljesen egyet értek**
1. Bizonytalan helyzetben általában a legjobbat várom					
2. Könnyen el tudok lazulni					

3. Ha nálam valami rosszul alakulhat, akkor úgy is lesz					
4. A dolgoknak mindig a jobbik oldalát nézem					
5. Mindig optimista vagyok a jövőmmel kapcsolatban					
6. Jól érzem magam a barátaimmal					
7. Fontos számomra, hogy állandóan elfoglaljam magam valamivel					
8. Szinte sohasem számítok arra, hogy a dolgok úgy fordulnak, ahogyan szeretném					
9. A dolgok sohasem működnek úgy, ahogyan én szeretném					
10. Nem borulok ki könnyen					
11. Hiszek abban, hogy „minden rosszban van valami jó”					
12. Ritkán számolok azzal, hogy jó dolgok is történhetnek velem					

8. Dohányoztál-e már valaha? 1_____Nem 2_____Igen

9. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN kb. mennyit dohányoztál?

1_____Egyáltalán nem
2_____Csak néha egyet-egyet
3_____1-5 szálat naponta
4_____6-10 szálat naponta
5_____11-20 szálat naponta
6_____20-nál többet naponta

10. Fogyasztottál-e már valaha alkoholt? 1_____Nem 2_____Igen

11. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN hányszor ittál alkoholt?

1_____Egyszer sem
2_____1-2 szer
3_____3-9 szer
4_____10-19 szer
5_____20-39 szer
6_____Több, mint 40 szer

12. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen gyakran vettél részt erős, legalább fél óráig tartó fizikai aktivitásban (sport, munka)?

1_____Soha
2_____Párszor
3_____Havonta kétszer-háromszor
4_____Heti egy-két alkalommal
5_____Heti három vagy több alkalommal

13. Az ELMÚLT 3 HÓNAPBAN milyen mértékben figyeltél oda az étkezésedre, azaz próbáltál egészségesen táplálkozni?

1_____Egyáltalán nem
2_____Egy kissé
3_____Időnként
4_____Legtöbbször
5_____Mindig

14. Megkéred egy barátodat, hogy menjetek együtt moziba. A barátod beleegyezik, és megbeszélitek, hogy ott találkoztok, valamint, hogy aki elsőnek ér oda, megveszi a jegyeket. Te érkezel előbb, és meg is veszed a jegyeket. Vársz és vársz, de a barátod csak nem tűnik fel. Egy kicsit aggódsz, és nem akarsz egyedül bemenni a moziba, így lekésed a filmet. Éppen azon vagy, hogy otthagyod a mozit, amikor találkozol egy lánnyal a suliból, aki elmeséli, hogy 20 perce látta a barátodat egy csapat más gyerekkel együtt nevetgélve.

1. Az <u>első gondolataid</u> ezek lennénk:

…….....
……...
……...

2. Ezt <u>éreznéd</u>:

……
……
……
……
……

Az alábbi **három szöveg három különböző változata** annak, hogy valóban mi is történt:

A) Egy másik jó barátod, Robi, pont azelőtt hívta fel a barátodat, hogy az elindult volna, hogy veled találkozzon. Közölte, hogy egy csapat gyerek fog összejönni a pizzériában. A barátod elmondta, hogy nem tud menni, mivel lebeszélt egy találkát veled. Robi közölte, hogy ne aggódjon bízza csak rá…Meg fog csörgetni téged, és meggyőz, hogy inkább pizzázni gyere a mozizás helyett. Bob próbált is felhívni, csak éppen nem voltál otthon.

1. Az <u>első gondolataid</u> ezek lennénk:

…….....
……...
……...

2. Ezt <u>éreznéd</u>:

……
……
……
……
……

B) A barátod azt gondolta, hogy a 6.30-as mozielőadást nézitek a 7.30-as helyett. Egy órával előtted ért a mozihoz, és a korábbi előadásra vette meg a jegyeket. Hosszú ideig várt, és amikor nem tűntél fel, megpróbált felhívni, de nem voltál otthon. Kicsit aggódott érted. Útban hazafelé belebotlott egy csapat barátjával, akivel elfogyasztott egy turmixot.

1. Az <u>első gondolataid</u> ezek lennénk:

…….....
……...

……..

2. Ezt éreznéd:

……
……
……
……

C) Pont mikor a mozihoz ért, barátod bátyja megérkezett a mozihoz, és őt kereste. Elmondta, hogy édesanyjuk csúnya balesetet szenvedett, és sürgősen a kórházba szállították. A barátod el akarta ezt mondani, de nem talált téged. Arra gondolt, hogy néhány percet vár, de a bátyja azt mondta, hogy gyorsan a kórházba kellene sietni, hátha az anyjuk sérülése súlyos. A barátod elment és tudta, hogy te megérted ezt.

1. Az első gondolataid ezek lennénk:

…….....
……...……
……...

2. Ezt éreznéd:

……...……
……..……
……...……
…….....

15. Gondoljál az elmúlt kb. egy hónapos időszakra. Kérjük, jelöld be X jellel, milyen gyakran fordultak elő Veled a következőkben leírt érzések, gondolatok?

1. Milyen gyakran érezted magad felhúzva amiatt, hogy valami váratlan dolog történt?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

2. Milyen gyakran érezted, hogy nem tudod kontrollálni az élet fontos dolgait?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

3. Milyen gyakran érezted magad idegesnek, stresszesnek?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

4. Milyen gyakran oldottad meg sikeresen az idegesítő napi konfliktusokat?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

5. Milyen gyakran érezted azt, hogy sikeresen meg tudtál birkózni azokkal a változásokkal, amelyek Veled történtek?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

6. Milyen gyakran érezted magad biztosnak abban, hogy képes vagy kezelni a személyes problémáidat?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

7. Milyen gyakran érezted úgy, hogy a dolgok úgy mennek, ahogy Te szeretnéd?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

8. Milyen gyakran találtad úgy, hogy nem vagy képes megbirkózni az összes problémával?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

9. Milyen gyakran voltál képes kontrollálni az ingerlékenységedet?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

10. Milyen gyakran érezted, hogy kézben tudod tartani a dolgokat?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

11. Milyen gyakran lettél dühös amiatt, hogy a dolgok kimenetelét nem tudtad a saját ellenőrzésed alatt tartani?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

12. Milyen gyakran kaptad magad azon, hogy azokra a feladatokra gondoltál, amiket teljesítened kell?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

13. Milyen gyakran voltál képes rendelkezni saját időbeosztásod felett?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

14. Milyen gyakran érezted úgy, hogy összecsúsznak a fejed fölött a hullámok?

SOHA	SZINTE SOHA	NÉHA	ELÉG GYAKRAN	NAGYON GYAKRAN

Köszönjük!